

Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Ein Wegweiser für die Praxis

Band Nr. 19 aus der Reihe WISSEN



Fonds Gesundes
Österreich

Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Ein Wegweiser für die Praxis

IMPRESSUM

Medieninhaber: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

Herausgeber: Verena Zeuschner, Gert Lang

Autorinnen: Doris Pfabigan, Sabine Pleschberger

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Unter Mitarbeit von: Alice Edtmayer

Fachliche Begleitung: Gert Lang, Verena Zeuschner

Projektassistenz: Petra Groß

Redaktion: Petra Winkler

Gestaltung: paco Medienwerkstatt, Wien

Zitiervorschlag:

Pfabigan, Doris; Pleschberger, Sabine (2021): Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ein Wegweiser für die Praxis, Wissensband 19. Zeuschner, Verena/Lang, Gert (Hg.). Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich, Wien

Wien, Jänner 2021

Kurzfassung

Österreichweit sind schätzungsweise mehr als 65.000 Personen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen tätig. Die hohen Belastungen in diesem Arbeitsfeld sind bekannt. Sie spiegeln sich in gesundheitlichen Problemen der Beschäftigten wider, was verstärkt zu Krankenständen und Fluktuation führt und insgesamt zu einer sinkenden Attraktivität dieses Sektors beiträgt. Auch die rund 82.500 Bewohner/innen weisen gesundheitliche Einschränkungen auf: Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit sind daher für alle Beteiligten hochrelevant. Damit sie nachhaltig wirksam sein können, ist es wichtig, dass sie in eine umfassende gesundheitsfördernde Strategie eingebettet sind. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) fördert seit mehr als 15 Jahren unterschiedliche Projekte zur Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitpflege und -betreuung. Auch zukünftig soll Bewährtes in die Fläche gebracht und die Implementierung von Modellprojekten vorangetrieben werden. Für weitere Förderungsmaßnahmen ist es sinnvoll, auf den vorliegenden Erkenntnissen aufzubauen und bestehende Lücken oder innovative Ansätze mit aufzunehmen. Daher wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit der Entwicklung eines Wegweisers beauftragt, der als Handreichung für die Entwicklung zukünftiger Projekte im Bereich Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen dienen soll. Mit diesem Wegweiser werden Möglichkeiten für eine zukünftige Förderung der Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen konkretisiert. Strukturiert entlang von Grundprinzipien der Gesundheitsförderung werden der jeweils aktuelle Diskussions- und Forschungsstand dargelegt sowie Anregungen für Schwerpunkte in Zielsetzung oder inhaltlicher Ausrichtung gegeben. Ergänzend zu Handreichungen für die Durchführung von BGF-Projekten liegen somit wesentliche Impulse für die inhaltliche Ausgestaltung von künftigen Projektvorhaben vor.

Schlüsselwörter

Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Gesundheitsförderung

Inhalt

Kurzfassung	3
Abbildung und Tabelle	5
Abkürzungen	5
1 Einleitung	6
2 Positiver und umfassender Gesundheitsbegriff und Determinantenorientierung	11
3 Ressourcenorientierung und Empowerment	17
4 Settingorientierung	22
5 Zielgruppenorientierung, Partizipation und gesundheitliche Chancengerechtigkeit	29
6 Nachhaltigkeit und Vernetzung	37
7 Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Lebens- und Arbeitswelt in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ausblick	39
Literatur	42
Anhang: Übersicht der FGÖ-Projekte	49

Abbildung und Tabelle

Abbildung 1:	Grundprinzipien der Gesundheitsförderung in Anlehnung an die Ottawa-Charta (WHO 1986)	9
Tabelle 1:	Übersicht der FGÖ-Projekte	49

Abkürzungen

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
ca.	circa
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
u. Ä.	und Ähnliches
u. v. m	und vieles mehr
WHO	World Health Organization
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Einleitung

Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen stellen eine wichtige Säule in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Österreich dar. So leben hierzulande etwa 82.500 Menschen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Statistik Austria 2018). Die Gründe dafür sind vielschichtig. In den meisten Fällen weisen Menschen beim Heimeinzug einen hohen Grad an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf, resultierend aus altersbedingten Funktionseinschränkungen, chronischen Erkrankungen und/oder einer demenziellen Veränderung. Ihre Situation zu stabilisieren bzw. zu verbessern und diesen Menschen ein „gutes Leben“ in diesem Kontext zu ermöglichen ist ein wichtiger Ansatz für eine an rehabilitativen Grundsätzen orientierte gerontologische Pflege. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Einrichtungen selbst einen starken Einfluss auf die Gesundheit ihrer Bewohner/-innen sowie große Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten haben.

In Österreich arbeiten ca. 65.000 Menschen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die meisten von ihnen sind in den Pflege- und Betreuungsberufen tätig. Die hohen Belastungen in diesem Arbeitsfeld sind bekannt. Sie spiegeln sich in gesundheitlichen Herausforderungen der Beschäftigten wider, was bei diesen verstärkt zu Krankenständen und Fluktuation führt und insgesamt zu einer sinkenden Attraktivität dieses Sektors beiträgt. Durch die COVID-19-Pandemie wurde besonders sichtbar, welche komplexen Anforderungen bei der Betreuung und Pflege vulnerabler Gruppen auf die Mitarbeitenden einwirken. Gleichzeitig verweisen Studien auf einen Personalmangel in diesem Bereich und prognostizieren dafür einen wachsenden Bedarf für die nächsten zehn Jahre. Bis 2030 werden rund 75.700 Pflegekräfte zusätzlich gebraucht (Rappold/Juraszovich 2019). Deshalb ist es besonders wichtig, die dort bereits tätigen Menschen im Beruf zu halten. Gesundheit spielt dabei eine große Rolle. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind daher ein wichtiger Ansatzpunkt, um die berufliche Situation in Pflege- und Betreuungseinrichtungen positiv zu beeinflussen.

Der FGÖ unterstützt seit mehr als 15 Jahren unterschiedliche Projekte (<https://fgoe.org/projekt>) zur Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Im Zentrum solcher Projekte steht die gemeinsame Erarbeitung ganzheitlicher Maßnahmen. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind diese insbesondere Veränderungen der Arbeitsverhältnisse (z. B. der Arbeitsorganisation), Fort- und Weiterbildungen sowie verhaltensorientierten Maßnahmen gewidmet (siehe Anhang 1: Übersicht der FGÖ-Projekte).

Bisherige Erfahrungen

Um das gesammelte Wissen und die Erkenntnisse aus den vom FGÖ bisher in der geriatrischen Langzeitpflege geförderten Projekte nutzbar zu machen, wurden diese im Jahr 2019 systematisch untersucht. In diesem Zusammenhang wurde auch der aktuelle Stand gesundheitswissenschaftlicher Kenntnisse aufbereitet. Dazu wurden Recherchen nach und Analysen von Forschungsarbeiten, Projekten und grundlegender Literatur zum Thema Gesundheitsförderung durchgeführt. Ebenso wurden Inhalte von Websites relevanter Organisationen/Netzwerke und solche aus der Projektdatenbank des FGÖ mit Blick auf den Kontext stationärer Langzeitpflege und -betreuung, gesichtet.

Insgesamt macht die Analyse der Literatur sowie der Projekte sichtbar, dass der bestehende Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der stationären Langzeitpflege und -betreuung umfassend dokumentiert und überzeugend belegt ist. Insbesondere bei solchen Gesundheitsförderungsprojekten, die sich gleichzeitig sowohl an Bewohnerinnen und Bewohner als auch an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richten, konnten positive Effekte für beide Gruppen nachgewiesen werden. Die Analyse zeigt aber auch bestehende Lücken der derzeitigen Praxis der Gesundheitsförderung in der geriatrischen Langzeitpflege auf und verweist darauf, dass unter anderen folgenden Aspekten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss:

Gesundheitsfördernde Aktivitäten im Umfeld von Pflege und Betreuung müssen so gestaltet werden, dass sie an die arbeitsinhalten Besonderheiten von Sorgearbeit anschlussfähig sind (Blüher/Kuhlmey 2019), d. h. den Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen. Dass die körperbezogene und interpersonelle Interaktion im Alltag gelingt, ist bestimmend für den Arbeitserfolg sowie die Zufriedenheit und das Wohlbefinden Pflegenden und Gepflegter (Böhle 2018). Im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten ist es daher immer erforderlich, auch ihre Auswirkungen auf die jeweiligen anderen Akteursgruppen zu betrachten. Dies geschieht grundsätzlich mit dem Ziel, Interaktionsarbeit zu erleichtern (geringstenfalls nicht zusätzlich zu erschweren).

Zudem sollen Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit in Pflege- und Betreuungseinrichtungen die Diversität der beteiligten Akteurinnen/Akteure stärker berücksichtigen, als dies in bisherigen Projekten der Fall war. Der kulturelle Hintergrund der Menschen, die in Heimen leben und arbeiten, ist dabei ebenso von Bedeutung wie genderbezogene Aspekte (Gaiswinkler 2020), die unterschiedliche Lebenssituation der Beschäftigten oder die unterschiedliche gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen und Bewohner.

Damit Maßnahmen für die obengenannten Gruppen nachhaltig wirksam sein können, ist es wichtig, dass sie in eine umfassende gesundheitsfördernde Strategie eingebettet sind.

Ausgehend von Erfahrungen aus bisherigen FGÖ-geförderten Projekten sowie auf Basis des aktuellen Diskussions- und Forschungsstands werden in diesem Wegweiser bisher vernachlässigte Perspektiven aufgezeigt, die bei der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen unterstützen sollen.

Zielsetzung

In diesem Wegweiser werden fachlich begründete und, wo es möglich ist, evidenzbasierte Wissensbestände beschrieben, die dazu beitragen sollen, das Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege als gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitswelt zu gestalten. Führungspersonen sowie Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung sollen dabei unterstützt werden, gesundheitsfördernde Aktivitäten bzw. Projekte so zu gestalten, dass sie die Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern, deren An- und Zugehöriger sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachhaltig positiv beeinflussen. Aufgegriffen werden hier insbesondere solche Perspektiven, die spezifischen Anforderungen des Settings sowie der Diversität der Akteurs- und Nutzergruppen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen mehr als bisher Rechnung tragen.

Aufbau und Struktur

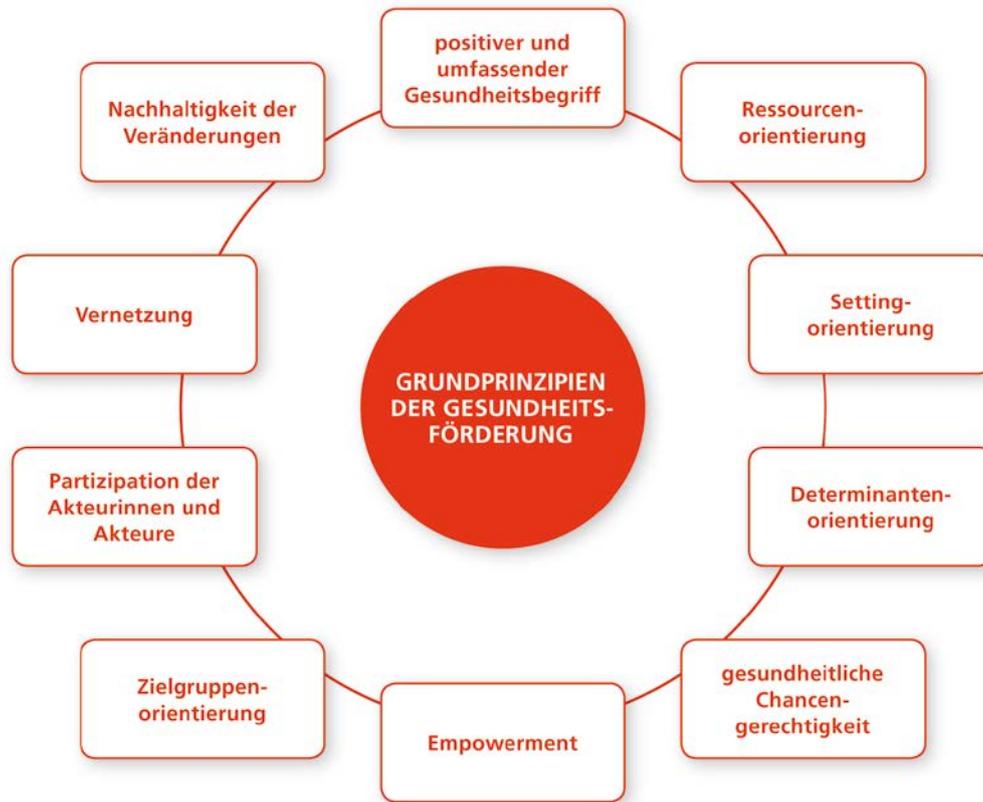
Den Ausgangspunkt dieses Wegweisers bildet die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) getroffene Definition des Begriffs Gesundheit, gemäß der Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, Behinderung und Gebrechen zu verstehen ist, sondern durch ein Zusammenspiel psychischer, physischer und sozialer Faktoren bestimmt wird (WHO 1986).

Des Weiteren wird in diesem Wegweiser eine salutogenetische Perspektive eingenommen, welche den zentralen Einsichten des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky folgt: Gesundheit ist als Ressource zu verstehen, die zur Bewältigung der sich in alltäglichen Lebenszusammenhängen ergebenden Anforderungen eingesetzt werden kann (Antonovsky 1979). Für Antonovsky stellt Gesundheit eine eigene Dimension des menschlichen Lebens dar, die auch unabhängig von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit gesteigert oder verringert werden kann (Griebler et al. 2017). Dabei ist sie keineswegs etwas Statisches und Dauerhaftes, sondern muss in einem permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozess immer (wieder)hergestellt werden (Antonovsky 1979): Dort, wo Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben, wird Gesundheit in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen (wieder)hergestellt und gelebt (WHO 1986). Sie entsteht, indem man sich um sich selbst und für andere sorgt, indem man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die gesellschaftlichen Bedingungen Gesundheit ermöglichen (WHO 1986). Gesundheit ist damit nicht als vorrangiges (Lebens-) Ziel zu sehen, vielmehr ist sie eine wesentliche Voraussetzung für eine soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und zentraler Bestandteil von Lebensqualität (Lang et al. 2007).

Gesundheitsförderung zielt nun darauf ab, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie somit zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Gesundheitsförderung soll Menschen dazu motivieren, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden. Weil Gesundheit jedoch nicht nur durch das individuelle Verhalten, sondern wesentlich auch durch die Bedingungen bestimmt wird, in denen Menschen leben und arbeiten, ist auch der Fokus auf diese Bedingungen (Verhältnisorientierung) ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung (WHO 1986). Der Tatsache, dass auch Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben, wird mit dem Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) Rechnung getragen. Diese umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (ENWHP 2009).

Die Beachtung zentraler Grundprinzipien, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) und der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (ENWHP 2009) formuliert wurden, ist ein wichtiges Qualitätskriterium für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und damit auch für die Projektförderung des FGÖ. In der folgenden Abbildung werden diese Grundprinzipien angeführt.

Abbildung 1: Grundprinzipien der Gesundheitsförderung in Anlehnung an die Ottawa-Charta (WHO 1986)



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Der vorliegende Wegweiser ist entlang dieser in Abbildung 1.1 genannten Grundprinzipien der Gesundheitsförderung strukturiert. In fast allen Kapiteln werden zwei oder drei dieser Prinzipien zusammenfassend behandelt – auch deshalb, um sichtbar zu machen, wie sehr diese Prinzipien miteinander verwoben sind.

Im Wegweiser wird als erster Schritt unter der Überschrift *Was darunter zu verstehen ist* im Sinne einer Arbeitsdefinition erklärt, was das jeweilige Prinzip umfasst. Die Ausführungen dazu sind, wenn nicht anders ausgewiesen, den Erläuterungen entnommen, die der FGÖ auf seiner Website dazu veröffentlicht hat.

Unter der Überschrift *Was darüber schon bekannt ist* werden die Anforderungen, die sich aus dem jeweiligen Prinzip ergeben, mit dem aktuellen Wissensstand zu gesundheitsrelevanten Aspekten und spezifischen Gegebenheit in der stationären geriatrischen Langzeitpflege in Beziehung gesetzt. Dabei wird immer sowohl auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch auf die Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen. Auch An- und Zugehörige betreffende Themenstellungen werden aufgegriffen, wenn dazu Wissensbestände vorliegen.

Unter der Überschrift *Wo angesetzt werden kann* werden exemplarisch Interventionsmöglichkeiten aus Beispielen guter Praxis der Gesundheitsförderung genannt, die sich auf Basis des aktuellen Erkenntnis- und Wissensstands ergeben. Auch hier wird immer sowohl auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch auf die Bewohnerinnen und Bewohner Bezug genommen. Auch hinsichtlich An- und Zugehöriger werden mitunter Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung beschrieben. Dabei werden insbesondere Aspekte aufgegriffen, die bislang im Rahmen der Gesundheitsförderung in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung noch nicht so sehr im Fokus standen.

Weitere Anregungen finden sich abschließend zu den Ausführungen am Ende jeden Kapitels. Hier wird auf „nützliche Quellen“ wie etwa Leitfäden, Strategien, Handbücher, u. Ä. kurz hingewiesen. Damit soll die Möglichkeit geboten werden, sich weiterführend mit der jeweiligen Thematik auseinanderzusetzen bzw. vorhandene Wissensbestände zu nutzen.

2 Positiver und umfassender Gesundheitsbegriff und Determinantenorientierung

Was darunter zu verstehen ist

Mit der WHO-Definition von Gesundheit hat sich ein positives Verständnis von Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden durchgesetzt. Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern umfassend zu denken ist auch deshalb gefordert, weil sie nicht nur durch individuelles Verhalten, genetische Ausstattung und Alter bestimmt wird, sondern auch maßgeblich durch Faktoren wie Wohn-, Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie soziale Beziehungen und Netzwerke. Diese sogenannten Gesundheitsdeterminanten entfalten ihre Wirkung in engem Zusammenhang mit den verfügbaren Ressourcen, vorgefundenen Anforderungen und spezifischen Belastungen (Haverkamp 2012). Weil Gesundheit eben nicht nur durch das individuelle Verhalten bestimmt wird, ist die Verhältnisänderung ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung (WHO 1986).

Was darüber schon bekannt ist

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In der Langzeitpflege und -betreuung resultieren Risiken für Beeinträchtigungen der Gesundheit oder des Befindens der Beschäftigten vor allem aus Zeit- und Personalmangel oder dem betreuungsintensiven Umgang mit Bewohnerinnen/Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen. Dies zeigt eine im Jahr 2018 durchgeführte arbeitswissenschaftliche Analyse pflegerischer Humandienstleistungen in der stationären Langzeitpflege und -betreuung (Glaser et al. 2018). Die Beschäftigten in Pflegeberufen sind im Vergleich zu den Angehörigen aller Berufe nachweislich häufiger im Jahr krankgeschrieben und fallen pro Krankschreibung häufiger länger als sechs Wochen aus, wie Zahlen aus Deutschland belegen (Drupp/Meyer 2019). Vor allem Muskel- und Skeletterkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane sowie psychische Erkrankungen führen in der Langzeitpflege häufiger zu Fehlzeiten als im Durchschnitt (INQA 2007).

Durch Personalausfälle aufgrund von Krankenständen kommt es zu einer zusätzlichen Arbeitsverdichtung, und so entsteht ein Teufelskreis, der sich zunehmend negativ auf die Attraktivität der Arbeitsplätze und in weiterer Folge auf das Image der Pflegeberufe auswirkt (Rappold et al. 2018) (Slotala 2019). In der geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung sind die Folgen hoher Arbeitsintensität, geringen Tätigkeitsspielraums, geringer sozialer Unterstützung nachgewiesen. Sie äußern sich in Depressivität, Ängstlichkeit und Fluktuation der Pflege- und Betreuungspersonen (Böhle 2018).

Aus einer Studie, die im Jahr 2018 durchgeführt wurde und die Perspektive der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen in drei Bundesländern Österreichs erhob, geht hervor, dass knapp die Hälfte der Befragten (46 %), eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den vorangegangenen zehn Jahren wahrnahm (Bauer et al. 2018). Neben einer insgesamt angestiegenen Arbeitsbelastung bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in der Langzeitpflege und -betreuung wurden bei bestimmten Tätigkeiten teilweise erhebliche Diskrepanzen zwischen Anspruch und Ausübung sichtbar: So wünschte sich die Mehrzahl der Beschäftigten mehr Zeit für soziale Betreuung und Kommunikation (ebd.). Aus dieser Diskrepanz zwischen dem eigenen berufsethischen Anspruch und eigenen Verständnis von guter Pflege einerseits und den tatsächlichen Gegebenheiten erwächst oftmals eine psychische Belastung, die als „moralischer Stress“ bezeichnet wird. Das Konzept des „moralischen Stresses“ („moral distress“) bezeichnet in seiner klassischen Definition den Stress, den eine Pflegeperson erlebt, wenn sie durch Barrieren (z. B. ärztliche Anweisungen, mangelnde Ressourcen, institutionelle Vorgaben, mangelnde Kompetenz von Kolleginnen/Kollegen) am moralisch korrekten Handeln gehindert wird (zusammenfassend siehe (Kada 2019)). Mittlerweile ist das Problem moralischen Stresses in der Pflege auch empirisch gut fundiert (Schrems 2017).

Bewohner und Bewohnerinnen

Mit den wachsenden Möglichkeiten der Altersmedizin sowie der mobilen Pflege und Betreuung können Menschen bis ins hohe Alter – selbst ohne Angehörige im selben Haushalt – zu Hause wohnen bleiben. Dies führt dazu, dass der Eintritt ins Heim deutlich später und meist erst bei Vorliegen fortgeschrittener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erfolgt. Letzteres ist angesichts begrenzter Ressourcen mitunter auch Voraussetzung für die Aufnahme.

Menschen, die im Pflegeheim leben, weisen häufig verschiedene gesundheitliche bzw. funktionale Einschränkungen auf. Hochaltrige Personen zwischen 80 und 85 Jahren haben beinahe alle zumindest eine chronische Erkrankung (92,4 Prozent), 44,9 Prozent haben sogar zwei bis drei davon. Ihre häufigsten chronischen Erkrankungen sind Bluthochdruck (53,4 Prozent), Harninkontinenz (34,1 Prozent), Herzerkrankungen (31,2 Prozent) und Rheuma (29 Prozent; (ÖPIA 2015).

Wird die Mobilität der Hochaltrigen in Österreich allgemein betrachtet, so sind 92,4 Prozent von ihnen in der Lage, einen Gangtest durchzuführen. Im Pflegeheim können nur noch 50 Prozent der Hochaltrigen den Gangtest absolvieren (ÖPIA 2015). Die Prävalenzrate demenzieller Erkrankungen in Pflegeheimen liegt in Österreich zwischen 39 und 87 Prozent (ÖGPB 2017).

Mobilitätsförderung als Maßnahme schließt Personen mit unterschiedlichen Ausgangssituationen (in Bezug auf den kognitiven Status und die Mobilität) ein und greift sowohl physische als auch kognitive Aspekte auf. Nachgewiesenermaßen wirken bestimmte Maßnahmen zur Mobilitätsförderung multifunktional: die funktionale Gesundheit wird verbessert, die teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner werden aktiver und selbstbewusster, ihre Autonomie und ihre Fähigkeiten, Bedürfnisse zu artikulieren, können verbessert werden. Mitarbeiter/-innen werden entlastet, und die Zufriedenheit Angehöriger steigt. Dadurch können sich auch die Konflikte mit diesen reduzieren und kann sich die Atmosphäre am Arbeitsplatz verbessern

(Reis-Klingspiegl et al. 2018). Mobilitätsfördernde Maßnahmen sind für den Bereich der stationären Langzeitpflege und -betreuung demnach gut geeignet. Zudem liegt hier bereits eine breite Auswahl evidenzbasierter Interventionen vor, auf die zurückgegriffen werden kann.

Neben dem eigenen eingeschränkten Gesundheitszustand ergeben sich aus dem Leben in einem Pflegeheim zusätzlich externe Einflüsse, die belastend auf Bewohnerinnen und Bewohner wirken können: Bekannt ist, dass das Anpassen an die Organisation (z. B. Ess- und Weckzeiten, Schlafzeiten, Ausgehverbote) einen belastenden Faktor darstellen kann, insbesondere wenn die Mobilität eingeschränkt ist und die Möglichkeit für autonome Aktivitäten sinkt. Auf sozialer Ebene gelten mangelnde/oberflächliche soziale Kontakte als Belastung, und Pflegeheimbewohner/innen sind hierfür gerade aufgrund oft brüchiger oder fehlender sozialer Netzwerke außerhalb der Einrichtungen besonders vulnerabel (Pleschberger 2005). So sind auch Einsamkeit und Depression aktuelle Themen in der stationären Langzeitpflege und -betreuung: 25,5 Prozent der dort lebenden geben an, sich oft oder immer einsam zu fühlen (ÖPIA 2015). An depressiven Symptomen leiden nach eigener Angabe 38,4 Prozent von ihnen (ebd.). Als Gründe dafür nennen die Autorinnen/Autoren der Studie fortgeschrittene gesundheitliche und funktionale Beeinträchtigungen, unter denen Bewohnerinnen und Bewohner ebenso leiden wie unter einer pflegeheimspezifischen sozialen Isolierung (ebd.).

Trotz der angeführten umfassenden Beeinträchtigungen werden hochaltrige Menschen selten als Zielgruppe für Gesundheitsförderung genannt. Die Gesundheitsförderung fokussiert bisher primär die sogenannten jungen Alten, vor allem Menschen, die in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen leben, finden hingegen kaum Beachtung in der Gesundheitsförderung (Brause et al. 2010). Dabei wird durch Praxisprojekte mehrfach belegt, dass gesundheitliche Ressourcen durch gezielte Maßnahmen (z. B. Mobilitätsförderung) gefördert werden können (Horn et al. 2013). In der aktuellen Literatur besteht Konsens darüber, dass in Hinblick auf bewohnerbezogene Maßnahmen Prävention und Gesundheitsförderung als gleichberechtigte Anteile zu bewerten sind (Kruse et al. 2019).

Dass hinsichtlich bewohnerbezogener Maßnahmen Prävention und Gesundheitsförderung zu gleichberechtigten Anteilen bewertet werden müssen, kann am Thema Mundgesundheit deutlich gemacht werden: Gesunde Zähne bzw. ein passender Zahnersatz haben eine positive Wirkung auf das Aussehen, das Lächeln und Lachen, das Kauen und Beißen, das Wohlbefinden, das Selbstvertrauen, die Allgemeingesundheit, die Beziehung zur Lebenspartnerin / zum Lebenspartner, die Sprache und den Atem (John/Micheelis 2003).

Dass der Zahnstatus und die Mundgesundheit von Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohnern, insbesondere von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, wesentlich schlechter ist als bei unabhängig lebenden Personen gleichen Alters, ist ein weltweites Problem (Baumgartner et al. 2015). Damit verbunden sind beispielsweise Gesundheitsrisiken wie Aspirationspneumonie, die durch die Verschleppung von Keimen aus der Mundhöhle in das bronchoalveoläre System entstehen kann, oder Mangelernährung. Letztere ist bei hochaltrigen Menschen und jenen mit demenziellen Erkrankungen weitverbreitet und beeinträchtigt sowohl die Lebensqualität und die geistigen Fähigkeiten als auch die funktionale Gesundheit (ebd.).



Wo angesetzt werden kann

Ganz grundsätzlich gilt als wichtige Prämisse, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Bewohnerinnen/Bewohner und für deren An- und Zugehörige sowie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Mitarbeitende aufgrund der Enge und Verflochtenheit der Pflegebeziehungen nicht sinnvoll voneinander getrennt werden können. Sie müssen darüber hinaus in ein Gesamtkonzept der Einrichtung, das gute aktivierende Pflege zum Ziel hat, eingebunden sein (Blättner/Tempelmann 2020).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Folgenden wird exemplarisch ein Maßnahmenbündel angeführt, dem ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde liegt und das einen mehrdimensionalen Ansatz verfolgt, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu fördern. In den neun angeführten Handlungsfeldern werden sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen vorgeschlagen (IGA 2017):

- Selbstverständnis der Pflege: Hier geht es unter anderem um generelle Voraussetzungen dafür, im Pflegeberuf motiviert zu bleiben, um Rollenbilder und Kompetenzen sowie um Fort- und Weiterbildung.
- sichere und gesunde Umgebung: Unter dieser Überschrift werden die Bereiche Arbeitsumgebung, Personaleinsatz nach Ausbildung und Fähigkeiten sowie Zeitdruck zusammengefasst.
- Bewegung: Dieser Bereich umfasst das rückschonende Arbeiten, z. B. durch die Anwendung von Hilfsmitteln.
- Pausen und Erholung: Erholungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz können durch geregelte Pausenzeiten und Rückzugsmöglichkeiten geboten werden. Auch die generelle Arbeitszeitgestaltung fällt hier hinein.
- existenzielle Fragen des Pflegens: Hier finden sich Anregungen in Hinblick auf den Umgang mit schwierigen Situationen und unterschiedlichen Erwartungen an gute Pflege im Berufsalltag.
- Kommunikation: Kommunikation umfasst nicht nur die Interaktion mit Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch jene mit Mitarbeitenden und Führungskräften. Dazu zählen z. B. Feedback, Einarbeitungskonzepte oder Supervision.
- Qualifizierung: Bei diesem Thema geht es um die Teilbereiche Unter- und Überforderung, Korrespondenz der Qualifikation mit den tatsächlichen Aufgaben sowie Kompetenzbereiche.
- Work-Life-Balance: Kernthema in diesem Bereich ist die Vereinbarkeit von Beruf und Freizeit durch Arbeitszeitmodelle und Dienstplangestaltung.
- Selbstmanagement: Ein weiteres zentrales Thema in der Pflege ist der Umgang mit eigenen Grenzen, wofür in diesem Kapitel Implikationen zusammengefasst werden.

Bewohnerinnen und Bewohner

Als Handlungsfelder für bewohnerbezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen bieten sich Themen wie Ernährung, körperliche Aktivität, mentale Ressourcen, psychische Gesundheit und Prävention von Gewalt an, zu denen bereits eine breite Evidenz vorliegt.

Der Fokus sollte jedoch auch bei diesen Themen stärker als bisher auf verhältnisbezogene Maßnahmen gerichtet werden. Zum Thema Ernährung zeigen Studienergebnisse beispielsweise, dass Raum- und Tischgestaltung positive Effekte auf den Erhalt von Lebensqualität, die feinmotorische Beweglichkeit und auf die Verhinderung von Gewichtsverlust haben kann (Nijs et al. 2006). Bei der Umgebungsgestaltung muss auch dem psychosozialen Klima besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (siehe Settingorientierung).

Alle bewohnerbezogenen Interventionen zur Gesundheitsförderung sollten, wo dies möglich ist, qualitätsgesichert sein. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat beispielsweise im Bereich der Maßnahmen zur Mobilitätsförderung folgende Kriterien definiert (ZQP 2020b):

1. Die Intervention kann in Gruppen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.
2. Die Nutzerinnen und Nutzer sind hochaltrige, multimorbide und bereits in ihrer Mobilität beeinträchtigte Personen mit dauerhaften Fähigkeits- und Funktionseinbußen, die einen Pflege- und Unterstützungsbedarf zur Folge haben.
3. Es liegen Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Intervention vor: Die Förderung und der Erhalt der Bewegungsfähigkeit stellen das wesentliche Ergebnis dar.
4. Eine differenzierte Beschreibung der Bestandteile der Intervention liegt vor.“ (ebd.)

Eine weitere Möglichkeit, die Bewegungskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten und zu fördern und gleichzeitig einen gesunden, kräftesparenden und flexiblen Einsatz der Bewegung der Pflegenden zu unterstützen, kann durch das Arbeiten nach den kinästhetischen Prinzipien erreicht werden.

In der stationären Langzeitpflege und -betreuung kann auch auf Angebote des aktiven Musizierens, aber auch des passiven Erlebens von Musik gesetzt werden, die nachgewiesenermaßen positive Effekte auf Lebensqualität, Depression, Angst, Agitiertheit und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben (Görres et al. 2014).

Beim Thema Mundgesundheit handelt es sich um ein Problem mit hoher Relevanz für viele Aspekte des Wohlbefindens. Bei Interventionen in diesem Zusammenhang spielen Pflegepersonen und ihr Bezug zur Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Schulungsmaßnahmen im Bereich Mundgesundheit für Bewohnerinnen/Bewohner, deren An- und Zugehörige sowie Pflegepersonen – auch dahingehend, wie in diesem Zusammenhang ergonomisch zu arbeiten ist – können das Bewusstsein bezüglich dieses Themas verbessern.



Weitere Anregungen

In der Broschüre „Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ werden kurz und auf verständliche Weise Ideen präsentiert, wie betriebliche Gesundheitsförderung gelingen kann (IGA 2017).

Der Leitfaden „Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung“ setzt sich allgemein damit auseinander, wie Burnout erkannt werden kann (sowohl von den Mitarbeitenden selbst als auch von Führungskräften) (Gabriel 2012). Ebenso werden umfassend diesbezügliche individuelle und betriebliche Maßnahmen beschrieben.

In der Broschüre „Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen“ werden neben lokalen und nationalen auch europäische Zusammenhänge berücksichtigt und einschlägige Projekte systematisch erfasst (Resch et al. 2010).

Eine Übersicht zu Maßnahmen zur Bewegungsförderung im Setting stationäre Langzeitpflege bietet das Zentrum für Qualität in der Pflege auf der Website unter: <https://www.zqp.de/bewegungsfoerderung-pflege>; Dort sind für jede Intervention auch Hinweise zu Voraussetzungen auf Seiten der Teilnehmer/-innen, zur Durchführung und zur wissenschaftlichen Beweislage der Wirksamkeit angeführt (ZQP 2020b). Ebenso finden sich auf dieser Website auch eine Kurzbeschreibung der Ziele und Anwendungspraxis von Kinästhetik (ZQP 2020a).

Eine ausführliche Erklärung von Leitbegriffen der Gesundheitsförderung bieten die Website des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ 2020a; FGÖ 2020b) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2020).

3 Ressourcenorientierung und Empowerment

Was darunter zu verstehen ist

Gesundheitsförderung basiert auf dem Ansatz der Salutogenese, der auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) zurückgeht. Gesundheit wird dabei als Ressource verstanden, was dazu auffordert, neben Risikofaktoren und pathogenen Prozessen auch Gesundheitsressourcen und gesundheitsfördernde Prozesse in den Blick zu nehmen. Diese Ressourcen und die damit verbundenen „Fähigkeiten“ werden zur Bewältigung der sich in alltäglichen Lebenszusammenhängen ergebenden Anforderungen eingesetzt. Das Kernstück der Salutogenese bildet nach Antonovsky das Kohärenzgefühl (sense of coherence), das sich aus folgenden Komponenten zusammensetzt:

- dem Gefühl, Zusammenhänge zu verstehen
- der Überzeugung, das eigene Leben gestalten und bewältigen zu können
- der Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat.

Aus der Perspektive der Salutogenese hat jeder gesunde Mensch auch kranke Anteile, und umgekehrt hat jeder kranke Mensch auch gesunde Anteile, die gestärkt werden sollen.

Empowerment bedeutet die Aktivierung der Fähigkeiten von Menschen, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen. Sie sollen darin gestärkt werden, aktiv Handelnde zu werden, sich die notwendigen Ressourcen dafür verschaffen zu können, um die Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen.

Was darüber schon bekannt ist

Salutogenese und Empowerment in Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Im Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung sind sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch Pflegepersonen von Risiken einer Beeinträchtigung der Gesundheit betroffen. Dies umfasst ihr körperliches ebenso wie ihr seelisches und soziales Wohlbefinden. Was die Mitarbeitenden betrifft, so sind sie mit physischen Beanspruchungen konfrontiert, die aus der schweren körperlichen Arbeit erwachsen. Bei Arbeit mit und am Menschen ist eine gelungene Interaktion entscheidend für die Arbeitsqualität und die Zufriedenheit der beteiligten Personen. Interaktionsarbeit zeichnet sich durch spezifische psychische Beanspruchungen, Belastungen, aber auch Ressourcen aus (nähere Ausführungen dazu siehe unter Kapitel 4, „Settingorientierung“). Wird der Ansatz der Salutogenese ernst genommen, sind neben Risikofaktoren und pathogenen Prozessen ebenso Ressourcen in den Blick zu nehmen, an denen im Rahmen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angesetzt werden kann.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Eine wichtige Ressource und einen Ansatzpunkt für Empowerment stellt das Berufsethos der Pflegepersonen dar. Die Möglichkeit, nach hohen ethischen Standards zu arbeiten, schützt nachgewiesenermaßen vor negativen Auswirkungen von Emotionsarbeit und fördert direkt das Engagement (Mauno et al. 2016).

Eine weitere Ressource ist die empfundene Sinnhaftigkeit der Arbeit. So zeigt eine Untersuchung unter Altenpflegekräften in Deutschland, dass die eigene Arbeit als anspruchsvoll und gesellschaftlich wichtig wahrgenommen wird (KDA 2012). 79,1 Prozent der dabei Befragten äußerten großen Stolz darauf, in der Altenpflege zu arbeiten (ebd.). Dass Pflegende in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung ihren Beruf als erfüllend und sinnstiftend beschreiben – nicht zuletzt, weil sie viel Anerkennung durch die Bewohnerinnen und Bewohner erfahren –, zeigt auch eine ebenfalls in Deutschland aktuell durchgeführte Studie (Blättner/Tempelmann 2020). Wird das Abarbeiten von Pflegeanforderungen jedoch zur institutionellen Norm, wird dies von Pflegekräften als mangelnde Anerkennung ihres professionellen Selbstverständnisses gewertet. Durch die erzwungene Einschränkung der Interaktionsarbeit erfahren Pflegende gleichzeitig weniger Wertschätzung und Anerkennung durch Bewohnerinnen und Bewohner (Kumbruck et al. 2011).

Auch die Identifikation mit dem Unternehmen stärkt die empfundene Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit (Böhle et al. 2015b). Allerdings gibt es empirische Hinweise darauf, dass Pflegepersonen in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung ihre Tätigkeit zwar selbst als sinnhaft ansehen, die Bedingungen, unter denen sie arbeiten, jedoch kritisieren (Becker 2016; Böhle et al. 2015b). Eine wesentliche Motivation für die Ausübung des Berufes, die sinnvolle Tätigkeit, wird so konterkariert.

Kompetenz der Mitarbeiter/-innen in fachlicher, methodischer und sozialer Hinsicht ist ebenfalls als wichtige Ressource zu sehen, die vor Überforderung und moralischem Stress schützen kann (Kleinknecht et al. 2017). So kann beispielsweise die Fähigkeit zur Gefühls- und Emotionsarbeit nicht einfach als „natürliches Arbeitsvermögen“ vorausgesetzt werden; das führt zu einer Überforderung im Arbeitsalltag, die vermeidbar ist (Böhle 2018). Spezifische Kompetenzen zu schulen ist auch im Zusammenhang mit der Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen von hoher Bedeutung, wenn es darum geht, vor Überforderungen zu schützen (Rappold/Pfabigan 2020).

Insgesamt gesehen, sind Gesundheitsförderung und Prävention zentrale Aspekte des beruflichen Kompetenzprofils von Pflegeberufen. Da diesbezügliche Maßnahmen jedoch meist aufwändiger sind als eine Standardversorgung, wird bei mangelnden Personalressourcen auf deren Umsetzung verzichtet. Diese reduzierte Umsetzung pflegerischer Standards erleben Pflegepersonen wiederum als Handeln wider ihr Berufsethos (Blättner/Tempelmann 2020).

Der wichtige Einfluss von Führungsverhalten auf die (psychische) Gesundheit der Mitarbeitenden ist mittlerweile durch eine Vielzahl an Studien eindeutig belegt: Führungsverhalten hat als Ressource eine gesundheitsfördernde Wirkung, kann aber auch als Stressor das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ungünstig beeinflussen (Pitschl/Mayer

2016). So wurde in einer finnischen Längsschnittstudie über einen Zeitraum von elf Jahren gezeigt, dass sich durch „unbefriedigende Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz“ das Risiko einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit verdoppelt. Wertschätzendes Führungsverhalten wirkt sich hingegen positiv auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten aus (ebd.).

Bewohnerinnen und Bewohner

Was die Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Langzeitpflege betrifft, so sind diese zumeist von Multimorbidität betroffen und oftmals auch in ihrem seelischen und sozialen Wohlbefinden eingeschränkt. Wird der Ansatz der Salutogenese aufgegriffen, gilt, dass auch diese Personen gesunde Anteile haben, die gefördert werden können.

Zwar darf die tatsächliche funktionale Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner nicht außer Acht gelassen werden, jedoch hat das Kohärenzgefühl einen wesentlich stärkeren positiven Einfluss auf Zukunftszuversicht, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit als etwa die objektiv messbare Gesundheit (Wulff 2013).

Studien weisen darauf hin, dass weder das Alter noch das Geschlecht oder die wahrgenommene körperliche Funktionsfähigkeit einen erheblichen Einfluss auf das Kohärenzgefühl pflegebedürftiger Menschen ausüben (Gunzelmann et al. 2000; Wiesmann et al. 2004). Dagegen stehen die Erfahrung, über soziale Ressourcen zu verfügen, das Selbstwertgefühl, die Erfahrung der Selbstwirksamkeit sowie die erwartete soziale Unterstützung in einem engen Zusammenhang mit dem Kohärenzerleben (Wiesmann et al. 2004). Nachgewiesen werden konnte ebenso, dass eine starke Ausprägung des Kohärenzgefühls mit geringeren Körperbeschwerden einhergeht (Gunzelmann et al. 2000).

Selbstwirksamkeit im Sinne der Überzeugung, das weitere Leben aus eigener Kraft meistern zu können bzw. Kontrolle über die Art und Weise der Hilfeleistung zu behalten, trägt auch zu dem Gefühl der Selbstbestimmung bei. Selbstbestimmung, d. h. entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen zu entscheiden und zu handeln, hat bedeutenden Einfluss auf Gesundheit, Würdeempfinden und Lebensqualität. Wichtige Dinge nicht selbst entscheiden zu können kann hingegen dazu führen, sich ausgeliefert, ohnmächtig und wertlos zu fühlen. Die Folge davon ist häufig der Verlust von Lebensmotivation (Brandenburg 2005).

Wie Bewohnerinnen und Bewohner ihre subjektive Lebensqualität beurteilen, ist entscheidend davon abhängig, ob sie sich individuell in ihren Kompetenzen und in ihrer Persönlichkeit gewürdigt sehen und für etwas gebraucht werden, was ihrem Leben Sinn gibt (Blättner/Tempelmann 2020).

Sinnvolles und bedeutungsvolles Handeln sowie Beschäftigung sind Grundbedürfnisse des Menschen und wirken sich unter anderem auf das Selbstvertrauen und auf das Gesundheitsempfinden positiv aus (Wilcock 2005). Menschen können sich im Rahmen sinnvoller Beschäftigung als Teil der sozialen Teilhabe auf emotionaler, mentaler und physischer Ebene zum Ausdruck bringen (DGP 2020). Fehlt über längere Zeit der Zugang zu einer angemessenen und erwünschten Beschäftigung, verursacht das Stress und hat negative Auswirkungen wie Konzentrationsschwäche, Verlust von Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen (Pfabigan 2011).

Dass sinnvolle Beschäftigung und Kontrolle über das tägliche Leben für pflegebedürftige Personen im Zusammenhang mit der empfundenen Lebensqualität sehr hohe Bedeutung haben, zeigt auch eine jüngst veröffentlichte Studie über Aspekte der Lebensqualität, die durch Pflege und Betreuung beeinflussbar ist (Hajji et al. 2020).

Beschäftigungsangebote in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung sind oftmals an den Fähigkeiten der Mitarbeitenden oder konzeptionellen Vorstellungen der Organisation ausgerichtet und nicht an den Bedürfnissen und Kompetenzen der pflegebedürftigen Personen. Bewohnerinnen und Bewohner empfinden Beschäftigungsangebote mitunter als zu primitiv und können nicht nachvollziehen, was das Ziel der Tätigkeit sein soll. Zum Teil werden Beschäftigungsangebote als Möglichkeit gesehen, der Langeweile zu entgehen, nicht aber als etwas, was dem eigenen Leben Sinn geben kann und dabei hilft, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln (Blättner/Tempelmann 2020).



Wo angesetzt werden kann

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Pflegepersonen zu ermöglichen, entsprechend ihren professionsethischen Ansprüchen zu handeln, stellt eine Führungsaufgabe dar und verlangt danach, dem ethischen Klima in der Organisation besondere Aufmerksamkeit zu schenken (Kleinknecht et al. 2017). Ein zentraler Fokus ist damit auf das Führungsverhalten zu richten, und zwar auf ein solches, das von Wertschätzung geprägt ist und ausreichend Raum für Kommunikation lässt (Pitschl/Mayer 2016).

Damit Pflegepersonen ihre Kompetenzen bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention im beruflichen Alltag umsetzen können, sind Arbeitsbedingungen gefordert, welche die Anwendung dieser Kompetenzen unterstützen und die bewirken, dass der Wert der Mitarbeitenden erkennbar geschätzt wird.

Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl kann mit einem Kurzfragebogen mit wenig Aufwand erfasst werden, um eine gezielte Verbesserung gesundheitsrelevanter Arbeitsbedingungen zu erreichen.

Im Sinne des Empowerments gilt es eine lernfördernde Arbeitsgestaltung zu unterstützen (Böhle 2011). Dabei geht es nicht nur darum, Pflegepersonen zu schulen, sondern vielmehr darum, „Gelegenheitsstrukturen“ zu schaffen, die einen informellen Austausch in den Teams ermöglichen, in denen die individuellen Erfahrungen artikuliert werden können und kollegiale Unterstützung geleistet werden kann (Böhle et al. 2015a).

Bewohnerinnen und Bewohner

Aus salutogenetischer Sicht wäre es wichtig, die Biografiearbeit und gezielte Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern zu nutzen, um interne und externe biopsychosoziale Ressourcen zu suchen und für die Stärkung des Kohärenzgefühls zu nutzen (Wiesmann et al. 2004).

Mit der Leipziger Kurzform der Sense of Coherence Scale (SOC-L9) kann das Kohärenzgefühl der Bewohnerinnen und Bewohner mit wenig Aufwand erfasst werden. Jene unter ihnen mit geringem Kohärenzgefühl können als Risikogruppe für psychosomatische oder somatoforme Körperbeschwerden und psychische Beschwerden gelten und sollten in der psychosozialen Versorgung besondere Aufmerksamkeit erhalten (Gunzelmann et al. 2000).

Weil sinnvolle Beschäftigung eine große Bedeutung für die psychosoziale Gesundheit und die Lebensqualität hat, sollte ihr besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden. Freizeit- und Beschäftigungsangebote sollten sinnvolles und bedeutungsvolles Handeln sowie die Förderung persönlicher Kompetenzen ermöglichen.

Angehörige und Freiwillige

Im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheitsförderung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Auswirkungen von Maßnahmen, aber auch im Sinne der Ressourcen sind im Bereich der stationären Langzeitpflege An- und Zugehörige auch entsprechend in den Blick zu nehmen. Ebenso gilt dies für Ehrenamtliche und Freiwillige, die für den Alltag pflegebedürftiger Menschen gleichermaßen sinnstiftende Beiträge leisten können. Ein Beispiel lässt sich hier für An- und Zugehörige anführen, die nach Anleitung bestimmte präventive Interventionen bei bzw. mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ausgeführt haben, wovon auch die An- und Zugehörigen selbst profitiert haben (Gebhard 2017).



Weitere Anregungen

Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten zur Förderung der psychischen Gesundheit, die sich an Führungskräften richten, finden sich im „Leitfaden Psychische Gesundheit II. Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte“ (Pitschl/Mayer 2016), hgg. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (nunmehr Dachverband der Sozialversicherungsträger).

In Marcel Maiers Buch „Ethische Interventionen als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (Maier 2014) werden theoretische Aspekte moralischen Stresses beschrieben und wird eine Studie vorgestellt, mit der erstmals die – so der Untertitel des Buches – „Wirksamkeit von ‚Ethik-Cafés‘ bei Pflege- und Nicht-Pflegepersonal in der geriatrischen Langzeitpflege“ im Zusammenhang mit moralischem Stress wissenschaftlich nachgewiesen wurde.

Mit dem Instrument ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) kann erfasst werden, wie sich Pflege und Betreuung auf die Lebensqualität der betreuten Personen auswirken. Es enthält jene Domänen der Lebensqualität, die durch professionelle Pflege und Betreuung tatsächlich beeinflussbar sind. Das Instrument ist online zugänglich (WU 2020), und seine Anwendung kann beispielhaft im Kontext der mobilen Pflegedienste im Beitrag von Trukeschitz et al. (2018) nachgelesen werden.

4 Settingorientierung

Was darunter zu verstehen ist

Settings sind soziale Systeme, Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen der Alltag von Menschen stattfindet. Settingorientierung in der Gesundheitsförderung bedeutet, auf die Lebenswelten von Menschen und damit auch auf die Rahmenbedingungen des jeweiligen Wohn- und Arbeitsumfelds zu fokussieren. Damit wird im Sinne der Determinantenorientierung der Erkenntnis Rechnung getragen, dass auch die Umgebung, in der wir leben und arbeiten, eine zentrale Rolle bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, des Wohlbefindens sowie der Prävention von Gesundheitsproblemen spielt.

Das Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege ist zugleich Wohn- und Lebensraum für ca. 82.500 Menschen sowie Arbeitsfeld für ca. 65.000 Menschen in Österreich. Dieses Setting zeichnet sich durch spezifische Merkmale aus, die bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsproblemen unbedingt zu beachten sind.

Was darüber schon bekannt ist

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Als Arbeitsfeld bilden Einrichtungen der stationären geriatrischen Langzeitpflege ein Setting, das ähnlich wie auch andere Settings, in denen soziale Dienstleistungen erbracht werden, besondere Anforderungen an die Beschäftigten stellt. Als größte Gruppe, die den meisten Kontakt zu den pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen haben, gilt es vor allem für Pflegepersonen diese Anforderungen zu meistern, aber auch andere Berufsgruppen, die Arbeit mit und am Menschen im Setting Langzeitpflege erbringen, sind damit konfrontiert.

Die spezifischen Beanspruchungen, Belastungen und Ressourcen, die mit der Erbringung personenbezogener Dienstleistungen verbunden sind, unterscheiden sich in hohem Maße von jenen der Produktions- und Verwaltungsarbeit, bei denen instrumentell-gegenstandsbezogenes und planmäßig-rationales Arbeitshandeln ausschlaggebend für Qualität und Effizienz ist. Im Gegensatz dazu ist bei der Arbeit mit und an Menschen eine gelungene Interaktion bestimmend für eine qualitätsvolle Erbringung der Dienstleistung, die Güte des Arbeitsergebnisses, die Zufriedenheit der Leistungserbringer/-innen (Pflegerinnen) und Leistungsempfänger/-innen (Bewohner/-innen sowie deren Angehörige; (Böhle 2011; Böhle et al. 2015a; Böhle 2018).

Interaktionsarbeit lässt sich charakterisieren durch die Notwendigkeit, eine vertrauensvolle Kooperationsbeziehung herzustellen, auf die Gefühle des Gegenübers positiv einzuwirken und die eigenen Gefühle zu kontrollieren sowie die Herausforderung der Unwägbarkeiten in der täglichen Arbeit zu meistern, was situatives Arbeitshandeln verlangt (Böhle 2011; Böhle et al. 2015a; Böhle 2018).

Wird die Arbeit mit und an Menschen unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, werden die besonderen Anforderungen und Leistungen der Interaktionsarbeit deutlich und erhalten eine systematische Grundlage für eine adäquate, gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung. Im Folgenden sollen die besonderen Merkmale der Interaktionsarbeit beschrieben werden, wobei insbesondere auf die Pflegearbeit fokussiert werden soll (Böhle 2011; Böhle et al. 2015b; Böhle et al. 2015a; Böhle 2018). Den nachfolgenden Erläuterungen sei vorausgeschickt, dass diese Merkmale konzeptionell voneinander getrennt beschrieben werden, aber im praktischen Handeln miteinander verwoben sind.

Herstellung einer Kooperationsbeziehung

Pflegebedürftige Personen haben Bedürfnisse und Interessen, die aus unterschiedlichen Gründen beachtet werden müssen: Aus normativer Perspektive dürfen die Bedürfnisse und Interessen der zu pflegenden Personen nicht übergangen werden, dies gebietet das in unterschiedlichen Rechtsgrundlagen verbriefte Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung und Autonomie. Konzeptionell ist die Unterstützung bzw. das Wiedererlangen von Autonomie eines der zentralen Ziele in allen Pflegekonzepten und -modellen. Soll die Pflegesituation gelingen, müssen Wege gefunden bzw. ausgehandelt werden, wie die notwendige Intervention auf die Bedürfnisse und Interessen des hilfebedürftigen Menschen abgestimmt werden kann. Dass diese notwendige Abstimmungsarbeit höchst voraussetzungsvoll ist, zeigt sich insbesondere dann, wenn beispielsweise pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige Forderungen stellen, die aufgrund personeller, sachlicher oder zeitlicher Ressourcen nicht realisiert werden können. Auch das Herstellen einer Kooperationsbeziehung mit Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist eine anspruchsvolle Herausforderung und verlangt nach hohen fachlichen und sozialen Kompetenzen.

Gefühlsarbeit

Das Besondere an der Pflegearbeit ist, dass sie eine körperbezogene, interpersonale Interaktion darstellt, die ständig an den Grenzen der Tabuverletzung, der Überschreitung individueller Grenzziehungen, an den Grenzen des Zumutbaren, der Scham, des Ekels und der eigenen Betroffenheit stattfindet (Gröning 2018). Pflege ist wie kaum ein anderer Dienstleistungsberuf von Nähe und Intimität geprägt und muss etwas leisten, was eigentlich über eine reine Dienstleistung hinausgeht: Will sie die genannten Grenzen nicht übertreten, ist sie gefordert, die körperliche Nähe an eine zwischenmenschliche Nähe zu binden und gleichzeitig Distanz zu halten (Maio 2017). Damit dies gelingen kann, muss die Pflegeperson auf die Gefühle der pflegebedürftigen Person so einwirken, dass diese bei oftmals schambehafteten pflegerischen Handlungen in einer vertrauensvollen Atmosphäre, durch Kompetenzvermittlung und Unterstützung, ihre Fassung und Selbstkontrolle wahren kann. Neben dem fachgerechten Einsatz ihres Wissens und Könnens wenden Pflegepersonen informelle Praktiken an, indem sie beispielsweise erklären, trösten, ermutigen und dem pflegebedürftigen oder kranken Menschen dabei helfen, das Gefühl der Integrität in einem umfassenden Sinn – als Balance körperlichen und seelischen Wohlbefindens – wiederzuerlangen (Kumbruck et al. 2011).

Emotionsarbeit – der Umgang mit eigenen Gefühlen

Die eigenen Emotionen zu kontrollieren ist grundsätzlich eines der zentralen Merkmale zielgerichteten Arbeitshandelns. Im Rahmen der Interaktionsarbeit wird jedoch berücksichtigt,

dass sich die emotionale Verfassung der Person, welche die Dienstleistung erbringt, nicht nur auf das Arbeitshandeln auswirkt, sondern davon unabhängig auch auf das Ergebnis. Gewöhnlich bestehen zwei unterschiedliche Anforderungen bezüglich Emotionsarbeit: die Anforderung, positive Emotionen zu zeigen, und jene, negative zu unterdrücken (Nerdinger 2012). Bei der Emotionsarbeit geht es beispielsweise darum, Respekt und Freundlichkeit zu vermitteln, Ärger über schwierige Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige zu bearbeiten, mit Betroffenheit umzugehen oder Ekel- und Schamgefühle zu überwinden (Böhle et al. 2015b). Emotionsarbeit ist einerseits als eine von der Organisation an die Mitarbeitenden herangetragene Aufgabe zu sehen, andererseits als besondere Anforderung personenbezogener Dienstleistungen: als Bedingung der Durchführung der Arbeit und der Erlangung guter Arbeitsergebnisse. Emotionsarbeit ermöglicht, dass Pflegepersonen, aber auch pflegebedürftige Personen und deren Angehörige ihren Stress bewältigen können, dass Pflegepersonen sich schützen können. (ebd.)

Situatives Arbeitshandeln

Die Arbeit mit und an Menschen ist von struktureller Unbestimmtheit geprägt. Das setzt die Fähigkeit voraus, Unvorhergesehenes und Unwägbarkeiten zu bewältigen. Von dieser grundsätzlichen „Nichtplanbarkeit“ ist die Pflege besonders betroffen: In der jeweils gegenwärtigen Situation muss eine passende Reaktion auf die Befindlichkeit und Gemütsverfassung der Bewohnerin bzw. des Bewohners gefunden werden. Das bedeutet, dass sich der Arbeitsmodus der Pflege von der Logik der reinen Zweckrationalität unterscheidet und dass die Komplexität, die in jeder Pflegesituation gegeben ist, durch lineare Modelle nicht adäquat bewältigt werden kann. Die Kernleistung der Pflege ist im Rahmen des situativen Arbeitshandelns die empfindende und spürende sinnliche Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person, das Einbeziehen auch diffuser Informationsquellen wie des Gesichtsausdrucks, der Körperhaltung oder momentaner Stimmung sowie ein assoziatives Gespür dafür, wodurch und wie die Situation bewältigt werden kann (Böhle 2018; Maio 2017). Diese oftmals unterschätzte Fähigkeit des Situationsverstehens verlangt nach assoziativ-bildhaftem Denken, Erfahrungswissen und einer Beziehung zum „Arbeitsgegenstand“, die nicht auf Distanz, sondern vielmehr auf Nähe und Verbundenheit beruht (Böhle 2011; Böhle 2018).

Zusammenhang von Interaktionsarbeit und Gesundheit

In Bezug auf Zusammenhänge zwischen den Merkmalen von Interaktionsarbeit und diversen Indikatoren von Gesundheit liegen zahlreiche Erkenntnisse vor: Beispielsweise konnte vielfach nachgewiesen werden, dass Diskrepanzen zwischen dem im Rahmen von Interaktionsarbeit geforderten Emotionsausdruck und dem tatsächlichen emotionalen Erleben der Betroffenen mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation einhergehen (Böhle 2018). Darüber hinaus führt das Nichtbeachten der spezifischen Anforderungen der Pflege als Interaktionsarbeit auch dazu, dass Pflegepersonen ihre Tätigkeiten als einseitig belastend und wenig sinnstiftend empfinden und damit erhöhten arbeitsbedingten Erkrankungsrisiken ausgesetzt sind (Fourie 2017; Stafflinger 2019). Nicht zuletzt wird auch die Sicherheit und Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner gefährdet, wenn aufgrund Personal- und Zeitmangels die Möglichkeit fehlt, die notwendige Interaktion mit ihnen auf adäquate Weise zu gestalten. Wenn Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht in ausreichendem Umfang geführt werden können, hat das nämlich zur Folge, dass drohende gesundheitliche Gefährdungen

nicht rechtzeitig bemerkt und geeignete Maßnahmen dagegen nicht eingeleitet werden, wie Studien nachweisen (z. B. Shekelle 2013).

Bewohnerinnen und Bewohner

Menschen ziehen zumeist erst dann in ein Pflegeheim, wenn ihre Pflege und Betreuung in der eigenen Wohnung nicht mehr gewährleistet werden kann. Der Umzug ist häufig vom Wunsch nach Sicherheit, Verköstigung, medizinisch-pflegerischer Versorgung und Alltagsgestaltung getragen (Rappold/Pfabigan 2020). Leben und Wohnen findet fortan in einer „Zufalls-gemeinschaft“ statt, einer Gemeinschaft, der sich die pflegebedürftigen Menschen oftmals nur sehr bedingt freiwillig angeschlossen haben. Außer der Tatsache eines eingeschränkten Gesundheitszustands verbindet die Bewohnerinnen und Bewohner zumeist wenig. Sie bilden keineswegs eine homogene Gruppe, sondern unterscheiden sich hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, ihrer Ressourcen, ihrer Biografie, ihrer Interessen und Bedürfnisse. Selbst was ihr Alter betrifft, kann der Unterschied mehr als eine Generation betragen. Dieser Diversität auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten Rechnung zu tragen spielt nicht zuletzt im Sinne von Chancengerechtigkeit eine wesentliche Rolle.

Die Umgebung, in der Menschen leben, spielt beim Erhalt und bei der Förderung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens eine zentrale Rolle. Im Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege ist es mithin entscheidend, ob es gelingt, eine vertraut-häusliche Atmosphäre zu schaffen (Rappold/Pfabigan 2020). Eine solche trägt unter anderem dazu bei, dass die Lebensqualität und das interaktive Verhalten sowie das Wohlbefinden gefördert werden. Sie kann auch dazu beitragen, dass sich der gesundheitliche und körperliche Zustand der Bewohner/-innen nicht verschlechtert. Beispielsweise beeinflussen die Gestaltung des Speisessaals und die Art und Weise, wie die gemeinsamen Mahlzeiten eingenommen werden, nicht nur die Sozialkontakte und die Interaktion zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch die Nahrungsaufnahme (Rappold/Pfabigan 2020).

Menschen brauchen auch im Pflegeheim ihr „primäres Territorium“, den Raum, in dem sie bestimmen, in dem sie als Besitzer/-in die Verfügungsgewalt haben und Privatheit erleben können. Dies trägt wesentlich dazu bei, sich als selbstbestimmte Person und nicht als ausgeliefert zu erleben, und kann das Gefühl stärken, Kontrolle über die Situation zu haben – wesentliche Aspekte, die Gesundheit und Wohlbefinden fördern (Rappold/Pfabigan 2020).

Gleichzeitig sind die Zimmer der Bewohner/-innen sowie die Aufenthaltsräume auch der Arbeitsplatz der Mitarbeiter/-innen. Professionelle Ansprüche auf Fürsorge, Schutz und Pflege, aber auch Hygiene- und Brandschutzbestimmungen oder das Verhalten von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern stehen dem Wunsch nach Privatheit manchmal entgegen (Rappold/Pfabigan 2020).

Die Umgebungsgestaltung im Pflegeheim durch Farben, Licht und Möbel ist von Bedeutung, doch macht sie allein noch keine Lebensqualität aus. Dafür muss auch ein positives psychosoziales Klima geschaffen werden. Aus Studien ist bekannt, dass Bewohnerinnen und Bewohner bisweilen mit Wut, Ärger und aggressiven Äußerungen reagieren, wenn Pflegenden tendenziell aufgabenorientiert agieren und die psychosoziale Interaktion fehlt oder die Bewohnerinnen und Bewohner von den Pflege- und Betreuungspersonen gar explizit ignoriert wer-

den. Scheinen die Pflege- und Betreuungspersonen für die Bewohner/-innen gar unerreichbar, kann dies bei den Bewohnerinnen und Bewohnern Angstgefühle auslösen und zu herausforderndem Verhalten führen (Rappold/Pfabigan 2020). Eine vorrangig auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtete Pflegeorganisation hat negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Bewohnerinnen und Bewohner (Müller-Hergl 2018).

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundene praktizierte Kontaktvermeidung in stationären geriatrischen Pflegeeinrichtungen beeinträchtigen das bisherige Leben der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Spätfolgen der dabei gesetzten Maßnahmen sind noch nicht vollständig absehbar (DGP 2020). Schutzmaßnahmen, die auf körperliche und soziale Distanzierung abzielen, bergen nachgewiesenermaßen hohe Risiken für ältere Menschen. Diese können bis hin zu einer gesteigerten Sterblichkeit reichen (ebd.). Eine funktionierende Interaktion und gelungene Beziehungen bieten auch und insbesondere in Pandemiezeiten Optionen für die Stärkung der persönlichen Lebensqualität (ebd.).

Angehörige – noch eine „Leerstelle“ in der Gesundheitsförderung

Während das Interesse an (pflegenden) Angehörigen im Zusammenhang mit der extramuralen Versorgung in den vergangenen Jahren angestiegen ist, fehlt es an Aufmerksamkeit für diese Gruppe im Kontext der Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Annett Horn und Doris Schaeffer sprechen in diesem Zusammenhang von der „Leerstelle“ in der Gesundheitsförderung (Horn/Schaeffer 2011).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass ein großer Anteil der Bewohner/-innen in Pflegeheimen keine Angehörigen (mehr) hat bzw. diese sich nicht im Nahbereich befinden. Dennoch waren diese Bewohner/-innen möglicherweise vor dem Eintritt in die Pflege- und Betreuungseinrichtung in soziale Netzwerke eingebunden. Im Falle eines Heimeintritts kann die Gefahr bestehen, dass der Kontakt der Bewohner/-innen mit Personen aus diesen Netzwerken abreißt, weil diese Personen seitens des Heims nicht unmittelbar als „Zugehörige“ erkannt werden. Diese informellen außerfamiliären Helfer/-innen stellen jedoch auch für das Leben in der Pflege- und Betreuungseinrichtung eine Ressource dar, wenn es um die Kontinuität sozialer Teilhabe geht (Ashida et al. 2019).



Wo angesetzt werden kann

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Alle Bemühungen, das Setting der stationären Langzeitpflege gesundheitsfördernd zu gestalten, müssen mit den besonderen Beanspruchungen, Belastungen und Ressourcen, die aus der Interaktionsarbeit erwachsen, in Beziehung gesetzt werden, sollen die gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht ins Leere laufen.

Interaktionsarbeit fordert, dass verhältnisorientierte und verhaltensorientierte Maßnahmen eng miteinander verbunden werden. Gesundheitsbelastungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aus der Arbeit mit und an Menschen resultieren (z. B. körperliche Belastungen, solche durch Leid, Tod und Trauer), können nicht gänzlich verhindert werden. Deshalb ist es wichtig, dass Mitarbeitende individuelle Bewältigungsstrategien dafür erlernen (Böhle 2018).

Angesichts der hohen Anzahl demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner sollte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit geboten werden, ihre berufliche Handlungskompetenz in Bezug auf Demenz weiterzuentwickeln. Das kann wesentlich zu einer gelungenen Interaktion beitragen und das Belastungserleben von Bewohnerinnen und Bewohnern reduzieren, womit auch der Arbeitsalltag stressfreier verlaufen kann (Rappold/Pfabigan 2020).

Bei der Gestaltung der Arbeitsumgebung sowie der Auswahl der Arbeitsinstrumente (z. B. Dokumentationssysteme, elektronische Kommunikationssysteme) ist darauf zu achten, dass dies die Interaktionsarbeit erleichtert und nicht zusätzlich erschwert.

Eine besondere Aufmerksamkeit sollte die Pausengestaltung erhalten. Insbesondere bei emotional fordernder schlecht planbarer Arbeit wirken regelmäßige (und damit vorhersehbare) sowie gemeinsame Pausen gesundheitsstabilisierend (Böhle 2018). Gemeinsames Pausieren der Teammitglieder ermöglicht soziale Unterstützung durch das Besprechen von Schwierigkeiten in der Gruppe. Darüber hinaus senken gemeinsame Pausen mittelfristig die Fluktuation der Beschäftigten (Böhle 2018).

Sowohl bei der Ermittlung als auch bei der Gestaltung geeigneter gesundheitsfördernder Maßnahmen spielen Prozesse der Partizipation und Mitbestimmung eine tragende Rolle, da Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die spezifischen Bedingungen ihrer Arbeit am besten kennen und Gestaltungsmaßnahmen deutlich besser akzeptieren, wenn sie an deren Entwicklung und Realisierung beteiligt werden (Böhle 2018).

Bewohnerinnen und Bewohner

Darauf, dass durchdachte Architektur und Umgebungsgestaltung das Wohlbefinden und die Lebensqualität in unterschiedlichen Hinsichten positiv beeinflusst, gibt es in der Literatur zahlreiche Hinweise (Bartholomeyczik et al. 2006; DNQP 2019).

In puncto Umgebungsgestaltung muss auch dem psychosozialen Klima besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Pflegepersonen müssen durch ein entsprechendes Leitbild, entsprechende Pflegekonzepte, spezifische Schulungsprogramme sowie durch die Bereitstellung notwendiger Ressourcen in einer personenzentrierten Haltung unterstützt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass sie nicht nur physisch anwesend sind, sondern für die Bewohnerinnen und Bewohner auch emotional fassbar sind und den gemeinsamen Begegnungen und Aktivitäten Bedeutung verleihen können (Rappold/Pfabigan 2020).

Wird die geriatrische Langzeitpflege als Setting verstanden, in dem gelungene Interaktionsarbeit für die Arbeitsqualität sowie das Wohlbefinden der handelnden Akteurinnen und Akteure ausschlaggebend ist, muss im Rahmen von Gesundheitsaktivitäten nach gemeinsamen Belangen und Interessen von Mitarbeitenden, Bewohnerinnen/Bewohnern und Angehörigen gesucht und müssen Unterschiede und Gegensätze zwischen diesen Gruppen und innerhalb dieser, ausbalanciert werden. Dazu ist es erforderlich, auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten immer auch deren Auswirkungen auf die jeweils anderen Akteursgruppen im Blick zu haben (Blättner/Tempelmann 2020; Böhle 2018).



Weitere Anregungen

Auf die Besonderheiten der „Arbeit mit Menschen“ im Vergleich zur „Arbeit mit Gegenständen“ wird in dem lesenswerten Tagungsband „Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Gestaltungskonzepte und Forschungsbedarf“ eingegangen (Bode et al. 2018). Die dort aufgezeigten Unterschiede haben zahlreiche Implikationen für die Arbeitsgestaltung der Pflege, wofür im Band viele Beispiele gegeben werden.

Im Rahmen der Österreichischen Demenzstrategie brachte die GÖG den Leitfaden „Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe für Führungskräfte“ heraus, dessen Ziel ist, die Demenzkompetenz in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu fördern. Dieses Dokument richtet sich an Führungskräfte und liefert einen fachlichen Begründungsrahmen sowie Maßnahmenvorschläge, die dazu beitragen können, belastende Situationen im Lebens- und Arbeitsalltag in Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung für Bewohner/-innen, deren Angehörige und für Mitarbeiter/-innen zu reduzieren (Rappold/Pfabigan 2020).

Als hilfreiche Referenz zum aktuellen Forschungsstand sei auf den Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hingewiesen. Dieser enthält auch eine Kommentierung und Literaturstudie aus dem Jahr 2019 (DNQP 2019).

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) veröffentlichte 2020 die Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie“, in der beschrieben wird, wie die soziale Teilhabe und die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pandemiezeiten sichergestellt werden können, und wie Mitarbeitende darin unterstützt werden können, entsprechende Maßnahmen umzusetzen (DGP 2020).

Ein erster Überblick zur Reduktion psychischer Belastungen von Gesundheitsfachkräften während der COVID-19-Pandemie findet sich im Zeitschriftenbeitrag „Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie“ (Petzold et al. 2020).

5 Zielgruppenorientierung, Partizipation und gesundheitliche Chancengerechtigkeit

In diesem Abschnitt werden gleich mehrere Prinzipien zusammengefasst, weil Partizipation und gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Setting Langzeitpflege unmittelbar mit der Orientierung an Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Bewohnerinnen/Bewohnern sowie An- und Zugehörigen verwoben sind.

Was darunter zu verstehen ist

Grundsätzlich wird unter Zielgruppe eine spezifische, vordefinierte und klar abgegrenzte Gruppe Teilnehmender, die in gesundheitsfördernde Aktivitäten eingebunden werden sollen, verstanden. Im Kontext von Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist der klassische Ansatz der Zielgruppenorientierung dahingehend aufzubrechen, dass stets drei Akteursgruppen miteinander interagieren:

- a) Bewohnerinnen/Bewohner
- b) Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
- c) An- und Zugehörige

Zudem erscheint es auch wichtig, insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner nicht ausschließlich als Zielgruppe von Maßnahmen zu beachten, sondern sie im Sinne einer Akteurs- oder Nutzergruppe auch stärker mit ihren Ressourcen und Anliegen sichtbar zu machen und so auch den Anspruch auf Empowerment bereits konzeptionell/sprachlich einzulösen.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, einen gerechten Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, damit alle Menschen bedarfsgerechte Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben. Dabei gilt es zu beachten, dass weder die Bewohnerinnen und Bewohner, die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter noch die An- und Zugehörigen eine homogene Gruppe bilden. Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten sind für diese unterschiedlichen Gruppen nicht im gleichen Ausmaß gegeben. Deshalb muss im Rahmen von Gesundheitsförderung die Zielgruppe differenziert betrachtet werden, um bestehende Ungleichheiten nicht zu verschärfen, und jene mit mehr Bedarf zu unterstützen.

Die Ermöglichung von Partizipation soll – auch im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit – gewährleisten, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten gut auf Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind. Partizipation zielt nicht nur auf Teilnahme, sondern auch auf Teilhabe ab. Das bezieht auch die Definitionsmacht und somit die Möglichkeit ein, die Gesundheitsprobleme (mit)bestimmen zu können, auf welche die gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen gerichtet werden sollen (Müller 2014). Je mehr Einfluss eine Person auf einen Entscheidungsprozess nehmen kann, desto größer ist ihre Partizipation. Weil die Teilhabe an Entscheidungen bei der Gestaltung von Verhältnissen positive Auswirkungen auf die Entwicklung von Gesundheit hat, kann Partizipation selbst als eine Maßnahme der Gesundheitsförderung gesehen werden (Heimerl et al. 2019).

Was darüber schon bekannt ist

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Frauen stellen nicht nur die Mehrheit jener Menschen, die in Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben, sondern bilden mit 92 Prozent auch die Mehrheit der Mitarbeitenden (Statistik Austria 2018).

In Bezug auf die Attraktivität von Alten- und Pflegeheimen als Arbeitsfeld zeigt sich, dass der Bereich vor allem für Männer und jüngere Menschen offensichtlich unattraktiv bleibt, was hinsichtlich der langfristigen Tragfähigkeit der Versorgung als besorgniserregend eingeschätzt wird (Bauer et al. 2018).

Unterschiedliche Studien machen deutlich, dass geschlechtsspezifische Belastungen bezüglich Emotionsarbeit bestehen: Sollen Pflegepersonen positive Emotionen entgegen der eigenen Überzeugung zeigen, nur weil es die Arbeit von ihnen verlangt, so wird die daraus entstehende Diskrepanz von weiblichen Pflegepersonen offensichtlich intensiver erlebt, die auch häufiger von Burnout betroffen sind als ihre Kollegen (Nerdinger 2012).

Wenn es um Diversität geht, ist auch der kulturelle Hintergrund der Menschen, die in Heimen arbeiten, von Bedeutung. Bei den Beschäftigten liegt der Anteil im Ausland geborener Personen zwischen 4,7 Prozent (OÖ) und 51,4 Prozent (Wien). Die Herkunftsstaaten sind beispielsweise das ehemalige Jugoslawien, Polen, Deutschland, Rumänien, Ungarn oder die Philippinen (Bauer et al. 2018). Beschäftigte mit Migrationshintergrund können unter anderem in den Bereichen „soziale Stressoren“ und „mangelnde soziale Unterstützung“ häufiger von Problemen betroffen sein (Hoppe 2011).

Aber auch das unterschiedliche Alter der Mitarbeitenden und die damit oftmals verbundenen unterschiedlichen Lebenssituationen wie beispielsweise Sorgeverpflichtungen für Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige sind im Sinne der Betroffenenorientierung zu berücksichtigen.

Auch was die Partizipation der Mitarbeitenden in der geriatrischen Langzeitpflege betrifft, bedarf ihre Realisierung einiges an Aufwand (Haas 2012). Studienergebnisse zeigen Gründe auf, nicht an betrieblichen Partizipationsmöglichkeiten teilzunehmen (ebd.): Dazu gehören unter anderem ein geringes Selbstwirksamkeitsgefühl der Mitarbeitenden, schlechte Erfahrungen mit Beteiligungsmöglichkeiten im Betrieb, Misstrauen gegenüber Vorschlägen aus der Managementebene und Ablehnung von Betriebszielen, Konflikte mit Vorgesetzten sowie Zeitmangel (Brause et al. 2010; Haas 2012).

Bewohnerinnen und Bewohner

Wie bereits im Zusammenhang mit der Settingorientierung beschrieben wurde, bilden Bewohnerinnen und Bewohner keineswegs eine homogene Gruppe. Vielmehr unterscheiden sie sich hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihrer Einschränkungen, ihrer Bewältigungsstrategien und des Kohärenzgefühls, ihrer Ressourcen, ihres soziokulturellen Hintergrunds, ihres Geschlechts und ihrer sexuellen Identität, ihrer Interessen und Bedürfnisse, ihres Alters u. v. m. Oftmals verhindern stereotype Altersbilder den Blick auf die Diversität der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre damit verbundenen unterschiedlichen Bedürfnisse und Ressourcen (Waldherr/Adamcik 2018). In der Gesundheitsförderung dem Ansatz der Zielgruppenorientierung zu folgen bedeutet, Methoden und Maßnahmen den unterschiedlichen Bedürfnissen und Ausgangsbedingungen der jeweiligen Zielgruppen anzupassen.

Allem voran ist zu beachten, dass in Einrichtungen der stationären Langzeitbetreuung rund 73,2 Prozent Frauen leben (Statistik Austria 2018). Hochaltrige Frauen befinden sich tendenziell in einem schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand als Männer im gleichen Alter (ÖPIA 2015). Frauen sind häufiger von mehreren chronischen Erkrankungen zugleich betroffen und weisen deutlich höhere Prävalenzen von Autoimmunerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, Schmerzsyndromen, Osteoporose und Demenz auf (BMGF 2017).

Gleichzeitig zeigen statistische Analysen, dass Männer deutlich kürzer im Pflegeheim leben (durchschnittlich 18 Monate) als Frauen (rund 35 Monate; (Techtman 2015). Aber auch innerhalb ihres jeweiligen Geschlechts bestehen bei Bewohnerinnen und Bewohner beträchtliche Unterschiede, was den funktionalen Gesundheitszustand betrifft. Somit bildet die bloße Zuordnung zu einem biologischen Geschlecht in den Statistiken die Lebensrealität der betroffenen Menschen nicht ab.

Einen zentralen Aspekt für Selbstvertrauen, Gesundheitsempfinden und Lebensqualität stellt sinnvolles und bedeutungsvolles Handeln dar (Wilcock 2005): In der stationären Langzeitpflege wird versucht, dem durch Beschäftigungsangebote Rechnung zu tragen. Allerdings wurde bei der Planung von Beschäftigungsangeboten geschlechterspezifischen Vorlieben, insbesondere jenen der Männer, bisher zu wenig Beachtung geschenkt (Teubner et al. 2016).

Zu den wichtigsten Grundbedingungen für Lebenszufriedenheit und Gesundheit auch im hohen Alter zählen die Akzeptanz der sexuellen Identität durch die soziale Umgebung sowie ein sinnerfülltes Selbstempfinden (Raviola 2018). Sexualität spielt zwar eine große Rolle, ist in der geriatrischen Langzeitpflege aber oftmals noch ein Tabuthema. Insbesondere auf die Lebensrealitäten und Bedürfnisse hochbetagter Lesben, Schwuler, Bisexueller, Transgender-Personen und intersexueller Menschen wird nicht eingegangen (ebd.).

Respekt vor der Vielschichtigkeit von „Genderbiografien“, gerade im Umgang mit Menschen mit Demenz, die ja gedanklich immer wieder zurück in frühere Lebensphasen wandern, ist notwendig, wenn es um Wohlbefinden und Lebensqualität der Betroffenen geht. Gerade in so nahen Beziehungen wie Pflegebeziehungen mit alten Frauen und Männern als Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender-Personen und intersexuellen Menschen fließen oftmals eigene Geschlechterstereotype von Pflegepersonen in professionelle Betreuungssituationen

ein, womit die Handlungschancen der unmittelbar betroffenen Pflegebedürftigen eingeschränkt werden (BMASGK 2018).

Aus dem hohen Frauenanteil unter den pflegebedürftigen Menschen, aber auch den Pflegepersonen ergeben sich für die Organisationen Konsequenzen, wenn sie geschlechtersensibel agieren wollen. Betroffenenorientierung schließt hier einen besonders achtsamen Umgang mit den Themen Macht und Hierarchie ein, aber auch Leiblichkeit und soziale Teilhabe sind Aspekte, die in der unmittelbaren Pflege- und Betreuungsarbeit geschlechtlich überformt sind (Reitinger 2010).

Immer mehr Menschen mit lebenslangen Behinderungen erreichen ein höheres Lebensalter. Als nachgewiesen gilt, dass diese Gruppe stärkeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt ist als Menschen ohne lebenslange Behinderungen (Zander 2016). Menschen mit geistiger Behinderung tragen beispielsweise ein erhöhtes Risiko, im Alter psychisch oder an Demenz zu erkranken (ebd.). Ein weiteres gesundheitliches Risiko, von dem diese Gruppe besonders betroffen ist, stellt Übergewicht dar. Als Ursachen werden eine unter anderen die Überbetonung oraler Bedürfnisse mangels anderer Befriedigungsmöglichkeiten sowie die Vergabe von Neuroleptika gesehen, weil diese das Sättigungsgefühl beeinträchtigen (ebd.). Ältere Menschen mit lebenslangen – insbesondere geistigen – Behinderungen weisen aber auch erhöhte Risiken hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit auf, denn sie verfügen kaum über Ressourcen wie soziale Verankerung und soziale Beziehungen (Kühnert/Kricheldorf 2019).

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine wachsende Gruppe auch in der geriatrischen Langzeitpflege und Betreuung dar. In einer im Jahr 2018 durchgeführten Studie wurden die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende erhoben. Wichtige Themen für die Befragten waren unter anderen Berührungen, Selbstbestimmung des Sterbeorts, muttersprachliche Begleitung, Familienkontakt, Einhaltung spiritueller/religiöser Rituale, adäquate Schmerzbehandlung und heimatliches Essen (Henke et al. 2018). Diese Ergebnisse zeigen, dass sich die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen mit und ohne Migrationshintergrund kaum unterscheiden, sondern der Unterschied mehr in den Details liegt, wie diesen Bedürfnissen adäquat Rechnung getragen werden kann.

Schließlich wurde in vielen gesundheitsfördernden Projekten die gesundheitliche Lage der Bewohner/-innen wenig berücksichtigt. Zumeist werden Angebote an Personen gerichtet, die vergleichsweise wenig körperlich und kognitiv beeinträchtigt sind. Diese Gruppe bildet aber eine Minderheit im Pflegeheim (Pleschberger et al. 2019).

Dem Prinzip der Partizipation in der Gesundheitsförderung gerecht zu werden stellt im Setting der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung hohe Ansprüche. Gerade in diesem Bereich ist Partizipation kein Selbstläufer, sondern benötigt eine gut überlegte Konzeption, entsprechende Aktivitäten und Zeitressourcen. Das betrifft die Ermöglichung von Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner ebenso wie jene von An- und Zugehörigen. Bisherige Projekterfahrungen und Ergebnisse aus der aktuellen Literatur weisen darauf hin, dass Partizipation, insbesondere was Bewohnerinnen und Bewohner betrifft, eher zufällig stattfindet, was sich negativ auf die Inanspruchnahme auswirkt (Pleschberger et al. 2019).

Aber auch dort, wo Bewohnerinnen und Bewohner gezielt in Projektteams einbezogen werden, zeigen sich Hemmnisse, da sie aufgrund sensorischer Einschränkungen oftmals nur erschwert teilnehmen und mitgestalten können (Neuhold 2017). Angemessene Formen der Partizipation von Menschen mit Demenz in der Gesundheitsförderung und Prävention zu gestalten bedarf ebenfalls spezifischer Überlegungen und Einbindungskonzepte.

An- und Zugehörige

Auch im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Angeboten für Angehörige ist eine differenzierte Betrachtung vonnöten. Zunächst ist festzuhalten, dass ein großer Anteil der Bewohner/-innen in Pflegeheimen keine Angehörigen (mehr) hat, bzw. diese nicht im Nahbereich sind. Mitunter kann es aber auch für diese Menschen Personen geben, die ihnen sehr nahestehen (Nachbarinnen/Nachbarn, Freundinnen/Freunde usw.). An- und Zugehörige stellen eine wichtige emotionale Stütze für die im Pflegeheim wohnende Person dar. Mitunter sind auch sie belastet, beispielsweise durch Schuldgefühle, weil es ihnen nicht (mehr) möglich ist, den Betroffenen das Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen (Maier 2014).



Wo angesetzt werden kann

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wenn es um die stärkere Berücksichtigung des Geschlechts im Rahmen gesundheitsfördernder Maßnahmen in einem Projekt geht, kann es hilfreich sein, anhand bestimmter Kriterien die Geschlechterperspektive in allen Phasen der Umsetzung zu berücksichtigen. Einerseits erfordert der hohe Frauenanteil besondere Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen, andererseits dürfen aber auch die Mitarbeiter nicht vernachlässigt werden; in einem frauendominierten Beruf haben männliche Pflegekräfte oft das Gefühl, dass ihre Männlichkeit infrage gestellt wird und sie sich rechtfertigen müssen, warum sie in einem „traditionellen Frauenberuf“ arbeiten. Daraus ergeben sich auch für Männer spezifische Belastungen (BGW 2019). Wichtige diesbezügliche Anregungen und Reflexionsfragen finden sich im Wissensband „Gendersensible Betriebliche Gesundheitsförderung. Kriterien aus der Literatur und Beispiele aus der Praxis“ (Gaiswinkler 2020).

Was die Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betrifft, so müssen die gewählten Ansätze sowie der Grad der Partizipation zur Unternehmenskultur passen und den Bedürfnissen (Rollen) der Mitarbeiter/-innen Rechnung tragen. Wenn sich durch die Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen die eigene Arbeit oder jene der Arbeitskolleginnen und -kollegen zusätzlich verdichtet, wird sich das negativ auf die Teilnahmebereitschaft der Mitarbeitenden auswirken (Haas 2012).

Eine Organisationskulturanalyse kann die Konzeption diversitätsorientierter betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte auch im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit unterstützen. Dabei können beispielsweise folgende Fragen hilfreich sein (Steinbacher 2015, S. 5-6):

- Was verstehen wir in unserer Organisation, unserem Unternehmen unter Diversity?
- Welche Dimensionen sind für uns von Bedeutung? Gender(identitäten), Lebensformen, Lebensstile, Alter, sexuelle Orientierung, Behinderung, Herkunft, Hautfarbe, geopolitische oder soziale Herkunft, Einkommen, Bildung, Religion, Weltanschauung usw.?
- Haben wir entsprechende Instrumente, um die Werte und Haltungen unserer Einrichtung klar zu kommunizieren? Sind auch mögliche Sanktionen, z. B. gegen sexistische, rassistische, homophobe, altersdiskriminierende, antisemitische Handlungen vorgesehen?
- Ist unser Organisationsklima „gut“? Gibt es einen offenen, respektvollen Umgang mit Personen, die nicht dem Mainstream oder einer (oft impliziten) Norm entsprechen?
- Wie wirken sich die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen aus? Wie wirken sich Belastungsfaktoren, Stressoren und unterschiedliche Arbeitsbedingungen auf die Mitarbeiter/-innen aus?
- Welche Arbeitszeitregelungen bieten wir an? Haben wir Maßnahmen, die es auch Vätern ermöglichen, ihren Betreuungspflichten nachzukommen? Können Personen mit Betreuungspflichten auch „aufsteigen“?
- Welche Personen sind vorrangig in Leitungspositionen?
- Gibt es für Work-Life-Balance-bewusste Personen die Möglichkeit einer Doppelleitung oder anderer gesundheitsfördernder Leitungsmodelle?
- Gibt es bei uns einen Gender-Migrant-Pay-Gap oder Einkommensungleichheit bei gleicher und gleichwertiger Arbeit?
- Wie geht unsere Organisation bzw. unser Unternehmen mit Homophobie und/oder (Alltags-)Rassismus um? Was verstehen wir unter „interkulturell“?
- Trägt die interne „Generationenpolitik“ dazu bei, das Arbeitsklima zu verbessern, statt fruchtlose Konkurrenz zu fördern? Welche Altersbilder wirken? Werden ältere Mitarbeitende eher defizitär mit dem Abbau von Leistungsfähigkeit assoziiert oder mit ihrer Erfahrung und Kompetenz, und wird „jung“ eher als unerfahren erachtet, oder werden damit Eigenschaften wie dynamisch und innovativ usw. verbunden?
- Werden Personen aus den Niedriglohnbereichen (z. B. Reinigungskräfte) in gesundheitsfördernde Maßnahmen miteinbezogen und ihre Belastungen bzw. Beanspruchungen berücksichtigt?
- Wirken sich Sprachbarrieren behindernd auf den Zugang zu den betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus?

Zusätzliche Aspekte in dieser Hinsicht, die im Projektzyklus zu berücksichtigen sind, um dem Anspruch der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit zu genügen, finden sich im Praxisleitfaden für betriebliche Gesundheitsförderung „Faire Gesundheitschancen im Betrieb“ (Weber et al. 2017b). Exemplarisch sollen hier einige davon genannt werden:

- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bereits ab der Vorbereitungsphase in den Vordergrund zu stellen unterstützt ein durchgängiges Einbeziehen dieses Kriteriums und hilft das Projekt einzugrenzen.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass relevante Gruppen auch in der Projektstruktur angemessen vertreten sind (z. B. in der Steuerungsgruppe).

- Eine Analyse der Beschäftigungsstruktur und der Organisationskultur unter Berücksichtigung bestimmter Dimensionen wie beispielsweise des Geschlechts, des Alters, der Bildung/Qualifikation, des Migrationshintergrunds usw. hilft, um spezifische Gruppen im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit herauszukristallisieren.
- Um gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Diagnosephase zu berücksichtigen, bedarf es einer sorgfältigen Auswahl von Methoden und Instrumenten. Eventuell müssen Standardinstrumente angepasst werden (z. B. hinsichtlich einfacher Sprache, der Schriftgröße usw.).
- Sollen auch schwer erreichbare Gruppen von Mitarbeitenden oder Bewohnerinnen und Bewohnern angesprochen werden, ist bei der Umsetzung auf Niederschwelligkeit zu achten. Schwer erreichbare Zielgruppen können besser über Multiplikatorinnen/Multiplikatoren erreicht werden.
- Um alle Zielgruppen mit der Evaluation gut zu erreichen, sollten bestehende Instrumente auf Niederschwelligkeit angepasst und sensibel eingesetzt werden. Die zentralen Ergebnisse sollen den Beteiligten verständlich zur Verfügung gestellt werden. Ebenso sollte darüber informiert werden, wie es nach dem Gesundheitsförderungsprojekt weitergeht.

Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige

Es gilt die Heterogenität der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen und, je nach den vorhandenen Potenzialen, verstärkt deren kognitive oder physische Fähigkeiten zu fördern. Der Stellenwert kognitiv eingeschränkter Bewohner/-innen sollte strategisch überdacht werden.

Sexuelle Orientierung in ihrer Vielfalt sollte in der Organisation zum Thema gemacht werden. Eine kultursensible Haltung und eine ebensolche Praxis sollten auch bezüglich spezifischer Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten durch geeignete Rahmenbedingungen unterstützt und wertgeschätzt werden.

Um das Erleben sinnvoller Beschäftigung zu ermöglichen, sollten Angebote überlegt werden, die auch für Männer passen – allerdings ohne Bewohnerinnen vorschnell auszuschließen.

Gesundheitsfördernde Angebote für Angehörige sollten auf spezifische Phasen und Bedarfe zugeschnitten werden, wie sie beispielsweise beim Einzug ins Pflegeheim oder aber am Lebensende der pflegebedürftigen Person vorliegen.

Was die Partizipation der Bewohner/-innen betrifft, so müssen diese proaktiv und personalisiert angesprochen und zur Teilnahme ermutigt werden. Eine solcherart bewirkte Teilhabe muss immer wieder aufs Neue hergestellt bzw. aktualisiert werden. In diesem Sinne muss Partizipation als Prozess verstanden werden, für den entsprechend Ressourcen eingeplant werden müssen.

Wichtige Voraussetzungen für Partizipation müssen oftmals erst geschaffen werden: Bei der Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner ist darauf zu achten, dass Informationen in einfacher Sprache verfasst sind, um gegebenenfalls Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung oder kognitiven Einbußen Rechnung zu tragen. Grundsätzlich sollen Hilfsmittel zur Verbesserung der Seh- und Hörfähigkeit sowie der Mobilität je nach Bedarf vorhanden sein. Dennoch kann ein Gruppensetting für Menschen mit eingeschränktem Seh- und/oder

Hörvermögen und demenziellen Veränderungen mitunter überfordernd wirken. Einzel- oder Kleingruppentreffen können hier ein Mittel der Wahl darstellen (Pleschberger et al. 2019).

Menschen mit fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen benötigen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, ohne dass sie dem Druck ausgesetzt sind, sich aktiv einbringen zu müssen. Das Gefühl, mitgedacht und willkommen zu sein, kann für Menschen mit demenziellen Erkrankungen – auch wenn sie gerade keinen aktiven Gesprächsbeitrag leisten können oder wollen – ein wichtiger Aspekt von Partizipation sein (Heimerl et al. 2019).



Weitere Anregungen

Weber et al. haben den vom FGÖ herausgegebenen Praxisleitfaden „Faire Gesundheitschancen im Betrieb. Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung“ verfasst und dort im Anhang Erhebungsblätter, eine Checkliste sowie Fragen zur Abschlussreflexion des Themas gesundheitliche Chancengerechtigkeit veröffentlicht (Weber et al. 2017).

Die FGÖ-Broschüre „Gendersensible Betriebliche Gesundheitsförderung. Kriterien aus der Literatur und Beispiele aus der Praxis“ enthält Praxisbeispiele sowie Checklistenfragen nach Genderkriterien entlang der Projektphasen (Gaiswinkler 2020).

Wie Gesundheitsförderung und Partizipation für Menschen mit Demenz gestaltet werden kann, wird im Beitrag „Partizipation von Menschen mit Demenz fördert ihre Gesundheit“ praxisnah beschrieben (Heimerl et al. 2019), er findet sich im lesenswerten Sammelband „Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz. Grundlagen und Interventionen“ (Gebhard/Mir 2019).

Die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“, herausgegeben vom Deutschen Bundesministerium für Gesundheit (BMG), wurden von Bartholomeyczik et al. (2006) verfasst und bieten evidenzbasierte und praxisorientierte pflegerische Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, die Pflegequalität für Demenzkranke mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern.

6 Nachhaltigkeit und Vernetzung

Was darunter zu verstehen ist

Auf Projektebene geht es bei der Frage um Nachhaltigkeit darum, ob die optimierten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über die Projektdauer hinaus Bestand haben (statische Nachhaltigkeit). Damit Veränderungen nachhaltig wirken, müssen Vorkehrungen dafür getroffen werden, dass die Innovationen auch an sich ändernde Bedingungen angepasst werden (dynamische Nachhaltigkeit). Um Nachhaltigkeit sicherzustellen, muss bereits zu Projektbeginn über den Zeithorizont des Projekts hinaus geplant werden. Zur Nachhaltigkeit trägt ebenfalls wesentlich bei, wenn Wissen und Erfahrungen des Projekts so gestaltet und aufbereitet werden, dass sie auch für andere Organisationen und Zielgruppen anwendbar sind, was deren Transferierbarkeit und Verbreitung ermöglicht.

Eine wesentliche Strategie und ein Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung stellt – auch im Sinne von Nachhaltigkeit – Vernetzung dar, bei der es um das Verhältnis von Akteurinnen/ Akteuren der Gesundheitsförderung zueinander geht: Vernetzen bedeutet unter anderem, systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu schaffen.

Was darüber schon bekannt ist

Da Gesundheit maßgeblich auch durch Faktoren wie Wohn-, Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie soziale Beziehungen und Netzwerke beeinflusst wird, bedarf es im Sinne der Ottawa-Charta (1986) starker Allianzen unterschiedlicher Akteure und (politischer) Bereiche, um gute Perspektiven für Gesundheit sicherzustellen (Fallner 2017).

Eine Analyse der vom FGÖ geförderten Gesundheitsförderungsprojekte in der stationären Langzeitpflege und -betreuung hat gezeigt, dass Wirkkraft und Nachhaltigkeit dieser Projekte über deren Träger hinaus keine Selbstläufer sind (Pleschberger et al. 2019). Auch innerhalb eines Trägers bedarf es eines klaren Commitments und eines Investments über ein finanziertes Projekt hinaus. Freilich stellt sich somit gerade die Ressourcenfrage als kritisch für die Sicherung der Nachhaltigkeit dar.

Darüber hinaus wird auch mit Blick auf die Situation in Deutschland kritisiert, dass im Zusammenhang mit der Sicherung von Nachhaltigkeit Defizite bei der Konzeption der nachhaltigen Integration gesundheitsfördernden Denkens und Handelns in das tägliche Versorgungsgeschehen bestehen (Blüher/Kuhlmey 2019, S. 262).

Die Bedeutung von Vernetzung liegt wohl auf der Hand, doch auch sie braucht Ressourcen, die in einer sorgfältigen Projektkonzeption bereits mitzudenken sind. Im Rahmen der „Gesundheit hat kein Alter“-Projekte, die vom FGÖ gefördert wurden, hatte sich der Aus-

tausch mit Akteurinnen/Akteuren und Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern des Pilotprojekts als ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine nachhaltige Implementierung erwiesen (Pleschberger et al. 2019).



Wo angesetzt werden kann

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

Qualifizierung von Mitarbeitenden bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen (z. B. Qualifizierung von Mobilitätstrainerinnen/-trainern) sowie die Installation Verantwortlicher (z. B. als Gesundheitsbeauftragte) kann die Sicherung von Nachhaltigkeit unterstützen (Pleschberger et al. 2019).

Die Organisationsstruktur und -kultur müssen bei der Entwicklung und Planung von Interventionen berücksichtigt werden, damit Adaptionsprobleme vermieden werden.

Im Setting der stationären Langzeitpflege und -betreuung sind es unterschiedliche Akteurinnen und Akteure, welche auf eine gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitswelt direkt oder indirekt Einfluss nehmen und auch im Sinne der Nachhaltigkeit einbezogen werden sollen: andere Trägerorganisationen, Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinde- und der Landespolitik, der Sozialversicherung und von Kontroll- und Prüfinstanzen, Berufs- und Interessenvertretungen, von Fachhochschulen und Universitäten mit einschlägigen Schwerpunkten, von spezialisierten Dienstleistern und Branchennetzwerken sowie Hausärztinnen und Hausärzte.

In Österreich gibt es seit mehr als 20 Jahren das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF). Es besteht aus der Koordinationsstelle, den Servicestellen sowie den Partnerinnen/Partnern. Seine Zielsetzung ist, ein österreichweit einheitliches Verständnis von BGF zu forcieren. Eine der Aufgaben der Servicestellen des Netzwerks ist es, Betrieben – unabhängig von Branche und Betriebsgröße – eine Projekt- und Prozessbegleitung oder eine Unterstützung bei der Konzeption von Projekten anzubieten.



Weitere Anregungen

Das aktualisierte praxisnahe „Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung“ (Blättner/Mayer 2018) wurde vom Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung herausgegeben, beschreibt die Grundlagen für BGF, Umsetzungsphasen, Qualitätskriterien des Netzwerks, Best-Practice-Beispiele und beinhaltet einen Werkzeugkoffer und Checklisten sowie vieles mehr.

7 Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Lebens- und Arbeitswelt in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen in diesem Wegweiser sollten die grundsätzliche Bedeutung und Sinnhaftigkeit eines verstärkten Bemühens um Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in Pflege- und Betreuungseinrichtungen deutlich gemacht haben. Es war zudem ein Anliegen, zu zeigen, dass dieses Setting einige Besonderheiten aufweist, die sich auf Art und Herangehensweise von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gleichermaßen auswirken.

Allen voran ist hier das Zusammenwirken mehrerer Faktoren zu nennen, das dazu führt, dass Menschen, die in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben und arbeiten, traditionell von gesellschaftlichen Ausgrenzungsmechanismen betroffen sind.¹ Schon deshalb gibt es seit geraumer Zeit Bemühungen und Initiativen, die vormalig „totale Institution“ aufzubrechen und zu öffnen. Schritte dazu waren der flächendeckende Ausbau von Angeboten im mobilen Bereich, die Schaffung alternativer Wohnformen, Transformationen innerhalb des Settings stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung, die von Durchlässigkeit und einer stärkeren Orientierung an Bedürfnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern charakterisiert sind. Zudem haben in den Bereichen Bewohnerrechte und Interessenvertretung Initiativen an Bedeutung gewonnen, die mittlerweile institutionalisiert sind.

Dass sich der pflegfachpolitische Diskurs dennoch stärker der Schutzbedürftigkeit verpflichtet als der sozialen Teilhabe und dem Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner, haben die Erfahrungen mit der aktuellen Corona-Pandemie ganz drastisch vor Augen geführt (Schulz-Nieswandt 2020). Waren Menschen in Einrichtungen vor der COVID-19-Pandemie in der öffentlichen Wahrnehmung stark im Hintergrund, rückten sie als „Schutzbedürftige“ nunmehr in den Mittelpunkt aller Anstrengungen. Für die einzelnen Personen – und auch das Personal – führte dies neuerlich zu einem Ausschluss, der für die Betroffenen auch mit gesundheitlichen Konsequenzen einherging (vgl. DGP 2020). Darüber hinaus kappt „[d]ie Problematik einer pauschalen Stigmatisierung der Schutzbedürftigkeit der vulnerablen Gruppe der ‚Alten‘ [...] die gerade erst im langsamen und widerspruchsvollen Wachstum befindliche Sozialraumöffnung der Heime“ (Schulz-Nieswandt 2020, S. 32).

¹ Die Charakteristika der Bewohner/-innen – hohes Alter mit Multimorbidität, hoher Anteil von Menschen ohne Angehörige im Nahbereich, hohes Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen und funktionaler Einschränkungen – erschweren ihre soziale Teilhabe und erfordern qualitätsvolle umfassende Pflege und Betreuung. Die personelle Ausstattung erlaubt es kaum, die vielfältigen Herausforderungen zu bewältigen. Die Mitarbeiter/-innen sind mit einem negativen Image von Heimen in der Öffentlichkeit konfrontiert, welches den Personalmangel verstärkt. Dieser wiederum verursacht Mehrarbeit, die ihrerseits die soziale Teilhabe in der Gemeinde erschwert, etc.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die diesem Paradox zugrunde liegenden Ursachen näher auszuführen (vgl. Schulz-Nieswandt 2020). Für eine Förderung von Gesundheit in diesem Setting ergeben sich daraus jedoch die beiden wichtigen Konsequenzen,

- a) auch und gerade im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Menschen, die in Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben und arbeiten, umfassend voranzutreiben, und
- b) eine einseitige Perspektive auf die körperlich-funktionale Gesundheit aufzubrechen zugunsten sozialer Teilhabe, der Beachtung von Willensautonomie sowie einer unterstützenden und wertschätzenden Lebens- und Arbeitsumgebung.

Das Rad muss jedoch nicht neu erfunden werden – vielmehr kann bei zahlreichen Gesundheitsförderungsaktivitäten auf bereits vorhandene Wissensbestände zurückgegriffen werden. Nicht alles Verfügbare aus dem breiten Fundus von Maßnahmen der (betrieblichen) Gesundheitsförderung kann jedoch einfach auf dieses Setting übertragen werden. Damit also der Weg hin zu einer gesundheitsfördernden Lebens- und Arbeitswelt im Setting der stationären Langzeitpflege und -betreuung gelingen kann, sei abschließend nochmals an wesentliche Prämissen erinnert, die von der Konzeption bis hin zur Evaluation handlungsleitend sein sollten:

- Aufbauend auf einem umfassenden Verständnis von Gesundheit, bedarf es nachhaltiger Maßnahmen zur Förderung nicht nur der körperlichen, sondern auch der psychischen Gesundheit der Bewohner/-innen, ihrer An- und Zugehörigen sowie der Mitarbeiter/-innen (Petzold et al. 2020)
- Gesundheitsfördernde Aktivitäten im Umfeld von Pflege und Betreuung müssen so gestaltet werden, dass sie den Charakter von Pflege als Interaktionsarbeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen.
- Im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten ist es daher immer erforderlich, auch ihre Auswirkungen auf die jeweiligen anderen Akteursgruppen zu betrachten. Dies geschieht mit dem Ziel, Interaktionsarbeit zu erleichtern (geringstenfalls nicht zusätzlich zu erschweren).
- Interaktionsarbeit fordert, dass verhältnisorientierte und verhaltensorientierte Maßnahmen eng miteinander verbunden werden. Gesundheitsbelastungen für Mitarbeiter/-innen, die durch die Arbeit mit und an Menschen erwachsen (z. B. körperliche Belastungen, solche durch Leid, Tod und Trauer), können nicht gänzlich verhindert werden, weswegen die Mitarbeiter/-innen hinsichtlich individueller Bewältigungsstrategien geschult werden sollen.
- Der physischen und psychischen Umgebungsgestaltung (als Lebens- und Arbeitswelt) sollte verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei der psychischen Umgebungsgestaltung geht es insbesondere um wertschätzendes, unterstützendes und vertrauensvolles Klima in und zwischen allen Akteursgruppen, das aktiv von den Führungspersonen unterstützt und vorgelebt wird.
- Nicht zuletzt im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit muss die Diversität der beteiligten Akteurinnen/Akteure stärker berücksichtigt werden, als dies in bisherigen Projekten der Fall war. Damit Interventionen der Gesundheitsförderung auch angenommen werden, sollten die entsprechenden Akteursgruppen mitbestimmen können, welche Gesundheitsprobleme prioritär aufgegriffen werden sollen.

- Damit Partizipation in diesem Setting gelingen kann, muss – egal ob es um die Gruppe der Bewohner/-innen, der An- und Zugehörigen oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht – die Konzeption gut überdacht werden. Die entsprechenden Voraussetzungen müssen geschaffen sowie Aktivitäten und Zeitressourcen eingeplant werden.
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung müssen in ein Gesamtkonzept der Einrichtung eingebunden werden, aus dem die Prämisse einer gesundheitsfördernden Praxis sowohl in Hinblick auf die Bewohner/-innen und deren An- und Zugehörige als auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich hervorgeht.

Ziel dieses Wegweisers ist es, Maßnahmen so auszurichten, dass sie tatsächlich die Situation in Pflege- und Betreuungseinrichtungen nachhaltig positiv zu beeinflussen vermögen. Gemeint ist dies im Sinne einer mittelfristig verbesserten Gesundheit, Lebens- und Arbeitsqualität in diesem Setting. Letztendlich können Trägerorganisationen der stationären Langzeitpflege und -betreuung jedoch nicht allein und abgekoppelt vom „größeren Ganzen“ ausreichend gute Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitswelt schaffen. Im Mindesten geht es darum, über Vernetzung starke Allianzen herzustellen und sich bei der Realisierung dieses Ziels gegenseitig zu unterstützen und für das Thema starkzumachen.

Als längerfristige Perspektive gilt es jedoch Pflege- und Betreuungseinrichtungen – im Sinne eines breiteren kommunalen Gesundheitsförderungsansatzes – partnerschaftlich als wichtige Akteurinnen in sorgenden Gemeinden (Caring Communities) zu betrachten. Mit diesem Ansatz werden Erfahrungen der betrieblichen und der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung miteinander verknüpft und wird die Verantwortung für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit, bei der die Sorge für hilfe- und pflegebedürftige Menschen eben ein fester Bestandteil ist, nicht delegiert, sondern geteilt.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco, CA
- Ashida, Sato; Sewell, Daniel K.; Schafer, Ellen J; Schroer, Audrey; Friberg, Julia (2019): Social network members who engage in activities with older adults: do they bring more social benefits than other members? In: Ageing & Society 39/5:1050-1069
- Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Sowinski, Christine; Besselmann, Klaus; Dürrmann, Peter; Haupt, Martin; Kuhn, Christina; Müller-Hergl, Christian; Perrar, Klaus Maria; Riesner, Christine; Rüsing, Detlef; Schwerdt, Ruth; van der Kooij, Cora; Zegelin, Angelika (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit
- Bauer, Gudrun; Rodrigues, Ricardo; Leichsenring, Kai (2018): Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Hg. v. AK, Wien
- Baumgartner, Willy; Schimmel, Martin; Müller, Frauke (2015): Zur Mundgesundheit und zahnärztlichen Betreuung pflegebedürftiger Betagter. In: Swiss Dental Journal SSO 125/4:459-469
- Becker, Karina (2016): Loyale Beschäftigte - ein Auslaufmodell? In: Pflege & Gesellschaft 21/2:145-161
- BGW, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2019): „Aufbruch Pflege“ - Moderne Prävention für Altenpflegekräfte [Online]. www.bgw-online.de [Zugriff am 8.7.2019]
- Blattner, Andrea; Mayer, Martin (2018): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hg. v. BGF, Österreichisches Netzwerk für, Wien
- Blättner, Beate; Tempelmann, Anke (2020): Bedarfsanalyse in der stationären Pflege. Lebensqualität und Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegekräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung 15/2:182-187
- Blüher, Stefan; Kuhlmeier, Adelheid (2019): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62/3:261-266
- BMASGK (2018): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- BMGF (2017): Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Bode, Otto; Böhle, Fritz; Fischer, Michael; Hacker, Winfried; Melzer, Marlen; Müller, Nadine; Rieder, Kerstin; Sacher, Sibylle; Thomsen, Klaus; Thorein, Anke (2018): Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Band 1: Gestaltungskonzepte und Forschungsbedarf. Hg. v. Ver.di, Innovation und Gute Arbeit. Bund-Verlag GmbH, Berlin
- Böhle, Fritz (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. In: WSI Mitteilungen 2011/9:456-461

- Böhle, Fritz (2018): Interaktionsarbeit – neue Herausforderungen an eine humane Arbeitsgestaltung. In: Arbeiten mit Menschen - Interaktionsarbeit humanisieren Band 1. Hg. v. ver.di-Bereich, Innovation und Gute Arbeit. bund-verlag, Berlin. S. 36- S. 44
- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Margit (2015a): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. edition sigma,
- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Margit (2015b): Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. In: AIS Studien 8/1:37-54
- Brandenburg, Hermann (2005): Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege?! In: Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hg. v. Huber, Martin et al. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover. S. 35- S. 40
- Brause, Michaela; Büscher, Andreas; Annett Horn; Schaeffer, Doris (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung Teil I Hg. v. (IPW), Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020): Systematisches Verzeichnis [Online]. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/> [Zugriff am 28.8.2020]
- DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2020): S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Hg. v. DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Drupp, Michael; Meyer, Markus (2019): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pflege-Report 2019. Hg. v. Jacobs, K. et al. Springer, Berlin. S. 23- S. 48
- ENWHP (2009): Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, Luxemburg
- FGÖ (2020a): Glossar [Online]. <https://fgoe.org/Glossar> [Zugriff am 12.10.2020]
- FGÖ (2020b): Qualitätskriterien [Online]. <https://fgoe.org/qualitaetskriterien> [Zugriff am 12.10.2020]
- Fourie, Carina (2017): Who Is Experiencing What Kind of Moral Distress? Distinctions for Moving from a Narrow to a Broad Definition of Moral Distress. In: AMA Journal of ethics 19/6:578-584
- Gabriel, Theresia (2012): Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Band Nr. 5 aus der Reihe WISSEN. Fonds Gesundes Österreich / Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Gaiswinkler, Sylvia (2020): Gendersensible Betriebliche Gesundheitsförderung. Kriterien aus der Literatur und Beispiele aus der Praxis. (Wissen16). Hg. v. GÖG/FGÖ - Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Gert Lang, Wien

- Gebhard, Doris (2017): Gesundheit in Bewegung 2.0 (GiB 2.0). Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse
- Glaser, Jürgen; Seubert, Christian; Hopfgartner, Lisa; Prskalo, Matea; Roose, Daniel (2018): Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung. Projektbericht. Universität Innsbruck
- Görres, Stefan; Schmitt, Svenja; Neubert, Lydia; Zimmermann, Markus; Stolle, Claudia (2014): Prävention in der Pflege - Massnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (Abschlussbericht für das ZQP). Hg. v. Zentrum für Qualität in der Pflege
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15. November 2017, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Gröning, Katharina (2018): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Mabuse-Verlag,
- Gunzelmann, Thomas; Schumacher, Jörg; Brähler, Elmar (2000): Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 48/:245-265
- Haas, Michael (2012): Partizipation abhängig Beschäftigter und Gesundheit. In: Handbuch Partizipation und Gesundheit. Hg. v. Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne. Hans Huber. S. 127-. S. 141
- Hajji, Assma; Trukeschitz, Birgit ; Malley, Juliette ; Batchelder, Laurie; Saloniki, Eirini ; Linnosmaa, Ismo; Lu, Hui (2020): Population-based preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) for service users for Austria: Findings from a best-worst experiment. In: Social Science & Medicine 250/112792:
- Haverkamp, Fritz (2012): Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In: Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Hg. v. Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard. Springer. S. 320-. S. 334
- Heimerl, Katharina; Pichler, Barbara; Plunger, Petra; Tatzler, Verena; Reitingner, Elisabeth (2019): Partizipation von Menschen mit Demenz fördert ihre Gesundheit. In: Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz. Hg. v. Gebhard, Doris; Mir, Eva. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 105-. S. 122
- Henke, Oliver; Thuss-Patience, Peter; Mauter, Daniel; Behzadi, Asita (2018): Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund am Lebensende. Ergebnisse einer Befragung von ostasiatischen Palliativ- und Hospizpatienten und ihren Angehörigen zu transkultureller Pflegeerfahrung in Berlin. In: Heilberufe Science 9/3-4:66-76
- Hoppe, Annekatriin (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung bei kultureller Diversität. In: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt Ein Handbuch. Hg. v. Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anna-Marie Hogrefe, Göttingen. S. 487-. S. 500

Horn, Annett; Kleina, Thomas; Vogt, Dominique; Koch, Meike; Schaeffer, Doris (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Anlagenband. Hg. v. Universität Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft, Bielefeld

Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2011): Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Hg. v. Pflegewissenschaft, Institut für, Bielefeld

IGA (2017): Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Hg. v. Initiative Gesundheit und Arbeit, Berlin

INQA (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege. Memorandum. Hg. v. Initiative Neue Qualität der Arbeit. Dortmund

John, Mike; Micheelis, Wolfgang (2003): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (01-11P) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. In: IDZ1:

Kada, Olivia (2019): Moral Distress in der Arbeit mit geriatrischen Patienten. In: Ethische Herausforderungen des Alters. Hg. v. Likar, Rudolf et al. Kohlhammer, Stuttgart. S. 212- S. 221

KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe (2012): PflegeWert. Wertschätzung erkennen - fördern - erleben. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

Kleinknecht, Michael; Staudacher, Diana; Spirig, Rebecca (2017): Der Patient soll nicht zu Schaden kommen. In: Moralischer Stress in der Pflege. Hg. v. Eisele, Colombine. Facultas, Wien. S. 49- S. 63

Kruse, Andreas; Thaiss, Heidrun M.; Rohde, Theresia (2019): Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung. In: Bundesgesundheitsblatt:235-237

Kühnert, Sabine; Kricheldorf, Cornelia (2019): Wohnen im Alter bei lebenslanger Behinderung – ein gerontologisches Thema mit wachsender Relevanz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52/3:215-217

Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3. LIT-Verlag, Münster

Lang, Gert; Löger, Bernd; Amann, Anton (2007): Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. In: Journal of Public Health 15/:109-120

Maier, Marcel (2014): Ethische Intervention als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Wirksamkeit von „Ethik-Cafés“ bei Pflege- und Nicht-Pflegepersonal in der geriatrischen Langzeitpflege. Logos Verlag, Berlin

Maio, Giovanni (2017): Mittelpunkt Mensch - Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer GmbH, Stuttgart

Mauno, Saija; Ruokolainen, Mervi; Kinnunen, Ulla; De Bloom, Jessica (2016): Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. In: Journal of Advanced Nursing 72/5:1169-1181

- Müller-Hergl, Christian (2018): Expertenstandard Demenz. Beziehung als Brücke. In: „Die Schwester Der Pfleger“ 7/2018:12-18
- Müller, Sascha (2014): Gesundheitsförderung im Setting SeniorInnenwohnhaus praktisch umsetzen. Gesundheit hat kein Alter. Hg. v. Sozialversicherungsträger, Hauptverband der österreichischen, Wien
- Nerdinger, Friedemann W. (2012): Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. In: *reportpsychologie*:8-18
- Neuhold, Christine (2017): Gesundheit hat kein Alter: Transfer Steiermark. Endbericht. Hg. v. vitalis, Styria
- Nijs, Kristel A.; de Graaf, Cees; Kok, Frans J.; van Staveren, Wija A. (2006): Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. In: *British Medical Journal* 20/332:1180-1184
- ÖGPB, Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie. (2017): Update Demenz [Online]. www.oegpb.at [Zugriff am 4.6.2019]
- ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 Wien und Steiermark. Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, Wien
- Petzold, Moritz Bruno; Plag, Jens; Ströhle, Andreas (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: *Der Nervenarzt* 91/5:417-421
- Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. Books on Demand
- Pitschl, Veronika; Mayer, Martin (2016): Leitfaden für Psychische Gesundheit II. Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte. Hg. v. Sozialversicherungsträger, Hauptverband der österr., Wien
- Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
- Pleschberger, Sabine; Edtmayer, Alice; Pfabigan, Doris (2019): Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Lernerfahrungen und Konzeptentwicklung. Gesundheit Österreich. Unveröffentlicht
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris (2020): Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe für Führungskräfte. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Brauneis, Carina (2018): Fachkräftemangel in der Pflege. Mehr vom Gleichen wird nicht helfen. In: *Pflege professionell* 2018/17:43-53

- Raviola, Sonia (2018): König_in küsst König_in. Kultursensible Pflege für LGBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und Intersexuelle Menschen) in der Senior_innenbetreuung der Zukunft. In: Faire Chancen gesund zu altern Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit älterer Menschen in Österreich. Hg. v. FGÖ, Wien. S. 147-. S. 157
- Reis-Klingspiogl, Karin; Spitzbart, Stefan; Hübel, Ursula (2018): Chance Kooperation: Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege. In: Faire Chancen gesund zu altern. Hg. v. FGÖ, Wien
- Reitinger, Elisabeth (2010): Gender: Care und palliative Kultur in Organisationen der Altenhilfe. In: Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Hg. v. Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid. Mabuse, Frankfurt am Main. S. 299-. S. 314
- Resch, Katharina; Strümpel, Charlotte; Wild, Monika; Hackl, Cornelia; Lang, Gert (2010): Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Hg. v. Österreichisches Rotes Kreuz
- Schrems, Berta (2017): Moralischer Stress im Gesundheitswesen. In: Moralischer Stress in der Pflege. Hg. v. Eisele, Colombine. Facultas, Wien. S. 11-. S. 27
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Hg. v. KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin
- Shekelle, Paul (2013): Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. In: Annals of internal medicine 158/5:404-410
- Slotala, Lukas (2019): Stellschrauben mit großer Wirkung. In: Pflege-Report 2019. Hg. v. Jacobs, K. et al. Springer, Berlin. S. 71-. S. 84
- Staflinger, Heidemarie (2019): Personalbedarf und -einsatz in den OÖ. Krankenhäusern. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf. Hg. v. Arbeiterkammer, Oberösterreich, Linz
- Statistik Austria (2018): Pflegedienstleistungsstatistik 2018 [Online]. Statistik Austria Wien. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html
- Steinbacher, Sabine (2015): Diversity Kompetenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Springer Fachmedien:
- Techtmann, Gero (2015): Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Hg. v. Alters-Institut, Bielefeld
- Teubner, Christian; Sulmann, Daniela; Lahmann, Nils; Suhr, Ralf (2016): Bedürfnisorientierte Angebote und geschlechtsspezifische Aspekte in Pflegeeinrichtungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49/8:692-699
- Waldherr, Karin; Adamcik, Tanja (2018): Ageism und dessen Bedeutung für faire Chancen, gesund zu altern. In: Faire Chancen gesund zu altern Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich. Hg. v. FGÖ, Fonds Gesundes Österreich. S. 41-. S. 35

Weber, Friederike; Reiter, Andrea; Roth, Astrid; Lang, Gert; Rossmann-Freisling, Ina; Braune-gger-Kallinger; Zeuschner, Verena; Christ, Rainer; Ropin, Klaus (2017): Faire Gesundheitschancen im Betrieb. Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung. Hg. v. FGÖ, Fonds Gesundes Österreich

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Ottawa

Wiesmann, U.; Rölker, S.; Hannich, H. J. (2004): Salutogenese im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37/5:366-376

Wilcock, Ann A. (2005): Older people and occupational justice. In: Occupational therapy and older people. Hg. v. McIntyre, Anne; Atwal, Anita. Blackwell, London. S. 14-26

WU (2020): ASCOT (deutschsprachige Version) [Online]. <https://www.wu.ac.at/altersoekonomie/ascot> [Zugriff am 28.8.2020]

Wulff, Ines (2013): Autonomie im Pflegeheim - Eine Studie zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit älterer Menschen. Institut für Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Zander, Michael (2016): Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (2020a): Kinästhetik [Online]. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Naturheilkunde_Kin%C3%A4sthetik.pdf [Zugriff am 28.8.2020]

ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (2020b): Übersicht Bewegungsförderung [Online]. <https://www.zqp.de/bewegungsfoerderung-pflege/?hilite=%27Bewegungsf%C3%B6rderung%27%2C%27station%C3%A4ren%27%2C%27Pflege%27> [Zugriff am 28.8.2020]

Anhang

Tabelle 1: Übersicht der FGÖ-Projekte

Anmerkung: Die folgende Projektauswahl wurde in die Recherche einbezogen. Dabei ist zu beachten, dass höhere Nummern aktuellere Projekte repräsentieren. Nähere Projektinformationen sind unter Link abrufbar.

Projektnr.	Titel	Link
2875	Guten Appetit	https://fgoe.org/projekt/guten-appetit
2752	Gesundheit hat kein Alter: Transfer Tirol	https://fgoe.org/projekt/gesundheit-hat-kein-alter-transfer-tirol
2622	Gesundheit in Bewegung GiB 2.0	https://fgoe.org/projekt/gesundheit-bewegung-20-gib-20
2573	Gesundheit hat kein Alter: Transfer Stmk	https://fgoe.org/projekt/gesundheit-hat-kein-alter-transfer-steiermark
2449	G'SUND leben – G'SUND bleim	https://fgoe.org/projekt/gsund-leben-gsund-bleim
2254	Lebenslust bewusst – Fit mir FEIWE	https://fgoe.org/projekt/lebenslust-bewusst-fit-mit-feiwe
2195	Fit-Care Health Management	https://fgoe.org/projekt/fit-care-health-management
2155	Gerngesund	https://fgoe.org/projekt/bph-birkfeld-gesund
2062	Gesund trotz Gesundheitsberuf	https://fgoe.org/projekt/gesund-trotz-gesundheitsberuf
1989	Pilotprojekt Gesundheit hat kein Alter	https://fgoe.org/projekt/gesundheitsfoerderung-der-altenbetreuung-und-pflege https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/GF_im_Seniorenwohnhaus_Leitfaden.pdf
1913	Zenkidoyoga für Seniorinnen	https://fgoe.org/projekt/zenkidoyoga-fuer-seniorinnen
1740	Salutogenese in der Altenpflege	https://fgoe.org/projekt/salutogenese-der-altenpflege
1682	Für uns	https://fgoe.org/projekt/fuer-uns
1607	bewusst g'sund miteinaund	https://fgoe.org/projekt/bewusst-gsund-miteinand
1475	bewusst – bewegt – konsequent	https://fgoe.org/projekt/b-bewusstb-bewegtk-konsequent
1438	Stress-Fit: Aktiv gesund im Betrieb	https://fgoe.org/projekt/stress-fit-aktiv-gesund-im-betrieb
1310	Lebenskunst	https://fgoe.org/projekt/lebenskunst
1292	Vital 20-60	https://fgoe.org/projekt/vital-20-60
1186	Gesund im Betrieb 2008	https://fgoe.org/projekt/gesundheit-im-betrieb-2008
1007	Gesund Da-heim	https://fgoe.org/projekt/gesund-da-heim
790	Humor and more	https://fgoe.org/projekt/humor-and-more-kommunikation-humorkompetenz-konfliktloesung-und-emotionale-intelligenz-der

Darstellung: GÖG

NOTIZEN

