



universität
wien



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN

Master Thesis

Titel der Arbeit

Betriebliche Gesundheitsförderung im Allgemeinen Krankenhaus Wien für die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege ab dem 45. Lebensjahr unter besonderer Berücksichtigung genderspezifischer Gesichtspunkte

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health (MPH)

Mit der freundlichen Unterstützung von



Fonds Gesundes
Österreich

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar

Univ. Klinik für Innere Medizin II

Medizinische Universität Wien

Dr. med. univ. Irene Kloimüller MBA

Wert: Arbeit

Verfasserin

Rozita Haidinger, DGKS

Matrikelnummer: 1142679

Wien, am 31.08.2013

"Meine fundamentale Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?"

A. Antonovsky

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, **Rozita Haidinger**, geboren am 09.02.1963 in Mielec, Polen, erkläre,

die vorliegende Master Thesis selbständig, unter der ausschließlichen Zuhilfenahme der in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmittel und sonst ohne Einsatz von unerlaubten Hilfen verfasst zu haben.

Außerdem erkläre ich, meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben.

Da das Wiener Allgemeine Krankenhaus Gegenstand dieser Arbeit ist, wurde das Unternehmen über das Thema sowie die Verwendung der eingeholten Daten unterrichtet. Dabei wurden Titel, Form und Inhalt der Master Thesis klar kommuniziert.

Haidinger Rozita

Rozita Haidinger

Danksagung

All den Menschen, die mich während der gesamten Ausbildungszeit sowie des Schreib- und Rechercheprozesses begleitet und unterstützt haben, möchte ich Danke sagen:

Dr. Irene Kloimüller, welche mir mit ihrer Fachkompetenz, Hilfsbereitschaft und guten Ratschlägen intensiv zur Seite stand, stets Neues zeigte und dennoch für Klarheit und Ordnung sorgte. Vielen Dank für die unterstützende Leitung durch diese „Fremdgebiet“ und den Glauben an mich.

Meinem Ehemann, Michael, für seine Liebe, Humor und Lebensfreude, die mich immer motivieren und die großartige Hilfe bei der Erreichung von neuen Zielen sind: Du bist die Welt für mich. Danke für alles.

Danke an meine Töchter: Karolina, für ihre Unterstützung; Katharina für ihr Verständnis und Klaudia für ihre Hilfe bei der Korrektur.

Großen Dank an meine Enkelin, Lara, für ihre Leichtigkeit, Energie und Faszination, die ansteckend sind und am Ball bleiben lassen.

Nur mit Euch war dieser Weg eine Erfahrung: DANKE!

Abstract

Ausgangssituation

Die demografischen Veränderungen in allen europäischen Ländern und die damit verbundenen sozial-ökonomischen Zukunftsaspekte prägen die aktuelle Arbeitssituation im Gesundheitswesen und finden eine starke Berücksichtigung in der zukunftsorientierten Ressourcenplanung. Um den neuen Rahmenbedingungen gerecht zu werden und das Potenzial der alternden Belegschaft aktuell aber auch künftig optimal ausschöpfen zu können, ist die Anpassung an die neuen Gegebenheiten von höchster Wichtigkeit und daher auch das aktuelle Kern-Thema für das Management des Spitalwesens. Der neue Ansatz beinhaltet Maßnahmen der **Betrieblichen Gesundheit Förderung** (in Folge BGF) mit dem Ziel der Prävention von körperlichen und psychischen Belastungen und der Förderung von Gesundheitsressourcen. Die Begünstigung des längeren und gesünderen Verbleibs im Berufsleben der heutigen Belegschaft im Alter über dem 45. Lebensjahr (nachträglich 45+) kann eine Folgewirkung von BGF sein.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist der effiziente Einsatz von Ressourcen und dem vorhandenen Wissen. Die Erkenntnisse über die genderspezifischen Differenzen und deren Integration in die Entwicklung zielorientierter BGF-Maßnahmen tragen – unter Umständen – zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vom alternden Gesundheitspersonals und zum dessen nachhaltigen Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Mit der vorliegenden Arbeit soll für alle Interessierte die aktuelle Arbeitssituation im Krankenhaus überwiegend am Beispiel des AKH Wien unter der besonderen Berücksichtigung des Gesundheitsaspektes und der Arbeitsgruppe Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal 45+ erläutert werden. Darüber hinaus werden die aktuellen Erfahrungen in der Umsetzung von Pro-Ageing-Projekten analysiert. Das Ziel ist, die Optimierungsvorschläge in diesem Bereich zu finden, welche zur Nachhaltigkeit und Kontinuität der betreffenden Maßnahmen im Sinne des besten Kosten-Nutzen-Verhältnisses führen können.

Die umfassende Literaturrecherche und ExpertenInnen-Interviews dienen als Grundlage der nachfolgend präsentierten Erkenntnisse.

Background Situation

As the scope of demographic transition in all European countries encompasses a variety of socio-economic developments, the effectiveness of current resource management issues in the public health care sector has undeniably reached a turning point. The attempt to translate the challenge of an ever-aging workforce into a financially viable as well as sustainable one can no longer be negated and having become a topic of key interest on many levels, the importance of adapting work related structures to better serve the needs and circumstances of increasingly older employees is also being perceived in the health care sector.

To address the issue of extended longevity and its implications on a health care working environment, management officials are beginning to identify new measures which better promote and optimize occupational health on both a physical and psychological level based on Health Care Promotion (in German “Betriebliche Gesundheitsförderung” also known as BGF) initiatives. In doing so, the problems associated with the threat of lost knowledge in cost-driven organizations are being curbed as preventive measures are being taken to offset illness. The commitment to enhanced health is subsequently believed to help ease the transition into the now longer professional life for the growing number of employees aged 45+, maximize years of good health and better enable long-term workforce capabilities in light of the demographic changes taking place.

Building a case for worksite health promotion raises the issue of how to implement existing knowledge most effectively and how to best make use of available resources. Promoting the aforementioned ideas would also indicate the need for gender specific research on the matter so that successful intervention is executed as required by the individual. Accordingly, this enhanced quality of life would permeate the working environment in such a way that seasoned working potential is being drawn upon, valued and furthermore giving rise to new innovations.

Taking this broadened approach of improving health for health care workers into account is what this paper aims to analyze as it addresses the current hospital working situation. More specifically, actual health aspects of registered nurses aged 45+ at Vienna’s General Hospital will be examined more closely and findings shall serve as the basis for future pro-aging projects. Ultimately, the objective is to pinpoint sustainable recommendations that best counterattack and optimize the impact health related issues attributed to the target group have

on the workforce and to ensure that at the root of this consistent implementation, a satisfactory cost-benefit relationship is being maintained.

Extensive research based on current literary sources and personalized interviews with experts on the topic were used to provide the outlined information.

Streszczenie

Zmiany demograficzne oraz zmiany społeczno-ekonomiczne, zachodzące we wszystkich krajach europejskich, kształtują obecną sytuację zatrudnienia w służbie zdrowia i będą też miały wpływ na zarządzanie zasobami ludzkimi w tym sektorze w przyszłości. Dostosowane zarządzanie szpitalem do nowych realii jest kluczową kwestią, aby podołać nowym wymogom środowiska oraz w optymalny sposób – teraz i w przyszłości – korzystać z potencjału starzejącej się populacji. Zmiany, które muszą zaistnieć, zawierają Promocję Zdrowia w Miejscu Pracy (skrót z niemieckiego BGF), mającą na celu zapobiegać obciążeniu fizycznemu oraz psychicznemu, a przy tym promowania metod i programów służącym zdrowiu pracowników. Stworzenie korzystnych warunków, dzięki którym zatrudnieni w wieku powyżej czterdziestu pięciu lat (w poniższym tekście w skróconej wersji określani jako grupa wiekowa 45+) mogą dłużej oraz zdrowo wykonywać swój zawód, może teoretycznie zostać osiągnięte właśnie poprzez realizację Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Warunkiem w tym kontekście jest efektywne zarządzanie szpitalem jako przedsiębiorstwa w formie optymalnego korzystania z wiedzy bogatego w doświadczenia personelu medycznego. Wpływ wiedzy o specyficznych różnicach w zakresie *gender* na rozwój docelowych działań Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy może przyczynić się do polepszenia zdolności starszych pracowników oraz ich długotrwałego dobrego samopoczucia w miejscu zatrudnienia.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie zainteresowanym osobom aktualnej sytuacji w szpitalu na przykładzie Głównego Szpitala w Wiedniu (AKH Wien) pod szczególnym uwzględnieniem aspektu zdrowotnego dyplomowanego personelu do opieki nad chorymi w grupie wiekowej 45+. Ponadto, na podstawie analizy dotychczasowych doświadczeń w realizacji projektów *pro-aging*, tematyka ta ukazuje możliwości optymalizacji warunków pracy, które być może są w stanie zapewnić trwałość oraz ciągłość działań w ramach Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz ich maksymalną korzyść dla szpitala i zatrudnionego w nim personelu medycznego względem dokonanych inwestycji.

Kompleksowy przegląd literatury oraz wywiady ze specjalistami w dziedzinie Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy stanowią podstawę przedstawionych poniżej wniosków.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
ERSTER TEIL	11
1 Einleitung	11
2 Relevante Definitionen	13
2.1 Gesundheit	13
2.2 Salutogenese von Aaron Antonovsky (1979)	16
2.3 Krankheit	17
2.4 Alter	18
2.5 Gender	19
3 Betriebliche Gesundheitsförderung	20
3.1 Inhalt	20
3.2 Entstehung/Geschichte	23
3.3 Gesundheitsfördernden Ziele, Methoden und Strategien	24
3.4 Instrumente der BGF	27
3.4.1 Gesundheitszirkelmodelle	27
3.4.2 MitarbeiterInnenbefragung (MAB)	29
3.4.3 StRes.Moderator	32
3.5 Gesundheitsförderung als Ziel eines betrieblichen Unternehmens	34
3.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement	36
3.7 Management als wichtigster Erfolgsfaktor	38
3.7.1 Gesunde Führung als Bewältigungsmethode von Hindernissen	38
3.7.2 Erfassung gesundheitspezifischer Führung	41
3.7.3 Grenzen der gesundheitsförderlichen Führung	43
3.7.4 Rechtliche Ansatzpunkte	44
3.8 Konzepte und Messmethoden für gesunde Organisationen	48
3.8.1 Konzept der „gesunden Organisation“ von Matthew Miles (1975)	48
3.8.2 Gesundes Unternehmen nach Peter Senge (2002)	50
3.8.3 Health-oriented Leadership (HoL)	50
ZWEITER TEIL	52
4 Demografische Hintergründe	52
4.1 Demografische Struktur in Österreich	52
4.2 Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung Österreichs	54
4.3 Anforderung an die Pflegeberufe	56
4.4 Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen	58
4.4.1 Historischer Hintergrund	59
4.4.2 Rahmenbedingungen – Gründe für die BGF im Krankenhaus	60
4.4.3 Strategien zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus	64
4.5 Alter und BGF in den Pflegeberufen	65
4.6 Gender und Geschlecht in der Krankenhaus-BGF	67
4.7 BGF im Gesundheitswesen in Österreich – Einführung	68
4.8 Betriebliche Gesundheitsförderung im AKH Wien	70
4.8.1 Kurze Geschichte des AKH	70
4.8.2 Heutiges AKH	70
4.8.3 BGF	70
DRITTER TEIL	71
5 Ziel der Arbeit	71
6 Methoden	71
6.1 Literaturrecherche	71
6.2 Internetrecherche unter Verwendung von Google.at	72

6.3	Daten – AKH Wien	72
6.4	ExpertInnen-Interviews	72
7	Empirischer Teil.....	73
7.1	ExpertInnen-Interviews	73
7.1.1	ExpertInnen – Vorstellung	73
7.1.2	ExpertInnenbefragung	74
7.1.3	Methodik	75
7.1.4	Antworten.....	77
	Frage 1	77
	Frage 2	79
	Frage 3	80
	Frage 4	81
	Frage 5	81
	Frage 6	83
	Frage 7	84
	Frage 8	85
	Frage 9	86
	Frage 10	87
	Frage 11	88
	Frage 12	89
7.1.5	Zusammenfassung der ExpertInnen-Befragung.....	91
7.2	Literatur- und Internetrecherchen	96
7.3	AKH-Daten der Altersstruktur	98
7.4	AKH Genderstruktur und Betreuungsstätten.....	101
8	BGF und AKH – Erkenntnisse	102
	VIERTER TEIL	106
9	Empfehlungen zur Umsetzung von BGF im AKH Wien	106
10	Zusammenfassung und Ausblick	121
11	Anhang	124
11.1	AKH-Personalstand 2013	124
11.2	Absenzenübersicht des gesamten aktiven Pflegepersonals.....	125
11.3	ExpertInnen-Interviews – Wortlaut der Einverständniserklärung	126
11.4	ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 1	127
11.5	ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 2.....	134
11.6	ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 3.....	143
11.7	ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 4.....	164
11.8	ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 5.....	172
11.9	Informationen zum AKH Betriebskindergarten.....	179
12	Literatur und Quellen Verzeichnis	181

1 Einleitung

Laut Joachim Bauer, dem Bestsellerautor von „Arbeit, warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht“, leistet einen enormen Beitrag zur guten Lebensqualität. Sie ist oder kann ein Betätigungsfeld für unsere Kreativität, eine Quelle der Freude, des Stolzes, der Anerkennung und nicht zuletzt der sozialen Verbundenheit sein. Die Arbeit hat Auswirkungen auf die Gesundheit, kann sie fördern und auch negativ beeinflussen (Vgl. Bauer, 2013).

Das Burn-out-Syndrom, wie die Depressionen, ist keine „Mode-Diagnose“. Das Thema der Gesundheit am Arbeitsplatz ist eng mit allen Mechanismen, nach denen unsere Wirtschaft funktioniert, verbunden (Bauer 2013:13). Die Art der Beschäftigung, die Form der Behandlung durch Vorgesetzte und die allgemeine Atmosphäre im Betrieb werden als Arbeitsbedingungen wahrgenommen. Wie gelungen sich die Arbeit als Teil des Lebens präsentiert, liegt sowohl beim Arbeitsgeber bzw. den Vorgesetzten als auch bei jeder/m einzelnen ArbeitnehmerIn, deren/dessen soziale und berufliche Kompetenz, soziale Zugehörigkeit, soziale Hierarchien im Allgemeinen und das Konkurrenzverhalten ihre/seine Art der Welt zu begegnen beeinflussen (Bauer 2013:15).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten der BGF im Setting Krankenhaus am Beispiel des Wiener Allgemeinen Krankenhauses. Die Autorin, selbst DGKS (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester) und seit vielen Jahren im AKH beschäftigt, hat ein besonderes Interesse an der Analyse von Verbesserungsmöglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz, welcher gleichzeitig einer der größten Spitäler Europas ist.

In Österreich entfalten bereits die durch die Luxemburger Deklaration festgehaltenen Grundsätze und Leitlinien, wie am Beispiel des Konzepts „Workplace Health Promotion – WHP“ ersichtlich, ihre Wirkung. Sie beeinflussen die Unternehmenskultur, den Führungsstil und die Arbeitsorganisation in Krankenhäusern. Der ökonomische Nutzen von BGF wird allmählich deutlicher und für die Betriebe selber interessanter.

Die Hypothese der Autorin ist, dass eine Gesundheitsförderung zum längeren Verbleib von Pflegefachkräften im Berufsleben beitragen kann und insbesondere altersspezifische Bedürfnisunterschiede zwischen Frauen und Männern für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit vorliegen und berücksichtigt werden müssen. Dadurch wird die Effektivität der betrieblichen Gesundheitsförderung durch genderspezifische Unterschiede gesteigert.

Im Zuge der Arbeit sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie sieht die Personalsituation/Altersstruktur im Allgemeinen Krankenhaus aus?
- Wie verhalten sich die Krankenstände beim Krankenpflegepersonal und welche sind die häufigsten Ursachen für frühzeitige Pensionierung?
- Trägt genderspezifische Gesundheitsförderung zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit bzw. Reduktion der Krankheitstage bei?
- Gibt es Spitalsbetriebe mit genderspezifischer/altersspezifischer betrieblicher Gesundheitsförderung und lassen sich die dabei gewonnenen Erfahrungen im AKH Wien umsetzen?

Im ersten Teil der Arbeit wird in das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung eingeführt. Die für das Thema der Arbeit relevanten Grundlagen werden vorgestellt.

Der zweite Teil thematisiert unter anderem die Alters- und Geschlechtsstruktur in der Pflege in Österreich, schlägt eine Brücke zu praxisorientierten Aspekten der BGF und ihrer Bedeutung für den Berufsalltag der Erwerbstätigen in der Altersgruppe 45+.

Der dritte Teil der Arbeit beinhaltet empirische Daten, die im Zuge der Literatur- und Datenrecherche im AKH sowie durch die ExpertInnenbefragung gewonnen wurden.

Eine kurze Zusammenfassung der hier behandelten Thematik schließt die Arbeit als deren **vierten Teil** ab. Die Ideen bzw. Möglichkeiten der Umsetzung von gender- und altersspezifischer betrieblicher Gesundheitsförderung im AKH Wien werden in diesem abschließenden Teil vorgestellt.

2 Relevante Definitionen

Um sich dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung zu nähern, macht es Sinn, sich mit den für das Thema relevanten Definitionen vertraut zu machen. Nachfolgend werden die wichtigsten Begriffe erläutert.

2.1 Gesundheit

„Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung 1986, Online)

Die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation: WHO) 1948 festgelegte Gesundheitsdefinition, welche die Gesundheit als einen „(...) Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Vgl. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100, Online) versteht, wurde mittlerweile von neuerem aktuelleren Gesundheitsbegriff abgelöst. Dieser berücksichtigt weitere gesundheitsrelevante Aspekte und beschreibt die Gesundheit als „ (...)Potenzial und eine Fähigkeit (...), Lebensziele zu erreichen, das Leben zu gestalten und zu bewältigen, Gefühle zu regulieren und individuelle sowie soziale Bedürfnisse zu befriedigen“ (Vgl. Noack zit. n. Pesserer, Gesunde Wirtschaft Impulse, Stressmanagement, Burnout-Prävention, Online)

Klaus Hurrelmann – ein deutscher Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler, der nach langjähriger Tätigkeit an der Universität Bielefeld seit 2009 als Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin unterrichtet – definiert die Gesundheit wie folgt: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss“ (Hurrelmann 2000:7).

Auch für Badura et al. ist bei der Gesundheitsdefinition das psychische Wohlbefinden zentral. Sein Vorhandensein hängt von den Erfahrungen mit anderen Menschen über die gesamte Lebensdauer ab (Vgl. Badura et al. 2010:45).

Der renommierte Experte für betriebliche Gesundheitsförderung, Bernhard Badura, betont in der Gesundheitsdefinition die Bedeutung von bestimmten menschlichen Fähigkeiten. Für Badura sind die Gefühlsregulierung und Problemlösung Voraussetzungen für körperliches und seelisches Wohlbefinden, positives Selbstwertgefühl und das soziale Netzwerk, das eine gesundheitsunterstützende Funktion besitzt (Vgl. Badura et al.2010:32).

Der Frage, wie die Gesundheit entsteht (= Salutogenese), nahm sich Antonovsky an. Antonovsky sprach dabei dem Kohärenzgefühl die zentrale Bedeutung zu. Unter dem Kohärenzgefühl versteht man das Zugehörigkeitsgefühl mit der Welt, das sich durch Folgendes charakterisiert:

- das Verständnis für die Zusammenhänge von Stimuli und der inneren und äußeren Umgebung
- die Ressourcenverfügbarkeit, um den Anforderungen der Welt oder des Lebens gewachsen zu sein
- die erfolgreiche Bewältigung dieser Anforderungen und deren Erleben als belohnend.

Die Ausprägungsstärke von diesen Charakteristika ist das Ausmaß des Kohärenzgefühls. Bei deren starker Ausprägung und damit einem starken Kohärenzgefühl fühlen sich Menschen gesund (Vgl. Antonovsky 1997:36).

Was es festzuhalten gilt, ist, dass die Gesundheit und Krankheit einander nicht zwingend ausschließen müssen. Laut Antonovsky (1923-1994) sind sie vielmehr die Endpunkte des so genannten Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, auf dem jeder Mensch jederzeit zwischen Anfangs- und Endpunkt lokalisiert werden kann. Relevant ist einzig die Entfernung zu den beiden Polen. Diese kann durch die persönlichen Voraussetzungen bedingt sein – das heißt die Gesundheit fördern oder sie belasten.

Zu diesen Voraussetzungen gehören z. B.:

➤ **Individuelle Faktoren**

- Alter
- Geschlecht
- Bildung
- Unterkunft
- Lebenserfahrungen des Menschen
- Handlungskompetenzen

➤ **Lebensweisen und Lebensstile**

- Strategien und Kapazitäten (z. B. in der Bewältigung von Belastungen)
- Soziale Beziehungen

➤ **sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse**

- Arbeits- und Organisationsbedingungen (Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Qualität der Personalführung, Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen)
- Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben
- Frieden, Nahrung, Einkommen
- Soziale Sicherheit, Gerechtigkeit und Chancengleichheit
- Stabilität des Ökosystems

(Vgl. o. V. WHO, Jakarta-Erklärung 1997; Antonovsky 1997:36f.)

2.2 Salutogenese von Aaron Antonovsky (1979)

Die zentrale Rolle für die Gesundheitserhaltung stellen für Antonovsky die Ressourcen und Bewältigungsstrategien des Individuums dar, die seine Gesundheit während der Kommunikation mit der Umwelt und der Anpassung an diese gewährleisten. Im Zuge dieser Kommunikation entwickelt jeder Mensch ein individuelles Gesundheitskonzept, das Kohärenz-Konzept, das aus drei Dimensionen besteht:

Dimension	Inhalt
Verstehbarkeit (Comprehensibility)	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit die externen und internen Stimuli als geordnet, sinnvoll und strukturiert zu betrachten • Folge: Handlungsfähigkeit – auch bei unvorhersehbaren Ereignissen
Handlungsfähigkeit (Manageability)	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen in die eigene Ressourcen • Folge: adäquate Reaktion auf Störungen (Kontrolle der Situation)
Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen von als sinnvoll erachteten Bereiche • Folge: größere Belastbarkeit

Table 1: Salutogenese von Antonovsky (Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:139f.)

Antonovsky begriff die Krankheit und die Gesundheit nicht als konträre Zustände. Vielmehr ist das Befinden eines Menschen ein Kontinuum mit zwei Polen – der Gesundheit und der Krankheit. Die Gesundheitsrisiken werden nicht als temporäre Gefährdungen, sondern als für das Befinden des Menschen im Gesamten relevante Störfaktoren angesehen. Diesen wird nicht nur passiv – durch deren Identifikation und Reduktion – entgegengewirkt, sondern gleichermaßen aktiv – durch die individuelle Aktivierung der vorhandenen Ressourcen.

Die Perspektive der Risikoprävention erweitert sich dadurch um jene der – für die heutige BGF grundlegenden – aktiven Gesundheitsförderung (Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:140).

2.3 Krankheit

Von den zahlreichen Krankheitsdefinitionen ist die von Badura formulierte für die vorliegende Arbeit am relevantesten. Diese umfasst außer den körperlichen Fehlfunktionen und Schädigungen – die den Schwerpunkt von den meisten Krankheitsdefinitionen darstellen – den Aspekt der negativen Auswirkungen von inneren Prozessen und Zuständen (Hilfslosigkeit, lang anhaltende Angst) auf das menschliche Denken, Verhalten und die physische Verfassung (Vgl. Badura 2010:33).

Die psychischen Symptome der Gesundheitsbelastung sind – wie die körperlichen – evident und sollen in dieser Arbeit gleichermaßen Beachtung finden. Denn die Krankheit ist eine „Beeinträchtigung, (...) Rollenverlust, Inaktivität, soziale Isolation und Abhängigkeit“, die vor allem auf die seelischen Veränderungen zurückzuführen sind (Schwartz 2012:39).

Der Wirkung sozialer Beziehungen auf die Gesundheit und deren krankheitsauslösendes Potential ist sozialepidemiologisch abgesichert. Chronische Konflikte am Arbeitsplatz sowie Verlust des sozialen Rahmens (Isolierung, Distanz, Verlust des sozialen Netzwerkes) sind definitiv Krankmacher (Vgl. Badura et al. 2010:45), welche in der BGF eine Berücksichtigung finden müssen.

2.4 Alter

Das Alter ist eine eigenständige Lebensphase. Der Altersbegriff hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Unsere Gesellschaft definiert sich zunehmend über ihre Leistungen: Für Buttler markiert „Die Fähigkeit die Leistungen für andere zu erbringen“ die noch-produktive Lebenszeit (Vgl. Buttler 1988:16ff.). Damit könnte das Alter als die an die produktive Zeit anschließende Phase begriffen werden, allerdings wird das Alter heute – angesichts des demografischen Wandels – anders empfunden. Die Vorstellungen vom Alter als Gegenteil zu Jugend mit einer anderen Leistungsfähigkeit werden durch die neuen ökonomischen Arbeitsmarktanforderungen modifiziert. Das Altern als ein Lebensprozess mit individuellem Verlauf umfasst körperliche, psychische, soziale und gesellschaftliche Aspekte. Die genetischen Anlagen, Unterschiede in den beruflichen Tätigkeiten sowie Lebensbedingungen, Verhaltensmuster, sozialer Status sowie gesellschaftliche Anerkennung und – in weiterer Folge – das Selbstwertgefühl und das Selbstkonzept determinieren den Prozess. Die negativen, abwertenden Altersklischees, oft entstanden in Verbindung mit der Überrepräsentanz der Frauen im Alter (Vgl. Backes/Clemens 2013:15), wurden durch die neuen ökonomisch starken alternden Generationen abgeschwächt. Das Bild von Vitalität und Konsum im Alter wird zunehmend propagiert. „So wird dann auch von weitreichenden gesellschaftlichen „Potenzialen des Alters“ gesprochen (Backes/Clemens 2013:16).

Möglicherweise wird der Trend, länger beruflich tätig zu sein, zu neuen gesellschaftlichen Kräfteverschiebungen führen. Das politische Gewicht der älteren Gesellschaft wird zunehmen. Unter anderem mit BGF kann der immer noch herrschenden Stigmatisierung der älteren ArbeitnehmerInnen entgegengewirkt werden. Diese sieht die Fähigkeiten, Fertigkeiten, körperliche und psychische Ressourcen als entscheidend für die eigene und Fremdwahrnehmung des Alters.

BGF kann ein Weg sein, der in Verbindung mit dem Lifestyle-Modell, eine Chance eröffnet, anders zu altern. Die mit der Gesundheit zusammenhängende gesellschaftliche Partizipation – auch außerhalb des Berufslebens und im Ruhestand – zieht eine neue gesellschaftliche Dynamik nach sich.

2.5 Gender

„Es gibt nichts Ungleicheres als die gleiche Behandlung von ungleichen Menschen“

Thomas Jefferson

„Gender“ bezeichnet das „soziale Geschlecht“ – Vorstellungen und Erwartungshaltungen an Frauen und Männer (soziale Rollen, die veränderbar sind und dem gesellschaftlichen Wandel unterliegen), im Unterschied zum biologischen Geschlecht.

Auch am Arbeitsplatz sind oft traditionelle Rollenbilder und Eigenschaftszuschreibungen wirksam, die eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Frauen und Männer erschweren. Dabei ist der Schlüssel zur Verbesserung der Arbeitssituation und auch der betrieblichen Gesundheitsförderung im geschlechtergerechten – also unterschiedlichen und gleichzeitig die Gleichstellung zwischen den Frauen und Männern schaffendem – Ansatz zu sehen. Dieser ist bekannt unter dem Namen Gender Mainstreaming (Vgl. Gümber in Brandenburg et. al 2009:14) und „(...) besteht in der (Re-) Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen (Definition des Europarates Straßburg 1998)“ (o. V. Bundeskanzleramt Österreich, Online).

Die Entwicklung dieser Idee wurde bereits auf der Weltfrauenkonferenz in Nairobi 1985 und in Beijing 1995 für die UNO diskutiert und verabschiedet. Für alle EU-Staaten wurde diese durch den Amsterdamer Vertrag 1997/99 bindend (Vgl. Gümber in Brandenburg et al. 2009:16).

Ein analoges Verständnis dieses Ansatzes im Zusammenhang mit BGF wird für diese Arbeit vorausgesetzt.

3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheit und Krankheit sowie ihre Ursachen sind entscheidend für die physische und seelische Verfassung: Sie beeinflussen das soziale Umfeld des Menschen und sind somit auch für das Erleben und die Effektivität seiner Arbeit von Bedeutung. Aus diesem Grund nehmen betriebliche Gesundheitsförderung und –Sicherheit eine besondere Stellung ein. Das Erreichen des Ziels, das Arbeitsumfeld und die –organisation für die Mitarbeiter nachhaltig zu verbessern, setzt die betriebliche Gesundheitsförderung voraus.

„Mit einem Satz zu definieren wäre die BGF als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu begreifen. BGF orientiert sich so nah wie möglich an jenen Faktoren der Arbeitswelt, die Krankheiten auslösen oder Gesundheit festigen können“ (Kohlbacher/Meggender in Meggendorfer 2006:21).

3.1 Inhalt

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Konzept mit dem Fokus auf die Gesundheitsstärkung und –Selbstbestimmung. Es zielt auf ein umfassendes – sowohl körperliches als auch seelisches – Wohlbefinden ab, das als wesentlicher Bestandteil des Lebens – und nicht primäres Lebensziel – verstanden wird und nur unter bestimmten Bedingungen erreicht werden kann. Zu diesen zählen:

- Befriedigung individueller Bedürfnisse sowie deren von sozialen Einheiten (z. B. von Gruppen, Familien, etc.)
- Wahrnehmung und Verwirklichung von Wünschen und Hoffnungen
- Zurechtkommen mit und in der Umwelt
- Veränderung der eigenen Umwelt

(Vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986, Online)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine Ergänzung für die Gesundheitssicherung am Arbeitsplatz und stützt sich auf erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutz (Vgl. Schwartz 2012:685). Sie ist des Weiteren „(...) als (freiwilliges) Engagement von Unternehmen Teil des gesellschaftlichen, aber auch eines disziplinären Diskurses über Gesundheitswerte und –kultur“ (Vgl. Bauer/Jenny in Faller 2012:67).

Als systematische Intervention hat BGF das Ziel, die gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten zu senken. Daraus resultiert nicht nur das subjektive Wohlbefinden, sondern die erhöhte Leistungsfähigkeit sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arbeit werden erzielt. Die Kernaufgabe von BGF ist die in den Fokus genommene Berufsgruppe darin zu stärken, mehr Einfluss über die bestimmenden Faktoren der Gesundheit zu gewinnen. Die Bezugspunkte können folgende Bereiche darstellen:

- sachliche Infrastruktur (Räume, Hilfsmittel, Einrichtungsgegenstände, etc.)
- Arbeitsorganisation (Dienstzeitenkonzept, Art der Zusammenarbeit, etc.)
- Individuelle Befähigung der Mitarbeiter zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen (Gesundheit, persönliche Qualifikation, etc.)
- Schaffung einer gemeinsamen Werte-, Regeln- und Überzeugungsbasis (Führungskultur, Transparenz, Wertschätzung am Arbeitsplatz, etc.)

(Vgl. Lempert-Horstkotte in Badura et al 2010:183f.)

Laut Antonovsky (1997) müssen bestimmte Bedingungen vorliegen, damit Arbeit salutogenetisch wirken kann. Sie entsprechen den eben genannten Bezugsbereichen der gesundheitsfördernden Organisation und konkretisieren diese. BGF sollte also zum Ziele haben, folgende Rahmenbedingungen zu schaffen:

- Wahrnehmung der eigenen Arbeit als sinnvoll
- Transparenz im Hinblick auf Arbeitszusammenhänge und Entscheidungsprozesse
- Kompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen der Arbeit
- Angenehmes Arbeitsklima
- Soziale Komponente (Kooperation und Kommunikation)
- Abwechslungsreiche Tätigkeit
- Verantwortung im eigenen Arbeitsbereich

- Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit
- Angemessene Anerkennung der Leistung (Entlohnung, soziale Anerkennung)

(Vgl. Dür/Fürth in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:104f.).

BGF basiert auf dem Ist-Stand und der Prozessdatenanalyse und bedient sich unter anderem der Instrumente Gesundheitsberichte und Gesundheitszirkel.

Eine erfolgreiche BGF bedarf günstiger ökonomischer Rahmenbedingungen und einer positiven betrieblichen Einstellung dem Thema Gesundheit gegenüber. Des Weiteren werden das große Interesse und Engagement der Belegschaft vorausgesetzt (Vgl. Schwartz 2012:685).

Im Allgemeinen lassen sich zwei Konzepte und Anwendungsbereiche der betrieblichen Gesundheitsförderung nennen, nämlich die:

- **Risikoprävention** (z. B. Stress, Bewegungsmangel, innere Kündigung, Fehlernährung, etc.) und
- **Förderung von Gesundheitspotentialen** (Fokus auf u. a.: Arbeitsbedingungen, Führung, soziale Netzwerke, Wohlbefinden, etc.).

Geschichtlicher Ursprung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist in der risikoorientierten Problemstellung zu sehen – die ersten Ansätze der heutigen BGF sind auf die schweren Bedingungen und Unfälle im Bergbau sowie in der Eisen- und Stahlindustrie zurück zu führen. Die aktuelle Perspektive ist weiterhin risiko- aber – mit Sicherheit stärker als in der Vergangenheit – personenorientiert. Die vermehrte Berücksichtigung des Alters – zweifellos nicht ohne Zusammenhang mit dem demografischen Wandel – spiegelt sich in den Intentionen und Herangehensweisen der BGF wider: Die betriebliche Wiedereingliederung chronisch erkrankter älteren Bevölkerung gewinnt in den letzten Jahren an Bedeutung (Vgl. Badura et. al, 2010:41ff.).

3.2 Entstehung/Geschichte

Die Geschichte der bewussten und politisch unterstützten Gesundheitsförderung beginnt im Jahre 1978. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzte in diesem Jahr mit der Erklärung von Alma Ata (September 1978) das erste Signal für gesundheitspolitische Umorientierung: Die primäre Gesundheitsversorgung wurde ausgearbeitet und als politisch bindend für Weltregierungen vorgeschlagen (Erklärung von Alma-Ata WHO).

Am 21. November 1986 findet die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada, statt. Dort wird auch eine Charta verabschiedet, die noch heute als das zentrale Dokument der Gesundheitsförderung gilt. Die Grundidee der Ottawa-Charta liegt zum einen in der Befähigung der Bevölkerung zu einem eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit und zum anderen zielt sie auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt und Gesundheitsdienste ab (Ottawa-Charta). Diese wurde in den nachfolgenden Jahren in einzelnen Handlungsbereichen weiterentwickelt.

Im Jahr 1997 wurde die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verfasst. Sie inkludiert die Förderungen und die betriebliche Verantwortung von der Jakarta-Erklärung, stellt die dokumentierte Umsetzung der Rahmenrichtlinie 89/391/EWG dar und wird bis heute als BGF-Grundsatzdokument angesehen (Vgl. Reiter 2011:41; Müller in Faller 2012:270).

In Österreich wurde noch vor dem EU-Beitritt die Gesundheitsförderung zum Thema. Bereits 1989 startete in Wien das WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ (Vgl. Müller in Faller 2012:270). 1992 wurde BGF zum Bestandteil des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherungen. Ein Jahr später, 1993, startete das erste Pilotprojekt. In den nachfolgenden Jahren sind weitere Meilensteine erfolgt: Der erste Informationstag der Österreichischen Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für BGF wurde im Oktober 1996 abgehalten. Danach folgen 24 Projekte mit den Zielen: Minderung von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, Stressbewältigung, Veränderung des Gesundheitsbewusstseins. Einige Jahre später, 1999, wurde die Erste Konferenz des Europäischen Netzwerkes für BGF abgehalten, diese honorierte die im Zusammenhang mit

BGF durchgeführten Projekte, für die sechs österreichischen Unternehmen ausgezeichnet wurden.

Im Jahr 2000 wurden in Oberösterreich, Kärntner, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark und in Wien Regionalstellen mit offizieller Einbindung der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich als Unterstützung eingerichtet (Vgl. Kohlbacher/Meggender in Maggeneder/Hirtenlehner 2006:17-30).

Heute ist das Österreichische Netzwerk für GBF vollständig und wird von Trägern der Krankenversicherung mitgeformt. Die Zielsetzungen des Österreichischen Netzwerkes für BGF konzentrieren sich auf der Verbreitung durch Öffentlichkeitsarbeit, Weiterentwicklung durch Projektinitiativen, Propagieren und Etablieren durch Beratung aber auch durch Qualitätssicherung. (Vgl. Kiesewetter/Hirtenlehner in Maggeneder/Hirtenlehner 2006:59, 63).

3.3 Gesundheitsfördernden Ziele, Methoden und Strategien

Die Zielsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung basiert auf grundlegenden Bedürfnissen, nämlich menschenwürdigen und menschengerechten Arbeitsbedingungen und die Gesundheit schonenden Arbeitsplätzen. Die Humanisierung der Arbeit bezieht sich auf das Alter, Geschlecht, Lebenssituation und persönliche Ressourcen.

Das WHO-Konzept „Gesundheitsförderung im Betrieb“, das in Österreich breiten Einklang gefunden hatte, bildet die Basis für eine umfassende Strategie zur Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben. Dabei wird es auf die Veränderungen sowohl der persönlichen Lebensweisen (Verhalten) als auch der Arbeitsbedingungen (Verhältnissen) abgezielt. Grundsätzlich sollte der Schwerpunkt auf der Verhältnisförderung, d.h. einer gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsumwelt und der Förderung sozialer Netzwerke liegen. Die Verhaltensförderung beinhaltet die Minimierung des persönlichen Risikoverhaltens und soll die verhältnispräventiven Maßnahmen unterstützen (Kohlbacher/Meggender in Maggeneder/Hirtenlehner 2006:20).

Die Ansätze, Ziele und Strategien zur Schaffung gesundheitsfördernder Arbeitsplätze sind sich in zahlreichen Veröffentlichungen zu diesem Thema beschrieben. Schon in den frühen

1990er Jahren sind die Überlegungen, Ideen und Vorschläge zur Optimierung von Arbeitsplätzen im Sinne der Mitarbeitergesundheit nicht fremd. Der finnische Forscher Juhani Ilmarinen behandelt dieses Thema in seinem 1991 erschienenen Artikel „Zusammenfassung und Empfehlungen aus einem Projekt, das sich mit Querschnitt- und Längsschnittstudien bei alternden Beschäftigten in finnischen kommunalen Dienstleistungen“ (1981-1985). Aus seinen Erkenntnissen in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitssituation von den alternden Beschäftigten resultieren folgende Vorschläge:

- Arbeitsanforderungen an die MitarbeiterInnen sollen mit dem Alter verändert werden
- Arbeit soll an die Menschen mit Krankheiten/Beeinträchtigungen angepasst werden
- Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Individuen sollte verbessert werden
- Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit von MitarbeiterInnen sollte regelmäßig erfasst werden
- Belastungsfolgen sollen dabei besonders berücksichtigt werden
- Aktionsprogramm auf den verschiedensten Ebenen (Gesellschaft- Betrieb- Individuum) (Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:115)

Diese Vorschläge wurden anhand von Untersuchungen evaluiert. Im Fokus standen Arbeitsbelastungen im Vergleich zu den MitarbeiterInnenressourcen und deren subjektiven Reaktionen (Beanspruchung). Das Ziel war die Ermittlung von den für die Arbeitssituation förderlichen oder hinderlichen Maßnahmen. Das Ergebnis dieser Erhebungen stellte das Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index) dar. Dieses erschien 2007 in seiner endgültigen Fassung, seine Benutzung ist kostenfrei und erlaubt die Bewertung des Arbeitsplatzes unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses zwischen Arbeitsanforderung zu Leistungsfähigkeit der Person oder eines Teams (hohe Werte = stabiles/ausgewogenes Verhältnis; niedrige Werte = Schwäche). Die fachliche Analyse der auf diese Weise erhobenen Daten kann als Frühwarnsystem verstanden werden: Sie lässt – bei niedrigen Werten – die drohende Erwerbsunfähigkeit und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben erwarten (Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:117).

Die Folgen von höheren Anforderungen bei gleichzeitigen geringen Handlungsspielraum (low control) ist der Arbeitsstress -“job strain“. Präventionstaktisch würde ein größerer Handlungsspielraum und möglichst hohe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz diesen Stress

kompensieren. Menschengerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit ist damit verbunden und in weiterer Folge die Schaffung von Möglichkeiten für ArbeitnehmerInnen über viele Aspekte eigener Arbeit zu entscheiden (Vgl. Hien 2011:27).

In Österreich wird BGF zum Beispiel durch das in der Zusammenarbeit von ÖNBGF und Fonds Gesundes Österreich entwickeltes dreistufiges Qualitätssicherungsmodell gefördert. Die Unternehmen, die sich deklarieren, unverbindlich die Grundsätze von BGF in die Unternehmenspolitik zu integrieren, werden in die Liste der „Charta-Betriebe“ aufgenommen und mit Beratung und Informationsaustausch in deren Umsetzung gestärkt. Die zweite Stufe für die interessierten Betriebe ist ein Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“. Es handelt sich um ein jede drei Jahre verliehenes Zeichen, das die Implementierung von Projekten und Konzepten im Sinne von BGF bestätigt. Die dritte Stufe bildet die im zweijährigen Rhythmus getätigte Verleihung des Österreichischen Preises für herausragende BGF-Projekte (Vgl. Kieseewetter/Hirtenlehner in Meggeneder 2006:67f.).

Ein BGF-Projekt zeichnet sich idealtypisch durch einen bestimmten Ablauf und umfasst folgende Schritte:

- die Einrichtung einer Projektsteuerungsgruppe mit einer Projektleitung
- die Ist-Zustand Analyse von Gesundheitsrisiken und -chancen im Betrieb in Form eines Fragebogens
- die Gesundheitszirkleinrichtung als ein wichtigstes Instrument zur Anteilnahme für die Belegschaft
- Erfolgskontrolle durch Evaluierung des Kontrollbefragung

(Hirtenlehner/Pillwein in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:84ff.).

Die Unternehmen profitieren von Erfahrungen und Kompetenzen, die sie während der Umsetzung von BGF-Projekten erwerben. Ebenfalls die Projektstrukturen sind eine Verbesserung, die keinesfalls nach dem Abschluss des Projektes verloren gehen sollte. Viel mehr empfiehlt es sich Vorkehrungen zu treffen, die dazu beitragen, BGF nachhaltig zum Bestandteil der Unternehmenspolitik zu machen.

3.4 Instrumente der BGF

In diesem Kapitel werden weitere – neben dem bereits erwähnten Work Ability Index – von der BGF angewandte Instrumente dargestellt.

3.4.1 Gesundheitszirkelmodelle

Der Gesundheitszirkel – bekannt unter den Namen Quality-Circle, Lernstatt oder Kontinuierlicher Verbesserungsprozess – wurde in den USA entwickelt. Dabei handelt es sich um eine dauerhafte regelmäßige Gruppenarbeit von Mitarbeitern mit gemeinsamer Erfahrungsbasis mit dem Ziel, die arbeitsrelevanten Bereiche zu analysieren und mittels Problemlösungs- und Kreativitätstechniken zu verbessern. Damit ist der Gesundheitszirkel ein „Kernelement ganzheitlicher betrieblicher Gesundheitsprojekte“.

In diesem Zusammenhang können das Berliner, Düsseldorfer und Linzer Modell genannt werden. Sie alle haben das Ziel den gesundheitlichen Ist-Stand der Betriebe zu verbessern. Dabei schlagen sie jedoch keineswegs denselben Weg vor. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Modelle sind sowohl in der vorgeschlagenen Zusammensetzung, Einbeziehung von externen Unterstützung (Moderation), der geplanten Zeit für die Zweckerfüllung und nicht zuletzt in dem Fokus (Themen) zu sehen (Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:191f).

Die nachfolgende Tabelle fasst die wichtigen Charakteristika der einzelnen Modelle zusammen sowie verdeutlicht deren unterschiedlichen Ansatz im Rahmen des Themas Betriebliche Gesundheitsförderung.

Merkmale	Berliner Modell	Düsseldorfer Modell	Linzer Modell
Entwicklung	Ende der 1980er Jahre in der Kooperation zwischen der Technischen Universität Berlin und der Volkswagen AG	Am Institut für Medizinische Soziologie, Universität Düsseldorf unter der Leitung von Christian von Ferber	In einem Betrieblichen Gesundheitsprojekt in einem Linzer Verlagsunternehmen, von Meggeneder
Sitzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgewählte Mitarbeiter einer Hierarchieebenen aus einem Arbeitsbereich ohne Vorgesetzte • 10 bis 15 Beschäftigte • 8-12 Treffen • Externe Moderation 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhomogene und hierarchieübergreifende Kleingruppen aus verschiedenen Arbeitsbereichen (z. B. Betriebsrat, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkräfte, etc.) • Gewählt von den Beschäftigten • 8-10 regelmäßige Treffen • Externe Moderation 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogene Kleingruppen (aus den Beschäftigten aus einem Arbeitsbereich) • 4-6 Treffen • Externe oder interne (nach einer speziellen Schulung) Moderation
Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigung • Aufdecken der Stresssituationen • Austausch von Erfahrungen • Berücksichtigung von <ul style="list-style-type: none"> • <u>Quantitativen Zeitproblemen</u> (Zeitrahmen für Leistungserbringung) • <u>Quantitativen Rollenproblemen</u> (Koppelung eigener Leistung an eine fremde) • <u>Qualitativen Zeitproblemen</u> (Zielerfüllung beim knappen Zeitbudget) • <u>Qualitativen Rollenproblemen</u> (Erfüllung von Erwartungen anderer) 	Arbeitsanforderungen im eigenen Arbeitsbereich, die als gesundheitsbeeinträchtigend erlebt werden	<ul style="list-style-type: none"> • Kein festgelegtes Programm • Ausarbeitung der Problemfelder • Fokus auf gesundheitsfördernde Stärken des Unternehmen
Ergebnis	Entwicklung und Erprobung eines neuen gesundheitsfördernden Bewältigungsverhaltens	Entwicklung von Lösungsvorschlägen durch technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen	Ausarbeitung der Vorschläge zur Verbesserung der Ist-Situation

Tabelle 2: Gesundheitszirkelmodelle (Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:193ff.)

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung empfiehlt eine homogene Zusammensetzung des Zirkels (Vgl. Linzer Modell). Die Vorteile, die sich daraus ergeben, sind einerseits in der Möglichkeit zu sehen, auf die individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse der Gruppe in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich einzugehen, andererseits ist die Offenheit der Gruppe bei anderen Themen (Konflikte, Führung, etc.) wahrscheinlicher und kann im Programm berücksichtigt werden. Im Beisein der Vorgesetzten und externer Experten ist es denkbar, dass die Beschäftigten ihre Meinungen hinsichtlich einiger Punkte – zum Beispiel aus Angst vor Konsequenzen (Führungsverhalten der Vorgesetzten) oder weil sie sich auf die Expertise einer/eines externen Beteiligten verlassen – zurückhalten. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, wird vorgeschlagen, die Lösungsvorschläge innerhalb der homogenen Kleingruppe zu entwickeln, sie anschließend den EntscheidungsträgerInnen zu präsentieren. Diese sind für die Wahl der Maßnahmen und deren Durchführung verantwortlich (Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:195).

Von den drei beschriebenen Modellen ist das Linzer Modell für die Betriebliche Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung. Es wurde im Zuge der Durchführung von BFG-Projekten stets – durch die laufend gewonnenen Erfahrungswerte – weiter entwickelt und stützt sich auf die für die österreichische Praxis besonders wichtigen – denn überwiegenden – kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Die flachen Hierarchien und ein gewisses Misstrauen gegenüber den externen Experten, die für die KMU charakteristisch sind, spiegeln sich in der Gruppenzusammensetzung wider. Ganz im Sinne des salutogenen Ansatzes werden nach dem Linzer Modell die Verantwortung und Handlungskompetenz den direkt Beteiligten übergeben. Das Unternehmen selber nimmt eine unterstützende Position ein und stellt lediglich die notwendigen Ressourcen zur Verfügung (Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:195f.).

3.4.2 MitarbeiterInnenbefragung (MAB)

Die MitarbeiterInnenbefragungen (MABs) sind ein diagnostisches Instrument zur grundlegenden Analyse der Ausgangssituation vor der Implementierung der BGF-Maßnahmen. Sie dienen der Evaluierung von gesundheitsfördernden Optimierungspotentialen aber auch zur Bewertung der Maßnahmenwirksamkeit im Anschluss an deren Durchführung. Sie gehören zu den aktuell am häufigsten eingesetzten Werkzeugen der Organisationsentwicklung (Borg 2000 zit. n. Zepke/Stieger in Faller 2012:157). Als Beispiele

können unter anderen Betriebsklimaerhebungen oder MitarbeiterInnen-Zufriedenheitsanalysen genannt werden. Sie sind ausschließlich als Elemente des Diagnose-Portfolios zu verstehen (Vgl. Zepke/Stieger in Faller 2012:158).

Die allgemeinen Charakteristika der MABs sowie deren Besonderheiten als diagnostisches Instrument im Rahmen von BGF können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Charakteristika der MABs	Besonderheiten der BFG-MABs
<ul style="list-style-type: none"> • Form der Befragung: Fragebogen • Zielgruppe: Stichprobe (Mitarbeiter und Führung) • Freiwilligkeit der Teilnahme • Anonymität der Teilnahme • Intervall: kontinuierlich • Ziel: Erfassung der Veränderungsprozesse und Erfassung der Problembereiche und Handlungsfelder für die Verbesserungsmaßnahmen • Bekanntgabe des Ergebnisses <p>(Vgl. Bungard 2005, Domasch/Ludwig 2000 zit. n. Zepke/Stieger in Faller 2012:157f.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus: Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einschätzung der eigenen Gesundheit ➤ Einschätzung der gesundheitsfördernden und gesundheitsschädigenden Faktoren ➤ Etc. • Durchführung im Rahmen eines Projekts unter Nutzung der bereits vorhandenen Projekt- und Steuerungsarchitektur • Notwendigkeit der Abstimmung mit anderen diagnostischen im Projekt eingesetzten Instrumenten • Notwendigkeit breiter Kommunikation und Einbindung (im Sinne des partizipativen Ansatzes der Ottawa-Charta) – z. B. als Survey-Feedbacks (also Nutzung der Befragungsergebnisse als Basis für kollektive Selbstreflexion) <p>(Vgl. Zepke/Stieger in Faller 2012:158f.)</p>

Tabelle 3: Mitarbeiterbefragung (Vgl. Bungard 2005, Domasch/Ludwig 2000 zit. n. Zepke/Stieger in Faller 2012:157ff.)

Um die MABs als wirkungsvolles Werkzeug nutzen zu können, sollen bestimmte Schritte vorliegen. Diese fasst die nachfolgende Tabelle zusammen.

Schritt	Inhalt
Planung und Befragung	<ul style="list-style-type: none"> • klare Zieldefinition • Commitment in der Organisation (Einbindung des Top-Managements, Mitwirkung der Mitarbeitervertretung, etc.)
Abstimmung	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung des Stellenwertes im Diagnose-Portfolio durch Steuerungsgruppe • Abstimmung mit anderen diagnostischen Maßnahmen
Instrument-Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Wahl der Lösung: standardisiert (methodisch gut durchdacht) oder maßgeschneidert (auf die Bedürfnisse abgestimmt) • Sicherstellung der Kompaktheit und Verständlichkeit
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Einschaltung der externen Experten (Anonymität, Know-how) • Verknüpfung mit Insider-Know-how und den Steuerungsmöglichkeiten zur Sicherung des Erfolgs
Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung über den Detailliertheitsgrad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Globale Auswertung: liefern u. U. zu allgemeine Ergebnisse ➤ Abteilungsbezogene Auswertung: führt u. U. zur internen Konkurrenz • Berücksichtigung der Mitarbeiterbefürchtungen hinsichtlich der Konsequenzen im Zusammenhang mit der Kritikäußerung
Information und Marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Laufende Information in jeder Durchführungsphase (Intention, Zielsetzung, Ergebnisse)
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • i.d.R. schriftlich, anonym, vorwiegend geschlossene, teilweise offene Fragen • aktueller Trend: Online-Erhebungen
Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse mit Hilfe statistischer Verfahren nach vorab definierten Auswertungseinheiten (z. B. Zielgruppen) • Wichtig: rasche Auswertung zwecks Rückkoppelung der Ergebnisse
Rückkoppelung der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Information ist UNZUREICHEND • Sicherstellung des Informations- und Diskussionsraums (Ziel: Wissenstransfer, Erhöhung der organisationaler Selbstreflexionsfähigkeit) • Form: Großgruppenveranstaltungen, Workshops, etc. (Borg 2002)

Tabelle 4: MitarbeiterInnenbefragung – Schritte (Vgl. Zepke/Stieger in Faller 2012:159ff.)

3.4.3 StRes.Moderator

StRes.Moderator ist ein von dem Institut für Betriebswissenschaften (Technische Universität Wien) im Auftrag der Allgemeinen Versicherungsanstalt entwickeltes Instrument zur moderierten Reduktion des arbeitsbedingten Stresses. Der Name des Instruments ist eine Abkürzung von zwei grundlegenden zu analysierenden Komponenten: den Stressoren – die frühzeitig erkannt und verringert werden sollen – und den Ressourcen, die es zu erkennen, aktivieren, optimal auszuschöpfen beziehungsweise zu entwickeln gilt (Vgl. Hackl-Gruber in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:201ff.). Dieses Präventionsinstrument „dient einerseits der Analyse der psychosozialen Anforderungen, andererseits der Entwicklung neuer Perspektiven. Er zeigt, wo Veränderungen nötig sind, hilft aber auch Bewährtes zu bewahren“ (Hilscher 2006:16)

Abgesehen von dem Kernziel der Verringerung oder gänzlicher Beseitigung von Stressoren und der Stärkung von Ressourcen sind weitere positiven Nebenwirkungen von StRes.Moderator für den Betrieb zu erwähnen. Dazu gehören:

- Verbesserung der Gesprächskultur zwischen den TeilnehmerInnen (in den Workshops)
- Bewusstseinsbildung für neue Problemfelder
- Bereitschaft zur Thematisierung dieser Problemfelder
- Erlernen von neuen Methoden zur Problemanalyse und -Lösung (z. B. Mind-Mapping)

(Vgl. Hackl-Gruber in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:207)

Der Ablauf von StRes.Moderator zählt 11 Phasen. Dabei ist die genaue Vorgehensweise immer den individuellen organisatorischen Gegebenheiten anzupassen. Die aktive Moderation ist hierbei von großer Bedeutung – ihre wichtige Funktion besteht darin, die Abwehrhaltungen der Teilnehmer zu erkennen und ein Verständnis für die Notwendigkeit von Veränderung zu vermitteln (Vgl. Hackl-Gruber in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:205ff.).

Die unten befindliche Tabelle bietet einen Überblick über die einzelnen Phasen des StRes.Moderators und dessen Inhalte.

Phase	Name	Inhalte/Ziele	
1	Initiative	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung des Problembewusstseins für Stress, Stressoren und Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft der Beschäftigten den StRes.Moderator einzusetzen
2	Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz-Commitment der Führungskräfte • Thematisierung von Chancen und Risiken 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von nötigen Ressourcen (Geld, Zeit, Raum, Material, etc.)
3	Unternehmensbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung des Unternehmens durch den Moderator 	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis aller beteiligten • Erkennung der Problemfelder
4	Management-Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung des StRes.Moderator-Ansatzes durch den Moderator 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Mitarbeitergruppen, in denen StRes.Moderator eingesetzt wird
5	MitarbeiterInnen-Information	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Inhalt, Ziel, Aufbau und Methode von StRes.Moderator 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung (4-6 Wochen) • Information aller Beschäftigten über das Projekt
6	Analysefeld-Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von Informationen über Analysefelder 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumente: Anleitungen, Informationsblätter, Präsentationen
7	MitarbeiterInnen Workshop 1	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung von Stressoren und Ressourcen 	
8	MitarbeiterInnen Workshop 2	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen zur Veränderung von Stressoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung/Aufbau von Ressourcen
9	Führungskräfte-Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Workshop-Ergebnisse • Reflexion der Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Überlegungen hinsichtlich der zu setzenden Handlungen
10	Management-Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion über die Ergebnisse zwischen den Beschäftigten und dem Management mit dem Moderator 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Entwicklung eines Vorgehenskonzepts zur Realisierung der erarbeiteten Verbesserungsvorschlägen
11	MitarbeiterInnen-Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Information aller Mitarbeiter über die Ergebnisse der Management-Diskussion • Fortsetzung der Ausarbeitung vom Vorgehenskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Entscheidung über die zu setzenden Maßnahmen

Tabelle 5: StRes.Moderator (Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:207ff.)

3.5 Gesundheitsförderung als Ziel eines betrieblichen Unternehmens

Es gibt viele Gründe dafür, die gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben umzusetzen. Zweifellos gehört die Absicht, der temporären Reduktion von Ressourcen und damit den damit zusammenhängenden organisatorischen Herausforderungen entgegenzuwirken. BGF verspricht hierbei Erfolg: Eine Vielzahl von Studien belegt die Senkung der Absentismus-Zahlen mit einer Abnahme von Krankenständen um bis zu 30% (Vgl. Bödeker/Kreis, 2002; Lenhard, 2003, zit. n. Dür/Fürth in Meggeneder 2006:109).

Die finanziellen Aufwendungen im Zusammenhang mit Krankheitsfällen der MitarbeiterInnen sind ebenfalls nicht außer Acht zu lassen. Diese bewegen sich in der EU in Milliarden-Höhe und liegen bereits vor 2005 zwischen 185 und 270 Milliarden Euro, wovon die Summe von 500 Millionen Euro allein durch die Ausfallstage wegen schlechter Arbeitsbedingungen anfällt (Vgl. Kuhn, 2005 zit. n. Meggeneder 2006:105). Die internationale Arbeitsorganisation (ILO) schätzt die ökonomischen, durch die arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle verursachten Verluste auf globaler Ebene und nennt eine Größe von vier Prozent des weltweiten Bruttosozialprodukts (Vgl. Dür/Fürth in Meggeneder/Hirtenlehner. 2006:105). 2010 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich 31,4 Milliarden Euro, das heißt 11% des BIP. Dabei wurden 75% öffentlich finanziert (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011:21)

Ein weiteres Argument für BGF ist deren indirekter Beitrag zur Erreichung von ökonomischen betrieblichen Kernzielen, wie beispielsweise der Einfluss auf die Effektivität, Effizienz und Produktivität von MitarbeiterInnen sowie die Qualität deren geleisteter Arbeit. Des Weiteren ist sie ein Instrument zur Realisierung der gesellschaftlichen Ziele im sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich (Vgl. Dür/Fürth in Meggeneder et al. 2006:109).

Es liegt auf der Hand, dass die Minimierung der Krankheitsfälle nicht nur im Sinne der wirtschaftlichen Kleinsteinheiten (betriebliche Unternehmen) ist, sondern ein großes Ziel der einzelnen Staaten und politischer Organisationen darstellt.

Die Investitionen in Gesundheitsförderung erscheinen als plausibler und zukunftsorientierter Lösungsansatz. BGF wird als eine wirtschaftliche Zukunftschance gesehen, ein Prozess zur Stärkung der Gesundheit von MitarbeiterInnen und deren Gesundheitsbewusstseins, Eigenverantwortung sowie Motivation.

Die Erfolge von BGF sind als enormes Einsparungspotential zu verstehen. Für Österreich bringt das verbesserte System der Gesundheitsvorsorge eine Ersparnis von 3,6 Milliarden Euro, also 1,7% des Bruttoinlandsprodukts (Vgl. Felderer 2004, Helmenstein et al.2004 zit. n. Meggeneder et al. 2006:109). Das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung nennt eine gesamtwirtschaftliche mit den körperlichen Arbeitsbelastungen zusammenhängende Kostenhöhe von 2,8 Milliarden Euro (oder 1,2% des BIP). Davon belaufen sich die mit den Mehrbelastungen – also durch Beschäftigte, deren Arbeitsplätze mindestens durch zwei Belastungsfaktoren markiert sind, verursacht – zusammenhängenden Kosten auf 2,4 Milliarden Euro. Das genannte Einsparungspotential – allein durch die Verbesserung von Arbeitsplätzen mit einer hohen Belastungsintensität (mindestens vier Belastungsfaktoren) – beträgt 1,7 Milliarden Euro (Vgl. Biffel et al, 2008:32). BGF sollte nach der Meinung der Autorin als wichtiger Bestandteil dieses Systems begriffen werden.

Badura, Walter und Hehlmann sprechen in ihrem Werk „Betriebliche Gesundheitspolitik“ von dem Weg zur gesunden Organisation. Dabei betonen sie, dass es nicht nur eine richtige Vorgehensweise zur Erreichung dieses Ziels gibt. Vielmehr ist die Betriebliche Gesundheit ein individueller, an die Unternehmensziele angepasster Weg, auf den eine Vielzahl von Faktoren Einfluss nimmt. Genannt werden unter anderem:

- Ergebnisse der Unternehmensdiagnostik
- Relevanz der innenbetrieblichen und externen Gesundheitsexperten
- Einfluss von Beratern.

Doch auch die Konsequenzen des Zu-Rate-Ziehens von Experten in Form von Diskussionen, die sich aus jenen entwickelnden Konflikte und Handlungsblockaden sind ein wichtiger Bestandteil dieses Weges (Badura 2010:46f.), mit denen zu rechnen und die es im gesamten Prozess aufzulösen beziehungsweise aufzuarbeiten gilt.

3.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) bezieht sich auf die Bereiche der betrieblichen Strukturen und Prozesse und zielt auf deren Entwicklung und Gestaltung im Sinne des gesundheitsfördernden Arbeitsumfelds ab. In der Literatur wird es entweder als Teilbereich von BGF oder als deren Weiterentwicklung verstanden (Vgl. Reiter 2011:32f.). Als Ziele von BGM werden verstanden:

1. **Stärkung des Sozial- und Humankapitals** (Verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit, etc.)
2. **Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit** (als Voraussetzung für die Leitungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter)
3. **Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit** als positiver Beitrag zur Erreichung der Unternehmensziele (Vgl. Walter in Badura et al. 2010: 149)

Das funktionelle effektive Betriebliche Gesundheitsmanagement ist primär prozessorientiert, an die Unternehmensziele angepasst und vom betrieblichen Berichtswesen getrieben. Entscheidend dabei ist die Orientierung an den Standards des Prozessmanagements (Vgl. Badura et al, 2010:41). BGM gewährleistet die Standardisierung und mit ihr zusammenhängende Systematik und Nachhaltigkeit der betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen (Vgl. Walter, 2007 zit. n. Walter in Badura et al. 2010:147).

Zu den Mindeststandards für den Realisierungserfolg der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben gehören:

1. **Formulierung einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung** als Ergebnis eines Zielfindungsprozesses zwischen allen Beteiligten
2. **Abschluss schriftlicher Vereinbarungen**, um Verbindlichkeit und Vertrauensbildung sicher zu stellen in Form einer Betriebs-/Dienstvereinbarung.
3. **Einrichtung eines Lenkungsausschusses** als Entscheidungsgremium und operatives Organ bei der Einführung und dauerhafte Steuerung und kontinuierliche Verbesserung

des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit der Partizipation des Top-Managements

4. **Bereitstellung von Ressourcen** bringt ebenfalls die Akzeptanz und den Stellenwert des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zum Ausdruck.
5. **Festlegung personeller Verantwortlichkeiten:** Klare Definition von Aufgaben und Kompetenzen, Benennung einer für Betriebliches Gesundheitsmanagement verantwortlichen Person mit adäquaten Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen
6. **Qualifizierung von ExpertInnen und Führungskräften** auf Grund neuer Anforderungen, die das Betriebliche Gesundheitsmanagement an die Führungskräfte stellt.
7. **Beteiligung und Befähigung der MitarbeiterInnen** zum gesundheitsbewussten Verhalten durch den das Gesundheitsbewusstsein fördernden Dialog mit den Führungskräften.
8. **Betriebliche Gesundheitsberichterstattung** dient der Transparenz sowie der frühzeitigen Erkennung des Handlungs- bzw. Optimierungspotentials.
9. **Internes Marketing** d. h. die interne Kommunikation über die umgesetzten (und geplanten) Maßnahmen sowie deren Erfolge als wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz der Belegschaft.
10. **Durchführung der internen Kernprozesse** unter Anlehnung an das Prozessmanagement

Sie alle bilden eine Leitlinie, die sich als Handlungsempfehlung an die betrieblichen Akteure, die überbetrieblichen oder externen, das Unternehmen bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützenden Experten sowie die externen für die Qualitätssicherung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verantwortlichen Unternehmen richtet (Vgl. Walter in Badura et al. 2010:147 ff).

3.7 Management als wichtigster Erfolgsfaktor

In der Umsetzung von Innovationen im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung kommt der „gesunden Führung“ eine Schlüsselbedeutung zu (Vgl. Badura et al. 2011:3ff.). Der Grund ist darin zu sehen, dass das Management einerseits an der Festsetzung der gesundheitsfördernden Ziele mitbeteiligt ist, das Engagement und Wertschätzung im Hinblick auf die betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen vorlebt und – letztlich – deren Umsetzung erst ermöglicht: durch Bereitstellung von Ressourcen und organisatorischen Innovationen – wie frühzeitige Einbeziehung der Mitarbeiter (Vgl. Badura et al. 2010:51).

3.7.1 Gesunde Führung als Bewältigungsmethode von Hindernissen

Die Hindernisse, die der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Wege stehen und welche deren Erfolg ausbleiben lassen, sind an die Vorbehalte der MitarbeiterInnen gekoppelt beziehungsweise lassen diese entstehen. Sie können und sollen jedoch mit der adäquaten Führung und der Kooperation mit GesundheitsexpertInnen behoben werden.

In der Fachliteratur werden zahlreiche Hindernisse angeführt. In der nachfolgenden Tabelle findet sich eine Gegenüberstellung von den dem BGM im Weg stehenden Faktoren sowie den Aspekten der gesunden Führung, welche diese entkräften:

Hindernisse	Lösung durch die „gesunden Führung“
Ressourcenmangel	Ressourcenbereitstellung durch Management
Negatives Führungsverhalten (Konflikte mit den Vorgesetzten, beleidigendes Verhalten, Gleichgültigkeit, etc.)	Positive Führungsstile und Führungsverhalten (z. B Mitarbeiterorientierung, fachliches und moralisches Vorbildverhalten, etc.)
Nichtvorhandensein längerfristiger Ziele bzw. Nichteinbeziehung von GesundheitsexpertInnen	Klare Zielformulierung, Information, Akzeptanz und Beteiligung aller beteiligten Parteien bei der Umsetzung der BFG-Maßnahmen, Inanspruchnahme der Unterstützung von externen kompetenten und erfahrenen Experten im Bereich BGF Experten

Geringe Priorität des Themas Gesundheit	Bewusstseinsbildung für BGF, Vorbildfunktion des Top-Managements und der direkten Vorgesetzten
Unzureichende Qualifikation der Gesundheitsexperten im wissensbasierten Gesundheitsmanagement	Förderung der internen Qualifizierung
Keine Standardisierung	Anlehnung an das Prozessmanagement zwecks struktureller und systematischer Zielverfolgung und Messung des Fortschritts
Unzureichendes Bewusstsein für die Bedeutung der Gesundheitsförderung im Betrieb	Interne Kommunikation über die Ziele, Maßnahmen, Ergebnisse und Nutzen von BGF
Unzureichende Unterstützung durch den Personalrat	Akzeptanz und aktive Mitwirkung durch gezielte Bewusstseinsbildung

Tabelle 6: Führung und Hindernisbewältigung (Vgl. Badura & Steinke 2009:58 zit. n. Badura et al. 2010:51 f.; Vgl. Walter in Badura et al. 2010:147 ff.; Badura et al. 2011:4)

Um den genannten Hindernissen effizient entgegenzuwirken, sollte das Gesundheitsmanagement mit richtigen Maßnahmen an den richtigen Stellen ansetzen.

- **Der das Vertrauen bildende Ansatz** kann durch gelebte Solidarität, Transparenz, Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und Übereinstimmung zwischen kommunizierten Entscheidungen und den umgesetzten Maßnahmen erreicht werden
- **Der die soziale Vernetzung fördernde Ansatz:** Durch gemeinsame Anliegen, Interessen und Projekte aber auch begünstigt durch team-bildende Tätigkeiten (Sport, Feiern, etc.) wird die für die Gesundheit relevante soziale Vernetzung ermöglicht.
- **Der die Identifikationsmöglichkeiten schaffende Ansatz:** Durch klare Zielvorgaben, gelebte Vertrauenskultur, anspruchsvolle Aufgaben und Anerkennung des Geleisteten wird die Basis für die Identifikation mit dem Unternehmen, dessen Zielen und der eigenen Rolle bei deren Erreichung geschaffen.
- **Der mitarbeiterInnenorientierte die Unternehmenskultur pflegende Ansatz:** Durch intensive Kooperation zwischen dem Management, Betriebs- und dem

Personalrat bei der Verfolgung (gemeinsamer) Unternehmensziele und Werte kommt die Mitarbeiterorientierung zum Ausdruck.

- **Der die Work-Life-Balance erhaltende Ansatz** ist die Sichtweise, dass das Familienleben und die Berufstätigkeit miteinander verbundene Bereiche sind und einander sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Dementsprechend wird unter anderem eine Bemühung bemerkbar, die organisatorische Ausgewogenheit zwischen beiden Bereichen zu finden.
- **Der Ansatz zur MitarbeiterInnenbeziehung, -bildung und –weiterentwicklung:** Nutzung der MitarbeiterInnenbefragung als Investition in das Sozialkapital (und nicht Kontrollinstrument), Veranlassung von Schulungen fürs Management und Teams zur Optimierung bei Qualitätsmängeln (schlechte Führung, Kommunikationsprobleme, etc.)
- **Der Ansatz zur aktiven Kommunikation:** Der persönliche Dialog mit den MitarbeiterInnen soll bei der Ermittlung der Optimierungspotentiale gesucht werden, da er eine umfassendere Erfassung von Problemen zulässt als eine schriftliche MitarbeiterInnenbefragung. Das persönliche Gespräch ist darüber hinaus ein Ausdruck für die persönliche Wertschätzung und Anerkennung von persönlichen Leistungen des Einzelnen im Unternehmen sowie ein wirksames Instrument zur Vertrauensbildung
- **Der qualifizierende Ansatz** ist ein Ausdruck für das Verständnis von salutogener Situationsbewältigung als lehr- und lernbarer Fähigkeit, welche durch die kontinuierliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen und der Gesundheitsexperten gewährleistet werden können. Als Konsequenz wird den gesundheitsfördernden Schulungen, Trainings mehr Platz eingeräumt und größere Bedeutung beigemessen (Vgl. Badura et al. 2010:53 ff.)

Gezielte und lösungsorientierte BGF hat in erster Linie die gesundheitlichen Schwachstellen im Betrieb zu erkennen und Lösungen zu erschließen, die anschließend konsequent, systematisch und strukturiert in den betrieblichen Alltag zu integrieren sind. Dabei sind Erkenntnisse hinsichtlich folgender die Führung betreffender Punkte grundlegend:

- Gesundheitsspezifische die MitarbeiterInnen beeinflussende Verhaltensweisen
- Relevante gesundheitsbezogene Einstellungen
- Bedingungen für die Wahrnehmung der Führung als Vorbild im gesundheitsbezogenen Zusammenhang

- Erkennung von Anzeichen für gesundheitliche Probleme der MitarbeiterInnen
- Adäquate Gesprächsführung zwischen den Vorgesetzten und MitarbeiterInnen über die vermutete gesundheitliche Probleme der MitarbeiterInnen – ausgelöst von Vorgesetzten
- Mögliche Unterstützung der MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Problemen durch Vorgesetzte
- Entwicklung der Führungskräfte im Sinne des bewussten Umgangs mit den Gesundheitsthemen
- Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Handelns in der Vorgesetztenbewertung durch ein adäquates Instrument: Health-oriented Leadership

(Vgl. Franke/Felfe in Badura et al. 2011:5)

3.7.2 Erfassung gesundheitspezifischer Führung

Die Gesundheitsorientierte Führung – Health-oriented Leadership (HoL) – ist ein Konzept und Diagnoseinstrument, das die Erfassung der Führungsqualität im Sinne der Gesundheitsförderung ermöglicht und dadurch konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis bietet. Es besteht aus vier Komponenten, nämlich:

- Gesundheitsorientiertem Führungsverhalten
- Gesundheitsbezogener Achtsamkeit
- Gesundheitsbezogener Selbstwirksamkeit
- Gesundheitsvalenz

Es handelt sich um ein komplexes Führungsverständnis, das die Einflüssebenen der Führung: Wertschätzung, Arbeitsbedingungen und genereller Glaubwürdigkeit der Führungskräfte als Vorbilder um- und erfasst (Vgl. Franke/Felfe in Badura 2011:5ff.).

Das gesundheitsorientierte Führungsverhalten beinhaltet die Kommunikation und Interaktion zwischen den Vorgesetzten und MitarbeiterInnen, die das Thema Gesundheit in den Fokus stellen. Konkret bedeutet das, dass das Interesse der Vorgesetzten in den gesundheitlichen Aspekten des Arbeitsplatzes/der Arbeit (Gefahren, Risiken, Sicherheitsvorschriften, etc.) in den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen Ausdruck findet und durch die laufenden Verbesserungen des Arbeitsplatzes/der Arbeitsorganisation (z. B. ungestörtes Arbeiten) die

Belastungen für die MitarbeiterInnen reduziert werden (Vgl. Franke/ Felfe in Badura et al. 2011:5f.)

Die gesundheitsbezogene Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsvalenz beinhalten die Bereitschaft sich mit der eigenen Gesundheit und den gesundheitlichen Risiken auseinanderzusetzen (Achtsamkeit), die Überzeugung, die eigene Gesundheit mit entsprechenden Maßnahmen schützen zu können (Selbstwirksamkeit) und – als Voraussetzung dafür – die Zuordnung eines hohen Stellenwertes der eigenen Gesundheit (Gesundheitsvalenz). Es wird angenommen, dass die Werteorientierung der Führungskräfte sowohl für deren gesundheitsorientiertes Verhalten als auch für die gesundheitsorientierte MitarbeiterInnenführung eine große Rolle spielt.

Beim Umgang der Führungskräfte mit der eigenen Gesundheit wird ein „Übertragungseffekt“ vermutet. Das bedeutet, dass die persönliche Einstellung der Führungskräfte der Gesundheit und den für diese relevanten Belastungen gegenüber, entscheidend für ihr Engagement und Sensibilität im Zusammenhang mit der MitarbeiterInnengesundheit ist – anders gesagt: Führungskräfte, die auf ihre eigene Gesundheit achten, tun dies auch in Bezug auf ihre MitarbeiterInnen (Vgl. Franke/Felfe in Badura et al. 2011:6ff.).

Die Vorbildwirkung der Führungskräfte hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen (Vgl. Franke/Felfe in Badura 2011:9ff.) und ist umso wahrscheinlicher, je mehr die oben genannten Komponenten erfüllt sind.

Das Instrument HoL wurde bereits empirisch erprobt und weist insgesamt auf gute psychometrische Kennwerte hin, zeigt gute bis sehr gute Reliabilitäten der Skalen und lässt die erwartete Faktorenstruktur bestätigen (Vgl. Franke/Felfe in Badura 2011:8).

Ein sinnvoller Einsatz von HoL findet u. a. im Rahmen der Führungskräfteentwicklung statt. Dabei wird mittels Fragebögen oder Checklisten die Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit, der Stellenwert der Gesundheit sowie das eigene Gesundheitsverhalten von Führungskräften – als Selbsteinschätzung – evaluiert und anschließend mit der Fremdeinschätzung (Evaluierung der Wahrnehmung von MitarbeiterInnen) verglichen. Die Abweichungen bilden die Diskussionsbasis und den Optimierungsansatzpunkt (Vgl. Franke/ Felfe in Badura 2011:10f).

3.7.3 Grenzen der gesundheitsförderlichen Führung

Die gesundheitsfördernde Führung bringt definitiv neue Chancen mit sich: Die Identifizierung der Verbesserungspotentiale und Integration der neuen für die Gesundheitsförderung relevanten Erkenntnisse in die betriebliche Praxis sind die Voraussetzung für jegliche Veränderungen im Sinne von BGF. Allerdings garantieren sie nicht automatisch den Erfolg. Wichtig ist, die Gefahren des betrieblichen Alltags nicht außer Acht zu lassen, denn diese stellen oft die Grenzen für die gesundheitsfördernden Maßnahmen dar.

Die Bewusstseinsbildung der Führungskräfte nicht nur für die gesundheitsfördernden Themen, sondern gleichermaßen für deren Vorbildfunktion ist zentral. Die hohen Belastungen des Berufslebens (Stress, Zeitmangel, Auslastung, etc.) sowie deren störende Wirkung für das gesundheitsfördernde Verhalten ist nicht zu unterschätzen: Die Wahrnehmung der Führungskräfte durch die MitarbeiterInnen als authentisch ist eine Voraussetzung für die positive also gesundheitsfördernde Wirkung des Verhaltens einer/s Vorgesetzten auf die Belegschaft. Das bedeutet, dass dessen Sorge um das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und das Engagement in die Gesundheitsthemen glaubhaft vorgelebt werden müssen. Die Übereinstimmung zwischen den kommunizierten Werten mit dem persönlichen Verhalten der/s Vorgesetzten muss gegeben sein. Nur auf diese Weise kann die Vertrauensbasis gebildet werden.

Zusätzlich ist an dieser Stelle der durch das Unternehmen eingeräumte Handlungsspielraum für die Realisierung der gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erwähnen. Dieser resultiert aus dem Verständnis des Unternehmens hinsichtlich der gesundheitsfördernden Führung.

Wird diese ausschließlich in der Erfüllung der gesetzlichen Richtlinien gesehen, ist der gesundheitsfördernde Handlungsspielraum der Führung deutlich kleiner (Vgl. Franke/Felfe in Badura 2011:11f.).

3.7.4 Rechtliche Ansatzpunkte

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist keine eigenständige juristische Disziplin, sondern viel mehr ein vielschichtiger juristischer Teilbereich, der eine Vielzahl rechtlicher Grundlagen einbezieht. Dazu zählen:

Deutschland	Österreich
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsschutzgesetz • Arbeitsschutzrichtlinien • Arbeitssicherheitsgesetz • Arbeitszeitgesetz • Regelungen zur Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung • Bundesdatenschutz • Grundgesetz • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung (AAV) • Arbeitnehmerinnenschutzgesetz (ASchG) • Arbeitsmittelverordnung (AM-VO) • Arbeitsstättenverordnung (AStV) • Bauarbeiterschutzverordnung (BauV) • Bildschirmarbeitsverordnung (BS-V) • Etc.

Tabelle 7: Rechtliche Grundlagen von BGF (Vgl. Neufeld in Badura et al. 2011:103f.; Vgl. Schrenk, Schrenk 2012, Online)

Es gilt zu erwähnen, dass die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement relevante Definitionen, wie Gesundheit oder Führungskraft, gesetzlich entweder gar nicht oder in den Rechtsquellen nicht einheitlich geregelt sind. Daraus ergeben sich Herausforderungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Einerseits gibt es eine Vielzahl von relevanten rechtlichen Grundlagen, außerdem liefern diese unterschiedliche Definitionen und Normzwecken und bieten somit keinen einfachen Überblick über die rechtliche Sicht der Materie. Zusätzlich ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement eine junge juristische Disziplin, die nur fragmentarisch Antworten auf die sich stellenden Rechtsfragen liefert.

Dabei ist die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen durch die Führungskräfte die Voraussetzung für die Wahrnehmung ihrer Rollen und Pflichten im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Vgl. Neufeld in Badura 2011:104).

Konkret kann Folgendes – am Beispiel Deutschlands – hinsichtlich des direkten oder indirekten und rechtlich verankerten gesundheitlichen Schutzes für die Beschäftigten in Betrieben genannt werden:

Juristische Quelle	Inhalt im Sinne des BGM
<p>Arbeitgeberseitiges Direktionsrecht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recht des Arbeitgebers die dem Arbeitnehmer obliegenden Pflichten im Rahmen des Arbeitsverhältnisses zu konkretisieren • In der Praxis die einzige Rechtsquelle zur Steuerung der täglichen Arbeit <p>(Vgl. Neufeld in Badura 2011:105)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NUR eine nähere Bestimmung von Zeit, Ort und Art der Arbeitnehmerpflicht • In Übereinstimmung mit den Grundrechten des Arbeitnehmers auszuüben <p>(Vgl. Neufeld in Badura 2011:106)</p>
<p>Fürsorgepflicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebenpflicht des Arbeitgebers aus dem Arbeitsverhältnis • Konkretisiert durch die Regeln des Arbeiterschutzes (ArbSchG) • Ergänzung durch die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) <p>(Vgl. Müller-Glöge et al. 2011; Rebmann et al. 2009 zit. n. Neufeld in Badura 2011:106f.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz des Arbeitnehmers in seiner Person und der von ihm in den Betrieb eingebrachten Sachen, Umgang mit seinen Personalakten (Edenfeld 2009) • Der allgemeine präventive Gesundheitsschutz (also auch Schutz vor Krankheiten) • Sicherstellung der Arbeitssicherheit und arbeitsfähigen Arbeitsorganisation • Verpflichtung zum betrieblichen Nichtraucherschutz (§ 5 ArbStättV) • Versorgung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (§ 3 Absatz 1 ArbMedVV) • Etc. <p>(Vgl. Neufeld in Badura 2011:106f.)</p>

<p>Pflichten des Arbeitnehmers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abgeleitet aus seiner Treuepflicht (Richardi et al. 2009) • Rechtsquelle: Arbeitsschutzgesetz <p>(Vgl. Badura 2011:107f.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner präventiver Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer • Arbeitsrechtliche Sanktionierung des gesundheitsschädigenden Verhaltens, wenn eine arbeitsvertragliche Verpflichtung des Arbeitnehmers anerkannt wird, seine Lebensweise im Sinne der Gesundheitsförderung auszurichten (Vgl. Schäfer 1992) <p>(Vgl. Badura 2011:107f.)</p>
<p>Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz der Gesundheitsdaten der Mitarbeiter als besonders sensibler Daten (§ 3 Absatz 9 BDSG) • Gesundheitsdaten: alle Angaben über einen regelwidrigen Zustand der körperlichen oder geistigen Funktionen des Mitarbeiters, Angaben zur Behandlung, Medikamenten, Arztbesuchen, etc. (Vgl. Iraschko-Luscher, Kieckenbeck 2009) • Frage nach dem Grund für die krankheitsbedingte Abwesenheit NUR bei Verdacht auf Ansteckungsgefahr, resultierend aus der Pflicht, die anderen Mitarbeiter zu schützen (Vgl. Richardi et al. 2009) <p>(zit. n. Neufeld in Badura 2011:109)</p>

Tabelle 8: Juristische Quellen zur BGF (Vgl. Neufeld in Badura 2011:105ff., Badura 2011:107ff.)

Die rechtlichen Grundlagen sind zweifellos ein wichtiges Instrument zum Schutz der ArbeitnehmerInnen und deren Gesundheit in den Betrieben. Es liegt jedoch auf der Hand, dass angesichts deren Vielzahl, unterschiedlicher Umfang sowie Normzielsetzung für das Betriebliche Gesundheitsmanagement Herausforderungen mit sich bringen. Die rechtlichen Aspekte sind in den Führungskräfte-Trainings zu behandeln und dann im BGM zu berücksichtigen. Eine Relevanz ergibt sich zum Beispiel für die Datenerhebung während der MitarbeiterInnenrückkehrgespräche nach der MitarbeiterInnen-Abwesenheit wegen Krankheit.

Dies gilt gleichermaßen für Österreich. Hier stellt das vor über 30 Jahren verabschiedete und novellierte ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, das 1995 – mit dem EU-Betritt Österreichs – an die Normen der EU angepasst wurde, das Fundament für den modernen ArbeitnehmerInnenschutz dar. Dessen Fokus richtet sich auf die Risikovermeidung in Krankheits- und Unfallursachen. Daraus resultieren präventive Maßnahmen im Bereich Sicherheitsrisiken, krankheitsverursachende Faktoren und Gesundheitsstörungen sowie eine tatsächliche Risikoreduktion in den Fällen, in denen die Rückführung von Gefahren und deren Auswirkungen auf die Gesundheit relativ einfach ist. Die arbeitsbedingte Erkrankungen werden von dem Erfolg des präventiven Ansatzes nicht erfasst, woraus sich eine Weiterentwicklung des ArbeitsschutznehmerInnengesetzes ergibt; nämlich im Sinne der Anpassung auf multifaktoriell verursachte arbeitsbedingte Erkrankungen (Vgl. Kohlbacher/Meggeneder in Meggeneder 2006:18).

Allerdings ist auch hier zu betonen, dass die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ als solche im österreichischen Gesetz namentlich nicht erwähnt wird, sehr wohl aber die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Vgl. u. a. Gesundheitsförderungsgesetz oder ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, Online).

Der Umstand der Freiwilligkeit stellt bei der Umsetzung von BGF-Projekten oft die größte Herausforderung dar. Auch das zeitliche Ansetzen des gesundheitsfördernden Angebots auf die Freizeit der MitarbeiterInnen steht BGF im Wege. Eingeplant für die Freizeit wird BGF häufig als Eingriff in die Privatsphäre empfunden und deshalb abgelehnt (Vgl. Faller 2012:53ff.). Sie ist eine Art Überwindung einer gewissen „Starrheit“ des österreichischen Gesetzes, das die passive Stellung der Beschäftigten durch den Fokus auf die Risikoreduktion manifestiert. BGF überwindet sie durch die Schwerpunktlegung auf die Förderung der Gesundheit (Vgl. Kohlbacher/Meggeneder in Meggeneder 2006:18f.).

Mit dem umfassenden Erfolg von BGF im Sinne der WHO ist erst dann zu rechnen, wenn es gelingt, BGF „ (...)als Teil der verpflichtenden Tätigkeit der Betriebe in die Betriebskultur zu implementieren (...)“ (Fellner 2012:59).

3.8 Konzepte und Messmethoden für gesunde Organisationen

Es gibt mehrere Leitlinien mit dem Ziel, gesundheitsfördernde und wirtschaftlich effiziente Organisationen zu schaffen. Die Konzepte für gesunde Organisationen setzen an verschiedenen Ebenen und deren Dimensionen an. Trotz unterschiedlicher Schwerpunktlegung weisen sie jedoch Gemeinsamkeiten auf, von denen die wichtigste der harmonische, umfassende, informative zwischenmenschliche Austausch ist (Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:142).

Seit den 1970er Jahren tragen die vorgeschlagenen Konzepte zur Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung bei.

In diesem Kapitel werden die für die Entwicklung von BGF grundlegenden Ideen vorgestellt sowie Methoden beschrieben, mit welchen die Messung von deren Erfolgen – also Veränderungen im Sinne des gesunden Arbeitsumfelds – vorgenommen werden kann.

3.8.1 Konzept der „gesunden Organisation“ von Matthew Miles (1975)

Schon in den 1970er Jahren wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von MitarbeiterInnen erörtert und vorgeschlagen. Das erste Konzept zur gesunden Organisation geht auf Matthew Miles zurück und deckt bereits die Ebenen:

- **Struktur und Ausrichtung der Organisation**
(Ebene: GRUNDVORAUSSSETZUNGEN)
- **Internen Status der Organisation**
(Ebene: AUFRECHTERHALTUNGSBEDÜRFNISSE)
- **Potential der Reaktion auf die Umweltveränderungen**
(Ebene: ENTWICKLUNGSVORAUSSSETZUNGEN)

Insgesamt beinhalten die drei Ebenen zehn Dimensionen, auf die sich der gesunde Ansatz im Sinne der heutigen BGF zu erstrecken hat (Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:136f.).

Ebene	Dimension	Inhalt
GRUNDVORAUSSETZUNGEN	Zielfokus	<ul style="list-style-type: none"> • Klarheit der Ziele für die MitarbeiterInnen • Akzeptanz der Ziele durch die MitarbeiterInnen • Anpassung der Ziele an die Ressourcen und Möglichkeiten
	Kommunikationskultur	<ul style="list-style-type: none"> • störungsfreier Informationstransfer auf allen Ebenen
	Machtausgleich	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz der Machtverteilung • Partizipation möglichst vieler MitarbeiterInnen in dem Entscheidungsprozess • Einfluss auf die jeweils höhere Ebene
AUFRECHTERHALTUNGS-BEDÜRFNISSE	Effektive Ressourcennutzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgewogene Anforderungen an MitarbeiterInnen • Gleichgewicht der personellen und der institutionellen Anforderungen • Harmonisches kooperatives Miteinander
	Identifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der MitarbeiterInnenidentifikation mit der Funktion und Zielen des Unternehmens
	Arbeitszufriedenheit/ Arbeitsmoral	<ul style="list-style-type: none"> • Wohlbefinden der MitarbeiterInnen • Zufriedenheit der MitarbeiterInnen
ENTWICKLUNGSVORAUSSETZUNGEN	Innovationskapazität	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung neuer Strategien bei der Bewältigung neuer Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontinuierliche Reflexion der Ziele ➤ Hinterfragen der eigenen Leistungen ➤ Übernahme neuer Aufgaben
	Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Aktives Reagieren auf die Umwelt • Abwehrpotential gegenüber negativen Einwirkungen von außen
	Adaptionsmöglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kapazität zur selbständigen Reaktion auf Umwelt • Selbständige Anpassung der Unternehmensfunktionen an die Umwelt
	Problemlösungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Energiesparende Lösungsstrategien zur Bewältigung von Konflikten

Tabelle 9: Gesunde Organisation nach Miles (Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006: 137ff.)

3.8.2 Gesundes Unternehmen nach Peter Senge (2002)

Peter Senge – einer der derzeit wichtigsten Managementtheoretiker – unterscheidet zwei für das gesunde Unternehmen zentrale Dimensionen:

Dimension	Ziel
Pragmatische Effektivität des Unternehmens	<ul style="list-style-type: none">• Achtsamkeit gegenüber den eigenen Produkten• Klare Regelung der Verantwortungen• Selbsterhaltung
Lebensfördernde Effektivität des Unternehmen	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung bei der Entfaltung der Unternehmensmitglieder• Umgebung für den (persönlichen) Erfolg• Förderung der Selbstbestimmung im Hinblick auf die Aufgabenwahl

Tabelle 10: Gesundes Unternehmen nach Senge (Vgl. Scharinger in Meggeneder/ Hirtenlehner 2006:141f.)

Nach Senge ist die Realisierung des Ziels „gesundes Unternehmen“ definitiv möglich, in der Praxis jedoch schwierig. Der Grund dafür ist an ein gewisses Desinteresse der Unternehmen an ihren Systemmitgliedern gekoppelt sowie an deren kurzsichtigen Ansatz: Die Erhaltung von größeren Systemen (Gesellschaft, Umwelt, etc.), welche die Unternehmen umfassen, gehört nicht zu deren primären Absicht (Vgl. Scharinger. in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:142).

3.8.3 Health-oriented Leadership (HoL)

Health-oriented Leadership (HoL) ist – wie bereits im Kapitel 3.7.2 beschrieben – sowohl ein Konzept der gesundheitsorientierten und –fördernden Führung als auch ein Instrument zur Erfassung von Verbesserungspotentialen im Sinne von BGF sowie von Erfolgen der bereits gesetzten gesundheitsfördernden Maßnahmen. Durch die Evaluierung der für BGF relevanten Einstellungen und Verhaltensweisen mittels beispielsweise Checklisten sowie Eigen- und Fremdbewertung können:

- die Diskrepanz zwischen der Führungs- und MitarbeiterInnenperspektive hinsichtlich der BGF erfasst und in der gesundheitsfördernden Organisation stärker berücksichtigt werden

- die Effektivität der gesetzten Maßnahmen von der Führung und den MitarbeiterInnen bewertet werden
- in Form des Mitarbeiterfeedbacks – die Betriebliche Gesundheitsförderung gemessen werden

(Vgl. Badura et al. 2011:3ff.)

4 Demografische Hintergründe

Der demografische Wandel in der westlichen Bevölkerung ist geprägt von einer „dreifachen Alterung der Bevölkerung“, das heißt von:

- Anstieg der absoluten Zahl der älteren Menschen durch die steigende Lebenserwartung
- Anstieg des Anteils an Älteren im hohen Alter durch die steigende Lebenserwartung
- Anstieg der Anzahl relativ Älterer durch den Geburtenrückgang

(Vgl. Becker in Faller 2012:16)

Dieser Wandel gibt mitunter Rahmenbedingungen vor, auf welche sich die Wirtschaft einstellen muss.

In diesem Kapitel wird die aktuelle demografische Situation in Österreich erläutert und die Beziehung zu der für diese Arbeit relevanten MitarbeiterInnenzielgruppe 45+ hergestellt.

4.1 Demografische Struktur in Österreich

Die demografische Struktur in Österreich ist – entsprechend dem Trend in westlichen Staaten – durch die niedrigen Fertilitätsraten, steigende Lebenserwartung und alternde Bevölkerung der Baby-Boom-Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre gekennzeichnet: Der Anteil von 65+-Jährigen lag bereits 2010 bei 17,8 %. Dieser wird bis 2030 auf 23,6 % steigen. Die absolute Zahl der über 80-Jährigen steigt bis 2030 (von noch 2010 405.000) auf +57 % (Vgl. o. V. Dossier Demografie und Verkehr 2013:9, Online).

Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und die Umkehrung der Alterspyramide. Der Altersquotient steigt kontinuierlich, was zweifellos mit Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt assoziiert werden muss.

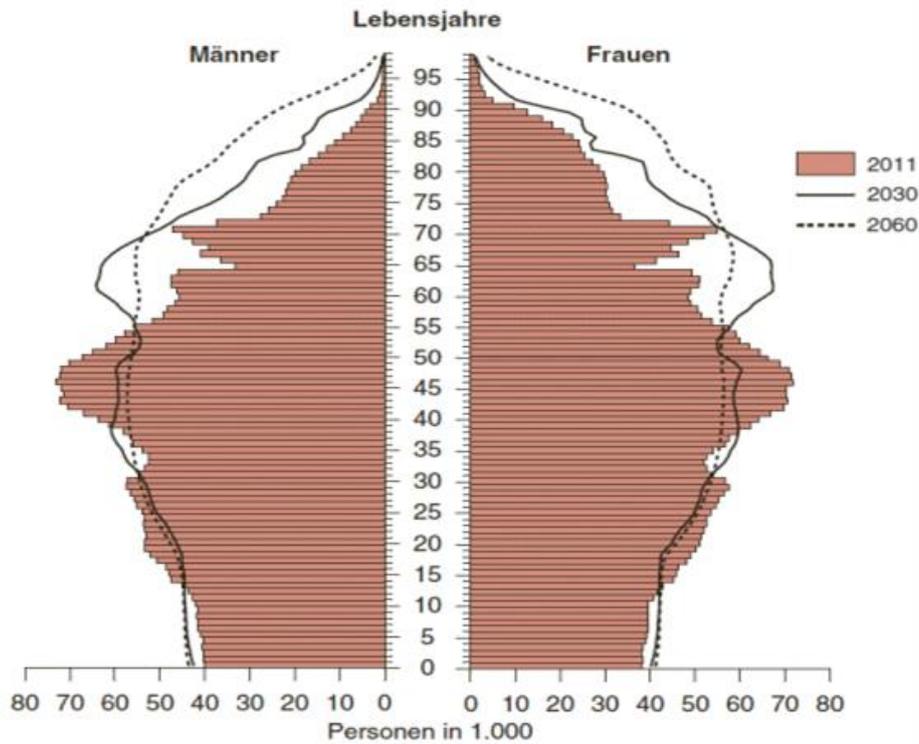


Abb.1. Bevölkerungspyramide 2011, 2030 und 2060 (Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2012, Online)

In der nachfolgenden Grafik wird das Verhältnis von Altersgruppen dargestellt: Das Durchschnittsalter der Bevölkerung ist zwischen 1970 und 2011 von 36,1 auf 41,8 Jahre gestiegen und wird 2030 auf 44,9 Jahre ansteigen (26 von 44 Dossier Wirtschaftspolitik 2013/4, 20.3.2013, Demografie und Verkehr Vgl. Hanika 2011)

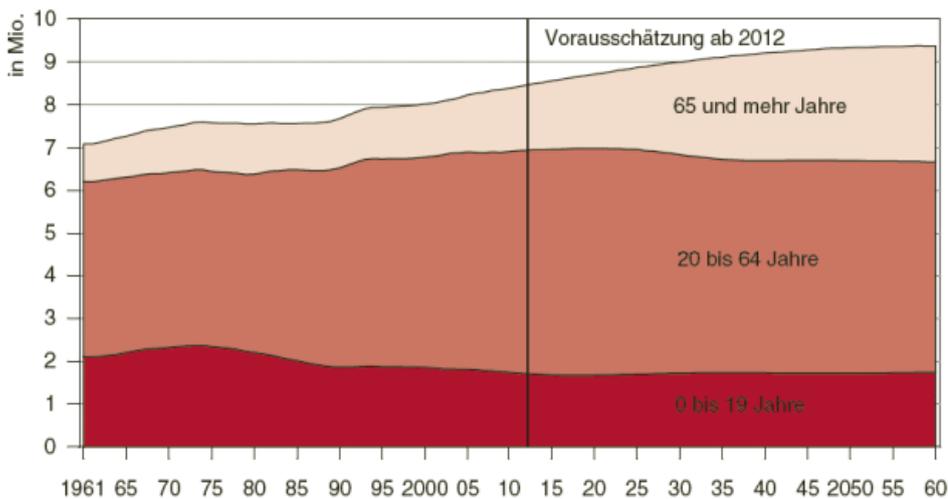


Abb.2: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1961 bis 2060 (Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2012, Online)

4.2 Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung Österreichs

Derzeit (basierend auf den Daten aus dem 1. Quartal 2013) in Österreich am stärksten vertretene Erwerbstätigenaltersgruppe ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen die der 35- bis 44-Jährigen. Bei Männern beträgt sie 89,5%, bei Frauen 82,6% (Vgl. o. V. Arbeitsmarktstatistik 2013:7, Online).

Schon in wenigen Jahren werden die Erwerbstätigen zwischen dem 35. und dem 44. Lebensjahr den Altersbereich 45+ erreichen. Damit ist diese, nach Meinung der Autorin, als zukünftige Erwerbstätigengruppe 45+ sowohl in der Notwendigkeitserwägung von altersgemäßen BGF-Maßnahmen als auch in der organisatorischen Planung von Betrieben zu berücksichtigen.

Die Erwerbstätigenquoten aus 1. Quartal 2013 zeigen, dass in der Altersgruppe zwischen dem 45. und dem 60. Lebensjahr die meisten Menschen erwerbstätig sind.

2013	ALTER			
	45-54	55-59	60-64	65+
GESCHLECHT				
Insgesamt	83,7%	61,8%	21,3%	5,0%
Männer	86,6%	71,6%	29,2%	7,2%
Frauen	80,9%	52,4%	13,9%	3,3%

Tabelle 11: Erwerbstätigenquoten nach Alter und Geschlecht (Vgl. o. V. Erwerbstätigenquoten nach Alter und Geschlecht, Arbeitsmarktstatistik 2013:22, Online)

Und obwohl ab dem 50. Lebensjahr die Erwerbstätigkeitsquote – wie in der nachfolgenden Grafik zu sehen ist – abnimmt, ist dennoch festzuhalten, dass 2012 die Beschäftigungsquote in der Altersgruppe 50 bis 65 43,1% betrug. Im Vergleich zum Vorjahr handelt es sich um einen Anstieg von 1,8%. Dieser Trend ist in beiden Geschlechtsgruppen zu beobachten: Bei Frauen erhöht sich die Quote um 1,2%, bei Männern um 1,9% (Vgl. o. V. Beschäftigungsquote der 55- bis 65-Jährigen, Online).

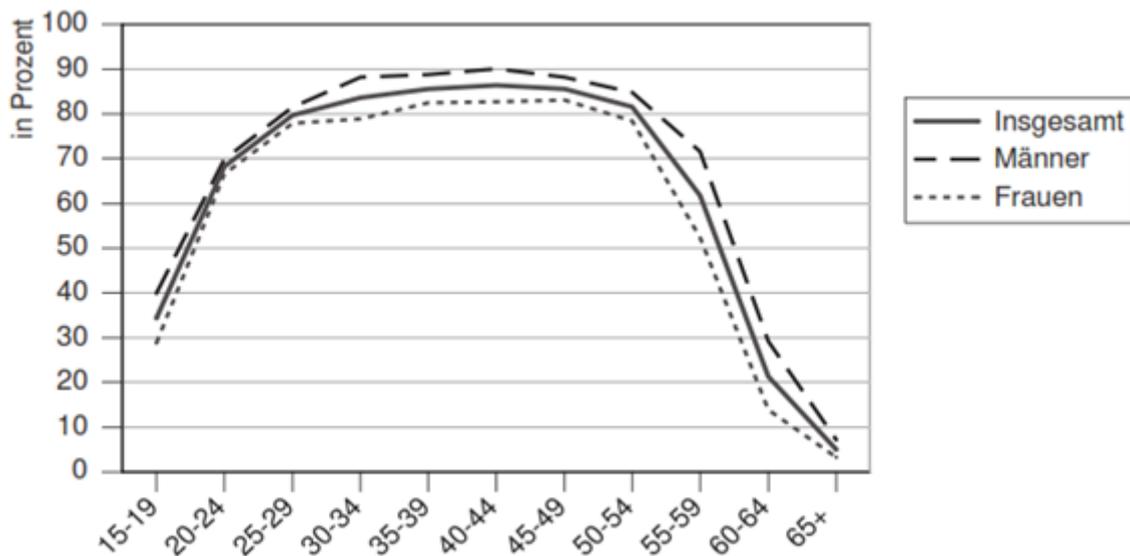


Abb.3: Altersspezifische Erwerbstätigenquoten, 1. Quartal 2013 (Vgl. Arbeitsmarktstatistik, Statistik Austria Online)

Basierend auf den demografischen Daten ist die Schlussfolgerung, dass die stärkere Integration Älterer in den Berufsalltag ein wirtschaftliches Erfordernis zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit in Österreich ist, absolut plausibel. Angesichts des sich bereits heute abzeichnenden Fachkräftemangels, ist die Annahme, dass die österreichische Wirtschaft in den nächsten Jahren auf qualifizierte ältere Arbeitskräfte angewiesen sein wird, um wettbewerbsfähig zu bleiben – und zwar unabhängig von der Betriebsgröße – berechtigt. Damit werden die älteren MitarbeiterInnen für den Erfolg eines Unternehmens unausweichlich wichtiger.

BGF trägt möglicherweise dazu bei, die altersgerechten Arbeitsbedingungen für diese Zielgruppe zu schaffen. Schon jetzt gibt es zahlreiche BGF-Projekte, die als Antwort auf den demografischen Wandel ins Leben gerufen wurden. Ein Beispiel ist die strukturierte, konzeptbasierte BFG seit 2004 in v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel (vBA Bethel) – einer diakonischen Einrichtung in sechs deutschen Bundesländern (aber auch zahlreiche in Österreich seit 1995 durchgeführte Projekte Vgl. Meggeneder/Hirtenlehner 2006). Die Wurzeln hierfür sind mitunter in der demografischen Entwicklung zu sehen (Erwartung eines Altersdurchschnitts von über 50 bei ca. 60% der Belegschaft zu sehen (Vgl. Lempert-Horstkotte in Badura et al. 2010: 182).

4.3 Anforderung an die Pflegeberufe

Die Personalengpässe, die für Österreich im Fachkräftebereich prognostiziert werden (siehe Kapitel 4.2) erfordern nicht nur einer Integration der älteren Personen in den Berufsalltag, sondern gleichermaßen einer Anpassung von Strukturen als Voraussetzung für eine betriebliche altersgemäße Produktivität. Dabei handelt es sich um ein ganzheitliches Konzept mit der Berücksichtigung der Kapazitäten der MitarbeiterInnen. In diesem Zusammenhang ist an ein Alternsmanagement/Arbeitsbewältigungsmanagement zu denken (Vgl. Smerdka-Arelger 2012:97)

Ein Modell für die alterssensible Personalwirtschaft stellt das Haus der Arbeitsfähigkeit von Juhani Ilmarinen dar. Dieses visualisiert vier Bereiche, welche wie ein Haus aufeinander aufbauen und die Produktivität der MitarbeiterInnen positiv beeinflussen.



Abb. 4: Haus der Arbeitsfähigkeit nach Juhani Ilmarinen (Nach Dr.Irene Kloimüller, Online)

Die Inhalte der einzelnen Ebenen sowie der relevanten Umweltfaktoren werden in den folgenden Tabellen zusammengefasst.

HAUS DER ARBEITSFÄHIGKEIT

1. STOCK	GESUNDHEIT KRANKHEIT LEISTUNGS- FÄHIGKEIT	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit ist die Voraussetzung für das selbständige Handeln • Verschlechterungen beeinflussen negativ die Leistungsfähigkeit • Prägnant hierfür sind individueller und betrieblicher Umgang mit Gesundheitsrisiken, Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit, etc.
2. STOCK	KOMPETENZ	<ul style="list-style-type: none"> • gewonnen durch Ausbildung und Berufserfahrung • <u>Fachkompetenz</u>: Abwicklung berufstypischer Aufgaben gemäß den theoretischen Anforderungen • <u>Methodenkompetenz</u>: Lehr- und Lernfähigkeit • <u>Sozialkompetenz</u>: Kommunikative, integrative, kooperative Fähigkeiten
3. STOCK	WERTE HALTUNGEN	<ul style="list-style-type: none"> • Meinungen, Deutungen in Konfliktsituationen, etc. • Mitgeformt durch kulturelle, soziale, politische Einflüsse • Entscheidend für den Umgang mit Konflikten und Veränderungsprozessen, zwischenmenschliche Beziehungen • Einfluss auf die Betriebsklima und Betriebskultur
4. STOCK	ARBEIT	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit und alle damit zusammenhängenden Faktoren (Führungsstile, Organisation, Abläufe, Partizipation der MitarbeiterInnen an Arbeitsgestaltung, Entlohnung, etc.) • Prägend hierfür ist die Sicht auf die MitarbeiterInnen (Kostenfaktoren oder Potentialträger/wichtigste Ressource) • Entscheidend für die zwischenmenschliche Beziehungen

Tabelle 12: Haus der Arbeitsfähigkeit (Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:40-80)

UMGEBUNG DES HAUSES	
FAMILIE	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle sozialer Unterstützung, externe Ressource • Familiäre Konflikte beeinflussen die Arbeitsfähigkeit negativ • Einschränkung der sozialen Kontaktmöglichkeiten (z.B. Schichtarbeit) verursachen u. U. Konflikte.
FREUNDE HOBBIES VEREINE	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtige Rolle bei der Bewältigung der Arbeit • Eine Balance zwischen der Arbeit und diesem Bereich ist wichtig für die Arbeitsfähigkeit
GESELLSCHAFTLICHES UMFELD	<ul style="list-style-type: none"> • Politik; Gesetze, Regeln, Tarife, Kultur, Bildung, etc. • Bestimmen Rahmenbedingungen für die Betriebe (

Tabelle 13: Umgebung des Hauses der Arbeitsfähigkeit (Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:81-91)

Wichtig ist, dass im betrieblichen Vorgehen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigung alle Ebenen berücksichtigt werden: Sie alle sind mit einander verbunden, üben aufeinander Einfluss und bilden das ganzheitliche Arbeitsfähigkeitskonzept.

4.4 Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Auf Grund seiner organisatorischen Besonderheiten, wie zum Beispiel im Bereich der hierarchischen Strukturen, hoher Komplexität der Abläufe oder des ungesunden Führungsverhaltens der Ärzteschaft (Vgl. Reiter 2011:14f.), benötigt das Krankenhaus eine individuelle Betrachtung im Zusammenhang mit der BGF-Umsetzung.

Auch die Geschichte von BGF zeichnet ein starkes und explizites Interesse an der Entwicklung und Umsetzung der gesundheitsfördernden Optimierungen in Krankenhäusern.

In diesem Kapitel werden einige geschichtliche Entwicklungsstufen gezeigt, welche die Wichtigkeit von BGF im Krankenhaus verdeutlichen sowie die Schritte zum Gesunden Krankenhaus beschrieben.

4.4.1 Historischer Hintergrund

BGF im Krankenhaus nahm ihren Ursprung in der Ottawa-Charta (1986). Dokumente, die deren Entwicklung voran brachten, sind unter anderem die Budapester Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und die Jakarta-Erklärung (1997) mit ihrem Setting-Ansatz (Vgl. Reiter 2011:45). Eine kurze Zusammenfassung dazu liefert die nachfolgende Tabelle.

Jahr	Ereignis	Inhalt/Ziel
1991	Budapester Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • 17 Punkte, die ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus charakterisieren, u.a.: ➤ Integration von Zielen des Gesundheitsfördernden Krankenhauses in die Unternehmensphilosophie ➤ Schaffung gesunder Arbeitsbedingungen ➤ Gesundheitsfördernde Qualität und Vielfalt der Ernährungsangebote ➤ Anerkennung von Unterschieden in Wertesystemen, Bedürfnissen und kulturellen Bedingungen von Individuen
1993	Gründung von „ Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) “	<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäre, transparente Gesundheitsservices mit der Vorbildwirkung
1997	Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern – basierend auf dem Pilotprojekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung des verbindlichen Engagements für ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus • Schaffung von Mitwirkungsmöglichkeiten • Verbesserung der Kommunikation, Information und Ausbildung der Krankenhaus-Mitarbeiter • Verbesserung der Organisation • Etc.

1999	Homburger Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen im Gesundheitswesen • Gesundheitsreformen • Einführung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern • Überarbeitung der „Leitlinien für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ • Festlegung allgemeiner Qualitätsziele für die Bewertung der gesundheitsfördernden Krankenhäuser
-------------	-----------------------------	---

Tabelle 14: Historische Grundlagen von BGF (Vgl. Reiter 2011:45-58, World Health Organisation Europe, Online)

Seit Mitte der 1990er Jahre spiegelt sich der Trend zur Humanisierung des Arbeitsplatzes mittels der Ansätze von BGF in zahlreichen Projekten, auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens (Vgl. Müller in Faler 2012:270). Als Beispiele kann unter anderem die Vielzahl an den in Österreich durchgeführten Projekten mit den Zielen der Minderung von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, der Stressbewältigung und der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins, genannt werden (siehe Kapitel 3.2).

4.4.2 Rahmenbedingungen – Gründe für die BGF im Krankenhaus

Betriebliche Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen ist eine Strategie zur Qualitätsentwicklung sowie zur Stärkung der Gesundheit von PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionaler Bevölkerung (Vgl. Kdolsky in Dietscher et al. 2008:9). Im Fall der MitarbeiterInnen sind folgende Aspekte von Bedeutung: Bei dem Gesundheitswesen handelt es sich um einen Sektor, der als „Hochrisikobereich“ für die dort Beschäftigten bezeichnet werden kann (Vgl. Müller in Faller 2012:268). Die MitarbeiterInnen sind sämtlichen Belastungen ausgesetzt, wobei die psychischen Belastungen – laut der *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* – denen die MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen ausgesetzt sind, höher sind als die der anderen in der Studie untersuchten Sektoren (Vgl. Dietscher et al. 2008:31).

2011 waren 85.449 nicht-ärztliche MitarbeiterInnen, und mehr als 22.900 Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen in Österreich tätig (Vgl. Statistik Austria 2012 Online).

Trotz der zahlreichen Risikofaktoren und an den Beruf gekoppelten Belastungen, sind systematische und an der Ottawa-Charta orientierte BGF oder BGM selten. Dieser Umstand liegt hauptsächlich an den internen Herausforderungen in Bezug auf:

- **Personal**

- Unzureichende Schulung der HauptakteurInnen für die neuen Aufgaben (Vgl. Müller in Faller 2012:272)
- Unzureichende Unterstützung der HauptakteurInnen bei der Umsetzung von BFG-Maßnahmen (ebenda)
- Die im Projekt entstandenen Zuständigkeiten lassen sich nicht in die Organisation integrieren (ebenda)

- **Organisation**

- Die im Projekt aufgebauten Strukturen und Prozesse finden keine Übertragung auf die Arbeitsorganisation nach dem Projektende (ebenda)
- Interne Verteilungskämpfe und Konkurrenzen lassen die Integrierung des Projektes in reguläre Arbeitsorganisation nicht zu (ebenda)
- Hohe Fluktuation im Managementbereich von Krankenhäusern steht der intensiven Verfolgung der Projektziele im Wege (ebenda)

Dabei ist das Gesundheitswesen ein personalintensiver Wirtschaftszweig mit dem ausgeprägten Dienstleistungscharakter (Vgl. Weinmann 2005:5 zit. n. Müller in Faller 2012:268), in dem die Natur des Berufes ein Zurückstellen der eigenen gesundheitlichen Interessen fordert (Vgl. Gensch 2008:44f. zit. n. Müller in Faller 2012:269). Zusätzlich sind Krankenhäuser komplizierte gesellschaftliche Einrichtungen, die mit vielen Erwartungen konfrontiert werden und die sich permanent an die gesellschaftlichen, demografischen und medizinischen Entwicklungen anpassen müssen. In der Anlehnung an die Ottawa-Charta sollen die Krankenhäuser die Rolle der „sozialen Settings“ erfüllen, das bedeutet:

- Gesundheitsprozesse stark beachten, gezielt fördern und im Rahmen der Patientenversorgung sicherstellen
- Zusätzliche gesundheitsfördernde Angebote erschließen

- Eine gesündere Umgebung für die PatientInnen und MitarbeiterInnen entwickeln
- Vorbild in Themen Gesundheit zu sein

(Vgl. Müller in Faller 2012:268ff.)

Den besonderen Belastungsgrad für die MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz Krankenhaus verursachen unter anderem:

- **hohes Risiko für Berufskrankheiten**, u. a.:
 - Infektionen
 - Erkrankungen der Lendenwirbelsäule
 - Hauterkrankungen
 - etc.
- **hohes Stresspotential**
 - Verantwortung
 - Notwendigkeit rascher Reaktion
 - Starker Termin- und Leistungsdruck
 - Mangel an wertschätzender Kommunikation
 - Hohe Arbeitsintensität
 - Hoher emotionaler Druck
 - Monotonie
 - Ständige Arbeitsunterbrechungen
 - etc.
- **organisatorische Mängel**
 - ungesunder Führungsstil
 - zu wenig Pausen wegen starker Auslastung, damit zusammenhängende ungesunde Ernährung
 - unzureichendes Angebot an Kinderbetreuung
 - unflexible Arbeitsmodelle
 - etc.

(Vgl. WHO, 1997a:2 zit. n. Reiter 2011:14ff, 46, 67ff., 75)

Um die Wirkung von Belastungen am Arbeitsplatz Krankenhaus zu verdeutlichen, nennt Reiter am Beispiel Deutschlands einige Zahlen. Unter anderem führt er die Anzahl von anerkannten Berufskrankheiten im Bereich des Gesundheitswesens an. Diese betrug 2008 355 Krankheiten. Außerdem erwähnt der Autor Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit, die im selben Jahr bei 8.892 lagen (Vgl. Reiter 2011:69f.).

Zahlreiche Studien untersuchen diese Belastungen und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen, auch das große politische Interesse für dieses Thema betont dessen Wichtigkeit. Als Beispiel kann die NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study, www.next-study.net) genannt werden: Sie hat zum Ziele Informationen zu den Hintergründen des vorzeitigen Austretens aus dem Berufsleben durch die Pflegeberufe sowie deren Folgen für die betroffenen Personen und Einrichtungen zu eruieren. Finanziert durch die Europäische Union wurde NEXT zwischen 2002 bis 2005 in zehn EU-Ländern (Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei) durchgeführt. Anhand von NEXT-Befragungen, an denen annähernd 40.000 Pflegekräfte aus den oben genannten europäischen Ländern teilnahmen, wurden Erkenntnisse über die Ursachen, Umstände und Folgen des frühzeitigen Berufsausstiegs gewonnen (Vgl. Hasselhorn et al. 2005: 11).

Unter anderem liefert NEXT folgende Informationen:

- Qualität der Führung, Arbeitszufriedenheit und Bindung in den einzelnen Ländern
- Wahrnehmung/Einschätzung der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte/KollegInnen
- Erfassung des beruflichen Burnouts
- Bewertung und Einschätzung der Bedeutung von eigener Arbeit
- Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale auf den Berufsausstieg
- Arbeitszufriedenheit
- Vereinbarkeit vom Privat- und Berufsleben
- Psychische und physische Arbeitsbelastung
- Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf den Ausstieg aus dem Pflegeberuf
- Etc.

Darüber hinaus stellt die NEXT Study die Work Ability und das Alter in einen Kontext (Vgl. Li et al 2010:20, Online).

Solche Studien sind für die Entwicklung und Verbreitung von BGF von größter Bedeutung. Ihre Erkenntnisse können und sollten für die Entwicklung der BGF-Konzepte oder bei der Durchführung der BGF-Projekte genutzt werden.

4.4.3 Strategien zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Bereits 2001 wurde die Notwendigkeit erkannt, BGF im Krankenhaus wegen der Setting-Besonderheiten des Arbeitsplatzes, angepasst an die Rahmenbedingungen, umzusetzen. Eine Arbeitsgruppe der WHO arbeitete zu diesem Zwecke 18 Kernstrategien zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus aus (Vgl. Reiter 2011:14f.). Diese zielen auf die Gesundheitsförderung von PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionaler Bevölkerung ab (Vgl. Pelikan/Dietscher/Krajic in Dietscher et al. 2008:22).

In der nachfolgenden Tabelle finden sich die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement relevanten mitarbeiterbezogenen Strategien. Dabei ist zwischen system- und personenbezogenen Strategien zu unterscheiden, die sich auf das MitarbeiterInnenverhalten richten.

	Ziel	Maßnahmen
SYSTEMBEZOGEN	Selbständigen Erhaltung der eigenen Gesundheit durch Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • Information über die gesetzlichen Bestimmungen (Arbeits-, Gesundheitsschutz) • Gesundheitsfördernde Organisation (Pausen, Urlaub, flexible Arbeitszeitmodelle)
	Koproduktion der Mitarbeiter am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> • Mitbestimmungsmöglichkeiten bei Arbeitsabläufen und - Strukturen zwecks Identifikation und Steigerung des Wohlbefindens • Unterstützender Einsatz vom Qualitätsmanagements und darauf abgestimmten Vorschlagwesens • Entwicklung kooperativer Führungsstile (Schulungen, Trainings)
	Gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitseinrichtung wird als Lebenswelt begriffen • Ergonomie, Raumgestaltung, Arbeitswege, Licht, Farben, verwendete Materialien im Haus, etc. • Mitgestaltung durch MitarbeiterInnen

PERSONENBZOGEN	Gesundheitsfördernder Umgang mit Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmanagement von (Berufs-) Krankheiten • Information, Beratung, Schulungen und Trainings für Mitarbeiter mit berufsbedingter Erkrankung • Unterstützung bei Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
	Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise	<ul style="list-style-type: none"> • Strategische Planung der Maßnahmen durch das Krankenhaus • Angebot langfristiger Maßnahmen (Information, Training, Schulung, etc.)
	Partizipation an der gesundheitsfördernden Entwicklung kommunaler Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung/Umgestaltung in Zusammenarbeit mit MitarbeiterInnen (Steigerung der Motivation, Identifikation) • Beispiele: rund um die Uhr verfügbaren Kindergärten, Schaffung von Wohnraum, etc.

Tabelle 15: BGF-Strategien im Krankenhaus (Vgl. Reiter 2011:15ff.; Dietscher et al. 2008:23)

4.5 Alter und BGF in den Pflegeberufen

Da es sich bei der Krankenpflege um körperlich und psychisch belastende Tätigkeit handelt, ist bei der langjährigen Ausübung des Pflegeberufs mit der Beschleunigung des Alterungsprozesses zu rechnen. Gleichzeitig nimmt mit dem vorzeitigen Altern die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zu (Vgl. Hien 2011:70). Im Fall der Erwerbsaltersgruppe 45+, vor allem aber in der Altersgruppe 50+, steigen neben den Muskel-Skelet-Erkrankungen die psychischen Erkrankungen weiter an (Vgl. Hien 2011:70ff.).

Zusätzliche Belastungen stellt das Fehlen von salutogenen Faktoren dar, wie beispielsweise die verminderten Ressourcen, mangelnde soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Wertschätzungs- und Anerkennungsmangel sowie das Fehlen vom positiven Feedback. Die Folge ist erhöhte Krankheitsanfälligkeit der MitarbeiterInnen in Pflegeberufen (Vgl. Siegrist 1995:188ff. zit. n. Hien 2011:81)

In „Pflegen bis 67?“ bietet Hien Lösungsansätze für die aktuell immer noch sehr herausfordernde optimale Personalressourcennutzung im Krankenhaus. Hien schlägt nicht nur die Berücksichtigung des Alters vor, sondern gleichermaßen der persönlichen Fähigkeiten und

Möglichkeiten der Menschen, die für das Zumutbarkeitsausmaß im Hinblick auf Arbeitsaufgaben entscheidend sind. „(...) durch eine Beachtung der unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Einzelnen – und hier insbesondere der unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten Jüngerer und Älterer – Arbeitseinsatzplanung und Arbeitsprozesse zu gestalten“ (differenzielle Arbeitsgestaltung) (Hien 2011:81).

Auf diese Weise lassen sich die Potentiale der jeweiligen Altersgruppen maximal ausschöpfen. Die Stärken älter werdenden Menschen bestimmt – im Allgemeinen – die ausgeprägte kristalline Intelligenz. Darunter sind unter anderem die Erhöhung der Erfahrungswerte, des Überblicks-, Erinnerungs- und Zusammenhangwissens, ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein sowie die realistische Selbst- und Fremdeinschätzung zu verstehen (Vgl. Hien 2011:81f.). Ein weiterer Vorteil, den die Tätigkeit der älteren MitarbeiterInnen nach sich zieht, ist die „Fähigkeit zu verbindlicher und zielführender Kooperation und Kommunikation, die Verknüpfung von Arbeits- und Lebenserfahrungen sowie die Flexibilität durch verminderte familiäre Verantwortung“ (Schwarzkopf 2003 zit. n. Hien 2011:84).

Die Schwächen hingegen hängen mit der fluiden Intelligenz, also körperlichen und sinnesphysiologischen Fähigkeiten, der Reaktionsschnelligkeit und dem Arbeitsgedächtnis, zusammen (Vgl. Hien 2011:81f.).

Hien betont die Notwendigkeit, die Arbeitsstrukturen den individuellen Fähigkeiten der MitarbeiterInnen anzupassen, statt die Älteren mit allen Mitteln für die starren Arbeitsprozesse fit machen zu wollen (Vgl. Hien 2011:81f.). Dabei macht es Sinn die Hindernisse zu berücksichtigen, welche die längere Ausübung des Berufs und dessen Wahrnehmung als positiv erschweren. Gemeint sind:

- Geringe Erholungszeiträume wegen Wechselschichten, der Nacharbeit, Überstunden
- Gesundheitliche Probleme
- Schwierige Körperhaltungen und Bewegungsabläufe
- Zeitdruck und Arbeitsüberlastung
- Fehlendes Zugehörigkeitsgefühl im Team

(Vgl. Smerdka-Arelger 2012:94)

4.6 Gender und Geschlecht in der Krankenhaus-BGF

Gender und Geschlecht sind wesentliche Kategorien für die Planung und Konzeption von BGF im Setting Arbeitsplatz Krankenhaus –deren Berücksichtigung ist mit der Würdigung menschlicher Unterschiede (Sichtweisen, Wünschen, Fähigkeiten, etc.) gleichzusetzen (Vgl. Gümbel in Brandenburg et al. 2009:16).

Berufe im Gesundheitswesen sind stark weiblich konnotiert (Vgl. Fokuhl in Brandenburg et al. 2009:42), nicht jedoch in den Führungspositionen, als Professoren auf der Universität oder als Ärztinnen der Fachdisziplinen mit hohem Prestige und Einkommensniveau (Vgl. o. V. Frauenbericht 2010:280, Online). Die weibliche Überrepräsentation in den Pflegeberufen ist offensichtlich (Vgl. Reiter 2011:111): Im Jahre 2007 machten Gesundheits- und Krankenschwestern rund 87% des gesamten Pflegepersonals aus (Vgl. o. V. Frauenbericht 2010:285, Online), 2011 betrug der Frauenanteil – kaum verändert – 86%, wobei der höchste Männeranteil in der psychiatrischen Krankenpflege (35,2%) vermerkt wird (Vgl. o. V. Gesundheitsstatistik 2011:77).

Demzufolge sind also Frauen die tragende Gruppe in den pflegenden Berufen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit das ganzheitliche BGM diesem Umstand anzupassen. Das bedeutet, dass der Fokus auf Bedürfnisse und Belastungen der Mitarbeiterinnen als wesentlicher Beitrag zum Unternehmenserfolg angesehen werden und in die BGM-Maßnahmen einfließen sollte. Diese Frauenorientierung sollte gleichzeitig keine Verdrängung der Männerperspektive bedeuten, sondern einen Ansatz zur geschlechtergerechten Ausgestaltung der Arbeitsorganisation darstellen: Das Ziel sollte sein, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – geschlechtsunabhängig – gleichmäßig von dem BGM profitieren zu lassen. Dies soll unter der Berücksichtigung des Gender-Aspekts geschehen (Vgl. Pieck 2006:220 zit. n. Reiter 2012:111).

In der Literatur wird die zentrale Rolle der Frau in der Familie, sowie ihr Verantwortungsgefühl die sozialen Kontakte (Haus, Familie, Freunde, Partnerschaft) mit dem Beruf in Balance zu halten, betont (Vgl. Begerow/Mozdzanowski 2010 zit. n. Reiter 2012:112). Diese tragende Rolle der Frau kollidiert zwangsweise mit ihrer tragenden Rolle im Beruf als Gesundheits- und Krankenschwester. Durch die beruflich bedingte zeitliche

Einschränkung gestaltet sich die Wahrnehmung sozialer Kontakte und die Pflege des Ich (Entspannen, Zeit und Genießen der Ruhe), welche von den Autoren Begerow und Mozdzanowski als wesentliche Voraussetzungen für das weibliche Wohlbefinden gesehen werden, als schwierig (Vgl. Begerow/Mozdzanowski 2010 zit. n. Reiter 2012:112). Die Vollzeitbeschäftigung, Schicht- und Nachtarbeit verursachen Schuldgefühle, für die Familie nicht im ausreichenden Maße da sein zu können und führen in der Folge zum Verzicht auf die Zeit für sich zu Gunsten der Familie (Vgl. Pirolt/Schauer 2006:237 in Reiter 2012:112).

In der Krankenhaus-BGF sind die geschlechtlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern nicht außer Acht zu lassen. Damit sind – unter anderen – folgende Unterschiede gemeint:

- Unterschied in dem **Erkrankungsgeschehen**: Männer erleiden häufiger Verletzungen, Frauen hingegen die psychische Erkrankungen (Vgl. Reiter 2012:113f.)
- Unterschied in der **Erkrankungssymptomatik**: die geschlechterspezifische Symptomatik bei manchen Erkrankungen, wie z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche die Diagnose erschweren (Vgl. Janßen in Brandenburg 2009:151)
- Unterschied in dem **Gesundheitsverständnis**: als Leistungsfähigkeit bei Männern (Vgl. Faltermeier 2008:38 zit. n. Reiter 2012:114), auch als psychische Gesundheit bei Frauen (Vgl. Begerow/Mozdzanowski 2010:1 zit. n. Reiter 2012:114)

4.7 BGF im Gesundheitswesen in Österreich – Einführung

Die Krankenhausversorgung entwickelt sich zunehmend in die Richtung der zeitreduzierten Aufenthalte wegen akuter Beschwerden im Krankenhaus, was mit der Notwendigkeit einhergeht, die Arbeit im Krankenhaus zu intensivieren, sowie einen fließenden Übergang zur ambulanten Pflege zu schaffen (Vgl. Hasselhorn et al. 2005 22). Dies bringt Anforderungen an das Gesundheitswesen mit sich und damit an die Ärzteschaft und die gesamten Pflegeberufe.

Es ist also nicht zu erwarten, dass die mit dem Pflegeberuf zusammenhängende Belastung reduziert wird. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die aktuelle MitarbeiterInnenstruktur in der Pflege in Österreich sich ähnlich verhält wie in den anderen europäischen Ländern: Die Überrepräsentation der Frauen in den Pflegeberufen wird durch die Überrepräsentation der Männer in den Leitungspositionen betont (Vgl. Hasselhort et al. 2005: 23; Wimmer-Puchinger/Kern/Wolf in Dietscher et al. 2008: 74f.; Experteninterview s: B5 Vers 156; B3 Vers 88f.) Dieser Umstand – kann für BGF hinderlich sein und – wird an einer anderen Stelle näher erläutert werden.

Die Wichtigkeit von BGF wird steigen, was bereits die zunehmende Auseinandersetzung mit dem Thema in Österreich andeutet, auch wenn die Erfassung von Häufigkeit, Art und Ausmaß nicht immer systematisch ist. Die Erkenntnisse über die Wichtigkeit beispielsweise des Umgangs mit Aggression oder Gewalt sowie das Deeskalationsmanagement sind zweifellos existent: „(...) Aggression und Gewalt [gehören] zu den strukturellen Gegebenheiten an Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen (...)“ Dieses Wissen mündet in MitarbeiterInnen-Schulungen mit entsprechender Vermittlung interaktiver, kommunikativer und körperlicher Fertigkeiten zum Konflikt- und Aggressionsmanagement. Der daraus resultierende Vorteil ist die Weiterentwicklung auf der persönlichen Ebene (z. B. Selbstsicherheit) sowie die Verbesserung auf der organisatorischen Ebene (z. B. Wahrnehmung, Sensibilität und Sicherheit in den Institutionen). Das ganzheitliche Konzept der Maßnahmenumsetzung äußert sich durch das Bestreben, die für BGF-relevanten Schulungen auf alle Gruppen und Ebenen in den Betrieben zu erweitern (Vgl. Dietscher in Dietscher et al. 2008:66).

Damit wird sowohl der verhaltens- als auch der verhältnisorientierte Ansatz angesprochen.

In der Praxis jedoch werden hauptsächlich die verhaltensorientierten Programme, Maßnahmen und Angebote realisiert. Die Integration von BGF und den organisatorischen Veränderungen in die betriebliche Realität gestaltet sich viel schwieriger. Zusätzlich in beiden Fällen stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit der BGF-Projekte, die irgendwann zu Ende gehen. Nach dem Projekt-Ende hängt die Fortsetzung von BGF im großen Maße von dem Individuum selber, seinem Lebensstil und Einstellung zur Gesundheit ab (siehe ExpertInnen-Interviews Kapitel 7.2.2).

Die praxisorientierte Darstellung der BGF-Situation in Österreich wird in dem vierten Teil dieser Arbeit behandelt. Die anschließenden Kapitel bilden eine kurze theoretische Einführung in diese Thematik.

4.8 Betriebliche Gesundheitsförderung im AKH Wien

4.8.1 Kurze Geschichte des AKH

Das Wiener Allgemeine Krankenhaus wurde ab dem Jahr 1694 – im Zuge der Umgestaltung des 1693 von Kaiser Leopold I. gegründeten „Großarmen- und Invalidenhauses“ – errichtet. Ursprünglich befand es sich auf dem Areal zwischen Alserstrasse, Spitalgasse und Garnisongasse. 90 Jahre später, 1784, erfolgte die Neueröffnung der Krankenanstalt mit der Widmung „Allgemeines Krankenspital“. Seit dem mehrten sich die Diagnose- und Therapiebereiche und mit ihnen dehnte sich das AKH räumlich aus (Vgl. o. V. 300 Jahre AKH, Wiener Krankenanstaltverbund, Online). Das neue AKH – wie es heute gekannt wird – wurde 1991 erstmalig in Betrieb genommen (Vgl. ebenda).

4.8.2 Heutiges AKH

Das heutige AKH zählt mit seinem rund 240.000 m² großen Grundstück, u. a. 27 Universitätskliniken, 32 klinischen Abteilungen, 356 Spezialambulanzen (Vgl. Geschäftsbericht 2011:15) und 9.320 MitarbeiterInnen (2012) zu den größten Krankenhäusern Europas.

4.8.3 BGF

BGF wird im AKH in Form von Projekten umgesetzt. Der Start von BGF-Maßnahmen war im Jahr 2013. AKH verfügt über eine dedizierte Projektleiterin im BGF-Bereich, Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar sowie ein AKH-eigenes Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitshaltung (Vgl. Experteninterview B4 Vers 12ff., Anhang).

5 Ziel der Arbeit

Die demografische Entwicklung sowie das zunehmende vorzeitige Berufsverlassen von Pflegekräften in Europa werden kurz- und langfristig zu einem Mangel an qualifizierten Pflegekräften führen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, auf den Ist-Zustand aufmerksam zu machen. Des Weiteren soll im Zuge der Analyse der bereits durchgeführten Projekte eine Lösungsstrategie zur Verbesserung der Arbeitssituation im Krankenhaus unter Berücksichtigung der aktuellen demografischen Entwicklungen in Form von BGF vorgestellt werden. Hierbei wird der Schwerpunkt auf die Altersgruppe 45+ des AKH Wien mit besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Aspekten gelegt.

6 Methoden

Die hier präsentierten Inhalte und Erkenntnisse gründen auf umfassenden Literaturrecherchen sowie fünf Interviews, die mit ExpertInnen auf dem Gebiet BGF in Österreich geführt wurden. Die Literaturrecherche diente dabei als erster Zugang zu dem Thema. Die während der Recherche als unbeantwortet gebliebenen oder zu vertiefenden Fragen bildeten die Basis für den Fragebogen, auf den im Zuge der ExpertInnen-Interviews zurückgegriffen wurde.

6.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche stützt sich größtenteils auf Quellen deutscher Autoren sowie auf Projekte, die entweder in Deutschland oder außerhalb der DACH-Region, durchgeführt wurden. Der Grund dafür ist, dass es aktuell weitaus mehr deutsche Publikationen zu dem Thema Betriebliche Gesundheitsförderung – vor allen unter der Berücksichtigung des Alters oder der Gender-Thematik – mit dem Bezug zu den in Deutschland befindlichen Betrieben verfügbar sind, als dies für Österreich der Fall ist. Aus diesem Grund werden mitunter mittels Analogien Empfehlungen für BGF im Gesundheitswesen in Österreich erschlossen.

6.2 Internetrecherche unter Verwendung von Google.at

Für die Erhebung aktueller Daten und Statistiken wurde die Suchmaschine Google eingesetzt. Auf diese Weise konnten für Österreich und für die von der Autorin definierte Zielgruppe, geltende Angaben eruiert werden.

6.3 Daten – AKH Wien

Für diese Arbeit wurden die bei der Personalabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Wien eingeholten Angaben zum aktuellen Personalstand der in der Pflege tätigen MitarbeiterInnen 45+ eingeholt und verwendet. Die Daten der Statistik Austria wurden herangezogen, um gender- und altersspezifisch Aussagen treffen zu können.

6.4 ExpertInnen-Interviews

Interviews mit fünf Experten im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich wurden als Ergänzung der teilweise unzureichenden Literaturquellen herangezogen und bildeten die Basis für die Ableitung der Empfehlung für die künftige Umsetzung von BGF im Wiener AKH.

7 Empirischer Teil

Die empirischen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit beruhen auf:

- ExpertInnen-Interviews
- Literatur- und Internetrecherchen
- AKH-Daten der Altersstruktur
- AKH Genderstruktur und Informationen zu Betreuungsstätten

7.1 ExpertInnen-Interviews

7.1.1 ExpertInnen – Vorstellung

Alle ExpertInnen, die sich bereit erklärten, die vorliegende Arbeit zu unterstützen, verfügen über langjährige Erfahrung in der Implementierung und Durchführung von BGF-Projekten. Zusätzlich sind einige von ihnen mit der Arbeitssituation im Wiener AKH vertraut, weshalb sie für diese Arbeit wertvolle auf der eigenen Erfahrung basierende Aussagen hinsichtlich des BGF-Bedarfs im AKH Wien sowie der BGF-Auswirkungen auf die MitarbeiterInnen oder den Arbeitsplatz Krankenhaus treffen konnten.

Zusätzlich wurde die ExpertInnen-Meinung von den in anderen Spitälern tätigen Personen eingeholt. Das Ziel dieser ExpertInnen-Auswahl war es, einen möglichen Vergleich in der Sichtweise von BGF, der Vorgehensweise in deren Umsetzung sowie den Vorschlägen zur wirksamen Umsetzung darzustellen. Die Interviews dienten als Grundlage für die Überlegung von Verbesserungsvorschlägen für die AKH Ist-Situation.

Der vierte Teil der Arbeit beinhaltet Erkenntnisse und Ansatz-Vorschläge, die dazu genutzt werden können, das hauseigene BGF-Konzept im AKH Wien zu verbessern.

7.1.2 ExpertInnenbefragung

Die ExpertInnenbefragung wurde anhand eines Fragebogens durchgeführt und war freiwillig – die Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde dem Interview vorangestellt.

Der Fragebogen beinhaltete zwölf offene Fragen zu den Themen:

- Durchführung von BGF-Projekten (Fragen: 1, 4, 5, 6, 8)
- Persönlicher Zugang zu BGF (Fragen: 2, 10, 12)
- Erfahrungen (Fragen: 3, 8, 9, 11, 12)
- Optimierungspotential von BGF (Fragen: 6, 7, 12)
- Bedeutung für den Betrieb (Fragen: 4, 10)

Ziel war es, mit den gewonnenen Informationen folgende Fragen zu beantworten:

- Gibt es Strategien zur nachhaltigen Integration von BGF in die Arbeitsorganisation im Spitalwesen?
- Berücksichtigen die aktuellen BGF-Projekte im Spitalwesen die Kategorien Alter und Gender?
- Sind Unterschiede im Erfolg und Wirksamkeit in den BGF-Prozessen mit alters- und genderspezifischen Schwerpunkten auszumachen?

Die Interviews mit ExpertInnen wurden an Hand eines Fragebogens durchgeführt und mit einem Diktiergerät aufgenommen. Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen eines BGF-Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientierung). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?
2. Was war Ihre persönliche Motivation, sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?
3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?
4. Wie ist der Verlauf von BGF-Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback seitens des Personals?

5. Welche Ziele sind/ waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es Hürden, wenn ja welche?
6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind Erfolgsfaktoren?
7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele von BGF in Ihren Betrieb verändert?
8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt um die Effektivität von BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?
9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter /Altern in die BGF eingebettet?
10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen von BGF von Bedeutung?
11. Welche Maßnahmen in Ihrem Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am schnellsten angenommen?
12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?

7.1.3 Methodik

Die ExpertInnen-Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Analyse stützt sich auf das transkribierte Textmaterial. Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Aussagen den einzelnen Fragen des Fragebogens zugeordnet und vorgestellt.

Die vollständigen transkribierten Interviews sind dem Anhang zu entnehmen. Dabei wurden die Hauptfragen in allen Interviews durchnummeriert. Die Zwischen- bzw ergänzenden Fragen des Interviewten sind mit I: gekennzeichnet. Die von der Interviewerin gestellten Fragen wurden – zwecks besserer Übersicht kursiv geschrieben. Die/der Befragte/r sind mit B gekennzeichnet und um Verwechslungen zu vermeiden durchnummeriert: B1, B2,... Die Nummerierung richtet sich nach Zeitabfolge, also dem Zeitpunkt, in dem das jeweilige Interview durchgeführt wurde und hat keinen Zusammenhang mit der Wertung oder Gewichtung der Interviews.

Die sprachlichen Varietäten (Dialekt) – falls vorhanden – wurden, zur besseren Verständlichkeit, nach Möglichkeit der Standardsprache angeglichen.

Der Gender-Aspekt in der Sprache weicht von Interview zu Interview ab. Dieser wurde als Ausdruck individueller sprachlichen Gewohnheiten exakt übernommen.

In der Zusammenfassung der ExpertInnen-Antworten wird häufig aus dem transkribiertem Material zitiert. Der Zitierverweis besteht aus der Information über das entsprechende Interview (z. B: B1/B2). Zusätzlich sind die entsprechenden Stellen der Interviews angeführt (z. B. Vers 30-35), um auf diese Weise die Nachschlagtätigkeit des Lesers zu erleichtern. Die Nummerierung der Verse ist durchgehend, beginnt mit jedem Interview neu und ist auf der linken Blattseite zu finden.

7.1.4 Antworten

Frage 1 *Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen eines BGF-Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientierung). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?*

Vier der Befragten berichteten vom Beginn der Umsetzung von Projekten/Maßnahmen im Sinne der BGF in ihren Betrieben in den Jahren zwischen 2007/2008 (Vgl. B4 Vers 8; B5 Vers 18) und 2009 (Vgl. B1 Vers 4; B2 Vers 4). Eine Person berichtete von den ersten Erfahrungen in diesem Bereich bereits in den 1980er Jahren (Vgl. B3 Vers 4).

Die umgesetzten Maßnahmen unterschieden sich unter einander in der Ausprägung des BGF-Ansatzes sowie in der Systematik. Dabei überwiegen die verhaltensorientierten Projekte (Vgl. B1 Vers 43; B3 Vers 89f.; B4 Vers 21; B5 Vers 14f.), auch wenn die verhältnisorientierten Maßnahmen ebenfalls umgesetzt werden (Vgl. B1 Vers 42, B4 Vers 20) – keine diesbezüglichen Angaben in den Interviews mit B2.

Die genannten Projekte berücksichtigen teilweise den Altersaspekt. Zu den BGF- oder BGF-ähnlichen Projekten, die während der Interviews beschrieben wurden, gehören:

- **„Productive Ageing – Generationenbalance“**: Dieses Projekt beinhaltete eine MitarbeiterInnenbefragung zum Thema „Arbeitsbewältigung und Belastungen“, die nach der Durchführung ausgewertet und den MitarbeiterInnen (in jeder Abteilung getrennt) präsentiert wurde. Mit der Präsentation wurden die MitarbeiterInnen angeregt, Verbesserungsvorschläge zu entwickeln, wie die Arbeitsbewältigung erleichtert werden kann (Vgl. B1 Vers 4, 5; B4 Vers 11)
- **Projekt „Gesundheit hat kein Alter“** (Vgl. B2 Vers 47f.): Dieses Projekt wurde im Setting SeniorInnenhaus durchgeführt und bezog sich auf alle Zielgruppen (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige, Management, etc.)
- **Suchtprävention** bezieht sich auf die Prävention von Medikamenten und Alkohol (Vgl. B4 Vers 10)

- **Burn-Out-Prävention-Projekt in der Pflege** (Vgl. B5 Vers 9f.) mit dem Ziel Entspannungstechniken zwecks psychischer Entlastungen im Arbeitsalltag zu erlernen. Das Projekt wurde von 2 Psychologinnen begleitet. Das anschließende Feedback der MitarbeiterInnen war sehr positiv, ihr Umgang mit dem Stress hat sich subjektiv spürbar verbessert

Die konkreten Ziele im Hinblick auf BGF wurden nicht in jedem Interview geäußert (Keine Angaben im Interview mit B5). Die ausformulierten Ziele sind an die künftigen Kooperationen des Betriebes gekoppelt (Planung der Zusammenarbeit mit einer anderen Magistratsabteilung) oder sie beziehen sich auf die angestrebten Ergebnisse der BGF-Projekte im Hinblick auf den Arbeitsplatz. Konkret genannt wurden:

- Verbesserung der Qualität von Arbeitsplätzen (Vgl. B4 Vers 21)
- Verbesserung der vorhandenen Rahmenbedingungen (Vgl. B4 Vers 22)
- Gesundheitsfördernder Lebensstil der MitarbeiterInnen (Vgl. B4 Vers 22ff.)
- Generationenbalance (Vgl. B3 Vers 99)
- Umfassende Gesundheitsförderung (Vgl. B3 Vers 104f.)
- 6 personale Ziele (von den 18 strategischen Zielen der WHO) (Vgl. B3 Vers 125ff.)
- Gesundes oder gesünderes Erreichen des Pensionsalters (Vgl. B1 Vers 17f.)

Frage 2

Was war Ihre persönliche Motivation, sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?

BGF wird von den ExpertInnen als ein Teil der eigenen Berufstätigkeit gesehen. Die Entwicklung zum gesünderen Menschen und gesündere Rahmenbedingungen werden als ein Teil der Personalentwicklung begriffen (Vgl. B4 Vers 33ff.; B1 Vers 71f.), die eigene Tätigkeit im Rahmen von BGF als sinnvoll und wichtig empfunden (Vgl. B3 Vers 178ff.).

Außerdem resultieren das Interesse an BGF sowie die Motivation, BGF-Maßnahmen umzusetzen, aus eigener Erfahrung mit den Belastungen als ältere MitarbeiterInnen (Vgl. B1 Vers 65), aus dem Erleben der psychischen mit der Berufstätigkeit zusammenhängenden Belastungen (Vgl. B3 Vers 200f.) oder – im Allgemeinen langjähriger – beruflichen Laufbahn in der Pflege (Vgl. B5 Vers 23). Unter anderem ist es das Bewusstsein um die längeren Regenerationsphasen, die notwendig sind, um im Beruf leistungsfähig zu sein und bleiben (Vgl. B1 Vers 70).

Die demografische Entwicklung, Fehlzeitanalysen und die über das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen Auskunft gebende MitarbeiterInnengespräche (Vgl. B5 Vers 23ff.) stellen ebenfalls einen Antrieb dar.

Der Wunsch etwas zu bewirken, liegt vor, was die Aussage von B3 zum Ausdruck bringt: „Und so habe ich Einfluss und Geld, zwar nicht genug, aber genug, um es für Projekte zu verwenden und da und dort zu unterstützen“ (Vgl. B3 Vers 221ff.).

Frage 3

Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?

BGF hinterlässt bei den ExpertInnen einige Eindrücke: positive wie negative. Zu den positiven gehören beispielsweise:

- das Sich-Bemerkbar-Machen seit vielen Jahren in verschiedenen Formen – wie Yoga-Gruppen, Nordic Walking, Ernährung (Vgl. B4 Vers 79f.)
- das sich abzeichnende Interesse und Bedarf nach BGF (Vgl. B4 Vers 82ff.)
- das positive Feedback von den MitarbeiterInnen (Vgl. B1 Vers 76f.)
- die Eigendynamik von BGF: freiwillige Anteilnahme von MitarbeiterInnen, Engagement und Bestreben das eigene Wissen zu teilen (Vgl. B1 Vers 78ff.).
- das Potential, das sich während der Partizipation von MitarbeiterInnen an der Gestaltung entfaltet (Vgl. B5, Vers 33ff.)
- die Manuale zu verschiedenen BGF-relevanten Themen, wie Sucht, Umgang mit Suizidalität, Umgang mit Krisen und Konflikten, Mobbing am Arbeitsplatz, Burnout (Vgl. B3 Vers 263ff.), die den Führungskräfte als Instrument zur Früherkennung der Symptomatik dienen
- die Projekte, wie „Productive Ageing“ (Vgl. B3 Vers 302ff.)

Die negativen Eindrücke entstehen durch die Herausforderungen mit der Umsetzung von vorgeschlagenen und ausgearbeiteten BGF-Maßnahmen. Ein Beispiel dafür ist die Ablehnung von BGF-Maßnahmen wegen Unverständnis im Hinblick auf deren Zweckmäßigkeit. Auf diese Weise wurden u. a. Präventionsmaßnahmen zum Thema Sucht nicht umgesetzt, denn das Hausmanagement (Vgl. B3 Vers 258f.) sah keinen Bedarf an ihnen: „Das haben wir nicht, deswegen machen wir es nicht“ (B3 Vers 254f.), außerdem wurden diese Maßnahmen nicht als Schwerpunkt empfunden. Der Ablehnungsgrund hieß dann: „Wir haben andere Sorgen“ (Vgl. B3 Vers 259f.)

Frage 4 *Wie ist der Verlauf von BGF-Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback seitens des Personals?*

Das Feedback von den MitarbeiterInnen zu BGF-Maßnahmen wird meistens mittels MitarbeiterInnenbefragung (Vgl. B5 Vers 42ff., Vgl. B1 Vers 92f.), die allerdings in der Vergangenheit zu selten und in zu großen Intervallen stattfanden (Vgl. B4 Vers 103f.), eingeholt. In manchen Fällen werden in der Zeit zwischen den einzelnen Befragungen Workshops und Evaluierungen (B5 Vers 42ff.) durchgeführt.

Die ExpertInnen erhalten das Personal-Feedback selten, denn „das Vorwort in den Häusern dezentralisiert war und ist“ (Vgl. B3. Vers 393) – oder anders ausgedrückt, die MitarbeiterInnenmeinungen werden nicht an eine einzige Person getragen. Unterwegs geht das Feedback teilweise verloren.

Die diesbezüglichen Berichte von den jeweiligen Haus-Verantwortlichen für die Gesundheitsförderung (Vgl. B3 Vers 394) lassen mit dem abgeschwächten Kontakt nach – was von dem ExpertInnen als eine mögliche Reaktion auf die wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen (Vgl. B3 Vers 394-403) interpretiert wird.

Frage 5 *Welche Ziele sind/waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es Hürden, wenn ja welche?*

Es wurden kleinere und große Ziele genannt. Das größte von ihnen stellt das Bestreben, die MitarbeiterInnen, die sich in Langzeitkrankenständen befinden, in die Betriebe zurückzuholen, dar (Vgl. B4 Vers 116ff.). Ein anderes ist die allgemeine Sensibilisierung der MitarbeiterInnen auf die Gesundheitsthemen (Vgl. B1 Vers 114ff.). Zu diesem Zwecke wird die Konzentration auf die Gruppen verlagert, die sich an der Umsetzung der Maßnahmen tatsächlich beteiligen und erfahrungsgemäß 80% aller MitarbeiterInnen ausmachen (Vgl. B5 Vers 61f.).

Schließlich geht es um die Maßnahmen, mit denen diese Ziele erreicht werden können. Damit ist beispielsweise die Ausbildung und der Einsatz von MultiplikatorInnen in den einzelnen Häusern gemeint: Während zurzeit (im Rahmen des Projekts „Productive Aging“) die Tätigkeit der MultiplikatorInnen sich nur auf einige Häuser erstreckt, ist das Ziel die MultiplikatorInnen in allen Häusern einzusetzen und auf diese Weise das Thema Bewegung effizient anzugehen (Vgl. B3 440ff.).

Als Hürden auf dem Weg von erfolgreicher und wirksamer BGF lassen sich folgende Punkte nennen:

- **Laufende Anpassungsnotwendigkeit:** Die Anforderung die Bedürfnisse und Wünsche der MitarbeiterInnen permanent zu berücksichtigen, gestaltet sich deshalb so schwierig, weil diese sich permanent verändern (Vgl. B3 Vers 410ff.).
- **Fehlendes Engagement** gewisser Berufsgruppen (Vgl. B1 Vers 109): Die vielen Berufsgruppen haben unterschiedliche Interessen (Vgl. B5 Vers 52). Ihnen gerecht zu werden, stellt eine Herausforderung dar. Vor allem, weil andere Berufsgruppen – außer der Pflege – ihr Interesse an der BGF signalisieren, doch kein Engagement in dieser Richtung zeigen. In der Folge werden sie in den geplanten Maßnahmen nicht berücksichtigt und fühlen sich übergangen (Vgl. B5 Vers 52ff.). Diese Stimmung belastet zusätzlich die Umsetzung von BGF.
- **Fehlendes Vertrauen** (Vgl. B1 110): Um dieses zu erzeugen, gilt es, die resistenten – in Bezug auf die praktische Umsetzung der gesundheitsfördernden Veränderungen– MitarbeiterInnen von der Sinnhaftigkeit von BGF zu überzeugen –(Vgl. B1 Vers 124ff.).
- **Führungskräfte:** Wichtig sind Bedingungen, in denen die Führungskräfte einen gesundheitsfördernden Lebensstil finden, denn nur so können sie ihre MitarbeiterInnen entsprechend motivieren, die BGF-Programme wahrzunehmen (Vgl. B3 Vers 426ff.).
- **Nachhaltigkeit:** Die Projekte nachhaltig in den Betriebsalltag zu integrieren (Vgl. B2 113f.) gestaltet sich problematisch

- **Fehlende Flexibilität:** Dienstrechtliche Einschränkungen haben zur Folge, dass Menschen, wenn sie in ihren eigenen Bereichen nicht mehr produktiv sind, nicht ohne weiteres in anderen Bereichen eingesetzt werden können. Auch das vorübergehende Ersetzen der Personen in den Langkrankenständen ist nicht möglich. Die Folge davon ist, dass der Rest der Mannschaft intensiver eingesetzt und dadurch intensiver belastet werden muss (Vgl. B4 Vers 125ff.).

Frage 6 *Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind Erfolgsfaktoren?*

Außer den bereits erwähnten Erfolgsfaktoren sind folgende Erfolgsfaktoren genannt worden:

- **Unterstützung der Führung:** Es ist notwendig, dass diese an dem Thema dran bleiben (Vgl. B3 Vers 453f.; B4 Vers 141), frühzeitig gestärkt und überzeugt werden (Vgl. B5 Vers 71f.) mit der Personalvertretung zusammenarbeiten (Vgl. B4 Vers 143ff.), um den Erfolg von BGF zu gewährleisten.
- **Findung eines neuen Zugangs zum Führen und zum Management:** Der Fokus sollte auf der Gesundheitsförderung, Veränderung der Arbeitsabläufe (Stressreduktion, Verhalten, Bewegung, Ernährung) sowie der Bewusstseinsbildung für die Verantwortung (Vgl. B5 Vers 74ff.) liegen.
- **Kommunikation:** Die Kommunikation spielt bei der BGF-Umsetzung eine entscheidende Rolle. Eine zu rasche Thematisierung der Verantwortungsrolle von Führungskräften kann dazu führen, dass das Management sich kritisiert sieht. Um die Ablehnung zu vermeiden, ist das Ziel, die Erarbeitung von Programmen und Maßnahmen in Form der Selbstreflexion in Teameetings/Workshops (Vgl. B5 Vers 81ff.) zu ermöglichen.
- **Authentisch sein während des Transfers** (Vgl. B3 46, 461): dabei handelt es sich um Glaubwürdigkeit und Vertrauensgewinnung.

- **Engagement und Interesse** (Vgl. B3 Vers 456f.; B1 Vers 133ff.) aller Beteiligten ist notwendig, um Erkenntnisse für den BGF-Bedarf zu ermitteln, die BGF-Maßnahmen ins Leben zu rufen (Führung), BGF wirken zu lassen (Inanspruchnahme des Angebots durch die MitarbeiterInnen).
- **Umfassende Analyse zu Beginn** wie (Gesundheitszirkel, MitarbeiterInnenbefragungen mittels Fragebögen), um Gesundheitspotentiale, Risiken und die allgemeine Einstellung der MitarbeiterInnen dem BGF-Thema gegenüber zu ermitteln (Vgl. B2 Vers 127ff.), ist notwendig.
- **Ressource Zeit** für MitarbeiterInnen, in deren Zeitplan BGF fest verankert ist bzw. deren Verantwortung ebenfalls im BGF-Bereich liegt, sind zwingend notwendig, „Weil so nebenbei geht das nicht“ (Vgl. B2 Vers 138ff.).
- **Ressource Geld und externe BeraterInnen** (Vgl. B3 460ff.): Die interne Organisation sieht oft das zusätzliche Thema BGF nicht vor und würde durch ein BGF-Projekt belastet werden. Dies führt zur Ablehnung der Belegschaft und verhindert den Erfolg in der Umsetzung. Darüber hinaus kann die Umsetzung der Maßnahmen ohne zusätzliche Ressourcen organisatorisch eventuell gar nicht möglich sein.

Frage 7 *Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele von BGF in Ihren Betrieb verändert?*

Die Veränderungen der BGF sind deutlich, auch wenn die Betriebe immer noch „am Anfang stehen“ (Vgl. B5 Vers 93). Die Verhältnisveränderungen lassen sich jedoch erkennen: BGF gewinnt im Allgemeinen an Bedeutung (Vgl. B4 160ff.), außerdem verändern sich Strukturen: Es gibt dedizierte Ansprechpersonen, fixe Prozesse und Programme und weitere Strukturentwicklungen (Vgl. B5 Vers 94ff.).

Frage 8

Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt um die Effektivität von BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?

Da das Thema BFG noch relativ neu und immer noch in der Entwicklungsphase organisatorischer Verankerung ist, sind einige Kontroll-Mechanismen in der Planung. Ein Beispiel dafür ist der fünf stufiger Gesprächsstufenplan im Rahmen des Projekts Suchtprävention, das zwischen dem Mitarbeiter und der Führungskraft unter der Einbeziehung von der Abteilungsleitung, Personalvertretung und dem Betriebsarzt stattfinden soll (Vgl. B4 Vers 182ff.).

Das meist genannte Instrument ist die Evaluation: eine interne, externe (Vgl. B2 Vers 167ff.) sowie eine; „(...) formative also (...) begleitende Prozessevaluation (...)“ (Vgl. B2 171f.) in Form von MitarbeiterInnenbefragungen (Vgl. B2 Vers 186ff.; B3 Vers 485, 496, 497) zu Effektivitätsmessung. In manchen Einrichtungen wird diese bereits regelmäßig durchgeführt, zum Beispiel jede zwei Jahre (Vgl. B5 Vers 194).

Außerdem finden regelmäßige interne Arbeitsplatz- und psychische Arbeitsplatzevaluierungen (Vgl. B5 Vers 105f.) statt. Des Weiteren sind Jour Fixe in der Pflege (Vgl. B5 Vers 107) sowie monatliche Meetings zu Führungsthemen, in denen Maßnahmenwirkungsanalysen vorgenommen werden (Vgl. B5 Vers 108ff.) und Führungsworkshops (Vgl. B5 Vers 115) zu erwähnen.

Zusätzlich wird an die Erstellung von Gesundheitsförderungsberichten (Vgl. B3 Vers 488ff.) gedacht, aus denen ersichtlich werden soll, welche Aktionen gesetzt und welche Ergebnisse erzielt werden.

Frage 9 *Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter /Altern in die BGF eingebettet?*

Der Altersaspekt wird nicht immer berücksichtigt. Zwischen älteren und jüngeren MitarbeiterInnen wird derzeit unbewusst (Vgl. B1 Vers 173ff.) oder bewusst nicht unterschieden. Der Grund ist, dass eine offizielle Deklaration der BGF-Maßnahmen für ältere MitarbeiterInnen zur Ablehnung der Zielgruppe führen könnte. Das ist deshalb so, weil manche der älteren MitarbeiterInnen sich nicht mit der „älteren“ Berufsgruppe identifizieren können oder wollen (Vgl. B5 Vers 128ff.).

Erfahrungsgemäß liegt die gefühlte Altersskala bei neun von zehn MitarbeiterInnen unter ihrem biologischen Alter (Vgl. B3 Vers 562ff.). Das heißt, das Alter ist ein sensibles Thema (Vgl. B5 Vers 137) und deshalb richten sich die meisten Projekte gleichermaßen an alle Altersgruppen. Auch wenn die Themen vor allem die älteren MitarbeiterInnen betreffen. Der Vorteil dabei ist, dass die jungen MitarbeiterInnen durch solche Projekte lernen, dass sie ebenfalls älter werden und werden darauf vorbereitet (Prävention). Außerdem wird allen Altersgruppen, bei denen Gesundheitsbeschwerden auftreten, dieselben Möglichkeiten gegeben, zu lernen, mit ihnen gesundheitsfördernd umzugehen (Vgl. B5 Vers 138ff.).

„Stärken stärken – Generationen im Dialog“ oder „Productive Ageing“ sind Projekte, in denen der Schwerpunkt auf das Alter gelegt wird.

Im Rahmen von „Productive Ageing“ wird geplant, die Regulativen zu Dienstposten, zu Vertretungstätigkeiten, zu Langzeitkrankenstand und horizontaler Karrieremöglichkeiten aufzugreifen (Vgl. B4 Vers 198ff.) und im Sinne von BGF zu verbessern. Auch die Arbeitszeiten und die Besoldungsthematik soll zum Gegenstand der Veränderung werden, da auf die Nacharbeit (unter der Ärzteschaft) oft – trotz der individuell nicht-tragbaren Belastung – aus finanziellen Gründen nicht verzichtet wird (Vgl. B3 Vers 528ff.)

Frage 10 *Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen von BGF von Bedeutung?*

Im Allgemeinen wird im Rahmen von BGF der Genderthematik eine große Relevanz zugeordnet. Die Berücksichtigung von Diversität und Genderaspekten manifestiert sich beispielsweise in den grundlegenden Leitlinien der Wiener Gesundheitsförderung (Vgl. B2 Vers 206ff.). Außerdem befinden sich in jedem der zwei Kompetenzteams zwei Personen, die sich aktiv mit dem Thema „Gender“ befassen (Vgl. B2 Vers 212ff.).

In manch anderen Betrieben ist die Berücksichtigung des Genderaspekts nicht weit fortgeschritten (Vgl. B1 Vers 188ff.), weshalb noch keine Genderprofilierung von BGF-Maßnahmen erfolgen konnte. Andererseits wird in manchen Fällen die Wichtigkeit des genderspezifischen Zugangs sogar dann anerkannt, wenn im Rahmen von BGF noch keine ausformulierte Fokussierung gegeben ist (Vgl. B5 Vers 154ff.). Die Realisierung von BGF-Maßnahmen, wie Anstreben der körperlichen Entlastung bei Frauen durch entsprechende Investitionen ins moderne Inventar, deutet zughaft die Berücksichtigung der Genderthematik an (Vgl. B5. Vers 156ff.).

Zu den gender-spezifischen Projekten, die bereits durchgeführt wurden, gehören beispielsweise:

- **„Vielfältig und Gesund“** – ein an Frauen mit niedrigem Lohnniveau und größtenteils mit Migrationshintergrund gerichtetes Projekt, das bereits in einigen Krankenhäusern, Pflegehäusern sowie Geriatrie-Zentren durchgeführt wurde (Vgl. B3 Vers 584ff.)
- **„Gesund arbeiten ohne Grenzen“** – bereits durchgeführtes Projekt von FEM Süd und Krankenanstaltenverbund (Vgl. B2 219ff.)
- **„Gesund im AKH“** – der genderspezifische Ansatz ist im AKH außerdem in weiteren Bereichen deutlich, z. B. in der Personalentwicklung, Kommunikation, Teilprojektschritten des CCAG (Vgl. B4 Vers 215ff.)

Die Erkenntnis durch die Einbeziehung der gender-spezifischen Perspektive Frauen und Männer, die sich in ihrem Zugang zur Gesundheit unterscheiden, mit dem passenden Angebot an BGF-Maßnahmen besser erreichen und dadurch bessere Erfolge von BGF erzielen können, liegt zweifellos vor (Vgl. B3 Vers 594ff.).

Eine Relevanz des eigenen Lehrstuhls für Gendermedizin an der Medizinischen Universität mit einem Lehrgang, der nach einer Optimierung als Weiterbildungsmöglichkeit für die Pflege und Ärzteschaft benutzt werden könnte, wird betont (Vgl. B3 Vers 616ff.). Dies verdeutlicht ebenfalls die Einstellung der Genderthematik gegenüber.

Frage 11 *Welche Maßnahmen in Ihrem Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am schnellsten angenommen?*

Aus den ExpertInnen-Aussagen geht eindeutig hervor, dass die verhaltensorientierten BGF-Maßnahmen am schnellsten umgesetzt und intensiv genutzt werden. Genannt wurden unter anderen folgende Bewegungsprogramme:

- **Zumba** (Vgl. B1 Vers 197; B3 Vers 629) „Zumba ist der absolute Hype“ (B1 Vers 199) – als aktueller Trend
- **Nordic Walking** (Vgl. B3 Vers 635f.) – ein Kurs, der in der Zwischenzeit an Beliebtheit zugunsten neuer Angebote verloren hat
- **„Weight Watchers“** – ein Programm zur gesunden Gewichtsreduktion begleitet von Themen zur gesunden Ernährung – „ist wie eine Bombe eingeschlagen“ (B3 Vers 640). Es wurde bereits u. a. im Wilhelminenspital und Kaiser Franz Josef Spital durchgeführt
- **Ausgleichsprogramme, Rückenschule, verschiedene Trainingsprogramme** (Vgl. B4 Vers 223ff.), Ernährungs- und Entspannungsangebot (Vgl. B5 Vers 175f.)

Des Weiteren wird das Angebot zur psychischen Entlastung, das sowohl sehr populär als auch rasch zu realisieren ist, genannt (z. B. Stress-Seminare).

Die Maßnahmen zur BGF-Verankerung auf der organisatorischen Ebene kommen nur in einem Interview zur Sprache. Dort heißt es: „Das Verständnis und den Umgang mit dieser Thematik bei den Führungskräften zu verankern. Das ist für mich die erfolgreichste Maßnahme, weil es dann langfristig hält“ (B5 Vers 177ff.).

Frage 12 *Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

Nicht in jedem ExpertInnen-Interview werden auf den Erfahrungen basierende und mit der BGF-Umsetzung zusammenhängende Learnings und davon abgeleitete Empfehlungen für eine bessere oder effektivere und jedenfalls erfolgreichere Vorgehensweise der BGF-Realisierung genannt.

Zwei ExpertInnen, B3 und B5, antworteten auf die oben gestellte Frage aus Zeitperspektive, dass sie an ihrer Vorgehensweise bei der Umsetzung von BGF nichts verändern würden. Der Unterschied wäre das Bewusstsein, mit dem man an das Thema herangehen würde (Vgl. B5 Vers 183f.). Der Fokus auf die für den Erfolg essentiellen Elemente, wie die die Unterstützung sichernde Überzeugungsarbeit beim Top-Management zu Beginn des Projekts, wäre stärker (Vgl. B3 Vers 653ff.). Außerdem sollte das Augenmerk auf den positiven Aspekten liegen und auf ihnen die weitere Vorgehensweise aufgebaut werden:

“(…) schau nicht immer hin, was nicht funktioniert hat, sondern was super funktioniert hat und mach‘ mehr davon“ (B5 Vers 198f.).

Zwar nicht auf direkter BGF-Erfahrung basierend aber dennoch für das Thema BGF relevant ist der Beitrag der/des Expertin/Experten B4: Entgegen dem betrieblichen Usus, die Initiativen zu setzen, wenn es fast zu spät ist, sollte man zu einem früheren Zeitpunkt aktiv werden, an das Management herantreten und die Umstände klar darlegen, um ein passendes Angebot zu erwirken (Vgl. B4 Vers 244ff.). Dabei ist das Kosten-Nutzenverhältnis zentral, was die weiteren Worte von B4 verdeutlichen:

„Ich glaube nicht, dass wir langfristig überleben werden im Gesundheitswesen, wenn man nach außen hin postuliert, dass alles zusammenzuhalten und alles anzubieten ist, wenn die

Ressourcen schwinden. Ich glaube, dass ein ehrliches Bekenntnis zu einem guten Leistungsangebot (...) der bessere Weg wäre“ (B4 Vers 251ff.).

Eine wertvolle Erkenntnis, die auf dem Projekt „Arbeiten ohne Grenzen“ fundiert, teilt der Autorin dieser Arbeit die/der Expertin/Experte B2 mit. Es handelt sich um den Umfang von BGF-Maßnahmen. Das Projekt „Arbeiten ohne Grenzen“ dauerte zwei Jahre. Da mit ihm versucht wurde, mehrere Zielgruppen zu erreichen, besteht das Ergebnis des Projekts im „oberflächlichen Ankratzen“ der Thematik (Vgl. B2 Vers 250). Daher gilt Folgendes: „(...) mehr Zeit einplanen oder eine spezifische Zielgruppe oder eine Zielgruppe nach der anderen (...)“ wählen (B2 Vers 261f.) Auch wenn es grundsätzlich als sehr wichtig erachtet wird, andere Zielgruppen zu berücksichtigen – auch die Patienten (Vgl. B2 Vers 261ff.).

7.1.5 Zusammenfassung der ExpertInnen-Befragung

Die Interviews mit den österreichischen ExpertInnen machen deutlich, dass BGF in und für die Betriebe ein relativ junges Thema ist (meistens erst in letzten fünf Jahren präsent). Es wird meistens in Form von zeitlich beschränkten Projekten durchgeführt (B1, B2, B3, B5), selten gelingt eine die Nachhaltigkeit versprechende Integration in die Betriebsstrukturen (B4) oder ein verhältnisorientierter Ansatz von BGF-Maßnahmen (B1, B4).

Im Allgemeinen gehört BGF für die Betriebe nicht zum Schwerpunkt (ganz eindeutig B2), man ist „nicht spezialisiert“, der Schwerpunkt liegt auf den mit BGF zusammenhängenden Förderfunktionen oder der Begleitung von BFG- Projekten, die Fortführung von BGF gestaltet sich seit den 1990er Jahren als schwierig.

Die Herausforderungen auf dem Weg zur erfolgreichen und nachhaltigen Realisierung der gesundheitsfördernden Projekte, Programme und Initiativen sind vielfältig. Zu den in den ExpertInnen-Interviews betonten gehören:

- **RESSOURCE GELD** (Vgl. u. a. B4 Vers 43ff.; B3 Vers 167, 399)
- **RESSOURCE ZEIT** (u. a. Vgl. B3 Vers 16f., B2 Vers 138f.)
- **PLAN / IDEE** für die Vorgehensweise (Vgl. B3 Vers 16f.)
- **NACHHALTIGE INTEGRATION** in die Organisation (Vgl. B2 Vers 113f.)
- **KAUM FRAUENVERTRETUNG IN DER FÜHRUNG** (Vgl. B3 Vers 88ff.)
- **FEHLENDER NACHDRUCK DURCH DIE FÜHRUNG** (Vgl. B3 Vers 400)
- **TERMINIERUNG des ANGEBOTs:**(Vgl. B1 Vers 100f.)
- **ENGAGEMENTMANGEL** des **HAUSMANAGEMENTS** (Vgl. B3 Vers 258f.)
- **MANGEL AN DIREKTEM FEEDBACK** von MitarbeiterInnen (Vgl. B3. Vers 393)
- **MANGELNDE UNTERSTÜTZUNG** durch die **ÄRZTESCHAFT** (Vgl. B3 Vers 83ff.)
- **FEHLENDE ANTEILNAHME DER MITARBEITERINNEN** (Vgl. B1 98f.)
- **FHLENDE/R VERANTWORTLICHE/R** für das Thema nach dem Projektende als Ursache für die Kurzlebigkeit der Verbesserung (Vgl. B2 Vers 37f.; B3 Vers 383ff.)

Dabei scheint BGF – vor allem angesichts des hohen Altersdurchschnitts sowohl bei der Ärzteschaft (über 50) als auch in der Pflege (über 40) – an Relevanz zu gewinnen: „Wir haben deutlich ältere Ärzte und Ärztinnen, deren Fähigkeit Nachdienste zu machen, obwohl viele schlafen können, nicht mehr ausreichen, dass sie gesund Nachdienste machen können (Vgl. B3 Vers 522ff.)

Bei betrieblicher Gesundheitsförderung stehen überwiegend medizinisch orientierte Konzepte, wie z.B. das Haltungstraining, die Bewegungskonzepte und Arbeitsschutzmaßnahmen ganz klar im Vordergrund. Dies sind auch Angebote, die am ehesten in den einzelnen Betrieben umgesetzt werden. So nennen die meisten Personen bei „Frage fünf“ als Punkte, die im eigenen Unternehmen angeboten werden, Rückenschule, Betriebsarzt, Arbeitsschutzmaßnahmen und Bewegungsangebote. Diese Maßnahmen lassen sich zum einen am einfachsten in den Unternehmen einführen und zum anderen sind sie teilweise ab einer bestimmten Unternehmensgröße vorgeschrieben. Allerdings bringen sie, wie in der Literatur häufig festgehalten wird, nicht immer die größten Erfolge mit sich. So sind theoretische Rückenschulkurse nur dann wirksam, wenn sie mit Bezug zum Arbeitsplatz durchgeführt werden. Wirkungsvoller sind allerdings Programme, die eine intensive und vor allem aktive Schulung der MitarbeiterInnen beinhalten. Außerdem, kann BGF nur dann erfolgreich sein, wenn sie die Verhaltensorientierung beinhaltet und außer dem Bewegungs- und Aufklärungsangebot die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes mitverändert.

Für ebenfalls wichtig wurden die Punkte Betriebsklima, Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen, sichtbare Anerkennung guter Leistungen und die Vorbildwirkung des Vorgesetzten angesehen, da dies alles Punkte sind, die sich unmittelbar auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter am Arbeitsplatz auswirken. BGF sollte sich – nach Meinung der Autorin – auf diese Bereiche erstrecken und jedes der Punkte stets berücksichtigen.

Ein großes Thema, das bei der Konzipierung des ganzheitlichen BGF-Programms ebenfalls Berücksichtigung finden sollte, ist der zeitliche Aspekt des BGF-Angebots. In der Kranken- und Gesundheitspflege ist zu bedenken, dass auf Grund des Schichtdienstplans und Abwechslung zwischen den Tag- und Nachtdiensten eine regelmäßige Wahrnehmung des BGF-Angebots durch die PflegemitarbeiterInnen nur schwer gewährleistet werden kann. Auch die Planung der Maßnahmen für die Zeit nach dem Dienst – also in der Privatzeit der

MitarbeiterInnen – ist für Viele nur schwer mit dem Familienleben zu vereinbaren In Fällen einer Belastung – und davon sind entsprechend den ExpertenInterviews ca. 33% der gesamten Pflegebelegschaft betroffen – ist der längere, nämlich an den Dienst anschließende und freiwillige Verbleib im Betrieb für die MitarbeiterInnen nicht tragbar.

Wünschenswert wäre, dass die BGF-Angebote den MitarbeiterInnen auch während der Arbeitszeit zur Verfügung stehen, wobei auch hier organisatorische Anpassung notwendig ist, denn die Wahrnehmung des BGF-Angebots durch einige MitarbeiterInnen in der Dienstzeit nicht die gleichzeitige Mehrbelastung derjenigen im Dienst bleibenden bedeuten darf.

Das organisatorische Umdenken richtet sich ebenfalls auf die Erholungs- und Essenspausen für die MitarbeiterInnen während der Dienstzeit. Damit sind ganz klar der zeitliche Rahmen für eine ausgewogene Ernährung am Arbeitsplatz aber auch die „Bewegten Pausen“ (entlastende und ausgleichende Bewegungsübungen) gemeint, welche BGF in die Arbeitszeit zu integrieren versucht.

Auch das Erreichen von Zielgruppen, stellt sich als schwierig dar: Vor allem im Fall von Maßnahmen, die sich gezielt an die älteren MitarbeiterInnen richten sollen. Der Grund ist darin zu sehen, dass die Identifizierung mit dieser Zielgruppe bei den betroffenen MitarbeiterInnen oft nicht gegeben ist. Damit werden auch mit viel Engagement, viel Geld, und viel Unterstützung keine Erfolge erzielt, denn man kommt nicht an diejenigen heran, für die das BGF-Angebot bestimmt ist. Der Versuch die Maßnahmen an alle Zielgruppen zu richten, um damit keine Ablehnung der anvisierten Zielgruppe zu erzeugen, ist damit verbunden, dass unter Umständen andere Altersgruppen die für die älteren MitarbeiterInnen offerierten Plätze durch die eigene Teilnahme reduzieren.

Zusätzlich ergeben sich die Herausforderungen in der Umsetzung von BGF in den Krankenhäusern dadurch, dass die Bereitschaft einer präventiven Vorbereitung der MitarbeiterInnen auf Fälle von unangemessenen Verhalten am Arbeitsplatz (wie beispielsweise Erscheinen im Dienst im alkoholisierten Zustand) nicht immer vorhanden ist.

„Und so habe ich es erlebt, dass ein guter Teil unserer Häuser nicht verstanden hat, sich dafür einzusetzen und mit wenigen Maßnahmen das kleine Ziel zu erreichen“ (Vgl. B3, Vers 252ff.)

„Das haben wir nicht, deswegen machen wir es nicht“ – wurde auf den Vorschlag zur Maßnahmenumsetzung entgegnet (B3, Vers 254f.). „Letztlich sind die wenigen Schritte, die

ein Hausmanagement zu setzen hatte, nicht passiert“ (Vgl. B3, Vers 258f.) auf die Frage „Wieso“ wurde erwidert: „Wir haben andere Sorgen“ (Vgl. B3, Vers 259f.) – was die mangelnde Schwerpunktlegung auf die BGF-Themen bestätigt (Vgl. u. a. B2).

Ein ebenso schwerwiegendes Hindernis ist darin zu sehen, dass nach der Beendigung der BGF-Projekte eine dedizierte verantwortliche Person für das Thema BFG fehlt (Vgl. B2 Vers 37f.; B3 Vers 383ff.). Damit steht der Rückkehr von betrieblicher Praxiskonvention keine Strukturadaptierung im Wege. Es wundert nicht, dass die durch die BGF-Projekte erlangte Verbesserung nicht nachhaltig in die betriebliche Organisation einfließt.

ABER die Kehrseite des oben Beschriebenen ist nicht nur möglich, sondern sie wird auch – zumindest in einigen Häusern und in einigen Bereichen – gelebt. Ein Beispiel stellt unter anderem die Initiative „Gesund im AKH“ mit dem eingerichteten Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitshaltung dar. Diese ist integriert in die Betriebsstruktur. Zwei Pilotprojekte lassen sich in diesem Zusammenhang nennen, die im Sinne der BGF die Arbeitsplatz- und die Rahmenbedingungenverbesserung sowie das Aufzeigen von Optionen zum gesundheitsförderndem Lebensstil für die MitarbeiterInnen zum Ziel haben.

Im Rahmen der durchgeführten Projekte wird der partizipatorischer Ansatz (z. B. im Projekt „Productive Ageing – Generationenbalance“) erkennbar: Die Anregung der MitarbeiterInnen, durch ihre BGF-Vorschläge das BGF-Angebot mitzugestalten findet statt.

In den MitarbeiterInnenbefragungen wird immer wieder – allmählich regelmäßiger – das Feedback der MitarbeiterInnen eingeholt und umgesetzt (wie beispielsweise im Fall des Einkaufs von ergonomischen Betten im KFJ-Spital).

Die eigene Seite im Intranet zum Thema Gesundheitsförderung, wo aktuelle BGF-Angebote sowie der Projektverlauf und die geplanten Aktionen von den MitarbeiterInnen eingesehen werden können (Vgl. B1, Vers 50ff.), zeugen von der Bedeutungsentwicklung von BGF und ihrer Präsenz im betrieblicher Organisation.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass obwohl zum Teil seit den 1980er Jahren in Österreich präsent, ist BGF kein in die betriebliche Organisation allgemein integrierter Aspekt. Der aktuelle Stellenwert von BGF für die Krankenhäuser entspricht keinesfalls der tatsächlichen Notwendigkeit einer konsequenten und strukturierten BGF-Umsetzung. Es wird bereits am Aufbau von Strukturen gearbeitet, BGF im AKH befindet sich jedoch erst in der Etablierungsphase (Beginn der Umsetzung seit 2013).

Die BGF-Verantwortlichen haben in ihrer Tätigkeit nicht nur den Ressourcen-Mangel, sondern gleichermaßen das zu entwickelnde ganzheitliche Verständnis von Zielsetzung, Sinnhaftigkeit und direkter BGF-Vorteile für den Betrieb zu berücksichtigen. Immer noch scheint der Aufklärungsbedarf in Bezug auf diese Themen zu bestehen, genauso wie praxisorientierte den Nutzen nachweisende Kennzahlen, welche die Überzeugungsarbeit der BGF-Verantwortlichen unterstützen und das Top-Management der Betriebe für diese Thematik gewinnen lassen würden.

Dies scheint die wichtigste Voraussetzung für den Erfolg von BGF zu sein, der allein mit dem Engagement, der Erfahrung und Ideen von einzelnen Personen oder kleinen Gruppen nicht zu erreichen ist.

7.2 Literatur- und Internetrecherchen

Der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit im Bereich der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege, dem Alter der PflegemitarbeiterInnen sowie deren Arbeitsfähigkeit wurde nachgewiesen (Vgl. Next Study). Dabei wurden Erkenntnisse über die Altersgruppe 45+ gewonnen. Für diese wurden folgende Faktoren als für die Steigerung beziehungsweise Minderung der Arbeitsfähigkeit festgestellt:

- Konflikt zwischen dem Berufs und dem Familienleben
- Emotionale Anforderungen
- Quantitative Anforderungen

(Vgl. Li et al 2010:21, Online).

Die Betonung der Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Privat- bzw. Familienleben findet sich in zahlreichen Quellen (u. a. Vgl. Pieck in Brandenburg et al. 2009:105ff.; Li et al 2010:20f., Online) und bringt gleichzeitig die Gender-Thematik in die Diskussion. Als Resultat lässt sich die Notwendigkeit festhalten, den Aspekt Gender in den BGF-Konzepten zu berücksichtigen.

Zu den weiteren Erkenntnissen aus der Literatur gehört das Rezept für den Erfolg von BGF, welches unerfüllt, eine Anhäufung von Hindernissen für eine wirksame Umsetzung, Akzeptanz und nachhaltige Verbesserung von der Arbeits- und damit der Lebensqualität der PflegemitarbeiterInnen 45+ darstellt.

Zu erwähnen ist der wichtige Qualitätsaspekt der **Standardisierung** im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, der in der Umsetzung in der Regel vernachlässigt wird. Dadurch zeichnet sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement durch unzureichende Systematik und Nachhaltigkeit (Vgl. Walter, 2007 zit. n. Walter in Badura et al. 2010:147).

Als eine der Voraussetzungen für den Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wird das **Engagement der Führungsebene** genannt. Die Manifestation der Management-Unterstützung sollte sich äußerlich manifestieren durch:

- die aus den Unternehmenszielen abgeleitete Zielsetzung
- die Niederschrift der Vereinbarungen

- die Verankerung in der Organisation in Form des Lenkungsausschusses
- die Bereitstellung notwendiger Ressourcen

(Vgl. Walter in Badura et al 2010: 148)

In der Praxis stoßen BGF und die BGF-Maßnahmen auf **Vorbehalte der MitarbeiterInnen**. Diese sind oft auf die Unkenntnis zurückzuführen: Es mangelt oft an gemeinsamem Verständnis aller Beteiligten – der Führungskräfte, der MitarbeiterInnen und den einbezogenen Experten – in Bezug auf den Inhalt von BGF, die einzelnen relevanten Begriffe und Ziele. Der Nutzen von den gesetzten beziehungsweise geplanten Maßnahmen ist ebenfalls nicht immer für alle Beteiligten ersichtlich. Die Konsequenz besteht darin, dass statt einem umfassenden BGF-Konzept, einzelne unzusammenhängende Maßnahmen ins Leben gerufen werden. Eine einheitliche Zielverfolgung seitens der Beteiligten liegt nicht vor. Auf diese Weise kann der Erfolg von BGF ausbleiben. Dabei muss der häufig beklagte Ressourcenmangel nicht die Ursache für die Erfolgslosigkeit von BGF sein (Vgl. Badura et al. 2010:51).

Die richtige **Kommunikation** aller Beteiligten gehört zweifellos zu den grundlegenden Erfolgsfaktoren von BGF und bildet eine wichtige Basis, den Rahmen und das Instrument zur erfolgreichen Entwicklung und Implementierung von BGF (u.a. Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:137ff.; Franke/ Felfe in Badura et al. 2011:5f.).

7.3 AKH-Daten der Altersstruktur

Die Pflegebelegschaft des Wiener AKHs entspricht der Konvention des Pflegeberufs insoweit, dass sie frauendominiert ist: 2013 sind ca. 39% der gesamten Pflegebelegschaft die MitarbeiterInnen 45+; 85% davon sind Frauen.

Funktion	Frauen	Männer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ Krankenschwestern	609	121
Kinderkrankenpfleger/-Schwestern	101	0
Oberpfleger/-Schwestern	11	5
PflegehelferInnen	29	8
PflegevorsteherInnen	3	0
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger/-Schwestern	12	11
Ständige StationspflegervertreterInnen	58	3
Stationspfleger/-Schwestern	108	17
Summe	931	156

Tabelle 16: Personalstand 2013 – Pflegepersonal 45+ AKH Wien (Vgl. Personalstand 2013, Abteilung Personal, AKH, siehe Anhang)

Basierend auf den ExpertInnen-Interviews lässt dich der aktuelle Stellenwertes, die Präsenz und Wirkung von BGF im Wiener Allgemeinen Krankenhaus skizzieren. Gewiss handelt es sich um einen Abriss der aktuellen Situation, der – jedoch nach Meinung der Autorin – einen guten Einblick in die BGF-Entwicklung im Wiener AKH bietet.

Der Aussage einer/es Experin/Experten zur Folge sind 2/3 von den MitarbeiterInnen und KollegInnen des Krankenanstaltenverbundes, zu dem das AKH gehört, in der Lage ihre Arbeit sehr gut zu bewältigen. 1/3 davon allerdings, also 10.000 Menschen (Vgl. Mitarbeiterzahlen des Krankenanstaltenverbundes, Online) ist stark belastet und damit bereits durch die Arbeit gesundheitlich gefährdet (Vgl. B3 Vers 334ff.). Wird dieser Richtwert für das Wiener AKH angenommen, kann davon ausgegangen werden, dass im Fall der professionellen Gesundheits- und PflegemitarbeiterInnen in der Altersgruppe 45+ ca. 310 Mitarbeiterinnen und mehr als 50 Mitarbeiter sich bereits in der gesundheitlichen „oranen Zone“ befinden.

Für die betriebliche Praxis könnte es schon bald bedeuten, dass einige dieser stark belasteten MitarbeiterInnen kündigen oder – noch wahrscheinlicher – in den Dauerkrankenstand gehen. Die Konsequenzen wären zum einen – im Fall der Kündigungen – die Schwierigkeit wegen (im Allgemeinen) der zu keinen Anzahl der Nachwuchs-MitarbeiterInnen die frei gewordenen Stellen zu besetzen, zum anderen – im Fall der Dauerkrankenstände – ist die Nachbesetzung der nicht-produktiven Stellen gar nicht möglich (Vgl. B3 Vers 334ff.). Die Ressourcenreduktion und damit zusammenhängende Belastungsverstärkung für die gesunden MitarbeiterInnen wären die Folge. Das Risiko arbeitsbedingt zu erkranken, würde wachsen, die Chance des präventiven Einsatzes von BGF bereits verpasst. Eine weitere Konsequenz wäre ein wesentlicher Wissensverlust, da der Know-how-Transfer von erfahrenen KollegInnen an die jüngeren PflegemitarbeiterInnen einerseits auf Grund der Abwesenheit der älteren MitarbeiterInnen, andererseits wegen durch ihre Abwesenheit verursachte Reduktion des diensthabenden Personals und somit der Ressource Zeit für Lernen und Austausch während des Dienstes im Krankenhaus nicht oder nur schwer möglich wäre.

An dieser Stelle kann versucht werden, den finanziellen Verlust für den Betrieb in Zahlen auszudrücken, wobei auch betont werden muss, dass die Aussagekraft der nachfolgenden Schätzung auf Grund der fehlenden Daten zur Belastung speziell in der Pflegebelegschaft der Altersgruppe 45+ im AKH beschränkt ist: Im Interview mit der/dem Expertin/en B3 wurden die nicht-produktiven MitarbeiterInnen des Krankenanstaltenverbundes von 7% genannt. Nimmt man denselben Prozentsatz für die Pflegebelegschaft 45+ des Wiener AKHs an, wobei ausschließlich deren 33% als zur Gruppe der gefährdeten MitarbeiterInnen zugehörig berücksichtigt werden, handelt es sich um ca. 26 nicht-produktive Vollzeitäquivalente pro Jahr. Bei Kosten für den Dauerkrankenstand pro Vollzeitäquivalent und Jahr von € 50.000 könnte es sich für AKH unter Umständen um einen finanziellen Jahresverlust von € 1.300.000 handeln (Vgl. B3 Vers 349ff.).

Die Abwesenheiten der Pflegebelegschaft im Jahr 2012 betragen insgesamt 63.451 Abwesenheitstage. Diese Zahl erfasst unter anderem die Abwesenheiten wegen Krankheit (60.655 Tage), Dienstfreistellung (2.519 Tage) oder Berufskrankheit (61 Tage). Umgerechnet handelt es sich eventuell (fehlende Angaben zu Voll- und Teilzeitverteilung) um eine Personalreduzierung von mehr als 170 Vollzeitäquivalenten. Bei genannten Jahreskosten pro nicht-produktives Vollzeitäquivalent von € 50.000 liegt der Verlust bei € 8.500.000 (siehe Anhang).

Überträgt man auf das AKH die vor zehn Jahren formulierte und für Deutschland geltende Annahme, dass mit einem entsprechenden gesundheitsfördernden Angebot 25-30% der in die Pflege fließenden Ressourcen wegen chronischer Fälle erspart werden können, beträgt die Ersparnis allein in der Altersgruppe 45+ (entsprechend der obigen Berechnung) ca. € 230.000 (Vgl. SVR 2002 zit. n. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:39).

Die Zahlen sprechen für sich. Die Investitionen in die BGF-Projekte können sich als essentiell für die Verbesserung der Lebensqualität und den Erhalt der Leistungsfähigkeit von AKH-MitarbeiterInnen erweisen. Dabei würde auch die Erholung und die Rückkehr der belasteten Pflegebelegschaft durch die gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen begünstigt werden. Und das ist auch eines der größten Ziele „(...) Bedienstete, die sich in Langzeitkrankenständen befinden, in den laufenden Betrieb herein zu holen“ (B4 Vers 116f)

7.4 AKH Genderstruktur und Betreuungsstätten

Strukturelle Analysen nach Geschlecht und Alter (speziell Altersgruppe 45+) für Österreich sind nicht zugänglich. Im Rahmen der NEXT-Studie wurde 2010 eine Analyse der Arbeitszufriedenheit, gemessen mittels ABI, veröffentlicht. Sie beinhaltet einen Vergleich der Work Ability von Mitarbeitern 45- Jahre zu der Altersgruppe 45+ Jahre.

Bemerkenswert sind die deutlichen Unterschiede in zwischen den beiden Altersgruppen in Deutschland und Frankreich, während in den Benelux Staaten kein Unterschied beobachtet werden konnte. Eine Gemeinsamkeit stellt der Konflikt zwischen Arbeit und Familie als Einflussfaktor für die Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals dar (Vgl. Li et al 2010:20f.).

Die Herausforderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird durch die unzureichende Ausgestaltung der öffentlichen Infrastruktur verstärkt (Vgl. Pieck in Brandenburg et al. 2009:105f.). Für die 2.830 PflegemitarbeiterInnen des Wiener AKH (Vgl. o. V. Personalstand 2012, Wiener Krankenanstaltenverbund, Online) – um einen Schritt auf die vor der Autorin definierte Zielgruppe zuzugehen – bedeutet das zum Beispiel, dass in Wien nur zehn Betriebskindergartenstätten des Krankenhausverbundes, deren Öffnungszeiten (zusätzlich Kindergarten im Wilhelminenspital, Wien 1160, mit der Nachtbetreuungsmöglichkeit) an die Dienstzeiten der Eltern angepasst sind als die anderen Kinderbetreuungsstätten, zur Verfügung stehen (Vgl. wien.at Online). Dabei handelt es sich insgesamt (Krippe: Kinder 0-3 Jahre; Kindergarten: Kinder 3-6 Jahre; Hort: Kinder 6-10 Jahre) um nur 166 Betreuungsplätze (Vgl. Online Anfrage siehe Anhang).

Ein Lösungsansatz kann in der Zuordnung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zum Verantwortungsbereich der Organisation gesehen werden (Vgl. Pieck in Brandenburg et al. 2009:119) aber auch in der Orientierung an dem überwiegenden Beschäftigtenanteil, den Frauen, bei der Planung und Umsetzung des BGMs. Als Aushandlungsprozess setzt er für den Erfolg das Einvernehmen aller Beteiligten voraus (Vgl. Pieck in Brandenburg et al. 2009:111).

Eine starke Einbeziehung von Frauen erscheint in diesem Zusammenhang absolut plausibel und auch notwendig. Umgelegt auf das AKH Wien und das Thema BGF erscheint der Vorschlag von Pieck, Frauen stärker in die Gesundheitszirkel einzubeziehen, empfehlenswert (Vgl. Pieck in Brandenburg 2009:121).

8 BGF und AKH – Erkenntnisse

Das Thema BGF ist im AKH präsent, auch wenn erst seit kurzer Zeit („erst im Werden“, B4 Vers 170) – nämlich in 2013 (Vgl. Godnic-Cvar, Zettl 2013:4). Die BGF-Ansätze sind in den aktuellen Projekten, wie „Gesund im AKH“, erkennbar:

„Gesund im AKH“ besteht aus 10 Teilprojekten mit dem Fond Gesundes Österreich, welche die Themen wie Kommunikation, Stellenbeschreibungen, Suchtprävention, „Productive Ageing“ aber auch gesunde Ernährung und Bewegung (Vgl. Godnic-Cvar, Zettl 2012: 13) beinhalten.

Erwähnenswert ist das AKH-eigene Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitserhaltung (CCAG), welches für den externen Austausch (u. a. mit der Stadt Wien) und die Gestaltung von weiteren BGF-Maßnahmen verantwortlich ist (Vgl. B4 Vers 12ff.), sondern der mehrmals im Jahr stattfindende Austausch zum Thema Gesundheitsförderung, an dem neben der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Hanusch-Krankenhaus und den privaten Spitälern das Wiener AKH beteiligt ist (Vgl. B2 Vers 263ff.).

Des Weiteren werden im AKH das Fehlzeitmanagement und – auf der Abteilungsebene – das Krankenstandrückgespräch oder das erweiterte MitarbeiterInnen-Informationsgespräch gemeinsam mit dem Betriebsrat und der Personalabteilung eingesetzt (Vgl. B4 Vers 119ff.). Damit kann das Interesse der Führungsebene und die Anerkennung des Bedarfs, BGF in den täglichen Betrieb zu integrieren, erkannt werden. Dieser Gesundheitsbezug und die Nachfrage in Hinblick auf BGF machen sich ebenfalls auf der MitarbeiterInnen-Ebene sichtbar (Vgl. B4 Vers 79ff.).

Die selbstständige Initiative der MitarbeiterInnen auf der Abteilungsebene und in kleinen Gruppen – wie zum Beispiel die gemeinsame Teilnahme an Nordic Walking- oder Yoga-Kursen – bestätigt die freiwillige Auseinandersetzung mit der Gesundheitsthematik im privaten Rahmen (Vgl. B4 Vers 4ff.).

Auf der Abteilungsebene findet „eine häufige Inanspruchnahme des BGF-Instruments Supervision“ statt, welche bestätigt, dass das BGF-Angebot erwünscht ist (Vgl. B4 Vers 84ff.). Und obwohl im BGF-Angebot Verbesserungspotential gesehen wird (Vgl. B4 Vers 90ff.), gilt es festzuhalten, dass das Vertrauen der MitarbeiterInnen in die BGF-Unterstützungsangebote laufend wächst (Vgl. B4, Vers 88f.).

Das Verbesserungspotential lässt sich an der MitarbeiterInnen-Partizipation an den BGF-Maßnahmen feststellen: 2012 nahmen mehr als 30% der AKH-MitarbeiterInnen an der regelmäßig stattfindenden Durchführung der MitarbeiterInnen-Befragung teil (Vgl. B4 Vers 108).

Ein weiteres Indiz für die Nachfrage nach BGF ist die Eigendynamik, die für das Thema BGF charakteristisch ist. Darunter ist das Engagement von den MitarbeiterInnen zu verstehen, die sich pro-aktiv für das Thema BGF einsetzen und ihre Ausbildungen und Wissen in Form von Vorträgen im Rahmen von BGF mit anderen MitarbeiterInnen teilen wollen (Vgl. B1, Vers 78ff.).

Die Gender-Berücksichtigung im Rahmen von der BGF-Planung und –Durchführung im AKH kommt – laut ExpertInnen-Aussage – nicht nur in den Teilprojektschritten des CCAG oder im Projekt „Gesund im AKH“ zum Ausdruck, sondern ist für die Personalentwicklung und die Kommunikation im Haus charakteristisch (Vgl. B4 Vers 215ff.).

Der genderspezifische Ansatz spiegelt sich im BGF-Bewegungsangebot wider: Zumba- oder Tanzkurse zielen hauptsächlich auf den weiblichen Teil der Belegschaft ab, die Ballspiele werden hauptsächlich von den männlichen Mitarbeitern genutzt – und in jedem Fall schafft das BGF-Angebot zusätzlich einen Rahmen für den gesundheitsfördernden Austausch: „Das war unglaublich, wie viele interessierte Personen es gibt, im Kleinen, im Persönlichen über Ernährung und über Vorsorgeuntersuchung usw. reden“ (B3 Vers 598ff.).

Alter als Kategorie des BGF-Konzepts findet sich im AKH ebenfalls wieder. Das Teilprojekt „Productive Ageing mit dem Ziel der Beleuchtung und Entwicklung von Handlungsfeldern macht es deutlich (Vgl. B4 Vers 194f.). Angestrebt werden Arbeitsmodelle, die eine optimale Nutzung von Ressourcen unter Schonung der MitarbeiterInnen-Gesundheit ermöglichen.

Dabei existieren bereits solche für die Pflege entwickelte Modelle, wie beispielsweise das Wundmanagement oder Pflegeberatung (Vgl. B4 198ff.). Deren Integration in die betriebliche Organisation des Wiener AKH ist allerdings – wie bereits erwähnt – ein anderes Thema. Unter anderem stellt sich hier die Frage nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen beziehungsweise, welche Ressourcen das AKH für BGF einsetzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ansätze eines standardisierten Zugangs zu BGF als auch das Engagement auf der MitarbeiterInnen-Ebene im Wiener AKH sichtbar sind.

In Wirklichkeit können jedoch der Einsatz von BGF-Instrumenten sowie der ausschließliche Fokus auf die BGF nur bedingt wirksam und nachhaltig sein. Die dienstrechtlichen Barrieren stellen sich zweifellos als hinderlich dar. Das vorübergehende Ersetzen der sich im Dauerkrankenstand befindlichen MitarbeiterInnen ist nicht möglich. Die Folge ist, dass in der Zeit – um das Ressourcendefizit auszugleichen – die gesunde Mannschaft stärker belastet und dadurch gesundheitlich gefährdet wird (Vgl. B4 Vers 125ff.). Zur Sicherstellung des nachhaltigen Erfolges von BGF wären zweifellos weitere Veränderungen, wie jene im dienstrechtlichen Bereich, sinnvoll.

Dabei befindet sich BGF im AKH in ihrer Anfangsphase. Es gibt laufende Projekte und Ideen, den Arbeitstag alters-, gender- und gesundheitsgerecht zu gestalten, außerdem gehört das Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitserhaltung zu den AKH-Strukturen. Dennoch ist die Schwierigkeit, die gesundheitlichen Innovationen in den Tagesbetrieb – u. a. auf der MitarbeiterInnenebene – zu integrieren, erkennbar.

Umfangreiche Projekt-Evaluierungen könnten als Basis für eine zielorientierte Planung von BGF-Maßnahmen speziell für das Wiener AKH dienen. Allerdings brauchen diese einen breiteren Zeitrahmen. Da die intensive BGF erst seit kurzer Zeit im AKH präsent ist und derzeit unter Umständen hauseigene Daten im ausreichenden Ausmaß, an denen eine Orientierung möglich wäre, fehlen, empfiehlt es sich umso mehr, die Erfahrungen der ExpertInnen sowie das durch die zahlreichen durchgeführten Maßnahmen im deutschsprachigen Raum und außerhalb dessen Grenzen gewonnene Know-How heranzuziehen. Auf diese Weise kann das hauseigene BGF-Konzept unter dem Aspekt der Lösungsorientierung und des optimalen Kosten-Nutzens-Verhältnisses auch in der BGF-Anfangsphase ausgerichtet sein.

Aus diesem Grund werden in dem anschließenden Kapitel einige dieser Erkenntnisse und Erfahrungen präsentiert und als Empfehlung für das AKH-eigene BGF-Konzept zusammengefasst.

9 Empfehlungen zur Umsetzung von BGF im AKH Wien

Basierend auf der umfangreichen Literatur zum Thema BGF unter Berücksichtigung der bereits präsentierten ExpertInnen-Meinungen lassen sich einige Ansätze feststellen, die sich das Wiener AKH bei der Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des hauseigenen BGF-Konzepts zu Nutze machen könnte und sollte. Die Empfehlungen werden in den bunt markierten Feldern zusammengefasst.

Die Empfehlungen sind thematisch gegliedert in

- Allgemein wichtige Punkte
- Relevantes während der Projektdurchführung und
- die für den regulären Betrieb geltenden Empfehlungen

Selbstverständlich sind all die nachfolgend angeführten Empfehlungen zusammenhängend. Die einzelnen Empfehlungen lassen sich auf alle Projekt-Phasen erstrecken. Die Unterteilung hat lediglich den Zweck, die von der Autorin erkannten Schwerpunkte in den einzelnen Phasen hervorzuheben.

Allgemein wichtig

Die Einführung von BGF hat optimaler Weise weiterhin in Form von Projekten zu erfolgen.

Der Vorteil dabei ist, dass das notwendige Wissen schrittweise aufgebaut werden kann und dass der Betrieb dabei lernt, sich zu verändern und mit der Veränderung umzugehen (Vgl. Pieck in Kolip/Altgeld 2009:224). Für das AKH bedeutet die punktuelle Schwerpunktlegung – die bereits stattfindet und weiterhin fortgeführt werden sollte – derzeit und künftig die Vertiefung des Know-hows in bestimmten Bereichen ohne ineffektive Streuung der Ressourcen auf unter Umständen unzusammenhängende Aktionen, die als BGF-Konzept verstanden werden wollen. Außerdem bietet die temporäre Fokussierung auf die einzelnen BGF-Themenbereiche bessere Voraussetzungen, um die im Projekt aufgebauten Strukturen in die Gesamtstruktur des Betriebes einzufügen und – letztlich – zu erhalten.

Einer der grundlegenden Punkte ist ein **gutes Kommunikationsnetz**, das unbedingt so anzulegen ist, dass alle MitarbeiterInnen in allen Arbeitsbereichen berücksichtigt und dadurch vom Informationsmanagement im Rahmen von BGF erreicht werden.

Die ganzheitliche kommunikative Vernetzung stellt eine Voraussetzung für die Eigenschaft der Ganzheitlichkeit von BGF dar. Die bewusste Berücksichtigung der Spannweite des Kommunikationsnetzes und dessen Funktion als eines der Erfolgsfaktoren fand u. a. während der Durchführung des BGF-Projekts für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) statt. Wie in dem VAEB BGF-Projekt profitiert der Betrieb von dem Kommunikationsnetz dadurch, dass die gesunden Personen frühzeitig erreicht, deren Gesundheitspotentiale (wie die Entwicklung der persönlichen Gesundheitskompetenz) gestärkt und Krankheitsrisiken minimiert werden können (Vgl. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:39ff.).

Das gute Kommunikationsnetz ist gleichermaßen in umgekehrter Richtung funktionsfähig: Nicht nur die Information wird erfolgreich in alle Ebenen der Betriebsstruktur transferiert, sondern die Vernetzung kann und soll als Unterstützung der MitarbeiterInnen-Partizipation an dem BGF-Gestaltungs- und Umsetzungsprozess genutzt werden.

Die Akzeptanz der BGF-Idee durch die MitarbeiterInnen ist eine Bedingung für deren aktive Partizipation an dem BGF-Prozess. Diese setzt die umfassende Information und Transparenz voraus, weshalb im Wiener AKH ein optimaler Austausch zu BGF-Themen gewährleistet werden sollte.

Zu diesem Zwecke ist es empfehlenswert eine jederzeit während der Dienstzeit zugängliche Informationsplattform den MitarbeiterInnen zur Verfügung zu stellen. Dafür bietet sich das betriebliche Intranet an (Vgl. Interview mit B1 Vers 50ff.).

Diese Lösung ist in einem Betrieb der AKH-Größe organisatorisch am einfachsten und ökonomischsten zu realisieren. Nicht zuletzt deshalb, weil es bereits ein AKH-Intranet gibt und von Projekt „Gesund im AKH“ zu diesem Zwecke – gemäß dem Projektkonzept –

genutzt wird (Vgl. Godnic-Cvar, Zettl 2012:22). Dieses kann als partizipatorisches Werkzeug für die BGF-Mitgestaltung (z. B. in Form von MitarbeiterInnen-Befragungen) oder Inanspruchnahme des BGF-Angebots (z. B. Anmeldung für die Bewegungskurse, etc.) weiterhin genutzt werden.

Es ist des Weiteren zu beachten, dass die BGF-Dynamik nicht nur auf der informellen, sondern ebenfalls auf der formalen Ebene für die MitarbeiterInnen spürbar ist (Vgl. B3 Vers 457f.). Daraus ergibt sich die folgende Empfehlung:

Das Informations- und das praktische BGF-Angebot sollten immer auf einander abgestimmt sein. Die Projekte – die ihrem Wesen nach temporäre Aktionen sind – sollten auf die Verhaltens- und Verhältnismodifizierung abzielen und in ihrer Ausführung zielgerichtet sein (Zielgruppen-Definition, themenrelevantes Angebot, zusammenhängendes Programm, optimale Planung der Ressourcen).

Um von den MitarbeiterInnen angenommen zu werden, bedarf es im Allgemeinen einer BGF-Präsenz.

Dafür ist gute Sichtbarkeit, absolute Transparenz sowie stärkere Offenheit des BGF-Angebots (Vgl. B4, Vers 91f.) anzustreben.

Im AKH werden diese Themen – entsprechend der Planung – künftig von CCAG übernommen, präsentiert und angeboten (Vgl. B4, Vers 93ff.).

Ein anderer BGF-relevanter Punkt sind die zu verbessernden Umgangsformen zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen (Vgl. Pieck in Brandenburg et al. 209:120). Des Weiteren ist die wertschätzende Kommunikation zwischen ÄrztInnen und KrankenpflegemitarbeiterInnen sicher zu stellen.

Es empfiehlt sich für AKH die Kommunikationstrainings ebenfalls in das BGF-Portfolio aufzunehmen. Diese sollten im gleichen Maße an die Ärzteschaft als auch an das Pflegepersonal gerichtet sein und alle gesundheitsrelevante Aspekte der Kommunikation am Arbeitsplatz thematisieren (also auch die PatientInnen-Kommunikation, den Austausch unter KollegInnen, Deeskalationsmanagement, etc.)

Bei der Planung von BGF-Maßnahmen im Sinne der Ganzheitlichkeit sind die Bedürfnisunterschiede der MitarbeiterInnen je nach Arbeitsbereich zu evaluieren, anzuerkennen und entsprechend durch BGF zu beachten (VAEB BGF-Projekt Vgl. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:40).

Im AKH im Bereich der Pflege empfiehlt es sich die Kategorien Alter und Gender in die Evaluierung der MitarbeiterInnen-Bedürfnissen sowie das BGF-Angebot einzubeziehen – dies ist die Voraussetzung für BGF-Maßnahmen auf der persönlichen Ebene (B3 Vers 601f.). Das konsequente Adressieren der Angebote an verschiedene Altersgruppen (z. B. Verteilung: bis 25 Jahre; 25-35 Jahre, 35-45 Jahre, 45+ Jahre) hat viele Vorteile: besseres Erreichen der Zielgruppen, Nutzung der zur Verfügung stehenden Plätze von der bestimmten Zielgruppe, keine Ablehnung durch die MitarbeiterInnen wegen emotionsbesetzten Kategorisierung in „jung“ und „alt“ – sondern Verteilung nach der neutralen Kategorie Alter.

Das BGF-Angebot könnte sich an der Alterseinteilung orientieren, die ebenfalls aus einer Intranet-Umfrage hervorgehen könnte (mögliche Fragen: *1. Zu welcher Altersgruppe gehören Sie? 2. In welcher Altersgruppe würden sie sich während der Wahrnehmung von Sport-Angeboten des AKHs am wohlsten fühlen?*). Auf diese Weise würde die Gruppierung nach Alter als Basis für die Definition der BGF-Zielgruppe auf den Wünschen und Bedürfnissen der MitarbeiterInnen gründen. Da das BGF-Angebot außerdem einen Raum für den gesundheitsfördernden Austausch bietet, ist zu erwarten, dass die MitarbeiterInnen gerne mit KollegInnen im ungefähr gleichen Alter und in der ungefähr gleichen Lebensphase an dem Programm teilnehmen möchten. Bei einer auf diese Weise erfolgten Altersunterteilung ist eine Akzeptanz der MitarbeiterInnen oder zumindest das Fehlen des Eindrucks von Stigmatisierung auf Grund des Alters anzunehmen.

Zu berücksichtigen sind unter Umständen sprachliche Barrieren. Die Entwicklung eines maßgeschneiderten Evaluierungsvorgehens, um diese zu überwinden (Vgl. B2, Vers 85ff.), entspricht dem zu erreichenden BGF-Konzepts im Sinne der Ganzheitlichkeit.

Die Partizipation an der Intranet-Umfrage bei gleichzeitiger Möglichkeit, Begriffe oder Inhalte nachzuschlagen, könnte eine simple, einfach realisierbare Lösung sein.

Dieser Ansatz ist im aktuellen BGF-Projekt, „Gesund im AKH“, bereits berücksichtigt worden. Die Informationsveranstaltungen sind in verschiedenen Sprachen geplant, um auch Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen (Vgl. Godnic-Cvar, Zettl 2012:14).

Auch die Einbindung des Management ist unter anderem deshalb wichtig, weil sein Einfluss auf das Wohlbefinden und somit die Gesundheit der MitarbeiterInnen erst in den Gesprächen mit den Führungskräften verinnerlicht werden muss (am Beispiel des VAEB BGF-Projekts, dazu Vgl. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:40). Auch deswegen, weil Führungskräfte für den Aufbau von Strukturen wesentlich sind.

Im AKH empfiehlt sich daher Seminare/Workshops für die Führungskräfte anzubieten, in denen der Einfluss des Führungsverhaltens auf die MitarbeiterInnen-Gesundheit sowie deren Vorbildfunktion in den BGF-Themen thematisiert werden.

Die Vorbildwirkung des Managements wird in der Praxis oft vergessen (Vgl. B3 Vers 659f.). Der Grund dafür ist die Einstellung des Top Managements: Sobald etwas bewilligt ist, gilt es als erledigt. Der Prozessumstand wird verdrängt. Die Identifizierung mit der Aufgabe fehlt, dadurch kann die Vorbildfunktion nicht erfüllt werden (Vgl. B3 Vers 661ff.). Die hilfreichen bereits vorhandenen Materialien – wie die von der/m Expertin/Experten B3 beschriebenen Manuale (Vgl. B3 Vers 230) – sind den Führungskräften im Rahmen der BGF-Ausbildung bzw. –Weiterbildung zur Verfügung zu stellen.

Das große Thema ist in diesem Zusammenhang die Motivation von Führungskräften. Auch in diesem Punkt ist eine Lösung seitens der Organisation notwendig. Mittels Motivation und Aufklärung bei den Führungskräften kann Einfluss auf den Führungsstil im Sinne von BGF genommen werden, dadurch die Aktivierung vorhandener Ressourcen (Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen) erfolgen und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz

gewährleistet werden. Denn „man braucht (...) nicht die großen Geldtöpfe aufmachen und alle mit Geld befriedigen. Zuwendung, Zuhören, solche Dinge sind schon wichtige Maßnahmen, die man setzen kann“ (Vgl. B3 Vers 322ff.).

Des Weiteren ist auf der Führungsebene ein weiteres Faktum von Bedeutung. Die Problematik der **Überrepräsentation von Männern in leitenden Positionen** (Vgl. B3 Vers 88f.) **in** – im Fall der Gesundheits- und Krankenpflege – **frauendominiertem Beruf** hat unter Umständen genderungerechte Konzeption von BGF-Ansätzen (Vgl. B3 Vers 90) für überwiegend weibliche Mitarbeiterinnen zur Folge.

Um im AKH den gendergerechten Zugang zu BGF und – daraus resultierend – die Berücksichtigung des Gender-Aspekts in der Planung und Umsetzung von BGF-Maßnahmen zu gewährleisten, wäre es empfehlenswert, den Prozentsatz von Frauen in Führungspositionen zu erhöhen und ihnen damit eine stärkere Stimme und mehr Gestaltungsmöglichkeiten – im Allgemeinen aber auch im Bereich von BGF – zuzuordnen.

Denn die Partizipation wird als Schlüsselfaktor eines geschlechtergerechten Gesundheitsmanagements anerkannt (Vgl. Pieck in Kolip/Altgeld 2009:227f.).

Durchführung

Die Vorgehensweise während der BGF-Projektumsetzung im AKH hat immer im Sinne des Projekt Managements zu erfolgen (VAEB BGF-Projekt Vgl. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:43f.).

Dadurch werden die Systematik, Dokumentation und Nachvollziehbarkeit sichergestellt sowie die Erfolge und die Schwachstellen, an denen im Zuge der laufenden Verbesserung gezielt angesetzt werden kann, ersichtlich.

Wichtig wäre diesen Punkt mit der informellen und partizipatorischen Einbeziehung der MitarbeiterInnen zu verknüpfen.

Auf diese Weise kann mit dem MitarbeiterInnen-Feedback hinsichtlich der Verbesserungspotentiale gerechnet werden (z. B. via Intranet).

Die Ernennung einer/s Projektleiterin/Projektleiters ist nicht nur deshalb empfehlenswert, weil dessen Funktion mit einem kontinuierlichen zielgerichteten Projektablauf zu assoziieren ist (Modellprojekt einer Papierfabrik Vgl. Hirtenlehner/Pillwein in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:85ff.). Die BGF-Projekte leitenden Personen verfügen außerdem über die notwendige Wissensbasis und Erfahrung, die notwendig sind, um nach dem Projektende die Zielsetzungen des Projekts auf den betrieblichen Alltag zu erstrecken und sie in die betrieblichen Routinen einfließen zu lassen. Erfolgsrelevant ist deshalb der Wechsel von einem temporären Verantwortungsansatz in die Schaffung langfristiger Funktionen, die nach der Projektbeendigung in die Betriebsstruktur übergehen. Da AKH über eine dedizierte BGF-Projektleiterin, Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar, verfügt, könnte ein weiterer Schritt gegangen werden.

Hauseigene MitarbeiterInnen, welche die Durchführung der Projekte unterstützen und oder eine ganze Zielgruppe oder kleinere Einheiten – zum Beispiel an dem Projekt teilnehmende Stationen – betreuen, sind als fixe Bestandteile des BGF-Konzepts auch in der Phase nach dem Projekt zu betrachten. Ihre Aufgaben sind an die Betriebsstruktur anzupassen und nach dem Projektende fortzusetzen.

In der Praxis könnte es sich um geschultes Pflegepersonal handeln oder um die direkt im Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitserhaltung tätigen MitarbeiterInnen, die das Projektthema nach dem Projektende weiterhin betreuen, für die Planung der Maßnahmen und Evaluierungen des Fortschritts verantwortlich sind und in die Budgetplanung für die Maßnahmen-Fortsetzung einbezogen werden.

Die Informationspflicht gegenüber dem Management und den Mitarbeiterinnen verbleibt bei der Projektleiterin, die allerdings von den BGF-MitarbeiterInnen unterstützt wird.

Die Maßnahmenplanung und -umsetzung hat auf Evaluierungen aufzubauen, für Management plausibel und für die MitarbeiterInnen als sinnvoll empfunden und spürbar sein.

Die Projektdurchführung hat weiterhin gemäß den 5-Stufen zu erfolgen, nämlich:

1. Ernennung der Steuerungsgruppe
2. Ist-Analyse
3. Gesundheitszirkel in allen Arbeitsbereichen (für AKH z. B. Krankenpflege, Verwaltung, etc.) nach dem Linzer Modell
4. Umsetzung
5. Erfolgskontrolle

Bei der Ist-Analyse ist die Überlegung eines geeigneten Instruments für die **Evaluierung der Ausgangssituation** von großer Relevanz. Der Fokus sollte darauf liegen, die **Anonymitätsbedenken der MitarbeiterInnen** auszuräumen und eine möglichst große Rückmeldung zu begünstigen. Die Erfahrung zeigt nämlich, dass die Vertrauensbasis zu den Führungskräften seitens der MitarbeiterInnen nicht im notwendigem Ausmaß gegeben ist: „Der Mitarbeiter weiß nicht, was der Chef daraus macht“ (B3 Vers 195f.) – und deshalb ist unter Umständen zielorientierter von direkten Gesprächen zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften als Basis für die Evaluierung der Ist-Situation abzusehen. Eine Alternative kann vom Modellprojekt einer Papierfabrik abgeschaut werden. Hier wurden den MitarbeiterInnen zu diesem Zwecke Fragebögen ausgehändigt, die direkt an OÖGKK zu retournieren waren. Diese Sicherung der Anonymität gewährleistete einen Rücklauf von 80% (Vgl. Hirtenlehner/Pillwein in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:91ff.).

Eine Adaptierung an die AKH-Bedürfnisse könnte ebenfalls mittels des AKH-eigenes Intranets erfolgen.

Der PC-Zugang sowie die Teilnahme an der Evaluierung während der Dienstzeit unter der Verwendung eines allgemeinen Passworts könnten unter Umständen eine noch höhere Partizipationsquote zur Folge haben. Die Bedingungen sind bereits weitgehend gegeben: Auf jeder AKH-Station ist mindestens ein PC vorhanden, das AKH-Intranet existiert, die zeitliche Herausforderung ist organisatorisch – basierend auf der langjährigen Erfahrung der Autorin als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester – definitiv zu bewältigen.

Da die Ist-Analyse das Fundament für die Schwerpunktlegung von BGF ist, ist eine hohe Beteiligung der MitarbeiterInnen an der Initialevaluierung für die zielorientierte Ausrichtung von BGF-Maßnahmen essentiell.

Regulärer Betrieb nach der Projektdurchführung und Nachhaltigkeit

Um die Innovation im Rahmen von BGF im Wiener AKH zum Selbstläufer zu machen, ist die **Verankerung von BGF in dem Managementsystem** eine Schlüsselbedingung (Vgl. Hirtenlehner/Pillwein in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:95). „(...) Das ist (...) die erfolgreichste Maßnahme, weil es dann langfristig hält“ (B5 Vers 177ff.)

Die zu empfehlende Vorgehensweise ist nicht nur die Bewusstseins- und der Willensbildung bei allen Beteiligten bereits in der Initialphase, sondern im gleichen Maße die Thematisierung des Aktionsplans nach der Beendigung des Projekts als fester Bestandteil der Projektphase. Denn das Projekt bringt zwar die Entwicklung notwendiger Kompetenzen mit sich und schafft die BGF-relevante Strukturen, das langfristige Ziel ist aber nicht nur deren Entwicklung, sondern primär deren Erhaltung im Anschluss an das Projekt. Dazu ist die Zusammenführung mit dem Qualitätsmanagement notwendig und im letzten Schritt die Anpassung der neu geschaffenen Strukturen an das Managementsystem sowie die Implementierung in seinem Rahmen.

Eine wichtige Erkenntnis aus den ExperInnen-Interviews, einer der stärksten Eindrücke der Autorin während der Recherche und eine ausdrückliche Empfehlung für die Umsetzung von BGF-Projekten im Wiener AKH spiegeln sich im folgenden Verbesserungsvorschlag:

Obwohl die **Einbeziehung externer Ressourcen** für den Erfolg von BGF oft entscheidend ist (Vgl. B3 Vers 465ff.), sind die **Verantwortlichkeiten für die projektrelevanten BGF-Bereiche als hausinterne Elemente** anzustreben.

Der stetige Bezug zur Betriebspraxis und damit der Einblick in den tatsächlichen Status-Quo von BGF als auch die MitarbeiterInnen-Nähe sowie die ausdrückliche Verantwortung für die BGF-Themenbetreuung stellen Vorteile für den Betrieb dar und dienen der Realisierung eines nachhaltigen BGF-Konzepts.

Außerdem erleichtern sie organisatorisch **die regelmäßigen Treffen und den Austausch zwischen** den **Gesundheitsförderungsteams**, der Steuerungsgruppe und den Gesundheitszirkeln im AKH.

Des Weiteren ist zwecks der BGF-Nachhaltigkeit **die Ausbildung mehrerer MitarbeiterInnen** auf die BGF-Aufgaben sinnvoll (Vgl. Hirtenlehner/Pillwein in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:95). Damit wird gewährleistet, dass im Falle einer MitarbeiterInnen-Abwesenheit mit BGF-Kompetenz rasch eine Vertretung gefunden wird und dadurch laufende BGF-Betreuung stattfindet.

Erfahrungsgemäß gestaltet sich in Fällen einer Bindung der BGF-Betreuung an eine einzelne Person, z. B. im Fall deren Pensionierung als äußerst schwierig. Die Positionen werden nicht immer nachbesetzt (Vgl. B3 Vers 382ff.), das BGF-Angebot ist nicht mehr existent (Vgl. B3 Vers 390).

Das Commitment aller Beteiligten, also nicht nur der MitarbeiterInnen, sondern auch der Personalvertretung und der Ärzteschaft von Beginn an, ist für den nachhaltigen Erfolg der BGF-Umsetzung von größter Wichtigkeit. Außerdem müssen die Programme und Ziele vom obersten Management getragen werden, auch mit Wissen und Einbindung der Personalabteilung erfolgen – als Zeichen für die MitarbeiterInnen, dass diese hinter den Maßnahmen steht (Vgl. B4 Vers 141ff.).

Aus diesem Grund sollte im AKH vor allem bei der Ärzteschaft ein richtiges Verständnis von den BGF-Inhalten und -Zielen sichergestellt werden. Erfahrungsgemäß ist häufig das Begreifen von BGF als „Gegenteil von Krankenbehandlung“ (B3, Vers 83ff.) für das Commitment seitens der Ärzteschaft hinderlich. Die Bewusstseinsbildung sowie umfassende und regelmäßige Information aller MitarbeiterInnen im AKH sollte deshalb als ein Fundament für die Nachhaltigkeit des hauseigenen BGF-Konzepts begriffen werden. Die „Richtigstellung“ sollte sich keinesfalls auf das AKH-Intranet beschränken, sondern zusätzlich während der Teamgespräche thematisiert werden.

Die Stellung von Partizipation an dem BGF-Gestaltungsprozess durch die MitarbeiterInnen darf nicht außer Acht gelassen werden. Da im AKH bereits MitarbeiterInnenumfragen durchgeführt werden (wie beispielsweise eine mehrere Häuser berücksichtigende MitarbeiterInnen-Befragung im Frühjahr 2012, an welcher sich mehr als 30% der AKH-MitarbeiterInnen beteiligt haben, Vgl. B4 Vers 108), ist Folgendes unbedingt anzustreben:

Die MitarbeiterInnen-Befragung sind zum einen regelmäßig durchzuführen (Vgl. B4 Vers 103f.), zum anderen sind ihre Ergebnisse sowie die Berücksichtigung in der weiteren BGF-Planung und Umsetzung den MitarbeiterInnen mitzuteilen.

Es empfiehlt sich dabei aus den Erkenntnissen und Erfahrungen Finnlands zu schöpfen, vor allem wegen der großen Erfolge im BGF-Bereich in Berufsgruppen mit einem hohen Frauenanteil – also v auch in der Pflege. Im Zusammenhang mit der Partizipation der Pflegebelegschaft an dem BGF-Gestaltungsprozess lassen sich weitere Empfehlungen für das Wiener AKH ableiten:

Die Ermittlung der Ausgangssituation sowie die Erarbeitung der Verbesserungsvorschläge sollten:

- Einen angemessenen Zeitrahmen eingeräumt bekommen (in finnischen Projekten waren es 33 Tage)
- im Diskussionsprozess erfolgen
- von verschiedenen Hierarchieebenen getragen werden
- Die richtige Methode der Diskussionsführung beinhalten, nämlich des gleichberechtigenden Dialogs (method of equal dialogue)
- Eine Präsentation der Ergebnisse vor den Beteiligten beinhalten

(Vgl. Preusker in Bechtel/Smerdka-Arhelger 2012:210)

Einer der Vorteile ist das Erleben der Anerkennung durch die Gestaltungsmöglichkeit und Anhörung durch das Management, des Weiteren die Identifikation mit den Maßnahmen, weshalb von einer konsequenten Umsetzung im Betriebsalltag auszugehen ist.

Die Alters-Freundlichkeit am Arbeitsplatz ist ein wichtiger Ansatz zur Förderung der Arbeitsfähigkeit älterer MitarbeiterInnen in der Pflege. Basierend auf den in Finnland durchgeführten BGF-Projekten „Alters-Freundlichkeit in der Pflegearbeit“ und einem Projekt zur Erhöhung der Arbeitszeit-Autonomie lassen sich folgende Voraussetzungen für die Krankenhausfreundlichkeit den älteren MitarbeiterInnen gegenüber sowie für die gesundheits- und die Arbeitszufriedenheit fördernde Arbeitsumgebung festhalten:

- Verringerung von Zeitdruck – z. B. durch adäquate Ressourcenplanung
- Verringerung von Arbeitsmenge – durch die stärkere Besetzung der Dienste
- Verbesserung der Arbeitsumgebung – z. B. in Folge des MitarbeiterInnen-Feedbacks
- Gleiche Behandlung durch die Führungskräfte – Akzeptanz, Schätzung, Beachtung
- Erhöhung der Arbeitszeit-Autonomie – d. h. des Einflusses auf die Zeiteinteilung

(Vgl. Preusker in Brechtel/Smerdka-Arhelger 2012:211f.)

Diese sollten sich nach Meinung der Autorin im AKH BGF-Konzept spiegeln:

Um eine effiziente und zielorientierte innerbetriebliche Zusammenarbeit zu ermöglichen, ist die Stärkung des Vertrauens zu den Vorgesetzten unbedingt in Angriff zu nehmen (Vgl. B3 Vers 195f.).

Zur Schaffung einer Vertrauensbasis der PflegemitarbeiterInnen zu den Führungskräften im AKH könnten die Nähe zu den MitarbeiterInnen und starke Identifizierung mit den MitarbeiterInnen als Teil der Unternehmenskultur gepflegt werden (z. B. durch Seminare, Trainings, Vorträge, etc.). Das Bewusstsein der Verantwortung von Führungskräften gegenüber den MitarbeiterInnen sollte entwickelt werden (Vgl. B5 Vers 122f.), die Pflicht zur vertraulichen Behandlung der MitarbeiterInnen-Anliegen von beiden Parteien verinnerlicht werden (mittels Intranet-Information, Thematisierung bei Team- und individuellen MitarbeiterInnengesprächen, etc.)

Zusätzlich, um mehr Input für BGF zu erzielen, ist es empfehlenswert die **MitarbeiterInnengespräche mit den Führungskräften zu modifizieren.**

Im AKH könnten – wie von ExpertInnen berichtet – MitarbeiterInnenorientierungsgespräche unter dem Gesichtspunkt der Lebensphasenorientierung“ (B3 Vers 181) aufgebaut werden. Außerdem sind die Intervalle und die Rahmenbedingungen der MitarbeiterInnengespräche zu überdenken: Eine häufigere Gesprächsführung unter vier Augen mindestens einmal im Jahr (Vgl. B3 Vers 182ff.) ist ebenfalls für den AKH-Betrieb zu empfehlen.

Eine weitere Schwierigkeit für die erfolgreiche BGF-Durchführung ist die Tatsache, dass von den MitarbeiterInnen auch im Rahmen von BGF unterschiedliche Interessen ausgehen und beispielsweise mittels MitarbeiterInnen-Befragung zum Ausdruck kommen können. Die Manifestation in Form von zahlreichen Vorschlägen zu BGF-Programmen, die miteinander nicht immer vereinbar sind – schon auf Grund der finanziellen Einschränkungen – ist nicht ungewöhnlich. Zusätzlich hat die Praxis gezeigt, dass das signalisierte Engagement der MitarbeiterInnen der erwarteten Wahrnehmung des BGF-Angebots selten entspricht. Als Konsequenz fühlen sich manche Gruppen übergangen.

Diese Situation ist mittels Kommunikation in den Griff zu bekommen, zwecks Effizienz sollte der Fokus von BGF – wie von einer/einem Expertin/Experten vorgeschlagen auf die Mehrheit gelegt werden. Erfahrungsgemäß handelt es sich dabei um ca. 80% der MitarbeiterInnen (Vgl. B5 Vers 52ff.).

Ein zusätzlicher zu bedenkender Punkt ist die trend-orientierte Wahrnehmung der BGF-Programme durch die MitarbeiterInnen.

Wegen der in den ExpertInnen-Interviews geteilten Erfahrung, dass die Attraktivität eines bestimmten BGF-Angebots für die MitarbeiterInnen temporär besteht und dann von einer anderen trend-aktuellen Sport-/Kurs-Art abgelöst wird (Vgl. B3 Vers 638), ist es empfehlenswert – im Sinne der optimalen Ressourcennutzung – die Nachfrage mittels MitarbeiterInnen-Befragung zu eruieren und das BGF-Angebot dieser anzupassen.

Im Interesse des Betriebes ist es, eine Lösung für die von den MitarbeiterInnen häufig beklagte zeitliche Herausforderung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des BGF-Angebots, anzubieten. Als Beispiel dafür könnten die PRO-FIT-Wochen im Rahmen des VAEB BGF-Projekts dienen: Den MitarbeiterInnen wurde dabei die Teilnahme an einem gesundheitsfördernden fünftägigen vom Unternehmen gänzlich finanzierten Aufenthalt ermöglicht. Die Motivation durch das Unternehmen bestand unter anderem darin, dass die partizipierenden MitarbeiterInnen für zwei Tage freigestellt wurden. Die restlichen drei Tage wurden durch Urlaubstage gedeckt. Dieses Angebot hatte zum Ziel eine regelmäßige Aktivierung des Bewusstseins von MitarbeiterInnen für die Gesundheitsthemen und war sehr beliebt (Vgl. Atzler/Marktl in Meggeneder/Hirtenlehner 2008:51f.). Für die Pflegebelegschaft könnte diese Lösung ähnlich ausfallen:

Eine fünftägige einmal im Jahr wahrzunehmende Gesundheitswoche für die MitarbeiterInnen, in welcher sowohl die theoretischen Kompetenzen als auch praktische Übungen anzubieten wären, stellt einen geeigneten Rahmen für eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit dar. Die Motivation zur Teilnahme in Form von zumindest teilweiser Freistellung (mindestens 2 Tage) der MitarbeiterInnen, gänzlich (oder in Kooperation mit den Krankenkassen) finanzierter Teilnahme sowie anschließendem regelmäßig (mindestens einmal die Woche) stattfindenden thematisch relevanten Kurs (z. B. für die Stressbewältigung: Yoga, Atemübungen, Qui Gong, Tai Chi, etc.) ist zu empfehlen. Optimalerweise sollten diese während der Dienstzeit stattfinden, um die organisatorischen Schwierigkeiten der MitarbeiterInnen zu minimieren. Das gleichzeitige Stellen von Ressourcen, um die Mehrbelastung des im Dienst bleibenden Pflegepersonals zu vermeiden, ist ergänzend zu dieser Maßnahme zu gewährleisten.

Ein Vorteil dieser Maßnahme ist zum einen dessen Wellness-Charakter, der zur sofortigen Erholung der MitarbeiterInnen beiträgt: Der Aufenthalt ist als Pause und Erholung von der Arbeit zu sehen. Zum anderen wirkt unter Umständen die Teilnahme an der PRO-Gesundheitswoche dem Nachhaltigkeitsproblem (Vgl. B4 227ff.), das von einer/m Expertin/Experten erwähnt wurde, entgegen: Die häufige Einflusslosigkeit des BGF-Angebots auf den Lebensstil von MitarbeiterInnen ist eventuell daran gekoppelt, dass die Wirkung der BGF-Maßnahmen regelmäßige Intervalle und einen größeren Zeitrahmen braucht. Der zeitliche Aufwand sowie die organisatorische Herausforderung (Vgl. B2 Vers 234ff.), die für die MitarbeiterInnen mit der Wahrnehmung des BGF-Angebotes verbunden ist, hat unter Umständen eine hohe

Erwartungshaltung hinsichtlich der BGF-Wirkung zur Folge. Übersteigt diese – und das ist vor allem am Anfang eines BGF-Kurses sehr wahrscheinlich – bei weitem das tatsächliche Befinden der MitarbeiterInnen nach der Kursteilnahme, ist eine demotivierte und inkonsequente Haltung dem BGF-Angebot gegenüber denkbar.

Die intensive organisatorische Unterstützung der MitarbeiterInnen bei der Wahrnehmung des BGF-Angebots durch den Betrieb ist schon deshalb notwendig, weil der Charakter der Pflgetätigkeit die Patienten in den Mittelpunkt stellt. Die MitarbeiterInnen selber sind unter Umständen nicht gewöhnt, die eigene Gesundheit während der Arbeit zu beachten. Umso mehr muss deshalb – nach Meinung der Autorin – die Rolle des AKHs dem Management bewusst gemacht werden. Außerdem „mangelt es bei den MA an Energie Maßnahmen zu ergreifen, die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden selbst zu erhalten und zu fördern“ (Godnic-Cvar, Zettl 2012: 10).

Der nachhaltige Erhalt der älteren MitarbeiterInnen setzt letztlich horizontale Karrieremöglichkeiten für die älteren MitarbeiterInnen voraus (Vgl. B4, Vers 65ff.).

Im AKH sollten daher die bereits bekannten Modelle – wie beispielsweise das Wundmanagement oder Pflegeberatung (Vgl. B4 198ff.) – zur Schaffung entlastender Arbeitsplätze intensiv genutzt werden.

Um die Motivation des Betriebs für und das Interesse an der kontinuierlichen BGF-Umsetzung zu erhalten, sollte Der Nutzen für den Betrieb ersichtlich sein – so der/die Expertin/Experte B2 (Vgl. Vers 154ff.).

Die Belege für den Erfolg von BGF und der finanzielle Nutzen – zum Beispiel im Zuge der Senkung von MitarbeiterInnen-Fehlzeiten – sind als Teil des BFG-Konzeptes zu betrachten. Die Fehlzeiten-Entwicklung ist zu verfolgen, dokumentieren und analysieren. Die Ergebnisse sind regelmäßig dem Management vorzulegen.

Die regelmäßige Berichterstattung hinsichtlich der Projektziele und –maßnahmen ist bereits in dem aktuell im AKH statt findenden Projekt „Gesund im AKH“ vorgesehen (Vgl. Godnic-Cvar, Zettl 2012:9).

10 Zusammenfassung und Ausblick

Im Zuge der Arbeit konnten die anfangs gestellten Fragen – beinahe vollständig – beantwortet werden:

- Ad **Personalsituation/Altersstruktur** im Allgemeinen Krankenhaus: Das Wiener AKH ist durch die für die Pflegeberufe typische Überrepräsentation der Frauen charakterisiert. Im Jahr 2013 sind im AKH 1.187 MitarbeiterInnen, also ca. 39% der gesamten Pflegebelegschaft, in der Altersgruppe 45+ tätig, 85% davon sind Frauen (Vgl. Kapitel 7.3).
- Ad **Krankensstände/Ursachen für die frühzeitige Pensionierung**: Die Anzahl der registrierten Krankheitstage wächst seit 2010 vom Jahr zu Jahr: verzeichnet man 2010 53.203 Krankheitstage, sind es 2012 60.665. Dabei darf die Beschäftigungsentwicklung und die Anzahl der MitarbeiterInnen nicht außer Acht gelassen werden. Relevant ist, dass seit 2012 explizit die Krankheitsstände wegen Berufskrankheit angeführt werden. Diese betragen 2012 61 Tage (Vgl. Absenzübersicht, Anhang).

Die AKH-bezogene Daten bezüglich der frühzeitigen Pensionierung konnten nicht gewonnen werden. Nach der Meinung der Autorin ist davon auszugehen, dass die Ursachen für die Frühpensionierung im Wiener AKH weitgehend mit den bereits gewonnenen Daten (NEXT Study and Work Ability, Situation in Finnland dazu Vgl. Li et al. 2010:20f; zu Arbeitsbelastungen in Finnland Vgl. Preusker in Brechtel/Smerdka-Arhelger 2012:211f) übereinstimmen.

- Ad **genderspezifische Gesundheitsförderung und Arbeitszufriedenheit/Reduktion der Krankheitstage**: Speziell für AKH sind derzeit keine Angaben zu diesem Thema vorhanden. Basierend auf der NEXT-Studie und der Literatur– angesichts der allgemeinen Überrepräsentation der Frauen in Pflegeberufen (Vgl. Reiter 2011:111), die auch im AKH Wien deutlich ist (Vgl. Personalstand 2012, Anhang) – kann nach Meinung der Autorin bei der Berücksichtigung des Gender-Aspektes in und durch BGF mit der Steigerung von Arbeitsfähigkeit bei den PflegemitarbeiterInnen und damit zur Erhöhung deren Arbeitszufriedenheit sowie Verbesserung der Gesundheit

gerechnet werden (u. a. Vgl. Li et al.2010:20f.; Begerow/Mozdzanowski 2010 zit. n. Reiter 2012:112).

- **Ad Spitalsbetriebe mit genderspezifischer/altersspezifischer BGF und Umsetzung von gewonnenen Erfahrungen im AKH Wien:** In Österreich werden gender- und altersspezifische BGF-Projekte umgesetzt. Beispiele dafür sind u. a. „Productive Ageing“ (Vgl. B3 Vers 92ff.), „Vielfältig und Gesund“ (Vgl. B3 Vers 584ff.) „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ (Vgl. B2 219ff.), „Gesund im AKH“ (Vgl. B4 Vers 215ff.). Die gewonnenen Erfahrungen – sowohl im Zuge der Durchführung von BGF-Projekten in Österreich als auch außerhalb seiner Grenzen – bieten für das AKH-eigene BGF-Konzept, nach Meinung der Autorin, Anstöße, Ideen und Best Practice Beispiele, an denen eine Orientierung empfehlenswert ist (dazu siehe Kapitel 9). Auch die Learnings aus den hauseigenen Projekten sollen in die künftige BGF-Planung miteinfließen.

Zusammenfassend und basierend auf der Fachliteratur, den ExpertInnen-Gesprächen sowie deren Analysen lässt sich das Potential von BGF, die MitarbeiterInnen-Gesundheit und Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen sowie zu deren längeren Verbleib im Beruf beizutragen, bejahen. Die Autorin sieht die von ihr aufgestellte Hypothese als verifiziert: Speziell für den Bereich des Gesundheitswesens hat sich gezeigt, dass BGF zweifellos geeignet ist, die körperlichen und psychischen Belastungen der MitarbeiterInnen zu reduzieren und das Wohlbefinden der Pflegebelegschaft 45+ zu steigern. Dabei ist die Berücksichtigung von gender- und altersspezifischen Unterschieden – und dadurch der individuellen Bedürfnisse von MitarbeiterInnen von großer Relevanz für die Effektivität von BGF.

Diese Erkenntnis spiegelt sich nicht nur in der Theorie, sondern macht sich in der Umsetzung von BGF-Projekten in Österreich bemerkbar – unter anderem auch im Wiener AKH. Das bestehende Know-how kann und soll im Rahmen der Planung, Durchführung und Entwicklung vom hauseigenen AKH-BGF-Konzept genutzt werden. Die Anlehnung an die in dem Bereich gemachte Erfahrung kann bereits erkannt werden.

Es ist zu erwarten, dass die Intensität und Komplexität von BGF im AKH sowie deren Integration in die Betriebsstruktur in den nächsten Jahren zunimmt. In diesem Zusammenhang

können Veränderungen im Hausmanagement angenommen werden – im Management verankertes Netz von BGF-Verantwortlichen in allen Ebenen ist denkbar und wünschenswert.

Die BGF-Erfolge können – ergänzt um die politischen Anpassungen an die demografischen Anforderungen – wie am Beispiel Finnlands bekannt, in der gesünderen und längeren Ausübung des Berufs der Gesundheits- und KrankenplegemitarbeiterInnen 45+ im Wiener AKH angenommen werden.

11 Anhang

11.1 AKH-Personalstand 2013

Die unten befindliche Tabelle wurde von einem Mitarbeiter der Abteilung Personal, Direktion der Teilunternehmung AKH am 09.04.2013 übermittelt und gibt den aktuellen Personalstand der MitarbeiterInnen 45+ im Wiener AKH wieder.

M = männliche Pflegemitarbeiter

W = Pflegemitarbeiterinnen

Arbeitsbereich	Geschlecht	Anzahl
Gesundheits- und Krankenpfleger	M	121
	W	609
Kinderkrankenpfleger	M	0
	W	101
Oberpfleger	M	5
	W	11
Pflegehelfer	M	8
	W	29
Pflegevorsteher	M	0
	W	3
Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger	M	11
	W	12
Ständigen Stationspflegervertreter	M	3
	W	58
Stationspfleger	M	17
	W	108

11.2 Absenzenübersicht des gesamten aktiven Pflegepersonals

Die Angaben wurden exakt in dieser Form übermittelt.

2010	Absenz-Art	Anzahl der Tage	Prozente an Gesamtabenzen	Prozente von Gesamtabenzen
	Krankheit	53.203	96,38%	2,11%
	Dienstfreistellung (Kur)	1.848	3,35%	0,07%
	Krankheit (ausgesteuert)	148	0,27%	0,01%

2011	Absenz-Art	Anzahl der Tage	Prozente an Gesamtabenzen	Prozente von Gesamtabenzen
	Krankheit	60.074	96,65%	2,4%
	Dienstfreistellung (Kur)	1.927	3,1%	0,08%
	Krankheit (ausgesteuert)	157	0,25%	0,01%

2012	Absenz-Art	Anzahl der Tage	Prozente an Gesamtabenzen	Prozente von Gesamtabenzen
	Krankheit	60.655	95,59%	2,39%
	Dienstfreistellung (Kur)	2.519	3,97%	0,1%
	Krankheit (ausgesteuert)	216	0,34%	0,01%
Berufskrankheit	61	0,1%	0%	

11.3 ExpertInnen-Interviews – Wortlaut der Einverständniserklärung

Im Folgenden wird inhaltlich die Einverständniserklärung, welche den ExpertInnen-Interviews voranging, wiedergegeben. In der Originalversion enthält einen Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, sie die Unterschrift der/des jeweiligen Expertin/Experten sowie das Datum des Tages, an dem das Einverständnis zur Interview-Führung abgegeben wurde.

Zweck: Erhebung von Informationen betreffend Etablierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Krankenhäusern.

Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung des Interviews ist Frau **Rozita Haidinger, DGKS**, verantwortlich.

Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, alle erhobenen Daten streng vertraulich zu behandeln und ausschließlich zum vereinbarten Zweck zu verwenden.

Die/der Befragte/r erklärt ihr/sein Einverständnis mit der Bandaufnahme (Ton) und der wissenschaftlichen Auswertung des Interviews. Nach dem Ende der Bandaufnahme können auf ihren/seinen Wunsch einzelne Abschnitte des Gesprächs gelöscht werden.

Bandaufnahme:

1. Die Bandaufnahme wird von der Verantwortlichen verschlossen aufbewahrt und nach dem Abschluss der Untersuchung gelöscht.
2. Zugang zur Bandaufnahme hat ausschließlich die Verantwortliche.

Auswertung und Archivierung:

1. Zu Auswertungszwecken wird von der Bandaufnahme ein schriftliches Protokoll angefertigt.
2. Namen und Ortsangaben der/des Befragtes werden im Protokoll – soweit erforderlich – unkenntlich gemacht.
3. In Veröffentlichungen wird sichergestellt, dass eine Identifikation der/des Befragten nicht möglich ist.
4. Die Verwertungsrechte des Interviews liegen bei Verantwortlichen.
5. Die/der Befragte kann ihre/seine Einverständniserklärung innerhalb von 14 Tagen ganz oder teilweise widerrufen.

11.4 ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 1

1
2 *1. Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen des BGF*
3 *Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientiert). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?*

4 B1: Wir haben 2009 mit einer Mitarbeiterbefragung im Zuge eines Projektes „Productive
5 Ageing – Generationenbalace“ begonnen, wo wir eine Mitarbeiterbefragung zum Thema
6 „Arbeitsbewältigung und Belastungen“ gemacht haben. Mittels des AB+ von der AUVA ist
7 dieser Fragebogen entwickelt worden und dabei hat unser Haus sehr gut abgeschnitten. Es hat
8 sich natürlich schon gezeigt, dass Belastungen da sind und wir haben dann versucht diese
9 Ergebnisse unseren Mitarbeitern zu präsentieren. Wir sind dann einzeln in die Abteilungen
10 gegangen und haben dann wirklich noch einmal mit der Mannschaft diese Ergebnisse im
11 Einzelnen präsentiert und dann alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aufgefordert, sich
12 Gedanken zu machen im Sinne der Gesundheitsforderung, also verhaltens- und
13 verhältnisorientiert Maßnahmen zu finden, die die Arbeitsbewältigung erleichtert.

14
15 *I: Das heißt die Ziele haben Sie auf vier konkrete Punkte ausgelegt?*

16
17 B1: Naja, das Ziel ist natürlich, dass das faktische Pensionsalter, gesund erreicht oder
18 gesunder erreicht werden sollte. Das gesetzliche Pensionsantrittsalter liegt im Moment bei 65,
19 beziehungsweise gibt es jetzt so Übergangszeiten, aber das ist ein bisschen kompliziert. Im
20 Grunde kann man sagen bis 65. Das faktische Pensionsantrittsalter im
21 Krankenanstaltenverbund ist natürlich niedriger. Da gilt es jetzt diese Kluft zwischen
22 faktischen Pensionsantrittsalter und gesetzlichen Pensionsantrittsalter zu schließen, kleiner zu
23 machen. Da haben wir uns überlegt, wie wir das schaffen können. Eben dadurch, dass wir in
24 den Abteilungen gewesen sind und mit den Mitarbeitern gesprochen haben. Wir haben gesagt,
25 dass die am besten wissen was sie brauchen könnten, um ihre Arbeit besser bewältigen zu
26 können. Sie haben sich dann auch hingesetzt und überlegt: „Was können wir tun oder was
27 können wir brauchen um unsere Arbeit besser bewältigen zu können?“.

28 Ja, wir haben von Anfang an gesagt, das macht jetzt nicht viel Sinn, wenn wir uns überlegen
29 was die anderen brauchen könnten und vielleicht ist das dann genau das Falsche. Darum
30 macht es mehr Sinn, dass sich die Mitarbeiter selbst überlegen, wie es funktionieren könnte,
31 um sie arbeitsmäßig ein bisschen zu entlasten. Da sind auch sehr viele Rückmeldungen
32 gekommen. Das wurde natürlich zusammengefasst, geclustert und angeschaut: „Was kann

33 man gleich umsetzen?“ „Was braucht länger?“. Die Mitarbeiter wurden sogar aufgefordert
34 Dinge zu nennen, die im ersten Moment vielleicht unrealistisch erscheinen. Wobei wir immer
35 dazu gesagt haben, dass wir nicht alles erfüllen können. Sie sollten sich jetzt aber nicht in
36 ihrer Denkweise einschränken. Es könnte ja mal sein, dass es neu gebaut wird oder so, was
37 jetzt auch passiert. Das Kaiser-Franz-Josef-Spital wird ja komplett neu errichtet. Dann kann
38 man vielleicht auch auf bauliche Veränderungen oder Wünsche eingehen. Ja, wie gesagt, da
39 ist sehr viel Input gekommen. Das wurde angeschaut, bewertet und so ein großer Brocken
40 davon war der Einkauf von ergonomischen Betten. Hier haben wir gesehen, dass ein großes
41 Thema Ergonomie ist. Das war ein günstiger Zeitpunkt, um diese Betten noch einkaufen zu
42 können. Ja, wir haben natürlich auch nicht nur auf der verhältnisorientierten Ebene, sondern
43 auch auf der verhaltensorientierten Ebene agiert. Meistens ist es so, dass nur auf der
44 verhaltensorientierten Ebene angesetzt wird. Wir haben auch versucht Programme zu
45 entwickeln. Gemeinsam mit den beiden Vereinen bei uns im Haus dem FEM und MEN. Wir
46 bieten mittlerweile zum Thema „Stress, Bewegung, Ernährung“ sehr viele Dinge an. Es hat
47 sich dann auch gezeigt, dass hausintern es Mitarbeiterinnen gibt, die Zusatzausbildungen
48 haben, die auch im Rahmen einer innerbetrieblichen Weiterbildung ihr Wissen an die
49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeben. Das hat auch schon ein bisschen eine
50 Eigendynamik bekommen. Wir haben mittlerweile eine eigene Seite im Intranet zum Thema
51 „Gesundheitsförderung“, wo unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nachschauen können
52 welche Angebote es zurzeit gibt. Es gibt da so einen Projektverlauf, der drinnen ist. Hier
53 werden auch Informationen hineingestellt, um unsere Mitarbeiter am laufenden zu halten was
54 wir tun.

55

56

57 *I: Das heißt, Sie nutzen ihre eigenen Ressourcen sehr gut. Sie binden die Leute in den ganzen*
58 *Prozess ein und motivieren sie dadurch sehr. Aus dem Grund, nehme ich an, können Sie*
59 *bessere Erfolge verbuchen.*

60

61 B1: Ich denke mal, dass das auch so sein wird, dass der Erfolg da drinnen liegt.

62

63 *2. Was war Ihre persönliche Motivation sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?*

64

65 B1: Ich gehöre auch schon zum Kreis der älteren Mitarbeiter. Man merkt es einfach, wenn
66 man dann älter wird, dass Regenerationsphasen länger werden und ich will nicht sagen, dass

67 man nicht mehr so leistungsfähig ist, das nicht, nur die Regenerationsphasen dauern länger.
68 Die Leistungsfähigkeit ist da, aber ich brauch länger bis ich das wieder leisten kann. Natürlich
69 überlegt man sich dann: „Wie tue ich persönlich weiter bis zu meinem gesetzlichen
70 Pensionsantrittsalter?“. Also, da liegt zum einem ein Eigeninteresse. Zum anderen ist es auch
71 irgendwo Teil meines Aufgabengebietes in meiner Funktion als Personalentwicklerin mir
72 Gedanken darüber zu machen.

73

74 *3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?*

75

76 B1: Beeindruckend ist, dass es nie zu viel sein kann und dass es von unseren Mitarbeitern gut
77 aufgenommen wird. Was ich auch beeindruckend oder schön finde, ist, dass sich
78 Mitarbeiterinnen melden und sagen: „Ja, ich habe die und die Ausbildung gemacht. Könnte
79 man die in der BGF als Vortrag irgendwie einbauen?“. Ich finde es schön, dass das damit eine
80 Eigendynamik bekommt.

81

82 *I: Das heißt, die Leute kommen zu Ihnen?*

83

84 B1: Ja, Pflegedirektion. Frau Direktor ist da auch sehr engagiert und gerade im Bereich der
85 Pflege gibt es Pflegepersonen, die unglaubliche Zusatzausbildungen haben. Wenn wir mit der
86 BGF nicht angefangen hätten, hätten wir gar nicht gewusst, dass es Scherzo- und Yoga-
87 Ausbildungen unter dem Personal gibt.

88

89 *4. Wie ist der Verlauf von BGF Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback*
90 *seitens des Personals?*

91

92 B1: Wir haben, wie gesagt, 2009 eine Mitarbeiterbefragung gehabt und wir haben letztes Jahr
93 eine Evaluierung gehabt. So versuchen wir natürlich auch Feedback zu bekommen. Wobei
94 man wirklich sagen muss, dass es vielleicht nicht so sichtbar ist, wie wir uns das bei manchen
95 Berufsgruppen im Haus wünschen würden. Es könnte natürlich sein, dass Mitarbeiterinnen
96 und Mitarbeiter mehr zu sagen haben. Wobei ich natürlich schon den Ansatz vertrete, dass es
97 auf Gegenseitigkeit beruhen sollte.

98 Wir geben Angebote, annehmen müssen es die Mitarbeiter selber. Wir können nicht jeden
99 zwangsbeglücken. Nachdem im Krankenhaus verschiedenste Berufsgruppen arbeiten, ist es
100 immer wieder ein Thema, ob der Kurs zu dem und dem Termin stattfindet. Die richtige

101 Balance zu finden ist auch immer ein Thema, wobei wir darauf gekommen sind, dass wir
102 noch viel mehr machen könnten. Aber das ist klar. Wir haben jetzt bisschen Begehrlichkeiten
103 geweckt, sind auf den Geschmack gekommen und jetzt will man natürlich auch mehr von
104 diesem Angebot haben.

105

106 *5. Welche Ziele sind/ waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es*
107 *Hürden, wenn ja welche?*

108

109 B1: Das fehlende Engagement gewisser Berufsgruppen ist natürlich ein Thema, aber ich
110 glaube nicht, dass es am Vertrauen scheitert. Es hat jeder einen anderen Zugang zur
111 Gesundheit und das ist auch berufsgruppenspezifisch unterschiedlich. Da kann man nur
112 sensibilisieren und sagen: „Schaut auf Eure Gesundheit“. Das ist jetzt eine Überlegung
113 meinerseits, dass wir die Dinge auch berufsgruppenspezifisch maßgeschneidert anbieten
114 werden, um da jetzt ein bisschen punktgenau zu landen. Die, die an ihrer Gesundheit
115 interessiert sind, sind kein Thema, die sind gleich im Boot. Herausfordernd sind die
116 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die jetzt am Thema Gesundheit vielleicht interessiert sind,
117 aber die es noch ein bisschen verdrängen. Die zu sensibilisieren und zu sagen: „Du solltest
118 vielleicht doch überlegen, was für dich z. B. im Bereich Ernährung zu tun“. Es gibt natürlich
119 Berufsgruppen, die sich nicht so gesund ernähren, wie wir es gern hätten. Hier einzuwirken
120 und zu sagen: „Überlegt dir das, geh in einen Kurs, wir bieten ja an, schau es dir an, vielleicht
121 gibt es die Möglichkeit, die Ernährung umzustellen“. Manche sind auch gegen solche
122 Versuche resistent, das muss man auch akzeptieren.

123

124 *I: Darf ich das zusammenfassen? Die besonders schwere Aufgabe ist, die “resistenten“*
125 *MitarbeiterInnen mit auf das Boot zu holen. Sind Sie mit dieser Formulierung einverstanden,*
126 *wird es auf den Punkt gebracht?*

127

128 B1: Ja.

129

130 *6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind*
131 *Erfolgsfaktoren?*

132

133 B1: Naja, was war hilfreich? Zum einen muss ich sagen, unser aller Engagement. Hilfreich
134 war vor allem das kollegiale Engagement bei der Umsetzung und dass die ärztliche Direktorin

135 sowie die Pflegedirektorin wirklich hinter diesem Projekt stehen. Wenn man die
136 Führungskräfte nicht im Boot hat, ist es äußerst schwierig. Man braucht jemanden der das
137 promotet. Wenn das Projekt wirklich von der Führungsspitze mitgetragen wird, dann hat das
138 eine ganz andere Wirkung auf die Mitarbeiter. Das persönliche Engagement war wirklich
139 besonders groß. Wie wir da persönlich in die Abteilungen gegangen sind, das war wie eine
140 Roadshow. Wir haben immer die Ergebnisse der Befragung gezeigt und die Mitarbeiter
141 angeregt: „Überlegt es euch welche Maßnahmen man auf der verhaltens- und der
142 verhältnisorientierten Ebene setzen könnte“. Natürlich sind die Mitarbeiterinnen und
143 Mitarbeiter skeptisch Zeit in etwas zu investieren, was dann doch in der Schublade landen
144 könnte. Das ist dann schön zu sehen, wenn die Mitarbeiter sagen: „Das ist jetzt ein Projekt,
145 das nicht in der Lade gelandet ist. Da tut sich ja was“.

146

147 *7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele der BGF in Ihren Betrieb verändert?*

148

149 B1: Für mich ist es kein laufender Prozess, wo man sagt, das haben wir in zehn Jahren
150 erledigt, sondern es ist ein ständiger Prozess, der von uns 2009 begonnen wurde und der
151 genaugenommen nie aufhören sollte. Wir müssen versuchen, alles ganzheitlich sehen „Was
152 ist Gesundheitsförderung?“. Unter Gesundheitsförderung fällt alles. Das fängt schon bei
153 einem freundlichen „Guten Morgen“ in der Früh an. So gesehen ist das etwas, was nie
154 aufhören darf.

155

156 *8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt um die Effektivität von*
157 *BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?*

158

159 B1: Wir sind jetzt schon seit 2009 dabei. Das ist zwar schon eine Zeit aber bei so einem
160 komplexen Thema bedarf es noch einiger Jahre, um wirklich sagen zu können, das waren jetzt
161 die Auswirkungen und das hat wirklich geholfen. Nächstes Jahr planen wir wieder eine
162 Befragung. Das wäre schon die zweite Evaluierung von uns. Da kann man dann wirklich
163 schauen, was sich innerhalb der fünf/sechs Jahre verändert hat. Vielleicht kann man eine
164 Tendenz erkennen.

165

166 *I: Und aufgrund der Ergebnisse befassen Sie sich mit dem Thema erneut?*

167

168 B1: Ja, da kann man schon schauen, ob unsere Maßnahmen gegriffen haben, ob es eine
169 Nachhaltigkeit gibt, ob man das anhand der Indikatoren erkennen kann.

170

171 *9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter/Altern in*
172 *BGF eingebettet?*

173

174 B1: Also, wir machen da jetzt keine Unterschiede, ob es junge oder ältere Mitarbeiter sind.
175 Wir haben von Haus aus immer gesagt, dass jeder/e Mitarbeiter/Mitarbeiterin im Rahmen der
176 Gesundheitsförderung irgendwas braucht. Da muss man schauen, wie man das
177 bedarfsorientiert anbieten kann.

178

179 *I: Das heißt, der altersspezifische Aspekt könnte sich vielleicht noch hinzu entwickeln.*

180

181 B1: Ja, das kann sein. Wir werden nächstes Jahr schauen, wie es von der Altersstruktur mit
182 den Ergebnissen aussieht, ob man da eine Tendenz erkennen kann, ob sich die
183 Arbeitsfähigkeit verbessert hat.

184

185

186 *10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen der BGF von*
187 *Bedeutung?*

188

189 B1: So spezifisch noch nicht aber wir werden irgendwann dort angelangt sein. Das Thema
190 Gesundheitsförderung ist ein sehr komplexes Thema. Wenn man es wirklich ernst nimmt und
191 ernsthaft betreibt, kommt man von einem ins andere. Es ist keine Wissenschaft und so in der
192 Tiefe sind wir noch nicht. Mit den Ressourcen, die wir jetzt haben, sind wir da noch nicht
193 angelangt. Aber natürlich wäre auch dieser Aspekt interessant für uns.

194

195 *11. Welche Maßnahmen in Ihren Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am*
196 *schnellsten angenommen?*

197

198 B1: Das ist bei uns das Bewegungsprogramm Zumba. Man kann sich dazu anmelden und
199 mittlerweile gibt es zwei Kurse. Im Geriatriezentrum gibt es auch Kurse. Ich glaube, dass eine
200 Zeit lang mehrere Kurse parallel gelaufen sind. Also Zumba ist der absolute Hype.

201

202

203 *12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

204

205 B1: So kann ich die Frage eigentlich gar nicht beantworten, ob ich aus heutiger Perspektive

206 etwas anders machen würde. Ich kann jetzt natürlich nur von mir sprechen. Ich war mir zu

207 Beginn des Projektes nicht bewusst wie komplex das alles ist.

208

11.5 ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 2

1. Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen des BGF Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientiert). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?

B2: (Name des Unternehmens wurde entfernt) gibt es jetzt seit vier Jahren. Wir sind 2009 neu gegründet worden, bauen aber auf anderen Abteilungen auf, die es schon vorher im Magistrat gab. Das waren drei verschiedene, beispielsweise die Bereichsleitung für Strukturentwicklung und das Vorsoziale Wien. Das sind Abteilungen, die mit Gesundheitsförderung zu tun gehabt haben und im Jahr 2009 sind wir hier, so zu sagen, neu aufgestellt worden. Wir haben drei große thematische Arbeitsbereiche. Das eine ist die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle, für Sie im Spital vielleicht auch ganz interessant. Hier geht es darum, wie Selbsthilfegruppen mit Spitälern zusammen arbeiten. Falls Sie das einmal interessiert, gibt es hier die Selbsthilfe Unterstützungsstelle. Selbsthilfegruppen kriegen Unterstützungen von uns, Fortbildungen usw. Das ist ein Bereich. Dann gibt es das Team „Gesunde Regionen“. Das sind so fünf KollegInnen, die sich mit kommunaler Gesundheitsförderung beschäftigen. Man hat hier fünf Schwerpunktbezirke, benachteiligte Bezirke: der Zweite, der Fünfte, der Sechzehnte, der Zehnte und der Zwanzigste. In den Bezirken macht man die Gesundheitsförderung in der Nachbarschaft. Das ist, sozusagen, ein Bereich. Dann gibt es noch das Team „Gesunde Organisationen“. Da nähern wir uns ein Stück weiter den Betrieblichen Gesundheitsförderungen. In diesem Team bin ich angesiedelt. Wir sind auch so vier, fünf KollegInnen und jeder ist für ein anderes Setting zuständig. Ich z. B. für den Bereich Krankenhaus und SeniorInnen Einrichtungen. Meine Zielgruppe sind ältere Menschen. Dann gibt es zwei KollegInnen, die sich mit Kindern, also Kindergarten, Volksschule bis (...) beschäftigen. Es gibt Projekte, die wir selbst durchführen. Es gibt auch Projekte, die haben eine Förderschiene. So ähnlich wie der Vorgesunde Österreich. Ich weiß nicht, ob Sie den kennen. Der fördert Projekte für ganz Österreich. Wir haben so was Ähnliches für Wiener Projekte, die voreingereicht werden und in Wien stattfinden. Da kann man auch bei der Wiener Gesundheitsförderung für Co-Finanzierung ansuchen. Das heißt, wir haben eigene Projekte und wir haben auch Projekte, die wir fördern. Manche von diesen Projekten haben auch einen BGF Ansatz. Schwerpunktmäßig waren das in der Vergangenheit eher Förderprojekte. So hat beispielsweise das FEM Süd, das Sie wahrscheinlich auch kennen, das Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“. Da gab es schon mehrere Durchläufe, mehrere Phasen. Es ging um BGF für die Zielgruppe der HausarbeiterInnen. Nur für Frauen und Leute,

33 die unten in der Hierarchie stehen. Das war ein klassisches BGF Projekt für eine spezielle
34 Zielgruppe, eher für sozial schwache Frauen oder auch Männer. Hier hatten wir die Rolle der
35 Förder-Geberin. Das heißt, wir haben da einen Teil des Geldes zugeschossen und wir haben
36 quasi das Projekt begleitet. An und für sich haben wir auch eine Stelle für BGF, die war jetzt
37 in den letzten Jahren aber die meiste Zeit nicht besetzt. Also kurze Zeit war ein Kollege da,
38 der ist aber dann weggegangen und die Stelle wurde nicht nachbesetzt. Seit September ist eine
39 Kollegin aus der Karenz zurückgekommen und seitdem haben wir eine Teilzeit-Stelle, 20
40 Stunden. Diese widmet sich dem BGF-Thema. Wir wollen uns auf BGF im Magistrat
41 konzentrieren. Wir wollen natürlich mit der MA 3 zusammen arbeiten. Es gib schon, glaub‘
42 ich, Projektideen. Das ist aber jetzt erst in der Anfangsphase.

43 Die Kollegin hat recherchiert, ein Konzept geschrieben, der Geschäftsführer hat es sich
44 angeschaut, hat das jetzt mal für gut befunden. Das dauert bei uns auch ein bisschen und sie
45 beginnt jetzt die Fühler auszustrecken und die ersten Kooperationsgespräche zu führen. Wenn
46 man jetzt davon ausgeht, gab es schon Förderprojekte oder ich sag jetzt ein Projekt von mir,
47 das wir jetzt zwei Jahre und drei Monate durchgeführt haben. Das war „Gesundheit hat kein
48 Alter“. Ich weiß nicht, ob Sie auf dieses schon gestoßen sind. Das war Gesundheitsförderung
49 im Setting SeniorInnenwohnhaus. Gesundheitsförderung gibt es schon länger im Krankenhaus
50 aber im Pflegeeinrichtungen oder SeniorInnen Wohneinrichtungen noch viel weniger. Und da
51 haben wir ein sehr großes Projekt gehabt, das gerade jetzt abgeschlossen wird. Da war der
52 Hauptverband dabei, Pro Gesundes Österreich, das Pözlmann Institut und der KWP, also
53 Häuser zum Leben, Kuratorium Wiener PensionistInnen Wohnhäuser. Drei PensionistInnen
54 Wohnhäuser hatten wir da. Aber das war kein reines BGF-Projekt, da haben wir versucht alle
55 Zielgruppen im Setting zu berücksichtigen. Die BewohnerInnen, die PensionistInnen, die
56 MitarbeiterInnen auch die Angehörigen und die ehrenamtliche Mitarbeiter und das
57 Management. Und das in zwei Jahren. Das heißt, wir haben viel gemacht, aber wir sind in der
58 BGF in zwei Jahren nicht sehr in die Tiefe gegangen. Es ist sehr umfangreich. Von dem her
59 haben wir einiges gemacht, aber wir sind jetzt nicht spezialisiert. Das ist nicht unser
60 Schwerpunkt oder unser einziger Schwerpunkt.

61

62 *2. Was war Ihre persönliche Motivation sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?*

63

64 B2: Ich weiß nicht wirklich, was ich auf die Fragen antworten soll. Ich muss ehrlich sagen,
65 ich habe da jetzt kein persönliches Nahverhältnis.

66

67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?

B2: Nachdem ich noch nicht so viele Erfahrungen habe, habe ich kein solches Highlight. Was aber für mich aus dem Projekt „Arbeiten ohne Grenzen“ hängen geblieben ist, ist dass es schon Zielgruppen gibt, die vielleicht unter besonders großen Belastungen leiden. Wenn ich jetzt hier an das „HausarbeiterInnen-Projekt“ denke, liegen hier große Belastungen vor. Es geht vor allem um das Thema „Anerkennung“. Ich war dort zwar nicht vor Ort, ich kenne das nur aus Berichten oder Sitzungen. Aber die Menschen dort, vor allem die betroffenen Frauen, haben über fehlende Anerkennung geklagt, dass sie nicht begrüßt oder zurück begrüßt werden. Das war schon sehr eindrucksvoll. Wenn man ein BGF-Projekt für alle macht, kann es sein, dass manche Berufsgruppen nicht berücksichtigt werden oder aufgrund von sprachlichen Barrieren nicht mitkommen. Dass man sich hier auf eine spezielle Berufsgruppe fokussiert hat, habe ich schon gut gefunden. Wenn ich jetzt unser eigens Projekt in dem SeniorInnenwohnheim heraus nehme, war das sehr gestreut, weil wir schon so viele Zielsetzungen und Zielgruppen hatten. Deswegen haben wir uns nicht besonders um beispielsweise das Küchenpersonal oder die HausarbeiterInnen gekümmert. Natürlich ist es hier auch passiert, dass wir von diesen Gruppen z. B. weniger Fragebögen zurückbekommen haben. Die Fragebögen waren nämlich auf Deutsch und wurden von diesen Gruppen vielleicht nicht ganz verstanden, weil sie keinen Internet Zugang usw. als Nachschlagemöglichkeit hatten. Ich glaube, in unserem Projekt ist es uns schon passiert, dass wir manche Zielgruppen nicht so gut einfangen konnten, weil wir nicht speziell auf sie eingegangen sind. Vielleicht braucht man hier eine maßgeschneiderte Vorgehensweise.

4. Wie ist der Verlauf von BGF Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback seitens des Personals?

B2: Je nachdem, wie man die Vorgehensweise zuschneidet und wie sehr man sich um eine Zielgruppe kümmert, kommt das Feedback dementsprechend zurück. Z. B. Befragungen bei den Befragungen.

101

102 *5. Welche Ziele sind waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es*
103 *Hürden, wenn ja welche?*

104

105 B2: Einerseits muss ich da sagen, es geht jetzt nicht um unser Unternehmen. Wir machen
106 keine Betriebliche Gesundheitsförderung in der (*Name des Unternehmens*). Das ist auch
107 immer wieder ein Thema aber so weit sind wir noch nicht, dass wir das für unsere eigenen
108 Mitarbeiter machen. Ich war noch nicht bei so vielen BGF-Prozessen dabei, dass ich sagen
109 könnte, das sind Dinge, die sich immer wieder wiederholen. Ich habe von vielen
110 Einrichtungen, wenn wir mit dem Thema Gesundheitsförderung gekommen sind, gehört, dass
111 sie in der Vergangenheit schon viele Projekte gemacht haben, dass viele Projekte im Sand
112 verlaufen sind. Dass sie Angst haben, wenn wir mit einem neuen Projekt kommen, dass das
113 alles dasselbe ist und sich im Endeffekt nichts verändert. Eine Schwierigkeit ist sicher Dinge,
114 die als Projekt starten, dann noch irgendwo in eine Nachhaltigkeit zu bringen. Wir sehen es
115 wieder bei unseren Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ in PensionistInnenwohnhäusern. Hier
116 hatten wir ziemlich viele externe Ressourcen. Jetzt sind zwei Jahre und drei Monate um, in
117 denen es viel Input gab und viel weiter gegangen ist. Jetzt stehen wir wieder vor dem Punkt:
118 Das Projekt ist aus, wie können wir das schaffen, dass auch nach dem Projekt dann nicht alles
119 stehen bleibt, sondern auch weiter geht? Ich glaub‘ das ist eine ganz große Herausforderung,
120 wenn man das Ganze als Projekt konzipiert.

121

122 *6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind*
123 *Erfolgsfaktoren?*

124

125 B2: Mein Einblick ist ein beschränkter. Ich habe vor allem immer die zwei Projekte vor
126 Augen „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ und „Gesundheit hat kein Alter“. Was es bei beiden
127 gegeben hat, war eine sehr umfassende Analysephase zu Beginn. Einerseits
128 Gesundheitszirkel, das ist ja Analyse und Maßnahmenplan, was ein Standardinstrument bei
129 der Gesundheitsförderung ist. Auch bei „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ gab es immer
130 Fragebögen. Auch vorher, am Anfang des Projekts und dann am Ende. Das ist also eher ein
131 wissenschaftlicher Zugang, dass man hier die Daten hat, um vielleicht auch das Management
132 überzeugen zu können. Und bei unserem eigenen Projekt „Gesundheit hat kein Alter“, haben
133 wir auch mit dem Pözlmann Institut für Gesundheitsforschung zusammen gearbeitet und
134 haben hier auch sehr viele Daten erhoben. Mit Fragebögen für die MitarbeiterInnen und für

135 andere Zielgruppen. Wir wissen jetzt welche Gesundheitspotenziale es genau gibt, welche
136 Risiken, wie das Gefühl da ausschaut. Ich glaube das ist ein Erfolgsfaktor. Was uns bei
137 unseren eigenem Projekt geholfen hat und was ich glaube, dass man braucht, sind Leute, die
138 ein paar Stunden für die BGF frei gestellt sind und frei koordinieren können. Weil so
139 nebenbei geht das nicht, das ist ein bisschen ein Problem. Bei den beiden Projekten „Gesund
140 arbeiten ohne Grenzen“ und „Gesundheit hat kein Alter“ gibt es immer das Personal, bei
141 einem ist es das FEM, die das extern anbieten. Bei „Gesundheit hat kein Alter“ hatten wir in
142 jedem Haus eine Koordinatorin. Diese haben wirklich so viel Organisationsaufwand gehabt
143 und das war ganz wichtig damit das Ganze erfolgreich ist. Jetzt ist das Projekt aus und es ist
144 schwierig. Das Geld für die Maßnahmen wäre da, aber für die Koordinationsarbeit wissen wir
145 nicht, wie es für die Zukunft ausschaut. Oder wenn ich das Österreichische
146 Gesundheitsförderung der Krankenhäuser her nehme: Wenn man hier ins Netzwerk
147 aufgenommen werden möchte, muss man im Grunde einen Koordinator haben, eine
148 Ansprechperson, die wenigstens ein paar Stunden für die Gesundheitsförderung hergeben
149 kann. Also, das wäre ein weiterer wichtiger Erfolgspunkt.

150

151 *I: Ich habe den Eindruck, dass manche Institutionen den Nutzen davon nicht sehen. Das ist*
152 *noch nicht so eingefleischt, dass davon auch ökonomische Nutzen entstehen können.*

153

154 B2: Ja, das ist spannend. Ich habe den Eindruck als würde der Nutzen noch nicht gut genug
155 belegt sein. Dass man einfach hin gehen und sagen könnte: „Naja, wenn ihr das investiert
156 dann (...)“

157

158 *7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele der BGF in Ihren Betrieb verändert?*

159

160 B2: Wie gesagt, ich persönlich beschäftige mich noch nicht so lange mit BGF, dass ich
161 Veränderungen in den Rahmenbedienungen feststellen konnte.

162

163 *8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt, um die Effektivität von*
164 *BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?*

165

166 B2: Naja, wieder die zwei Projekte, die ich im Auge habe, wurden beide evaluiert. Der
167 Kontroll-Mechanismus bei „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ war Evaluation. Es wurde extern
168 evaluiert. Wir haben ohnehin, so zu sagen, viele Partner und auch einen wissenschaftlichen

169 Partner dabei gehabt, das Wilhelm Pözlmann Institut. Eine interne Evaluation hat das
170 Wilhelm Pözlmann Institut mitgestaltet und gleichzeitig den Prozess beobachtet.
171 Bei „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ haben wir, so zu sagen, sowohl eine formative also auch
172 eine begleitende Prozessevaluation gehabt. In manchen Aspekten, aber das waren weniger die
173 BGF-Aspekte, sondern mehr für die BewohnerInnen, gab es dann eine qualitative Outcome-
174 Messung. Also, wir haben eine Mobilitätsintervention für die BewohnerInnen gemacht.
175 Wirklich mit Pre- und Post-Assessment mit Vergleichs- und Interventionsgruppe. Da haben
176 wir wirklich auf die Gesundheitseffekte geschaut. Bei den MitarbeiterInnen leider nicht. Bei
177 den BewohnerInnen kann man jetzt sagen, dass wenn sie zwanzig Wochen lang einmal in der
178 Woche turnen, es gab noch ein begleitendes Heim-Übungsprogramm für zu Hause, dann geht
179 es ihnen nach zwanzig Wochen besser. Die subjektive Lebensqualität ist besser als bei der
180 Kontrollgruppe, ihr Aktionsradius ist größer, sie können sich besser selbst waschen und
181 pflegen usw. Wie wir das (...) präsentiert haben, hat der Finanzleiter sofort gesagt: „Ja, da
182 müssen wir doch Gegenrechnen. Wie viel kostet eine Pflegestunde, wenn ich jemanden
183 wasche und pflege? Was haben wir uns da jetzt erspart?“ Wir haben uns das jetzt noch nicht
184 ausgerechnet aber wir wissen, die Leute, die einmal in der Woche geturnt haben, denen geht
185 es wirklich besser. Die haben in der Gruppe geturnt und viele von ihnen haben davon
186 profitiert. Bei den MitarbeiterInnen haben wir diese quantitativen Messungen noch nicht
187 gemacht. Aber sie sind Teil der Evaluation, des Projektes, das jetzt März 2013 ausläuft. Aber
188 März 2014 wollen wir die Mitarbeiterbefragung, die wir ganz am Anfang gemacht haben,
189 wiederholen. Dann sehen wir drei oder dreieinhalb Jahr später, ob sich etwas nachhaltig
190 verändert hat. Es sollen dann noch weitere Maßnahmen gesetzt werden.

191

192 *9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter/Altern in*
193 *BGF eingebettet?*

194

195 B2: Naja, in der Betrieblichen Gesundheitsförderung jetzt mal nicht so sehr. Der Name des
196 Projektes „Gesundheit hat kein Alter“ ist aufgrund des Settings, weil wir im
197 Seniorenwohnhaus waren und hier gibt es quasi alle vom Lehrling bis zum Hundertjährigen.
198 Bei den Mitarbeitern hat sich schon ein Thema herauskristallisiert, das ist eben altersgerechtes
199 Arbeiten. „Wie kann man die Arbeitsfähigkeit steigern und erhalten über dem Berufsverlauf?“
200 ist als Thema nur angerissen worden und wir konnten in den zwei Jahren keine Lösungen
201 präsentieren.

202

203 *10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen des BGF von*
204 *Bedeutung?*

205

206 B2: Ich glaube, dass es eine Bedeutung hat und einen Unterschied macht. Wir als
207 (*Unternehmen*) das kann auch im Jahresbericht nachgelesen werden, haben ein paar
208 grundlegende Leitlinien nach denen sich alle Projekte oder Maßnahmen ausrichten sollen.
209 Eine ist z. B. „Berücksichtigung von Diversität“ und eine andere wäre „Genderaspekte
210 berücksichtigen“. Das heißt ja, uns (*Unternehmensname entfernt*) ist es wichtig. Wir haben
211 auch eine Kollegin, die spezialisiert ist. Wir haben in der (*Unternehmensname entfernt*) ein
212 bisschen einen Exkurs, was wir als (*Unternehmensname entfernt*) dazu machen. Wir haben
213 zwei sogenannte Kompetenzteams, die sich aus den inhaltlichen Teams zu Region,
214 Organisation und Selbsthilfe, die ich vorher genannt habe, zusammensetzten. Aus jedem
215 Team gibt es ein oder zwei Mitarbeiter, die sich zu dem Thema „Gender“ austauschen,
216 weiterbilden und versuchen das innerhalb der (*Unternehmensname entfernt*) voran zu treiben.
217 Eine Gruppe zum Thema „Gender“ und die andere Gruppe zum Thema „Diversität und
218 soziale Benachteiligung“. Für uns in der (*Unternehmensname entfernt*) ist das ganz wichtig.
219 Das Projekt vom FEM Süd und Krankenanstaltenverbund „Gesund arbeiten ohne Grenzen“
220 war ein gender- und diversity-spezifisches BGF-Projekt und ich glaube, dass sich das auch
221 bewährt hat.

222

223 *11. Welche Maßnahmen in Ihren Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am*
224 *schnellsten angenommen?*

225

226 B2: Mir fällt eher die Kehrseite ein, die ich oft höre. Was ich oft höre, ist, dass sich die
227 Mitarbeiter Kurse wünschen. Beispielsweise „Wirbelsäulengymnastik“, „Nordic walking-
228 Runde“ oder Seminare und dann diese Seminare nicht besuchen. Das höre ich von den
229 Betrieben als Argument, wenn wir kommen und sagen, dass wir da was machen sollten. Dann
230 sagen sie, dass sie schon alles probiert und gemacht haben. Die Mitarbeiter wollen es, gehen
231 dann aber nicht hin. Das dürfte auch so ein Knackpunkt sein. Kann man das wirklich so
232 organisieren, dass die Mitarbeiter das, was sie sich wünschen auch annehmen? Ich höre von
233 vielen Verantwortlichen die Klage: „Erst wünschen sie sich was, wir bieten dann an und es
234 wird nicht in Anspruch genommen“. Als Gründe hört man dann oft, wenn es außerhalb der
235 Dienstzeit ist, ist es für viele schwierig. Man hat vielleicht Kinder, muss auf die Uhr schauen
236 und zur Schule hetzen. Ich persönlich würde nicht so leicht nach der Arbeit noch eine Stunde

237 turnen, wenn ich nach Hause zu den Kindern muss. Wenn es in der Arbeitszeit ist, was ganz
238 toll ist, ist es gerade in Berufen wie in der Pflege, wenn eine Kollegin turnen geht und die
239 zweite dann die ganze Arbeit machen muss. Dann gilt man oft als unkollegial.

240

241 *12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

242

243 B2: Bei dem von uns durchgeführten Projekt „Arbeiten ohne Grenzen“, haben wir die
244 Erfahrung gemacht, dass wir uns zu viel vorgenommen haben. Wir haben in zwei Jahren
245 versucht alle Zielgruppen zu erreichen. Das war zu viel in der kurzen Zeit. Ich finde es
246 grundsätzlich positiv, dass man sagt, dass eigentlich alle Zielgruppen in einem Setting
247 erreichen werden sollen und nicht nur die MitbewohnerInnen oder PatienInnen. Aber wenn
248 man nur zwei Jahre hat, ist es vielleicht doch besser, sich zwei Jahre auf eine Gruppe zu
249 konzentrieren. Oder man hat ein längeres Projekt, das vier Jahre dauert. Im Prinzip haben wir
250 überall nur ein bisschen an der Oberfläche kratzen können. In zwei Jahren, vier Zielgruppen,
251 begonnen mit einer Umfrage. Dieses Projekt war sehr wissenschaftlich ausgelegt, mit einer
252 Bedarfserhebung, Fragebogen-Erhebung für alle Zielgruppen, dann Strategieentwicklung,
253 dann Maßnahmen umsetzen, am Schluss noch schnell evaluieren. Das war einfach ein
254 bisschen viel für diese kurze Zeit. Ein bisschen mehr Zeit einplanen oder eine spezifische
255 Gruppe oder eine Zielgruppe nach der anderen, wäre wahrscheinlich besser gewesen. Wobei
256 ich doch grundsätzlich es schön finde, wenn man sich nicht nur für eine Zielgruppe
257 entscheidet. Also nicht nur BGF macht, sondern auch weiter überlegt. Gerade jetzt im
258 Seniorenwohnhaus, wo die BewohnerInnen dort ihr ganzes restliches Leben verbringen, dass
259 man hier nicht nur schaut „geht es den Mitarbeitern gut, geht es den Bewohnern gut“, sondern
260 auch etwas für die BewohnerInnen macht. Im Krankenhaus mit den PatientInnen ist das doch
261 schon vielleicht anders aber ich finde es auch sehr wichtig, die andern Zielgruppen zu
262 berücksichtigen. Eigentlich erscheint das so offensichtlich aber ich muss sagen, dass das nicht
263 der Fall ist. Über die Allianz Gesundheitsförderung tauschen wir uns aus. Dabei sind der
264 Krankenanstaltenverbund, das AKH – deswegen kenn‘ ich den Herr B. – die Wiener
265 Gebietskrankenkassa mit dem Hanusch-Krankenhaus, das KGP, die Winzensgruppe und die
266 privaten Spitäler. Wir treffen uns ein paar Mal im Jahr und diskutieren Gesundheitsförderung.
267 Wir haben zwei Mal im Jahr eine Fortbildung, es gibt einen Newsletter, die Website usw.
268 Wenn wir jetzt mit den Leuten aus den Krankenhäusern, das sind Leute wie Sie oder Herr B.,
269 diskutieren, kommen halt sehr oft die Mitarbeiter-Themen. Die Mitarbeiter-Themen brennen
270 den Leuten, die aus dem Krankenhaus kommen und den Berufsalltag sowie die schwierige

271 Berufssituation kennen, unter den Nägeln. Manchmal versuchen eher die außenstehenden, ich
272 sag mal, ich oder das Pözlmann Institut, das Thema „Gesundheitsförderung für die Patienten“
273 anzusprechen. Denn so, wie ich das erlebe, ist dieser Bedarf an Gesundheitsförderung sehr
274 groß. Ich habe manchmal den Eindruck, dass man sagt: „Für die machen wir eh so viel in
275 Richtung Therapie und Behandlung und das ist selbstverständlich, man macht ja das Beste für
276 die Patienten und die Bewohner“. Aber ich finde man sollte auch die Gesundheitsförderung,
277 diese Ressourcen-Stärkung für die Zielgruppen, für die Patienten, nicht vergessen. Es ist
278 wirklich schwer. Gleichzeitig haben wir die Erfahrung gemacht, dass alles gleichzeitig auch
279 viel ist.

11.6 ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 3

1 *I. Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen des BGF-*
2 *Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientiert). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?*

3 B3: Natürlich ist die WHO und die Ottawa-Charta usw. eine Vorreitergeschichte und man
4 muss dazu sagen, und ich hole schon mal aus... In den 80er Jahren haben der KAV und die
5 damals noch EMA 17 in Österreich in der Rudolfstiftung das erste
6 Gesundheitsförderungsprojekt gestartet. Das war dann ein Projekt von fünf Jahren und war
7 etwa '91 beendet. Das war ein sehr umfassendes, einschneidendes, erstes riesen Projekt, wo
8 wir hier in einer Organisation Gesundheitsförderung systematisch angegangen haben. Ich
9 selber war zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht in der (*Position*). Ich bin ja schon 42 Jahre in
10 den Spitälern immer wieder tätig und kam erst 89/ 90 dazu. Da habe ich es dann in den End-
11 Zügen bemerkt. Als das Projekt abgeschlossen war. Ich war dann aber schon ein Unterstützer
12 der Idee es fortzuführen, was schwierig war.

13 *I: Warum schwierig? Weil es so neu war?*

14 B3: Naja, ein Projekt, das auf der politischen Ebene, auf der obersten Ebene endlich
15 genehmigt ist, hat ein Budget und einen Rahmen. Wenn das Projekt zu Ende geht, ist das
16 Projekt mit den Ressourcen auch zu Ende. Dann müsste es in die Linie übergehen und dafür
17 ist meistens keine Zeit, kein Geld, keine Idee. Der KAV hat 32.000 MitarbeiterInnen, die
18 Rudolfstiftung zählt 2.000 MitarbeiterInnen. Das ist eine Herausforderung, die damals und
19 auch heute nicht so einfach ist und damals kaum möglich war. Dazu kam noch, dass wir
20 damals eine sehr zentrale Struktur hatten, auch für die Spitäler. Wenn der Zentralist nicht
21 verstanden hat, worum es geht, dann ist es von einem Moment zum anderen gestrichen
22 worden. So war das dann auch. In der Rudolfstiftung hatten wir z.B. die Stationssekreterinnen
23 schon eingerichtet, die jetzt im dritten Jahrtausend die große Erkenntnis sind. Die hatten wir
24 schon damals, die wurden schon eingestellt. Das Einzige, an was ich mich erinnern kann, das
25 geht jetzt aus der Gesundheitsförderung weiter weg, waren die freiwilligen Arbeiter, die
26 Volontärs. Das war damals schon im Projekt drinnen. Der Prof. C. von der Soziologie hat das
27 stark betrieben. Er ist da der große Betreiber gewesen. Den gibt es heute noch, er ist zwar
28 emeritiert, ist aber überall dabei und ich arbeite nach wie vor mit ihm weiter zusammen. Gut,
29 jetzt kehren wir wieder zurück. Die Rudolfstiftung war also das erste Haus, indem
30 Gesundheitsförderung strukturiert und systematisch begonnen wurde. Dann gab so eine

31 Talsenke, wo auf einmal alles ein bisschen verschwommen war usw. und es aber in der
32 Gesundheits- und Krankenpflege immer weiter ging. Nachdem dieses Projekt der
33 Rudolfstiftung aus war, hat die Generaloberin D., seiner Zeit, die Federführung der
34 Gesundheits- und Krankenpflege gehabt und hat damals mit dem IBG, mit Dr. E. und Frau F.,
35 das sind ja Kompagnons im IBG gewesen, weiter gearbeitet. Sie haben hier besonders für die
36 Pflege sehr viele spannende kleinere oder größere Projekte gemacht. In Wirklichkeit aber
37 waren das alles sehr dezentrale Aktivitäten, die meistens auf der Ebene der Gesundheits- und
38 Krankenpflege durchgeführt wurden. Ins Management des gesamt KAV drang dieses
39 Bedürfnis erst etwa vor zehn Jahren, 2003, als nämlich der KAV vom Betrieb zur
40 Unternehmung wurde und Eigenkompetenzen im größerem Umfang bekam. Und die Frau D.
41 hat einer ehemaligen Krankenschwester, die dann Psychologie studiert hatte und bei ihr in der
42 Generaldirektion arbeitete, den Auftrag gegeben: „Wir brauchen ein umfassendes
43 Gesundheitsförderungsprojekt“. Warum brauchen wir das? Das Thema Qualitätsarbeit, also
44 nicht nur Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, sondern das große Thema Qualitätsarbeit.
45 Alles was wir tun ist Qualität. Man hat es sich zum Ziel gesetzt Gesundheitsförderung mit
46 Umweltschutz und anderen Aktivitäten zu verbinden. Also ein großes Paket, das heute noch
47 gilt. Kennen Sie es? Ich zeige es Ihnen gleich. Das ist das Papier „Strategien der
48 Qualitätsarbeit in dem Wiener Krankenanstaltenverbund“. Das wird jetzt zwar überarbeitet,
49 aber gilt immer noch. Hier haben wir Grundsätze der Qualitätsarbeit und hier haben wir die
50 Zusammenführung: Qualitätsarbeit umfasst die Themen Qualitätssicherung,
51 Qualitätsmanagement, Umweltmanagement und Gesundheitsförderung. Das basiert auf den
52 Grundsätzen und Leitsätzen usw. Diese Grundsätze wurden dann im Detail noch herunter
53 gebrochen und bearbeitet. Also, das sind unser strategischer Auftrag und unsere strategische
54 Basis. Ich war damals schon Personalentwickler und habe, natürlich klarerweise, diesen
55 Aspekt immer mitbeachtet und habe mit der Generaloberin D. sehr eng zusammen gearbeitet.
56 Als dann 2005/06 dieses Konzept von der Frau Magistra G. fertig war, wurde das dem
57 Generaldirektor vorgelegt, es war schon H. und der hat das bewilligt. Das heißt, er hat in
58 Auftrag gegeben, dass Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen, aber auch für Patienten
59 und Region, umfassend so wie es die WHO vorschreibt und definiert, beginnt. Er hat es also
60 festgehalten. Zu dem Zeitpunkt habe ich dann mit Frau G. ein Projekt gestartet. Da waren wir
61 ein duales Prinzip, also eine duale Führung. Wir setzten für fünf Jahre ein Projekt auf
62 2007/08/09/10/11 und ein Evaluierungsjahr 2012. Wir haben Strukturen aufgebaut. In jedem
63 unserer Spitäler gibt es zwei Verantwortliche. Eine muss in der kollegialen Führung sein, das
64 sind eine strategische und eine operative, die hochrangig ist und sehr viele Aktivitäten in jeder

65 Dienststelle entfalten kann. Es gibt eine Steuerungsgruppe, wie in jedem Projekt, wo alle
66 Berufsgruppen und Organisationseinheiten maßgeblich zusammengeführt sind und wir, Frau
67 G. und ich, koordiniert haben. Frau G. ging dann weg. Die Frau I. von der Frau D. hat das
68 auch eine Zeit lang gemacht, ist dann aber auch weggegangen. Seit etwa drei Jahren mache
69 ich das alleine. Ich bin alleinverantwortlich. Deswegen kommt mein Name auch so oft vor,
70 weil ich in den letzten Jahren viel gestalte und unterstütze. Vor allem den
71 Kommunikationsaustausch damit alle voneinander lernen. Wenn Sie mich jetzt fragen, wie
72 lange ich Gesundheitsförderung umsetze....nominell geschaut habe ich seit 2007 mit einem
73 konkreten Projekt begonnen. Wir haben zwei Schwerpunktthemen für die fünf Jahre, also bis
74 2012, festgelegt. Das eine Thema ist „Productive Ageing“ und das andere Thema ist
75 „Suchtprävention“. Das waren die zwei Themen. „Suchtprävention“ im Sinne von Symptome
76 am Arbeitsplatz bekämpfen. Im Vorfeld zu dem Thema „Sucht“ haben wir seit vielen Jahren
77 die „Mobbing-Prävention“ und die „Burnout-Prävention“ am Laufen. Was passiert im
78 Rahmen des Projektes verhältnis- und verhaltensorientiert? Da haben wir jetzt ein riesen
79 Thema, das Sie auch kennen: Der gesunde Apfel, der Hinweis: rauch nicht, ernähr dich
80 gesund, beweg dich. Das ist locker und einfach gesagt, nicht so leicht getan. Die
81 Verhältnisfrage, also die Rahmenbedingungen zu verändern, ist schwieriger und in den
82 Köpfen vieler Führungskräfte kaum oder sehr schwer unter zu bringen. Unter uns gesagt, vor
83 allem in der Ärzteschaft finden wir eher wenig Gegenliebe, weil sie mit dem Begriff
84 „Gesundheitsförderung“ nicht wirklich umgehen können. Jetzt habe ich schon pauschaliert
85 und das ist unfair. Viele tun es. Sie denken sich, Gesundheitsförderung ist das Gegenteil von
86 Krankenbehandlung und da ja die Ärzte in erster Linie an Symptomen arbeiten und nicht
87 wirklich die Gründe für eine Erkrankung so erforschen wollen, liegt es auf der Hand, dass wir
88 hier einen großen Schwerpunkt haben. Auf der Spitze des KAVs gibt es immerhin sehr viele
89 Ärzte, ich bleibe männlich, weil es nur Männer sind, die denken nur auf die eine Seite, auf die
90 Verhaltensprävention. Das ist wichtig, keine Frage. Aber die Verhältnisfrage fällt immer ein
91 Stück weg. So haben wir gesagt, wir müssen „Suchtprävention“ und „Productive Ageing“
92 auch auf die Beine Verhältnisorientierung stellen. Das heißt, wenn wir ein „Productive
93 Ageing-Projekt“ machen, dann geht es nicht darum, dass wir älteren MitarbeiterInnen keinen
94 Nachdienst machen lassen oder damit die Muskulatur nicht vernachlässigt wird einen
95 Gymnastik-Kurs machen lassen, sondern wir müssen auch schauen was die
96 Rahmenbedingungen der Arbeit sind, die ältere und jüngere MitarbeiterInnen belastet oder
97 weniger belastet. Damals entstand bei dem „Productive Ageing“ dieses Thema. Wir können
98 nicht nur und haben niemals nur über 50+ oder 55+ gesprochen, sondern wir haben über die

99 Generationen gesprochen. Wir wollten eine Generationen-Balance erzeugt und wir haben
100 gesagt, wenn wir etwas für die älteren Generationen tun, soll es nicht zu Lasten der jüngeren
101 sein. Weil die Jüngeren kommen irgendwann ins Alter und wenn wir sie dort auspowern
102 lassen, haben wir das, was wir bisher hatten: Nachdienste, Belastung, keine ergonomische
103 Unterstützung, mit 45 ist er dann nicht nur krank, sondern chronisch krank, weil das Rückgrat
104 kaputt ist und und (...). Das heißt, wir müssen eine umfassende
105 Gesundheitsförderungsüberlegung machen und jetzt greife ich ein bisschen in die jetzige
106 Zukunft 2013. Wir haben das Projekt Gesundheitsförderung „Productive Ageing“ mit
107 31.12.2012 beendet und haben überlappend das Programm „Stärken stärken – Generationen
108 im Dialog“ gestartet. Das heißt, wenn Sie die erste Frage als beantwortet sehen, gibt es sehr
109 wohl die Präventionsthematik und zwar haben wir das bei Arbeitszeitmodellen bis hin zu
110 Nachdienst. Wir haben die Führungsfrage zu bearbeiten gehabt und haben es weiter hin.
111 Führungskräfte müssen sich dessen bewusst sein, dass MitarbeiterInnen, ob sie jetzt 20 Jahre
112 oder 60 Jahre sind, andere Lebensphasen haben. Das heißt, einem jungen muss ich mehr
113 Vorgaben machen, damit er sicher seine Arbeit machen kann. Nicht weil er dumm ist, weil er
114 unerfahren ist und die jungen Menschen brauchen noch die Normen. Einem älteren kann ich
115 keine Norm mehr vorschreiben. Dem muss ich einen Freiraum lassen. Der muss sich seine
116 Arbeit frei gestalten können. Wenn ich den zu sehr reglementiere fällt er mir raus. Er ist
117 unzufrieden, geht weg oder geht in den Krankenstand, was auch immer. Dazwischen gibt es
118 mehrere Phasen, auch die Phase der Familiengründung, die Phase der Weiterentwicklung, wo
119 man davon, was der Beruf mitgebracht hat nicht genug hat und sich weiter qualifizieren usw.
120 Man will in die Machzentrale kommen, man will mehr Einfluss haben, um 45 ist das herum.
121 Das ist jetzt alles statistisch festgelegt. Es kann, muss aber nicht genau stimmen. Generell
122 können wir das in der Lebensphase sehr gut erkennen. Wie bei mir. Ich bin schon 60, ich bin
123 einer, der die Story erzählt. Ich habe als Lehrling begonnen und bin jetzt schon 42 Jahren im
124 Spital tätig und es macht mir immer noch Spaß. Nur eine kurze Erwähnung zu „Welche Ziele
125 verfolgen Sie?“. In dem Konzept das ich Ihnen gezeigt habe sind 18 strategische Ziele
126 definiert. Davon sind sechs personale Ziele, die in der WHO vorgegeben sind und die verfolgt
127 werden.

128 *2. Was war Ihre persönliche Motivation sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?*

129 B3: Was mich selbst bewegt und berührt, ist nicht nur, dass ich Personalentwickler bin,
130 sondern immer schon den Ansatz vertreten habe. Wir müssen uns im Management natürlich
131 mit bestimmten Gruppen: allen Pflegepersonen, allen Ärzte, allen AbteilungshelferInnen usw.

132 beschäftigen. Wir können uns auch gerne mit anderen, wie mit jenen mit
133 Migrationshintergrund usw. beschäftigen. Das ist aber immer eine Pauschalierung, alles wird
134 über einen Kamm geschärft. Ich als Personalentwickler und ich persönlich glaube, dass es hier
135 um Individuen geht. Jede einzelne Person ist in ihrer Vielfalt einzigartig. Das macht es
136 einerseits schwierig, aber für viele Punkte, glauben Sie mir, leichter. Ich muss nicht
137 nachdenken, ob es die Gruppe der Pflege so oder so will. Ich muss diese Frage stellen: „Was
138 möchten Sie?“ So geht es um die Individualisierung auf der Ebene der Gesundheitsförderung.
139 Ich kann ihnen nicht sagen: „Gehen Sie turnen. Einmal, zweimal die Woche und fahren Sie
140 mit dem Rad“. Ich muss mich erkundigen, was ihr Bedürfnis ist. Ich habe ja ein Netzwerk von
141 Personalentwicklern und Gesundheitsförderern. Wenn Sie möchten, das Netzwerk der
142 Führungskräfte. 2.000/2.500 Führungskräfte haben wir im (...). Dort muss ich als
143 Personalentwickler meinen Schwerpunkt setzen. Dort muss ich versuchen stets zu wirken.

144 *I: Das heißt, Sie wollten eine persönliche Note einbringen und das Ganze individualisieren?*

145 B3: Ja, individualisieren und das Ganze nicht über einen Kamm scheren. Natürlich muss man
146 für bestimmte Dinge immer eine abstrakte Zahl im Kopf haben, wenn man Geld braucht oder
147 Ressourcen verteilen muss. Man darf aber nicht vergessen, dass man wieder auf die
148 individuelle Ebene zurückkehrt. Dort dann schaut, was sie brauchen und nicht 40.000 anderer
149 brauchen könnten, denn das ist nämlich alles. Wenn ich das so betrachte, gibt es alles was
150 man braucht und das kann man sich nicht leisten. Das heißt, wir müssen herunter brechen. So
151 muss jede Führungskraft einmal sagen: „Meine Leute sollen drei Nachdienste an einem Tag
152 organisieren. Hier habt ihr den Dienstplan und macht es“. Das wird nicht immer
153 funktionieren, das funktioniert manchmal, aber nicht immer. Wenn man dann schaut, dann
154 muss sich eine Führungskraft mit der 20 jährigen Kollegin, mit den zehn 25 Jährigen, den
155 zwei 60 Jährigen auch auseinandersetzen. Nicht in der Hoffnung machen lassen, dass es zu
156 einer Lösung kommt. Die Führungsarbeit ist eine individuelle Arbeit, das vergessen manche.
157 Sie glauben oder kennen es nicht anders, weil eine Führungsspanne offenbar oft zu groß ist.
158 Da hat eine Führungskraft 25 MitarbeiterInnen. Dann wird gesagt, es sollen
159 Mitarbeiterorientierungsgespräche gemacht werden. Die Führungskraft macht es vielleicht
160 auch und bringt die 25 zusammen. Nur ist es schwierig sich im nächsten Jahr noch zu
161 erinnern, was man mit dem einen oder anderen besprochen hat. Umso mehr muss man über
162 die Managementansätze nachdenken, ob die Spanne der 25 MitarbeiterInnen nicht zu groß ist.
163 Ich habe gelernt, dass man acht bis zehn Personen führt, mehr schafft man/frau nicht. Diese
164 Dinge müssen uns bewusst sein. Natürlich sagt wiederum der andere, der Geldgeber: „So

165 viel können wir uns zur Zeit leisten. Wir haben schon 1,5 Milliarden Euro Gehälter im Jahr.
166 Wie viel solle es noch sein? Wir können uns als Staat das nicht mehr leisten“. 1,5 Milliarden
167 ist nicht wenig. So wird es immer begrenzte Ressourcen geben, wie Geld, Zeit und Personal.
168 Auch wenn wir genug Dienstposten hätten, woher kriegen wir sie? Wo haben wir die
169 qualifizierten MitarbeiterInnen? Die kriegen wir, sag‘ ich jetzt mal, nicht mehr aus dem
170 Umkreis von Wien. Dann müssen wir ins Ausland gehen, dann müssen wir aber
171 Qualitätskriterien anstreben und und (...).

172 *I: Sie wissen, dass das die Zukunftsaussichten sind?*

173 B3: Ja, keine Frage. Wenn wir es rechtzeitig planen, fürchte ich mich auch nicht davor. Wenn
174 wir es geschehen lassen und dann schauen, dann ist es schon zu spät. Ich muss gezielt fünf bis
175 zehn Jahre vordenken. Sonst geht das nicht.

176 *I: Glauben Sie, dass Ihre “Individualisierungs-Ära“, wenn Sie dann irgendwann in Pension
177 gehen, anhaltet?*

178 B3: Also, ich bin davon überzeugt. Ich werde mich bemühen, dass diese Sache nicht verloren
179 geht. Diese Nachhaltigkeit möchte ich auf jeden Fall untergebracht wissen und ich denke,
180 dass das mir immer mehr gelingt. Wir sind jetzt z. B. dabei die
181 Mitarbeiterorientierungsgespräche unter dem Gesichtspunkt der Lebensphasenorientierung
182 neu aufzubauen. Nicht auf die Art „So ein Gespräch muss sein“, sondern eher „Es macht
183 Sinn, sich mit dem Mitarbeiter mehr als einmal in Jahr zu verständigen bzw. mindestens
184 einmal unter vier Augen und unter gewissen Voraussetzungen“. Das würde jetzt das Mok
185 sein, aber das muss nicht mehr so heißen. Das kann ganz anders heißen, Hauptsache es wird
186 jetzt gelebt. Ich habe jetzt wieder eine Testbefragung gemacht. Dieses Instrument ist nicht tot
187 aber es gehört wiederbelebt. Wir liegen mit diesem Instrument auf der Intensivstation. Jetzt
188 schauen wir, wie wir es wieder schaffen, dass das in den Gang geht und vor allem nicht mehr
189 in die Intensivstation kommt. Dass das nicht passiert, müssen wir nicht an Symptomen
190 arbeiten, sondern die Führungskräfte und die MitarbeiterInnen bearbeiten und schauen, dass
191 das Vertrauen wieder aufgebaut wird. Die MitarbeiterInnenbefragung, die ich letztes Jahr
192 durchgeführt habe, zeigt, dass das Vertrauen gegenüber den Führungskräften, sagen wir
193 einmal, nicht überall ausgeprägt ist. Es wird erklärlich, wieso manche das Gespräch gar nicht
194 führen wollen. Andererseits hat die Führungskraft kein Vertrauen zum Visasvis, weil der
195 Mitarbeiter es vielleicht negativ auslegt. Aber genauso ist es auch umgekehrt. Der Mitarbeiter
196 weiß nicht, was der Chef daraus macht. Das ist traurig, aber es ist eine Tatsache, dass es hier

197 eine Störung gibt. Oft, nicht überall. Es gibt Gott sei Dank auch die positiven Dinge. In
198 Mitteleuropa schauen wir eh immer auf die negativen Dinge und hier müssen wir erkennen,
199 dass das doch ausgeprägter ist. Also, die Motivation sich mit diesem Thema im Betrieb zu
200 befassen ist auch, das sage ich Ihnen ganz bewusst, eine Erfahrung. Die ausschlaggebende
201 Situation war die psychische Belastung, die ich erlebt habe als wir im Jahr 1989 die Morde in
202 L. zu untersuchen hatten. Damals war ich 17 und in der Innenrevision des KAV. Ich hatte die
203 Untersuchungskommissionen zu koordinieren, die die Vorwürfe, es waren etwa 1.200
204 Vorwürfe, die aus der Bevölkerung gekommen sind, überprüfen mussten. Wir mussten die
205 Krankengeschichten ausheben und viele Dinge nachschauen. Nicht die Geschichten selber,
206 sondern die Situation, wie wir MitarbeiterInnen angetroffen haben nachdem z. B. der
207 Staatsanwalt da war. Dann sind wir gekommen und haben gefragt: „Wie habt ihr das mit den
208 Obduktionsbefunden gemacht?“ „Wieso ist euch das nicht aufgefallen?“ „Wie waren die
209 Abläufe?“ „Ist euch bei der Nachdienstplanung nicht aufgefallen, dass bei der Schwester X
210 mehr gestorben sind als bei den anderen?“ usw. Das waren schwierige und belastende
211 Situationen und aus denen habe ich erkannt, dass wir, egal in welchem Bereich, aber vor
212 allem in der Pflege und in der Ärzteschaft, im patientennahen Bereich, die psychische
213 Belastung besonders beachten müssen. Das gehört zum täglichen Brot dazu, dass man sich
214 mit den Sorgen der Patienten auseinandersetzen muss. Das war für mich ein ganz
215 einschneidendes Erlebnis. Viele Dinge, die ich als Personalistin gelernt habe, haben mich
216 geprägt. Ich habe früher viele Jahre auf der Baumgartnerhöhe in der Psychiatrie gearbeitet.
217 Ich habe auch Nachdienste gemacht, ich habe viel gesehen, ich habe mit Patienten umgehen
218 gelernt usw. Ich habe da viel für mich gelernt und das prägte mich für heute, für die Arbeit
219 und für die MitarbeiterInnen. Das ist meine persönliche Motivation in dieser Position, in
220 dieser Machtposition ziemlich weit oben, hier etwas bewegen zu können. Ich habe gesehen,
221 dass man im Spital viel tun kann, aber man stößt an die Grenzen. Und so habe ich Einfluss
222 und Geld, zwar nicht genug, aber genug, um es für Projekte zu verwenden und da und dort zu
223 unterstützen. Das ist so meine persönliche Motivation: Menschen, die aufgrund psychischer
224 Belastungen wirklich am Boden waren aufzuhelfen, was schwierig ist.

225 *3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?*

226 B3: Ich werde Ihnen zwei positive und einen negativen Eindruck schildern. Ich fange lieber
227 mit dem negativen Eindruck an, damit wir mit etwas positiven weiter gehen können. Der
228 negative Eindruck: Mit sehr viel Engagement haben wir das Projekt gesucht, Prävention auf
229 die Beine gestellt, fünf Jahre gearbeitet, viel Geld in die Hand genommen und in den

230 Pilotspitätern viel Aufklärungsarbeit geleistet. Ich weiß nicht, inwieweit Sie unsere Manuale
231 kennen. Dieses Manual am Arbeitsplatz ist ein Instrument für Führungskräfte und ist vor zwei
232 Jahren, 2011, herausgekommen. Es ist das Werk der psychologischen Servicestelle, die ja seit
233 vielen Jahren mir auch zu geordnet ist. Sie sind auch autonom und sind auch PsychologInnen.
234 Ich darf und will auch gar nicht Einzelthemen erfahren. Aber die mit ihren vielen Kontakten,
235 4.500 tausend Menschen kommen in die psychologische Servicestelle. Mit diesen 4.500
236 Kontakten erkennen wir natürlich schon den Trend, wo die "heißen Eisen liegen" und wo
237 müssen strukturell und verhältnisorientiert Maßnahmen eingesetzt werden. Und so haben wir
238 mit viel Engagement und auch viel Unterstützung bei den Häusern mit Prävention begonnen.
239 Nun war es 2009 so weit, dass wir die Richtlinien, die 2011 rausgekommen sind usw.
240 evaluiert haben und ich mir gedacht habe, dass das, was wir verlangt haben und wir haben
241 nicht allzu viel verlangt, umgesetzt sein wird. Aber nein, ich habe aus vielen Häusern eine
242 Rückmeldung bekommen, wo ich mir gedacht habe, dass ich das nicht notwendig habe. Da
243 wurde ich persönlich angegriffen, was ich mir für so einen Blödsinn Zeit nehme. „Sie hatten
244 ganz andere Probleme in den Häusern“. Mir war schon klar, dass nicht alle Alkohol- oder
245 Medikamentenabhängig sind. Aber es geht um die Regelung in der Organisation für den Fall
246 der Fälle. Z. B. war eine Forderung zu sagen: „Regelt es bitte, was ein Kollege tun soll, wenn
247 die Kollegin oder der Kollege alkoholisiert in den Nachdiensten, am Wochenende, am
248 Heiligen Abend oder zu Silvester in den Nachdienst kommt, wo die Direktion nicht besetzt
249 ist“. Meistens ist es so: Sie haben keinen Vorgesetzten da, sagen wahrscheinlich der Kollege
250 soll sich niederlegen, seinen Rausch ausschlafen und sie schaffen das schon alleine. Wir
251 wissen alle, was Co-Abhängigkeit bedeutet: Den Alkoholiker oder den Suchtabhängigen zu
252 schützen. Das bleibt aber nur ihr Rucksack. Und so habe ich erlebt, dass ein guter Anteil
253 unserer Häuser nicht verstanden hat, sich dafür einzusetzen und mit wenigen Maßnahmen das
254 kleine Ziel zu erreichen. Das war eine persönliche Ablehnung: „Das haben wir nicht,
255 deswegen machen wir das nicht“. Und das war schon eine Enttäuschung. Ich bin mit so viel
256 Engagement an die Sache heran gegangen: Ich war in jedem Haus, ich habe so viele
257 Gespräche geführt, ich habe so viel Geld in die Hand genommen, ich habe Schulungen
258 organisiert und und und. Letztendlich sind die wenigen Schritte, die ein Hausmanagement zu
259 setzen hatte, nicht passiert. Als ich dann gefragt habe „Wieso?“ kam: „Wir haben andere
260 Sorgen“. Das war jetzt mal ein negativer Aspekt, der bei der Suchtprävention einmal deutlich
261 wurde.

262 Aber jetzt zu den positiven Erlebnissen. Ich hatte viele positive. Eine Erfolgsgeschichte will
263 ich Ihnen sagen, das sind diese Manuale. Sie sehen die Nummer vier war die Sucht. Wir

264 haben aber weitere drei, wobei das erste vergriffen und nicht mehr aktuell ist. Das wäre „Der
265 Umgang mit Suizidalität“. Das sollte heuer aufgenommen werden, aber wir haben keine Zeit
266 und kein Geld gehabt. Wir werden das nächstes Jahr aufnehmen und das wird „Umgang mit
267 Krisen und Konflikten“ heißen. Es wird Unterstützung geben bis hin zu dem Thema
268 „Selbstmordgefährdung“. Das Thema „Mobbing am Arbeitsplatz“ ist neu aufgesetzt worden.
269 Das ist schon die zweite Auflage, wo wir wie bei „Sucht“ und „Burnout“ hier einen Leitfaden
270 entwickelt haben. Also, die neun Schritte: Wie entsteht überhaupt Mobbing? Identifikation
271 von Mobbing, Was kann die Führungskraft tun? usw. Es gibt da vorne irgendwo den
272 Gesprächsleitfaden, aber egal. Und dann das „Burnout Thema“. Das ist ein Modethema, aber
273 es ist dennoch wichtig. Der Begriff ist ein Modebegriff, aber es geht um Depression und alle
274 in der Vorphase entstehenden Umstände, die die Arbeitsfähigkeit immer weniger werden
275 lassen bis dann jemand nicht mehr kann. Bis er nicht mehr aus dem Bett steigen kann, weil er
276 sich fürchtet sich zu bewegen, denn so weit geht ja Depression.
277 Und Burnout im Sinne der Prävention sollte von der Führungskraft erkannt werden. Vor allem
278 bei der „Burnout-Geschichte“ geht es um Rahmenbedingungen. Weil wir alle, ich beziehe
279 mich mit ein, für die anderen leben. In der Pflege und in den Pflegeberufen wird die eigene
280 Person immer zurück gestellt bis es nicht mehr geht. Innerlich brennt ein Feuer, man will das
281 Beste geben und man will, dass es der Person, die einem für zwei Tage oder drei Stunden
282 anvertraut wurde, gut geht. Das kann für immer gut gehen oder irgendwann scheitern. Dann
283 gibt es kleine Anlässe, die das Feuer zum Erlöschen bringen. Dann haben wir das Burnout
284 und wir haben Störungen, die verhindern, dass die Person in die Arbeit gehen kann.
285 Depression kann ja auch zu Suizidalität führen. Und hier haben wir auch ein Handbuch, wie
286 ich damit umgehen kann und wie ich das verfolgen kann. Jetzt könnte man fragen: Was hat
287 das mit der Gesundheitsförderung zu tun? Rahmenbedingungen verändern Führungsverhalten.
288 Der zweite wirklich große Erfolg: Wir haben 2009 mit „Productive Ageing“ in zwei Häusern,
289 im Geriatriezentrum Favoriten und Kaiser Franz Josef Spital, mit einem umfassenden Projekt
290 begonnen, welches dazu den ABI Plus, den Arbeitsbewältigungsindex oder den Work Ability
291 Index, benutzt und angewendet hat. Nachdem wir im Wilhelminenspital und im
292 Geriatriezentrum Klosterneuburg im Jahr 2011 ihn eingesetzt haben, war dann der Auftrag
293 Ende 2011 des Generaldirektors an mich, eine MitarbeiterInnenbefragung flächendeckend zu
294 machen. Und da war die Überlegung, mit welchem Instrument das passieren soll.
295 Ich habe nicht allzu lang nachgedacht und habe mit einigen Experten, auch mit der Frau Dr. J.
296 gesprochen. Es war für mich naheliegend, da auch die AUFA, die Allgemeine
297 Unfallversicherungsanstalt und das Sozialministerium usw. diesen fördern. Wir haben gesagt,

298 dass wir uns das mal anschauen und mal ausprobieren. Wir haben den ABI Plus mit einigen
299 EFQM Fragen ergänzt. Für das Qualitätsmanagement haben wir auch ein paar Fragen hinein
300 genommen. Das erste Mal wurde es im März 2012 eingesetzt. Dazu dient uns dieses Bild, das
301 Sie sicher kennen. Das ist ein Lesezeichen, das wir dazu produziert haben. Und an diesen vier
302 Stockwerken orientieren wir uns mit der Befragung und mit allem was jetzt danach kommt.
303 Diese vier Ebenen, die an die Basis Gesundheitsförderung, also an das Individuum schlecht
304 hin wiederfinden. Die zweite Ebene ist doch immer individualisiert: Fortbildung,
305 Qualifikation, die Fähigkeit, Können, was man tun darf. Die dritte Ebene ist die Wertefrage,
306 die Motivation. Das ist eine der Schlüsselgeschichten. Wenn ich etwas tun kann, weil ich die
307 Ausbildung habe und wenn ich was tun darf, weil mir der Auftrag gegeben wird, soll lange
308 nicht heißen, dass ich es tue. Denn wenn ich nicht motiviert bin, dann kann ich das nur zur
309 Hälfte tun oder gar nicht oder wie auch immer. Das heißt, diese drei Stockwerke sind einmal
310 eng miteinander verbunden. Das vierte Stockwerk ist die Verhältnisfrage. Da geht es um die
311 Frage nach den Rahmenbedingungen, Arbeitsprozessen und der Führung. Wenn diese vier
312 nicht passen, dann passt das Dach nicht darauf und damit ist die Arbeitsbewältigung schief
313 lagig und es könnte passieren, dass es bei einem/einer oder andrem/anderer Mitarbeiterin oder
314 Mitarbeiter eben zu Störungen kommt und dass die Person nicht mehr will. Dann gibt es
315 Entscheidungen, entweder geht man aus dem Betrieb raus und kündigt oder man geht in den
316 Dauerkrankenstand und in die Frühpension oder man ist hier und leistet nichts. Die Gefahr
317 des Ausbrennens auf der einen Seite, auf der anderen Seite nur mehr nach Dienstvorschrift
318 tun und nichts weiter, das kennen Sie sicher. Da ist eben die Motivation so ein Punkt. Und
319 wer kann motivieren? Natürlich sind die MitarbeiterInnen ein Stück Motivator, natürlich ist
320 die Patientin/der Patient, der/dem man hilft ein bisschen Motivation. Aber die Führungskraft
321 und die Organisation muss sich da was einfallen lassen. Man braucht, sag ich jetzt, nicht die
322 großen Geldtöpfe aufmachen und alle mit Geld befriedigen. Zuwendung, Zuhören, solche
323 Dinge sind schon wichtige Maßnahmen, die man setzen kann. Das ist jetzt mein großer
324 Erfolg, dieses Instrument, den ABI Plus, im Kopf des Generaldirektors, im Kopf des
325 Topmanagements, so verankert zu haben, dass das unsere MitarbeiterInnenbefragung ist.
326 Nicht so etwas wie „Best Place to Work“ oder andere Instrumente, die es natürlich gibt und
327 die ich auch nicht schlecht machen will. Aber wir haben eine Synergie, wir haben einen
328 Arbeitsbewältigungsindex, der genau danach fragt. Die Zahlen ergeben, wie das, was die
329 Person, das Individuum einbringen will, zu dem was die Organisation an dieser Stelle fordert,
330 passt. Das Passen wird hier abgebildet. Kennen Sie die Ergebnisse der
331 MitarbeiterInnenbefragung?

332 *I: Ich habe mir die vom AKH angeschaut.*

333 B3: Ich sag es Ihnen KAV weit. 2/3 von unseren MitarbeiterInnen und KollegInnen sind gut
334 aufgestellt und können die Arbeit gut bis sehr gut bewältigen. Wir könnten uns zurück lehnen
335 und sagen: „Super“. Was sind aber die anderen 1/3? Was ist mit dem Rest? Und hier schaut es
336 schlecht aus. 1/3, das sind 10.000 MitarbeiterInnen, ist mäßig bis stark belastet und bewegt
337 sich in einer Gefahrenzone, wo man sagen kann, dass ein bestimmter Teil dieser 32/33% sich
338 bereits am Weg weg befindet. So viel Nachwuchs haben wir gar nicht. Diese gehen gar nicht,
339 weil sie kündigen. Sie gehen in den Krankenstand. Wir haben also alle Posten besetzt. Wir
340 können gar nicht nachbesetzen. Wenn man uns, den KAV, fragt: „Wie schaut es aus?“ „Wieso
341 habt ihr zu wenig Personal?“. Wir haben nicht zu wenig Personal. Wir haben genau das
342 Personal, das vorgegeben ist. Nur sie sind nicht da. Hier geht es um Produktivität. Wenn man
343 es aus der ökonomischen Sicht anschaut sind 7%, das haben wir errechnen lassen, unserer
344 MitarbeiterInnen nicht produktiv. Das ist nicht an Köpfen gerechnet, sondern äquivalente
345 Berechnungen. Es gibt Leute, die sind zu 10 % nicht produktiv und es gibt Leute, die 100 %,
346 weil sie im Krankenstand sind, nicht mehr produktiv sind. Wenn man das jetzt zusammen
347 zählt haben wir 7%. Das sind über 2.000 MitarbeiterInnen und das sind 100 Millionen im Jahr
348 Verlust. Wir müssen den Durchschnittswert rechnen. Das sind 50.000 € mit dem
349 Dienstgeberabgabe inklusive 50.000 € pro Person. 2.000 x 50 sind 100 Millionen. 100
350 Millionen, die verpuffen. Nicht gesagt, dass wir alle 100 Millionen, alle 7% besser machen
351 können. Es wird immer welche geben, weil sie Krebskrank sind, weil sie eine Depression
352 haben, aber wir können schauen, dass diese 7% auf 5% reduziert werden. Dann sind auch
353 mehr am Arbeitsplatz und und (...). Das heißt, es gibt da einen Handlungsbedarf und zwar
354 wirklich in der Organisation und nicht an der Person. Der große Erfolg, den ich jetzt schildern
355 wollte ist, dass eben dieses Instrument mit seinen Ergebnissen beachtet wurde. Und ich habe
356 bereits einen Auftrag 2014 die nächste Befragung zu machen. Die Schwierigkeit wird jetzt bis
357 dahin sein, in den Häusern die Maßnahmen beginnen zu lassen, damit die MitarbeiterInnen
358 merken, dass sich was verändert. Im Kaiser Franz Josef Spital, Frau K. hat sicher berichtet,
359 wurde im letzten Jahr Nestor Gold gewonnen. Nicht gewonnen, es ist eine Auszeichnung für
360 drei Jahre. Sie müssen sich dann bemühen, es erneut zu erwerben. Und dort ist es uns durch
361 das Engagement der Frau L. gelungen, tatsächlich die Zahl, die nicht so schlechte
362 Befindlichkeitszahl, noch zu verbessern. Das heißt, in der Pflege hatten wir einen bestimmten
363 ABI Plus Wert, der dann besser geworden ist. In anderen Berufsbereichen im Kaiser Franz
364 Josef Spital ist es schlechter geworden. Und sie haben nichts gemacht oder weniger. Vor
365 allem nicht bemerkbar, für die MitarbeiterInnen, zu wenig. Es genügt also nicht

366 Rahmenbedienungen im Kaiser Franz Josef Spital einzurichten, z. B. die elektronischen
367 Betten. Sie hatten noch viele, die nicht elektrisch zu heben und zu senken waren. Da haben sie
368 jetzt, glaub' ich, alle umgebaut und viel Geld in die Hand genommen. Das haben natürlich die
369 MitarbeiterInnen gemerkt. Besonders die Pflege hat gesehen, dass es sich verändern kann.
370 Wenn die Betten gemacht werden müssen oder Patienten umgelegt werden müssen usw. Das
371 brauche ich Ihnen nicht zu erzählen. Also, da gibt es ganz massive Dinge, die man machen
372 kann. Ich bin stolz darauf, dass wir dieses Instrument soweit transportiert haben. Die Frau F.
373 hat uns da sehr unterstützt. Sie ist ja sehr rührig unterwegs und in Tirol machen sie das auch
374 jetzt.

375

376 *4. Wie ist der Verlauf von BGF-Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback*
377 *seitens des Personals?*

378 B3: Da verstehe ich die Frage nicht ganz. Also, inwieweit kriegen wir Rückmeldungen? Das
379 ist das Thema der Generaldirektion. Wir werden wenige Rückmeldungen bekommen. Wenn,
380 dann ist es vor Ort in den Häusern. Wir können nur die Reaktion der Führung eines Hauses
381 identifizieren, wenn etwas gut ankommt, wenn etwas positiv rückgemeldet wird. Wir sehen ja
382 dann, ob die Aktivitäten weiter gehen oder nicht. Ohne ein Haus zu nennen, haben wir vor
383 einigen Jahren feststellen müssen, dass eine Person, die sich sehr mit der
384 Gesundheitsförderung beschäftigt hat, in Pension ging. Und dann war Schluss, nichts. Der
385 Posten wurde nicht nachbesetzt, wurde für was anderes verwendet. Auf einmal war es wie ein
386 Vakuum, keine Gesundheitsförderungsaktivitäten mehr. Sonst haben es noch andere Personen
387 versucht, aber in dieser Form, war es nicht mehr möglich. Das tut jeder/m einzelner/m
388 MitarbeiterInn weh. Jetzt kann man diskutieren, ob der Zumba Kurs einem gefällt oder nicht
389 aber wenn ich merke, dass es das Angebot gar nicht mehr gibt, dann gibt mir das auch ein
390 Signal. Dann denke ich mir: „Aha, jetzt darf ich das nicht mehr?“ Viele solche Punkt sehe ich
391 in Bezug auf das Feedback seitens des Personals. Wie gesagt, ich kriege kein bzw. ganz selten
392 ein individuelles Feedback, weil das Vorwort in den Häusern dezentralisiert war und ist.

393 Ich kriege natürlich Feedback von den Verantwortlichen der Gesundheitsförderung. Ich treffe
394 mich zwei Mal im Jahr, besser gesagt, ist das zumindest so vorgesehen, dass wir uns zwei
395 Mal im Jahr treffen. Hier könnte man auch jetzt sagen, dass das komisch ist. Letzten
396 November vor Weihnachten habe ich, wie üblich, eingeladen. Es sind kaum Personen
397 gekommen. Das heißt, hier gab es offenbar eine Reaktion. Jetzt interpretiere ich das nicht
398 gegen mich, aber generell ist das die Reaktion auf weniger Geld, weniger Ressourcen und
399 vielleicht wird weniger Nachdruck seitens der Führung in diese Richtung investiert. Aber ich

400 sag auch, dass man auch solche Rückschläge in Kauf nehmen muss, um dann neuen Anlauf
401 zu nehmen. Das werden wir wieder tun. Also, ich will jetzt nicht sagen, dass nichts mehr
402 gemacht wird. Aber die Kommunikation ist eingebrochen. Dass die Häuser was tun, das
403 glaube ich schon, aber sie kommunizieren es momentan nicht. Ich bin jetzt beim Vorbereiten.
404 Im Juni gibt es das nächste Treffen und ich bin zuversichtlich und bin immer positiv denkend.
405 Es wird wieder so sein, dass wir uns gut austauschen können.

406

407 *5. Welche Ziele sind/waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es*
408 *Hürden, wenn ja welche?*

409 B3: Am schwersten, das haben wir eh schon gesagt, ist es, wenn man in der Organisation
410 Veränderungen anstrebt. Also, eher auf einer abstrakteren Ebene. Wenn ich elektrische Betten
411 kaufen kann, dann kann ich sagen: „Okay, ich nehme halt Mal Geld in die Hand...“. Ich will
412 das nicht abwerten. Das ist eine ganz tolle Geschichte gewesen, aber das kann ich mit einer
413 Entscheidung im Management durchführen. Aber die Bedürfnisse von MitarbeiterInnen
414 permanent abzufragen und permanent auf die Bedürfnisse und Wünsche von Personen
415 Rücksicht zu nehmen, ist ungleich schwerer, weil sich die auch permanent verändern. Das
416 heißt, ich bin wieder bei der Führungskraft angekommen. Ich selber bin Führungskraft und
417 weiß, was von mir erwartet wird und was ich nicht mehr schaffen kann, weil meine
418 Zeitressourcen und meine Gesundheit, das muss ich auch dazu sagen, auch irgendwann leidet.
419 Ich habe meine Strategie hier begonnen und seit drei Jahren war ich nicht im Fitnesscenter.
420 Ich habe ja im Haus das Fitnesscenter (...) und jetzt habe ich es geschafft. Im Februar habe
421 ich wieder begonnen. Ich habe für diesen Standort die Weight Watchers. Wir haben schon
422 sechs Wochen die Weight Watchers und ich habe auch schon sechs Kilo abgenommen. Bei
423 dem Training unten bin ich drei Mal in der Woche eineinhalb Stunden dabei. Ich merke auch
424 wie ich mich wohl fühle. Ich muss mich einerseits selber motivieren, aber ich brauche dafür
425 auch eine gute Arbeitsumgebung. Wenn ich schon so belastet wäre, dass ich froh bin, aus der
426 Tür raus zu sein, dann werde ich mich da nicht aufhalten und blödes Reden mir auch noch
427 anhören. So ist es natürlich schwierig, die Menschen zu motivieren, die schon frustriert sind.
428 Die Personen, jetzt bleibe ich kurz bei der Verhaltensprävention, die es selbst wissen müssten,
429 dass sie sich bewegen und gesund ernähren müssen, kommen aus ihrem Hamsterrad auch
430 nicht mehr hinaus. Und verhalten sich anders als gesund. Die Ziele, die man dann an
431 Führungskräfte verbindet und sagt: „Schaut jetzt dazu, dass sich das ändert“ tragen dann dazu
432 bei, dass die Führungskräfte für sich selber weniger tun und die anderen nicht mehr gut
433 motivieren können. Das ist eine Wechselwirkung. Die Hürde ist jedenfalls die Führungskraft.

434 Jetzt haben wir das Projekt „Productive Ageing“ gesucht und sind beim Ausrollen des
435 Programms „Stärken stärken“. Damit gehen wir in alle kollegialen Führungen. Wir gehen in
436 Schulungen und haben in diesem Jahr vor sehr breitwirksam auf die Personen zuzugehen. Ich
437 mache das mit der Frau F. Also, wir haben ein Programmteam. Das sind der Herr M. von den
438 Pflegeheimen, die Frau N. für die Schwerpunktkrankenhäuser und ich, sind das
439 Kernteam, unterstützt von der Frau F. Wir vier haben MultiplikatorInnen in manchen Häusern
440 ausgebildet. Wir wollen jetzt MultiplikatorInnen in allen Häusern ausbilden. Und mit denen
441 die Bewegung angehen. Natürlich braucht das seine Zeit und kostet viel Aufwand. Ich bin
442 nächste Woche bei der Vormittagskonferenz des Generaldirektors mit der Frau N. und ich
443 stelle dieses Programm vor und gebe nochmal Gas. Die Vormittagskonferenz ist für alle
444 kollegialen Führungen und Leiterinnen und Leiter. Das sind etwa 150 Personen. Das oberste
445 Management kommt da einmal im viertel Jahr zusammen und da werden die wichtigen
446 Themen angesprochen. Das ist dann ein solches Thema. Das muss ich vorbereiten und noch
447 transportieren.

448

449 *6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind*
450 *Erfolgsfaktoren?*

451

452 B3: Der eine Aspekt, und Sie sprechen eh von mehreren, ist, dass die Führung den Auftrag
453 geben muss. Wenn sie nicht immer dabei bleiben, weil sie im nächsten Moment schon das
454 nächste neue Thema haben, ist das natürlich nicht immer hilfreich.

455 Was geholfen hat, um die Frage auch fortzusetzen ist, dass es viele Interessierte gibt. Viele
456 Helfer, viele Personen, die sich schon viel einsetzen. Auf der informellen Ebene passiert mehr
457 als auf der formalen Ebene. Also, wenn ich die kollegialen Führungen rein trete, ist das ein
458 formaler Akt und das war es. Wenn ich aber informell auf viele einzelne Personen zugehe,
459 dann passiert es. Dann kann etwas geschehen und geschieht auch. Die Erfolgsfaktoren sind
460 authentisch, im Transfer sein und Ressourcen mitbringen. Das heißt, ich brauche Geld, ich
461 brauche externe BeraterInnen. Ich muss für die Ressourcen auch etwas mitbringen, denn die
462 vor Ort reichen nicht aus. Da gibt es sowieso viele andere Herausforderungen und
463 Anforderungen z.B. Supervision oder Coaching usw. Ich muss selber ein Budget haben und
464 muss selber mein Engagement einbringen. Aus der Sicht eines Hauses braucht man sehr viel
465 Externes, das herein gebracht wird. Es bewegt wenig, ich will nicht sagen nie, aber wenig aus
466 dem Eigenen heraus. Und wenn, dann sind es wieder Eigeninitiativen, einzelne Personen, die
467 sich sehr bemühen.

468 Heute wie früher ist es noch so, dass Veränderungen verdächtig sind. Sie sind auf einem
469 anderen Niveau. Wenn man jetzt ein Haus umbaut, neu baut, ist das egal, ob das alte schlecht
470 war, grauslich war. Es ist immer noch besser als das Neue. Wir erleben das jetzt ständig. Wir
471 sind auch hier her übersiedelt. Wir sind aus dem alten Gebäude übersiedelt. Jetzt ist es ein
472 super tolles sechs Stern Hotel am Ring. Da waren wir früher am Schottenring. Das war
473 eigentlich grauslich, das Klo war grauslich und es gab keine guten Leitungen, nichts. Aber,
474 als wir hierher, in ein neues Gebäude gezogen sind, haben wir gesagt, dass wir das hier nicht
475 aushalten. Diese Veränderung ist also doch, immer ein Stück Überwindung, was Neues
476 anzugehen.

477

478 *7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele der BGF in Ihren Betrieb verändert?*

479 (bereits beantwortet siehe oben)

480

481 *8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt, um die Effektivität von*
482 *BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?*

483

484 B3: Also, ich kann grundsätzlich diese MitarbeiterInnenbefragung vorweg als ein Kontroll-
485 oder Controlling Instrument nennen. Da bin ich auch so erfolgreich oder ich sehe das als so
486 erfolgreich, weil auch der Generaldirektor und die Stadträtin schon auf das nächste Ergebnis
487 warten. Sie bewerten dieses Ergebnis als einen Gradmesser. Ich habe mir auch vorgenommen
488 einen Gesundheitsförderungsbericht zu schreiben. Wir haben schon zwei gemacht und ich
489 möchte einen weiteren durch Befragung und durch Austausch erzeugen, damit wir sehen, was
490 eigentlich alles im Wiener Krankenanstaltenverbund passiert. Ich komm‘ nur momentan nicht
491 dazu. Das wäre auch so ein Kontroll-Mechanismus, wobei man hier vorsichtig sein muss. Ich
492 weiß, wie Ihre Frage gemeint ist. Sie ist auch wissenschaftlich gemeint. In der Realität darf
493 ich nichts kontrollieren und ich frage, um beraten zu können. Es ist ein Thema. Wenn die
494 Generaldirektion was fragt, wird das sofort mal negativ gesehen und das ist dann auch ein
495 bisschen schwieriger. Also, die Effektivität wollen wir anhand der MitarbeiterInnenbefragung
496 messen. Heuer ist es das erste Mal und das ist so ein Zeichen dafür, dass sich auch das Top
497 Management damit auseinandersetzt. Das muss man auch ein bisschen vorsichtig betrachten.
498 Die Fehlzeiten werden jetzt z. B. angeschaut. Es wird geschaut, wie sich die Fehlzeiten 2013
499 entwickeln. Werden sie steigen? Werden sie fallen? Wir haben es auch angeschaut, aber nicht
500 auf der Management Ebene.

501 Es gibt jetzt das erste Mal die Vereinbarung zwischen den kollegialen Führungen und dem
502 Generaldirektor, dass diese Zahlen sich senken müssen. Das heißt, das erste Mal ist es nicht
503 auf einer informellen Ebene: „Schauen wir einfach Mal, ob wir es schaffen“, sondern es ist
504 eine Zielvorgabe ein Minus zu bekommen. Das heißt, wir werden jetzt sehen, wie weit das
505 greift und wie weit die kollegialen Führungen das erst genommen haben. Also da haben wir
506 sicherlich einiges zu erwarten. Wie gesagt, das ist das erste Mal seit vielen Jahren, dass das
507 Thema „Gesundheit von MitarbeiterInnen“ in die obersten Managementziele aufgenommen
508 wurden. Das Magistrat, der Gemeinderat eigentlich, hat dem KAV jetzt erstmalig viele
509 strategische Ziele von 2013 bis 2017 gegeben. Und da ist ein Thema „Betriebliche
510 Gesundheitsförderung“, das ist Vorgabe der Politik. Jetzt schauen wir mal, was daraus wird.
511 Ich bin gerade dabei, das alles gescheit zu kommunizieren, um eine Ist-Stand Erhebung mal
512 zu machen. Zu schauen, was wir alles zu Gesundheitsförderung machen. Das wird sicher ein
513 wichtiger Aspekt sein. In welcher Form wir das machen, muss ich mich noch mit meiner
514 Chefin und dem Generaldirektor verständigen.

515

516 *9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter/Altern in*
517 *BGF eingebettet?*

518

519 B3: Das „Productive Ageing“-Projekt und jetzt „Stärken stärken – Generationen im Dialog“
520 ist ein sichtbares Zeichen dies tatsächlich anzugehen. Beispielsweise wissen wir, dass wir im
521 ärztlichen Personal sehr viele ältere Ärzte haben. Der Altersdurchschnitt ist über 50, bei der
522 Pflege nach 40. Wir haben deutlich ältere Ärzte und Ärztinnen, deren Fähigkeit Nachdienste
523 zu machen, obwohl viele schlafen können, nicht mehr ausreichen, dass sie gesund Nachdienst
524 machen können. Ich sage das jetzt mal so, wie es mir berichtet wird. In diesem
525 Zusammenhang haben wir jetzt mit einem Haus, mit einer ärztlichen Direktorin, ein Projekt
526 gestartet. Ich habe mir die letzte Woche ein Feedback holen lassen, wie sich alles entwickelt.
527 Ärzte und Ärztinnen haben ja bei uns im (...) eine ganz andere Gehaltssituation, denn der
528 Nachdienst wird wesentlich besser bezahlt als in der Pflege. Das bedeutet auch einen
529 deutlichen Einbruch, wenn ein Arzt ein, zwei oder drei Nachdienste weniger macht. Das kann
530 er sich, schlicht und einfach, nicht leisten. Somit machen sie die Nachdienst, auch wenn sie
531 krank sind. Das heißt, wir müssen das Gesamtsystem ändern. Zuerst die Arbeitszeiten und
532 dann die Besoldungssystematik verändern. Fünf Stunden 8-13 Uhr müssen Geschichte sein.
533 Beispielsweise die Doppeldienste. Hier zehn Stunden am Tag arbeiten und dafür einen
534 Zeitausgleich haben und der nächste Tag ist frei oder so, aber am Stück, und nicht fünf

535 Stunden und wieder weg. Das hängt aber dann mit den Nachdiensten zusammen. Dann
536 kommen sie auf eine andere Anzahl von Stunden, um das Grundgehalt von 40
537 Wochenstunden zu erreichen. Das müssen wir aber in einer Besoldungsreform durchbringen.
538 Das bewegt sich träge, aber jetzt doch viel mehr als wir das gehofft haben. Das wird vielleicht
539 schon heuer zu einer Ausweitung und zu Verbesserungen führen.

540 Wir müssen das mal erarbeiten, dass es möglich wird, dass sie eine Veränderung haben. Dass
541 dann viele Dinge zusammen spielen, wie Ordinationen und ihre Öffnungszeiten oder andere
542 Tätigkeiten, denn sie noch nachgehen damit sie ihr Geld verdienen, ist klar. Wir brauchen uns
543 in gewissen Bereichen aber jetzt keine Sorgen zu machen, sie werden das überleben. Aber,
544 wir müssen uns trotzdem damit auseinandersetzen. Wir brauchen generelle Lösungen. Auf
545 der einen Seite, die generelle Lösung, die Auflösung dieser apodiktischen fünf Stunden und
546 wir brauchen individuelle Lösungen in jedem Haus. Wer sagt das, dass jeder Arzt so arbeiten
547 muss? Auf z. B. der Dialyse wird es andere Dienstzeiten brauchen, weil sie ja einen anderen
548 Wechsel haben, sie haben einen anderen Schichtdienst als die auf der NHO. Da kann man es
549 ganz anders machen, da kann man auch die Stationsbelegung am Wochenende weglassen.
550 Das heißt, es kommt auch hier zu einer höheren Individualisierung. Das muss aber gut
551 transportiert werden. Denn wir wollen ja auch noch die guten Ärzte behalten und nicht
552 verlieren. So gut zahlen wir nicht, dass wir sie behalten. Sie wollen abwandern. Die Jüngeren
553 sowieso nach Deutschland oder wo anders. Wir müssen was Adäquates anbieten. Das kann
554 aber nicht nur Geld sein. Aber das sind die Überlegungen, an denen wir alle jetzt arbeiten. Die
555 Altersthematik ist mit dem „Productive Ageing“ am stärksten. Das ist nicht einfach, denn wir
556 reden über 6.000 Ärzte und Ärztinnen oder, wie gesagt, über 32.000 Menschen und unser
557 Altersdurchschnitt ist 44. Ich mache auch immer wieder Schulungen und Trainings und da
558 lasse ich eine Aufstellung, eine Übung, machen. Ich lasse alle Personen, die an dem Kurs
559 teilnehmen an einer Linie antreten und sage: „Hier steht die Jüngste und hier die Älteste“.

560 Dann müssen die sich mal verständigen und die nächste Frage ist so: „Jetzt stellen Sie sich so
561 auf wie Sie sich fühlen. Nicht wie alt sie sind“. Das spannende ist, dass 9/10 in die „junge
562 Richtung“ wandern. Man möchte und man fühlt sich auch jünger. Nicht jeder und jede, aber
563 viele. Also, ich fühle mich auch jünger als meine 58. Jetzt muss ich nachdenken: Wo lebe
564 ich? In welcher Umgebung? Lebe ich in einer Umgebung, wo ich mit 90-Jährigen ständig zu
565 tun habe? In einem Pflegeheim? In einer Dialyse? Man hat auch ein privates Umfeld. Ich habe
566 eine 16-jährige Tochter. Ich komme mit Eltern zusammen, die meine Kinder sein könnten.
567 Auf diesem Weg lebe ich auch fast eine Generation jünger. Womit wir uns umgeben liegt bei
568 uns.

569

570 *10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen des BGF von*
571 *Bedeutung?*

572

573 B3: Ich bin stolz derzeit zwei Projekte am Laufen zu haben. Gender heißt ja soziales
574 Geschlecht. Also, es geht um das Verhalten von Männern und das Verhalten von Frauen. Ich
575 habe zwei Gesundheitsförderungsprojekte, die laufen immer mit dem Institut FEM und MEN
576 zusammen. Mit FEM habe ich heuer, ich selbst als strategischer Projektleiter, ein Projekt
577 „Vielfältig und Gesund“ gestartet. Es richtet sich ausschließlich an Frauen mit niedrigem
578 Lohnniveau und größtenteils mit Migrationshintergrund. Also an Frauen der Reinigung, der
579 Abteilungshelferinnen und der Küche. Ich bin der Leiter dieses Projektes. FEM Süd macht
580 das für mich, also inhaltlich und operativ. Wir haben bisher viele Jahre ein tolles Projekt
581 „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ gehabt. Das war so toll und ich war so begeistert. Das habe
582 ich viele Jahre schon mitfinanziert und wir haben das fortgeschrieben, optimiert und
583 verbessert und starten jetzt durch. Wir haben es in Schwerpunktkrankenhäusern, wie dem
584 AKH, gemacht. Jetzt haben wir gesagt, dass wir in Schwerpunktkrankenhäusern weiter
585 machen. Aber natürlich nicht in allen. Wir gehen eher in die Pflegewohnhäuser und in die
586 Geriatriezentren. Im Pflegewohnhaus Meidling und im Otto-Wagner-Spital haben wir jetzt
587 gestartet. Dort begleiten wir acht Monate lang die Teams. Wir machen Nachhaltigkeit, nicht
588 nur Ernährungsberatung, tanzen und turnen, sondern wir machen Führungskräfte-Trainings
589 für gesunde Führung. Ich habe mir vorgenommen die Führung des Hauses zu verpflichten und
590 zu begleiten, dass sie das auch nach den acht Monaten auch weiterführen. Nicht, dass das so
591 wie in der Rudolfsstiftung, seinerzeit, zusammen bricht. Das ist das eine. Das andere schließt
592 sich gerade mit MEN ab. Auf der einen Seite fördern wir die Frauen, wir wissen aber, dass die
593 Männer ein ganz anderes Verhalten und einen anderen Zugang zu Gesundheit haben. Wir
594 mussten auch überlegen, ob wir den Männern Zumba und tanzen anbieten können und ob sie
595 da mitmachen würden. Wir haben gewusst, dass ein paar mitmachen würden, aber die meisten
596 nicht. Im AKH haben wir ganz tolle Ergebnisse. Dort haben wir es mit Ballspielen gemacht,
597 damit sie in Bewegung kommen. Das war unglaublich, wie viele interessierte Personen es
598 gibt, im Kleinen, im Persönlichen über Ernährung und über Vorsorgeuntersuchung usw. zu
599 reden.

600 Das zu öffnen, ist aber nur auf der persönlichen Ebene möglich gewesen. Da gab es auch viele
601 Hinweise. Wir haben ja Fragebögen usw. angewendet und da gibt es auch interessanterweise
602 auch Männern, die Einkäufe machen und sich um die Kindererziehung kümmern. Und das bei

603 Männern, die aus einem Migrationsbereich kommen, wo meistens der Mann das Geld bringt
604 und die Frau alles andere zum Erledigen hat. Also auch da wiederum, nicht alle, aber
605 einzelne konnte man individualisiert sehen. Dass alle Männer, die aus Exjugoslawien
606 kommen so und so sind, stimmt ja nicht. Das haben wir gewusst, aber wir haben hier noch
607 mehr individualisiert. In beiden Bereichen haben wir noch eine strukturelle Maßnahme: Wir
608 bilden GesundheitsmultiplikatorInnen auf Peer-Gruppenebene aus. Also aus dieser Gruppe
609 die wir betreuen, werden Personen, die sich interessieren extra geschult und weiter begleitet.
610 Sie treffen sich einmal im halben Jahr und tauschen sich aus. Wir werden ein
611 Fortbildungsprogramm aufbauen, wo sie weiter gebildet werden. Wir haben von früher
612 derzeit 21 oder 23 solcher MultiplikatorInnen. Und wir werden jetzt in den neuen Projekten,
613 bei den Männern als auch bei den Frauen, solche Teams entwickeln, damit sich das
614 verselbstständigt. Aber man muss immer dahinter sein, es unterstützen und begleiten.
615 Da haben wir z. B. diese Richtung. Hier darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass es einen
616 eigenen Lehrstuhl für Gendermedizin an der Medizinischen Universität gibt. Da gibt es einen
617 Lehrgang dazu den wir schon finanziert haben, um kennenzulernen, ob das auch ein Teil einer
618 Weiterbildung für die Pflege oder Ärzteschaft sein kann. Es ist nicht schlecht gewesen. Man
619 muss aber an dem Lehrgang einiges optimieren, weil es ja auch keine wissenschaftlichen
620 Daten dazu gibt, die ausreichen, um da gut zu arbeiten. Z. B war das eine Förderung und da
621 haben wir noch einiges an genderspezifischen Maßnahmen vor. Vor allem auf der Hausebene,
622 wenn es z.B. darum geht, die Zeit der Menopause vorzubereiten und mit den
623 Arbeitsmedizinern da einiges zu unternehmen.

624

625 *11. Welche Maßnahmen in Ihren Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am*
626 *schnellsten angenommen?*

627

628 B3: So auf die schnell kann ich das nicht beantworten. Zumba war auch bei uns gleich voll.
629 Bei uns gibt es jetzt auch einen Zumba Kurs. Selbst ich habe mir gedacht, hin zu gehen. Aber
630 ich kann ja auch nicht alles machen. Vor allem kann ich mich nicht überall vordrängen. Wenn
631 es andere auch machen wollen, sollen sie hin gehen. Ich habe gehört, dass es ein großes
632 Interesse gibt, wobei das die Personalvertretung organisiert. Aber das ist ja nicht deswegen
633 schlechter oder so. Die Problematik ist, wenn du jetzt Nordic Walking oder eine Laufgruppe
634 machst, dass das Interesse teilzunehmen sehr schnell abnimmt. Der Nordic Walking Kurs war
635 speziell hier früher sehr beliebt, jetzt ist es von Zumba abgelöst worden. Im ersten Kurs haben

636 sich viele angemeldet, im zweiten Kurs nur 2/3, dann nur mehr 1/3 und dann waren nur 3
637 Anmeldungen. So stirbt dann die Idee, weil es ja auch Geld und Aufwand kostet.

638 Also „Welche Maßnahmen schätzen sie als erfolgreichsten ein?“. Ich kann da nur von Down
639 Town sprechen, die Weight Watchers Geschichte ist wie eine Bombe eingeschlagen.
640 Innerhalb von wenigen Minuten haben wir so viele Anmeldungen gehabt, unglaublich. Ich
641 weiß auch, dass das Programm „Weight Watchers at Wort“ auch im Wilhelminenspital, im
642 Kaiser Franz Josef Spital und noch einem unserer Häuser auch schon erfolgreich durchgeführt
643 wurde. Das kann ich jetzt im Zusammenhang mit gesunder Ernährung usw. als sehr positiv in
644 diesem Haus nennen. Was wir noch angeboten haben, war ein Kurs mit einem ganz tollen
645 Trainer: Fesch, durchtrainiert und jung. Mit dem hatte ich auch sehr viele Frauen im Turnsaal.
646 Der macht das wirklich gut, wir haben ja auch einige Angebote in unseren
647 Fortbildungsanzeigen und die sind immer sehr gut besucht. In diesem Zusammenhang kann
648 ich auch sagen, dass die Bewegungsangebote sicher ein Renner sind.

649

650 *12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

651

652 B3: Ich sage es so wie es ist, ich würde nichts anders machen. Ich würde vielleicht zu Beginn
653 noch mehr daran arbeiten, das Topmanagement zu überzeugen, dass sie einen Vorteil haben,
654 wenn sie das noch mehr unterstützen. Ich würde gleich am Anfang diese Verkaufsstrategie
655 anwenden. Zu glauben, dass er grünes Licht gib und dann dahinter steht, keine Einzelperson,
656 sondern das Management ist leichtsinnig. Sie verlieren den Blick auf das Thema, weil sie
657 sagen „die Frau O. macht das eh“ oder „das machen sie schon“. Also müssen sie sich nicht
658 mehr einsetzen. Dass sie aber immer wieder da sein sollten und selber als Vorbild wirken
659 sollten, wird vergessen. Ich habe meine Management Ausbildung nach der Wirtschaftsuni
660 gemacht und das ist das Management Syndrom. Sobald ich etwas als Topmanager bewillige,
661 ist es erledigt. Dass das aber ein Prozess ist, der danach beginnt und ich nach der Zustimmung
662 immer noch präsent sein sollte, das ist aufgrund der vielen Problemstellungen, die dann noch
663 auftauchen nicht so leicht. Ich bin immer wieder in Diskussion: „Frau O., wieso tust du dir
664 das an?“. Die im sechsten Stock sagen das. Ich sag: „Ich bin eigentlich im sechsten Stock. Ich
665 sitz zwar im Erdgeschoss, aber ich tue es an seiner Stelle. Ich unterstütze ihn. Ich tue es nicht
666 ihm zuliebe, sondern ich sehe mich als Teil des Topmanagement des (...) und daher tue ich
667 das für ihn, mit ihm.“ Ich erlebe es auch manchmal, dass die Unterstützung nicht mehr da ist,
668 aber ich kann nicht sagen, dass er das absichtlich macht. Sondern, er muss dirigieren, er muss

669 es jemanden anderen geben. Aber nochmal zu Ihrer Frage: Nein, ich würde nichts anders
670 machen.

11.7 ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 4

1 *1. Wie lange setzen Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen des BGF-*
2 *Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientiert). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?*

3

4 B4: Aus meiner Wahrnehmung haben sich schon viele Abteilungen und Bereiche des AKHs
5 in den letzten Jahrzehnten mit Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinander gesetzt. Egal,
6 ob sich in diesem Bereich Gruppen gefunden haben, die z.B. Nordic Walking und Yoga
7 Initiativen selbstständig getroffen haben oder was anderes gemacht haben. Aber strukturiert
8 und zusammengefasst mit einer Strategie beschäftigt sich (...) erst seit 2007/2008 mit
9 Betrieblicher Gesundheitsförderung. Hier gibt es zwei Hauptprojekte. Das eine
10 „Suchtprävention“, das betrifft die Prävention von Alkohol und Medikamenten sowie das
11 Thema „Productive Ageing“. Hier geht es um den Umgang mit immer älteren
12 MitarbeiterInnen und älteren Generationen. In diesem Zusammenhang wurde auch im AKH
13 das sogenannte CCAG, das Competence Center für Arbeitsschutz und Gesundheitserhaltung,
14 gegründet. Um hier gemeinsam zwischen der Stadt Wien, dem Spitalsbetreiber und der MOW
15 weitere Maßnahmen zu gestalten. Die Leiterin ist die Frau P. Es gibt einerseits zwei
16 Pilotbereiche um Betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen. Es ist auch gefördert vom
17 Fond Gesundes Österreich. Diese Initiative heißt „Gesund im AKH“ und beinhaltet derzeit
18 den zentralen OP-Bereich und die Kinder Klinik. Diese Maßnahmen und diese Ergebnisse,
19 die man hier gewinnt, sollen auf weitere klinische Bereiche übertragbar sein. Die Ergebnisse
20 sollen ausrollbar werden. Die Ziele beziehen sich sowohl auf Verhältnisorientierung als auch
21 Verhaltensorientierung. Es geht sehr wohl auch um die Qualität der Arbeitsplätze und der
22 vorhandenen Rahmenbedingung. Aber es geht auch darum den Mitarbeiterinnen und
23 Mitarbeitern Optionen zu zeigen, wie sie ihr Leben selbst gesundheitsförderlicher gestalten
24 können.

25

26 *2. Was war Ihre persönliche Motivation sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?*

27

28 B4: Meine ursächliche Aufgabe war den Bereich Personalentwicklung zu leiten. In meinem
29 Weltbild bezieht sich das nicht nur darauf, jemanden eine Fortbildung zukommen zu lassen
30 oder jemanden auf Austausch zu schicken oder auf einen Kongress. Personalentwicklung
31 bedeutet für mich auch, sich selbst anzuschauen: Wie entwickle ich mich auch in Richtung
32 meiner persönlichen Entwicklung weiter? Das ist von einer ärztlichen Analyse der

33 Gesundheitsförderung abgegrenzt zu betrachten. Aber, wenn ich mich zu einem gesünderen
34 Menschen entwickle oder gesündere Rahmenbedingungen vorfinde, dann bedeutet das für
35 mich auch, im engeren Sinn, Personalentwicklung. Also, nicht nur wissenschaftlich, sondern
36 auch körperliche, psychische Entlastung, wo man sich hin entwickeln kann. Insofern ist es ein
37 Thema, das die Personalentwicklung berührt. Insofern ist das auch meine Motivation hier mit
38 tätig zu sein. Ich fühle mich, so zu sagen, auch gewidmet.

39

40 *I: Würden Sie sagen, dass Sie ein Idealist sind?*

41

42 B4: Man muss hier auch ein Idealist sein, weil die Rahmenbedingungen in unserer Zone
43 manchmal schwer klar zu machen sind. Einerseits sind es die finanziellen Mittel, die bei der
44 Planung und Umsetzung notwendig sind. Man nimmt Geld in die Hand und baut Strukturen
45 auf. Egal, ob das Arbeitsplätze sind, die sich mit diesem Thema beschäftigen z. B. "Men and
46 Woman Power" oder auch der Einsatz finanzieller Mittel, um irgendwelche
47 Entspannungsprogramme oder Räume zu gestalten, wo man sich auch im Arbeitsprozess
48 entspannen kann und den Arbeitsprozess mitgestalten kann. Hier läuft Geld hinein und es ist
49 oft schwierig Kennzahlen zu definieren, woran man misst, ob diese eingesetzten Ressourcen
50 auch die entsprechende Wirkung haben. Oft zitiert man die berühmte Krankenhausstatistik.
51 Wenn sie runter geht, ist das ein Indikator für Gesundheitsförderung. Ich bin der Meinung,
52 dass das sehr schwierig nachvollziehbar ist und dass sich solche Entwicklungen nicht nur auf
53 gesundheitsfördernde Aspekte zurückführen lassen. Hier auch Kennzahlen zu definieren
54 „Was kostet jetzt Gesundheitsförderung und was bringt mir das?“ ist sehr schwer.

55

56 *I: Glauben Sie, jetzt, wo man eine Knappheit von finanziellen Ressourcen hat, dass das eine
57 Zukunft hat?*

58

59 B4: Naja, ich glaub da gibt es manchmal gewisse Entwicklungen, wo die Probleme
60 drängender werden und auch die Entscheidung was man dagegen macht. Dann macht man
61 auch Dinge auf den letzten Drücker. Noch vor wenigen Jahren haben wir Österreichweit, noch
62 über die Gesundheitsbranche hinaus, die älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eher
63 freigesetzt und in Pension geschickt. So wird bis jetzt eine massive Trendumkehr bemerkbar.
64 Wo man sagt: „Was ist mir der Know-How- und Erfahrungswert der Mitarbeiter wert und
65 wichtig, um diese im Arbeitsprozess zu erhalten?“ Natürlich brauche ich dann in so einem
66 Betrieb auch auf der Horizontale Karrieremöglichkeiten und auch dienstrechtliche

67 Möglichkeiten. Wir alle sind ja Mitarbeiter der Stadt Wien, wo nicht nur im
68 Krankenanstaltenverbund mehr als 30.000 Menschen beschäftigt sind, sondern mit dem
69 Krankenanstaltenverbund in der gesamten Stadt Wien ungefähr 65.000 Menschen beschäftigt
70 sind. Das bedeutet natürlich massive Änderungen im Dienstrecht und in der
71 Dienstpostengestaltung. Damit ich auch andere entlastende Arbeitsplätze schaffen kann und
72 damit jemand, der beispielsweise körperlich oder psychisch etwas verbraucht ist, auf einer
73 anderen Seite einsetzbar ist.

74

75 *3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?*

76

77 B4: Die beeindruckenden Erfahrungen für mich in meiner Tätigkeit sind schon die Umstände,
78 dass sich viele Kleinbereiche und Abteilungen schon jahrelange mit dem Thema
79 auseinandersetzen und lokale Initiativen setzen. Vom gesunden Obststeller, den jemand
80 mitbringt, bis hin zu Nordic Walking Gruppen oder Yoga-Gruppen. Ich habe schon viele
81 Kinästhetik Initiativen wahrgenommen. Ich kenne das jetzt nicht persönlich, aber ich habe
82 wahrgenommen, dass diese Bereiche durchgeführt werden. Das sind auch schon
83 beeindruckende Erfahrungen, weil daraus hervorgeht, dass sich die Leute selbst damit
84 beschäftigen und selbst diesen Bedarf erkennen. Ganz super ist für uns konkret, dass das
85 Instrument, das Angebot der Supervision im AKH, gut aufgenommen wurde. Also, wir haben
86 seit dem Jahr 2003 immer stetig ansteigende bessere Erfahrungen. Sowohl quantitativ
87 der Inanspruchnahme der Supervision, also, dass immer mehr Leute kommen und so ein
88 unterstützendes Instrument beantragen. Aber auch, das ist auch etwas beeindruckendes, dass
89 ein stärkeres Vertrauen von den MitarbeiterInnen entwickelt wurde, dass es hier ernst
90 gemeinte Unterstützungsangebote gibt. Natürlich gibt es auch hier großes
91 Verbesserungspotenzial, dass man die Unterstützungsangebote noch sichtbarer, noch
92 transparenter macht und daher auch noch offener wird, was es an Angebot gibt. Das werden
93 auch die Themenstellungen sein, wie letztendlich das CCAG diese Maßnahmen an die
94 MitarbeiterInnen und AbteilungsleiterInnen präsentiert und anbietet. Das ist aber noch im
95 Entwicklungsstadium.

96

97

98

99

100 *4. Wie ist der Verlauf von BGF-Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback*
101 *seitens des Personals?*

102

103 B4: Ein wichtiges Feedback-Instrument sind MitarbeiterInnenbefragungen. Die wurden, aus
104 meiner Sicht, in der Vergangenheit zu selten durchgeführt und mit einem großen Abstand.
105 Der Wiener Krankenanstaltenverbund und auch die damit verbunden Häuser haben jetzt ein
106 Ziel, in engeren Zeitabständen MitarbeiterInnenbefragungen durchzuführen. Also, hier ist der
107 Plan so: Im Frühjahr 2012, vor ca. einem Jahr, wurde eine MitarbeiterInnenbefragung
108 durchgeführt und auch im AKH haben über 30% der MitarbeiterInnen sich beteiligt. Diese
109 MitarbeiterInnenbefragungen soll noch im Jahr 2014 und 2016 weiter durchgeführt werden.
110 Das ist neben dem gesundheitsfördernden Aspekt auch für die Zertifizierung nach EFQM
111 vorgesehen und deswegen auch im KAV verpflichtend durchzuführen.

112

113 *5. Welche Ziele sind/waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es*
114 *Hürden, wenn ja welche?*

115

116 B4: Eine besondere Herausforderung sind, nach wie vor, Bedienstete, die sich in
117 Langzeitkrankenständen befinden, in den laufenden Betrieb herein zu holen. Das ist, nach wie
118 vor, eines der größten Ziele, die schwer zu erreichen sind. Obwohl im KAV, wie auch in
119 anderen Häusern des KAV, hier im AKH, die Instrumente des Fehlzeitmanagements
120 eingesetzt werden. Und hier gibt es auf der Abteilungsebene zwischen MitarbeiterInnen und
121 Führungskraft das sogenannte „Krankenstandrückkehrergespräch“. Wenn diese Ergebnisse
122 jetzt keinen Erfolg bringen, gibt es gemeinsam mit dem Betriebsrat und der Abteilung
123 Personal für KrankenstandsruckerInnen, das sogenannte IGK, auch das erweiterte
124 Informationsgespräch. Trotz dieser standardisierten Maßnahmen fehlt es de facto in der Praxis
125 ein bisschen. Wir bewegen uns dienstrechtlich in einem zu engen Korsett, um Menschen, die
126 jetzt an einem bestimmten Arbeitsplatz nicht mehr so gut einsetzbar sind, eine andere
127 Verwendung oder eine geteilte Verwendung zu geben. Die Regulative und auch das
128 Dienstrecht geben hier zu enge Barrieren vor, um flexibler tauschen und einsetzen zu können.
129 Dazu kommt, dass es auch dienstrechtlich nicht möglich ist eine Person, die im
130 Langzeitkrankenstand ist, durch jemanden z. B. aus einem Personalpool, vorübergehend zu
131 ersetzen.

132 Das heißt, wir haben folgende Effekte: Wenn Langkrankenstände vorliegen, verbraucht sich
133 der Rest der Mannschaft zu stark, weil es diese Kapazität übernehmen muss, weil wir derzeit

134 keine dienstrechtlich Handhabung haben, die hier vorübergehend oder befristet jemanden
135 ersetzen.

136 *6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind*
137 *Erfolgsfaktoren?*

138

139 B4: Natürlich auch die zu Punkt 5 aufgezählte Maßnahmen haben in der Praxis in dem einen
140 oder anderen Fall ihre Wirkung gezeigt, aber weitere hilfreiche Aspekte sind unbedingt das
141 Commitment zu Unternehmensleitung. Also sprich, dass solche Programme oder Ziele vom
142 obersten Management getragen werden bzw. auch mit Wissen und Einbindung der
143 Personalvertretung erfolgen. Es ist unbedingt wichtig die Personalvertretung von Anfang an
144 bei der Ausformulierung der Ziele mit am Bord zu nehmen, um auch dort die Unterstützung
145 zu haben. Für die MitarbeiterInnen ist es wichtig sichtbar zu machen, dass die
146 Personalvertretung auch hinter diesen Maßnahmen steht und diese Maßnahmen auch
147 unterstützt.

148 *I: Glauben Sie, dass so viel Vertrauen der Personalvertretung seitens der Mannschaft*
149 *entgegen gebracht wird?*

150

151 B4: Ob jetzt individuell zwischen den MitarbeiterInnen und der Personalvertretung hier das
152 ausreichende Vertrauen besteht, kann ich nicht beurteilen. Auch dieses Commitment ist
153 zwischen Personalvertretung und MitarbeiterInnen ausbaufähig. Aber worum es in erster
154 Linie geht, ist so zu sagen, dass die Personalvertretung keinen Einspruch gegen die
155 Maßnahmen und Ziele, die man sich erarbeitet hat, erhebt. Deswegen ist es wichtig sie
156 einzubinden.

157

158 *7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele der BGF in Ihren Betrieb verändert?*

159

160 B4: Sie haben sich soweit verändert, als das sie bis Mitte der 2000er Jahre, bis 2006/2007
161 noch gar nicht im KAV vorhanden waren und mit den großen Themen „Suchtprävention“ und
162 „Productive Ageing“ strukturiert aufgesetzt wurden. Durch die gemeinsame Initiative mit dem
163 CCAG zwischen Stadt Wien und Medizinischer Universität hier am AKH wurde jetzt eine
164 Neuerung neupositioniert. Insofern wurde das auf eine höhere gemeinsame Stufe getragen.
165 Das ist als Thema auch den Direktoren des AKHs, wie auch dem Rektor der Medizinischen
166 Universität bewusst.

167 *8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt um die Effektivität von*
168 *BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?*

169

170 B4: Es ist Großteils im Werden. Auch das bezieht sich auf die gestaltende Arbeit, die das
171 CCAG durchzuführen hat. Z. B. gibt es jetzt in diesem Pilotprojekt „Gesund im AKH“ mit
172 dem Fond Gesundes Österreich zwei genannte Pilotbereiche „Zentral OP“ und
173 „Kinderklinik“. Wir haben hier 10 Teilprojekte, die mit der Umsetzung eines
174 Gesundheitsförderungspakets zu tun haben, angesetzt. Das geht von Kommunikation über
175 Stellenbeschreibungen bis hin zu „Wie schaut Suchtprävention in der Praxis aus?“ „Welche
176 Maßnahmen sind erforderlich um Productive Ageing zum Erfolg zu helfen?“ Sprich: „Was
177 passiert in den nächsten fünf bis zehn Jahren wenn die MitarbeiterInnen, die heute 50 sind,
178 dann 60 sind?“. Diese Maßnahmen sind in den Teilschritten erst in Ausarbeitung. Es gibt im
179 KAV Rahmenbedingungen, z. B. einen Erlass zu Suchtprävention, wie sich der KAV
180 Suchtprävention vorstellt. Und das gehört hier als Modell übertragen. Das Gesamtmodell
181 gehört so implementiert, dass es in den Kliniken und vor Ort bewusst ist. Im Zentrum steht
182 hier der sogenannte Gesprächsstufenplan, der fünf stufig mit einem/er suchtgefährdeten/er
183 MitarbeiterInnen geführt wird, wo die Basisgespräche zwischen MitarbeiterInn und
184 Führungskraft, dann mit der Abteilungsleitung und dann auch einbindend mit der
185 Personalvertretung der Abteilung und mit dem Betriebsarzt geführt werden. Hier gibt es schon
186 Mechanismen und Anleitungen. Auch hier fließen stark die Ergebnisse der
187 MitarbeiterInnenbefragung in die Kontrollmechanismen ein, die es aber Großteils noch zu
188 errichten gilt. Ich würde jetzt noch nicht sagen, dass wir schon durchgängig ein gutes Netz
189 haben.

190

191 *9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter/Altern in*
192 *BGF eingebettet?*

193

194 B4: Wenn ich zentrale Projekte anspreche, dann ist das in dem Teilprojekt „Productive
195 Ageing“. Ziel ist es hier Maßnahmen und Handlungsfelder zu entwickeln und zu beleuchten.
196 Das wird jetzt nicht alleine gehen, wenn man betrachtet und analysiert was notwendig ist,
197 sondern in einem weiteren Schritt erforderlich sein wird. Es müssen sehr große zentrale
198 Regelungen der Stadt Wien aufgegriffen werden. Wir werden die bestehenden Regulativen zu
199 Dienstposten, zu Vertretungstätigkeiten, zu Langzeitkrankenstand oder auch andere
200 horizontale Karrieremöglichkeiten aufgreifen. Damit meine ich, dass z. B. ein Mensch, der 55

201 ist und körperlich Schwierigkeiten hat, am Krankenbett zu arbeiten, diese Arbeit auf der
202 Station vielleicht nur einen halben Tag verrichten kann und sich z. B. die Zeit des zweiten
203 Halbtages dem Qualitätsmanagement widmet oder als PflegeberaterIn dient. Die Pflege hat
204 hier schon einige Modelle entwickelt, wo speziell ältere MitarbeiterInnen mit ihrem Know-
205 How helfen können, z. B. im Wundmanagement, z. B. als PflegeberaterInnen hier anderen
206 jüngeren MitarbeiterInnen zur Seite stehen können. Das werden die ersten kleinen und
207 konkreten Projekte sein. Dazu ist natürlich viel mehr erforderlich, aber das hat natürlich damit
208 zu tun, welche Ressourcen der Konzern einsetzt, welche Ressourcen das Haus AKH einsetzt
209 bzw. aufgrund der freiverfügbaren finanziellen Masse, einsetzen kann, um diese Projekte
210 durchzuführen und umzusetzen.

211

212 *10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen des BGF von*
213 *Bedeutung?*

214

215 B4: Der gesamte genderspezifische Aspekt ist in der Personalentwicklung von Bedeutung. Da
216 kann ich von meinem Bereich sprechen. Sowohl in der schriftlichen wie in der mündlichen
217 Sprache und Kommunikation, aber auch in den Teilprojektschritten des CCAG, im Projekt
218 „Gesund im AKH“, findet es Eingang.

219

220 *11. Welche Maßnahmen in Ihren Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am*
221 *schnellsten angenommen?*

222

223 B4: Ich würde einerseits hauptsächlich diese Ausgleichsprogramme/Ausgleichsangebote, die
224 sowohl sich Gruppierungen oder Abteilungen im Haus selbst organisiert haben oder es noch
225 immer tun, erwähnen. Aber auch die Angebote der Personalvertretung mit Rückerschulungen
226 und die verschiedenen Trainingsprogrammen wurden immer wieder schnell angenommen.
227 Die Fragestellung in diesem Bereich richtet sich immer nach der Nachhaltigkeit: „Wie lange
228 hält das an? Wie lange bleiben die Leute dabei? Inhalieren sie das in ihren Alltag oder ist das
229 eine Flamme, die schnell ausgeht?“.

230

231 *12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

232

233 B4: Ich würde sagen, dass ich in der Betrieblichen Gesundheitsförderung von der Umsetzung
234 noch nicht so viel Erfahrung habe. Bis in so einem „großen Schiff“, so einem großen

235 Konzern, die Maßnahmen und Initiativen greifen, dauert das oft sehr lange. Von
236 hierarchischen Entscheidungen angefangen bis zur Erarbeitung und Umsetzung. Es ist
237 wahrscheinlich hier auch nicht anders als in anderen Projekten. Ich nehme z. B. jetzt als
238 Vergleich Investitionsprojekte in Häusern, in Krankenhäusern. Etwas was länger besteht muss
239 sowohl vom Gebäude wie auch von den Geräten erneuert werden. Hier kommt es dann immer
240 drauf an, wo ich plane und welche Ressourcen ich zur Verfügung habe. Oft wird ein Teil oder
241 ein Gerät erst dann geschaffen, wenn es gar nicht anders geht. Das hat wenig mit
242 strategischem oder vorausschauendem Hintergrund zu tun, sondern hat oft einen akuten
243 Grund. Dann nimmt man in der konkreten Situation auch Schulden in Kauf. Das hat aber für
244 mich noch nicht viel mit Strategie zu tun, sondern mit aktuellen Handlungsbedürfnissen. Die
245 Gefahr ist auch hier gegeben, dass man rasch etwas machen soll, wenn es fast schon zu spät
246 ist. Das heißt, wenn man aus der Perspektive etwas anders macht, dann würde ich vielleicht
247 noch zu einem früheren Zeitpunkt die Wertediskussion mit dem Management führen, mit dem
248 Topmanagement, mit dem Management der Stadt Wien, um zu sagen, dass das garantiert auf
249 uns zu kommt und dass wir uns diesen Umständen stellen müssen, wenn wir hier ernsthaft
250 etwas anbieten wollen. Dann gibt es noch das Commitment und die Steuerung von
251 Ressourcen, die man benötigt damit alles noch klappt. Ich glaube nicht, dass wir langfristig
252 überleben werden im Gesundheitswesen, wenn man nach außen hin postuliert, dass alles
253 zusammenzuhalten und alles anzubieten ist wenn die Ressourcen schwinden. Ich glaube, dass
254 ein ehrlicheres Bekenntnis zu einem guten Leistungsangebot, das auch durch leitbare
255 MitarbeiterInnen erbracht werden kann, der bessere Weg wäre.

11.8 ExpertInnen-Interview mit Befrater/Befragtem 5

1 *1. Wie lange setzten Sie BGF schon in Ihrem Betrieb um? Was passiert im Rahmen des BGF*
2 *Projektes (Verhältnis/Verhaltensorientiert). Welche konkreten Ziele verfolgen Sie?*

3

4 B5: 2007 bin ich in das (...) als Pflegedirektor/in gekommen und habe mich relativ rasch mit
5 den Themen „Wie geht es den Mitarbeitern vor Ort?“ und „Wie fühlen sich die Mitarbeiter in
6 ihrer täglichen Arbeitssituation?“ beschäftigt. Aus anderen Studien wusste ich, dass die
7 psychischen Belastungen, im Gegensatz zu den körperlichen, in der Pflege immer mehr
8 geworden sind. Ich habe dann mein erstes Projekt gemacht. Das war mit zwei Studentinnen,
9 die gerade ihre Psychologie Abschlussarbeit hatten. So habe ich ein Burn-Out-Prävention-
10 Projekt in der Pflege gemacht. Hier haben 80 Pflegende mitgemacht und die haben eine
11 spezielle Entspannungstechnik gelernt, also einen Zugang auf Psyche/psychische
12 Entlastungen. Sie haben Interventionen gehabt und das Ganze hat ein paar Monate gedauert.
13 Dort haben sie Entspannungstrainings gelernt und wie sie sich am Arbeitsplatz schneller
14 entspannen können. Also, eher für sie selbst. Das waren damals verhaltensorientierte
15 Maßnahmen. Sie wurden von zwei Psychologinnen begleitet und diese Arbeit war extrem
16 positiv, weil die Mitarbeiter in der Evaluierung gesagt haben, dass es ihnen sehr geholfen hat.
17 Sie können jetzt mit dem Stress besser umgehen und besser abschalten. Dazu gibt es auch
18 eine Arbeit von zwei Psychologinnen, die Sie haben können. Das war mein Beginn 2008.

19

20 *2. Was war Ihre persönliche Motivation sich mit dem Thema in Ihrem Betrieb zu befassen?*

21

22 B5: Meine persönliche Motivation war, dass ich selber schon sehr viele Jahre in der Pflege
23 bin. Also, jetzt sind es (...) Jahre in der Pflege selbst. Die Alterspyramide und die
24 topografische Entwicklung war auch ein Punkt für mich, mal hin zu schauen. Letztendlich
25 auch die Fehlzeiten, die Fehlzeitanalysen, die ich mir angeschaut habe. Auch die
26 Mitarbeitergespräche, die ich geführt habe, wo Mitarbeiter schon gesagt haben, dass es ihnen
27 schlecht geht, dass sie es nicht mehr schaffen. Hier sich die Verhaltens- und
28 Verhältnissituationen anzuschauen, war auch der Grund, wieso wir mit der Frau F. 2009 die
29 ABI Plus Befragungen gemacht haben.

30

31 *3. Was sind bis jetzt Ihre beeindruckenden Erfahrungen mit BGF?*

32

33 B5: Mich beeindruck immer wieder, nicht nur in der Betrieblichen Gesundheitsförderung,
34 sondern auch bei den Mitarbeitern, dass wenn man Mitarbeiter miteinbezieht, wenn man
35 Mitarbeiter befragt und dann gemeinsam Lösungen erarbeitet, wenn man sich mit den Leuten
36 dann hin setzt und fragt was sie brauchen (...). Wenn man sie mitarbeiten lässt, liegt ganz viel
37 Potenzial bei den Mitarbeitern. Das ist für mich das bedrückendste, weil es nur so geht. Man
38 kann Gesundheitsförderung nicht verordnen.

39

40 *4. Wie ist der Verlauf von BGF-Prozessen in Ihrem Unternehmen in Bezug auf Feedback*
41 *seitens des Personals?*

42

43 B5: Wir haben laufend, alle zwei Jahre, Befragungen, wo wir regelmäßig die Mitarbeiter
44 befragen und das evaluieren. Wir haben aber auch zwischenzeitlich Workshops und
45 Befragungen, wo wir offen mit Mitarbeitern arbeiten und schauen inwieweit
46 Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz umgesetzt wird. Wir sind hier daran und machen
47 regelmäßige Workshops bzw. befragen auch die Oberschwester mit ihren Mitarbeitern
48 Gruppen zu bestimmten Themen der Gesundheitsförderung.

49

50 *5. Welche Ziele sind/waren für Ihr Unternehmen besonders schwer zu erreichen? Gibt es*
51 *Hürden, wenn ja welche?*

52

53 B5: Viele Berufsgruppen arbeiten hier mit unterschiedlichen Interessen. Das ist eine Hürde,
54 weil sehr wohl andere Berufsgruppen den Eindruck erwecken, dass sie auch gerne mehr
55 Gesundheitsförderung hätten. Sie beteiligen sich dann aber nicht aktiv und lassen sich nicht in
56 die Rolle. Das ist manchmal ganz schwierig, weil dann gesagt wird, dass nur für die Pflege
57 etwas gemacht wird. Es kann manchmal leicht zu einer Situation kommen, wo sich manche
58 benachteiligt fühlen, aber nichts dazu beitragen wollen. Das ist manchmal eine schwierige
59 Situation, die man dann auch nur in den Griff bekommt, wenn man sich auf die
60 Kommunikation konzentriert. Wobei das nur bei denen geht, die wollen. Die, die nicht wollen
61 und sagen, dass das nicht geht, da geht es eh nicht. Diese Gruppe bekommt manchmal zu viel
62 Aufmerksamkeit. Wir versuchen eher zu den anderen 80% zu gehen. Erfahrungsgemäß weiß
63 man, dass 80% mit tun und nur 20% nicht. Der Fokus wird immer auf die kleinere Gruppe
64 gelegt und wir versuchen den Fokus auf die größere Gruppe zu legen. Das ist so ein Problem.

65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98

6. Welche Aspekte waren hilfreich? Was hat in der Umsetzung geholfen? Was sind Erfolgsfaktoren?

B5: Hilfreich war, dass ich rechtzeitig begonnen habe, meine nächsten Führungskräfte zu stärken und zu überzeugen. Begonnen habe ich hier mit einer Führungskräfte Entwicklung, wo auch das Thema „Wie wollen wir mit unseren Mitarbeiter gemeinsam ans Ziel gehen?“ zentral war. Das heißt, einen anderen Zugang zum Führen und zum Management zu finden. Eben hier den Blick auf Erweiterung der Gesundheit und der Arbeitsabläufe legen. Ich sage immer, dass die Verhältnisorientierung ein ganz wichtiger Punkt ist. Man schaut auf die Verhaltensorientierung, das ist Bewegung, Ernährung, Sport, das ist ganz wichtig. Aber sich auf die Verhältnisorientierung zu konzentrieren war ganz wichtig. Hinzuschauen, welche Abläufe nicht funktionieren, zu schauen was Stress macht, das den Führungskräften vor Augen zu führen, zu zeigen, dass sie hier die Verantwortung haben, war eines der wichtigsten Erfolgsfaktoren. Das ist ein neuer Aspekt. Wenn man ihn zu rasch kommuniziert, würde das dazu führen, dass sich die Leute kritisiert fühlen. Es geht darum in der Arbeit, in der Erarbeitung der Selbstreflexion, in den Teammeetings und den begleitenden Workshops, mit den Leuten das gemeinsam zu erarbeiten und einen anderen Blick zu kriegen. Man muss taktisch daran arbeiten. Wir haben auch mit der Frau F. Workshops gemacht.

7. Haben sich die Rahmenbedingungen und Ziele der BGF in Ihren Betrieb verändert?

B5: Als ich her kam, hat es keinen Ansprechpartner gegeben und das Thema war nicht so verankert. Allein durch Nestor Gold wissen wir, dass wir regelmäßig zertifizieren müssen. Das heißt, dass wir gezwungen sind, uns damit zu beschäftigen. Wir haben auch lange den Mitarbeitern gesagt, dass wir nicht alles erreicht haben, weil wir den Nestor Gold haben. Das ist der Anfang und das ist der Beginn einer Veränderung. Jetzt heißt es wirklich, hin zu schauen. Es hat sich viel verändert. Wir haben fixe Ansprechpersonen, wir haben fixe Prozesse, wir haben fixe Programme. Wir haben, so zu sagen, Führungsprozesse verändert und das ist in der Struktur fest verankert.

99

100

101

102 *8. Welche Kontroll-Mechanismen haben Sie implementiert/entwickelt, um die Effektivität von*
103 *BGF nachvollziehen bzw. nachhaltig machen zu können?*

104

105 B5: Alle zwei Jahre haben wir die Mitarbeiterbefragungen, die wir implementiert haben. Wir
106 haben regelmäßige Arbeitsplatz-Evaluierungen vor Ort. Wir machen auch mit bei diesen
107 psychischen Arbeitsplatz-Evaluierungen. Da gibt es auch Befragungen und hier haben wir
108 auch einige Abteilungen angeschaut. Wir haben in der Pflege Teammeetings fix verankert.
109 Wir haben, unabhängig von Besprechungen, einmal im Monat drei stündige Teammeetings.

110 Hier wird wirklich nur zu Führungsthemen gearbeitet. Unter anderen auch, wie das mit der
111 Gesundheitsförderung zusammenhängt. Wir machen immer die Reflexion, wenn wir sehen,
112 dass Abläufe nicht funktionieren. Wir schauen, welche Auswirkungen auf welche
113 Berufsgruppe das hat und an welcher Schraube man drehen muss. Jetzt versuchen wir diese
114 Prozesse in den Abteilungen gemeinsam (...) zu implementieren. Sie haben jetzt auch eine
115 Schulung und eine Fortbildung. Jetzt haben wir sie alle gemeinsam mit der Pflege. Im Juni
116 haben wir zwei Tage Führungsworkshop.

117 Diese Betriebliche Gesundheitsförderung hängt ganz stark von der Form der
118 Arbeitsablauforganisation ab: „Ist es möglich, dass die Leute Pausen haben und Mittagessen
119 gehen können?“ Die Berufsgruppen müssen miteinander kommunizieren, sich absprechen, ob
120 sie z. B. überhaupt noch ein Bett haben. Können jetzt fünf Aufnahmen gemacht werden oder
121 muss etwas umorganisiert werden? Oder es stehen sechs Leute unangemeldet vor der Tür und
122 sagen, dass sie jetzt kommen, weil der Herr Doktor das so sagt. Das macht Stress und dieses
123 Bewusstsein, dass mein eigenes Handeln dazu beiträgt, andere Menschen auf Dauer zu
124 belasten, das muss wachsen. Dazu gibt es gezielte Rahmenbesprechungen.

125

126 *9. Haben Sie altersspezifische Projekte durchgeführt? Haben Sie das Thema Alter/Altern in*
127 *BGF eingebettet?*

128

129 B5: Wir haben schnell gemerkt, dass sich die Mitarbeiter manchmal benachteiligt fühlen,
130 wenn man sagt für „ältere“. Das ist etwas, was bei manchen gut ankommt, bei manchen nicht
131 gut ankommt. Wir haben ganz viele ältere Mitarbeiter, die sagen: „Ich bringe drei Mal mehr
132 Leistung als ein Jünger. Ich fühle mich so gut und ich habe überhaupt kein Problem“. Das

133 haben wir rasch in den Workshops gemerkt. Deswegen haben wir bewusst alle Mitarbeiter
134 angesprochen. Wir haben gesagt, dass es uns darum geht, Mitarbeiter, die in ihrem
135 Arbeitsleben unabhängig vom Alter, Probleme haben. Natürlich sind es manchmal eher die
136 Älteren. Wir haben auch in diesem gesundheitsfördernden Thema „Nacken-, Schulter-,
137 Rückenschmerzen“ alle angesprochen aber es sind natürlich nur die älteren gekommen. Aber
138 wir wollten nicht stigmatisieren. Wir haben gemerkt, dass das ein ganz sensibles Thema ist.
139 Darum haben wir gesagt, dass der Zugang für alle ist. Auch diese Maßnahmen mit Stunden
140 reduzieren oder kurzfristig andere Dienstplan- oder Arbeitszeitgestaltung haben, haben wir
141 offen gelassen. Es trifft natürlich ältere Mitarbeiter oder Leute, die schon Gelenksprobleme
142 haben. Aber wir haben manche jüngere, die unerwartet einen Bahnscheibenvorfall haben oder
143 erkrankt sind und die sind genauso drinnen. Wir haben es dann nicht mehr so benannt, weil
144 wir gemerkt haben, dass das nicht immer von denen, die 50 sind und viel Leistung bringen,
145 gut aufgenommen wird. Wir sprechen alle an. Die Jungen deswegen, damit sie sehen und
146 lernen, dass sie auch mal älter werden. Sie lernen Themen kennen wie „Wie ernähre ich mich
147 vor dem Nachtdienst richtig oder was ist gescheit im Nachtdienst zu essen, um Energie zu
148 haben“ und setzen sich damit auseinander. Also solche Programme haben wir auch gestaltet.
149 Wir haben auch Kochkurse gemacht. Man soll die Mitarbeiter hier als Ganzes sehen. Das
150 haben wir dann so gemacht und nicht nur für die Älteren.

151

152 *10. Sind für Ihren Betrieb genderspezifische Maßnahmen in Rahmen der BGF von*
153 *Bedeutung?*

154

155 B5: Gender hat letztendlich immer Bedeutung. Wir haben uns so wie mit dem Alter nicht
156 separat ausgewiesen. Wir haben für alle den gleichen Zugang. Wir schauen natürlich schon,
157 was uns wichtig ist. Vor allem in der Pflege, wo mehr Frauen sind und das Tragen und Heben
158 ein Thema ist, schauen wir schon wo man hier ganz fest entlasten kann, z. B. überall dort mit
159 neuen Betten. Dort, wo wir vor allem für Frauen Belastung haben, haben wir versucht
160 wirklich zu entlasten. Da haben wir viel Geld in die Hand genommen und haben neu
161 ausgestattet bzw. die komplette Kinästhetik in einem Projekt umgesetzt. Ich habe eine
162 Mitarbeiterin nur für Kinästhetik frei gespielt, die alle schult und trainiert. Damit auch diese
163 Arbeitshaltung verändert wird. Jetzt kann man sagen, dass das für Männer auch gut ist, aber
164 die Frauen haben hier mehr Probleme mit schweren Lasten.

165

166

167

168

169 *11. Welche Maßnahmen in Ihren Betrieb schätzen Sie als die erfolgreichsten, populärsten, am*
170 *schnellsten angenommen?*

171

172 B5: Erfolgreich und populär muss man hier ein bisschen trennen. Populär und schnell sind
173 alle Maßnahmen, die für die psychische Entlastung der Mitarbeiter sorgen. Dazu zählt auch
174 die Veränderung des Verhaltens. Wir bieten viel Stress-Seminare an, also Umgang mit Stress
175 und wie psychische Belastungen zu reduzieren sind. Das ist extrem gut angekommen, aber
176 auch Bewegungsprogramme. Wir bieten viele an und wir sind ausgebucht. Alle
177 Entspannungs-, Bewegungs- und Ernährungsthemen sind sehr gut angekommen. Was
178 erfolgreich ist, ist vielleicht noch nicht bei den Mitarbeitern angekommen, aber ich persönlich
179 sehe es so: Das Verständnis und den Umgang mit dieser Thematik bei den Führungskräften zu
180 verankern. Das ist für mich die erfolgreichste Maßnahme, weil es dann langfristig hält.

181

182 *12. Was würden Sie aus heutiger Perspektive anders machen?*

183

184 B5: Das ist im Nachhinein schwer zu sagen. Was ich heute anders machen würde, ist, dass ich
185 alles bewusster machen würde. Ich würde heute die Erfahrung haben, dass ich weiß, was
186 diesen Erfolg gebracht hat. Damals war das nur ein reines Bauchgefühl zu sagen: „Ich
187 entwickle jetzt die Führungskräfte. Ich schreibe ein Projekt“. Ich habe das ja selber
188 geschrieben. Ein Projekt zum Thema „Wie bringe ich die Führungskräfte in die Linie? Wie
189 kann ich sie motivieren? Wie kann man gemeinsam durchstarten?“. Das habe ich damals
190 probiert. Das war intuitiv. Ich habe etwas für die Pflege vor Ort gemacht, um zu entlasten,
191 weil ich gemerkt habe, dass es viele gibt die psychisch belastet sind. Dann habe ich überlegt,
192 wo ich Leute her kriege und wie ich es günstig machen kann. Ich habe dann Studenten geholt.
193 Das war dann doch geschickt, aber das war eine Überlegung aus dem Bauch. Heute würde ich
194 es nicht anders machen, aber ich würde es bewusst machen. Ich würde sagen, dass ich das
195 kenne, dass ich die Erfahrung habe und so würde ich das aufzählen. Ich könnte einen anderen
196 Plan machen. So kam alles Step-by-Step. Zuerst kam die Frau F., die mitgemacht hat. Aber
197 das war alles nicht durchgeplant. Damals war da diese Struktur, dieses Denken „Wie kann
198 man Erfolg haben?“ und heute lebe ich immer mit meinen Leuten bei der Reflexion nach dem
199 Motto: „Mach mehr von dem was wirkt“. Also, schau nicht immer hin, was nicht funktioniert
200 hat, sondern was super funktioniert hat und mach mehr davon. In der Reflexion muss man

201 natürlich auch wissen, was so super funktioniert hat und was verankert werden kann und
202 welche Maßnahmen Erfolg bringen. Heute weiß ich, was gewirkt hat und damals habe ich es
203 einfach gemacht.

11.9 Informationen zum AKH Betriebskindergarten

Aus Datenschutzgründen wurden Textfragmente unkenntlich gemacht.

Von: [REDACTED]
Datum: 06. August 2013 10:12:25 MESZ
An: "[REDACTED]" >
Kopie: [REDACTED]
Betreff: **Kontaktformular: Rozita Haidinger - Bitte um Inforamtionen für Master Thesis**

Sehr geehrte Frau Haidinger!

Ich ersuche Sie, sich direkt an die BetreiberInnen der Kindergärten für das AKH zu wenden. Hier anbei ein Auszug der Kontaktdaten der beiden Einrichtungen (sehr einfach im Internet auffindbar).

Kindergärten an der MedUni WienInhaltsbereich AKH und MedUni Wien haben derzeit Zugang zu zwei Kindergärten, die Kinder von MitarbeiterInnen, die ihren Dienstort im AKH haben, bevorzugt aufnehmen. Diese Kindergärten werden zum einen von der Gemeinde Wien, zum anderen als "AKH-Betriebskindergarten" von den Wiener Kinderfreunden geführt.

KINDERGARTEN DER GEMEINDE WIEN
Währinger Gürtel 16
404 00-1481

Krippe (0-3 Jahre)
Kindergarten (3-6 Jahre)
Hort (6-10 Jahre)

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag 6:00 – 18:00 Uhr
Teilzeitbesuch: 6:00 – 14:00 Uhr oder 12:00 – 18:00 Uhr
Halbtägiger Besuch: 8:00 – 12:00 Uhr oder 13:00 – 17:00 Uhr

Ansprechperson:
Leiterin: [REDACTED]

Wie viele Plätze gibt es?
Krippe: 30
Kindergarten: 68
Hort: 68

Anmeldung:
Ein Jahr vor dem Kindergartenbesuch,
Informationen zur Anmeldung über die Servicestelle Tel.: 2775555
Anmeldung selbst:
MA 10 / Wiener Kindergärten, 1090 Wien, Alserbachstr. 18
Öffnungszeiten:
Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag von 08:00 - 12:00 Uhr

Donnerstag zusätzlich von 15:30 - 17:30 Uhr

Bevorzugung von MitarbeiterInnen der MedUni Wien, Gemeinde Wien und KMB die im AKH beschäftigt sind:
eigene AKH-Kostenstelle

AKH-BETRIEBSKINDERGARTEN:

Der AKH-Betriebskindergarten ist für jene Bedienstete der MUW zugänglich, deren Dienstort sich im AKH befindet.

Nach Beendigung des Dienstverhältnisses besteht keine Möglichkeit, das Kind/die Kinder im Betriebskindergarten zu belassen.

Da es sich um einen Betriebskindergarten handelt, können MUW-Bedienstete, deren Dienstort sich NICHT im AKH befindet, diesen leider nicht in Anspruch nehmen.

Betreiber Kinderfreunde

Adresse Spitalgasse 23, 1090 Wien, Tel. 01/40400-1483;

Hasnerstraße 124A, 1160 Wien, Tel. 01/494 81 22

Anmeldung und Informationen Erfolgt über die Personalvertretung der Gemeindebediensteten. Tel 01/40400-1467 (möglichst bereits während der Schwangerschaft, um einen Platz zu bekommen).

Alter der Kinder 1-3 Jahre und 3-6 Jahre

Monatliche Kosten € 204,- ganztags (inkl. Essen)

Öffnungszeiten Spitalgasse: 06:30 -19:30 Uhr; Hasnerstraße: 06:00 - 20:00

Kindergärten an der MedUni Wien Inhaltsbereich AKH und MedUni Wien haben derzeit Zugang zu zwei Kindergärten, die Kinder von MitarbeiterInnen, die ihren Dienstort im AKH haben, bevorzugt aufnehmen. Diese Kindergärten werden zum einen von der Gemeinde Wien, zum anderen als "AKH-Betriebskindergarten" von den Wiener Kinderfreunden geführt.

Mit freundlichen Grüßen

██████████
Stellvertretende Gleichbehandlungsbeauftragte der Stadt Wien

Zuständig für:

Wiener Krankenanstaltenverbund

Stelle der Gleichbehandlungsbeauftragten

A 1082 Wien, Friedrich-Schmidt-Platz 3, 1. Stock

Tel. ██████████

Mobil: ██████████

FAX: ██████████

mailto:██████████

12 Literatur und Quellen Verzeichnis

Antonovsky, A., (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen, Deutsche Herausgabe von Alexa Franke

Backes G. M., Clemens W. (2013): Lebensphase Alter, 4 Auflage: Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Macco K. (2011): Fehlzeiten-Report 2011, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Badura B., Walter U., Hehlmann T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik 2 Auflage Berlin: Springer Verlag

Bauer, J. (2013): Arbeit, warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht, 1 Auflage by Karl Blessing Verlag, München.

Blonski, H. (Hrsg.) (2012): Den Wandel gestalten, 2 Auflage (2012Mabuse- Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Brandenburg S., Endl H. L., Glänzer E., Meyer P., Mönig, R., Gümbel M. (2009): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?, VSA- Verlag, St. Georgs Kirchhof 6, Hamburg

Faller, G. (Hrsg.) (2012): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Godnic-Cvar, J., Zettl, B. (2012): „Gesund im AKH“ Betriebliche Gesundheitsförderung im AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus: Gemeinsame Wege zum gesunden und wohltuenden Arbeitsumfeld, Projektkonzept zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im AKH Wien-Medizinischer Universitätscampus, Version 1.5

Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmeling, A., Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund, Berlin, Dresden

Hien, W. (2011): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Hilscher, M. A. (2006): Der StRes.Moderator: Ressourcen gegen Stress aktivieren, Sichere Arbeit 4/2006, S. 16,-17

Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2009): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention, Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, Juventa Verlag Weinheim und München

Meggender O./Hirtenlehner H.(Hrsg 2006):Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main

o.V. Bundesministerium für Gesundheit,(Juni 2010), **Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen- Daten- Fakten**, 1 Auflage.

Reiter, P.(2011):**Das Ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsmanagement im Krankenhaus**, ibidem-Verlag, Stuttgart

Schwartz, F. W., Walter U., Siegrist J., Kolip P., Leidl R., Dierks M. L., Busse R., Schneider N.,(Hrsg.) (2012): Public Health, 3. Auflage, Elsevier GmbH, München

Smerdka-Arthelger, B. (2012): Pflege im Wandel gestalten – eine Führungsaufgabe, Lösungsansätze, Strategien, Chancen, Springer Verlag, Berlin Heidelberg

Tempel, J./ Ilmarinen, J.(2013): Arbeitsleben 2025, VSA:Verlag, Hamburg

Internetquellen

Um die Nachschlagetätigkeit zu erleichtern, werden entweder die Themen oder die Autoren hervorgehoben.

Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung Österreichs: o. V. Unselbständige Erwerbstätige, Statistik Austria, Online unter: http://www.statistik.at/web_de/static/arbeitsmarktstatistik_-_1._quartal_2013_schnellbericht_071463.pdf Zugriff 02.08.2013

ArbeitnehmerInnenschutzgesetz: o. V. Online unter: http://www.jusline.at/ArbeitnehmerInnenschutzgesetz_%28ASchG%29_Langversion.html# Zugriff am 11.08.2013

Bachner, F., Ladurner, J., Habimana, K., Ostermann, H., Habl, C. (2011): Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, Online unter: <http://bmgis02.bmgfj.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.ashx?sel=a3ptLzBRaDFDL2tqY2l2VzB2N2haQT090> Zugriff am: 03.08.2013

Biffl, G., Leoni, T., Mayrhuber, Ch. (2008): Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität, Online unter: <http://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/StudieArbeitsbelastungen.pdf> Zugriff am 15.07.2013

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Konzept und Praxis in Österreich, Online unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/6/7/CH1108/CMS1226995609034/hph-broschuere_-_druckversion.pdf Zugriff: 01.05.2013

Definition Gender Mainstreaming: o.V. Bundeskanzleramt Österreich, Online unter: <http://www.bka.gv.at/site/5557/default.aspx#a1> Zugriff am 08.07.2013

Definition Gesundheit: o. V. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100, Online unter: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> Zugriff am 11.08.2013

Definition Gesundheit: Vgl. Noack zit. n. Pesserer, Gesunde Wirtschaft Impulse, Stressmanagement, Burnout-Prävention, Online unter:
<http://www.gesundewirtschaft.at/downloads/gesundewirtschaftstressburnout.pdf> Zugriff am 13.08.2013

Deklaration von Alma-Ata: o. V. (1978), Online unter:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf Zugriff am 12.07.2013

Dossier Wirtschaftspolitik: o. V. Demografie und Verkehr in Österreich, Online unter:
<http://portal.wko.at/?724977&19> Zugriff 29.06.2013

Gender und Geschlecht im Gesundheitswesen: o. V. Frauenbericht 2010, Kapitel 5, Gesundheit und Pflege, Online unter:
http://www.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teil1_5Gesundheit.pdf
Zugriff 02.08.2013

Geschichte des AKH: o. V. 300 Jahre AKH, Wiener Krankenanstaltenverbund, Online unter:
<http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=88> Zugriff am 02.08.2013

Gesundheitsförderungsgesetz, 1998: o. V. Online unter: <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz/gesundheitsforderungsgesetz/2011-08-19.5583694106/download> Zugriff am 11.08.2013

Gründe für BGF im Krankenhaus: Dietscher, Ch., Krajic, K., Pelikan, J. M. (2008).: Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Einrichtungen in Österreich, Konzept und Praxis in Österreich, Online unter:
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/6/7/CH1108/CMS1226995609034/hph-broschuere_-_druckversion.pdf Zugriff am 03.08.2013

Heutiges AKH: o. V.: Fehringer, K., Altenecker, E., Reich, M., Schätzl, H., Krepler, R. (2011): AKH Geschäftsbericht 2011, Online unter: www.akhwien.at/default.aspx?did=61147 Zugriff am 02.08.2013

Hilscher. A. (2006): Der StRes.Moderator: Ressourcen gegen Stress aktivieren, Sichere Arbeit 4/2006, Online unter:

http://www.auva.at/mediaDB/MMDB114145_Stressmoderator%20SA%2004%2006.pdf

Zugriff 03.07.2013

Historische Grundlagen von BGF: o. V. World Health Organisation Europe, Health Promoting Hospitals Network (HPH), Online unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> Zugriff am: 29.07.2013

Jakarta-Deklaration: o. V. (1997), Online unter: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1997Jak_de_BVG.pdf Zugriff am 21.08.2013

Li, J., Galatsch, M., Schmidt, S. G., Müller, B. H., Hasselhorn, H. M. (2010): Work Ability: Effects of age and work environment on hospital nurses in Belgium and neighbouring countries, (E)Hospital 2010/2, Online unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=9af3e494798586348258c90a9d5cf2e9&target=0> Zugriff am 16.08.2013

Meggeneder/Hirtenlehrer, Altersstrukturwandel der Erwerbsbevölkerung - Eine Herausforderung für die betriebliche Gesundheitsförderung, Österreichische Sozialversicherung Online unter: http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=63478&p_tabid=2&p_pubid=133986 Zugriff am 01.08.2013

Mitarbeiterzahlen des Krankenanstaltenverbundes: o. V. Der Wiener Krankenanstaltenverbund, Online unter: <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?id=24619> Zugriff am: 26.08.2013

o. V. Beschäftigungsquote der 55- bis 65-Jährigen im internat. Vergleich, (Online), APF Team Sektion Arbeitsmarkt, Online unter: http://www.dnet.at/elis/Tabellen/arbeitsmarkt/aminter_beschquotaltinter.pdf Zugriff am 03.08.2013

o. V. **Betriebliche Gesundheitsförderung**, Online:

15. http://gesundheitsmanagement.kenline.de/html/definition_gesundheit_krankheit.htm

Zugriff am 04.04.2013

o. V. **Betriebskindergärten** – Chancengleichheit für Frauen und Männer, Online unter:

<https://www.wien.gv.at/menschen/gleichbehandlung/themen/kindergaerten.html> Zugriff am 03.08.2013

O. V. Bundes Ministerium für Gesundheit (2010): **Das Österreichische Gesundheitssystem**, Zahlen – Daten – Fakten, Online unter:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterr_eichischegesundheitssystem.pdf Zugriff am 31.07.2013

o. V. **EU Kommission** (2002) 118 vom 11.03.2002, Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, Online unter:

14. https://osha.europa.eu/de/legislation/future/com2002_de.pdf/view Zugriff am 02.07.2013o.

o. V. **Personalstand 2012**, Wiener Krankenanstaltenverbund, Online unter:

<http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=791> Zugriff am 02.08.2013

o. V. **Jahrbuch der Gesundheitsstatistik** 2011, Statistik Austria, Online unter:

http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=131915&dDocName=068646 Zugriff am: 03.08.2013

o.V. Statistik Austria, Die Informationsmanager (2012): Ergebnisse im Überblick

Personalstand, Online unter:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html Zugriff am 31.07.2013

o.V. STATISTIK AUSTRIA; **Erwerbstätigenquotient nach Alter und Geschlecht** Online

unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/

Zugriff am 01.08.2013

Ottawa Charta 1986: o. V. online unter:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf Zugriff am 11.07.2013

Rechtliche Lage: o. V. Bundesministerium für Justiz, Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge, § 3 Online unter: http://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/_3.html, Zugriff am 22.07.2013

Rechtliche Lage: o. V. dejure.org, Bundesdatenschutzgesetz, § 3 Absatz 9 Online unter: <http://dejure.org/gesetze/BDSG/3.html> Zugriff am 22.07.2013

Schrenk, F., Schrenk, F (2012): Gesundheit am Arbeitsplatz, Umgeher, Die Plattform zum Thema Arbeitsrecht, Online unter: <http://www.aktuelles-arbeitsrecht.at/gesundheit-am-arbeitsplatz/> Zugriff am 23.07.2013

Abbildungen

Abb.1. Bevölkerungspyramide 2011, 2030 und 2060 (Statistik Austria,

Bevölkerungsprognose 2012, Erstellt am 14.09.2011 , Online unter:

https://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/027331.gif Zugriff:
25.05.2013

Abb. 2. Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1961 bis 2060 (Statistik Austria,

Bevölkerungsprognose 2012, Online unter:

https://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/027330.gif Zugriff
am: 25.05.2013

Abb.3: o. V. Altersspezifische Erwerbstätigenquoten, 1. Quartal 2013 in Arbeitsmarktstatistik

1. Quartal 2013, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Statistik Austria, Online unter:

[http://www.statistik.at/web_de/static/arbeitsmarktstatistik -
_1._quartal_2013_schnellbericht_071463.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/arbeitsmarktstatistik_-_1._quartal_2013_schnellbericht_071463.pdf) Zugriff am 01.08.2013

Abb. 4: Dr. med. univ. Irene Kloimüller MBA (2000) Haus der Arbeitsfähigkeit, WERT:

ARBEIT, Online unter: <http://www.wertarbeit.at/img/haus.jpg> Zugriff am 01.08.2013

Tabellen

(Hauptsächlich selbstständige auf der Literatur basierende Zusammenfassungen)

Tabelle 1: Gesundheitszirkelmodelle

Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006: 193ff.

Tabelle 2: Mitarbeiterbefragung

Vgl. Bungard 2005, Domasch/Ludwig 2000 zit. n. Zepke/Stieger in Faller 2012:157f.

Tabelle 3: MitarbeiterInnenbefragung

Vgl. Bungard 2005, Domasch/Ludwig 2000 zit. n. Zepke/Stieger in Faller 2012:157ff.

Tabelle 4: MitarbeiterInnenbefragung – Schritte

Vgl. Zepke/Stieger in Faller 2012:159ff.

Tabelle 5: StRess.Moderator

Vgl. Meggeneder in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:207ff

Tabelle 6: Führung und Hindernisbewältigung

Vgl. Badura & Steinke 2009:58 zit. n. Badura et al. 2010:51 f.; Vgl. Walter in Badura et al. 2010:147 ff.; Badura et al. 2011:4

Tabelle7: Rechtliche Grundlagen von BGF

Vgl. Neufeld in Badura et al. 2011:103f.; Vgl. Schrenk, Schrenk 2012, Online unter:
<http://www.aktuelles-arbeitsrecht.at/gesundheit-am-arbeitsplatz/> Zugriff am 23.07.2013

Tabelle 8: Juristische Quellen zur BGF

Vgl. Neufeld in Badura 2011:105ff., Badura 2011:107ff.

Tabelle 9: Gesunde Organisation nach Miles

Vgl. Scharinger in Meggeneder/Hirtenlehner 2006:137ff.

Tabelle 10: Gesundes Unternehmen nach Senge

Vgl. Scharinger in Meggeneder/ Hirtenlehner 2006:141f

Tabelle 11: Erwerbstätigenquoten nach Alter und Geschlecht

Vgl. o. V. Erwerbstätigenquoten nach Alter und Geschlecht, Arbeitsmarktstatistik 2013:22,
Online unter: [http://www.statistik.at/web_de/static/arbeitsmarktstatistik -
1. quartal 2013 schnellbericht 071463.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/arbeitsmarktstatistik_-_1._quartal_2013_schnellbericht_071463.pdf) Zugriff 02.08.2013

Tabelle 12: Haus der Arbeitsfähigkeit

Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:40-80

Tabelle 13: Umgebung des Hauses der Arbeitsfähigkeit

Vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:81-91

Tabelle 14: Historische Grundlagen von BGF

Vgl. Reiter 2011:45-58

o. V. World Health Organisation Europe, Health Promoting Hospitals Network (HPH), Online
unter: [http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-
services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph) Zugriff am: 29.07.2013

Tabelle 15: BGF-Strategien im Krankenhaus

Vgl. Reiter 2011:15ff.; Dietscher et al. 2008:23

Tabelle 16: Personalstand 2013 – Pflegepersonal 45+ AKH Wien

Vgl. Personalstand 2013, Abteilung Personal, AKH, siehe Anhang