



universität  
wien



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
WIEN

# MASTERARBEIT

Der Einsatz Betrieblicher Gesundheitsförderung bei  
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten  
Ansätze auf der Verhältnis- und Verhaltensebene

Verfasserin

Sandra Neruda

angestrebter akademischer Grad

Master of Public Health (MPH)

gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Fonds Gesundes  
Österreich

Wien, 17.08.2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 992 503

Studienrichtung lt. Studienblatt: Universitätslehrgang Master of Public Health

Betreuung: Univ.Prof. Dr.<sup>in</sup> Jasminka Godnic-Cvar

Dr.<sup>in</sup> Irene Kloimüller MBA

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stellen mit 3.338 Angestellten die größte Berufsgruppe der gehobenen medizinisch technischen Dienste in österreichischen Krankenhäusern dar. Bis heute gibt es kaum Studien, die sich mit Betrieblicher Gesundheitsförderung bei diesem Berufszweig beschäftigen, obwohl das Belastungsspektrum laut internationalen Untersuchungen hoch ist und damit die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit deutlich wird. Das Ziel der Masterthesis war herauszufinden, wie Gesundheitsressourcen gestärkt und arbeitsbedingte Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Setting Krankenhaus reduziert werden können.

**Methode:** Im theoretischen Teil der Masterthesis wurde die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Berufsbild Physiotherapie beschrieben, die als Basis für den empirischen Teil dienen. Ein Gesundheitszirkel mit Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, sowie eine anschließende Gruppendiskussion mit den zuständigen Führungskräften in einem österreichischen Krankenhaus wurden durchgeführt. Im empirischen Teil werden der Ablauf und die Ergebnisse aus dem Gesundheitszirkel und den Gruppendiskussionen beschrieben.

**Ergebnisse:** Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erarbeiteten Ressourcen, Belastungen, Ursachen, Auswirkungen und mögliche Lösungsvorschläge, um gesundheitsfördernde Bedingungen am Arbeitsplatz zu schaffen und Belastungen zu reduzieren. Die Führungspersonen unterteilten im Anschluss daran die Lösungsvorschläge in kurzfristig, mittelfristig, langfristig und nicht umsetzbare Maßnahmen. Daraus wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, der als Basis zur Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in der untersuchten Abteilung dienen soll.

**Schlussfolgerung:** Es wurden Verbesserungsvorschläge auf der Verhältnis-, wie auch auf der Verhaltensebene gefunden. Die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs hat bereits während der Fertigstellung der Masterthesis begonnen und wird in Zukunft weiter verfolgt. Es lassen sich Hinweise für den Einsatz von Betrieblicher Gesundheitsförderung bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ableiten, jedoch sind weitere wissenschaftliche Studien notwendig, um signifikante Aussagen treffen zu können.

## Abstract

**Background:** With 3.338 employees physiotherapists represent the biggest occupational group of the higher medical technical services in Austrian hospitals. Until today there is a lack of studies about occupational health promotion for physiotherapists, even though international analysis reveal a big spectrum of work load.

The goal of this master thesis was to explore, how to increase health recourses and decrease work-related loads among physiotherapists in hospitals.

**Method:** The theoretical part of this master thesis describes occupational health promotion and the occupational image of physiotherapists. A health circle with physiotherapists was conducted, followed by a group discussion with direct managers of an Austrian hospital. In the empirical part the implementation and the results of the health circle and the group discussion are described.

**Results:** The physiotherapists identified resources, loads, causes, effects and possible solutions to create health-promotional conditions on the workplace. Afterwards, the managers split the solutions into short, medium and long term as well as into unconvertible measures. Consequently a catalogue of measures was developed, which shall support the implementation process.

**Conclusion:** Suggestions to improve the ratio-, as well as at the behavioral level were found. The implementation of the measures has already begun during the completion of the master thesis and will be continued in the future. Indications for the use of workplace health promotion regarding physiotherapists can be derived, however further scientific studies are needed in order to make significant conclusions.

---

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	I
Abstract .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abbildungs-/Tabellenverzeichnis .....	VIII
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
Danksagung .....	X
1. Einleitung .....	1
1.1. Problemstellung .....	1
1.2. Ziel der Arbeit .....	3
1.3. Forschungsfrage .....	3
1.4. Methode .....	4
1.5. Aufbau der Arbeit .....	5
2. Gesundheit .....	7
3. Gesundheitsförderung .....	9
4. Betriebliche Gesundheitsförderung .....	10
4.1. Prinzipien der Betrieblichen Gesundheitsförderung .....	10
4.2. Nutzen und Vorteile der Betrieblichen Gesundheitsförderung .....	11
4.2.1. Nutzen aus der Sicht der Arbeitnehmer .....	11
4.2.2. Nutzen aus der Sicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber .....	12
4.3. Ablauf eines BGF-Projektes .....	13
4.3.1. Projektaufbau/Zielfindung .....	13
4.3.2. Diagnose .....	14
4.3.3. Planung .....	15
4.3.4. Maßnahmen/Umsetzung .....	16

---

4.3.5.	Evaluation .....	17
4.4.	Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus .....	18
4.5.	Gesundheitszirkel als Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung....	19
4.5.1.	Gesundheitszirkelmodelle .....	20
4.5.2.	Merkmale von Gesundheitszirkeln .....	21
4.5.3.	Gesundheitszirkelmoderation.....	23
4.5.4.	Aufbau eines Gesundheitszirkels in 8 Schritten.....	24
5.	Berufsbild der Physiotherapie .....	26
5.1.	Definition des Berufsbildes .....	26
5.2.	Ziele der Physiotherapie .....	26
5.3.	Der Ablauf einer Physiotherapie .....	27
5.4.	Arbeitsfelder in der Physiotherapie .....	28
5.4.1.	Physiotherapie in Krankenanstalten .....	28
6.	Das Projekt .....	30
6.1.	Überblick .....	30
6.2.	Vorarbeit.....	33
6.2.1.	Projektinformation an die Führungsebene.....	33
6.2.2.	Antrag zur Durchführung.....	33
6.2.3.	Rekrutierung und Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	33
6.2.4.	Zeitliche und räumliche Organisation .....	34
6.2.5.	Materialien .....	34
6.3.	Erster Teil des Gesundheitszirkels.....	35
6.3.1.	Begrüßung.....	35
6.3.2.	Vorstellung des Projekts .....	36

---

6.3.3.	Spielregeln.....	37
6.3.4.	Ressourcen.....	37
6.3.5.	Belastungen.....	40
6.3.6.	Clustering der Belastungen.....	41
6.3.7.	Rangordnung.....	43
6.3.8.	Problemanalyse – Kommunikation 1.....	43
6.3.9.	Ausblick und Feedback.....	46
6.4.	2. Teil des Gesundheitszirkels.....	47
6.4.1.	Problemanalyse – Kommunikation 2.....	48
6.4.2.	Problemanalyse - „Zwischenmenschliches“.....	51
6.4.3.	Problemanalyse – Mehraufgaben.....	53
6.4.4.	Ausblick und Feedback.....	56
6.4.5.	Protokoll.....	56
6.5.	3. Teil des Gesundheitszirkels.....	56
6.5.1.	Problemanalyse – Arbeitsmittel.....	57
6.5.2.	Problemanalyse - Theorie versus Praxis.....	61
6.5.3.	Problemanalyse - Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.....	64
6.5.4.	Problemanalyse – Pausenraum.....	65
6.5.5.	Ausblick, Feedback und Verabschiedung.....	66
6.5.6.	Protokoll.....	67
6.6.	Zusammenfassung der Lösungsvorschläge aus dem Gesundheitszirkel.....	68
6.6.1.	Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Kommunikation.....	68
6.6.2.	Lösungsvorschläge zur Verbesserung des sozialen Umgangs.....	68
6.6.3.	Lösungsvorschläge zum Umgang mit Mehraufgaben.....	69

---

6.6.4.	Lösungsvorschläge zur Beschaffung von notwendigen Arbeitsmitteln .....	69
6.6.5.	Lösungsvorschläge zur Annäherung von Theorie und Praxis.....	70
6.6.6.	Lösungsvorschläge zur besseren Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen .....	70
6.6.7.	Lösungsvorschläge zur Gestaltung der Pausenräume .....	70
6.7.	Vorbereitung der Präsentation an die Führungskräfte.....	71
6.7.1.	Information an die Führungsebene.....	71
6.7.2.	Beschreibung der Führungskräfte .....	71
6.8.	Präsentation und Gruppendiskussion der Führungskräfte.....	71
6.8.1.	Powerpoint Präsentation .....	72
6.8.2.	Gruppendiskussion .....	73
6.9.	Ergebnisse der Gruppendiskussion .....	73
6.9.1.	Kurzfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen.....	74
6.9.2.	Mittelfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen.....	76
6.9.3.	Langfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen.....	77
6.9.4.	Teilweise im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen .....	77
6.9.5.	Nicht im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen .....	80
6.10.	Vergleich der Ansichten der Beschäftigten mit den Ansichten der Führungskräfte .....	82

6.10.1. Ansichten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.....	82
6.10.2. Ansichten der Führungskräfte .....	82
6.11. Maßnahmenkatalog.....	83
6.11.1. Maßnahmen die bereits umgesetzt wurden.....	83
6.11.2. Maßnahmen die sich in der Umsetzung befinden.....	84
6.11.3. Maßnahmen, die umgesetzt werden .....	84
7. Diskussion .....	85
8. Conclusio.....	89
Literaturverzeichnis.....	90
Anhang.....	94
Lebenslauf.....	95
Erklärung .....	97

---

## Abbildungs-/Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Vor- und Nachteile von externer und interner Moderation (BGF Netzwerk) .....	23
Tabelle 2	Rangordnung der Belastungen .....	43
Abbildung 1	Der Physiotherapeutische Prozess .....	27
Abbildung 2	Begrüßung zum 1. Teil des Gesundheitszirkels .....	36
Abbildung 3	Überblick über den Gesundheitszirkel .....	37
Abbildung 4	Gesundheitsressourcen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten am Arbeitsplatz .....	38
Abbildung 5	Frage nach den Belastungen am Arbeitsplatz .....	40
Abbildung 6	Belastungen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten am Arbeitsplatz .....	41
Abbildung 7	Problemanalyseschema – Kommunikation 1 .....	46
Abbildung 8	Begrüßung zum 2. Teil des Gesundheitszirkels .....	47
Abbildung 9	Problemanalyseschema – Kommunikation 2 .....	48
Abbildung 10	Problemanalyseschema – Zwischenmenschliches .....	51
Abbildung 11	Problemanalyseschema – Mehraufgaben .....	54
Abbildung 12	Begrüßung zum 3. Teil des Gesundheitszirkels .....	57
Abbildung 13	Problemanalyseschema – Arbeitsmittel .....	58
Abbildung 14	Problemanalyseschema – Theorie versus Praxis, Arbeitsmittel .....	61
Abbildung 15	Problemanalyseschema – Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Pausenraum .....	64
Abbildung 16	Verabschiedung, Ausblick, Feedback .....	67
Abbildung 17	Powerpoint- Vortrag an die Führungskräfte .....	72

## **Abkürzungsverzeichnis**

Betriebliche Gesundheitsförderung	BGF
Weltgesundheitsorganisation	WHO
Elektronische Datenverarbeitung	EDV

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die mich in dieser sehr anspruchsvollen Zeit unterstützt haben.

Ich danke Dr.<sup>in</sup> Irene Kloimüller, die mir mit ihrem Fachwissen zur Seite stand und nicht zuletzt auch mit privaten Gesprächen eine große Hilfe beim Verfassen dieser Arbeit war.

Ich danke meinen Eltern, die mich nicht nur finanziell, sondern auch mit all ihrer Kraft und Geduld auf diesem Weg begleitet haben. Mama danke für deine Unterstützung. Auch wenn du die letzten Monate nicht mehr bei uns warst, hast du mich in meinen Gedanken in jeder Sekunde dieser schwierigen Zeit begleitet.

Ich danke meinem Freund Thomas, der mir in den ereignisreichen letzten Monaten oft den Rücken frei gehalten hat und immer für mich da war. Ohne ihn wäre meine Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

# 1. Einleitung

Die Einleitung dieser Masterthesis soll dazu dienen, einen Eindruck über die Ausgangslage und die Notwendigkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu geben. Das Ziel der Arbeit wird definiert und die Forschungsfragen werden beschrieben. Im Anschluss erfolgen die Beschreibung der Methode, der Aufbau der Arbeit und des durchgeführten Projektes.

## 1.1. Problemstellung

Durch die Veränderung der österreichischen Bevölkerungsstruktur steigt der Bedarf an Fachkräften in Gesundheitsberufen steil an. Zu den Gesundheitsberufen in Krankenanstalten gehören laut Statistik Austria Ärztinnen und Ärzte, gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfen, gehobene medizinisch technische Dienste, Sanitätshilfsdienste und Hebammen. Mit 3.338 Angestellten hat die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten den höchsten Personalstand der gehobenen medizinisch technischen Dienste in österreichischen Krankenanstalten. Davon sind 739 in Spitälern der Bundeshauptstadt Wien beschäftigt. (Statistik Austria, 2012)

Am FH Campus Wien schließen jährlich nach 3 Studienjahren, 115 Absolventinnen und Absolventen den Bachelorstudienlehrgang für Physiotherapie ab. Ein Großteil der neu ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten entscheidet sich für einen Arbeitsbeginn in einem der zahlreichen österreichischen Krankenhäuser. (FH Campus Wien)

Die physiotherapeutische Tätigkeit in Krankenanstalten an und mit Patientinnen und Patienten erfordert unter anderem eine fundierte Ausbildung - auch auf wissenschaftlicher Basis - Einfühlungsvermögen, Motivation, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und starken Körpereinsatz.

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema arbeitsbedingte Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, obwohl das Belastungsspektrum in Krankenhäusern mit dem von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zu vergleichen ist. In einer deutschen Studie im Jahr 2013 definierten Girbig et al. geringe Bezahlung, Zeitdruck, Fortbildungskosten, Kraftanstrengung, Infektionsrisiko, Patiententransfers, Umgang mit dem Tod und Feuchtarbeit als die Hauptbelastungsfaktoren bei physiotherapeutischer Tätigkeit im

Angestelltenverhältnis in Krankenhäusern. (Girbig, Deckert, Druschke, Nienhaus & Seidler, 2013)

In internationalen Studien werden vor allem physische Belastungen als Gründe für vermehrte Krankenstände, eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und Berufswechsel angeführt. (Cromie, Robertson & O Best, 2000)

In vielen Fällen reicht der Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz nicht aus, um allen beruflichen Belastungen entgegenzuwirken. Betriebliche Gesundheitsförderung, als Unternehmensstrategie, hat das Ziel arbeitsbedingte Belastungen zu reduzieren und Gesundheitsressourcen von Beschäftigten zu stärken, um somit einen gesundheitsfördernden Arbeitsplatz zu schaffen. Im Sinne eines partizipativen Ansatzes werden in der Betrieblichen Gesundheitsförderung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens einbezogen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden aller zu verbessern. Die ganzheitliche Betrachtung aller Bereiche einer Organisation auf der Verhältnis- und Verhaltensebene ist in der BGF essentiell.

Neben den positiven Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten eines Unternehmens, liefert BGF auch indirekte Vorteile für einen Betrieb, wie Effizienzsteigerung, Verbesserung des Unternehmensimages und Fehlzeitenreduzierungen. (Netzwerk BGF)

In Gesundheitsorganisationen und Krankenanstalten steht die Gesundheit der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Das Wohlbefinden der Angestellten, wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, hat meist weniger Bedeutung. Aus diesem Grund ist es wichtig, Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter für das Thema Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu sensibilisieren und Möglichkeiten zu schaffen, Belastungen zu erforschen, um sie anschließend reduzieren zu können.

Ziel dieser Masterthesis ist es, herauszufinden, welche Ansätze der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. der Primärprävention, Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren und Gesundheitsressourcen im Tätigkeitsbereich Physiotherapie stärken, um den Arbeitsplatz im Setting Krankenhaus gesundheitsförderlich zu gestalten. (Spicker & Schopf, 2007)

Zielgruppen der Betrachtung sind einerseits Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten als Expertinnen und Experten ihrer Arbeitswelt und ihrer eigenen Gesundheit, als auch verantwortliche Führungskräfte, die die Rahmenbedingungen abstecken können und die Kompetenzen besitzen, um die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen freizugeben.

## 1.2. Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Masterthesis sollen zu Beginn die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung und BGF definiert werden. Des Weiteren soll erforscht werden wie Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen und im Setting Krankenhaus vorbereitet, geplant, umgesetzt und evaluiert werden kann. Besonders wird auf die Durchführung von Gesundheitszirkeln eingegangen, da diese ein wesentliches Erhebungsinstrument dieser Thesis darstellen. Außerdem wird der Beruf der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beleuchtet, um ein besseres Verständnis für die Besonderheit der Berufsgruppe und die Notwendigkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung in diesem Bereich zu erlangen.

Es soll erforscht werden, wie bei, in einem Krankenhaus beschäftigten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Gesundheitsressourcen gestärkt und Arbeitsbelastungen vermindert werden können. Ziel ist es, einen Maßnahmenkatalog für die Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten einer Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation in einem österreichischen Krankenhaus, zu erstellen. Dazu wird ein Gesundheitszirkel mit Beschäftigten, die Lösungsvorschläge entwickeln, um Belastungen zu reduzieren, und eine anschließende Gruppendiskussion mit verantwortlichen Führungskräften, die Rahmenbedingungen abstecken und die tatsächlich umzusetzenden Maßnahmen definieren, durchgeführt.

## 1.3. Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der Autorin lautet:

Wie können Gesundheitsressourcen gestärkt und arbeitsbedingte Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Setting Krankenhaus reduziert werden?

Außerdem sollen im Rahmen der Masterthesis folgende Fragen beantwortet werden:

Welche Faktoren stärken und unterstützen die Gesundheit von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auf der Verhältnisebene, wie in den Dimensionen Führung, Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeit, Arbeitsmittel, sozialer Interaktion etc.?

Gibt es Unterschiede in der Geschlechterbetrachtung und in Hinblick auf verschiedene Altersgruppen?

Können durch Ansätze in der Betrieblichen Gesundheitsförderung Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten befähigt werden, selber mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen? Welche Bereiche bleiben immer Organisations- und Führungsverantwortung?

Welche Verhaltensansätze unterstützen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in ihrer Gesundheit?

## 1.4. Methode

Im ersten Teil der Masterthesis wird mit einer Literaturrecherche begonnen. Die für die Aufarbeitung des theoretischen Teils relevante Literatur, aus internationalen Studien, Stammliteratur und seriösen Internetquellen, wird zusammengetragen, um einen Zugang und ein besseres Verständnis zur Thematik zu erlangen. Dazu werden die Themenbereiche Gesundheit, Gesundheitsförderung, Betriebliche Gesundheitsförderung, der Gesundheitszirkel als Instrument und das Berufsbild der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten analysiert, um den aktuellen Stand der Forschung zu erarbeiten.

Im Rahmen des empirischen Teils der Masterthesis wird eine qualitative Forschungsmethode zum Zweck der Hypothesengenerierung gewählt. Um ein Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen, bietet sich die Durchführung eines monodisziplinären Gesundheitszirkels zum Thema gesundheitsgerechter

Arbeitsgestaltung an. Ein Gesundheitszirkel ist ein innerbetrieblicher Gesprächskreis, in dem Beschäftigte eines Unternehmens - in diesem Fall Beschäftigte einer Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation eines österreichischen Krankenhauses - gemeinsam in einer Gruppendiskussion unter der Leitung einer Moderatorin oder eines Moderators, Gesundheitsressourcen, arbeitsbedingte Belastungen und entsprechende Lösungsvorschläge erarbeiten.

Aus der betreffenden Abteilung nehmen vier Therapeutinnen und ein Therapeut aus verschiedenen Fachbereichen der Krankenanstalt teil. Der Gesundheitszirkel findet im Rahmen von drei mal zwei Stunden statt. Die Diskussionsrunde wird mit dem Einverständnis der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten digital aufgezeichnet, mittels Flip Chart visualisiert und im Anschluss protokolliert. Von einer Transkription des Gesprächskreises wird abgesehen, da bei einem Gesundheitszirkel als Instrument der BGF, ausschließlich mit den Teilnehmenden visualisierte Ergebnisse, weitergegeben werden dürfen. Nach der Freigabe durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden die erarbeiteten Ergebnisse in einem zweiten Schritt, mittels Powerpoint, an drei zuständige Führungskräfte präsentiert. Im Rahmen einer zweistündigen Gruppendiskussion werden die gefundenen Verbesserungsvorschläge, in kurzfristig, mittelfristig, langfristig und nicht umsetzbare Maßnahmen gegliedert und Rahmenbedingungen für die Umsetzung abgesteckt. Diese Gruppendiskussion wird mit dem Einverständnis der Führungskräfte digital aufgezeichnet und anschließend protokolliert. Auch in diesem Fall wird auf eine Transkription der Inhalte verzichtet, da ausschließlich die im Protokoll festgehaltenen Fakten, herangezogen werden. Um den Maßnahmenkatalog zu konkretisieren, findet nach internen Besprechungen der Führungskräfte ein erneuter Gesprächskreis mit der Moderatorin statt. Die Umsetzbarkeit wird erneut diskutiert und die Endversion des Maßnahmenkatalogs erarbeitet. Einige der Lösungsvorschläge werden bereits während der Fertigstellung dieser Masterthesis umgesetzt. In einem weiteren Schritt sollen weitere Maßnahmen in den Betrieb implementiert werden. Dies ist jedoch nicht Teil der vorliegenden Arbeit, da dies den Zeitrahmen der Masterarbeit sprengen würde.

## **1.5. Aufbau der Arbeit**

Zu Beginn der Masterarbeit erfolgt als ersten Zugang zur Thematik, eine ausführliche Darstellung des aktuellen Forschungsstandes und der notwendigen Theorien, auf der die Forschungsfrage der Thesis beruht.

Nach einer genauen Beschreibung der Erhebungsmethode -beziehungsweise des, der Arbeit zu Grunde liegenden, Projektes - werden die Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln mit Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beschrieben. Die, aus der Fokusgruppe mit Führungskräften, resultierenden umsetzbaren Maßnahmen werden dargestellt und mit den Vorstellungen und Lösungsvorschlägen der Beschäftigten verglichen. Als Endergebnis wird ein Maßnahmenkatalog bzw. eine Handlungsanleitung für die Umsetzung gesundheitsfördernder Schritte für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten einer österreichischen Krankenanstalt erstellt.

In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln und der Fokusgruppendifkussion im Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand und die Forschungsfragen erörtert. Auch auf die Limitation der vorliegenden Masterthesis und des dahinterstehenden Projekts wird Bezug genommen. Der Nutzen und die Anwendungsmöglichkeit des entworfenen Maßnahmenkataloges wird dargestellt.

Abschließend werden in der Schlussfolgerung die Ergebnisse der Masterarbeit kurz zusammengefasst und interpretiert. Der Bedarf an Betrieblicher Gesundheitsförderung bei der Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Setting Krankenhaus wird dargelegt. Außerdem wird die Notwendigkeit von zukünftigen wissenschaftlichen Studien zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aufgezeigt.

## 2. Gesundheit

"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen". (WHO, 1948)

Diese 1948 von der World Health Organization getroffene Gesundheitsdefinition hat ihre Gültigkeit, wurde aber mittlerweile von neuen Gesundheitsbegriffen abgelöst. Der Soziologe Hurrelmann definiert Gesundheit als: *„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“* (Hurrelmann, 1990 zit. n. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Diese Formulierung gilt als Weiterentwicklung der traditionellen Definition der WHO 1948.

Der amerikanisch-israelische Arzt und Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte 1979 den Begriff der Salutogenese (Gesundheitsentstehung). Das Salutogenese-Modell beschäftigt sich im Gegensatz zur Pathogenese (Entstehung von Krankheit) mit der Entstehung von Gesundheit. Im Vordergrund der Salutogenese stehen, neben der Bekämpfung von pathogenen Faktoren, die Stärkung von Gesundheitsressourcen und Potenzialen. Antonovsky bestimmt Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit als die drei Faktoren, die großen Einfluss auf das „Gesund bleiben“ haben. Gemeinsam bilden diese den Sense of Coherence (Kohärenzgefühl). (Antonovsky, 1997)

Er definiert das Kohärenzgefühl wie folgt:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt; in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“. (Antonovsky, 1997, S 36)

Das bedeutet laut Antonovsky, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl sich durch verschiedene Strategien gesundheitsfördernder verhalten, als Menschen mit einem schwachen Kohärenzgefühl in der gleichen Situation. Seine

Hypothese lautet außerdem, dass die Stärke des Sense of Coherence direkte physiologische Konsequenzen hat und somit die Gesundheit beeinflusst. (Antonovsky, 1997)

Der Sozialwissenschaftler und Experte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Bernhard Bandura, beschreibt Gesundheit als Voraussetzung und Ergebnis der ständigen Auseinandersetzung der Menschen, mit Herausforderungen in ihrer Umwelt. Er beschreibt Gesundheit als eine Kompetenz, durch die körperliches und seelisches Wohlbefinden und ein stützendes soziales Netzwerk geschaffen wird. (Badura, Walter & Heilmann, 2010).

### 3. Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. (Ottawa Charta, 1986)

Die Basis der WHO für den Gesundheitsförderungsansatz bildet die am 21. November 1986 in Ottawa stattgefundenen Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung. Dabei wurden die drei Grundprinzipien, Interessen vertreten, Befähigen und Ermöglichen sowie Vermitteln und Vernetzen, verfolgt. Die fünf entwickelten Handlungsstrategien lauten:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Gesundheitsdienste neu orientieren

Durch die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, soll Gesundheit in allen politischen Bereichen und nicht nur in der medizinischen und sozialen Versorgung gefördert werden. Gesundheitsförderung soll durch die Schaffung sicherer, anregender und befriedigender Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen, eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit schaffen. Information, Bildung und die Verbesserung von sozialen Kompetenzen sollen Menschen dazu befähigen Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen. Des Weiteren sollen alle Gesundheitsdienste, Gesundheitseinrichtungen und der Staat ein gemeinsames Versorgungssystem zur besseren Förderung der Gesundheit entwickeln. (Ottawa Charta, 1986)

Besonders Settings bieten einen guten Zugang zur Gesundheitsförderung. Settings sind soziale Lebensräume in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen, wie zum Beispiel Städte, Gemeinden, Schulen, Betriebe und Einrichtungen des Gesundheitswesens. (Jakarta Declaration, 1997)

Menschen verbringen einen großen Teil ihres Lebens an ihren Arbeitsplätzen. Somit spielen diese eine bedeutende Rolle für die Gesundheit. Um Menschen ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu ermöglichen nimmt das Setting Betrieb einen großen Stellenwert ein. (Froböse, Wellmann & Weber, 2008)

## 4. Betriebliche Gesundheitsförderung

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. (Luxemburger Deklaration, 2007 S. 1)

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung setzt sich aus Organisationen der 27 Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes zusammen. Im Jahr 1997 verabschiedeten alle Mitglieder die Luxemburger Deklaration. BGF zielt nicht nur auf die Prävention von Berufskrankheiten und die Verringerung von Arbeitsunfällen ab, sondern soll Krankheiten am Arbeitsplatz verhindern, Gesundheitsressourcen stärken und das Wohlbefinden der Belegschaft verbessern. Durch gesündere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gesteigerte Arbeitsmotivation und Arbeitsmoral, sowie einem besseren Arbeitsklima, soll eine Reduktion der Fehlzeiten und somit eine Senkung der durch Krankheit entstehenden Kosten und eine Steigerung der Produktivität des Unternehmens erzielt werden. (Luxemburger Deklaration, 2007)

### 4.1. Prinzipien der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Nachweisliche Erfolge durch BGF können nur erreicht werden, wenn sie sich an nachfolgenden vier Prinzipien orientieren:

1. Partizipation: BGF wird als Unternehmensstrategie betrachtet und soll hierarchieübergreifend und berufsübergreifend durch Einbeziehen der Beschäftigten und Führungskräfte stattfinden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in BGF-Projekten Expertinnen und Experten der Arbeitswelt und der eigenen Gesundheit und können somit potenzielle Verbesserungen aufzeigen und Problemlösungsstrategien entwickeln. (Bruckner, 2010)
2. Integration: Betriebliche Gesundheitsförderung muss in allen Bereichen des Unternehmens stattfinden. Sowohl Beschäftigte, als auch Führungskräfte müssen bei BGF Projekten integriert werden. (Luxemburger Deklaration, 2007)
3. Projektmanagement: Alle BGF-Maßnahmen, wie IST-Analyse, Planung, Durchführung und Evaluation müssen systematisch durchgeführt werden. (Luxemburger Deklaration, 2007)
4. Ganzheitlichkeit: Ein ganzheitlicher Ansatz in der BGF ist wesentlich. Sie setzt primär an der Verhältnisebene, aber sekundär auch an der Verhaltensebene an.

Ursachen für Belastungen und Krankheiten am Arbeitsplatz sollen durch Verhältnisprävention in den Dimensionen Führung, Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeit, Arbeitsmittel, etc. bekämpft werden. Da die Gesundheit der Belegschaft jedoch auch stark mit dem Lebensstil außerhalb des Arbeitsplatzes zusammenhängt, spielt die Verhaltensprävention auch eine wesentliche Rolle. (Heider in Bruckner, Czeskleba, Heider, Hoffmann, Kloimüller & Schneeberger, 2010)

## **4.2. Nutzen und Vorteile der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Es gibt zahlreiche Gründe für die Umsetzung von BGF in Unternehmen. Prinzipiell steht bei solchen Projekten die Gesundheit der Belegschaft im Vordergrund. Aber auch für Betriebe sind Vorteile von BGF nachgewiesen. Nachfolgend werden Nutzen für Unternehmen und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargestellt.

### **4.2.1. Nutzen aus der Sicht der Arbeitnehmer**

Grundlegend hat BGF das Ziel die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verbessern und die Lebensqualität auf der Ebene des Unternehmens zu steigern. Folgende Auswirkungen auf die Belegschaft als Ergebnis von BGF sind möglich:

- *„Generell: Verringerung individueller gesundheitlicher Risikofaktoren*
- *Reduzierung der gesundheitlichen Risiken auch für das Auftreten chronischer Krankheiten und damit längerfristig für Frühinvalidität*
- *Verbesserung des individuellen Wohlbefindens*
- *Erweiterung der Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen etc. - generell der Fähigkeit, mit spezifischen Problemen besser umzugehen*
- *Erhöhung der Kompetenz der Beschäftigten in Gesundheitsfragen*
- *Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral*
- *Erhöhung bzw. Sicherung der persönlichen Lebensqualität*
- *Verbesserung der Kommunikation in Gesundheitsfragen im Betrieb*
- *Verbesserung der Beziehung der Beschäftigten untereinander*
- *Erhöhtes Selbstwertgefühl“*

(Netzwerk BGF)

#### **4.2.2. Nutzen aus der Sicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber**

Komplexer als die Vorteile von BGF Projekten für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darzustellen, sind der Nutzen und die Rentabilität für Betriebe zu ergründen. Es ist schwierig für Unternehmen, kurzfristige, positive und messbare Auswirkungen und Ergebnisse aus Gesundheitsförderungsprojekten zu belegen. Im Jahr 2008 wurde im IGA-Report Nr. 13 eine umfangreiche Arbeit zur Evidenz von Wirksamkeit und Nutzen von BGF und Prävention am Arbeitsplatz veröffentlicht. 700 Studien zu den Themen Prävention bei Muskel- und Skeletterkrankungen und psychischen Erkrankungen und 45 systematische Reviews wurden herangezogen um die Wirksamkeit von BGF auf das Unternehmen zu erforschen. Die Kosten-Nutzen-Verhältnisse (Return on Investment/ROI) werden bei den Krankheitskosten für ein Unternehmen mit 1:2,3 bis 1:5,9 und bei krankheitsbedingten Fehlzeiten mit 1:2,5 bis 1:10,1 angegeben. (Sockoll, Kramer & Bödeker, 2008.; Heider in Bruckner et al., 2010)

Im Vordergrund sollte jedoch die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten stehen und daher sollten vor allem soziale Effekte gewürdigt werden, die indirekt positiven Einfluss auf den Betrieb haben. (Netzwerk BGF, Heider in Bruckner et al. 2010)

Folgende indirekte Auswirkungen auf das Unternehmen, als Ergebnis von BGF, sind möglich:

- *„Förderung der Kommunikationsstrukturen und –prozesse sowie des Innovationsklimas im Betrieb, und damit:*
- *Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Einstellungswandel (z. B. mehr Verständnis), und Motivation der Beschäftigten sowie ihrer Identifikation mit dem Betrieb, und damit:*
- *Verbesserung des Betriebsklimas (z. B. besserer Kontakt zum Vorgesetzten).*
- *Verhaltensänderungen bei den Beschäftigten (z. B. gegenseitige Unterstützung).*
- *Fehlzeitenreduzierung bzw. Verminderung von Krankenständen bei den Beschäftigten,*
- *Verringerung der Fluktuationsrate bei den Beschäftigten,*
- *dadurch weniger innerbetriebliche "Reibungs"-verluste.*
- *Veränderte Risikowahrnehmung bei den Beschäftigten (z. B. Sensibilisierung).*

- *Strukturelle und ähnliche Verbesserungen verschiedenster Art, z. B.:*
  - *technische Änderungen zur Arbeitserleichterung (z. B. Hebehilfen),*
  - *organisatorische Zuständigkeitsänderung (z. B. Aktualisierung der Maschinenpläne),*
  - *organisatorische Ablaufänderungen (z. B. bei der Bänderbesäumung),*
  - *Normenänderungen (z. B. sitzende Arbeitshaltung an bisherigen Steh-Arbeiten).*
- *Insgesamt Effizienzsteigerung (oft gibt es enge Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeitsumweltschutz, Motivation und Produktivität bzw. Produktqualität), dadurch:*
- *Erhöhung von Konkurrenzfähigkeit und Marktchancen des Unternehmens.*
- *Verbesserung des Unternehmensimages...“*

(Netzwerk BGF, Heider in Bruckner et al. 2010, S. 55-56)

### **4.3. Ablauf eines BGF-Projektes**

Im folgenden Abschnitt wird der Aufbau von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt.

Ein BGF-Projekt setzt sich aus 5 Arbeitsschritten zusammen:

- 1) Projektaufbau und Zielfindung
- 2) Diagnose- und Analysephase
- 3) Planungsphase
- 4) Umsetzungsphase
- 5) Evaluation und Erfolgsmessung

(Scharinger, 2004)

#### **4.3.1. Projektaufbau/Zielfindung**

Im Projektaufbau geht es vor allem um die Definition von Projektzielen. Es wird eine Steuerungsgruppe gegründet, die sich aus einem multiprofessionellen Team zusammensetzen sollte. Im Idealfall befinden sich in der Steuerungsgruppe

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger und Gesundheitsexpertinnen und Experten wie:

- Betriebsratsvorsitzende oder Betriebsratsvorsitzender
- Vertreterinnen oder Vertreter der Unternehmensleitung
- Externe Expertinnen oder Experten
- Betriebsmedizinerinnen oder Mediziner
- Sicherheitsfachkraft
- Personalentwicklerinnen oder Personalentwickler...

Die Hauptaufgaben der Steuerungsgruppe sind die Projektzieldefinierung, die Steuerung und Koordinierung des gesamten Prozesses, die Absteckung der Rahmenbedingungen, die Entwicklung eines Maßnahmenpaketes und die Kontrolle der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen. (Netzwerk BGF)

Begleitend wird in einem BGF-Projekt eine interne Projektleitung benötigt, die für das Einberufen von Steuerungsgruppensitzungen, die Feinkoordination des Projektplanes, die Auswertung und Dokumentation und für den Kontakt nach außen zuständig ist. Bereits am Ende der ersten Phase wird eine Startveranstaltung, eine sogenannte Kick-Off Veranstaltung, organisiert, in der die Belegschaft über das geplante Projekt und die Projektziele informiert werden soll. (Scharinger, 2004)

### **4.3.2. Diagnose**

In der Diagnosephase soll der Istzustand eines Unternehmens analysiert werden. Die sogenannte IST-Analyse in der Betrieblichen Gesundheitsförderung dient der Erhebung bestehender Daten zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsumweltbedingungen und Gesundheitsrisiken der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die gewonnenen Daten bieten erste Hinweise für Defizite und Ressourcen und bieten somit Anhaltspunkte zur Ermittlung von Maßnahmen. (Netzwerk BGF)

Eine Möglichkeit der Erhebung der Daten ist in Form einer schriftlichen Befragung. Alle Beschäftigten und Führungskräfte, eines Unternehmens, sollen auf freiwilliger Basis und anonym, befragt werden. Mittels eines Fragebogens sollen vor allem Informationen über Arbeitsklima, arbeitsbedingte Belastungen und Beschwerden, Gesundheitszustand, Gesundheitsbewusstsein, Einstellungen usw. erhoben werden. Zusätzlich dient die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung neben der Ermittlung des Istzustandes, auch der Erfolgskontrolle am Ende eines Projektes. (Sochert, 1999) Wichtig ist es, die

Ergebnisse aus der Befragung, den Beschäftigten zu vermitteln, um die Transparenz des Projektes zu gewährleisten. Anhand der ausgewerteten Daten können erste Ursachen und Probleme im Unternehmen identifiziert werden, die in weitere Schritte des Projektes einfließen können. (Zepke & Stieger, 2010)

Eine weitere Möglichkeit zur Analyse des Istzustandes in einem Unternehmen, ist die Auswertung von Krankenstanddaten. Die Arbeitsunfähigkeitsfälle können nach Häufigkeit, Dauer, Altersgruppen, Geschlecht usw. ausgewertet werden. (Netzwerk BGF) Wobei laut Oskar Meggeneder (in Dietscher, Nowak & Pelikan, 2000) die komplexe Analyse der Krankenstanddaten entbehrlich ist, da es ausreicht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit sehr langen und mit häufigen Kurzkrankenständen zu beobachten, da diese Gruppen meistens die Problemfälle in einem Unternehmen darstellen.

In der Analysephase wird ein weiteres Instrument in der Betrieblichen Gesundheitsförderung - der Gesundheitsbericht - erstellt. Die bereits erhobenen Daten aus der IST-Analyse werden herangezogen, um einen ersten gesundheitsbezogenen Geschäftsbericht zu erstellen. Dieser dient als Grundlage für unternehmensbezogene Gesundheits- und Arbeitsschutzaktivitäten, Maßnahmen der allgemeinen Betrieblichen Gesundheitsförderung und Zwecke der betrieblichen Personal- und Sozialpolitik. Man unterscheidet zwei verschiedene Arten von Gesundheitsberichten. Der datenbezogene Bericht beinhaltet als Grundlage die bereits erhobenen zusammengefassten Daten. Im belegschaftsnahen Bericht wird versucht die Hauptproblemfelder gleich zu identifizieren. Eine Kombination aus beiden Arten hat sich in der Praxis bewährt. (Scharinger, 2004)

### **4.3.3. Planung**

In der Planungsphase wird die Durchführung zukünftiger Maßnahmen organisiert. Es erfolgt die Implementierung von Gesundheitszirkeln. Diese sind Gesprächskreise in denen die Belegschaft versucht, durch Erfahrungen in den jeweiligen Arbeitsfeldern, Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz, zu identifizieren. Gemeinsam sollen Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Gesundheitsressourcen erarbeitet und Lösungsvorschläge, um Belastungen zu vermeiden, entwickelt werden. (Netzwerk BGF, Priester in Badura, Walter & Hehlmann, 1999)

Die optimale Größe eines Gesundheitszirkels sind 5 bis 8 Personen, die sich während der Laufzeit der Gesundheitszirkel nicht verändern soll. Daher sollten sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer verpflichten, an allen Gesprächskreisen mitarbeiten. Diese werden im Normalfall innerhalb der Arbeitszeit durchgeführt und sollten idealerweise 4 bis 5 Sitzungen mit jeweils 3 Stunden umfassen, damit alle Schritte

abgearbeitet werden können. Die Moderation wird entweder von externen Fachkräften, oder von intern geschulten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Die Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln werden der Steuerungsgruppe präsentiert, die die konkrete Planung der Maßnahmen übernimmt. Wichtig ist in dieser Phase auch, die geplanten Maßnahmen regelmäßig an die Belegschaft zurückzumelden. (Scharinger, 2004)

Da in der vorliegenden Arbeit ein Gesundheitszirkel moderiert wird, wird auf dieses Thema in Kapitel 4.5 noch einmal genauer eingegangen.

#### **4.3.4. Maßnahmen/Umsetzung**

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfaßt Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist die BGF dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden“. (WHP in Europe, 1999)

Welche Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden, liegt in der Entscheidung der Steuerungsgruppe. Diese entscheidet, aufgrund der Ergebnisse aus der Planungsphase und der zur Verfügung stehenden Mittel, über die tatsächliche Verwirklichung. (Scharinger, 2004) Umgesetzt werden sollen verhältnisorientierte, wie auch verhaltensorientierte Maßnahmen, wobei der Schwerpunkt auf der Verhältnisebene liegen soll. (Netzwerk BGF)

Maßnahmen der Verhaltensprävention setzen bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern an und zielen auf die Veränderung der Lebensweise und des Lebensstils ab. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen sollen dadurch gefördert und schädigende Verhaltensweisen gemindert werden. Interventionen in der Verhältnisprävention in Unternehmen sind Voraussetzung für ein gesundheitsförderndes Verhalten. Dies bedeutet, wie schon erwähnt, die Gestaltung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsbedingungen, Arbeitsmittel, Arbeitszeit usw. (Höller, 2010)

Beispiele für Verhaltensprävention:

- Kurse und Vorträge zu den Themen:
  - Stress
  - Ernährung
  - Raucherentwöhnung
  - Bewegung

- usw.
- Schulungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen zu den Themen:
  - Kommunikation
  - Teamfähigkeit
  - Führung
  - Ergonomie
  - usw.

Beispiele für Verhältnisprävention:

- Gestaltung von Rahmenbedingungen:
  - Betriebliches Fitnesscenter
  - Ruheräume
  - usw.
- Gestaltung der Arbeit:
  - Handlungs- und Entscheidungsspielräume
  - Teamarbeit
  - Arbeitsabläufe
  - usw.

(Scharinger, 2004)

#### **4.3.5. Evaluation**

Die Evaluation ist das geeignete Element in der Betrieblichen Gesundheitsförderung um den Erfolg von Projekten zu messen. Die Auswirkungen der Interventionen und Programme, auf den Gesundheitszustand der Belegschaft, die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsorganisation, den Führungsstil, die Krankenstandzahlen, die Produktivität und die Kosten-Nutzen-Bilanz, sollen systematisch analysiert und Konsequenzen daraus gezogen werden. (WHP in Europe, 1999) Durch Rückmeldung über Effektivität, Effizienz und Akzeptanz kann Betriebliche Gesundheitsförderung ständig kontinuierlich angepasst werden. (Badura et al., 1999)

Die Evaluation lässt sich grundsätzlich in die drei Ebenen, Strukturevaluation, Prozessevaluation und Ergebnisevaluation, unterteilen. Strukturevaluation bezieht sich auf den Einfluss von Maßnahmen auf Organisationsstrukturen, wie zum Beispiel, ob

Weiterbildungen in dem Betrieb eingeführt worden sind, um ein ergonomisches Verhalten bei der Arbeit zu erlernen. Prozessevaluation findet laufend während des Projektes statt, um zum Beispiel Probleme bei der Durchführung von Maßnahmen zu entdecken. In der Ergebnisevaluation wird das Ergebnis der Interventionen, oder des Projektes gemessen, um Zwischenbilanz zu ziehen, oder das Ergebnis mit dem Projektziel zu vergleichen. (Badura et al., 1999)

Es gibt mehrere Möglichkeiten, um eine Projektevaluation durchzuführen. Die Dokumentationen und Protokolle aus Projektsitzungen und Steuerungsgruppensitzungen, sowie das Führen eines Projektstagebuches, sind Mittel, um Überblick über alle Aktivitäten und Fortschritte zu bekommen. Um die Wirksamkeit zu beurteilen, kann wie schon bei der IST-Analyse, eine Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung in Form eines Fragebogens stattfinden. Ein abschließender Gesundheitsbericht, der auch an alle Beschäftigten gesendet wird, soll eine Zusammenfassung über das gesamte Projekt und dessen Auswirkungen und Effekte liefern. (Scharinger, 2004)

#### **4.4. Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus**

Im Folgenden wird auf die Arbeitsbedingungen und die gesundheitliche Situation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen und deren Bedürfnisse in der Arbeitswelt eingegangen. Außerdem werden Besonderheiten von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus ausgeführt.

Laut Meggender (2000) verfolgt Gesundheitsförderung im Krankenhaus im Grunde die gleichen Ziele, sowie den gleichen Gesundheitsförderungsansatz und verwendet die gleichen Instrumente, wie Betriebliche Gesundheitsförderung. Krankenhäuser sind seines Erachtens genauso Unternehmen wie alle anderen. Allerdings scheint Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus einen höheren Grad an Komplexität darzustellen. Wie in der herkömmlichen Betrieblichen Gesundheitsförderung stehen die Prävention von arbeitsbedingten Risiken und die Stärkung der Gesundheitsressourcen des Personals im Zentrum. Der Ansatz kann, wie schon aus der BGF bekannt, verhältnisorientiert, also auf Arbeitsbedingungen bezogen, oder verhaltensorientiert, auf Krankenhauspersonal bezogen sein. (Meggender in Dietscher et al., 2000)

In Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen steht die Gesundheit der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Im Fokus steht das Versorgen kranker und hilfsbedürftiger Personen und nicht die eigene Gesundheit der Angestellten. Im Zuge

dessen werden belastende Situationen am Arbeitsplatz und beginnende Beschwerden meist sehr spät wahrgenommen. Zusätzlich kommt es durch oftmalige knappe Personalressourcen und den immer mehr steigenden Druck in der Arbeitswelt zu Überlastungen des Personals.

Es muss versucht werden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen auch für die eigene Gesundheit zu sensibilisieren und nicht nur die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu beachten. Um diesen Problemen entgegen zu wirken, ist es wichtig, das Zusammenspiel von Arbeit und Gesundheit zu thematisieren, Raum und Zeit zu schaffen um Belastungen zu kommunizieren und Gesundheitsressourcen wahrzunehmen. Gesundheitsthemen sollen laufend in Besprechungen integriert werden und Themen der Gesundheitsförderung in Fort- und Weiterbildungen angeboten werden.

Eine Form der Sensibilisierung der Beschäftigten, zum Thema Gesundheitsförderung und der eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz, ist die Durchführung von Gesundheitszirkeln, welche in einem späteren Kapitel noch genauer erklärt wird. Neben der Abhaltung von Gesundheitszirkeln und internen Besprechungen, können auch Steuerungsgruppensitzungen, Betriebsversammlungen und Präsentationsveranstaltungen abgehalten werden, oder eine Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzeitung herausgegeben werden, um Gesundheitsförderung für Beschäftigte zu thematisieren. (Spicker & Schopf 2007)

Durch den wirtschaftlichen Druck, unter dem Einrichtungen im Gesundheitswesen stehen, sind finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen für die Umsetzung von BGF-Projekten meistens sehr begrenzt. Um eine finanzielle Unterstützung zu erhalten, kann ein Projekt bei externen Fördereinrichtungen, wie der österreichischen Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, dem Fonds gesundes Österreich oder dem Sozialversicherungsträger, eingereicht werden (Spicker & Schopf, 2007)

## **4.5. Gesundheitszirkel als Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

„Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, in denen sich die Beschäftigten eines Betriebs mit ihren Arbeitsbedingungen auseinandersetzen. Sie tragen ihre Erfahrungen über Belastungen ihrer Gesundheit zusammen, analysieren sie gemeinsam, entwickeln neue Lösungen und erarbeiten Vorschläge, wie diese in die Praxis umgesetzt werden können.“ (Netzwerk BGF)

Oskar Meggeneder befindet den Gesundheitszirkel als das wichtigste Instrument in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieser ist, ähnlich wie ein Qualitätszirkel, der zum Ziel hat, mittels Fähigkeiten und Kenntnisse der Beschäftigten, die Qualität und Produktivität des Unternehmens zu steigern und die Kosten zu senken. (Meggeneder in Dietscher et al., 2000) Gesundheitszirkel dienen jedoch dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung in Betrieben mit dem Ziel Arbeitssituationen und Arbeitsverhalten gesundheitsförderlicher zu gestalten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen anhand ihrer Fähigkeiten und ihrer Erfahrungen im Betrieb, in Projektgruppen Gefahren, Risiken, Belastungen und Beanspruchungen, aber auch Gesundheitsressourcen am Arbeitsplatz, identifizieren und Lösungs- und Verbesserungsvorschläge erarbeiten um gesundheitliche Probleme zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. (Slesina in Dietscher et al., 2000)

#### **4.5.1. Gesundheitszirkelmodelle**

Grundlegend unterscheidet man zwischen dem Berliner, dem Düsseldorfer und dem Linzer Gesundheitszirkelmodell.

##### **4.5.1.1. Das Berliner Modell**

In einem Gesprächskreis nach dem Berliner Modell nehmen ausschließlich Beschäftigte aus einer hierarchischen Ebene eines Unternehmens teil. Der Vorteil dieses Modelles ist, dass das Personal ohne Druck aus der Führungsebene frei diskutieren kann. Themen, wie psychosoziale Belastungen oder das Verhalten der Führungskräfte, können einfacher angesprochen werden. Zwischen zehn und fünfzehn Personen sollen in acht bis zwölf Sitzungen, mit einer externen Moderatorin oder einem externen Moderator, vorwiegend zum Thema Stressbewältigung, Belastungen definieren und Lösungsvorschläge erarbeiten. (Meggeneder in Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

##### **4.5.1.2. Das Düsseldorfer Modell**

Im Düsseldorfer Gesundheitszirkelmodell sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer heterogen zusammen gesetzt. Dieser ist hierarchieübergreifend und setzt sich aus Personen verschiedener Arbeitsbereiche zusammen. Eine mögliche Zusammensetzung wären zwei bis drei Personen aus dem Pflegebereich, eine direkte Führungsperson, ein bis zwei Beschäftigte aus dem ärztlichen Dienst, eine Person aus dem höheren Management, ein Betriebsarzt oder eine Betriebsärztin sowie eventuell eine Sicherheitsfachkraft. (Slesina in Dietscher et al., 2000) Aufgrund der verschiedenen Perspektiven in der Diskussion, können sofort während des Zirkels, Lösungsvorschläge besprochen und ihre Umsetzbarkeit überprüft werden. Ein Nachteil könnte jedoch sein, dass bestimmte Inhalte nicht oder nicht offen genug, angesprochen werden können.

(Netzwerk BGF 2014) Die Gesprächskreise finden zehn bis zwölf Mal statt und werden durch eine externe Moderation geführt. (Meggeneder in Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

#### **4.5.1.3. Das Linzer Modell**

Das Linzer Modell wurde von Oskar Meggeneder entwickelt und 1993 in einer Linzer Verlagsfirma zum ersten Mal eingesetzt. In diesem Modell nehmen ausschließlich Beschäftigte der gleichen hierarchischen Ebene aus einem Arbeitsbereich teil. Etwa sechs bis acht Personen treffen sich vier bis sechs Mal, um nicht nur die Problemfelder, sondern auch die gesundheitsförderlichen Potenziale des Unternehmens zu erörtern und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Das Linzer Modell verfolgt vorwiegend den salutogenen Ansatz, da die umzusetzenden Maßnahmen in den meisten Fällen in der Kompetenz der Beschäftigten liegt und das Unternehmen nur die zeitlichen und gegebenenfalls finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellt. Die Moderation wird vorwiegend von, im Vorfeld geschulten internen Mitarbeitern und internen Mitarbeiterinnen, übernommen. Im Anschluss an die Zirkelarbeit werden die Lösungs- und Verbesserungsvorschläge einer Steuerungsgruppe oder der verantwortlichen Führungsebene präsentiert, die dann für die Entscheidung, welche Maßnahmen tatsächlich verwirklicht werden, verantwortlich ist. (Meggeneder in Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

In Österreich kommen vor allem homogene Gesundheitszirkelmodelle zum Einsatz, in denen während der Zirkelarbeit nur Beschäftigte aus der gleichen hierarchischen Ebene beteiligt sind. Betriebsräte sollen vor der Durchführung mit einbezogen werden, um zu zeigen, dass das Projekt seitens des Unternehmens Unterstützung erhält. Erst im Anschluss an die Zirkelarbeit werden die Führungskräfte mit einbezogen, die sich konstruktiv mit den erarbeiteten Resultaten auseinandersetzen sollen. (Netzwerk BGF)

#### **4.5.2. Merkmale von Gesundheitszirkeln**

Neben den verschiedenen Modellen weisen Gesundheitszirkel bestimmte Merkmale auf, die im Folgenden beschrieben werden.

Ein wesentlicher Faktor ist die Freiwilligkeit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Gesundheitszirkels sollen freiwillig am Projekt mitarbeiten, sich für das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz interessieren und nicht von der Vorgesetzten oder von dem Vorgesetzten bestimmt werden. (Slesina in Dietscher et al., 2000) Die Gruppe soll in einem sinnvollen Zusammenhang zueinander stehen, zum Beispiel Vertreter aus einer Berufsgruppe, um möglichst produktiv miteinander arbeiten und diskutieren zu können. (Netzwerk BGF)

Die teilnehmenden Beschäftigten sollen über ausreichend Erfahrung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb verfügen, um mit dem Wissen der anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen, nachfolgend Verbesserungs- und Lösungsvorschläge entwickeln zu können. (Slesina in Dietscher et al., 2000)

Es wird zwischen dem offenen und dem themenzentrierten Gesundheitszirkel unterschieden. Bei offenen Gesundheitszirkeln liegt die Entscheidung der zu thematisierenden Belastungen bei den Beschäftigten, wobei in den meisten Fällen physische, psychosoziale und physikalische Bereiche erörtert werden. In themenzentrierten Gesundheitszirkeln werden Ressourcen, Belastungen und Lösungsvorschläge zu bestimmten Themen, wie zum Beispiel Kommunikation oder Ergonomie erörtert. (Slesina in Dietscher et al., 2000)

Ein Gesundheitszirkel hat eine befristete Laufzeit. Die Anzahl und die Dauer der Sitzungen können jedoch variieren. In der Literatur gehen die Meinungen darüber weit auseinander. Zum Beispiel beschreibt Slesina (2000) eine Anzahl von acht bis zwölf Treffen, von jeweils ein bis zwei Stunden (Slesina in Dietscher et al., 2000) und Scharinger eine Anzahl von vier bis fünf Sitzungen, zu jeweils drei Stunden. (Scharinger, 2004)

Um gehaltvolle Ergebnisse zu gewährleisten, ist es sinnvoll für die Gesprächskreise Regeln der Zusammenarbeit aufzustellen:

1. *„Jede/r ist Experte/Expertin, und zwar jede/jeder auf seinem/ihrem Gebiet.*
2. *Jede/r hat die Möglichkeit seine/ihre Meinung frei zu äußern und auszureden.*
3. *Die Sachinhalte der Treffen können nach außen mitgeteilt werden, nicht aber das andere (z. B. emotionale Abläufe).*
4. *Die Meinungen sollen nicht der einzelnen Person angelastet werden.*
5. *Die Diskussion sollte beim Thema bleiben und nicht auf andere Punkte ausufern.*
6. *Abweichende Meinungen sollen begründet werden.*
7. *Nicht alle geäußerten Meinungen und Vorschläge können verwirklicht werden.*
8. *Es geht darum, gemeinsam Vorschläge zu erarbeiten.*
9. *Wer mitarbeitet, sollte regelmäßig teilnehmen. Wenn eine Teilnahme nicht möglich ist, sollte der/die VertreterIn kommen.*
10. *Der/die ModeratorIn nimmt keine inhaltliche Stellung. Er/sie kümmert sich um den Diskussionsablauf.*

11. Die Redebeiträge sollen eine Minute nicht überschreiten.

12. Fremdwörter möglichst vermeiden. Bei Verständigungsschwierigkeiten nachfragen.“

(Slesina in Dietscher et al., 2000, S 56)

### 4.5.3. Gesundheitszirkelmoderation

Die Moderatorin oder der Moderator ist für die Gestaltung der Rahmenbedingungen während eines Zirkels verantwortlich. Sie/er muss dafür sorgen, dass die oben beschriebenen Regeln der Zusammenarbeit eingehalten werden, alle teilnehmenden Personen zu Wort kommen und alle, für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer relevanten Themen, besprochen werden. Eine weitere Aufgabe ist die Dokumentation während eines Zirkels und das Erstellen eines Protokolls im Anschluss. Anforderungen an die Moderation sind eine entsprechende Ausbildung, eine neutrale Haltung, Offenheit und Einfühlungsvermögen sowie die Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Moderatorin oder der Moderator kann extern beauftragt sein oder vom Betrieb entsprechend geschult werden. Welche dieser beiden Möglichkeiten zum Einsatz kommt, hängt vom Projekt ab und wird von der Projektleitung entschieden. In der nachfolgenden Tabelle werden Vor- und Nachteile einer externen und internen Moderation dargestellt:

*Tabelle 1: Vor- und Nachteile von externer und interner Moderation*

	Vorteile	Nachteile
Interne Moderation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebskenntnis</li> <li>• Ständige Erreichbarkeit</li> <li>• Bekanntheit im Betrieb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direkte Abhängigkeit vom Arbeitgeber</li> <li>• Schwierige Position in Konflikten</li> </ul>
Externe Moderation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine direkte Abhängigkeit</li> <li>• Keine Betriebsblindheit</li> <li>• Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Betrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Größerer Koordinationsaufwand bei Terminabstimmungen</li> <li>• Distanz zum Betrieb</li> <li>• Keine Kenntnisse der Arbeitsabläufe</li> </ul>

(Netzwerk BGF)

#### **4.5.4. Aufbau eines Gesundheitszirkels in 8 Schritten**

Im Folgenden wird der Ablauf eines Gesundheitszirkels, in acht Schritten, in Anlehnung an das Skriptum von Mag.<sup>a</sup> Birgit Pichler (2013), für die Ausbildung Gesundheitszirkelmoderation, im Rahmen eines Projektes der Betrieblichen Gesundheitsförderung in einer Krankenanstalt erklärt.

##### 1. Schritt

Zu Beginn gilt es die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu begrüßen, das Projekt vorzustellen und die Regeln der Zusammenarbeit zu erläutern. Ziel ist es, sich untereinander kennen zu lernen und eine Gesprächsbasis zu schaffen. Erwartungen an den Zirkel sollen geklärt werden und Vertrauen zwischen den Mitgliedern und der Moderation soll entstehen.

##### 2. Schritt

Nachfolgend steht das Sammeln von Ressourcen im Vordergrund. Jede Person soll auf ein Kärtchen oder auf ein Flip Chart, Potenziale in der Arbeitswelt schreiben, die einen gesund halten. Die beschriebenen Kärtchen werden, von der Moderatorin oder von dem Moderator, eingesammelt und für alle sichtbar aufgehängt. Ziel ist es, schon zum Start des Gesprächskreises ein positives Klima unter den Mitgliedern zu schaffen.

##### 3. Schritt

In diesem Abschnitt werden Belastungen am Arbeitsplatz abgefragt. Wiederum werden Kärtchen ausgeteilt, die von den Beschäftigten mit krankmachenden Faktoren im Arbeitsleben beschrieben werden sollen. Das Einsammeln der Belastungskärtchen und die Visualisierung erfolgen wiederum durch die Moderation.

##### 4. Schritt

Im vierten Schritt erfolgt die Strukturierung, in der die erstellten Belastungskärtchen zu Themengebieten zusammengefasst werden. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgt ein Clustering der inhaltlich ähnlichen Belastungen in einzelne Gruppen.

##### 5. Schritt

Nach dem Zuordnen der Belastungen in Themengebiete wird ein Ranking, beginnend mit dem wichtigsten Thema, durchgeführt. Wichtig ist zu erwähnen, dass jede der Belastungen behandelt und besprochen wird, zeitlich jedoch die wichtigsten priorisiert und entsprechend umfangreicher abgehandelt werden. Jede Teilnehmerin und jeder

Teilnehmer hat Punkte, an für sie/ihn wichtig erscheinende Themengebiete zu vergeben, aus denen im Anschluss eine Rangliste entsteht.

6. Schritt

Dieser Abschnitt ist der Kern eines Gesundheitszirkels. Die einzelnen körperlichen, psychischen oder sozialen Probleme werden definiert. Im Anschluss werden Auswirkungen und Ursachen ergründet, Lösungsideen oder Verbesserungsideen erarbeitet und gegebenenfalls eine Verantwortliche oder ein Verantwortlicher für die Umsetzung vorgeschlagen. Dies wird in einem Problemanalyseschema schriftlich für die Teilnehmenden visualisiert.

7. Schritt

In diesem Schritt wird die aktive Arbeit mit den Beschäftigten beendet. Alle Ergebnisse werden zusammengefasst und an die Teilnehmenden geschickt, und müssen von allen freigegeben werden, damit diese anschließend an die Führungsebene oder die Steuerungsgruppe präsentiert werden können. Bis zur offiziellen Präsentation der Lösungsvorschläge soll das Erarbeitete geheim gehalten und nicht mit anderen Kolleginnen und Kollegen geteilt werden.

8. Schritt

Zum Abschluss erfolgt die Vorstellung der Resultate aus dem Gesundheitszirkel durch die Moderation, eine Teilnehmerin oder einen Teilnehmer an die Steuerungsgruppe, die für das Stecken der Rahmenbedingungen und die Auswahl der umzusetzenden Maßnahmen verantwortlich ist.

(Pichler, 2013)

## 5. Berufsbild der Physiotherapie

Im folgenden Abschnitt werden das Berufsbild, die Ziele, der Ablauf und die Arbeitsfelder der Physiotherapie erläutert.

### 5.1. Definition des Berufsbildes

Das Bundesministerium für Gesundheit definiert das Berufsbild und den Tätigkeitsbereich Physiotherapie folgendermaßen: „Eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation, insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen, weiters ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.“ (Bundesministerium für Gesundheit)

### 5.2. Ziele der Physiotherapie

Ziele der Physiotherapie sind die Vermeidung von Bewegungsstörungen, die Bekämpfung von Symptomen, das Erhalten und Wiederherstellen von Bewegungsabläufen und das Unterstützen der Patientinnen und Patienten zur Selbstständigkeit, um eine bessere Lebensqualität nach Erkrankungen oder Unfällen zu erreichen. (Physio Austria).

In vielen Fällen liegt die Priorität in der Schmerzreduktion. Außerdem ist eine Verhaltensänderung und das Finden von Strategien - um mit Erkrankungen umgehen zu können - ein Ziel. Ebenso kann die Gesundheitsförderung von Individuen und Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel in der Schule oder in Betrieben ein Ziel der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sein. (Huber, Monnin, Pailex, Boldi-Goetschy & Oggier, 2011)

### 5.3. Der Ablauf einer Physiotherapie

Das Berufsbild beinhaltet eine Diagnose-, Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsphase, in Form des physiotherapeutischen Prozesses. (Physio Austria) In der Diagnosephase erfolgt die physiotherapeutische Befunderhebung. Anschließend wird gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten ein Ziel der Behandlung vereinbart und ein Behandlungsplan wird erstellt. Dann startet die Umsetzung der Therapie. Nach jeder Einheit oder angewandten Technik erfolgt eine Evaluierung des Fortschrittes im Sinne der Erfolgskontrolle.

Folgende Grafik soll den Physiotherapeutischen Prozess erläutern:

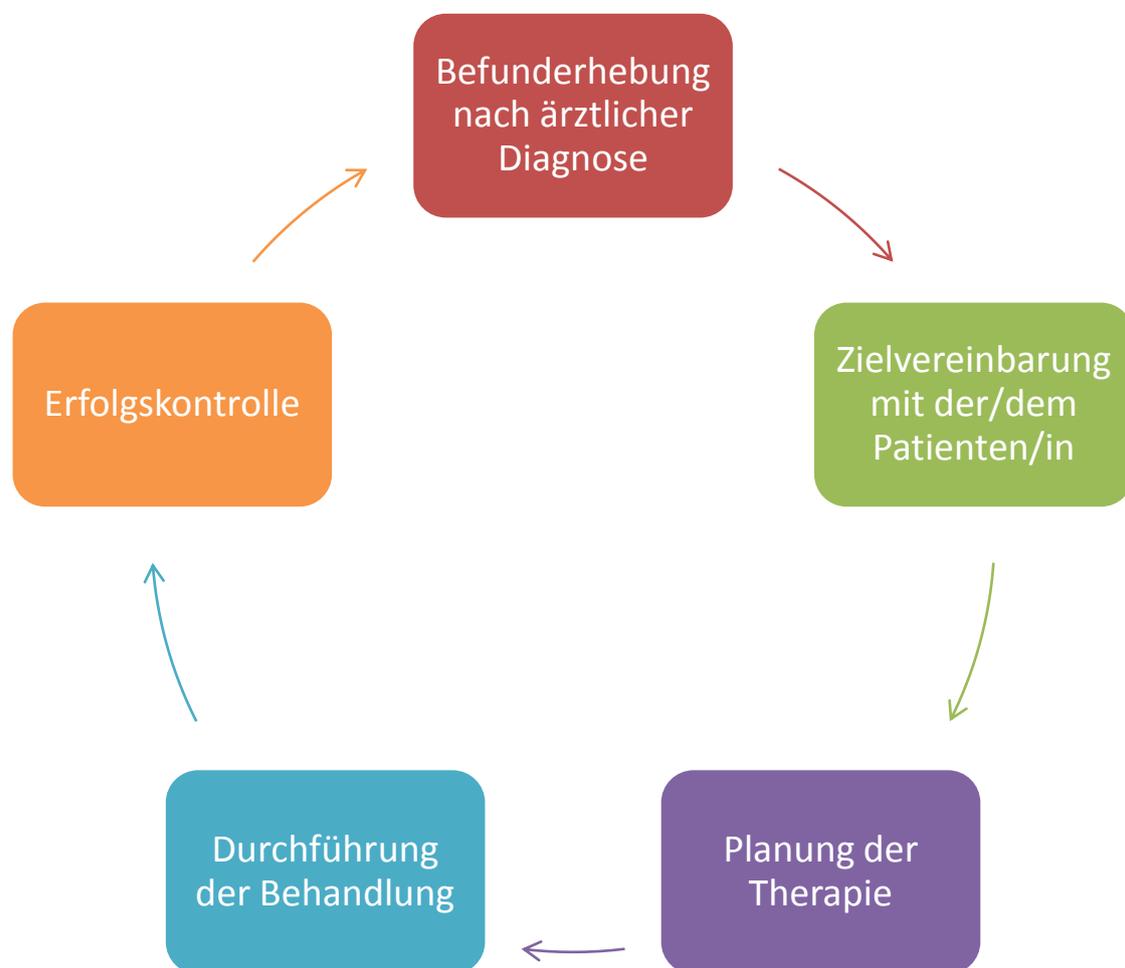


Abbildung 1: Der Physiotherapeutische Prozess (Physio Austria)

## 5.4. Arbeitsfelder in der Physiotherapie

Die Ausübung des Berufes kann freiberuflich, in Krankenanstalten, Tagesabteilungen, Pflegeheimen, Rehabilitationszentren, Kuranstalten, pädagogischen Einrichtungen, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Vorsorge sowie in der wissenschaftlichen Forschung erfolgen. (FH Campus Wien)

Im folgenden Kapitel soll auf die Physiotherapeutische Tätigkeit in Krankenanstalten eingegangen werden, da das Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in einem österreichischen Krankenhaus durchgeführt wurde.

### 5.4.1. Physiotherapie in Krankenanstalten

Krankenhäuser bieten einen Großteil an Arbeitsplätzen für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Die Einsatzbereiche in den Akutspitälern erstrecken sich über viele Fachrichtungen. Hier die wichtigsten Tätigkeitsbereiche als Übersicht:

- Geriatrie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Chirurgie
- Intensivmedizin
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Onkologie
- Innere Medizin
- Traumatologie
- Orthopädie
- Pädiatrie
- Psychiatrie

(Huber et al., 2011)

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten arbeiten direkt auf den Stationen mit den Patientinnen und Patienten. Physiotherapie in Krankenanstalten führt zu einem langfristigen Nutzen und zu einer Verringerung der Krankenhausaufenthaltsstage der Patientinnen und Patienten. Durch eine bessere Funktionalität, einer höheren Mobilität

und einer daraus resultierenden Selbstständigkeit kann Physiotherapie zu einer frühzeitigeren Entlassung führen. (Huber et al., 2011)

## 6. Das Projekt

Im empirischen Teil der Masterthesis werden der Ablauf des Projektes, beginnend mit den Maßnahmen vor dem Start, der Umsetzung des Gesundheitszirkels und der Fokusgruppendifkussion, Vergleich der beiden Ergebnisse und der Erstellung eines Maßnahmenkatalogs, beschrieben. Vorab soll eine grafische Darstellung den ersten Überblick über die Entwicklung geben.

### 6.1. Überblick



3. Teil des  
Gesundheitszirkels

- Problemanalyse - Arbeitsmittel
- Problemanalyse - Theorie versus Praxis
- Problemanalyse - Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Problemanalyse - Pausenraum
- Ausblick, Feedback und Verabschiedung
- Protokoll

Zusammenfassung  
der  
Lösungsvorschläge  
aus dem  
Gesundheitszirkel

- Verbesserung der Kommunikation
- Verbesserung des sozialen Umgangs
- Umgang mit Mehraufgaben
- Beschaffung von notwendigen Arbeitsmitteln
- Annäherung von Theorie und Praxis
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Gestaltung der PausenräumePausenraum

Vorbereitung der  
Präsentation an die  
Führungskräfte

- Information an die Führungsebene
- Beschreibung der Führungskräfte

Präsentation und  
Gruppendiskussion der  
Führungskräfte

- Powerpoint Präsentation
- Gruppendiskussion

Ergebnisse  
Gruppendiskussion

- Kurzfristig umsetzbare Maßnahmen
- Mittelfristig umsetzbare Maßnahmen
- Langfristig umsetzbare Maßnahmen
- Teilweise umsetzbare Maßnahmen
- Nicht umsetzbare Maßnahmen

Vergleich der  
Ansichten der  
beschäftigten mit den  
Ansichten der  
Führungskräfte

- Ansichten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Ansichten der Führungskräfte

Maßnahmenkatalog

- Maßnahmen die bereits umgesetzt wurden
- Maßnahmen die sich in der Umsetzung befinden
- Maßnahmen die umgesetzt werden

---

## 6.2. Vorarbeit

Bevor die Umsetzung des Projektes beginnen konnte, war einiges an Vorarbeit und Organisation nötig. Im folgenden Kapitel wird dies genauer erläutert.

### 6.2.1. Projektinformation an die Führungsebene

Nach der Genehmigung des Exposés der vorliegenden Masterthesis durch den Fonds Gesundes Österreich und der Medizinischen Universität Wien, wurden die zuständigen Führungskräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, in dem für die Durchführung ausgewählten Krankenhaus, über die Idee des Projektes informiert. Das Konzept des Vorhabens wurde schriftlich, als auch mündlich übermittelt. Der Gesundheitszirkel sollte - angelehnt an das Linzer Modell - drei mal zwei Stunden dauern und mit vier bis sechs Therapeutinnen und Therapeuten stattfinden. Im Gesundheitszirkel sollten Ressourcen, Belastungen und Maßnahmvorschläge - um bestehende Belastungen zu vermindern - erarbeitet werden. Im Anschluss sollten die Ergebnisse aus den Gesprächskreisen, von der Verfasserin der Maserthesis, an die Führungsebene präsentiert werden, um in Form einer Gruppendiskussion Rahmenbedingungen abstecken, die Umsetzbarkeit der Lösungsvorschläge prüfen und einen Maßnahmenkatalog entwickeln zu können.

### 6.2.2. Antrag zur Durchführung

Um den Gesprächskreis in der Krankenanstalt mit den Beschäftigten durchführen zu dürfen, wurde ein Antrag mit dem Konzept des Projektes an die dafür zuständige Abteilung geschickt. Nach dem die notwendigen Formulare ausgefüllt waren, wurde das Projekt nach rascher Bearbeitung genehmigt. Mit der positiven Rückmeldung stand dem Start des Projektes nun nichts mehr im Wege.

### 6.2.3. Rekrutierung und Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Vorauswahl der Fachbereiche der mitwirkenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erfolgte in Absprache mit der Führungsebene. Um einen möglichst großen Teil der Krankenanstalt abzudecken und somit ein aussagekräftiges Ergebnis zu erzielen, wurden fünf unterschiedliche Fachbereiche, in dem Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beschäftigt sind, ausgewählt. Die Teams aus den Bereichen

Unfallchirurgie, Intensivmedizin, Neurologie, Interne und Ambulanz wurden per E-Mail über die Veranstaltung des Gesundheitszirkels informiert und zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. Aus allen Bereichen meldete sich jeweils eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter, um bei den Gesprächskreisen mitzuwirken. Vier weibliche Beschäftigte und ein männlicher Beschäftigter bildeten das Gesprächsteam. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zwischen 29 und 52 Jahren alt und verfügten zwischen 5 und 30 Jahren an Berufserfahrung im Krankenhaus.

Eine der Teilnehmerinnen führte ausschließlich Therapien mit ambulanten Patientinnen und Patienten durch. Die Teilnehmerinnen aus den Bereichen Neurologie und Interne Medizin waren ausschließlich für die Behandlung stationär aufgenommener Patientinnen und Patienten aus diesen Bereichen verantwortlich. Die Teilnehmenden aus den Teams der Unfallchirurgie und der Intensivmedizin, führten Therapien sowohl auf den Stationen, als auch in der Ambulanz für physikalische Medizin und Rehabilitation durch.

#### **6.2.4. Zeitliche und räumliche Organisation**

In Absprache mit den Führungskräften und den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden für die Durchführung des Gesundheitszirkels 2 Termine gewählt, die den normalen Arbeitsbetrieb so gering wie möglich beeinflussten und an die freien Tage der Beschäftigten angepasst waren. Zeitlich fanden die Gesprächskreise jeweils mittwochs nach der Mittagspause in den zwei Stunden vor Dienstschluss von 13:30 Uhr bis 15:30 Uhr statt. Da die Zeitressourcen von zwei mal zwei Stunden nicht ausreichten, wurde nach dem zweiten Teil des Gesundheitszirkels ein dritter Termin vereinbart.

Ein geeigneter Raum wurde über die zuständige Sekretärin der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation in der Krankenanstalt reserviert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden einige Wochen vor dem Beginn des ersten Teils des Gesundheitszirkels über Zeitpunkt und Ort der Durchführung per E-Mail informiert.

#### **6.2.5. Materialien**

Der Besprechungsraum, in dem die Gruppendiskussionen stattfanden, war mit einer Pinnwand und mehreren Stühlen ausgestattet. Als Verpflegung während der Veranstaltungen wurden Kaffee, Kuchen und Getränke besorgt. Um den Gesundheitszirkel adäquat durchführen zu können, waren außerdem einige andere Materialien notwendig. Es wurde ein Flip Chart ausbezogen und dafür geeignetes Papier - weißes Packpapier - gekauft. Ein Moderationskoffer inklusive Moderationsmaterialien, wie Kärtchen und Stifte, Klebeband, Pinnwandnadeln und einer Schere wurden von der

Abteilung für Arbeitsmedizin zur Verfügung gestellt. Diese Materialien dienten zur Visualisierung der zu bearbeitenden Themen und der daraus resultierenden Ergebnisse. Um die Resultate des Gesundheitszirkels visuell festzuhalten, wurden die gestalteten Plakate und Pinnwände mit einer Digitalkamera fotodokumentiert.

## **6.3. Erster Teil des Gesundheitszirkels**

Am 19. Februar 2014 fand der erste Teil des Gesundheitszirkels mit den fünf Therapeutinnen und Therapeuten statt. Zu Beginn des zweistündigen Gesprächskreises erfolgte die Begrüßung und die Information über den Hintergrund des Projektes und welche Aufgaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den kommenden Stunden des Gesundheitszirkels erwarteten. Außerdem wurde über die anschließende Vorstellung der Ergebnisse an die Führungsebene und das weitere Vorgehen nach dem Gesundheitszirkel aufgeklärt. Die Resultate sollten den Führungskräften präsentiert werden, die die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Maßnahmen festlegen sollten. Ein weiterer, wichtig zu klärender Punkt war, dass die Umsetzung der gefundenen Maßnahmen im Vorfeld nicht garantiert werden konnte, da keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung standen, es jedoch viele Maßnahmen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung gäbe, die auf kein finanzielles Budget angewiesen waren. Vor dem tatsächlichen Start der Diskussion wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten eine Einverständniserklärung zur digitalen Tonaufnahme des Gesundheitszirkels zu unterschreiben. Die Aufnahmen sollten lediglich als Unterstützung zur besseren Nachvollziehbarkeit bei der Erstellung des Protokolls und des empirischen Teils der Masterthesis herangezogen und anschließend umgehend wieder gelöscht werden. Wie schon im Kapitel 1.4. beschrieben wurde auf eine Transkription des Gesundheitszirkels verzichtet.

### **6.3.1. Begrüßung**

Zu Beginn des ersten Teiles des Gesundheitszirkels wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer seitens der Moderatorin begrüßt. Nach der Vorstellung der Moderatorin sollten sich auch die beteiligten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten untereinander kennenlernen, da die Krankenanstalt sehr viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfasst und sich nicht alle untereinander kennen und um eine gute Gesprächsbasis zu schaffen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten sich mit dem Namen, dem der klinischen

Abteilung in der sie beschäftigt waren und mit der Dauer des Arbeitsverhältnisses in dem Krankenhaus vor.

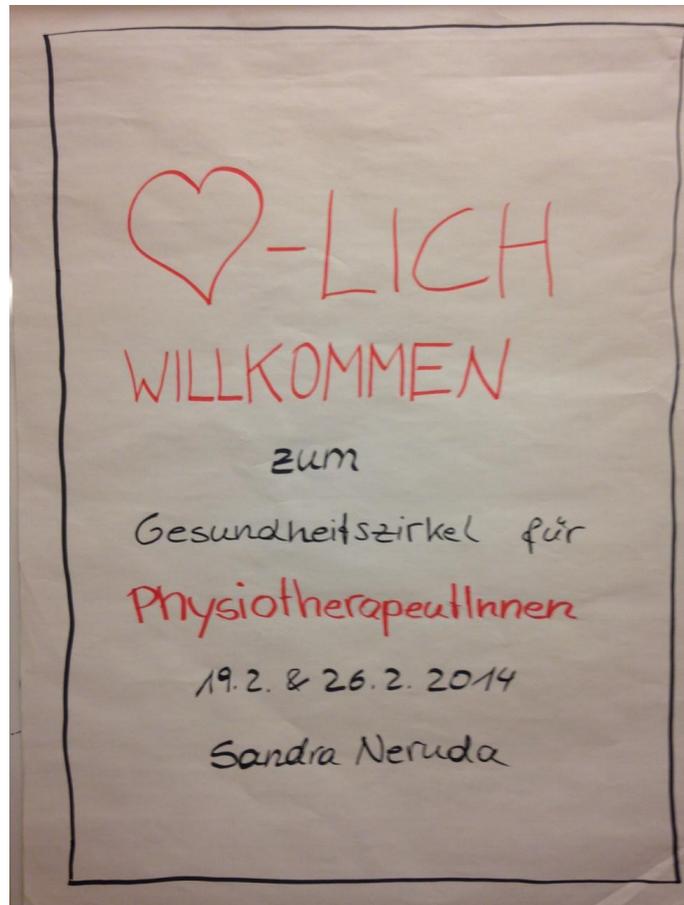


Abbildung 2: Begrüßung zum 1. Teil des Gesundheitszirkels

### 6.3.2. Vorstellung des Projekts

In einem weiteren Schritt wurden die Teilnehmenden für das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisiert und ihnen wurde das Instrument Gesundheitszirkel erklärt. Außerdem wurde das weitere Vorgehen nach den einzelnen Teilen des Gesundheitszirkels und nach Abschluss des gesamten Gesprächskreises erläutert. Sie wurden darüber informiert, dass sie nach jedem Teil ein Protokoll erhalten werden, das sie der Moderatorin frei geben mussten, bevor die Ergebnisse an die Führungsebene weitergeleitet werden. Nach der Präsentation an die Führungskräfte sollte im Rahmen der Masterthesis ein Maßnahmenkatalog für umsetzbare Lösungsvorschläge zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Verringerung der Belastungen an den betroffenen Arbeitsplätzen entwickelt werden.

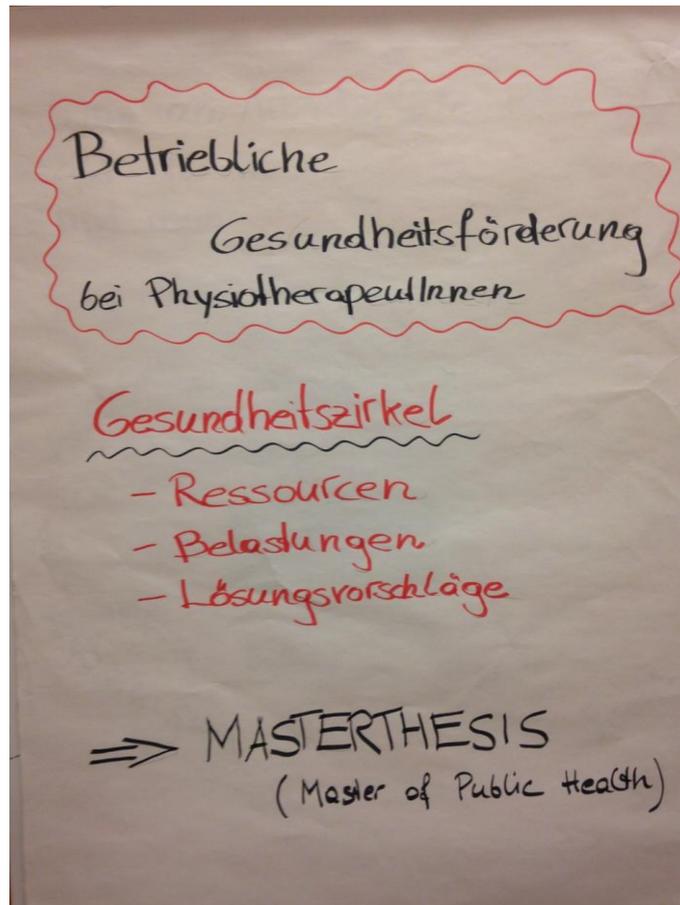


Abbildung 3: Überblick über den Gesundheitszirkel

### 6.3.3. Spielregeln

Bevor die aktive Teilnahme der Diskussionsrunde startete, wurden noch einige „Spielregeln“ zum Beschreiben der Kärtchen mit Belastungen am Arbeitsplatz definiert. Es sollte auf jedes Kärtchen nur eine Aussage bzw. eine Belastung in Druckbuchstaben geschrieben werden. Außerdem sollte - zur besseren Lesbarkeit - eine Formulierung nicht mehr als drei Zeilen und sieben Wörter beinhalten. Es wurde darauf hingewiesen, dass es sich um keinen Rechtschreibwettbewerb handelt und daher Fehler auf den Kärtchen keine Rolle spielen. Jeder Teilnehmende sollte das Recht haben, seine Meinung frei zu äußern ohne unterbrochen zu werden. Sachinhalte durften zwischen den Einheiten weitergegeben werden. Das „Emotionale“ sollte ausgespart bleiben.

### 6.3.4. Ressourcen

Zu Beginn waren die Beschäftigten aufgefordert über Gesundheitsressourcen nachzudenken. Folgende Frage wurde gestellt:

„Was am Arbeitsplatz ist gut für meine Gesundheit und mein Wohlbefinden?“

Mit Hilfe eines Brainstormings wurden alle Antworten auf einem Flip-Chart festgehalten.

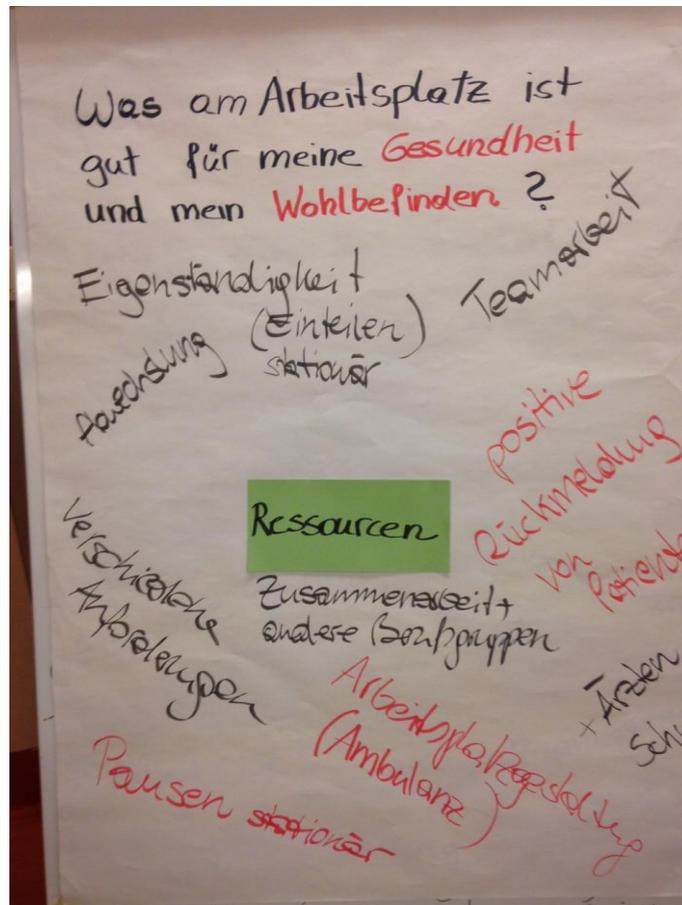


Abbildung 4: Gesundheitsressourcen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten am Arbeitsplatz

Folgende Ressourcen wurden genannt:

#### 6.3.4.1. Teamarbeit

Für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in einem Krankenhaus steht Teamarbeit im Vordergrund, da man sich untereinander den Tagesablauf organisieren muss und in einigen Fällen auch gemeinsam mit einer Patientin oder einem Patienten arbeitet. Dies wurde von den Teilnehmenden als positiv und als gesundheitsförderlich gewertet.

#### 6.3.4.2. Eigenständiges Arbeiten auf den Stationen

Die Tagesabläufe bei der stationären physiotherapeutischen Tätigkeit bieten viele Freiheiten, da die Einteilung der Patientinnen und Patienten nicht strikt vorgegeben ist, und der Tag in Absprache mit anderen, auf den Stationen arbeitenden, Berufsgruppen

selbst strukturiert werden kann. Dies wird von den Teilnehmenden als gesundheitsförderlich gesehen.

#### **6.3.4.3. Verschiedene und abwechslungsreiche Anforderungen**

Als positive Faktoren werden gewertet, dass keine Patientinnen oder Patienten untereinander vergleichbar sind, deshalb gestalten sich die Therapien immer unterschiedlich. Außerdem bietet ein Arbeitstag in der Krankenanstalt mehrere verschiedene Aufgabenbereiche, neben den therapeutischen Aktivitäten, wie zum Beispiel Besprechungen in den einzelnen Teams, organisatorische Tätigkeiten rund um Patientinnen und Patienten, die Teilnahme an innerbetrieblichen Fortbildungen und vieles mehr.

#### **6.3.4.4. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor allem mit dem Krankenpflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten wird als Ressource genannt. Interessant ist jedoch, dass die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen auch als Belastung am Arbeitsplatz empfunden wird. Dies wird im Kapitel 6.5.3. genauer erläutert.

#### **6.3.4.5. Positive Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten**

Die Anerkennung und Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten, während der Therapieserie und nach Abschluss der Einheiten, wird als eindeutige Ressource genannt, die das Wohlbefinden und vor allem die Arbeitsmotivation steigern.

#### **6.3.4.6. Positive Rückmeldung von Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten**

Ein positives Feedback von anderen Berufsgruppen ist zwar selten, wird jedoch, wenn es ausgesprochen wird als eindeutiger Faktor zur Steigerung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz empfunden.

#### **6.3.4.7. Arbeitsplatzgestaltung im ambulanten Bereich**

Die Gestaltung des Therapieplatzes im ambulanten Bereich kann sehr individuell stattfinden. Es stehen verschiedene Therapiemittel und meistens auch ausreichend Platz zur Verfügung um den Arbeitsplatz nach den Anforderungen der Patientinnen und Patienten anzupassen.

#### **6.3.4.8. Pauseneinteilung im stationären Bereich**

Im stationären Bereich sind die Arbeitsabläufe in Absprache mit anderen Berufsgruppen individuell zu gestalten. Daher können auch die Zeitpunkte der Pausen, sofern es von den zu absolvierenden Therapien möglich ist, frei gewählt werden. Dies wird als positiv gewertet, jedoch kommt es auch vor, dass bei einer hohen Zahl an zu behandelnden

Patientinnen und Patienten im stationären Bereich keine oder nur sehr kurze Pausen stattfinden können.

### 6.3.5. Belastungen

Um herauszufinden welche Punkte für die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten am Arbeitsplatz in der Krankenanstalt belastend wirkt, wurde folgende Frage gestellt:

„Was am Arbeitsplatz beeinträchtigt meine Gesundheit und mein Wohlbefinden?“

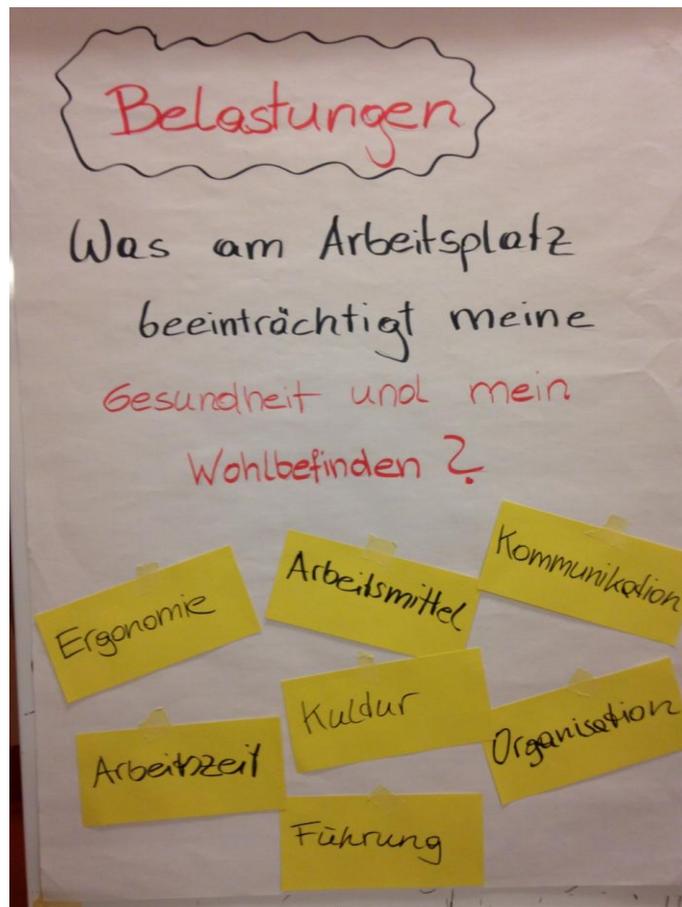


Abbildung 5: Frage nach den Belastungen am Arbeitsplatz

Als Anregung für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden einige Bereiche der möglichen Belastungen in Organisationskulturen visualisiert. Es wurden bunte Kärtchen zur Verfügung gestellt, auf denen notiert werden sollte, was für sie am Arbeitsplatz belastend war. Die Teilnehmenden hatten dafür ca. 15 Minuten Zeit und sollten nach den in Kapitel 6.3.3. genannten „Spielregeln“ vorgehen.

Die Kärtchen wurden von der Moderatorin eingesammelt und durchgemischt. Anschließend wurden diese mit Nadeln an einer Pinnwand angebracht, um die gefundenen Belastungen für alle sichtbar zu machen. Um mehr Struktur zu schaffen wurden die Begriffe in Subgruppen geclustert.

### 6.3.6. Clustering der Belastungen

Ziel des Clustering war es, die erhobenen Belastungen zu ordnen und nach Möglichkeit Sammelbegriffe oder Überschriften zu finden. Die Teilnehmenden wurden aufgefordert alle ähnlichen Belastungen zusammenzufassen und anschließend geeignete Überbegriffe zu definieren. Folgende Überbegriffe und Belastungen wurden gefunden:



Abbildung 6: Belastungen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten am Arbeitsplatz

#### 6.3.6.1. Kommunikation

- Fehlende Kommunikation aufgrund fehlender Bereitschaft und Willen der Beschäftigten
- Durch Zeitdruck zu wenig Kommunikation
- Zu wenig Zeit für Kommunikation mit der/dem Vorgesetzten

#### 6.3.6.2. „Zwischenmenschliches“

- Gedankenlose bzw. schlampige Kolleginnen und Kollegen

- Egoismen von Kolleginnen und Kollegen (Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Mitglieder anderer Berufsgruppen)
- Persönliche Befindlichkeiten, die in der Arbeit nichts zu suchen haben (Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Mitglieder anderer Berufsgruppen)
- Zu wenig Flexibilität von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Mitglieder anderer Berufsgruppen
- Schwierigkeiten bei gerechter Urlaubseinteilung (längere Urlaube)

#### **6.3.6.3. Mehraufgaben**

- Zu viele organisatorische Aufgaben
- Zu viele nebenbei zu erledigende Aufgaben
- Studierendenbetreuung
- Fehlende Zwischenzeiten um Mehraufgaben zu erledigen
- Aufwand mit Mehraufgaben ist nicht anerkannt

#### **6.3.6.4. Arbeitsmittel**

- Zu wenig Arbeitsmittel, besonders im stationären Bereich
- Kaputte Arbeitsmittel
- Zu alte Arbeitsmittel
- Fehlende Arbeitsmittel, um körperliche Belastung zu reduzieren, die besonders bei Patientinnen und Patienten mit hohem Körpergewicht auftreten
- Aufgrund räumlicher Gegebenheiten ist Ergonomie nicht möglich

#### **6.3.6.5. Theorie versus Praxis**

- Neuer Dienstplan
- Wenig Flexibilität bei spontaner Urlaubseinteilung
- Es wird an alten Regeln festgehalten, statt neue zu definieren (bei Behandlungsmöglichkeiten)

### 6.3.6.6. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

### 6.3.6.7. Pausenraum

## 6.3.7. Rangordnung

Im nächsten Schritt sollten die Themen priorisiert werden. Wichtig zu erwähnen ist, dass trotz des Ordners nach Wichtigkeit in dem Gesundheitszirkel alle Belastungen besprochen und erörtert werden sollten und dies ausschließlich dazu diente eine Reihenfolge und Gewichtung der zu behandelten Belastungen zu definieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen je drei rote Klebepunkte, die sie beliebig an die gefundenen Belastungen aufteilen konnten. Auch Doppelbewertungen wurden akzeptiert. Folgende Rangliste wurde erstellt:

Tabelle 2: Rangordnung der Belastungen

Rang	Belastung	Punkte
1.	Kommunikation	5
2.	Mehraufgaben	3
2.	Zwischenmenschliches	3
2.	Arbeitsmittel	3
3.	Theorie versus Praxis	1
4.	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	0
5.	Pausenraum	0

## 6.3.8. Problemanalyse – Kommunikation 1

Das Problemanalyseschema stellt wie in Kapitel 4.5.4. schon beschrieben den Kern des Gesundheitszirkels da. In diesem Abschnitt waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, die bereits gefundenen körperlichen, psychischen oder sozialen Belastungen am Arbeitsplatz zu analysieren. Es sollten ihre Auswirkungen und Ursachen ergründet sowie mögliche Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Eine Ansprechperson, die für die Umsetzung verantwortlich ist, sollte vorgeschlagen werden und mögliche Auswirkungen auf Alter und Geschlecht der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten genannt werden. Die definierten Probleme wurden in der Reihenfolge der Rangordnung

bearbeitet. Die Analyse wurde, in Form einer Tabelle, auf einem weißen Packpapier an der Pinnwand visualisiert.

#### **6.3.8.1. Fehlende Kommunikation aufgrund von Mangel an Bereitschaft und Willen der Beschäftigten**

Das Thema Kommunikation bzw. fehlende Kommunikation wurde mit 5 Punkten von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf den ersten Platz gelistet und wurde deshalb als erstes behandelt.

Dieses Thema wurde wiederum in drei Untergruppen gegliedert. Zum einen ging es den Teilnehmenden um das Thema mangelnde Kommunikation aufgrund fehlender Bereitschaft und fehlendem Willen der Beschäftigten und zum anderen um zu wenig Kommunikation aus zeitlichen Gründen unter den Kolleginnen und Kollegen sowie zwischen der Belegschaft und der Führungsebene.

Der zweite und dritte Punkt wird jedoch erst in Kapitel 6.4.1. beschrieben, da diese Problemstellung erst im zweiten Teil des Gesundheitszirkels erarbeitet wurde.

Als Auswirkungen auf fehlende Kommunikation am Arbeitsplatz in der Krankenanstalt wurden Fehler, Missverständnisse, Konflikte, vermehrter Stress und Gefährdung der Patientinnen und Patienten, sowie Therapeutinnen und Therapeuten genannt.

Damit waren Fehler in der Behandlung der Patientinnen und Patienten gemeint, die in manchen Fällen sogar zu deren Gefährdung führen können. Außerdem entstehen durch fehlende Kommunikation Missverständnisse und Konflikte zwischen den Beschäftigten. Dieser Umstand kann wiederum zu erhöhtem Stress führen. Ein weitere wichtige Auswirkung waren der Nachteil bzw. die Gefährdung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten selbst. Als Beispiel wurde genannt, wenn Infektionen von Patientinnen und Patienten nicht kommuniziert werden und der Behandelnde sich daher nicht entsprechend schützen kann.

Als Ursachen zur fehlenden Kommunikation wurden persönliche und äußere Faktoren genannt. Zu den persönlichen Ursachen zählen Ignoranz, Desinteresse, Faulheit, Egoismus und fehlende Bereitschaft zu kommunizieren. Außerdem ist eine weitere Ursache, dass nicht allen Kolleginnen und Kollegen die Wichtigkeit der Kommunikation bewusst ist. Zu den äußeren Faktoren nannten die Teilnehmenden Zeitdruck, die Software zur Bestätigung und Dokumentation der Patientinnen und Patienten sowie digitale Medien, wie zum Beispiel das eigene Smartphone, das die verbale Kommunikation unter den Kolleginnen und Kollegen herabsetzt.

Der Kern des Problemanalyseschemas ist geeignete Lösungsvorschläge zu finden, um die definierten Belastungen zu vermindern.

Insgesamt schlugen die Teilnehmenden fünf Lösungen vor, um die Auswirkungen der fehlenden Kommunikation, wie Stress, Konflikte und falsche Behandlungen zu vermeiden.

Der erste Vorschlag waren tägliche geplante Kurzbesprechungen mit dem Pflegepersonal zur Übergabe der relevanten Informationen der zur Therapie zugewiesenen Patientinnen und Patienten. Diese sollten je nach Situation zwischen fünf und zehn Minuten dauern. Als verantwortliche Personen für die Umsetzung definierten sie sich selbst, um die Besprechungen mit den Pflegekräften zu vereinbaren.

Der zweite Vorschlag bzw. Wunsch der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten war es eine extra Kommunikations- oder Besprechungszeit in den einzelnen Therapeutinnen- und Therapeutenteams einzuführen, die einmal pro Woche für eine halbe Stunde stattfinden sollte. Als Ansprechpersonen wurden die direkten Führungskräfte genannt, da solche Besprechungen in der eigentlichen Therapiezeit stattfinden müssten und somit eine Behandlung pro Woche ausfallen würde. Die weitere Verantwortung sahen die Teilnehmenden wiederum bei sich selbst, da diese die zur Verfügung gestellte Kommunikationszeit auch sinnvoll nutzen müssten.

Der dritte Lösungsvorschlag waren Schulungen der rechtlichen Grundlagen für alle Beschäftigten und Schulungen bestimmter Therapieabläufe. Genannt wurde unter anderem das Mobilisieren der Patientinnen und Patienten post operativ mit gelegten Drainagen nur bis zur Toilette und retour. Die Schulungen sollten dazu dienen, solche Abläufe in allen Bereichen einheitlich zu gestalten. Für die Organisation der Schulungen wäre die Führungsebene und für die zu schulenden Themen wären die Beschäftigten selbst verantwortlich.

Eine weitere Idee war die Adaptierung der Einschulungsmappe zum Thema Kommunikation, um dessen Wichtigkeit und Pflicht schon zu Arbeitsbeginn hervorzuheben. Verantwortlich für die Ergänzungen wären die Führungspersonen.

Außerdem wurde der Vorschlag entwickelt eine Datenbank für fachliche Fragen zu erstellen. Da es im Krankenhaus sehr viele verschiedene Fachbereiche gibt, die unterschiedliche sehr spezielle Fertigkeiten und Kenntnisse erfordern, wäre es sinnvoll eine Datenbank mit der Erreichbarkeit und bestimmter Kenntnisse einzelner Personen zur Verfügung zu haben, um sich im gegebenen Fall Unterstützung einholen zu können. Als Beispiel wurde die Verwendung von Motorschienen zum passiven Durchbewegen der unteren Extremitäten, die vorwiegend auf den orthopädischen und traumatologischen

Stationen zum Einsatz kommen, aber in Einzelfällen auch in anderen Fachbereichen benötigt werden, genannt. Verantwortlich für die Umsetzung wären Führungskräfte, um die geeignete Software zur Verfügung zu stellen und diese zu verwalten, sowie die Beschäftigten selbst, um Zuständigkeitslisten zu entwerfen.

Es wurden keine Auswirkungen auf das Alter und das Geschlecht der Angestellten genannt, jedoch sind die Anzahl der Dienstjahre und somit indirekt das Alter und die Arbeitserfahrung im Krankenhaus ausschlaggebend für das Vorwissen zu bestimmten fachliche Themen und der organisatorischen Fertigkeiten.

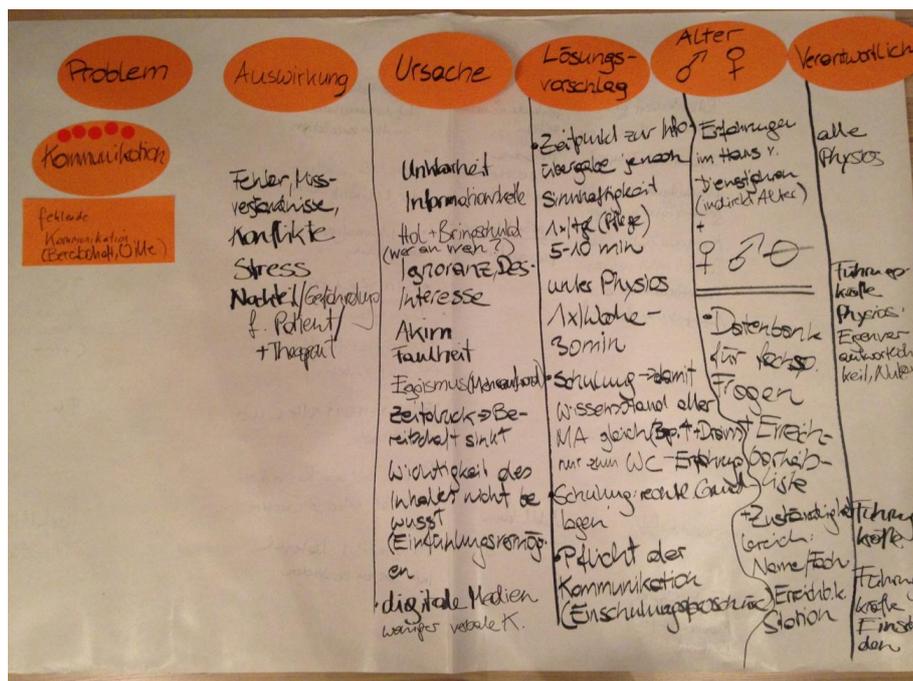


Abbildung 7: Problemanalyseschema – Kommunikation 1

### 6.3.9. Ausblick und Feedback

Im Anschluss an die Problemanalyse zum Thema Kommunikation wurden Inhalte von der Moderatorin kurz zusammengefasst und ein Ausblick auf das nächste Treffen gegeben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit ein Feedback abzugeben, bevor der erste Gesprächskreis beendet wurde.

#### 6.3.9.1. Protokoll

Nach dem ersten Teil des Gesundheitszirkels wurde von der Moderatorin ein Protokoll über den Inhalt der Diskussion verfasst und an alle fünf Teilnehmenden per E-Mail verschickt. Diese sollten die Inhalte auf ihre Richtigkeit überprüfen und für eine spätere Weitergabe an die Führungsebene freigeben. Es wurde darauf hingewiesen, dass

Themen, die nicht an die Führungskräfte weitergegeben werden sollen, aus den Aufzeichnungen entfernt werden können.

## 6.4. 2. Teil des Gesundheitszirkels

Am 26. 2. 2014 fand der zweite Teil des Gesundheitszirkels statt. Bevor die, von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten definierten Belastungen, analysiert wurden, erfolgte ein kurzer Ausblick über die noch zu behandelnden Themen. Ausständige Punkte waren fehlende Kommunikation unter den Kolleginnen und Kollegen sowie den Führungskräften, Mehraufgaben, „Zwischenmenschliches“, Arbeitsmittel, Theorie versus Praxis, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und das Thema Pausenraum.

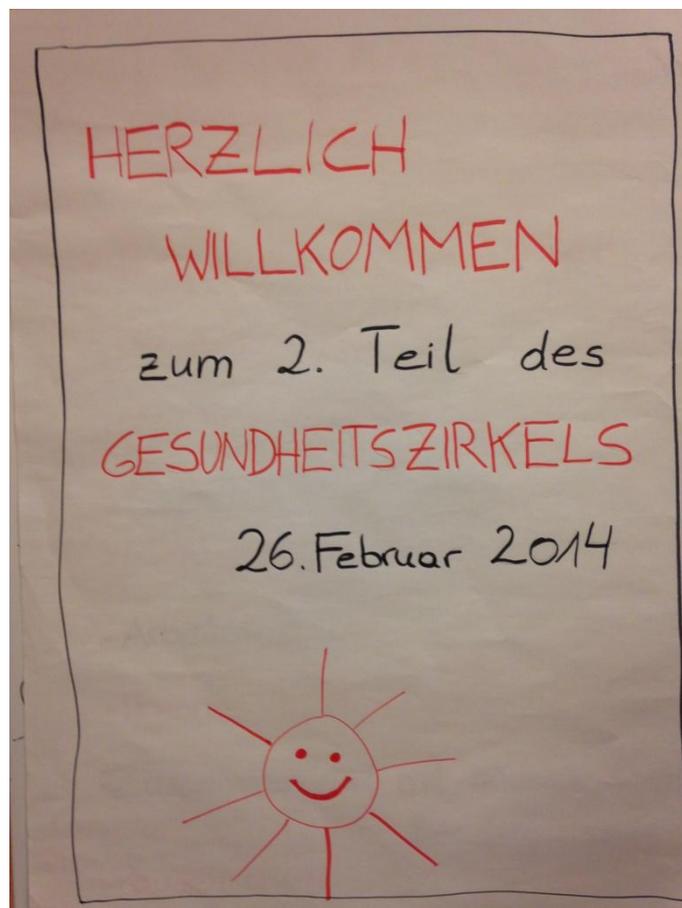


Abbildung 8: Begrüßung zum 2. Teil des Gesundheitszirkels

Wie schon im ersten Teil des Gesundheitszirkels wurden Auswirkungen, Ursachen, Lösungsvorschläge und verantwortliche Personen der bereits definierten Belastungen mit dem Problemanalyseschema erarbeitet. Nachdem das Thema Kommunikation in der

ersten Einheit nicht vollständig behandelt werden konnte, startete die zweite Einheit wiederum mit diesem.

### 6.4.1. Problemanalyse – Kommunikation 2

Beim Thema Kommunikation waren noch zwei Bereiche zu analysieren. Zum einen die aus Zeitgründen fehlende Kommunikation unter den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und zum anderen die aus Zeitdruck fehlende Kommunikation mit den Vorgesetzten.

#### 6.4.1.1. Fehlende Kommunikation unter den Beschäftigten aufgrund von Zeitdruck

Problem	Auswirkung	Ursache	Lösungsvorschlag	Alter ♂ ♀	Verantwortlich
<b>Kommunikation</b>	Fehleranfälligkeit Missverständnisse Zuständigkeit nicht klar Verwirrung wer für was verantwortlich zu wenig Zusammen- arbeit mit anderen Bereichen	Druck von oben → nur Zeit am Polster zeit Man konnt sich untereinander nicht gemeinshamei	*Kommunikationszeit im Akten übergeben Einschaltung des Kommunikations- Bereichen Neuwachstfeier Teilen/Treffen wites dem "sicher/ Stammkreis Fotos auidrucken (Pinwand)		FK Klinik Physios Physios
Schwierigkeiten rund um KOMMUNIKATION zu wenig Zeit für Kommunikation mit Führungspersonal DURCH ZEITMANGEL ZU WENIG KOMMUNIKATION	Getäuscht auf- sehen (Verbes- serung/Konsequenz) Unzufriedenheit d. MA Anliegen der MA reduziert in Teamgespr. + z.B. Sprechstunde	Zeitdruck der FK Vertretung d. FK → keine Zeit für eigentliche Aufgaben	*Agenda list einige Tage vor Besprechung schicken (MA → FK) Info an MA bei Abwesenheit von FK, Klinikleitung über Abwesenheiten/keine Gründe		Physios FK

Abbildung 9: Problemanalyseschema – Kommunikation 2

Als Auswirkungen wurden wiederum erhöhte Fehlerfrequenz und Missverständnisse bzw. Konflikte zwischen Kolleginnen und Kollegen genannt. Außerdem ist in vielen Fällen dadurch die Zuständigkeit diverser Aufgaben nicht geklärt. Besonders wurde dabei auf die Zusammenarbeit mit dem Verwaltungspersonal in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation genannt. Aufgrund der mangelnden Kommunikation konnte nicht geklärt werden, ob das Verwaltungspersonal oder die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten selbst für die Absagen von Therapien verantwortlich waren. Als Auswirkung aus zeitlichen Gründen wurde auch zu wenig Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bzw. Therapeutinnen und Therapeuten aus anderen Fachbereichen genannt. Die Größe des Krankenhauses und die geringe Kommunikation bedingt durch

die zeitlichen Vorgaben wurden als Gründe genannt, außerdem wurde erwähnt, dass sich die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten untereinander zu wenig kennen, um intensiver zu kommunizieren und öfter zusammenzuarbeiten.

Als Ursache wurde vor allem der Druck durch die höhere Führungsebene genannt, da in der Zeitabrechnung ausschließlich die Behandlungszeiten an Patientinnen und Patienten im Computersystem abzubuchen sind und Nebenzeiten nicht gewertet werden.

Als eine der Lösungsideen wurden wiederum, wie im ersten Teil des Gesundheitszirkels, zusätzliche Kommunikationszeiten in den einzelnen Teams, von 30 Minuten pro Woche, vorgeschlagen.

Als einen weiteren Lösungsansatz, um die Nebenzeiten sichtbar zu machen, wurde die Möglichkeit diese Zeiten durch eine Abbuchung im Computersystem zu erfassen, genannt. Für die Umsetzungsverantwortlichkeit wurden in beiden Fällen die Führungskräfte genannt, die die Maßnahmen in die Wege leiten sollten. Dazu gehört auch die Einbindung der höheren Führungsebenen und nach Bewilligung die Beauftragung der EDV-Abteilung mit der Realisierung.

Ein weiteres Anliegen der Teilnehmenden war, dass es jedes Jahr eine abteilungsinterne Weihnachtsfeier geben soll. Aus Gründen, die in dieser Arbeit nicht erwähnt werden sollen, fand im letzten Jahr keine entsprechende Feier statt. Dieser Umstand sorgte für Missstimmung unter den Beschäftigten. Der Grund für die Missstimmung war nicht der Umstand, dass es keine Weihnachtsfeier gegeben hatte, sondern die fehlende Information über dessen Hintergründe. Die Verantwortlichkeit für die Organisation einer Weihnachtsfeier bzw. für die Weitergabe der Informationen, aus welchen Gründen keine stattfinden konnte, lag nicht bei den Führungskräften der Therapeutinnen und Therapeuten, sondern bei der Leitung der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Eine weitere Möglichkeit, um die Kommunikation zu steigern bzw. Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bereichen besser kennenzulernen, wäre die Einführung eines „Stammtisches“ in regelmäßigen Abständen, wobei schon während der Diskussion über das Interesse an der Teilnahme gezweifelt wurde. Umsetzungsverantwortlich wären die Beschäftigten selbst.

Um eine bessere Übersicht über alle Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu bekommen, wären Fotowände mit allen Beschäftigten der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation sinnvoll. Da es diese in einigen Teams bereits gibt, sollte dort eine regelmäßige Aktualisierung der Fotos erfolgen. Zusätzlich wären für Außenstehende

diese Fotowände eine aussagekräftige Visitenkarte der Abteilung. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen nannten die Teilnehmenden die einzelnen Physiotherapie-Teams selbst.

Es werden keine Informationen zum Alter und zum Geschlecht der Angestellten gegeben.

#### **6.4.1.2. Zu wenig Zeit für die Kommunikation zwischen den Beschäftigten und der Führungsebene**

Durch den zeitbedingten Kommunikationsmangel zwischen den Beschäftigten und den Führungskräften, haben die Therapeutinnen und Therapeuten nicht ausreichend Möglichkeit ihre Anliegen, Wünsche und Ideen mitzuteilen. Somit entsteht Unzufriedenheit unter den Angestellten. Außerdem entstehen - laut den Teilnehmenden des Gesundheitszirkels - immer wieder Gerüchte über Vertragsverlängerungen, Kündigungen usw., die bei einem besseren Informationsfluss von der Führungsebene zu den Beschäftigten, verhindert werden könnten.

Als Ursache wurde vor allem der Zeitdruck der Führungskräfte genannt. Dieser wird durch Vertretungsaufgaben - wie zum Beispiel bei längeren Krankenständen und Urlauben - noch erhöht und die Zeit für die eigentlichen Führungsaufgaben wird verkürzt. Ein zweiter Punkt, der für den Kommunikationsmangel verantwortlich sein könnte, ist die mangelnde Offenheit der Führungskräfte bezogen auf Vertragsverlängerungen der Beschäftigten.

Als Lösungsvorschläge wurde das Verschicken von Agenden für die monatlichen Dienstbesprechungen zwischen den Beschäftigten und den Vorgesetzten, jeweils einige Tage davor, genannt. Für die Umsetzung dieser Verbesserungsvorschläge wären die Physiotherapie-Teams selbst verantwortlich.

Ein Anliegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war außerdem über Abwesenheiten (wie Krankenstände,...) von Führungskräften und der ärztlichen Leitung informiert zu werden. Zeitdruck der Führungspersonen wäre für die Beschäftigten dadurch erklärbarer. Gründe dafür müssten natürlich nicht bekanntgegeben werden. Die Verantwortlichkeit sehen die Teilnehmenden bei der Führungsebene, um über Absenzen zu informieren bzw. die ärztliche Leitung über Weitergabe solcher Informationen zu bitten.

Auswirkungen auf das Alter sowie das Geschlecht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden keine angegeben.

## 6.4.2. Problemanalyse - „Zwischenmenschliches“

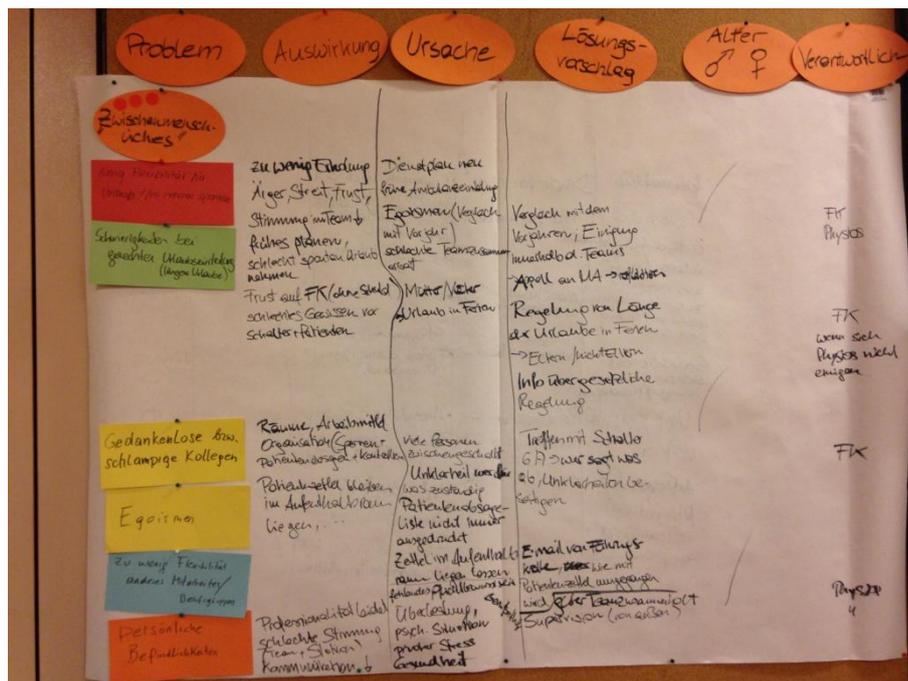


Abbildung 10: Problemanalyseschema - Zwischenmenschliches

Dieses Thema war für alle Teilnehmenden des Gesundheitszirkels ein sehr emotionales. Vorwiegend wurden in diesem Zusammenhang die Themen gerechte Urlaubseinteilung, gedankenlose und schlampige Kolleginnen und Kollegen sowie persönliche Befindlichkeiten der einzelnen behandelt.

### 6.4.2.1. „Zwischenmenschliche“ Probleme bei der Urlaubseinteilung

Immer wieder kommt es zu Schwierigkeiten bei der gerechten Urlaubseinteilung und in diesem Zusammenhang gibt es zu wenig Flexibilität von einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Als Auswirkungen wurde genannt, dass es zu wenig Erholungsphasen gibt und, dass vor allem das Planen der Urlaube schon sehr früh erfolgen müsse und somit keine spontanen Urlaube stattfinden könnten. Dies führt zu Ärger sowie zu Streit unter den Kolleginnen und Kollegen. Außerdem kommt es in manchen Fällen zu Frust gegenüber den Führungspersonen. Ein weiterer Punkt ist das schlechte Gewissen gegenüber dem Verwaltungspersonal, das bei spontaner Urlaubsplanung einen Mehraufwand durch das Absagen der Patientinnen und Patienten hat.

Für die ungerechte Einteilung der Urlaube wurden Egoismen mancher Kolleginnen und Kollegen, schlechte Teamzusammenarbeit und die Rigidität der Beschäftigten mit Kindern, da diese ausschließlich in den Schulferien ihre Urlaube beanspruchen, als Ursachen

angegeben. Außerdem wurden das sehr frühe Einteilen der Urlaube aufgrund von ambulanter Therapieeinteilung und des neuen Dienstplanes als Ursache für die fehlende Flexibilität in der Urlaubsplanung angegeben.

Schwierigkeiten bei der Aufteilung gibt es in den meisten Fällen vor allem rund um die Weihnachtsfeiertage, bei Fenstertagen, sowie in den Monaten Juli und August. Ein Vorschlag - um die Urlaubsaufteilung gerechter zu gestalten - war der Vergleich der konsumierten Urlaube aus den Vorjahren und eine Berücksichtigung dieser bei der Aufteilung des aktuellen Jahres. Der Idealfall wäre, wenn diese Maßnahme von den Physiotherapie-Teams selbst umgesetzt wird. Es ist jedoch Führungsaufgabe, wenn es zu keiner zufriedenstellenden Einigung unter den Beteiligten kommt, zu intervenieren, um Demotivation unter den Betroffenen zu vermeiden.

Deshalb wünschten sich die Teilnehmenden des Gesundheitszirkels einen Appell der Führungskräfte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Dienstbesprechung, dass jede/jeder ihre/seine Urlaubswünsche reflektieren soll und nicht immer nur die eigenen Egoismen voranzustellen. Interessant wäre außerdem, ob es eine Regelung zur Länge der Urlaube von Beschäftigten mit schulpflichtigen Kindern und kinderlosen Beschäftigten gibt. Ansonsten soll versucht werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst eine interne Regelung dafür zu finden. Sollten sich die Beschäftigten untereinander nicht einigen, ist ein Eingreifen der Vorgesetzten wiederum erwünscht. Für den Appell in den Dienstbesprechungen, sowie für die Informationsweitergabe der gesetzlichen Regelungen über den Urlaubsanspruch in den Schulferien, ist das Führungspersonal verantwortlich, da die Urlaube wohl von den Beschäftigten untereinander koordiniert werden können, jedoch rechtlich bindend mit dem Dienstgeber vereinbart werden müssen.

Auswirkungen auf das Alter und das Geschlecht der Beschäftigten sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht.

#### **6.4.2.2. Gedankenlose und schlampige Kolleginnen und Kollegen**

Ein weiteres Problem, das in die Kategorie „Zwischenmenschliches“ eingeordnet wurde, sind Egoismen sowie gedankenlose und schlampige Kolleginnen und Kollegen.

Unter anderem wirken sich diese Punkte in Unordnung in den Therapieräumen, den Aufenthaltsräumen und den Arbeits- bzw. Therapiemitteln aus. Tagespläne mit den Namen der Patientinnen und Patienten werden in den Aufenthaltsräumen vergessen - was gegen das Datenschutzgesetz verstößt – und wichtige organisatorische Angelegenheiten, wie das Nachkontrollieren der Patientinnen- und Patienteneinteilung vor Urlaubstagen werden verabsäumt. Die Ursachen sind zum einen, wie das Problem selbst

- gedankenlose und schlampige Therapeutinnen und Therapeuten zum anderen entstehen Spannungen mit dem Verwaltungspersonal, da die Tagespläne der Beschäftigten nicht immer ausgedruckt werden und in einigen Punkten, wie beim Absagen von Patientinnen und Patienten, die Zuständigkeit nicht geklärt ist.

Zur Lösung wurde eine Besprechung zwischen dem Verwaltungspersonal, den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie den Führungskräften vorgeschlagen. Das Ziel wäre, Unklarheiten bzgl. der Absagen oder Verschiebungen der Patientinnen und Patienten und sonstige Unklarheiten zu beseitigen. Die Verantwortung zur Organisation einer gemeinsamen Besprechung liegt bei den Führungskräften.

Außerdem wünschten sich die Teilnehmenden des Gesundheitszirkels einen Appell oder ein E-Mail der Führungskräfte an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie im Sinne des Datenschutzes mit sensiblen Daten, wie Namen von Patientinnen und Patienten umgegangen werden muss. Die Verantwortung für die Aussendung bzw. den Appell tragen die Führungspersonen.

#### **6.4.2.3. Persönliche Befindlichkeiten**

Als weiteres Problem wurden persönliche Befindlichkeiten mancher Kolleginnen und Kollegen genannt.

Diese wirken sich in Form von schlechter Stimmung innerhalb der Teams aus. Dadurch sinkt die Kommunikation untereinander und die Professionalität anderen gegenüber.

Als Gründe bzw. Ursachen sahen die Teilnehmenden fehlendes Pflichtbewusstsein, privater Stress, psychische Überlastung sowie gesundheitliche Probleme der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Als Lösungsansatz wurden von extern moderierten Supervisionen vorgeschlagen. Die Umsetzung dieser Maßnahme liegt bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Es wurden keine unterschiedlichen Auswirkungen auf das Alter und das Geschlecht der Beschäftigten genannt.

#### **6.4.3. Problemanalyse – Mehraufgaben**

Bei den Mehraufgaben unterschieden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zwei verschiedene Problemstellungen. Zum einen wurden Mehraufgaben, die neben der geregelten Arbeit stattfinden mussten diskutiert und zum anderen wurde auf das Thema Mehraufgaben in Zusammenhang mit Unterbesetzung und Zeitdruck eingegangen.



Als Ursache wurden die große Menge an Mehraufgaben, die fehlenden Zwischenzeiten, die teilweise Unterbesetzung und der dadurch entstehende Zeitdruck angegeben.

Als Lösungsansatz wurde die Möglichkeit der Zeitdokumentation von Zusatzaufgaben im Computersystem des Krankenhauses vorgeschlagen. Als Ansprechpersonen nannten die Mitwirkenden die Führungskräfte.

Ein Wunsch der Teilnehmenden war außerdem eine gerechtere Verteilung und ein regelmäßiger Wechsel der Tätigkeiten, da in vielen Fällen diese immer von den gleichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erledigt werden müssen. Verantwortlich für die Umsetzung sehen sich die Therapeutinnen und Therapeuten selbst, wobei ein Appell der Vorgesetzten in einer Dienstbesprechung an alle Beschäftigten dabei unterstützen würde.

Ein weiteres Anliegen der Therapeutinnen und Therapeuten war das Einführen von Extrazeiten für aufwendige Zusatzaufgaben wie das Schreiben der Dienstpläne und das Putzen der Therapiegeräte in den Behandlungsräumen. Als Zeitrahmen wurden dafür 30 Minuten jede zweite Woche empfohlen. Für die Umsetzung wäre die Führungsebene verantwortlich, da dadurch Therapiezeiten verloren gehen würden.

Als Reduktion der Mehraufgaben wurde die Übernahme der Therapiegerätereinigung von dem Reinigungspersonal vorgeschlagen. Erste Ansprechpersonen für die Umsetzung sind die Führungskräfte.

Auswirkungen auf das Alter und auf das Geschlecht der Beschäftigten werden im Bezug auf Mehraufgaben keine gesehen.

#### **6.4.3.2. Mehraufgaben bei Zeitdruck und Unterbesetzung**

Beim Thema Mehraufgaben wurde noch einmal genauer auf die Themen Zeitdruck und Unterbesetzung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eingegangen.

Die Teilnehmerin aus dem Bereich der Unfallchirurgie weist auf gravierende Auswirkungen, wie das Sinken der Therapiequalität, Frust und Stress unter den Kolleginnen und Kollegen, steigende Krankenstände und die Gefahr eines Burnouts hin.

Als Ursache wurde die tägliche Behandlung aller zugewiesenen Patientinnen und Patienten ohne Ausnahmen auf den traumatologischen Abteilungen genannt.

Die Priorisierung von Patientinnen und Patienten wurde als Lösungsansatz vorgeschlagen. Sodass nach Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten nicht zwingend alle Patientinnen und Patienten täglich Therapie erhalten würden.

Die Kompetenz dafür liegt laut den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht direkt bei der Führungsebene, sondern bei den Abteilungsleitungen der Traumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Auswirkungen auf die verschiedenen Geschlechter und das Alter wurden nicht genannt.

#### **6.4.4. Ausblick und Feedback**

Nach der Problemanalyse der Mehraufgaben wurden die Teilnehmenden um ein Feedback des bisherigen Gesundheitszirkels gebeten. Da die budgetierte Zeit verbraucht war, konnte auf die restlichen Belastungen nicht mehr eingegangen werden. Die Moderatorin wies auf die Wichtigkeit eines weiteren Gesprächskreises hin - um die Themen Arbeitsmittel, Theorie versus Praxis, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und den fehlenden oder zu kleinen Pausenraum, zu behandeln. Mit dem Einverständnis der Mitwirkenden würde sie um einen Zusatztermin bei der Führungsebene anfragen.

#### **6.4.5. Protokoll**

Wie schon nach dem ersten Teil des Gesundheitszirkels wurde ein Protokoll verfasst, das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer freigeben sollten, bevor die Inhalte an die Führungsebene weitergetragen wurden. Das Protokoll wurde einige Tage nach dem zweiten Teil des Gesundheitszirkels per E-Mail verschickt. Auf die Möglichkeit von Änderungswünschen wurde hingewiesen.

### **6.5. 3. Teil des Gesundheitszirkels**

Nach Rücksprache mit den drei Führungskräften, der am Gesundheitszirkel teilnehmenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, wurde am Mittwoch, den 09.04.2014 von 13:30 bis 14:30 Uhr ein dritter Gesprächskreis veranstaltet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren wieder vollzählig und die Analyse der ausständigen Belastungen konnte beginnen.

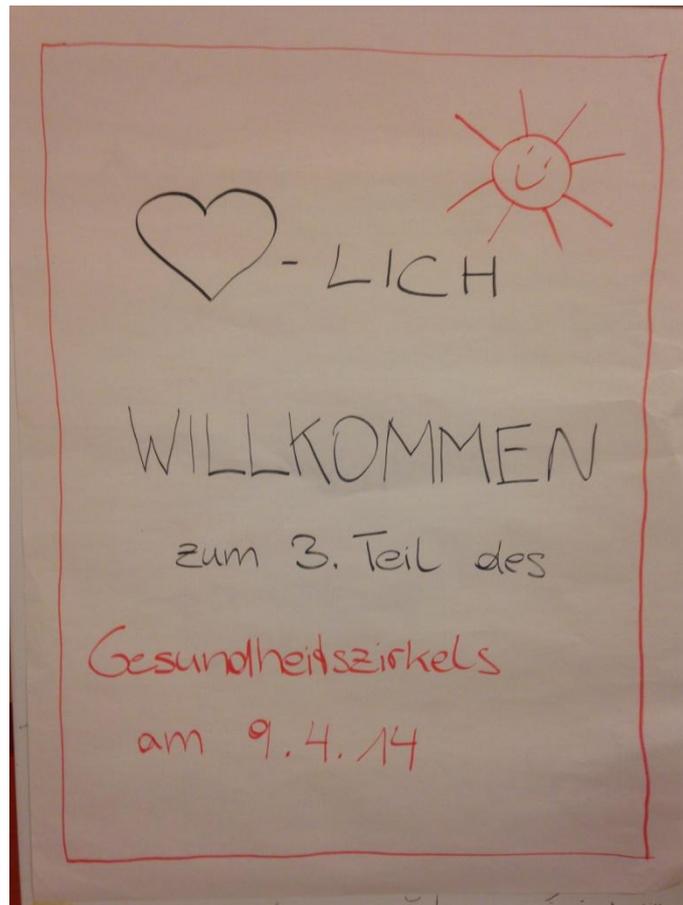


Abbildung 12: Begrüßung zum 3. Teil des Gesundheitszirkels

### 6.5.1. Problemanalyse – Arbeitsmittel

Grundlegend waren die gefundenen Belastungen in zwei Kategorien einzuteilen. Zum einen wurden die Themen - Arbeitsmittel (wie z.B. alte, wenige, kaputte), das Gewicht der Patientinnen und Patienten und fehlende Arbeitsmittel, die die körperliche Belastung bei der physiotherapeutischen Tätigkeit reduzieren - zusammengefasst. Zum anderen wurden erwähnt, dass räumliche Begebenheiten auf den Stationen ergonomisches Arbeiten in vielen Fällen nicht möglich machen.



Therapeuten zu Frust und Ärger, der außerdem noch verstärkt wird, da es für die Anschaffung von neuen Therapiemitteln auf den Stationen von der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation keine oder nur sehr wenig Unterstützung gibt.

Als Ursachen wurden an erster Stelle fehlende finanzielle Ressourcen genannt, wobei angegeben wird, nicht genügend darüber informiert zu sein. Trotzdem vermuteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fehlendes Interesse und langfristige Planung bei den zuständigen Stationen, um für ausreichend Therapiemittel zu sorgen. Die Notwendigkeit für Neuanschaffungen wird nicht erkannt, da die Therapien bisher auch ohne weiteres Equipment möglich waren und Patientinnen und Patienten gut versorgt worden sind. Außerdem sind aufgrund der Größe der Krankenanstalt die Zuständigkeiten und Kostenstellen für die Bestellungen nicht transparent und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen im Einzelfall nicht, ob die jeweilige Station auf der sie arbeiten oder die Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation für die Kosten aufkommen müssen. Die aufwendige Bürokratie und lange Wartezeiten erschweren den Prozess zusätzlich.

Als ersten Lösungsansatz schlugen die Teilnehmenden vor ein „Basispaket“ an Therapiemittel zu definieren, das zwar je nach Bereich variieren kann, aber eine einheitliche Grundausstattung für alle Abteilungen darstellen soll. Die Idee war es dieses innerhalb eines Qualitätszirkels zu entwickeln. Als verantwortlich für die Genehmigung wurden die Abteilungsleitungen der einzelnen Stationen, sowie die direkten Führungskräfte in Zusammenarbeit mit den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten für die Erstellung der Listen, gesehen.

Ein weiteres Anliegen war genauer über die Abläufe von Anschaffungen aufgeklärt zu werden. Die Informationsweitergabe sollte von den Führungskräften erfolgen. Außerdem wünschten sich die Teilnehmenden Hintergrundinformationen, wann und warum eine Bestellung abgelehnt wurde. Als Ansprechpersonen wurden die Führungskräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, sowie die Stationsschwestern und Stationspfleger, die Bestellungen ausführen, genannt.

Damit verbunden wurde auch ein größeres Lobbying von der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation bei der Anschaffung von Therapiemittel für die jeweiligen Stationen gewünscht. Jährliche Besprechungen, zum Thema Bestellung notwendiger Therapiemittel, zwischen den direkten Führungskräften, den Ärzten und Ärztinnen für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie der jeweiligen Abteilungsleitung wurden dafür vorgeschlagen. Für die Umsetzung und Organisation der Sitzungen wären die Führungskräfte der Teilnehmenden verantwortlich. In Verhandlungen soll erreicht werden,

dass für die Anschaffungen von Therapiemittel konkrete Budgets vorgesehen sind und deren Ausnutzung für alle klar nachvollziehbar sind.

Um die Meldung kaputter oder fehlender Arbeitsmittel in den ambulanten Behandlungsräumen in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu vereinfachen, wurde die Beschaffung eines Whiteboards, das im Damenbehandlungsraum aufgestellt werden sollte, vorgeschlagen, auf dem notiert werden soll, wenn Therapiegeräte kaputt sind und der Schaden an die Vorgesetzten bereits gemeldet wurde. Für die Anschaffung der Tafel wären Führungskräfte und für die Umsetzung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst verantwortlich.

Alter und Geschlecht haben in diesem Zusammenhang keine Auswirkungen.

#### **6.5.1.2. Umgang mit Arbeitsmittel**

Ein weiteres Problem das zum Thema Arbeitsmittel besprochen wurde, war der gedankenlose Umgang damit. Therapiemittel werden nicht sorgsam behandelt und nicht an den zugehörigen Platz zurückgestellt. Als Beispiele wurden verknotete Therabänder nach Beendigung der Therapien und das Nachfüllen von Trinkbechern genannt. Ursachen und Auswirkungen wurden zu diesem Thema nicht erneut besprochen, da dieses im Kapitel 6.3.2. zum Thema „Zwischenmenschliches“ bereits diskutiert wurde.

Als Lösungsidee wurde wiederum die Adaptierung der Einschulungsmappe zum Thema sorgsamer Umgang mit Arbeitsmittel vorgeschlagen. Diese Adaptierung soll von den Führungskräfte vorgenommen werden.

Der sorgsame Umgang mit den Therapiemittel hat keine Auswirkungen auf das Alter oder das Geschlecht der Beschäftigten, jedoch wurde in diesem Zusammenhang das Verantwortungsgefühl der Kolleginnen und Kollegen erneut betont.

#### **6.5.1.3. Räumliche Begebenheiten**

Aufgrund von engen räumlichen Begebenheiten ist eine ergonomische Arbeitsweise auf den Stationen nicht immer möglich. Es kommt zu einer schlechten Arbeitshaltung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die sich wiederum negativ auf das körperliche Wohlbefinden auswirkt. Patientinnen- und Patiententische und Krankbetten müssen andauernd verschoben werden. Dies bedeutet mehr Arbeitsaufwand und höheren Körpereinsatz.

Als Ursachen wurden kleine Krankenzimmer und Toiletten genannt, die ein ergonomisches Arbeiten unmöglich machen. Außerdem sind auf den Gängen kaum Sitzgelegenheiten für Patientinnen und Patienten vorhanden, die für Gangschulung mit



### **6.5.2.1. Neues Arbeitszeitmodell**

Durch das kürzlich eingeführte neue Arbeitszeitmodell wurde die Erstellung der Dienstpläne im Gegensatz zum Vorgängersystem für die Führungskräfte und die Beschäftigten komplizierter.

Die Vorplanung von Urlauben und Kursen wird in einigen Physiotherapie-Teams von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst vorgenommen. Dies führte im Gesundheitszirkel zu längeren Diskussionen. Als Beispiel für das schwierige Planen wurde das Konsumieren von Ausgleichstagen nach Samstagsdiensten genannt. Dieser dauert in der Regel acht Stunden, auf die man anschließend Anspruch hat. Nach der neuen Regelung müssen diese Ausgleichsstunden immer im selben Monat aufgebraucht werden. Das bedeutet zum einen, dass der Erholungstag, wenn der Samstagsdienst ganz am Ende des Monats ist schon vor diesem genommen werden muss, was den Zweck der Erholung nicht erfüllt. Zum zweiten war es bislang möglich, die Ausgleichstage aufzusparen und sie für Kurse und Fortbildungen aufzubreuchen, da in den letzten Jahren dafür nur in wenigen Fällen freie Tage vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt wurden.

Als Ursachen wurde ausschließlich das Arbeitszeitmodell angegeben, das absolut nicht berufsspezifisch aufgebaut ist.

Da das neue Zeitmodell nicht verändert werden kann, wurde als Lösung ausschließlich die Einführung von Ausnahmeregelungen vorgeschlagen.

Auf das Alter und Geschlecht der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gibt es keine unterschiedlichen Auswirkungen.

### **6.5.2.2. „Festhalten an alten Regeln“**

Der genaue Gesprächsinhalt eines Teilnehmers war: „an alten Regeln festhalten, anstatt neue zu definieren“. Damit war die Weiterentwicklung von Therapiekonzepten, die in diesem Krankenhaus nur sehr zurückhaltend übernommen werden, gemeint. Als Beispiel wurde die Gangschulung einer Patientin oder eines Patienten mit einer ECMO – einer Herzlungenmaschine – genannt. Die Mobilisierung mit diesem Gerät ist laut aktuellem Forschungsstand möglich, nur wird sie in dem Krankenhaus nicht umgesetzt.

Die fehlende wissenschaftliche Präsenz der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wurde als mögliche Ursache dafür angegeben. Fehlender Sachaustausch unter den Berufsgruppen wurde überdies noch genannt.

Um dem entgegenzuwirken, wurde vorgeschlagen, die schon bestehende innerbetriebliche Fortbildung der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation fachspezifischer zu gestalten als bisher. Dafür verantwortlich ist die Teamleiterin, die auch für die Organisation dieser Fortbildungen zuständig ist.

Die Realisierung des bereits länger bestehenden Anliegens die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in wissenschaftliche Studien zu involvieren könnte auch zur Lösung beitragen. Als verantwortlich für die Einbindung wurden die Ärztinnen und Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für die Zeitfreistellung die direkte Führungsebene erwähnt.

Zusätzlich könnten in einem neu zu gründenden Journal Club wissenschaftliche Artikel präsentiert und diskutiert werden. Für die Umsetzung sahen sich die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ausschließlich selbst zuständig.

Eine weitere Idee, die bereits - aber nur sehr selten umgesetzt wird, wurden Fortbildungen von Ärztinnen und Ärzten für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten - aber auch umgekehrt - wäre eine weitere sinnvolle Idee, die es leider nur in seltenen Einzelfällen gibt. Verantwortlich für die Zeitfreistellung wäre die Führungsebene. Für die Themenfindung und die Organisation wären die beiden Berufsgruppen selbst zuständig.

Auswirkungen auf das Alter und das Geschlecht werden bei diesen Lösungsvorschlägen wiederum keine gesehen.

### 6.5.3. Problemanalyse - Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen



Abbildung 15: Problemanalyseschema – Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Pausenraum

#### 6.5.3.1. Keine klare Aufteilung der Zuständigkeiten

In diesem Zusammenhang wurde die Zusammenarbeit der Therapeutinnen und Therapeuten mit dem Pflegepersonal auf den Stationen diskutiert. Welche Berufsgruppe in welcher Situation für die Mobilisierung der Patientinnen und Patienten zuständig ist, ist in vielen Fällen in mehreren Fachbereichen nicht vollständig geklärt.

Daraus folgen Diskussionen und Streitigkeiten zwischen den Beschäftigten, die die Zuständigkeit jeweils in der anderen Berufsgruppe sehen. Damit verbunden entsteht ein Zeitverlust, der wiederum negative Auswirkungen auf die Behandlungs- und Betreuungszeit der Patientinnen und Patienten hat.

Die Ursachen wurden hauptsächlich dem Pflegepersonal angelastet. Dazu wurde das fehlende Wissen der negativen Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten, die ausschließlich im Bett liegen und der Mangel an Motivation der Pflegekräfte angeführt. Die Pflegekräfte sehen die Mobilisierung nicht als ihre, sondern hauptsächlich als Aufgabe der Physiotherapie an. Speziell auf den traumatologischen Stationen kommt es auch zu Missverständnissen, da nicht alle Pflegepersonen darüber aufgeklärt sind, dass die Therapeutinnen und Therapeuten zu Mittag die Station verlassen, um auf der Abteilung

für Physikalische Medizin und Rehabilitation ambulante Patientinnen und Patienten weiter zu behandeln und das Dienstende erst am Nachmittag um 15:30 Uhr ist.

Als hilfreicher Lösungsansatz wurde eine Besprechung zwischen den Stationsschwestern und -pflegern und den Führungskräften der Physiotherapie vorgeschlagen, um die Zuständigkeiten der Berufsgruppen zu klären. Die Verantwortlichkeit zur Organisation einer solchen Besprechung sahen die Teilnehmenden bei den Führungskräften der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Außerdem wurde eine anschließende Adaptierung der Einschulungsmappe des Pflegepersonals, um die Aufgabenbereiche bezüglich der Mobilisation von Pflegekräften und der Physiotherapie, sowie die vorgegebenen Arbeitszeiten der Therapeutinnen und Therapeuten laut Dienstvertrag aufzuzeigen, vorgeschlagen. Für die Umgestaltung wären die zuständigen Stationsschwestern und Stationspfleger in Zusammenarbeit mit deren Vorgesetzten verantwortlich.

Auswirkungen auf das Geschlecht wurden nicht gesehen, wobei die Teilnehmerinnen und Teilnehmer anmerkten, dass sie eine sinkende Motivation mit steigendem Alter vermuten.

## **6.5.4. Problemanalyse – Pausenraum**

### **6.5.4.1. Keine oder sehr kleine Pausenräume auf den Stationen**

Da die Dokumentation und die Bestätigung der absolvierten Therapiezeit digital funktioniert, müssen ausreichend Computer für die Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung stehen. Auf den Stationen haben die Beschäftigten oft nur sehr kleine Räume, in denen die Pausen verbracht und die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten dokumentiert werden. Daher kommt es einerseits zu einem Platzproblem in den Mittagspausen und andererseits zu einem Zeitproblem, wenn gleichzeitig mehrere Personen vor Dienstschluss einen Computerplatz benötigen, um ihre Behandlungen zu dokumentieren.

Als Ursachen wurde ausschließlich der Mangel an Platz und Computer angeführt.

Eine Verbesserungsidee wäre die Anschaffung neuer Computer, wobei das Platzproblem damit nicht gelöst wäre. Als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner werden die Führungskräfte genannt, wobei die Entscheidungskompetenz nicht bei ihnen liegt.

Auch in diesem Fall werden keine Unterschiede auf das Geschlecht und das Alter der Beschäftigten angegeben.

#### **6.5.4.2. Kleiner Pausenraum auf der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation**

Drei der Teilnehmenden verbringen ihre Mittagspausen in dem Pausenraum der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Dieser ist aus Ansicht dieser für die Anzahl der Benutzerinnen und Benutzer zu klein.

Durch den Platzmangel und die hohe Anzahl an Personen herrscht in den Pausen oftmals Lärm und Chaos. Außerdem besteht Unordnung und die Hygiene wird vernachlässigt. Geschirr wird nicht in die Geschirrspülmaschinen eingeräumt und abgelaufene Produkte werden in den Kühlschränken vergessen.

Die Ursachen wurden bei der zu hohen Anzahl an Personen, die gleichzeitig ihre Mittagspause in diesem Raum verbringen und darüber hinaus bei schlampigen Kolleginnen und Kollegen, die sich für das sauber halten der Räume nicht zuständig fühlen, gesehen.

Ein Lösungsvorschlag war die zeitliche Staffelung der Mittagspausen, nach Teams, um die Personenanzahl, die sich gleichzeitig im Aufenthaltsraum befindet, niedrig zu halten. Einen Zeitplan müssten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selber entwickeln, der dann mit den Vorgesetzten abgesprochen werden müsste.

Ein zweiter Vorschlag war die Umgestaltung des Nebenraumes in einen weiteren Aufenthaltsraum. Dieser wurde bisher als Raucherzimmer missbraucht, obwohl im gesamten Haus ein generelles Rauchverbot besteht. Für die Initiierung der Umsetzung sahen die Teilnehmenden die Führungskräfte in Zusammenarbeit mit der Abteilungsleitung verantwortlich.

Um das Problem der schlechten Hygiene und der Ordnung zu entschärfen, wurde wiederum eine Adaptierung der Einschulungsmappe im Hinblick auf eine verpflichtende Raumordnung vorgeschlagen.

Es werden keine Auswirkungen auf das Geschlecht noch auf das Alter der Beschäftigten angegeben.

#### **6.5.5. Ausblick, Feedback und Verabschiedung**

Im dritten Teil des Gesundheitszirkels wurden alle restlichen definierten Belastungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern diskutiert. Es folgte eine kurze Zusammenfassung der behandelten Themen aus allen drei Teilen und die Mitwirkenden hatten die Möglichkeit ein Feedback abzugeben. Sie wurden darüber informiert, dass nach der

Freigabe der Inhalte, die Ergebnisse an die Führungsebene präsentiert werden würden. Diese sollte die Umsetzbarkeit der definierten Lösungsvorschläge klären.

Die Autorin der vorliegenden Masterthesis war im Anschluss für den endgültigen Entwurf des Maßnahmenkataloges zur Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung im Bereich Physiotherapie in der untersuchten Krankenanstalt verantwortlich.

Zum Abschluss erfolgte die Verabschiedung der Moderatorin. Sie bedankte sich für die Unterstützung und für das großartige Engagement bei dem Gesundheitszirkel.

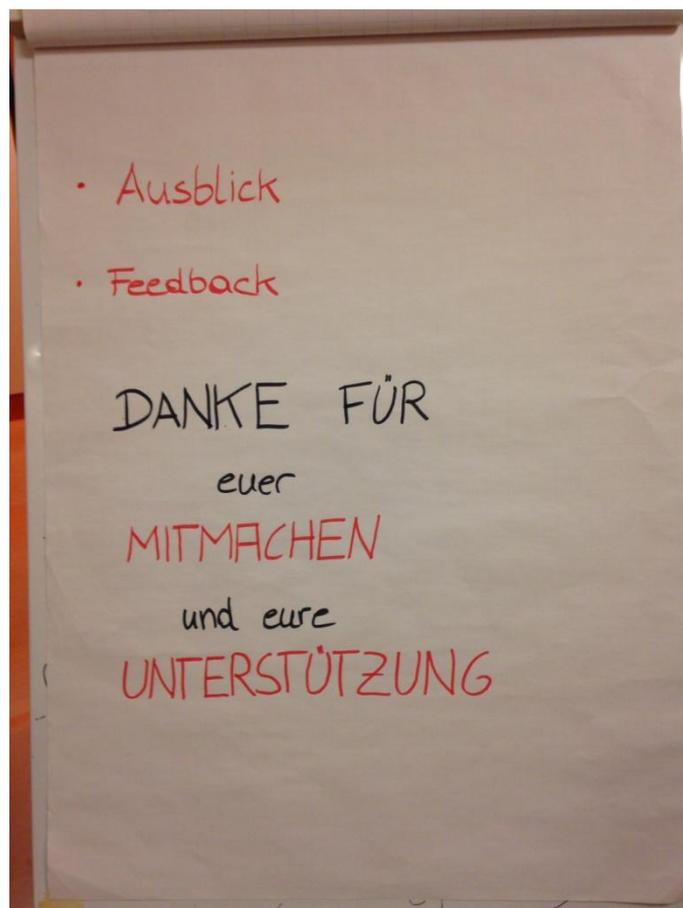


Abbildung 16: Verabschiedung, Ausblick, Feedback

### 6.5.6. Protokoll

Einige Tage nach dem letzten Teil des Gesundheitszirkels wurde an alle Mitwirkenden, wie in den Teilen zuvor, ein Inhaltsprotokoll, zur Freigabe der Ergebnisse an die Teilnehmenden, verschickt. Wiederum bestand noch die Möglichkeit Inhalte zu verändern oder zu löschen, bevor die Präsentation an die Führungskräfte erfolgte.

## 6.6. Zusammenfassung der Lösungsvorschläge aus dem Gesundheitszirkel

Um Überblick über die Ergebnisse des Gesundheitszirkels zu schaffen werden in dem folgenden Kapitel alle von den Mitwirkenden erarbeiteten Lösungsideen zusammengefasst.

### 6.6.1. Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Kommunikation

- Tägliche Kurzbesprechung mit dem Pflegepersonal (5 bis 10 Minuten)
- Kommunikationszeit in den Physiotherapie-Teams (1 Mal pro Woche 30 Minuten)
- Schulungen für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
  - Rechtliche Grundlagen
  - Fachliches Wissen
- Adaptierung der Einschulungsmappe: Pflicht der Kommunikation
- Entwicklung einer Datenbank/eines Tools für fachliche Fragen
- Abbuchungsmöglichkeit der Kommunikationszeit im Computersystem
- Organisation einer Weihnachtsfeier für alle Angestellten der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Organisation eines Stammtischs für alle Angestellten der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Erstellung oder Aktualisierung der Fotowände aller Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Aussendung von Agenden einige Tage vor den Dienstbesprechungen an die Führungskräfte
- Information an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Abwesenheiten von Führungskräften, Abteilungsleitung ohne das Nennen von Gründen

### 6.6.2. Lösungsvorschläge zur Verbesserung des sozialen Umgangs

- Vergleich der Urlaubseinteilung mit den Vorjahren zur gerechteren Verteilung

- Appell an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Reflexion der eigenen Urlaubswünsche
- Regelung über Länge der Urlaube in den Schulferien für Eltern und Kinderlose
- Informationen über gesetzliche Regelung des Urlaubanspruches von Eltern in den Schulferien
- Besprechung mit dem Personal der Leitstelle, das die Einteilung der Patientinnen und Patienten übernimmt
- E-Mail von den Führungskräften zur Erinnerung, wie mit Patientinnen- und Patientenlisten im Sinne des Datenschutzes umgegangen werden muss

### **6.6.3. Lösungsvorschläge zum Umgang mit Mehraufgaben**

- Abbuchungsmöglichkeit der Mehraufgaben im Computersystem
- Gerechte Verteilung der Mehraufgaben
- Regelmäßiges Wechseln der Mehraufgaben
- Extrazeit für aufwendige Mehraufgaben
- Reinigung der Therapiegeräte soll von Reinigungspersonal übernommen werden
- Priorisierung von Patientinnen und Patienten auf der Unfallchirurgie erlauben

### **6.6.4. Lösungsvorschläge zur Beschaffung von notwendigen Arbeitsmitteln**

- Entwicklung von einheitlichen Basispaketen an Arbeitsmitteln in den jeweiligen Bereichen
- Erklärung der Bestellungsabläufe von Arbeitsmitteln
- Regelmäßige Information, warum eine Arbeitsmittel abgelehnt wird
- Mehr Unterstützung/Lobbying von der Abteilung für Physik, Medizin und Rehabilitation zur Beschaffung von Arbeitsmittel z. B. in Form von Besprechungen zwischen einer Führungskraft, einem zuständigen Physikalischer Facharzt und der Stationsleitung
- Anschaffung einer Tafel oder eines Whiteboards für den Behandlungsraum, um fehlende und kaputte Arbeitsmittel zu notieren

- Adaptierung der Einschulungsmappe über den sorgsam Umgang mit Arbeitsmittel
- Zusammenlegung von einer Dusche und einem WC auf den Stationen → mehr Platz um die Toilette
- Belegung der Krankenzimmer mit zwei statt drei Patientinnen und Patienten, wenn viele medizinische Geräte notwendig sind

#### **6.6.5. Lösungsvorschläge zur Annäherung von Theorie und Praxis**

- Ausnahmeregelungen bei der Dienstplaneinteilung im Arbeitszeitmodell
- Fachspezifische Gestaltung der Innerbetrieblichen Fortbildungen
- Einbindung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in wissenschaftliche Studien
- Entwicklung eines Journal Clubs, in dem wissenschaftliche Artikel vorgestellt und diskutiert werden
- Veranstaltung von Fortbildungen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten für Ärzte und Ärztinnen als auch umgekehrt

#### **6.6.6. Lösungsvorschläge zur besseren Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

- Adaptierung der Einschulungsmappe des Pflegepersonals über Aufgabenbereiche und Arbeitszeiten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Besprechung zwischen den Führungskräften der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie der Stationsleitung der Pflegekräfte zur Klärung der Zuständigkeiten

#### **6.6.7. Lösungsvorschläge zur Gestaltung der Pausenräume**

- Anschaffung zusätzlicher Computern zur Dokumentation und Zeitbestätigung
- Zeitliche Staffelung der Mittagspausen nach Teams
- Umgestaltung des Raucherzimmers in einen Pausenraum
- Adaptierung der Einschulungsmappe über das sauber Halten des Pausenraums

## **6.7. Vorbereitung der Präsentation an die Führungskräfte**

Nach der Durchführung der Gesundheitszirkel wurden die Präsentation an die Führungskräfte und die anschließende Gruppendiskussion zur Umsetzbarkeit der Lösungsvorschläge vorbereitet. Dies wird im folgenden Kapitel beschrieben.

### **6.7.1. Information an die Führungsebene**

Die Führungskräfte wurden über das Ende des Gesundheitszirkels informiert und um einen Termin für die Präsentation und die Diskussion gebeten. Die Besprechung wurde am 26. 05. 2014 von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr angesetzt. Sie wurden über den Ablauf und das Ziel der Veranstaltung informiert. Alle drei zuständigen Führungskräfte bestätigten die Teilnahme. Als Raum wurde das Dienstzimmer der Vorgesetzten angeboten.

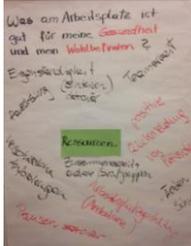
### **6.7.2. Beschreibung der Führungskräfte**

Die teilnehmenden Führungskräfte sind jeweils für die Führung mehrerer Physiotherapie-Teams zuständig. Sie sind die direkten Vorgesetzten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für alle angestellten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, sowie auch für andere Berufsgruppen in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Alle drei weisen mehrjährige Erfahrung als Vorgesetzte in diesem Bereich auf.

## **6.8. Präsentation und Gruppendiskussion der Führungskräfte**

In diesem Abschnitt folgen Ausschnitte aus der Powerpoint-Präsentation an die Führungsebene der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und die Beschreibung der darauffolgenden Gruppendiskussion.

## 6.8.1. Powerpoint Präsentation

<p style="text-align: center;"><b>Gesundheitszirkel mit PhysiotherapeutInnen</b></p> <p style="text-align: center;">im Rahmen der Masterthesis des ULG MPH 2014 Sandra Neruda</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>Der Einsatz betrieblicher Gesundheitsförderung bei PhysiotherapeutInnen</b></p> <p style="text-align: center;">Ansätze auf der Verhältnis- und Verhaltensebene</p> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Forschungsfrage</b></p> <p>Wie können Gesundheitsressourcen gestärkt und arbeitsbedingte Belastungen bei PhysiotherapeutInnen reduziert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnis- und Verhaltensebene</li> <li>• Gender?</li> <li>• Alter</li> <li>• Empowerment</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>Ziel</b></p> <p>Erstellung eines Maßnahmenkataloges zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und Reduzierung von Belastungen</p> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Gesundheitszirkel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise mit Beschäftigten</li> <li>• Erfahrungen über Belastungen ihrer Gesundheit analysieren</li> <li>• Lösungsvorschläge entwickeln (Vgl. Netzwerk BGF)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>Rahmenbedingungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Termine</li> <li>• Je 2 Stunden</li> <li>• 5 PhysiotherapeutInnen</li> <li>• Ambulanz, Intensiv, Interne, Neurologie, Unfallchirurgie</li> <li>• Alter gemischt</li> <li>• 4 weibliche Teilnehmerinnen</li> <li>• 1 männlicher Teilnehmer</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Aufbau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung des Projektes</li> <li>• Ressourcen</li> <li>• Belastungen</li> <li>• Clustering</li> <li>• Rangliste</li> <li>• Problemanalyseschema</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="863 1574 1054 1861"> <p style="text-align: center;"><b>Begrüßung</b></p>  <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p> </div> <div data-bbox="1098 1574 1289 1861"> <p style="text-align: center;"><b>Ressourcen</b></p>  <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p> </div> </div>

<p style="text-align: center;"><b>Belastungen</b></p>  <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>Problemanalyseschema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überschrift</li> <li>• Belastungen, Probleme</li> <li>• Auswirkungen</li> <li>• Ursachen</li> <li>• Lösungsvorschläge</li> <li>• Auswirkungen auf Alter und Geschlecht</li> <li>• Verantwortliche/Ansprechpersonen</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Ziele der heutigen Besprechung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung der Führungskräfte</li> <li>• Lösungsvorschläge beurteilen</li> <li>• Abstecken der Rahmenbedingungen</li> <li>• Planung der Maßnahmenumsetzung</li> </ul> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> <p style="text-align: center;"><small>Sandra Neruda MPH 2014</small></p>	

Abbildung 17: Powerpoint- Vortrag an die Führungskräfte

## 6.8.2. Gruppendiskussion

Im Anschluss an die Präsentation wurde ein Excel Sheet mit den erarbeiteten Belastungen und den dazugehörigen Lösungsvorschlägen der Teilnehmenden ausgeteilt. Die Führungskräfte hatten ca. 15 Minuten Zeit, um die Ergebnisse durchzugehen.

Darauffolgend wurden die Lösungsideen der Reihe nach besprochen und die Umsetzbarkeit der Maßnahmen diskutiert.

Die Moderatorin führte Protokoll und notierte die Diskussionsinhalte. Zusätzlich wurde mit dem Einverständnis der Vorgesetzten eine digitale Tonaufnahme gemacht, die als Hilfestellung für die Erstellung des Protokolls dienen sollte, aber nicht transkribiert wurde.

## 6.9. Ergebnisse der Gruppendiskussion

Im folgenden Kapitel werden die Resultate der Führungskräfte aus der Gruppendiskussion beschrieben. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die Ergebnisse ausschließlich auf Meinungen und Aussagen von 3 Führungskräften aus der

Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation zurückzuführen sind, und dadurch keine allgemein repräsentative Aussage abgeleitet werden kann.

Die Lösungsvorschläge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach der Möglichkeit der Umsetzung und der zeitlichen Umsetzbarkeit in kurzfristig, mittelfristig oder langfristig umsetzbare, teilweise umsetzbare und nicht umsetzbare Maßnahmen eingeteilt. Hier gilt es zu erwähnen, dass nicht alle Maßnahmen und Lösungsvorschläge in allen Teams zur Umsetzung kommen werden sollen, da die aufgezeigten Belastungen nicht auf alle Bereiche zutreffen.

### **6.9.1. Kurzfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen**

#### **6.9.1.1. Adaptierung der Einschulungsmappe**

Als erste kurzfristig umsetzbare Maßnahme wurde die Adaptierung der Einschulungsmappe für neue Kolleginnen und Kollegen festgelegt.

Drei Ergänzungspunkte wurden genannt.

- Es soll noch einmal deutlich auf die Wichtigkeit der Kommunikation im Team und mit anderen Berufsgruppen hingewiesen werden.
- Als weiteren Punkt soll erneut auf den richtigen Umgang mit Therapie- und Arbeitsmittel hingewiesen werden. Diese Arbeitsanweisung existiert bereits, wird jedoch nicht von allen Beschäftigten eingehalten. Dazu gehören der ordnungsgemäße Umgang und die Beachtung der Raumzugehörigkeit der Therapiemittel sowie das Aufräumen der Behandlungsräume.
- Außerdem ist eine Ergänzung des Ablaufs der Therapie frisch operierter Patientinnen und Patienten auf den traumatologischen Stationen möglich.

#### **6.9.1.2. Weitergabe von Informationen in den Dienstbesprechungen**

Mehrere Verbesserungsmöglichkeiten durch Weitergabe von Informationen oder Handlungsanweisungen wurden angeführt.

- Es wird auf die regelmäßige Aktualisierung der bestehenden Fotowände im Ambulanzbereich der einzelnen Physiotherapie-Teams hingewiesen, damit nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch die eigenen Kolleginnen und Kollegen einen besseren Überblick über die Beschäftigten in den einzelnen Teams und Abteilungen bekommen. Die Erstellung von Fotowänden soll jedoch auf freiwilliger

Basis erfolgen und muss nicht von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgesetzt werden.

- In Bezug auf den Austausch von Fachwissen können sich die Beschäftigten in jedem Fall an die direkt zugeordnete Führungskraft wenden, die die entsprechende Kontaktperson und deren Erreichbarkeit weitergeben.
- Um die Kommunikation mit der Führungsebene zu erleichtern, haben die Angestellten die Möglichkeit bis zu zwei Tage vor den Dienstbesprechungen, Agenden mit zu behandelnden Punkten an die Vorgesetzten zu senden. Dies muss nicht als standardisierte Handlung erfolgen, sondern kann von jedem Team bei Bedarf erfolgen. Um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehr Raum für die Kommunikation mit den Führungskräften zu geben, hatten sie bisher immer die Möglichkeit am Ende der Dienstbesprechungen ihre Anliegen kund zu tun.
- Zum Thema Urlaubseinteilung wird ein Appell der Führungskräfte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Selbstreflexion der eigenen Urlaubswünsche erfolgen. Die persönlichen Bedürfnisse aller Beschäftigten sollen wahrgenommen werden. Eine allgemeine Regelung über die Länge der Urlaube in den Ferien bei Beschäftigten mit und ohne Kinder wird es in der Abteilung jedoch nicht geben.
- Des Weiteren wird auf die gerechte Verteilung der Mehraufgaben hingewiesen und der Vorschlag über einen regelmäßigen Wechsel der Personen, die Mehraufgaben erledigen – sofern dies möglich ist - in den einzelnen Teams eingebracht.
- Auf den Umgang mit sensiblen Daten, wie z. B. Tagespläne mit den Namen der Patientinnen und Patienten, wurde in der Vergangenheit bereits mehrmals hingewiesen und wird erneut aufmerksam gemacht.
- Als weitere Information soll der Ablauf von Therapiemittelbestellungen und die Bedingungen - wann Bestellungen durchgeführt bzw. freigegeben werden - im Bedarfsfall erklärt werden.
- Eine Möglichkeit sich über die Absenzen von Vorgesetzten oder dem ärztlichen Vorstand zu informieren, ist der Abwesenheitsplan im Outlook-Kalender der Abteilung. Dort können sowohl Termine als auch Abwesenheiten nachgelesen werden.

### **6.9.1.3. Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Spezialwissen**

Ein Vorschlag im Gegenzug zur Erstellung einer Datenbank ist das persönliche oder telefonische Kontaktieren der Führungskräfte, die fallbezogen den Kontakt zu einer Kollegin oder einem Kollegen mit dem gefragten Spezialwissen herstellen können.

---

#### **6.9.1.4. Supervision**

Supervisionen, die extern moderiert werden, können von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Bedarf beantragt werden. Sollten die Teams Unterstützung bei der Organisation benötigen, kann diese von den Führungskräften eingeholt werden.

#### **6.9.1.5. Übernahme der Gerätereinigung durch das Reinigungspersonal**

Seit kurzer Zeit ist die gesamte Reinigung durch eine neue Firma übernommen worden, die die Reinigung aller Therapiegeräte in den Behandlungsräumen übernommen hat. Diese Arbeiten müssen in Zukunft nicht mehr von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten selbst durchgeführt werden. Die Desinfektion der benutzten Arbeits- und Therapiemittel nach den Behandlungen ist jedoch nach wie vor Aufgabe der Beschäftigten.

### **6.9.2. Mittelfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen**

#### **6.9.2.1. Tägliche Besprechungen mit dem Pflegepersonal**

Regelmäßige kurze Rücksprachen zur Weitergabe relevanter Patientinnen- und Patienteninformationen mit den Pflegekräften finden bereits in vielen Bereichen statt. Die Einführung dieser auf allen Stationen ist sinnvoll, jedoch sollte der Ablauf und die zeitliche Organisation nicht vereinheitlicht werden, da sich der Stationsalltag in den einzelnen Bereichen sehr unterscheidet.

#### **6.9.2.2. Besprechung mit dem Verwaltungspersonal**

Eine Besprechung mit dem Schalterpersonal, das für die Einteilung der Patientinnen und Patienten zuständig ist, wird regelmäßig durchgeführt und hat in den letzten Wochen erneut stattgefunden. Inhalt der Besprechung war die fehlerbehaftete Organisation bei der Erstellung der Tagespläne für die Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Klärung der Zuständigkeiten bei Absagen und Verschiebungen von Patientinnen und Patienten. Der Plan der Vorgesetzten ist, dass die Absagen bei langfristig geplanten Absenzen der Therapeutinnen und Therapeuten vom Schalterpersonal durchgeführt werden sollen, die Absagen bei spontanen Abwesenheiten jedoch Aufgabe von jedem selbst bleiben soll. Ausgenommen davon sind Krankenstände.

#### **6.9.2.3. Adaptierung der Einschulungsmappe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Fachliche Qualitätssicherung wie spezielle postoperative Abläufe, Vorsichtsmaßnahmen sollen von den Beschäftigten und den Vorgesetzten gesammelt werden und genauer in

der Einschulungsphase berücksichtigt werden. Auch rechtliche Grundlagen können nicht extra geschult werden, wobei diese ausführlich in der Einschulungsmappe beschrieben sind und die Kenntnis darüber bei jeder/jedem Angestellten vorausgesetzt wird und das Wissen und die Einhaltung dieser Vorschriften in der Eigenverantwortung jeder/jedes einzelnen liegt.

#### **6.9.2.4. Adaptierung der Einschulungsmappe des Pflegepersonals auf der Abteilung für Traumatologie**

Die Ergänzung der Einschulungsmappe der Pflegekräfte ist auf den traumatologischen Stationen bereits in Umsetzung. Adaptierungsvorschläge zu den Aufgabenbereichen und Arbeitszeiten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gibt es bereits. Eine Besprechung zwischen den Führungskräften und dem zuständigen Oberpfleger diesbezüglich fand bereits statt. Als nächsten Schritt wird es ein Gespräch mit der/dem Qualitätsbeauftragten - das bereits geplant war - geben.

#### **6.9.3. Langfristig im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen**

##### **6.9.3.1. Interdisziplinäre Fortbildungen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten für Ärztinnen und Ärzte sowie auch umgekehrt**

Diese Fortbildungen finden vereinzelt bereits jetzt statt. Um dies zu forcieren, können Anfragen bzw. Fortbildungsinhalte von den Beschäftigten selbst gestellt werden. Die Umsetzung und Organisation solcher Veranstaltungen kann von den Führungskräften erfolgen. Diese Information wird in einer Dienstbesprechung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben.

#### **6.9.4. Teilweise im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen**

##### **6.9.4.1. Veranstaltung einer abteilungsinternen Weihnachtsfeier und anderer interner Feste**

Die Entscheidung über die Organisation einer Weihnachtsfeier für alle Beschäftigten der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation liegt nicht in der Kompetenz der Führungskräfte der Therapeutinnen und Therapeuten. Der Wunsch kann an die ärztliche Leitung weitergeleitet werden, die für die Organisation und das Abhalten solcher Veranstaltungen verantwortlich ist.

Die Umsetzung von internen Feiern oder Treffen während des Jahres kann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst initiiert werden, jedoch kann jederzeit um logistische Unterstützung bei den Vorgesetzte angefragt werden.

#### **6.9.4.2. Priorisierung von Patientinnen und Patienten**

Um die Therapeutinnen und Therapeuten der Traumatologie-Stationen zu entlasten, wurde im Gesundheitszirkel eine Priorisierung der Patientinnen und Patienten vorgeschlagen. Die Entscheidungskompetenz liegt in diesem Fall nicht bei den direkten Vorgesetzten, sondern bei der ärztlichen Leitung der Traumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation. Das Anliegen kann jedoch in einem Gespräch von den Führungskräften an die Verantwortlichen weitergeleitet werden.

#### **6.9.4.3. Anschaffung von einheitlichen „Basispaketen“ an Arbeitsmitteln auf den Stationen**

Die Erstellung einer Liste von notwendigen Arbeitsmitteln soll von den Beschäftigten eigenständig übernommen werden. Bei einigen Geräten wird der Bedarf voraussichtlich mit der Anschaffung von einem Exemplar pro Stockwerk gedeckt sein. Die ausgearbeitete Liste kann an die Führungsebene weitergeleitet werden, die diese an die zuständigen Stationsleiterinnen und Stationsleiter übermitteln.

#### **6.9.4.4. Unterstützung von der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln auf den Stationen**

Als weiteren Punkt zum Thema Arbeitsmittel wurden von den Teilnehmenden des Gesundheitszirkels jährliche Besprechungen der Führungspersonen und Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit der Stations- bzw. ärztlichen Leitung des jeweiligen Bereichs vorgeschlagen. Gespräche bzgl. der Anschaffung einer Therapiestiege werden auf der Abteilung für Traumatologie bereits durchgeführt. Auch ein Vorschlag für einen „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“ (Qualitätsmanagement) - bis jetzt jedoch ohne Rückmeldung - wurde an die ärztliche Direktion geschickt. Ob die Bestellung stattfindet, liegt nicht mehr in der Handlungskompetenz der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

#### **6.9.4.5. Anschaffung eines Whiteboards**

Um fehlende oder defekte Arbeitsmittel zu notieren und für alle sichtbar zu machen, wurde von den Teilnehmenden des Gesundheitszirkels die Anschaffung eines Whiteboards im Behandlungsraum vorgeschlagen. Da es bereits eine Liste für ausgeborgte Therapiemittel gibt und diese selten benutzt wird, befürchten die Vorgesetzten, dass ein Whiteboard auch nicht entsprechend verwendet werden würde.

Geräte oder Arbeitsmittel - die defekt sind - sollten stattdessen gekennzeichnet, aus dem Betrieb genommen und direkt an die Führungskräfte gemeldet werden.

#### **6.9.4.6. Fachspezifischere Gestaltung von innerbetrieblichen Fortbildungen**

Mehrmals pro Semester finden 1 1/2 stündige innerbetriebliche Weiterbildungen statt. Ideen zu Fortbildungsthemen können jederzeit an die zuständige Führungskraft weitergeleitet werden. Da die Weiterbildungen für alle Beschäftigten der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation gehalten werden, ist eine fachspezifischere Ausrichtung der Themen jedoch sehr schwierig. Erschwerend kommt noch hinzu, dass für die Bezahlung der Vortragenden kein Budget zur Verfügung steht und damit keine Honorare an die Vortragenden bezahlt werden können.

#### **6.9.4.7. Regelmäßiger wissenschaftlicher Austausch**

Die Entwicklung eines Journal Clubs, in dem wissenschaftliche Artikel und Themen vorgestellt und diskutiert werden, kann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst organisiert werden. Da im Bereich der Neurologie bereits ein Journal Club stattfindet, können die Führungskräfte Informationen über den Ablauf einholen und in den Dienstbesprechungen weitergeben. Eine zweite Möglichkeit wäre die Teilnahme an dem Journal Club der Ärztinnen und Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Berufsgruppenintern wird jede Woche ein wissenschaftlicher Artikel von einer Kollegin oder einem Kollegen vorgestellt.

#### **6.9.4.8. Zeitliche Staffelung der Mittagspausen**

Um dem Platzmangel im Aufenthaltsraum in den Mittagspausen entgegenzuwirken schlugen die Teilnehmenden des Gesundheitszirkels eine zeitliche Staffelung nach Teams vor. Da das ambulante Team fixe Mittagszeiten - in der keine Patientinnen und Patienten eingeteilt sind - hat, können sich andere Teams nur an diesen Zeiten orientieren. Die Erstellung eines Zeitplanes wäre Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der dann mit den Vorgesetzten abgesprochen werden müsste. Als Alternative dazu wurde bereits ein Antrag für die Beschaffung einer Sitzecke gestellt. Damit würden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehr Sitzplätze zur Verfügung stehen.

#### **6.9.4.9. Umgestaltung des Raucherzimmers in einen Pausenraum**

Die Entscheidungskompetenz zur Umgestaltung eines „Raucherzimmer“ in einen zweiten Aufenthaltsraum liegt nicht bei den Vorgesetzten der Physiotherapeutinnen und Therapeuten. Die Idee wird jedoch an die leitende Führungsperson weitergegeben, die ein Gespräch mit der Abteilungsleitung führen kann.

#### **6.9.4.10. Ausnahmeregelungen im Arbeitszeitmodell**

Das Arbeitszeitmodell ist prinzipiell nicht veränderbar. Ausgleichstage von Samstagsdiensten müssen im selben Monat konsumiert werden und können daher nicht für Kurse oder Urlaube aufgespart werden. Individuelle Anliegen können mit den jeweils zuständigen Vorgesetzten besprochen werden.

### **6.9.5. Nicht im Verantwortungsbereich der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation umsetzbare Maßnahmen**

#### **6.9.5.1. Einrichtung von Zeiten für Kommunikation und Mehraufgaben**

In den Teams sind bereits Kommunikationszeiten vorhanden. Die Mittagspausen sind in den meisten Bereichen sehr lang. Diese Zeit sollte besser zur Kommunikation genutzt werden. Mehraufgaben sollen auch während des Regelbetriebes stattfinden. Extra Zeiten dafür können aufgrund knapper Zeitressourcen nicht eingerichtet werden.

#### **6.9.5.2. Abbuchung der Kommunikationszeiten und der Mehraufgaben über das Computersystem**

Im Computersystem der Krankenanstalt können nur Therapiezeiten eingegeben werden. Kommunikationszeiten und Mehraufgaben können nicht abgebucht werden. Besprechungen, Visiten, die Abstimmung von Urlauben, Samstagsdiensten und Abwesenheiten etc. fallen unter die Kategorie Nebenzeiten und werden im System von den Führungskräften über das Jahr hochgerechnet.

#### **6.9.5.3. Verständigung der Beschäftigten bei Abwesenheiten von Führungskräften oder des Abteilungsvorstandes**

Die Weiterleitung der Abwesenheiten von Führungspersonen und der ärztlichen Leitung an die Beschäftigten wurde von den Teilnehmenden des Gesundheitszirkels vorgeschlagen. Jedoch kann auch ohne das Nennen der Gründe von Abwesenheiten, jede Führungskraft und jeder Vorstand selbst entscheiden, welche Informationen an die Beschäftigten weitergetragen werden. Dies kann daher nicht von den direkten Vorgesetzten der Therapeutinnen und Therapeuten beeinflusst werden.

#### **6.9.5.4. Datenbank für fachliche Fragen**

Die Idee der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gesundheitszirkels war es, eine Datenbank mit der Erreichbarkeit und fachlicher Qualifikationen von Beschäftigten zu erstellen, um Wissen aus anderen Fachbereichen schnell einholen zu können. Die Erstellung und Wartung einer solchen Datenbank würde für die Führungsebene mit einem sehr großen Arbeitsaufwand verbunden sein. Die Erreichbarkeit der Personen ist über das

Intranet zu finden. Ein Gegenvorschlag der Führungskräfte war die persönliche Kontaktaufnahme mit der/dem jeweiligen Vorgesetzten, die/der im Bedarfsfall den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen mit dem nötigen Fachwissen herstellen kann.

#### **6.9.5.5. Vergleich der Urlaubseinteilung mit den Vorjahren**

Um eine gerechte Urlaubseinteilung zu gewährleisten, wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Gesundheitszirkels der Vergleich der Urlaube mit den Vorjahren vorgeschlagen, sollte es innerhalb der Teams zu keiner Einigung kommen. Dies wird von einigen Führungskräften bereits umgesetzt. Andere lehnen diese Maßnahme ab, da nach ihrer Ansicht, die Einigung darüber, innerhalb der Teams erfolgen soll und sich die Vorgesetzten nicht in diese Angelegenheiten einmischen möchten.

#### **6.9.5.6. Räumliche Veränderung auf den Stationen um mehr Platz zu schaffen**

Der Vorschlag einer Teilnehmerin des Gesundheitszirkels war, die Zusammenlegung einer Toilette und einer Duschkabine. So würde mehr Platz bei Transfers auf die Toilette entstehen. Dies würde darüber hinaus auch eine zeitökonomischere Arbeitsweise für die Angestellten bedeuten. Diese Angelegenheit kann nicht von der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation entschieden werden und müsste an den jeweiligen ärztlichen Vorstand weitertragen werden.

Ein weiterer Vorschlag war das Belegen der Zimmer mit nur zwei statt drei Patientinnen und Patienten, falls mehrere medizinische Geräte - die viel Platz einnehmen - benötigt werden. Auch in diesem Fall liegt die Entscheidungskompetenz bei der ärztlichen Leitung des jeweiligen Bereichs und nicht bei der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

#### **6.9.5.7. Einbindung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in wissenschaftliche Studien**

Die Mitarbeit an wissenschaftlichen Studien - ausgenommen diese sind vom Dienstgeber beauftragt - darf nicht während der Arbeitszeit stattfinden.

#### **6.9.5.8. Anschaffung zusätzlicher Computer zur Bestätigung und Dokumentation in den Aufenthaltsräumen auf den Stationen**

Auf der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation stehen ausreichend Computer zur Verfügung, die nicht bzw. nur sehr wenig genutzt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ausschließlich auf den Stationen arbeiten, können und sollen diese zur Bestätigung und Dokumentation verwenden.

## **6.10. Vergleich der Ansichten der Beschäftigten mit den Ansichten der Führungskräfte**

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Ansichten und Zugänge zu den im Gesundheitszirkel definierten Lösungsansätzen von den Mitwirkenden und den Meinungen der Führungskräfte dargestellt werden.

### **6.10.1. Ansichten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Zu den Ergebnissen aus dem Gesundheitszirkel ist zu erwähnen, dass dieser von der Moderatorin belastungsorientiert und nicht ressourcenorientiert ausgerichtet wurde. Außerdem soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Ansichten der Belastungen und der Lösungsvorschläge die subjektive Meinung von 5 Angestellten darstellt, die ca. nur einem Zehntel der in der Krankenanstalt arbeitenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten entsprechen. Ebenso ist zu bemerken, dass die Suche nach Lösungsvorschlägen im Gesundheitszirkel frei erfolgt ist und deren mögliche Realisierbarkeit im Vorfeld nicht abgewogen werden sollte. Darüber, dass nicht alle Wünsche und Anregungen zur Umsetzung kommen können, wurde im Vorfeld informiert und war den Mitwirkenden bekannt.

### **6.10.2. Ansichten der Führungskräfte**

Die involvierten Führungskräfte hatten im Rahmen dieses Projektes einen schwierigen Part. Sie sind die direkten Vorgesetzten der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und haben die Aufgabe die einzelnen Teams zu führen. In einer Hinsicht besitzen sie die Kompetenz gewisse Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen zur Umsetzung zu bringen, in anderer Hinsicht sind auch sie von Entscheidungen aus höheren Führungsebenen abhängig. Außerdem können die Vorgesetzten nicht nur die Wünsche der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfüllen, sondern vertreten auch die Interessen des Arbeitgebers.

## 6.11. Maßnahmenkatalog

Vorab ist zu erwähnen, dass schon wenige Wochen nach der Präsentation der Lösungsvorschläge an die Führungskräfte und der darauffolgenden Gruppendiskussion, die Ergebnisse in einer Dienstbesprechung der Führungspersonen aller medizinisch-technischen Berufsgruppen in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation diskutiert wurden und die Umsetzung einiger Maßnahmen bereits beginnen konnte. Außerdem wurde die Autorin dieser Masterthesis einige Wochen später noch einmal eingeladen, um mit drei der Vorgesetzten und der leitenden Führungskraft, die tatsächlich umsetzbaren Maßnahmen zu definieren und in einem Maßnahmenkatalog festzuhalten.

Im folgenden Abschnitt werden die, in der Zukunft umsetzbaren Lösungsvorschläge, die teilweise umgesetzten Maßnahmen, sowie die bereits umgesetzten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zusammengefasst. Besprechungen der Führungskräfte, damit weitere Lösungsvorschläge - aus dem Kapitel 6.9.4. Teilweise durchführbare Maßnahmen - umgesetzt werden können, sind in naher Zukunft geplant.

### 6.11.1. Maßnahmen die bereits umgesetzt wurden

#### 6.11.1.1. Arbeitsanweisung „Raumordnung“

Die Raumordnung wurde überarbeitet und neu aufgesetzt. Darin enthalten sind:

- Sorgsamer Umgang mit Therapie- und Arbeitsmittel
- Datenschutzmaßnahmen in den Therapie- und Sozialräumen
- Diverse Hygienemaßnahmen

#### 6.11.1.2. Weitergabe von Informationen von den Führungskräften an die Beschäftigten in den Dienstbesprechungen

- Möglichkeit und Ablauf einer Supervision

#### 6.11.1.3. Besprechung mit dem Verwaltungspersonalpersonal

- Organisation der Patientinnen- und Patienteneinteilung
- Zuständigkeit bei Absagen und Verschiebungen von Patientinnen und Patienten bei Abwesenheiten von Therapeutinnen und Therapeuten
- finden regelmäßig statt

#### **6.11.1.4. Reinigung der Therapiegeräte in den Behandlungsräumen**

- wurde von der neuen Reinigungsfirma übernommen

### **6.11.2. Maßnahmen die sich in der Umsetzung befinden**

#### **6.11.2.1. Aktualisierung der Fotowände**

- Im Ambulanzbereich
- Von manchen Teams bereits durchgeführt
- Erstellung der Fotowände wird keine Verpflichtung

#### **6.11.2.2. Adaptierung der Einschulungsmappe des Pflegepersonals auf der Abteilung für Unfallchirurgie**

- Aufgabenbereiche der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Arbeitszeiten und Tagesabläufe

### **6.11.3. Maßnahmen, die umgesetzt werden**

#### **6.11.3.1. Adaptierungen der Einschulungsmappe zu den Thema**

- Kommunikation
- Fachliche Qualitätssicherung zu Arbeitsabläufen von Patientinnen und Patienten postoperativ

#### **6.11.3.2. Weitergabe von Informationen von den Führungskräften an die Beschäftigten in den Dienstbesprechungen**

- Ablauf bei der Suche nach Kolleginnen und Kollegen mit speziellem Fachwissen
- Möglichkeit der Aussendung von Agendavorschlägen für die Dienstbesprechungen
- Aufruf zur Selbstreflexion bei der Urlaubseinteilung
- Aufruf zur gerechten Verteilung von Mehraufgaben in den Teams
- Erklärung des Ablaufs von Therapiemittelbestellungen
- Möglichkeit der Fortbildungen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten an Ärztinnen und Ärzte sowie umgekehrt
- Tägliche Kurzbesprechungen mit dem Pflegepersonal zum Austausch von Patientinnen – und Patienteninformationen

---

## 7. Diskussion

In der vorliegenden Masterthesis wurde der Einsatz Betrieblicher Gesundheitsförderung bei der Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erörtert.

Im theoretischen Teil erfolgten die Beschreibung und der Einsatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung allgemein und in Krankenhäusern im Speziellen. Vertiefend wurde auf das Instrument Gesundheitszirkel in einem BGF Projekt eingegangen, da dieser als Methode zur Erhebung der Daten der Masterarbeit verwendet wurde. Außerdem wurden das Berufsbild Physiotherapie, die Arbeitsfelder und Abläufe von physiotherapeutischen Behandlungen erläutert, um die Wichtigkeit der BGF für diesen Beruf zu unterstreichen.

Im praktischen Teil erfolgte die Beschreibung des durchgeführten Projektes in einem österreichischen Krankenhaus sowie die Darstellung der erarbeiteten Ergebnisse aus dem Gesundheitszirkel mit fünf Therapeutinnen und Therapeuten, als auch der Gruppendiskussion der Führungspersonen. Im Anschluss wurde anhand der Resultate aus einer weiteren Besprechung zwischen drei Vorgesetzten, der leitenden Führungskraft und der Autorin, ein Maßnahmenkatalog erstellt.

Da es kaum wissenschaftlichen Studien über den Einsatz Betrieblicher Gesundheitsförderung bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gibt, lassen sich die Ergebnisse mit jenen anderer Arbeiten schwer vergleichen. Was jedoch verglichen werden kann, sind die definierten Belastungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gesundheitszirkel mit internationalen Studien, die Belastungen dieser Berufsgruppe erörtern.

Burtchen definierte 2006 in einer Studie körperliche Dauer- und Überbelastung, Zeitdruck, geringes Gehalt und wenig Karrieremöglichkeiten als arbeitsspezifische Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. (Burtchen, 2006) Die Ergebnisse dieser Studie spiegeln sich in der vorliegenden Masterthesis ausschließlich im Thema Zeitdruck wider. Körperliche Überbelastung, geringer Lohn und wenig Aufstiegsmöglichkeiten wurden von den Teilnehmenden des Gesundheitszirkels nicht erwähnt.

In einer weiteren Studie aus dem Jahr 2013 wurden Infektionsrisiko, Transfers von Patientinnen und Patienten, der Umgang mit dem Tod, Feuchtarbeit, geringe Bezahlung, Zeitdruck, Kraftanstrengung und hohe Fortbildungskosten als Belastungen im stationären Bereich eines Krankenhauses angegeben. (Girbig et al., 2013) Unter den überschneidenden, belastenden Faktoren wurde wiederum ausschließlich das Thema Zeitdruck genannt.

---

Die in der Einleitung beschriebene Forschungsfrage sowie die Subforschungsfragen können mit den Ergebnissen aus dem Projekt grundlegend alle wie folgt beantwortet werden. Die Fragen werden hier nochmals angeführt, ebenso die Antworten, die die Autorin gefunden hat:

Wie können Gesundheitsressourcen gestärkt und arbeitsbedingte Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Setting Krankenhaus reduziert werden?

Durch die Umsetzung des erarbeiteten Maßnahmenkatalogs (siehe Kapitel 6.11.) können arbeitsbedingte Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten reduziert werden. Da der Gesundheitszirkel vorwiegend belastungsreduzierend ausgelegt war, können Maßnahmen, die ausschließlich die Ressourcen der Beschäftigten stärken, nur im geringen Ausmaß angeführt werden. Die Maßnahme zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zählt beispielsweise dazu, da dieses Thema sowohl als Belastung, als auch als Ressource genannt wurde.

Welche Faktoren stärken und unterstützen die Gesundheit von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auf der Verhältnisebene, wie in den Dimensionen Führung, Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeit, Arbeitsmittel, sozialer Interaktion etc.?

Der Großteil der umsetzbaren Schritte aus dem Maßnahmenkatalog beziehen sich auf die Verbesserung der Verhältnisse am Arbeitsplatz Krankenhaus. Als Beispiele können die Adaptierung der Einschulungsmappen, die Überarbeitung der Raumordnung und die Adaptierung der Fotowände der Therapeutinnen und Therapeuten, etc. angegeben werden.

Gibt es Unterschiede in der Geschlechterbetrachtung und im Hinblick auf verschiedene Altersgruppen?

Im Rahmen des Projekts wurden wenig geschlechter- oder altersspezifische Unterschiede gefunden. Beim Thema Bereitschaft zur Kommunikation wurden ausschließlich die Dienstjahre und die Erfahrung „im Haus“ als positive Faktoren angeführt. Bei der

---

Problemstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wurde das steigende Alter der Pflegekräfte als Einflussfaktor auf die sinkende Motivation genannt. Unterschiede in der Geschlechterbetrachtung wurden nicht gefunden.

Können durch Ansätze in der Betrieblichen Gesundheitsförderung Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten befähigt werden, selber mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen? Welche Bereiche bleiben immer Organisations- und Führungsverantwortung?

Die Lösungsideen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Gesundheitszirkel zeigen deutlich, dass die Verantwortung für die Umsetzung von BGF zu einem großen Teil bei der Führungsebene liegt. Zusätzlich wurde jedoch eine große Anzahl an Verbesserungsvorschlägen gefunden, für die die Beschäftigten selbst verantwortlich sind. Als Beispiele können die Durchführung von Supervisionen, die Veranstaltung eines Stammtisches oder einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe sowie das Beachten der Raumordnung und der Hygienemaßnahmen, etc. angeführt werden.

Die Veranstaltung einer abteilungsinternen Weihnachtsfeier, die Bewilligung und Beschaffung von Arbeitsmittel, Weitergabe von Informationen und Anordnungen in Dienstbesprechungen, etc. werden immer in den Kompetenzbereich der Führungsebene fallen.

Welche Verhaltensansätze unterstützen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in ihrer Gesundheit?

Nach der Umsetzung der Maßnahmen auf der Verhältnisebene, wie zum Beispiel Überarbeitung der Einschulungsmappe und der Raumordnung, müssen die Änderungen von den Therapeutinnen und Therapeuten berücksichtigt und befolgt werden. Als weiteren Ansatz zu Veränderungen in der Verhaltensebene kann an dieser Stelle zum Beispiel auch die Selbstreflexion bei der gerechten Aufteilung von Mehraufgaben und der gerechten Einteilung der Urlaube angegeben werden.

Grundlegend können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit für die Umsetzung von BGF an der Abteilung für Physikalische Medizin, in der das Projekt durchgeführt wurde, herangezogen werden. Sie sollen als Anhaltspunkt und Stütze sowohl für die Beschäftigten, als auch für die Führungskräfte dienen.

Limitierend zu erwähnen ist, dass vor der Durchführung des Gesundheitszirkels keine schriftliche Befragung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattgefunden hat. Somit sind die Resultate ausschließlich auf die Aussagen von 5 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie deren Führungskräfte zurückzuführen, und nicht repräsentativ für die gesamte Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder andere Krankenhäuser zu sehen.

Wichtig ist der Autorin an dieser Stelle zu erwähnen, dass diese Arbeit mit großem Interesse und Enthusiasmus geschrieben wurde, da sie bis vor kurzem ebenfalls in einem Krankenhaus als Physiotherapeutin tätig war und ihr dieses Thema dadurch besonders am Herzen gelegen ist.

## 8. Conclusio

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Setting Krankenhaus haben kann.

Der Bedarf an Betrieblicher Gesundheitsförderung bei der Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wurde in dem Gesundheitszirkel sichtbar gemacht. Die Berufsgruppe umfasst in österreichischen Krankenanstalten 3.338 Angestellte (Statistik Austria), die von BGF profitieren können. Betriebliche Gesundheitsförderung wirkt sich nicht nur auf die Beschäftigten, sondern auch auf das Unternehmen – in diesem Fall das Krankenhaus – positiv aus. (BGF Netzwerk)

Die vorliegende Masterarbeit zeigt sowohl Änderungsmöglichkeiten auf der Verhältnis- als auch auf der Verhaltensebene auf, um Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem österreichischen Krankenhaus in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu steigern.

Die Nachfrage an Gesundheitsberufen steigt aufgrund der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur stetig an. Gerade im Bereich der Physiotherapie gibt es im deutschsprachigen Raum sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu arbeitsbedingten Belastungen und Betrieblicher Gesundheitsförderung bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Um dem Forschungsbedarf gerecht zu werden, sind in Zukunft zu diesem Thema repräsentative wissenschaftliche Untersuchungen notwendig. Besonders auf den Aspekt der Nachhaltigkeit soll in zukünftigen Projekten geachtet werden, um einen langfristigen Erfolg bei der Stärkung von Gesundheitsressourcen und eine Reduzierung von arbeitsbedingten Belastungen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu erzielen.

## Literaturverzeichnis

Antonovsky A (1997), *Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit*.

Tübingen: dgvt-Verlag

Badura B., Walter U. Hehlmann T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik*

(2. Auflage). Berlin: Springer Verlag

Badura, B., Ritter, W., Scherf, M. (1999) *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein*

*Leitfaden für die Praxis*. Berlin: edition sigma Verlag

BGF Netzwerk. Betriebliche Gesundheitsförderung (2014). Zugriff am 12. Januar 2014

unter [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701059&action=2&viewmode=content#m126769\\_3](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701059&action=2&viewmode=content#m126769_3)

Bruckner H., Czeskleba, R., Heider, A., Hoffmann, P., Kloimüller, I., Schneeberger, K.

(2010). *Erfolgsfaktor gesunde Arbeit. Arbeitswissenschaftliche Fakten für die betriebliche Praxis*. Wien: Verlag des ÖGB GmbH Wien

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014) Zugriff am 22. Juni

2014 unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/8-Gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern/8-1-einleitung.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2014). Zugriff am Zugriff: 14. Februar 2014 unter

[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe\\_A\\_Z/Physiotherapeutin\\_Physiotherapeut](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe_A_Z/Physiotherapeutin_Physiotherapeut)

Burtchen, I.(2006) Berufsbedingte Belastungen von Physiotherapeuten und ihre

Bewältigung. *Z. f. Physiotherapeuten*, 58 (7), 738-741

Cromie, J., E., Robertson, V.,J., & O Best, M. (2000) Work-Related Musculoskeletal

Disorders in Physical Therapists: Prevalenc, Severity, Risks and Responses. *PHYS THER*, 80, (4), 336-351

Dietscher, C. Nowak, P., Pelikan, J. (2000), *Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder*

*Arbeitsplatz*. Wien: Facultas

- FH Campus Wien (2014). Ihr Studium im Überblick. Zugriff am 13. Juli 2014 unter [http://www.fh-campuswien.ac.at/bachelor\\_master/gesundheits/bachelor/physiotherapie/berufsfelder](http://www.fh-campuswien.ac.at/bachelor_master/gesundheits/bachelor/physiotherapie/berufsfelder)
- Froböse, I., Wellmann H., Weber A. (2008) *Betriebliche Gesundheitsförderung: Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung*. Wiesbaden: Universum Verlag
- Girbig, M., Deckert, S., Druschke, D. & Nienhaus, A., Seidler, A. (2013). Arbeitsbedingte Belastungen, Beschwerden und Erkrankungen von Physiotherapeuten in Deutschland. Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion. *physioscience*, ( 9), 66–71
- Höller, U. (2010) DIfPMBulletin Mitteilungsblatt des Deutschen Instituts für Präventive Medizin Nr.1 09 /10 Zugriff am 8. Januar 2014 unter [http://www.difpm.de/files/bulletin1\\_difpm.final2.pdf](http://www.difpm.de/files/bulletin1_difpm.final2.pdf)
- Huber, O. E., Monnin, D., Pailex, R., Boldi-Goetschy, C., Oggier, W., (2011) *Physiotherapie im Wandel: Ein Nachschlagewerk – Was Health Professionals, Politiker, Gesundheitsspezialisten und weitere am Gesundheitswesen und seiner Entwicklung Interessierte wissen sollten – alle Aspekte in einem Buch*. Bern: SGGP
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> Century (1997). Zugriff am 30. November 2013 unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2007). Zugriff am 15. 12. 2013 unter <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.571220&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956>
- Meggeneder, O. & Hinterlehner H. (2006). *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich: Forschungsstand, Strukturen, Entwicklungen*. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986): Zugriff am 30. November 2013 unter: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

- Physio Austria (2014). Zugriff am 14. Februar 2014 unter <https://www.physioaustria.at/allgemeine-information/physiotherapie>
- Pichler B., (2013). *Gesund im AKH – Der Gesundheitszirkel in der Betrieblichen Gesundheitsförderung*, Wien
- Scharinger Christian (2004) *Betriebliche Gesundheitsförderung – Ein guter Weg für kleinere und mittelständische Unternehmen*. Projektleitfaden. Zugriff am 5. Januar 2014 unter <http://www.christian-scharinger.at/pdf/wege-projektleitfaden.pdf>
- Sochert Reinhold (1999) *Die Mitarbeiterbefragung – Nutzen für die Gesundheitsberichterstattung im Betrieb*. *Die BKK, Ausgabe 10/99*, S 505. Zugriff am 8. August 2014 unter [http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/mitarbeiterbefragung\\_bkk\\_sochert.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/mitarbeiterbefragung_bkk_sochert.pdf)
- Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2008) *Wirksamkeit und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. BKK BV, DGUV, AOK-BV und AEV (Hrsg.), URL Zugriff am 7. Januar 2014 unter [http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte\\_Projektberichte/iga-Report\\_13\\_Wirksamkeit\\_Gesundheitsfoerderung\\_Praevention\\_Betrieb.pdf](http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf)
- Spicker I., Schopf A. (2007) *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien: Springer Verlag
- Statistik Austria (2012). *Personal in Krankenanstalten 2012 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern*. Zugriff am 8. August 2014 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html)
- WHO definition of Health (1948). Zugriff am 5. Dezember 2013 unter <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHP in Europe (1999), *Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung*. BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum, Zugriff am 13. 1. 2014 unter <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?&contentid=10008.571227&action=b&cacheability=PAGE>
-

Zepke, G., Stieger, C. (2010) *Kein Ersatz für Kommunikation: Die Mitarbeiterbefragung als Element im Diagnoseportfolio der BGF. In: Faller Gudrun (Hrsg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Verlag*

## Anhang

Wien, 19. 2. 2014

### **Einverständniserklärung zur digitalen Aufnahme des Gesundheitszirkels**

Zur besseren Nachvollziehbarkeit bei der Erstellung des Protokolls nach dem Gesundheitszirkel und zum Verfassen der Masterthesis ist eine digitale Aufnahme notwendig. Die Tonaufnahme wird im Anschluss umgehend wieder gelöscht.

Das Protokoll wird vor der Weitergabe der Inhalte an die Führungsebene von allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen abgesegnet. Es werden weder im Protokoll, noch in der Masterthesis, Namen der Beschäftigten genannt.

Ich bin mit der digitalen Aufnahme des Gesundheitszirkels einverstanden.

Unterschrift:



Moderatorin



Teilnehmer/Teilnehmerin

---

## Lebenslauf

### Sandra Neruda



#### Persönliche Daten

Name	Neruda Sandra
Adresse	Wilhelminenstraße 11-17/2/17
Telefon	0650/5719003
E-Mail	sandra.neruda@gmx.at
Familienstand	Ledig
Staatsangehörigkeit	Österreich
Geburtsdaten	21. 09. 1983, Wien

#### Ausbildung

1990 - 1994	Volksschule 1180 Wien
1994 - 2002	Wirtschaftliches Realgymnasium mit sportlichem Schwerpunkt, 1170 Wien
2002 - 2005	Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst, AKH Wien Diplomarbeit: Krankenpflege und Physiotherapie, Konflikte zwischen zwei Berufsgruppen
2012 - laufend	Master of Public Health Vienna

#### Berufserfahrung

2005 - 2007	Physiotherapie an der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation/Bereich Chirurgie, AKH Wien
-------------	--

2007 - 2014	Physiotherapie an der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Bereich Unfallchirurgie, AKH Wien
2009 - laufend	Freiberufliche Physiotherapeutin
2011 - laufend	Leitung einer präventiven Wirbelsäulengruppe
2013 - laufend	Seminare Rückenfit am Arbeitsplatz
2014 - laufend	Projektleitung eines Präventionsprojekts für übergewichtige Kinder in der WGKK Abteilung Gesundheitsservice und Prävention

### **Weiterbildungen**

2007	Triggerpunkttherapie
2007 - 2008	Sportphysiotherapie nach dem Konzept der spt-education
2009	Kinesiotaping
2009 - 2010	Manuelle Therapie nach Maitland
2011	Akkupunkturmeridianmassage nach der TCM
2013	Ausbildung zur Gesundheitszirkelmoderatorin
2013	Outdoormethoden als Gruppenprozess in der Gesundheitsförderung
2014	Projektmanagemet Basic

### **Internships**

2013	ÖAPG – Österreichische Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation
2013 - laufend	AKH Wien: BGF-Projekt - Gesund im AKH
2014	WGKK: Abteilung Gesundheitsservice und Prävention

### **Sprachkenntnisse**

Englisch: in Wort und Schrift  
 Spanisch: Grundkenntnisse

## Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit *selbstständig* verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

Datum: 17. 08. 2014

Unterschrift: