Von BGF zu BGM – förderliche und hinderliche Faktoren im Setting Langzeitpflege

Maria Maislinger-Parzer, Ulrike Garstenauer, Beate Brandauer

Fachhochschule Salzburg GmbH, Zentrum für Zukunftsstudien, Urstein Süd 1, A-5412 Puch, AUSTRIA

KURZFASSUNG/ABSTRACT:
Aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der bestehenden Gesundheitssituation sind MitarbeiterInnen im Setting Langzeitpflege längst Zielgruppe von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten. Der Übergang von zeitlich begrenzten Projekten hin zur Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt jedoch eine große Herausforderung für Seniorenwohnhäuser dar. Anhand der Erkenntnisse aus der Evaluierung eines BGF-Projekts (mit 8 Betrieben) und eines darauf aufbauenden BGM-Projekts (in 6 Betrieben) im Bundesland Salzburg werden förderliche und hinderliche Faktoren am Weg zu BGM dargestellt. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert insbesondere überzeugte EntscheidungsträgerInnen, ausreichende und stabile personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, eine professionelle externe Begleitung sowie maßgeschneiderte Instrumente, als Basis für die zukünftige Arbeit.

1 EINLEITUNG

Eine steigende Zahl an österreichischen Unternehmen und Institutionen führt betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte durch. Von 1220 Betrieben, die die erste Stufe des Qualitätssicherungssystems des Österreichisches Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) erwarben (Unterzeichnung der BGF-Charta als Absichtserklärung zur Umsetzung eines BGF-Projekts innerhalb der nächsten zwei Jahre), erreichten bis 2014 456 Betriebe mit der Verleihung des BGF-Gütesiegels die zweite Stufe. Dieses zentrale Element der Qualitätssicherung wird Unternehmen verliehen, „die ein qualitätsvolles BGF-Projekt umgesetzt bzw. betriebliche Gesundheitsförderung in den Regelbetrieb des unternehmerischen Alltags implementiert haben“ [1]. Bei jenen 28% der Unternehmen, die dieses Siegel bereits zum zweiten oder dritten Mal verliehen bekommen haben, wird von nachhaltiger Umsetzung und Überführung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement gesprochen.

Nach einem erfolgreichen BGF-Projekt stellt die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements eine bisweilen große Herausforderung für Betriebe dar. Welche Faktoren erweisen sich nun in der Praxis als förderlich und welche als hinderlich am Weg von betrieblicher Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement? Der vorliegende Artikel widmet sich diesem Thema im Bereich der Langzeitpflege. Anhand der Erkenntnisse der Evaluierung eines u.a. FGÖ-geförderten BGF-Projektes in acht Seniorenwohnheimen im Bundesland Salzburg (2008-2011) und eines Nachfolgeprojektes, das sich die darauf aufbauende nachhaltige Implementierung von BGM in sechs Seniorenwohnhäusern (2012-2015) zum Ziel gesetzt hat, können begünstigende und hinderliche Faktoren auf dem Weg zu BGM im Setting Langzeitpflege identifiziert werden.

Die in diesem Beitrag zusammengeführten Erkenntnisse resultieren aus den Ergebnissen, die durch unterschiedliche quantitative und qualitative sozialwissenschaftliche Methoden (Gesundheitsbefragungen, Gruppendiskussionen, leitfadengestützte Interviews, Workshops, etc.) im Rahmen der formativen und summativen Evaluation der beiden oben genannten Projekte gewonnen wurden und werden nach einer Darstellung der Gesundheitssituation und des Gesundheitsförderungsbedarfs im Setting Langzeitpflege und einem kurzen Eingehen auf die Themen BGF und BGM dargelegt.

2 GESUNDHEITSSITUATION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSBEDARF IM SETTING STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE

Das Gesundheitswesen ist durch einen ausgeprägten Dienstleistungscharakter gekennzeichnet und stellt daher einen personalintensiven Wirtschaftszweig mit hohem Anteil weiblicher Beschäftigter und einem hohem Ausmaß an Teilzeitbeschäftigung dar [2]. Als traditionell hohe Belastungen werden u.a.

- die zunehmende Ökonomisierung verbunden mit dem (vermeintlichen) Wegbrechen bisheriger Werte und Orientierungen,
- ein gestiegener administrativer Aufwand,
- die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen,
- ein Personalabbau im pflegerischen Bereich sowie
- in Teilbereichen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitsquote v.a. durch die Zunahme psychischer Erkrankungen

identifiziert [2].

Unterschiedliche Studien belegen, dass Altenpflegekräfte sich insgesamt häufiger von körperlichen und psychischen Beschwerden belastet fühlen und eine durchschnittlich höhere Krankenstandsdauer als Pflegekräfte in anderen Bereichen bzw. der Durchschnitt der Versicherten haben und eher frühzeitig aus dem Beruf oder gar dem Berufsleben aussteigen [3, 4].

Wenig überraschend hat sich in den Gesundheitsbefragungen im Rahmen der Evaluationsstudien gezeigt, dass „wenig Personal“, „Zeitdruck“ und „körperlich anstrengende Arbeit“ jene Faktoren sind, die den höchsten Bedeutungs-/Belastungszusammenhang für Pflegebedienstete in den untersuchten Salzburger Seniorenwohnhäusern darstellen (siehe Abb. 1). Das bedeutet, in diesen Bereichen ist einerseits eine große Belastung spürbar und andererseits stellt die Zufriedenheit mit diesen Aspekten eine hohe Bedeutung für das Personal dar. Diese Belastungssituation entspricht im Wesentlichen bisherigen Forschungsergebnissen [4, 5, 6, 7].

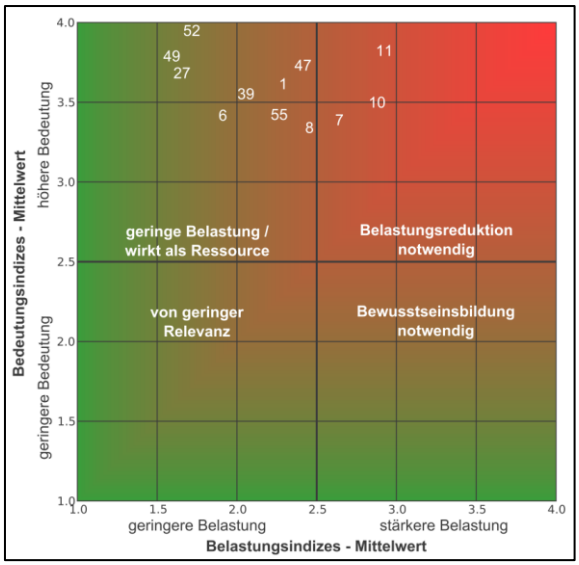

Abb.1. Bedeutungs-/Belastungsmatrix (ausgewählte Indizes)

Nr.	Kennzahl	Nr.	Kennzahl
1	Bezahlung im Verhältnis zur Leistung / Qualifikation	27	klare Zuständigkeiten
6	keine / wenig Entscheidungsmöglichkeiten	39	Mitsprachemöglichkeiten
7	körperlich anstrengende Arbeit	47	Unterstützungsmöglichkeiten bei Mehrbelastung
8	psychisch belastende Arbeit	49	Ausstattung der Arbeitsräume
10	Zeitdruck	52	Sicherheit des Arbeitsplatzes
11	wenig Personal	55	hoher Pflegebedarf bei BewohnerInnen

Die Notwendigkeit der Gesunderhaltung von Altenpflegekräften wird neben der überdurchschnittlich hohen Belastungen außerdem mit einem befürchteten Pflegekräftemangel aufgrund des demografischen Wandels (steigende Zahlen älterer, pflegebedürftiger Menschen) sowie der zu erwartenden Abnahme der häuslichen Pflege begründet [3]. Nicht zuletzt deshalb sind Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens bereits seit Längerem im Blickpunkt von Gesundheitsförderung und -management, wobei die Berufsgruppe der Pflegenden die meiste Aufmerksamkeit erhält [2]. Der Fokus auf die Beschäftigtengruppe „Pflegepersonal“ innerhalb der Institution „Seniorenwohnhaus“ spiegelt sich auch in den evaluierten Projekten wider.

3 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF) UND BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT (BGM)

In den vergangenen Jahren wurde eine Vielzahl an BGF-Initiativen auf Basis von Pilotprojekten in der Langzeitpflege durchgeführt. Zwar hat sich betriebliche Gesundheitsförderung als Einstieg in das Thema Gesundheit im Betrieb als wesentlicher Erfolgsfaktor am Weg zum BGM herausgestellt (siehe Kapitel 4). Es muss jedoch kritisch festgehalten werden, dass sich diese „zumeist in einzelnen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation (z.B. Ernährung, Bewegung, Genußmittelkonsum [sic!], Streßbewältigung [sic!], oder in zeitlich befristeten Interventionen in das Betriebsgeschehen“ [8] erschöpfen. Demgegenüber umfasst betriebliches Gesundheitsmanagement „die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der MitarbeiterInnen zum Ziel haben.“ [9] Führung und Mitarbeitervertretung müssen dabei partnerschaftlich zusammenarbeiten, um über den Weg des BGM die Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik, die die „gesunde Organisation“ darstellt, zu erreichen [9].

Nach Krajic/Schmidt/Christ (2010) sind die meisten BGF-Projekte nicht oder kaum auf andere Einrichtungen transferierbar und bieten in dieser Form keine stabile Basis für längerfristige Gesundheitsförderungsbemühungen i.S. eines betriebliches Gesundheitsmanagements [10]. Das Ziel der Schaffung einer gesunden Organisation erfordert eine individualisierte Herangehensweise i.S. eines Integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements (IBGM) [11], indem es um die Integration des Themas Gesundheit in ein bestehendes Managementsystem und nicht um die Errichtung eines zusätzlichen weiteren Managementsystems geht. Analog zum Grundsatz „Health in all Policies“ auf übergeordneter Politik-Ebene gemäß der Adelaide Erklärung der WHO 2010 [12], ist diese Leitlinie in die Mikro-Ebene im Gesundheitsmanagement eines Betriebes zu integrieren und in allen Unternehmens(politik)Bereichen anzuwenden.

4 FÖRDERLICHE UND HINDERLICHE FAKTOREN BEI DER EINFÜHRUNG VON BGM

Im Rahmen der evaluierten Projekte hat sich gezeigt, dass gerade der Übergang von zeitlich begrenzten Einzelmaßnahmen/-projekten in der Gesundheitsförderung - die extern begleitet, unterstützt und in wesentlichen Teilen (mit-)getragen werden - hin zur Integration in das Unternehmenssystem als betriebliches Gesundheitsmanagement eine große Herausforderung darstellt.

Folgende Faktoren erweisen sich als förderlich bei der Umsetzung von BGF zu BGM im Setting Langzeitpflege (die Reihung erfolgt nach der Reihenfolge im Prozess und nicht nach der Wertigkeit der einzelnen Aspekte):

- Beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wirkt sich das Vorhandensein von ausreichend Zeit förderlich aus. Der Aufbau von Kompetenzen bei den handelnden Personen (Führungskräfte, Gesundheitsbeauftragte, Personalvertretung, Mitarbeitende) benötigt einen gewissen Zeitraum, in dem Wissenserwerb, Diskussions- und Reflexionsphasen sowie das Hineinwachsen in Funktionen, z.B. als Gesundheitsbeauftragte, stattfinden. Ein günstiger Anfang ist der Einstieg über ein mehrjähriges BGF-Projekt mit der ersten Auseinandersetzung zum Thema Gesundheit im Betrieb, eine anschließend gute Einführung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement und darauf aufbauend die Installation eines solchen. Positive Effekte zeigen sich i.d.R. erst mittelfristig (siehe auch [11]). Dies wurde insbesondere bei jenen Seniorenwohnhäusern sichtbar, in denen bereits ein BGF-Vorgängerprojekt durchgeführt wurde.
- Eine kontinuierliche kompetente Begleitung des Gesamtprozesses durch externe ExpertInnen hat sich als bedeutsam erwiesen, indem theoretisches Fachwissen und professionelles Projektmanagement einflossen, individuelle Voraussetzungen berücksichtigt werden konnten, Möglichkeiten beispielhaft aufgezeigt und der Arbeitsaufwand der innerbetrieblichen AkteurInnen in der Aufbauphase gering(er) gehalten werden konnte (siehe auch [11]).
- Ein entscheidender Aspekt ist, dass sowohl die Leitung des jeweiligen Seniorenwohnheims (bei doppelter Führung, die Heimleitung und die Pflegedienstleitung) als auch die übergeordnete Führungsebene (die zuständige Amts- bzw. die Abteilungsleitung) von der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugt sind und dieses strukturell und ideell forcieren sowie in die allgemeine Personal-/Unternehmenspolitik integrieren.
- Zusätzlich zur ideellen Überzeugung von Seiten der Leitungsebene erfordert die Implementierung von BGM die Bereitstellung ausreichender und langfristig festgelegter zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen. Die Verankerung von Strukturen ist notwendig, um den Fortbestand des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht von einzelnen Führungskräften und MitarbeiterInnen abhängig zu machen.
- Eine bewusste Auswahl der MitarbeiterInnen für bestimmte BGM-Funktionen (z.B. als Gesundheitsbeauftragte oder Arbeitskreis-Mitglieder) hat sich als bedeutsam erwiesen, damit sie als engagierte MultiplikatorInnen wirken können.
- Ein wesentlicher förderlicher Faktor ist die Stabilität bei den für BGM zuständigen Personen. Vor allem ein Wechsel in der Führung kann sich maßgeblich auf den Fortbestand auswirken.
- Des Weiteren wirkt sich die Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen positiv aus. Ein Arbeitskreis zum Thema Gesundheit sollte im Idealfall aus der Heim- und Pflegedienstleitung, mindestens zwei Gesundheitsbeauftragten und einer Person aus der Personalvertretung bestehen. Zusätzlich ist es günstig, frühzeitig Ersatzpersonen einzuplanen und auszubilden.
- Als förderlicher Aspekt hat sich die heimübergreifende Vernetzung der Gesundheitsbeauftragten herausgestellt. Teilweise vorhandenes Konkurrenzdenken wurde von Offenheit abgelöst. Regelmäßiger heimübergreifender Austausch zu Gesundheitsthemen (während der Dienstzeit) führt zu gegenseitiger Motivation und Kooperation bei gemeinsamen Ideen. Wenn bestimmte Gesundheitsthemen in allen Seniorenwohnhäusern relevant sind, kann deren Bedeutung wirksamer an die Gesamtleitung kommuniziert werden.
- Die begleitende Evaluierung und regelmäßige Rückspiegelung der Ergebnisse beförderten weiters den Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

- Als wesentlicher Faktor haben sich auch maßgeschneiderte Instrumente für die alltägliche Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements herausgestellt. Auf Basis vorhandener Modelle, theoretischer Vorüberlegungen und der Evaluationszwischenergebnisse wurde vom Evaluationsteam im Rahmen eines partizipativen Workshops mit den Arbeitskreismitgliedern der Seniorenwohnhäuser ein an die Bedürfnisse der Seniorenwohnhäuser abgestimmter BGM-Zyklus (siehe Abb. 2), ein BGM-Jahreskalender sowie ein BGM-Logbuch erstellt. Diese dienen als praktische Handlungsanleitung für die zukünftige Umsetzung von BGM.

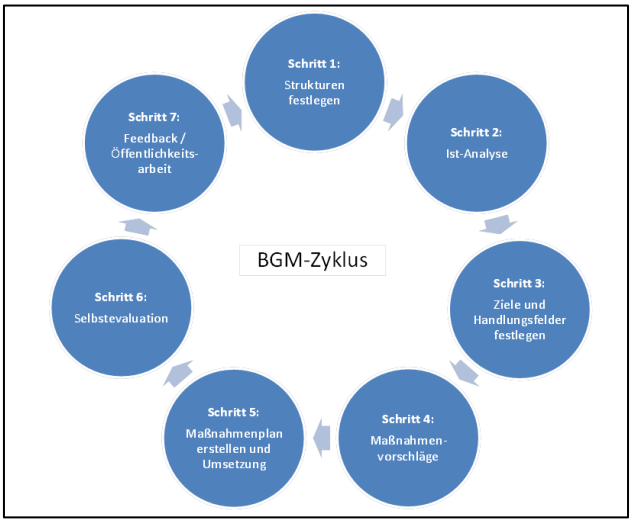

Abb. 2. BGM-Zyklus für Seniorenwohnhäuser der Stadt Salzburg

- Abschließend sei noch auf die gängige Förderpraxis als förderlichen Faktor am Weg von BGF zu BGM verwiesen, die auch nach der Förderung eines BGF-Projekts den Strukturaufbau und die Prozessbegleitung unterstützt sowie die kompetente Beratung über die Fördermöglichkeiten und Richtlinien durch unterschiedliche Institutionen bzw. externe ProjektleiterInnen.

Als hinderlich am Weg von BGF zu BGM erwiesen sich folgende Faktoren:

- Die Expertise der zentralen Berufsgruppe „Pflegende“ zum Thema Gesundheit bedeutet nicht, dass sie mit den Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement vertraut sind und sich leichter damit auseinandersetzen (siehe auch [11]), sondern ist teilweise sogar ein Nachteil, weil einige MitarbeiterInnen erst überzeugt werden müssen, dass hier noch Kompetenzaufbau von Nöten ist.
- Der Wegfall entscheidender Führungspersonen und/oder Arbeitskreismitglieder wirkt sich negativ aus, weil einerseits wesentliche MultiplikatorInnen abhandenkommen und andererseits BGM möglicherweise von der neuen Führung nicht mehr als essentieller Managementbestandteil getragen wird. Kommt eine Führungskraft von außen neu hinzu, benötigt auch sie wieder Zeit, um mit dem Thema vertraut zu werden (siehe oben), bevor sie es authentisch unterstützen kann.
- Hinderlich wirkt auch ein meist nicht offen ausgesprochenes Konkurrenzdenken zwischen den Beteiligten in den unterschiedlichen Häusern auf MitarbeiterInnen- und/oder Leitungsebene, das einen offenen Austausch nicht zulässt und so Lernerfahrungen und gegenseitige Unterstützung begrenzt. Dadurch müssen in jedem Betrieb mehr Zeit und sonstige Ressourcen investiert werden.

Abgesehen von den angeführten Faktoren wirkt sich die Nicht-Einhaltung der o.a. förderlichen Faktoren hinderlich für die Einführung von BGM aus.

5 FAZIT

Die Erkenntnisse aus der Evaluierung der BGF-/BGM-Projekte decken sich überwiegend mit bisherigen Forschungsergebnissen. Als grundsätzlich förderliche Faktoren am Weg von BGF zu BGM können überzeugte EntscheidungsträgerInnen, ausreichende und stabile personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, der Aufbau von Strukturen (die Funktionen wie Gesundheitsbeauftragte sowie einen zuständigen Arbeitskreis beinhalten), eine professionelle externe Begleitung sowie eine den Aufbau unterstützende Evaluierung genannt werden. Es existiert kein allgemeingültiges BGM-Konzept, das einer Organisation „übergestülpt" werden könnte. Das bedeutet, eine erfolgreiche Implementierung eines Gesundheitsmanagements erfordert eine individuelle Herangehensweise, um dieses in das bestehende Management zu integrieren und maßgeschneiderte Instrumente als Grundlage für die alltägliche Umsetzung. Das Thema „Zeit" ist ein zentraler Aspekt: Einerseits besteht im Bereich „Zeitmangel" gemäß der Belastungs-/Bedeutungsmatrix der größte Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung in den untersuchten Betrieben, andererseits stellt „Zeit" als Ressource einen wesentlichen förderlichen Faktor am Weg zu BGM dar. Vorübergehend kann das Problem im Rahmen eines geförderten Projekts durch die Übernahme von Tätigkeiten durch externe ExpertInnen gelöst werden, langfristig werden innerbetriebliche Lösungen erforderlich.

LITERATUR

[1] Heigl, Christoph (2014): Qualitätssicherung als laufende Entwicklung am Beispiel der Betrieblichen Gesundheitsförderung des Österreichischen Netzwerks für BGF (ÖNBGF). In: Wirtschaftspsychologie, 2/2014, 16, S. 35-43.

[2] Müller, Brigitte (2009). Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus - Bestandsaufnahme und Ausblick. Abschlussbericht: Hans Böckler Stiftung.

[3] Brause, Michaela et al. (2010). Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-144.pdf

[4] Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor: Gesundheitsberufe belasten die Gesundheit (2011). Unterlagen zur Pressekonferenz am 13.12.2011. http://media.arbeiterkammer.at/ooe/presseunterlagen/2011_und_aelter/PKU_Arbeitsgesundheitsmonitor_13122011.pdf

[5] Böhm, Renate (2006). Arbeitsklima-Index Gesundheit. Salzburg: Kammer für Arbeiter und Angestellte.

[6] Michenthaler, Georg (2014). Arbeitsklima Index in Gesundheitsbetrieben Salzburg 2014. Wien, o.V.

[7] Cichocki, Marting / Wagreich, Tanja (2012). Ergebnisse und Ausblick auf strategisch relevante Themen im Rahmen der Organisationsentwicklung des Projekts „Gesundheit hat kein Alter". In: Soziale Sicherheit, 2/2012, 65, S. 90-96.

[8] Badura, Bernhard / Ritter, Wolfgang / Scherf, Michael (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma.

[9] Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (Hrsg.)(2003). Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin / Heidelberg / New York: Springer.

[10] Krajic, Karl / Schmidt, Carolin / Christ, Rainer (2010). Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. In: Soziale Sicherheit, 3/2010, 63, S. 142-148.

[11] Zink, Klaus J. / Thul, Martin J. / Hoffmann, Judith / Fleck, Achim (2009). Integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Kooperationsprojekt des Instituts für Technologie und Arbeit und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen. Umsetzung und Evaluation unter Berücksichtigung der Stakeholderperspektive. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Vetter, Christian (Hrsg.)(2009). Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement – Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer, S. 171 -186.

[12] WHO (2010). Adelaide Erklärung zur Gesundheit in allen Politikbereichen. http://www.who.int/social_determinants/german_adelaide_statement_for_web.pdf