

Maria Maislinger-Parzer / Ulrike Garstenauer / Beate Brandauer

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

104 - 30 Jahre Ottawa Charta (1986-2016). Mit welchen Ansätzen hat die Gesundheitsförderung einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung einer Gesundheitsgesellschaft geleistet?

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 auf dem Weg zu BGM dargestellt. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert insbesondere überzeugte EntscheidungsträgerInnen, ausreichende und klar definierte personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, eine professionelle externe Begleitung sowie maßgeschneiderte Instrumente als Basis für die zukünftige Arbeit.

Keywords:

Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Settingansatz, Evaluation, Langzeitpflege, Methodentriangulation

1. Einleitung

Eine steigende Zahl an österreichischen Unternehmen und Institutionen führt betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte (BGF) durch. Von 1220 Betrieben, die die erste Stufe des Qualitätssicherungssystems des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) erwarben (Unterschreiben der BGF-Charta als Absichtserklärung, innerhalb der nächsten zwei Jahre ein BGF-Projekt durchzuführen), 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“ (Heigl 2014). Bei jenen 28 Prozent der Unternehmen, die dieses Siegel bereits zum zweiten oder dritten Mal verliehen bekommen haben, wird von nachhaltiger Umsetzung und Überführung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) 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 Setting der Langzeitpflege. Anhand der Erkenntnisse der Evaluierung eines u.a. FGÖ-geförderten BGF-Projektes in acht Seniorenwohnheimen (SWH) im Bundesland Salzburg (2008-2011) und eines Nachfolgeprojektes, das sich darauf aufbauend die 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.

Folgende quantitative und qualitative sozialwissenschaftliche Methoden kamen im Rahmen der formativen und summativen Evaluation der beiden oben genannten Projekte zum Einsatz:

- 1. Gesundheitsbefragung zu Projektstart: 2009 (8 SWH): 674 MitarbeiterInnen (48% Rücklauf); 2012 (zusätzlich 2 SWH, die ausschließlich am BGM-Projekt teilnahmen): 87 MitarbeiterInnen (47% Rücklauf)
- 2. Gesundheitsbefragung gegen Projektende 2015 (6 SWH): 254 MitarbeiterInnen (41% Rücklauf)
- 21 Gruppendiskussionen (GesundheitszirkelteilnehmerInnen, Arbeitskreismitglieder, Führungskräfte) zu je 3-10 Personen
- 39 leitfadengestützte Interviews (Führungskräfte, Gesundheitsbeauftragte, ProjektpartnerInnen, Amtsleitung)
- 8 Workshops mit 5-28 TeilnehmerInnen (Reflexionsworkshops, Tool-Entwicklung).

Nach einer Darstellung der Gesundheitssituation und des Gesundheitsförderungsbedarfs im Setting Langzeitpflege sowie einer kurzen Auseinandersetzung mit den Themen BGF und BGM werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den Evaluationen dargelegt.

2. Gesundheitssituation und Gesundheitsförderungsbedarf im Setting stationäre Langzeitpflege

Das Gesundheitswesen ist durch einen ausgeprägten Dienstleistungscharakter gekennzeichnet und stellt einen personalintensiven Wirtschaftszweig mit hohem Anteil weiblicher Beschäftigter und einem großen Ausmaß an Teilzeitbeschäftigung dar (vgl. Müller 2009). Als traditionell starke 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 (vgl. Müller 2009).

Unterschiedliche Studien belegen, dass Altenpflegekräfte sich insgesamt noch häufiger von körperlichen und psychischen Beschwerden belastet fühlen und eine durchschnittlich höhere Krankenstanddauer als Pflegekräfte in anderen Bereichen bzw. der Durchschnitt der Versicherten haben und eher frühzeitig aus dem Beruf oder gar dem Berufsleben aussteigen (vgl. Brause et al. 2010; Österr. Arbeitsgesundheitsmonitor 2011).

Wenig überraschend hat sich bei den Gesundheitsbefragungen 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 ihre Zufriedenheit damit eine hohe Bedeutung für das Personal dar. Diese Belastungssituation entspricht im Wesentlichen bisherigen Forschungsergebnissen (Österr. Arbeitsgesundheitsmonitor 2011; Böhm 2006; Michenthaler 2014; Cichocke/Wagenreich 2012).

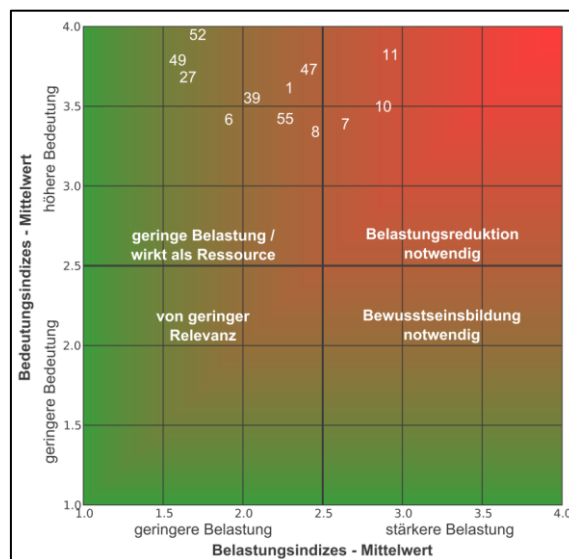


Abb.1: Bedeutungs-/Belastungsmatrix Gesundheitsbefragung 2015 (ausgewählte Indizes)

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 den überdurchschnittlich hohen Belastungen außerdem mit einem befürchteten Pflegekräftemangel aufgrund des demogra-

fischen Wandels (mehr ältere, pflegebedürftige Menschen), eines höheren Durchschnittsalters der Pflegekräfte sowie der zu erwartenden Abnahme der häuslichen Pflege begründet (vgl. Brause 2010). 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 (vgl. Müller 2009). 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)

Betriebliche Gesundheitsförderung als Einstieg in das Thema Gesundheit im Betrieb hat sich als wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Implementierung von BGM herausgestellt (siehe Kapitel 4.1.). Es muss jedoch kritisch festgehalten werden, dass sich BGF „zumeist in einzelnen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation (z.B. Ernährung, Bewegung, Genußmittelkonsum [sic!], Streßbewältigung [sic!]) oder in zeitlich befristeten Interventionen in das Betriebsgeschehen“ (Badura/Ritter/Schärf 1999) erschöpft. 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.“ (Badura/Hehlmann 2002) Führung und MitarbeiterInnenvertretung arbeiten dabei partnerschaftlich zusammen, um mit Hilfe von BGM die Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik, die die „gesunde Organisation“ darstellt, zu erreichen (vgl. Badura/Hehlmann 2002).

Nach Krajic/Schmidt/Christ (2010) sind die meisten BGF-Projekte nicht oder kaum in andere Einrichtungen transferierbar und bieten selten eine stabile Basis für längerfristige Gesundheitsförderungs Bemühungen i.S. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das Ziel der Schaffung einer gesunden Organisation erfordert eine individualisierte Herangehensweise in der Form eines Integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements (IBGM) (Zink et al. 2009), wobei es um die Integration des Themas Gesundheit in ein bestehendes Managementsystem geht. Im Rahmen der Evaluierungen hat sich jedoch gezeigt, dass es durchaus wichtig ist, Erfahrungen, die in anderen Betrieben (bzw. Projekten) gemacht werden (z.B. im Rahmen eines persönlichen Austauschs) aufzugreifen. Es kommt allerdings keine Einrichtung umhin, den manchmal als mühsam empfundenen BGM-Prozess selbst zu durchlaufen, um adäquate Lösungen zu erarbeiten (vgl. Maislinger-Parzer/Garstenauer/Brandauer 2015).

4. Begünstigende und hinderliche Faktoren bei der Einführung von BGM

Im Rahmen der evaluierten Projekte hat sich gezeigt, dass sich folgende Faktoren als förderlich bei der Umsetzung von BGF zu BGM im Setting Langzeitpflege erweisen:

4.1. Ressourcen und Überzeugung

- Beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wirkt die Ingredienz „Zeit“ förderlich. Der notwendige 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 können. 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. Dies wird insbesondere bei jenen Seniorenwohnhäusern sichtbar, in denen bereits ein BGF-Vorgängerprojekt durchgeführt wurde.
- Ein entscheidender Aspekt ist, dass sowohl die Leitung des jeweiligen Seniorenwohnheims als auch die übergeordnete Führungsebene von einem betrieblichen Gesundheitsmanagement überzeugt sein sollen und dieses strukturell und ideell forcieren. BGM ist darüber hinaus in die allgemeine Personal-/Unternehmenspolitik zu integrieren.
- Eine wesentliche Grundvoraussetzung stellen ausreichende und klar definierte zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen dar.

4.2. Strukturen / Funktionen

- Als gewinnbringend haben sich klare Strukturen mit verbindlichen Funktionen und Aufgabenbeschreibungen erwiesen, um u.a. den Fortbestand des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht von Einzelpersonen abhängig zu machen. Dabei ist auf eine bewusste Auswahl von Personen zu achten, die kompetent und anerkannt sind, für gesundheitsrelevante Themen zu sensibilisieren, zu vermitteln und zu motivieren.
- Wichtig ist besonders in der Einführungsphase eine Stabilität bei den für BGM zuständigen Personen. Vor allem ein Wechsel in der Führung kann sich maßgeblich auf die weitere Entwicklung auswirken.
- Des Weiteren wirkt sich die Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen positiv aus. Ein Arbeitskreis zum Thema Gesundheit sollte in einem SWH aus der Heim- und Pflegedienstleitung, mindestens zwei Gesundheitsbeauftragten und einer Person aus der Personalvertretung bestehen. Zusätzlich ist es günstig, frühzeitig Ersatzpersonen einzuplanen und auszubilden.

4.3. Projektbegleitung sowie interne und externe Vernetzung

- Eine kontinuierliche kompetente Begleitung des Gesamtprozesses durch externe ExpertInnen hat sich als bedeutsam erwiesen, da theoretisches Fachwissen und professionelles Projektmanagement einfließen, individuelle Voraussetzungen berücksichtigt und Möglichkeiten beispielhaft aufgezeigt werden können. Zudem kann der Arbeitsaufwand der innerbetrieblichen AkteurInnen in der Aufbauphase gering(er) gehalten werden.

- Als begünstigender Aspekt hat sich die heimübergreifende Vernetzung der Gesundheitsbeauftragten herausgestellt. Teilweise vorhandenes Konkurrenzdenken wird durch Offenheit abgelöst. Ein regelmäßiger heimübergreifender Austausch zu Gesundheitsthemen führt zu gegenseitiger Motivation und Kooperation sowie zu besserer Durchsetzbarkeit bei gemeinsamen Ideen.
- Die begleitende Evaluierung und regelmäßige Rückspiegelung der Ergebnisse befördern weiteren Aufbau eines BGM. Eine abschließende Reflexion kann die wesentlichen Eckpunkte verdichten, festlegen und für die Zukunft verbindlich festhalten.

4.4. Adäquate Instrumente und Förderpraxis

- Als förderlicher Faktor haben sich maßgeschneiderte Instrumente für die alltägliche Umsetzung eines BGM herausgestellt. Auf Basis vorhandener Modelle, theoretischer Vorüberlegungen und der Evaluationszwischenergebnisse erstellte das Evaluationsteam im Rahmen eines partizipativen Workshops mit den Mitgliedern der Arbeitskreise Gesundheit der Seniorenwohnhäuser ein auf die konkreten Bedürfnisse abgestimmtes BGM-Zyklus-Modell (siehe Abb. 2), einen BGM-Jahreskalender sowie ein BGM-Logbuch. Diese Tools dienen als praktische Handlungsanleitung bzw. konkrete Werkzeuge für die weitere Umsetzung des BGM.

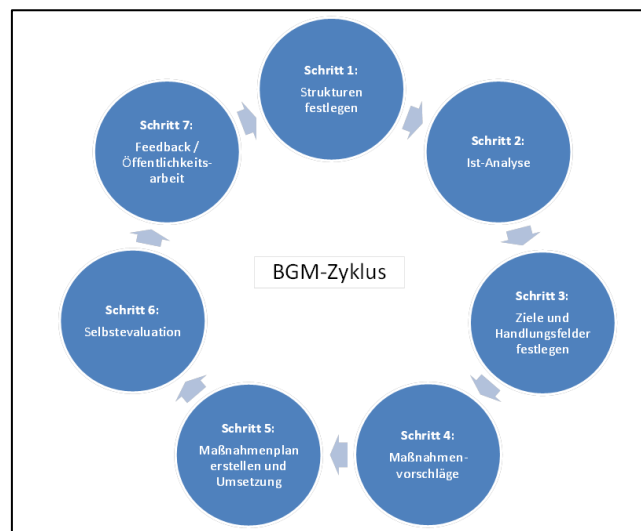


Abb. 2: BGM-Zyklus für Seniorenwohnhäuser der Stadt Salzburg

- Abschließend sei noch auf die gängige Praxis verwiesen, nach der Förderung eines BGF-Projekts den Strukturaufbau und die Prozessbegleitung zu unterstützen sowie eine kompetente Beratung über Fördermöglichkeiten und Richtlinien durch unterschiedliche Institutionen bzw. externe ProjektleiterInnen zu gewährleisten.

Als hinderlich bei der Überführung von BGF zu BGM erwiesen sich folgende Faktoren:

- Die Expertise der zentralen Berufsgruppe „PflegerIn“ zum Thema Gesundheit bedeutet nicht, dass sie mit den Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement vertraut sind und sich leichter damit auseinandersetzen, sondern wird z.T. zum Nachteil, wenn einige MitarbeiterInnen erst von der Notwendigkeit eines Kompetenzaufbaus überzeugt werden müssen.
- Der Wegfall entscheidender Führungspersonen und/oder Arbeitskreismitglieder wirkt sich negativ aus, weil einerseits wesentliche MultiplikatorInnen abhandenkommen und andererseits BGM ggfs. 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.
- Hinderlich wirkt ein meist nicht offen ausgesprochenes Konkurrenzdenken bei der Beteiligung mehrerer Betriebe auf MitarbeiterInnen- und/oder Leitungsebene, das einen offenen Austausch nicht zulässt und so Lernerfahrungen und gegenseitige Unterstützung begrenzt.
- Erschwerend wirkt sich außerdem die parallele Einführung von mehreren entscheidenden Prozessen aus (z.B. BGM und ein neues Qualitätsmanagementsystem).

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

5. Fazit

Die Erkenntnisse aus der Evaluierung der BGF-/BGM-Projekte decken sich zum Teil mit bisherigen Forschungsergebnissen. Als grundsätzlich förderliche Faktoren auf dem Weg von BGF zu BGM können u.a. überzeugte EntscheidungsträgerInnen, ausreichende und klar definierte personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, der Aufbau von Strukturen (die Funktionen wie Gesundheitsbeauftragte sowie einen zuständigen Arbeitskreis enthalten), eine professionelle externe Begleitung sowie eine den Aufbau unterstützende Evaluierung genannt werden. Ein einheitliches „Erfolgsprogramm“ existiert nicht. Es empfiehlt sich jedoch die Berücksichtigung von Grundbausteinen sowie die schrittweise Durchführung eines festgelegten BGM-Zyklus. Das bedeutet, eine erfolgreiche Implementierung eines Gesundheitsmanagements erfordert eine individuelle Herangehensweise auf Basis von definierten Prozessschritten, um BGM in das bestehende Management zu integrieren. Zudem sind maßgeschneiderte Instrumente, als Grundlage für die alltägliche Umsetzung, unterstützend. Das Thema „Zeit“ bleibt maßgeblich: 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 auf dem Weg zu BGM dar. Vorübergehend können Zeitprobleme im Rahmen eines geförderten Projekts durch die Übernahme von Tätigkeiten durch externe ExpertInnen gelöst werden, langfristig sind innerbetriebliche Lösungen erforderlich.

Literaturliste/Quellenverzeichnis:

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

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

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

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

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.

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.

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.

Maislinger-Parzer, Maria / Garstenauer, Ulrike / Brandauer, Beate (2015). Evaluationsendbericht: Fit-Care Health Management. Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Salzburg: unveröffentlichter Bericht.

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

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

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 (23.1.2015)

Zink, Klaus J. et al. (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.