



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

„Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus- Analyse
der praktischen Umsetzung in ausgewählten Krankenhäusern in
Nordrhein-Westfalen“

M a s t e r a r b e i t
zur
Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M.Sc.)

Jennifer Sticht

Erstprüferin:

Prof. Dr. paed. Bedriska Bethke

Zweitprüferin:

M. Sc. Silke Brückner

Abgabetermin der Masterarbeit:

15.10.2018

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	V
II.	Abbildungsverzeichnis	VI
1	Einleitung	1
2	Methodik der systematischen Literaturanalyse	5
3	Ausgangssituation	7
3.1	Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser seit der Umstellung auf das DRG-System	8
3.2	Arbeitsfähigkeitsbetrachtung auf der Basis der Krankheitsdaten der Mitarbeiter im Krankenhaus	11
4	Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung	13
4.1	Organisation Krankenhaus	13
4.1.1	Unternehmensstruktur	14
4.1.2	Personalstruktur	16
4.1.3	Berufsgruppenspezifische Belastungen	18
4.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	20
4.2.1	Grundsätze für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	21
4.2.2	Die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	24
4.2.3	Der Regelkreislauf des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	26
4.2.4	Die Finanzierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	29
4.2.5	Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	30
4.2.6	Kosten-/ Nutzenanalyse und die Bewertung der Wirksamkeit	31
4.2.7	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	32
4.2.7.1	Die Ottawa-Charta	32
4.2.7.2	Die Luxemburger Deklaration	33
4.2.7.3	Arbeitssicherheitsgesetz.....	34
4.2.7.4	Das Gesundheitsreformgesetz.....	35

4.2.7.5	Das Arbeitsschutzsystem in Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung	35
4.2.7.6	Das Präventionsgesetz	36
4.2.8	Betriebsbezogene Rahmenbedingungen	37
4.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus	39
4.3.1	Status-quo der derzeitigen Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern.....	40
4.3.2	Verhaltens- und Verhältnisprävention	41
4.3.2.1	Maßnahmen der Verhaltensprävention- Burn-out-Prävention	42
4.3.2.2	Maßnahmen der Verhaltensprävention- Vermeidung der Inneren Kündigung.....	44
4.3.2.3	Maßnahmen der Verhaltensprävention- Prävention der somatischen Krankheitsbilder	44
4.3.2.4	Maßnahmen der Verhältnisprävention- Ergonomie im Krankenhaus	45
4.3.2.5	Maßnahmen der Verhältnisprävention- Fehlzeitenmanagement und betriebliches Eingliederungsmanagement.....	46
5	Empirische Untersuchung	47
5.1	Forschungsleitende Fragen.....	47
5.2	Methodisches Vorgehen	47
5.2.1	Datenerhebung	49
5.2.2	Erstellung des Interviewleitfadens	50
5.2.3	Auswahl der Interviewpartner.....	51
5.2.4	Ziel der Interviews	52
5.2.5	Durchführung der Interviews	52
5.2.6	Transkription der Interviews:.....	53
5.3	Datenauswertung	53
5.3.1	Die Extraktion	53
5.3.2	Die Aufbereitung.....	54
5.3.3	Die Auswertung	55

5.4	Darstellung der Ergebnisse.....	55
5.4.1	Implementierung	56
5.4.2	Erfahrung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	59
5.4.2.1	Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung.....	59
5.4.2.2	Bereitschaft der Mitarbeiter	60
5.4.3	Maßnahmen.....	61
5.4.3.1	Berufsgruppenspezifische Unterschiede.....	64
5.4.3.2	Hierarchieebenenbetrachtung	65
5.4.3.3	Dauerhafte Integration der Maßnahmen	65
5.4.4	Kommunikation	66
5.4.5	Unterstützung bei der Umsetzung.....	67
5.4.6	Evaluation	68
5.4.7	Optimierungsmöglichkeiten.....	69
6	Diskussion.....	70
6.1	Diskussion der angewandten qualitativen Methode	70
6.2	Diskussion der Ergebnisse der Interviews.....	71
7	Handlungsempfehlungen und Ausblick	75
8	Literaturverzeichnis.....	78
9	Anhang	88
	Eidesstattliche Erklärung	139

I. Abkürzungsverzeichnis

DRG Diagnosis Related Group

AU Arbeitsunfähigkeit

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Haus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....25

1 Einleitung

Die Arbeitswelt wird in der heutigen Zeit immer häufiger von einer großen Anzahl an Wandlungsprozessen geprägt. Diese Wandlungsprozesse, ob aus gesellschaftlicher oder wirtschaftlicher Sicht, stellen die Unternehmen vor immer größere und vielfältigere Herausforderungen, denen es gilt, gerecht zu werden. (vgl. Nürnberg, V. & Schneider, B., 2017, S. 100)

Im Wesentlichen sind sechs große Treiber für die Veränderungen in der Arbeitswelt zu nennen: Zum einen ist es die Globalisierung, denn es herrscht ein immer höherer Wettbewerbsdruck, der durch den steigenden Druck auf dem Weltmarkt geprägt wird. Des Weiteren ist der demographische Wandel als ein zweiter Treiber für die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt zu nennen, denn die Folge durch den demographischen Wandel ist die Entstehung einer alternden Belegschaft, wodurch die Lücke zwischen dem Personalbedarf und dem Angebot immer weiter auseinander klafft. Der dritte große Treiber ist die Wissensexplosion und der technische Fortschritt in der heutigen Zeit. Es sind immer mehr Lern- und Weiterbildungsmaßnahmen erforderlich, um diesem neuesten Wissen und technischem Fortschritt zu entsprechen. Auch die Veränderungen der Gesetze und Werte der Gesellschaft tragen einen Teil zu den Veränderungsprozessen auf dem Arbeitsmarkt bei. Während früher eher die materiellen Werte von Bedeutung waren, streben die Menschen heute eine Selbstverwirklichung der eigenen Person an. Der fünfte Treiber stellt die beschleunigte Gesellschaft dar, der sechste Treiber ist die Digitalisierung, die durch den fünften Treiber hervorgerufen wird. (vgl. Nürnberg, V. & Schneider, B., 2017, S. 100ff.)

Unter all diesen Veränderungen ergeben sich Anforderungen an die Arbeitswelt. Die körperlichen Anforderungen gehen durch den technischen Fortschritt und dem damit einhergehenden Strukturwandel eher zurück, während beispielsweise durch diesen technischen Fortschritt die Bewegung der Mitarbeiter eingeschränkt wird. Durch den Arbeits- und Gesundheitsschutz ist zwar eine Besserung des Gesundheitszustandes der Erwerbstätigen zu verzeichnen, dies ist jedoch nicht ausreichend, um die Gesundheit der Erwerbstätigen langfristig zu erhalten oder gar zu verbessern (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014, S. 70f.). Hier kommt das Betriebliche Gesundheitsmanagement zum Tragen. Lange Zeit bestand das Betriebliche Gesundheitsmanagement als eine Art Luxus, dieses scheint heute jedoch nahezu unumgänglich, um eine ganzheitliche Förderung von Gesundheit in einem Unternehmen zu erzielen. Es ist hinreichend bekannt, dass die Gesundheit von

Mitarbeitern stark mit dem Unternehmenserfolg, der Arbeitszufriedenheit, dem Wohlbefinden und dem Engagement der Mitarbeiter zusammenhängt. (vgl. Struhs-Wehr, K., 2017, S. 3)

Das Krankenhaus als einer der größten Dienstleistungsunternehmen (vgl. Weinmann, J., 2004, S. 5; Glaser, J. & Höge, T., 2004, S.51) rückt in Bezug auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement immer mehr in den Blickpunkt von Gesundheitsexperten, denn diese sind der Meinung, dass nicht die Verbesserung und die häufigere Anwendung von kurativer Medizin ausschlaggebend für die in Zukunft entstehenden gesundheitlichen Anforderungen sein werden, sondern die Prävention und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten (vgl. Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C., 2005, S. VI). Gerade im Gesundheitssektor stehen die Beschäftigten, und hier vor allem die Angehörigen der Pflegeberufe vor vielen Herausforderungen, die die Gesundheit beeinflussen. Hier ist vor allem der demographische Wandel zu nennen (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. IX), denn in Zukunft wird nicht nur die Zahl der älteren, multimorbiden und an Demenz erkrankten Patienten ansteigen, auch das Alter des Pflegepersonals steigt immer weiter an, junge Nachwuchskräfte bleiben demographisch bedingt aus. Auch die Spanne zwischen Angebot und Nachfrage geht immer weiter auseinander, denn die Anzahl an Pflegekräften steigt im Verhältnis zu der zunehmenden Anzahl an Pflegebedürftigen nicht gleich an (vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2014, S. 8f.). Laut des Statistischen Bundesamtes (2017a) lag die Zahl der Personen in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe bei 1.006.000, darunter waren es 632.000 Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Jahr 2014 stieg die Zahl auf 1.026.000 Personen an, darunter waren es 644.000 Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege. 2015 war ein weiterer Anstieg auf 1.042.000 Personen in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe zu verzeichnen, darunter waren es nun schon 649.000 Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018a) gab absolute Zahlen von Pflegebedürftigen heraus, woraus deutlich wird, dass es einen sehr raschen Anstieg der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren gab. 2011 waren es 2.501.441 Pflegebedürftige, 2013 lag die Zahl bei 2.626.206 Pflegebedürftigen und im Jahr 2015 zeigte sich eine Zahl von 2.860.293 Pflegebedürftigen.

Die steigende Anzahl der Fälle im Krankenhaus (2013: 19.249.313 Fälle; 2016: 20.063.689 Fälle) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018b, o.S.) und die Senkung der Verweildauer der einzelnen Fälle (1991: 14,0 Tage; 2002: 9,2 Tage; 2011: 7,7

Tage; 2016: 7,3 Tage) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, o.S.) sind weitere Indikatoren für eine steigende Leistungsverdichtung der Pflegekräfte und nicht zuletzt ein Anstieg der Belastungen für die Pflegekräfte (vgl. Glaser, J. & Höge, T., 2004, S.52). Werden diese Zahlen einmal genauer betrachtet, müssen in Zukunft immer mehr Fälle in kürzerer Zeit behandelt und gepflegt werden. Da auch die chronischen und multimorbiden Erkrankungen immer weiter an Bedeutung zunehmen, ist häufig eine höhere Pflegeintensität für den einzelnen zu Pflegenden aufzubringen, was wiederum erneut die Leistungsverdichtung der Pflegekräfte ansteigen lässt. Aber nicht nur der höhere Pflegeaufwand ist zu erkennen, auch der Zeitdruck, die Unterbrechungen (beispielsweise durch Telefonate) und ein höherer Verwaltungsaufwand durch genauere Dokumentationen sind zu verzeichnen. Auch die psychischen Belastungen zählen zu den Belastungen der Beschäftigten in den Pflegeberufen und dem ärztlichen Dienst, denn diese sind täglich mit teilweise schwerstkranken oder sterbenden Personen konfrontiert (vgl. Glaser, J. & Höge, T., 2004, S.55ff.). Der BKK-Dachverband hat eine Umfrage bei Pflegekräften durchgeführt, in der diese ihre Gefährdung der psychischen Gesundheit durch ihre Arbeit bewerten sollten. Als „teilweise gefährdet“ sahen die Befragten ihre psychische Gesundheit durch ihre Arbeit zu 25,7 Prozent an, „stark gefährdet“ waren es 10 Prozent und zu 2,2 beeinflusste die Arbeit „sehr stark“ die psychische Gesundheit der Befragten. Dies sind immerhin über ein Drittel der Befragten. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. 4)

Des Weiteren werden sowohl die Beschäftigten in den Pflegeberufen als auch im ärztlichen Dienst durch den Schichtdienst in enormem Umfang belastet. (vgl. Glaser, J. & Höge, T., 2004, S.52)

Die erwähnten vermehrten Arbeitsbelastungen bei dem Personal im Gesundheitswesen ergeben einen Motivationsverlust und demnach auch gesundheitliche Beeinträchtigungen, die sich in Form von erhöhten Fehlzeiten zeigen. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. 35)

Nicht nur die durch den demographischen Wandel gestiegenen Arbeitsbelastungen sind in Bezug auf die Beeinträchtigung der Gesundheit der Pflegekräfte zu nennen, hinzu kommen neue andere Herausforderungen, die durch die Treiber der Arbeitswelt entstehen: Hier sind ebenso der fortschreitende strukturelle Wandel im Krankensektor und die steigende Vernetzung und Digitalisierung in der Medizin und Pflege zu betrachten. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. IX)

Der inhaltliche Aufbau der Masterarbeit teilt sich auf in einen theoretischen Teil und eine empirische Untersuchung. Der theoretische Teil ist noch einmal gegliedert in drei große Kapitel. Zunächst wird auf die Organisation Krankenhaus mit der Unternehmensstruktur, der Personalstruktur und den berufsgruppenspezifischen Belastungen eingegangen, um einen Überblick über die Komplexität der Krankenhausstrukturen und den Personalstrukturen zu geben. In dem nächsten Kapitel wird auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingegangen. Hier werden zu allererst die Grundsätze für die Implementierung angegeben, ehe dann die drei unterschiedlichen Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgeführt werden. Darauf folgt die Erläuterung des Regelkreislaufes des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Weitere wichtige Unterkapitel bilden die Finanzierung, die Ziele, die Kosten-/ Nutzen-Analyse, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die betriebsinternen Rahmenbedingungen. In dem dritten großen Kapitel geht es dann um das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Hier wird versucht, eine Verbindung zwischen dem ersten und dem zweiten großen Kapitel herzustellen, indem das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Organisation Krankenhaus Anwendung findet. Maßnahmen auf der Verhältnis- und Verhaltenspräventionsebene werden aufgeführt. In dem empirischen Teil der Masterarbeit werden leitfadengestützte Experteninterviews geführt und ausgewertet. Hierbei wird das methodische Vorgehen zunächst betrachtet, um dann mithilfe des Analyseverfahrens nach Gläser und Laudel (2010) die Auswertung der Interviews vorzunehmen. Anschließend entsteht eine Diskussion der Ergebnisse, speziell vor dem Hintergrund der zuvor ermittelten theoretischen Kenntnisse. Abschließend erfolgt eine Schlussfolgerung, in der die Ergebnisse der gesamten Arbeit noch einmal reflektiert und Handlungsempfehlungen in Bezug auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Organisation Krankenhaus ausgesprochen werden.

Ziel der Masterarbeit ist es, herauszufinden, in welcher Art und Weise das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den ausgewählten Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens durchgeführt wird. Hierbei liegt erstens das Hauptaugenmerk auf den Maßnahmen, die in Bezug auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement schon durchgeführt werden und zweitens auf den Erfahrungen, die bereits mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement gemacht wurden. Dieses spiegelt sich auch in den Forschungsfragen wider.

2 Methodik der systematischen Literaturanalyse

Im Allgemeinen wird Literatur (lat. „litera“ = Buchstabe) als ein im (Schrift-) Zeichensystem lesbarer und niedergeschriebener Text definiert. (vgl. Brockhaus Enzyklopädie, 1990, S. 447)

Als übergeordnetes Ziel der Literaturrecherche beschreiben LoBiondo-Wood und Haber (1996) die Entwicklung einer tragfähigen Wissensbasis, damit die Durchführung der Forschung und anderer wissenschaftlicher Arbeiten in den Bereichen Ausbildung und klinischer Praxis gewährleistet werden kann. Durch die Durchführung einer wissenschaftlichen Literaturanalyse wird ein Thema, ein Konzept oder ein Problem betrachtet, was bereits bekannt ist. Dadurch werden eventuell vorhandene Lücken, Übereinstimmungen oder Widersprüche ermittelt. Ebenso kommen offene Fragen zu dem zu behandelnden Thema, Konzept oder Problem auf. Als eine weitere Zielsetzung der systematischen Literaturrecherche werden Stärken und Schwächen der Forschungsdesigns und –methoden herausgefiltert. Infolge der systematischen Literaturrecherche ergeben sich für das Thema, das bearbeitet werden soll, nützliche Forschungsfragen. Des Weiteren folgt die Festlegung eines Forschungsdesigns oder einer Forschungsmethode zur Beantwortung der Forschungsfrage. Durch die systematische Literaturanalyse werden Interventionen und Handlungsvorschläge für die Praxis herausgefiltert. (vgl. LoBiondo-Wood & Haber, 1996, S. 130)

Der Prozess der Literaturrecherche lässt sich nach Kleibel und Mayer (2005) in drei Phasen unterteilen. Die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes (Phase 1) beinhaltet die Auswahl des Themas, die Grobrecherche und das Einlesen in das Thema. Ferner wird in dieser Phase das Konzept, das Thema und die Fragestellung festgelegt (vgl. Kleibel & Mayer, 2005, S. 25). Die eigentliche Recherche beginnt in der zweiten Phase und umfasst die Auswahl der geeigneten Suchhilfen und der richtigen Suchbegriffe. Zudem schließt diese Phase die eigentliche Suche das Ordnen und die Beschaffung der recherchierten Literatur mit ein (vgl. Kleibel & Mayer, 2005, S. 28f.). Die dritte Phase umfasst den Prozess der Beurteilung der Literatur, des kritischen Lesens und des Filterns der Suchergebnisse. Hierbei handelt es sich um die Synthese der gefundenen Literatur. Darunter ist der Prozess des Zusammentragens unterschiedlicher Konzepte, Theorien, Aussagen oder Forschungsergebnisse zu dem Thema zu verstehen. Die eigentliche

Literatursuche ist in dieser Phase bereits abgeschlossen, dennoch zählt sie zu dem gesamten Rechercheprozess. (vgl. Kleibel & Mayer, 2005, S. 32f.)

Diese Methode der systematischen Literaturanalyse zeigt sich als besonders vorteilhaft für die Praxis, da schnell der aktuelle Wissenstand mithilfe der systematischen Arbeiten zu einer speziellen Frage vorhanden ist.

Aus diesem Grund wurde für den theoretischen Teil eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um eine fundierte Wissensgrundlage über das Thema des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erhalten. Es konnten hierbei vier wesentliche Themenbereiche erstellt werden: Organisation Krankenhaus, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus und eine empirische Untersuchung. Im weiteren Verlauf der Recherche wurden zudem Unterkapitel zu den einzelnen Themenbereichen gebildet, um weitere für das Thema relevante Aspekte zu beleuchten.

Suchstrategie

Bei der systematischen Literaturrecherche werden die deutschsprachigen Datenbanken CareLit, SpringerLink und GKV-Plus genutzt, sowie Google Scholar. Ebenso ist in den Hochschulbibliotheken der FH Bielefeld, der Hochschule Neubrandenburg und der Universitätsbibliothek der Universität Bielefeld nach brauchbarer Literatur gesucht worden. Es wurde ebenso in gesundheitswissenschaftlich fundierten Zeitschriften, wie beispielsweise dem „Ärzteblatt“, „Pfleger und Gesellschaft“ und „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin“ recherchiert. Auch die Internetseiten des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erwiesen sich in Bezug auf Krankheitsdaten und Zahlen von Pflegekräften und Pflegebedürftigen als äußerst hilfreich.

Bei der Literaturrecherche wurden folgende Suchbegriffe genutzt unter Berücksichtigung der Bool'schen Operatoren: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz, gesetzliche Grundlagen, Fehlzeitenreport, Krankenhausstruktur, Krankenhausorganisation.

Bei der Bearbeitung des aktuellen Standes des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus wurde zudem Google genutzt, denn die einzelnen Krankenhäuser haben auf ihren Internetseiten Studien zu der Einführung und Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in ihren Häusern veröffentlicht. Des Weiteren wurden für die Bearbeitung dieses Gliederungspunktes auch Veröffentlichungen von Studien und Artikeln aus Zeitschriften, die ebenfalls in der Universitätsbibliothek Bielefeld gefunden wurden, genutzt.

Bei der gesamten Recherche wurde stets auf die Aktualität der Ergebnisse geachtet, zumeist handelt es sich um Quellen die ab dem Jahr 2010 veröffentlicht wurden, es finden sich jedoch auch ältere Literaturverweise in der Arbeit wieder, die durch das Zurückgreifen auf Primärquellen entstanden sind.

Generisches Maskulinum

In der gesamten Arbeit wird in der Form des Generischen Maskulinums geschrieben. Dieses bezieht sich beispielsweise auf die Gruppe der Pflegekräfte oder Ärzte. Hier sind sowohl weibliche als auch männliche Pflegekräfte und Ärzte gemeint, es wird aber durch die Verwendung des generischen Maskulinums nur die Bezeichnung 'Pflegekraft' oder 'Arzt' verwendet.

3 Ausgangssituation

In dem ersten Unterkapitel wird zunächst genauer auf die Fallpauschalenvergütung eingegangen, da diese einen enormen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser haben.

Danach wird ein weiterer großer Punkt in Bezug auf das Thema des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beleuchtet, denn die Arbeitssituation der Pflegekräfte und Ärzte hat sich in den letzten Jahren immer weiter verändert, die Arbeitsbelastung ist enorm gestiegen (siehe Einleitung), nicht zuletzt auch durch die Einführung der Fallpauschalenvergütung. Dies hat große Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte und Ärzte. Aus diesem Grund wird dieses Thema in dem zweiten Unterkapitel genauer beschrieben.

3.1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser seit der Umstellung auf das DRG-System

Vereinfacht dargestellt, gab es vor der Einführung des DRG-Systems ein viergeteiltes Finanzierungssystem, das sich aus Pflegesätzen, Sonderentgelten, Fallpauschalen und Krankenhausbudgets zusammengesetzt hat. Dabei wurde der Grundstein der Finanzierung bei den Pflegesatzvereinbarungen gelegt, die jährlich zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenhausverbänden neu ausgehandelt wurden. Pflegesätze sind als Tagespauschalen anzusehen, die Krankenhäuser je Patient und Tag von der Krankenkasse erhalten (vgl. Lungen, Wolf-Ostermann & Lauterbach, 2001 zit. n. Hilgers, S. 2011, S. 28). Die Pflegesätze teilen sich auf in nicht-medizinische Kosten, wie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und die medizinischen Kosten, die ebenso mit den Kosten für die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, sowie den Kosten für die Pflege und die Arzneimittel einhergehen. (vgl. Busse & Riesberg, 2005 zit. n. Hilgers, S. 2011, S. 28)

Im Jahr 2000 wurde das GKV-Gesundheitsreformgesetz verabschiedet, das die Fallpauschalen in den somatischen Krankenhäusern nun für die Finanzierung vorsieht. In den beiden darauffolgenden Jahren kamen dann das DRG-Systemzuschlagsgesetz und das Fallpauschalengesetz hinzu. Ebenso wurde zeitgleich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gegründet, was sich mit der Berechnung der Fallpauschalen beschäftigen soll. Über die Jahre hinweg wurden zahlreiche weitere Reformen beschlossen, die die Finanzierung der Krankenhäuser beeinflussen und regeln. (vgl. Raphael, H., 2013, S. 9ff.)

Insgesamt dauerte es sieben Jahre, bis das DRG-System in allen deutschen Krankenhäusern so eingeführt wurde, wie das Gesetz es vorsieht. Schon ab dem 1.1.2004 war die DRG-Abrechnung für alle Krankenhäuser Pflicht, es gab jedoch drei unterschiedliche Phasen der Einführung: Die budgetneutrale Phase begann 2003 damit, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, auf das neue System umzustellen, diese endete ein Jahr später (vgl. Plamper & Lungen, 2006 zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 36). Darauf folgte von 2005 bis 2009 die Konvergenzphase. In dieser Phase wurden die krankenhausesindividuell verhandelten Basiswerte an die einheitlichen Werte des Landes angeglichen (vgl. AOK-Bundesverband, 2009, zit. n. Hilgers, 2011, S. 37). Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde die Konvergenzphase um ein weiteres Jahr verlängert, sodass 2010 die landeseinheitlichen Basisfallwerte eingeführt wurden und nach ihnen abgerechnet wurde. Im Anschluss an die Konvergenzphase folgte dann der

Echtbetrieb, in dem nun alle Krankenhäuser verpflichtet sind, nach den landeseinheitlichen Fallpauschalen abzurechnen. (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 37)

Bei dem DRG-System handelt es sich um ein vorrausschauendes Vergütungssystem, bei dem die Krankenhäuser ihre Vergütung durch eine vorab verhandelte Pauschale erhalten und nicht ihre real entstandenen Kosten erhalten. Die Patienten werden in Fälle eingestuft. Nach diesen Fallgruppen, auch Diagnosis Related Group (DRG) genannt, wird letztendlich die Vergütung bestimmt (vgl. Lauterbach & Lingen, 2000 zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 31). Es werden alle patientenrelevanten Daten in eine Software eingegeben, die dann wiederum den Patienten in eine Fallgruppe eingruppiert. Die Dateneingabe (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen) erfolgt auf der Grundlage der Kodierrichtlinien, die sich nach der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Diagnosen und Krankheiten (aktuell ICD-10) richtet. Des Weiteren werden für eine Schweregradermittlung auch Alter und Geschlecht des Patienten eingegeben. Hat die Software alle relevanten Daten, so bildet sie nach einem dreistufigen System die zugehörige G-DRG, die sich aus vier Ziffern oder Buchstaben zusammensetzt. (vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2010 zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 32) In einem von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten Fallpauschalenkatalog, der jährlich neu erstellt wird, ist jeder DRG ein relatives Kostengewicht zugeteilt. Zusammen multipliziert mit dem einheitlichen Basisfallwert aller DRGs ergibt dies die abzurechnende Fallpauschale. (vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2010 zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 32f.)

Laut des Bundesministeriums für Gesundheit soll die Einführung des DRG-Systems eine erhöhte Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität mit sich bringen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2001, zit. n. Braun, T., Rau, F. & Tuschen, K. H., 2007, S. 4)

Diese Erwartung an die Einführung des DRG-Systems ist grundsätzlich zu erkennen, es hat eine erhöhte Produktivität in den Krankenhäusern stattgefunden und somit wurde auch die Wirtschaftlichkeit angehoben. Die Einführung der DRGs führte dazu, dass immer mehr Patienten in einem Krankenhaus behandelt wurden. Zu erkennen war jedoch auch, dass die Anzahl der Krankenhäuser sinkt, somit auch die Anzahl der Betten, sowie die Anzahl der Behandlungstage (vgl. Raphael & Lux, 2010, zit. n. Raphael, H., 2014, S. 10f.).

Aus wirtschaftlicher Sicht gesehen, ist das Krankenhaus durch die Einführung des DRG-Systems bedingt im Nachteil, denn dieses trägt primär das finanzielle Risiko eines Falles, nicht mehr die Versicherung des Patienten. Liegen die tatsächlichen Kosten für einen Fall über den bundesweiten einheitlichen Fallpauschalen, so macht das Krankenhaus bei dem

einen Fall ein Verlustgeschäft. Demnach ist ein Krankenhaus darauf bedacht, Leistungen kostengünstiger durchzuführen, um einen Gewinn machen. Krankenhäuser müssen in dem pauschalen Vergütungssystem also darauf achten, ihre Kosten zu senken und die Entgelte zu steigern. Möglich ist dieses, indem die Verweildauer minimiert wird oder eine allgemeine Kostensenkung pro Tag stattfindet (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 40f.). Die Fallpauschale bleibt in der Regelverweildauer immer gleich, wird die Regelverweildauer jedoch über- oder unterschritten, so kommt auf das Krankenhaus entweder ein Verlust zu oder es erzielt einen Gewinn (Bunzemeier, 2004 zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 40). So sind die Krankenhäuser darauf bedacht, die Verweildauer eines Falles zu kürzen und zum Beispiel die wichtigsten Behandlungen in kürzerer Dauer abzuarbeiten. (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 40)

Weisen Krankenhäuser besonders hohe Kosten auf, so müssen diese ihre Wirtschaftlichkeit ankurbeln, indem sie beispielsweise die Prozesse optimieren, sich auf Kernleistungen spezialisieren oder eine Kooperation mit ambulanten Zentren oder anderen Krankenhäusern eingehen. Eine weitere Möglichkeit, die Kosten zu senken, wäre, Behandlungskomplikationen zu beseitigen, da die Höhe der Fallpauschale bei einer Komplikation die Höhe der entstandenen Kosten bei weitem nicht deckt. Der positive Effekt ist somit, dass Krankenhäuser versuchen, Behandlungskomplikationen aus dem Weg zu gehen. (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 41)

Es können jedoch neben den positiven Effekten der Einführung des DRG-Systems negative Effekte entstehen, wie beispielsweise eine verminderte Behandlungsqualität, wie es in einer Diskussion des Deutschen Bundestages 2007 erwähnt wird. (vgl. Deutscher Bundestag, 2007, zit. n. Hilgers, S., 2011, S. 42)

Ebenso ist zu verzeichnen, dass immer mehr Behandlungen im ambulanten Bereich, in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden, da diese separat vergütet werden. Dies bedeutet zwar eine Kostensenkung für das Krankenhaus (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 43), kleinere Krankenhäuser jedoch bekommen so nicht genügend Fälle und müssen schließen oder werden von privaten Trägern übernommen. So zeigen die Zahlen der Krankenhausstatistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass die Anzahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft abnehmen, während die Anzahl der privaten Krankenhäuser ansteigt. 2012 waren es 601 öffentliche Krankenhäuser und 697 private Krankenhäuser, im Jahr 2016 sind es nur noch 570 öffentliche Krankenhäuser und 707 private Krankenhäuser. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018c, o. S.)

Eine weitere Möglichkeit, einen höheren Gewinn zu erzielen, ist die Optimierung der Entgelte, denn werden die Haupt- und Nebendiagnosen korrekt kodiert und nicht einzelne Nebendiagnosen weggelassen, so kann das Krankenhaus einen höheren Gewinn erzielen. (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 44)

Das Entgelt kann aber auch gesteigert werden, indem eine höhere Fallzahl vorhanden ist. Hier ist jedoch ein Nachteil, dass die Behandlungsfälle bewusst in mehrere Fälle unterteilt werden, um zusätzliche Fallpauschalen für den einzelnen Patienten zu erhalten. Dieser Möglichkeit soll jedoch entgegengewirkt werden, indem es keine weiteren Fallpauschalen für Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen gibt. (vgl. Hilgers, S., 2011, S. 45)

Grundsätzlich lässt sich zur der Einführung des DRG-Systems sagen, dass die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gesteigert wird. Es wurden viele Aspekte genannt, mit denen es einem Krankenhaus möglich ist, die Wirtschaftlichkeit und die Entgelte zu steigern und die Kosten zu senken.

Es gibt jedoch viele Möglichkeiten, das System zu täuschen, wie beispielsweise die Fälle zu splitten, die Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, um die Verweildauer nicht zu überschreiten oder aber auch das bewusste Vertauschen oder Ausweiten von Haupt- und Nebendiagnosen.

In Hinblick auf die Leistungssteigerung und Arbeitsbelastungen, die gerade für die Ärzte und Pflegekräfte entsteht, da die Fallzahlen steigen, die Verweildauer gesenkt wird und die Behandlungen in weniger Zeit stattfinden müssen, kann die Einführung des DRG-Systems negativ angesehen werden.

3.2 Arbeitsfähigkeitsbetrachtung auf der Basis der Krankheitsdaten der Mitarbeiter im Krankenhaus

Da die Gruppen der Pflegekräfte und Ärzte in deutschen Krankenhäusern die größte Gruppe der Beschäftigten darstellen, werden die nachfolgenden Krankheitsdaten ausschließlich von diesen beiden Berufsgruppen dargestellt. Von den im Jahr 2016 insgesamt etwa 1.134.000 Beschäftigten in allen deutschen Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018d, o. S.), bilden die Pflegekräfte einen Anteil von 433.434 Teil- und Vollzeitbeschäftigten

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018e), im ärztlichen Dienst waren es 180.372 hauptamtlich beschäftigte Ärzte. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018f)

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf den BKK Gesundheitsatlas 2017, da dieser den Schwerpunkt Gesundheitswesen hat.

So ergaben sich bei der BKK in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe 1.934 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder der BKK. In der Altenpflege ist die Zahl der AU-Tage noch einmal höher, hier beträgt sie 2.408 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder. In der Berufsgruppe der Human- und Zahnmedizin liegen die AU- Tage je 100 beschäftigter Mitglieder beispielsweise bei nur 758, vergleichsweise dazu weist die Berufsgruppe der Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologie nur einen Krankenstand von 888 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder auf. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. 35)

Auch weist die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe einen erhöhten Krankenstand bei den Muskel- und Skeletterkrankungen auf. Pro 100 beschäftigter Mitglieder in dieser Berufsgruppe liegen die AU-Tage bei 468 Tagen, in der Berufsgruppe der Human- und Zahnmedizin sind es gerade einmal 103 AU-Tage pro 100 Versicherter. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. 36)

Bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen liegt die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe (344 AU-Tage pro 100 beschäftigter Mitglieder) zusammen mit der Berufsgruppe der Altenpflege (450 AU-Tage pro 100 beschäftigter Mitglieder) auf Platz eins beziehungsweise Platz 2 bezogen auf alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Die Berufsgruppe der Human- und Zahnmedizin weist lediglich eine Anzahl an 121 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder auf. (vgl. Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M., 2017, S. 37)

Wie bereits anhand der Zahlen deutlich geworden ist, ist die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe, zusammen mit der Berufsgruppe der Altenpflege besonders betroffen von gesundheitlichen Problemen, gerade in Hinblick auf die Muskel- und Skeletterkrankungen, sowie die psychischen Störungen. Ärzte hingegen scheinen weniger betroffen zu sein von gesundheitlichen Problemen.

4 Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird zunächst auf die Organisation des Krankenhauses eingegangen. Danach wird ein Überblick über das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Allgemeinen gegeben, um dann im Anschluss die Organisation Krankenhaus und das Betriebliche Gesundheitsmanagement zusammen zu führen, und mögliche Ansätze zu liefern, wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Krankenhaus ablaufen kann, da das Krankenhaus in seinen Strukturen anders aufgebaut ist, als beispielsweise eine Automobilfirma. Somit kann das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Krankenhaus nicht so angewandt werden, wie es in anderen Firmen bereits seit mehreren Jahren durchführt wird.

4.1 Organisation Krankenhaus

Nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze „sind [...] Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“ (KHG, §2, Nr. 1). Krankenhäuser gelten zunächst einmal als Versorgungszentren, mit dem Ziel, die Versorgung der Patienten zu gewährleisten (vgl. Mühlbauer, B. H., 2004, S. 39). Dies bedeutet, dass die Gesundheitserhaltung oder die Wiedererlangung der Gesundheit eine bedeutende Rolle für die Krankenhäuser einnimmt.

In den nachfolgenden Unterkapitel soll nun zunächst auf die besondere Unternehmensstruktur und die Personalstruktur eingegangen werden, um die Besonderheit in Bezug auf eine Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verdeutlichen und um daraus berufsgruppenspezifische Belastungen herauszukristallisieren, die einen ersten Anhaltspunkt für die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements liefern können.

4.1.1 Unternehmensstruktur

Grundsätzlich verfolgt ein Krankenhaus bedarfswirtschaftliche Ziele, welche an erster Stelle stehen, dennoch sind über die Jahre hinweg auch andere Ziele entstanden, die erwerbs- und güterwirtschaftlichen Ziele. Die bedarfswirtschaftlichen Ziele lassen sich noch einmal aufteilen in drei unterschiedliche Rechts- und Organisationsformen:

1. Krankenhäuser mit bedarfswirtschaftlicher Ausrichtung, die in öffentlicher Trägerschaft mit einer staatlichen und/ oder kommunalen Art geführt werden
2. Krankenhäuser der Non-Profit-Anbieter aus privater Trägerschaft, die sowohl eine überwiegende freigemeinnützige Eigenschaft aufweisen, als auch bedarfsorientierte Ziele haben
3. Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die erwerbstätige Ziele verfolgen. Diese Krankenhäuser obliegen zwar genauso, wie alle anderen Krankenhäuser der staatlichen Krankenhausplanung, sie können jedoch am einfachsten als ein Unternehmen handeln, da sie zum größten Teil aus den Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung schöpfen und sich so am Markt etablieren können. (vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U. & Precht, C., 2000, S. 27)

In Deutschland handelt es sich bei den Krankenhäusern um eine pluralistische Trägerstruktur, die sich zusammensetzt aus öffentlichen, freigemeinnützigen, sowie privaten Krankenhäusern, wobei die Anzahl der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft immer weiter zunimmt (vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U. & Precht, C., 2000, S. 27), was bereits in Kapitel 3.1 anhand von Zahlen erläutert wurde.

In einem Krankenhaus herrschen spezifische Normen und Werte, die ein Krankenhausträger vor der Gründung des Krankenhauses definieren und verschriftlichen sollte. Diese Normen und Werte prägen die Unternehmenskultur. Allerdings versäumen die Krankenhausträger oftmals diese konkrete Definition der Normen, Werte und Ziele des Krankenhauses, was dann wiederum den Ausschlag für Defizite in dem Management geben kann. (vgl. Eichhorn, S., 1993, S. 10)

Krankenhäuser werden nach unterschiedlichen Typen eingestuft. In der Krankenhausplanung werden die Begriffe der Grund- und Regel-, der Schwerpunkt-, der Zentral- und der Maximalversorgung angeführt. (vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U. & Precht, C., 2000, S. 28f.)

Klassisch wird die Krankenhausleitung durch drei verschiedene Organisationen zusammengesetzt. Als übergeordneter Kern des Managements wird das Krankenhausdirektorium angesehen, das für eine gemeinsame Leitung der Klinik bestimmt ist und das gemeinsam alle wichtigen Entscheidungen trifft. Das Krankenhausdirektorium setzt sich zusammen aus der ärztlichen Leitung, der Verwaltungsleitung und der Pflegedienstleitung (vgl. Dankowski, W., Meyer-Pannwitt, U. & Precht, C., 2000, S. 29). Über diese Zusammensetzung des Managements hinaus, ergeben sich weitere Subsysteme, beispielsweise die Berufsgruppen der Ärzte, der Pflegekräfte, der Physiotherapeuten, der Ergotherapeuten, der Psychotherapeuten oder der medizinisch-technischen Angestellten. Die Organisation Krankenhaus ist geprägt durch ein ständiges Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Traditionen und Kulturen (vgl. Grossmann, R., 1993, S. 305). Werden nun die einzelnen Aufgabenbereiche der drei Säulen des Managements und ihrer Subsysteme betrachtet, wird deutlich, dass jeder Berufszweig seine eigenen Aufgabenbereiche besitzt. Die ärztliche Leitung ist beispielsweise für die Organisation der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, sowie für die Leitung der Fachärzte verantwortlich. Die Pflegedienstleitung beschäftigt sich mit der Planung, Organisation und Kontrolle im Bereich der Pflege und darüber hinaus mit der Mitarbeiterführung der Pflegekräfte. Die Verwaltungsleitung kümmert sich um die verwaltungstechnischen Aufgaben. Nachteil dieses dreigeteilten Managements ist die fehlende Koordination der einzelnen Säulen. Jede der Säulen arbeitet eigene Maßnahmen und Ziele heraus (vgl. Eichhorn, S. 1993, S. 12f.), es entsteht „eine mangelnde Ausrichtung der Gesamtleistung für den Patienten als Empfänger der Krankenhausleistung (Eichhorn, S., 1993, S. 13)“, es finden also Leistungsunterbrechungen in der Versorgung der Patienten statt. Eine solche starre Organisationsstruktur aus einzelnen Experten zu entzerren, erweist sich als äußerst schwierig, da in einer solchen Struktur sture Autoritäts- und Hierarchiestrukturen vorhanden sind. (vgl. Rathje, E. , 2003, S. 41)

Infolge des steigenden Kosten- und zuvor bereits genannten Wettbewerbsdrucks sind bereits einige betriebliche Prozesse und Strukturen verändert worden, wie zum Beispiel die Veränderung der Betriebsform oder eine Neuformation der Leitungsebene, es sind jedoch hauptsächlich patientenferne Neuorganisationen, wie die Straffung und das Controlling von Sachmitteln oder Arzneimitteln, der Optimierung der Logistikketten, die Weitergabe von Dienstleistungen (Wäscherei, Reinigung) an externe Dienstleister, oder aber auch eine Veränderung von medizinischen Betriebsbereichen (Röntgenabteilung, Labor). (vgl. Stratmeyer, P., S. 16)

Durch die hohe Personalfuktuation, dem Mangel an qualifizierten Fachkräften, sowie dem steigenden Kostendruck, müssen die Krankenhäuser in Zukunft immer häufiger neue Konzepte der Personalentwicklung und der Arbeitsorganisation voranbringen. Es muss eine stärkere Orientierung an die Effizienz und Wirtschaftlichkeit vorherrschen. Durch die immer höhere Anzahl an privaten Krankenhäusern haben diese immer stärker mit personalpolitischer Selbstständigkeit und ökonomischer Eigenverantwortung zu kämpfen. (vgl. Grossmann, R., 1993, S. 301f.)

4.1.2 Personalstruktur

Wie bereits an einigen Stellen zuvor erwähnt, stellt das Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen eine hohe Personalintensität auf. Dies spiegelt sich auch in den enormen Personalkosten wider, die den Großteil der Krankenhauskosten deckt. 2016 ergaben die Brutto-Gesamtkosten aller deutschen Krankenhäuser einen Wert von 101.663.655 Euro, darunter waren die Personalkosten mit 61.071.918 Euro deutlich am höchsten (Statistisches Bundesamt, 2017c, S. 12). Im weiteren Verlauf des Kapitels werden nur die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte betrachtet, da zwischen diesen Berufsgruppen wohl die bedeutendste organisatorische Schnittstelle im laufenden Geschäft der Organisation Krankenhaus liegt. Keine andere Berufsgruppe wird so von den Entscheidungen der Ärzte beeinflusst, wie die Berufsgruppe der Pflegenden. Die Pflegekräfte sind den Ärzten unmittelbar vor-, zu- oder nachgeordnet. (vgl. Stratmeyer, P., 2002, S. 17)

Im Krankenhaus herrschen die Hierarchien zwischen den einzelnen Berufsgruppen, wobei in diesem Zusammenhang Hierarchie unterschiedliche Ebenen oder Ränge zwischen den einzelnen Berufsgruppen darstellt und durch ein Positions- und Stellengefüge sichtbar wird (vgl. Westermann-Binnewies, A., 2003, S. 67). So kommt es gerade in einem Krankenhaus mit so vielen Hierarchieebenen oftmals zu verlängerten Entscheidungsfindungen, einer verminderten Flexibilität der einzelnen Berufsgruppen und einer Motivationsminderung des Personals (vgl. Trill, 1996, zit. n. Westermann-Binnewies, A., 2003, S. 67). Des Weiteren kann es durch die unterschiedlichen Hierarchien dazu kommen, dass der Kommunikationsfluss gemindert wird und das Wissen und die Kompetenz der Beschäftigten auf einem Stand bleibt und nicht weiterentwickelt wird. (vgl. Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. 1993, S. 34f.)

In der ärztlichen Hierarchie lassen sich folgende unterschiedliche Stellengefüge erkennen: Ärztlicher Direktor, Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt, Assistenzarzt und Arzt im Praktikum. In der pflegerischen Abteilung werden diese Hierarchien, wie folgt, dargestellt: Pflegedienstleitung, Fachbereichsleitung, Abteilungsleitung, Stationsleitung, Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Zivildienstleistender und Praktikant. (vgl. Westermann-Binnewies, A., 2003, S. 68)

Durch die verschiedenen Hierarchien und dementsprechend ein sehr vielseitiges Personalgefüge, ergeben sich auch unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Berufsgruppen, daher ist eine Arbeitsteilung nicht zu umgehen. Die vielen Spezialisten der unterschiedlichen Berufsgruppen müssen miteinander agieren und kommunizieren in einer Organisation, wie dem Krankenhaus (vgl. Grossmann & Scala, 2002, zit. n. Maier, U. & Fotuhi, P., 2007, S. 143), denn ansonsten treten mitunter Konflikte auf, wenn die Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen nicht klar formuliert werden (vgl. Trill, 1996, zit. n. Westermann-Binnewies, A., 2003, S. 68). Ebenso schwierig ist es, bei einer festen Rollenverteilung neue Konzepte und Strukturen in bestehende Hierarchieebenen zu implementieren, denn niemand möchte gern die bestehenden und vertrauten Strukturen verändern und umgestalten. (vgl. Maier, U. & Fotuhi, P., 2007, S. 150). Ferner bestehen zwischen Ärzten und Pflegekräften immer noch sehr starke Hierarchien, sodass die Ärzte den Pflegekräften oftmals nur wenig zutrauen und die während der pflegerischen Ausbildung erworbenen medizinischen Fähigkeiten nur in geringem Umfang schätzen, sodass es den Ärzten schwerfällt, Aufgaben abzugeben und zu delegieren, oder sie stellen gar die Kompetenz der Pflegekräfte über die Beurteilung von Krankheitsverläufen in Frage. Ärzte wollen ihre Schwächen gegenüber dem Pflegepersonal nicht eingestehen und gehen dann lieber ihre eigenen Wege. (vgl. Hoefert, H.-W., 2007, S. 76)

Trotz alledem ist der Arzt auf die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen angewiesen. (vgl. Hoefert, H.-W., 2007, S. 76)

Die zunehmende Professionalisierung der Pflege ermöglicht dieser Berufsgruppe jedoch in Zukunft immer mehr Entscheidungsfreiheiten, um sich ein Stück weit von der Übermacht der Ärzte abzugrenzen. (vgl. Stratmeyer, P., 2002, S. 17)

4.1.3 Berufsgruppenspezifische Belastungen

Da die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhausalltag hohen psychischen und physischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, werden diese Berufsgruppen in der Wissenschaft am meisten untersucht und diskutiert. Aus diesem Grund werden nur diese beiden Berufsgruppen in diesem Kapitel näher betrachtet. Des Weiteren bilden diese beiden Berufsgruppen den größten Personalanteil im Krankenhaus und sollten aus diesem Grund besonders in den Blickpunkt genommen werden.

Die gute ärztliche Leistung ist in Hinblick auf den Erfolg der Klinik unumgänglich. Der Arzt trägt eine enorme Mitverantwortung in Bezug auf die Qualität der medizinischen Leistungen und den ökonomischen Erfolg des Krankenhauses (vgl. Geissler, A. & Hollmann, J., 2012, S. 129). Durch die immer höher werdende Arbeitsverdichtung, wird die Gestaltung von Arbeitsbedingungen in gesundheits- und leistungsförderlicher Hinsicht immer mehr an Gewichtung bekommen (vgl. Angerer, Glaser, Petru & Weigl, 2011, zit. n. Limbrecht-Ecklundt, K. et al., 2014, S. 11). Die ansteigenden Arbeitszeiten und die hohe Arbeitsverdichtung können nicht nur zu erheblichen Behandlungsfehlern führen, sie lassen auch deutliche Erschöpfungserscheinungen sichtbar werden (vgl. Fuß et al., 2008, zit. n. Hoefert, H.-W., 2017, S. 114). Die Praxis sieht jedoch ganz anders aus. Ärzte weisen in besonders hohem Maße psychische Störungen und Beeinträchtigungen auf (vgl. Fabry, G., 2017, S. 104). Laut einer Studie von Braun et al. (2007), wo Psychiater, Psychotherapeuten und Ärzte der Nervenheilkunde befragt wurden, befanden sich 44,6 Prozent der Befragten im Laufe ihrer Karriere in einer depressiven Phase, 9 Prozent von ihnen nahmen zum Zeitpunkt der Befragung bereits Psychopharmaka. Eine Studie von Reimer, C., Trinkaus, S. & Jurkat, H. B. (2005) ergab außerdem ernüchternde Hinweise auf eine erhöhte Suizidrate von Ärzten. Weitere Folgen sind ebenso die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die Suchterkrankungen. (vgl. Fabry, G., 2017, S. 104)

Stiller und Busse (2008) haben die Arbeitsbelastungen der Ärzte auf drei unterschiedlichen Ebenen zusammengefasst. Zum einen gibt es die tätigkeitsbezogenen Belastungen, wie die zeitliche Beanspruchung, der Zeitdruck, der Verwaltungsaufwand, die geringen Aussichten auf Weiterbeschäftigung, die ständige Verfügbarkeit und die emotionale Belastung durch die ständige Konfrontation des Leids der Patienten. Den zweiten großen Bereich bilden die umweltbezogenen Belastungen. Hier werden die hierarchische Klinikstrukturen, das mangelnde Feedback, die unklaren Erfolgskriterien und die Entlohnung und Berufspolitik als ausschlaggebende Belastungen für Ärzte genannt. Der dritte große Belastungsbereich

stellen die Beanspruchungsfolgen dar: Hohe Reizbarkeit, Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, Burnout-Symptome, Drogen- und Medikamentenkonsum und Suizidalität. (vgl. Stiller & Busse, 2008, zit. n. Fabry, G., 2017, S. 104)

Nicht alle Ärzte weisen diese psychischen und körperlichen Probleme auf. Es ist stark abhängig von dem Alter, dem Geschlecht und der Fachrichtung, in der ein Arzt tätig ist. (vgl. Hoefert, H.-W., 2017, S. 114f.)

Bezogen auf die drei unterschiedlichen Belastungsbereiche der Ärzte besteht in Zukunft enormer Handlungsbedarf. So könnte ein umfangreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement einige Lösungen zu einem verminderten Aufkommen von Belastungen bei Ärzten führen.

Die zweite große Berufsgruppe mit hohen Arbeitsbelastungen bilden die Pflegekräfte im Krankenhaus. Die körperlichen und seelischen Anforderungen an die Pflegekräfte steigen stets an, da die Arbeitsverdichtung aufgrund des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels immer mehr zunimmt. Die körperlichen Belastungen sind bei den Pflegekräften bedingt durch langes Stehen, schweres Heben und ungünstige Körperhaltung. Gerade Rückenschmerzen und Beschwerden im Nacken-Schulterbereich kommen besonders häufig vor. Ebenso sind Pflegekräfte seelischen und emotionalen Belastungen ausgesetzt, die durch die ständige Zusammenarbeit mit schwerkranken, zum Teil sterbenden Personen zustande kommen. Des Weiteren steigt auch der Termin- und Zeitdruck der Pflegekräfte stets an. Über die körperlichen und seelischen Arbeitsbelastungen hinaus, entstehen auch Belastungen durch die Arbeitszeit, Pflegekräfte arbeiten nahezu alle im Schichtdienst, dies schließt die Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeiten mit ein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 2). Ähnlich wie bei der Berufsgruppe der Ärzte, ist bei den Pflegekräften auch das Geschlecht entscheidend, in wieweit die Belastungen ausgeprägt sind (vgl. Innstrand et al., 2011, zit. n. Hoefert, H.-W., 2017, S. 116). Diese nun genannten Belastungen werden auch in der NEXT-Studie, die nun schon einige Jahre zurückliegt, deutlich. Hier wurden diese Belastungen sogar als Anlass dafür gesehen, aus dem Beruf auszusteigen.

In einer Organisation, wie dem Krankenhaus, dürfen neben den Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte jedoch auch die anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise die Angestellten der Verwaltung, die Verwaltungsleitung, die Reinigungskräfte, die Gärtner oder andere Beschäftigte im Krankenhaus, in Bezug auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen vergessen werden, da diese Berufsgruppen ebenso unterschiedlichsten

Belastungen ausgesetzt sind. Dies bedarf jedoch einer zusätzlichen umfangreichen Recherche, die an dieser Stelle jedoch nicht vorgesehen ist.

Wird den eben aufgeführten Belastungen mit Verhaltens- und Verhältnisprävention (Kapitel 4.3.2 und 4.3.3) im Krankenhaus entgegengewirkt, so kann dies die Gesundheit der Mitarbeiter in positivem Maße beeinflussen. Dies ist dann nicht nur auf individueller Ebene ein Erfolg, sondern trägt auch zu dem Unternehmenserfolg bei.

4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Veränderungen der Wirtschaft und der Politik erfordern in Deutschland zunehmens konjunkturelle, wie auch strukturelle Veränderungen und somit wird auch für die Unternehmen der Anpassungs- und Leistungsdruck immer höher, der Wettbewerb steigt stets an. Jedes Unternehmen verfolgt eine stetige Qualitätsverbesserung und eine Kostensenkung. So ist auch die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik immer mehr gefragt. Wissenschaftliche Erkenntnisse sagen aus, dass Arbeit nicht mehr nur krank macht, Arbeit kann unter gewissen Bedingungen die Gesundheit sogar fördern (vgl. Badura, B. & Hehlmann, T., 2003, S. 1f.). Hier kommt das Betriebliche Gesundheitsmanagement zum Tragen. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist laut Badura et al. (1999) „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen (Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 17)“. Es muss also die gesamte Organisationsstruktur mit den betrieblichen Prozessen und den einzelnen Potentialen und dem unterschiedlichen Verhalten der Mitarbeiter betrachtet werden, um ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu integrieren und aufrechtzuerhalten.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement liefert einem Unternehmen wertvolle Investitionen in sein Sozial- und Humankapital. Das Sozial- und Humankapital sind wichtige Güter, um ein Unternehmen erfolgreich zu führen. Investitionen in das Human- und Sozialkapital bedeuten eine höhere Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der einzelnen Beschäftigten eines Unternehmen (vgl. Badura, B. & Hehlmann, T., 2003, S. 7f.). Laut Cohen und Prusak (2001) „besteht [das Sozialkapital] aus aktiven Verbindungen zwischen Menschen: Vertrauen, gegenseitiges Verständnis, gemeinsame Werte und

Verhaltensweisen, die Mitglieder sozialer Netzwerke und Gemeinschaften verbinden und kooperatives Handeln ermöglichen (Cohen & Prusak, 2001, zit. n. Badura, B. & Hehlmann, T., 2003, S. 8)“. Als Humankapital werden von Badura und Hehlmann (2003) sogenannte „weiche Faktoren“ (Motivation, Qualifikation und Leistungsbereitschaft) bezeichnet. Investitionen in das soziale System eines Unternehmens bedeutet eine Steigerung der Gesundheit der Mitarbeiter, denn Menschen sehen die sozialen Vernetzungen und ihre eigene soziale Kompetenz als ein wichtiges Gesundheitspotential an. Soziale Beziehungen haben einen enormen Einfluss auf die Gesundheitsförderung eines Menschen (vgl. Badura, B. & Hehlmann, T., 2003, S. 16). Wenn die seelische und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter auf einem guten Level ist, so können diese mehr Leistung bringen, eine höhere Flexibilität zeigen und innovationsfreudiger sein. (vgl. Badura, B., 2001, S. 22)

Wie sich nun herauskristallisiert hat, sind die Mitarbeiter eines Unternehmens das wichtigste Kapital, denn diese sind verantwortlich für die Leistungen eines Unternehmens und müssen gesund sein, denn nur so kann ein Unternehmen Zahlen schreiben und Erfolg verzeichnen.

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird näher auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement mit seinen Grundsätzen für die Implementierung, den drei Säulen und dem Regelkreis eingegangen. Danach folgen die Finanzierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die rechtlichen Rahmenbedingungen, die es erst ermöglichen, das Betriebliche Gesundheitsmanagement einzuführen. Ebenso werden die wichtigsten Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagements genannt und es wird auf die Kosten-Nutzen-Analyse eingegangen.

4.2.1 Grundsätze für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist stets von Lernprozessen geprägt. Diese Lernprozesse können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden, sie beziehen sich entweder nur auf einzelne Personen oder es ist die komplette Organisation in einen Lernprozess mit eingebunden. Diese unterschiedlichen Lernebenen stehen ständig in einer Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig. Gerade in Hinblick auf eine dauerhafte Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es sinnvoll, die einzelnen

Lernerfahrungen, die während der unterschiedlichen Lernprozesse entstehen, niederzuschreiben, um diese für das gesamte Unternehmen sichtbar und darüber hinaus auch nutzbar zu machen. Es muss jedoch eine Infrastruktur geschaffen werden, die einen Kommunikationsaustausch über die Lernerfahrungen möglich machen kann (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 47ff.). Darüber hinaus müssen alle Phasen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement kontinuierlich und systematisch durchgeführt werden, um die dauerhafte Implementierung in einer Organisation zu gewährleisten. (vgl. Walter, U., 2003, S. 74f.)

Führung als Erfolgsgarant für ein gutes Betriebliches Gesundheitsmanagement

Führungskräfte gestalten die Arbeits- und Organisationsbedingungen und kümmern sich um den Einsatz des Personals und sind ebenso für die persönliche Kommunikation mit den Mitarbeitern verantwortlich. Die Führungskräfte besitzen daher den höchstmöglichen Einfluss auf die gewünschten Veränderungsprozesse innerhalb eines Betriebes. (vgl. Kroll, D., 2010, S. 50)

Eine dauerhafte Implementierung ist also nur möglich, wenn das Top-Management in Zusammenarbeit mit den Führungskräften, dem Betriebs- und/ oder Personalrat an dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligt sind und von dem Vorhaben, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in ihr Unternehmen zu integrieren, überzeugt sind und dies auch nach außen hin präsentieren. Am sinnvollsten und gegenüber den Mitarbeitern glaubwürdig erscheint es, wenn diese Zusammenarbeit durch Verträge schriftlich fixiert ist. In diesen Verträgen sollen die unterschiedlichen Grundsätze, Ziele und Vorgehensweisen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements festgelegt werden. Über dies hinaus sollten in den Verträgen auch die einzelnen Gremien, die für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wichtig sind (Steuerkreis Gesundheit, Gesundheitszirkel), festgelegt werden. (vgl. Walter, U., 2003, S. 76ff.)

Der Steuerkreis Gesundheit

Für eine dauerhafte Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt die Einrichtung eines Steuerkreises für Gesundheit eine bedeutsame Rolle dar. Dies kann in

Form eines Arbeitskreises für Gesundheit, eines Gesundheitszirkels oder eines Projektlenkungsausschuss stattfinden. Innerhalb dieses Gremiums werden die Prioritäten festgelegt, welche Maßnahmen stattfinden, wer diese Maßnahmen durchführt und in welcher Reihenfolge diese Maßnahmen in einem Unternehmen angewendet werden. Es werden in diesem Gremium unter anderem Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, um eine Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter zu erzielen. Diese Maßnahmen werden dann an das Top-Management herangetragen und im besten Fall zur Umsetzung abgesegnet. (vgl. Walter, U., 2003, S. 77)

Wer letztendlich in dem Gremium mitarbeiten darf, hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab. Zum einen ist die Größe des Unternehmens entscheidend. Des Weiteren ist es abhängig von dem Interesse, das die Betriebs- und Personalräte gegenüber dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement entgegenbringen. Ebenso hängt es davon ab, welche Bedeutung die Arbeitsmedizin und die anderen Gesundheitsexperten dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement zukommen lassen. Es sollten jedoch folgende Personen dem Steuerkreis Gesundheit anwesend sein: Ein Mitglied der Geschäftsführung, ein Vertreter des Betriebs- und /oder Personalrates, die innerbetrieblichen Gesundheitsexperten und ein Vertreter aus den Bereichen der Organisations- und /oder Personalentwicklung, sowie dem Qualitätsmanagement, ebenso ein Arbeitsmediziner. (vgl. Walter, U., 2003, S. 77f.)

Beauftragter für das Betriebliche Gesundheitsmanagement

Für einen optimalen Erfolg der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist der Einsatz eines Beauftragten unumgänglich. Diese Person stellt die Verbindung zwischen dem Top-Management, dem Steuerkreis, dem Projektteam sowie den Führungskräften und Mitarbeitern dar. Wenn die Projektleitung jedoch am Anfang der Implementierung diese Rolle übernimmt, so gilt es abzuklären, wer nach Ende des Projektes diese Rolle dauerhaft übernimmt. . (vgl. Walter, U., 2003, S. 81)

Walter (2003) hat die primären Aufgaben des Beauftragten für das Betriebliche Gesundheitsmanagement einmal zusammengefasst:

- „regelmäßige Überprüfung der Zielsetzung und der gewählten Vorgehensweise
- Terminplanung und –koordination (z.B. Treffen des Steuerungsgremiums)
- Delegation, Kontrolle und Steuerung von Teilaufgaben

- Kosten-, Leistungs- und Qualitätskontrolle
- Sicherstellen des Informationsaustausches und der Dokumentation
- Vorbereiten und Herbeiführen von Entscheidungen
- Planung, Koordination und Steuerung des Gesamtvorhabens
- Berücksichtigung neuer Entwicklungen
- Regelmäßige Berichterstattung gegenüber dem Top-Management, dem Betriebs- bzw. Personalrat sowie dem Steuerungsgremium (Walter, U., 2003, S. 81)“

Der Beauftragte sollte über das Basiswissen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement hinaus auch Fähigkeiten in Bezug auf die Kommunikation, die Zusammenarbeit in einem Team und die Konfliktlösung aufweisen.

Externe Prozessbegleitung

Es hat sich in der Praxis als sehr sinnvoll erwiesen, eine externe Beratungsfirma hinzuzunehmen, die die einzelnen Akteure unterstützt und berät. Durch eine aktive Unterstützung und eine neutrale Beratungstätigkeit können die auftretenden Konflikte auf neutraler Ebene gelöst werden, es können andere Lernprozesse angeregt werden und es können kritische Punkte durch eine neutrale Person aufgedeckt werden. (vgl. Walter, U., 2003, S. 82f.)

4.2.2 Die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Es gibt drei unterschiedliche Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die in Abbildung 1 gut dargestellt werden.

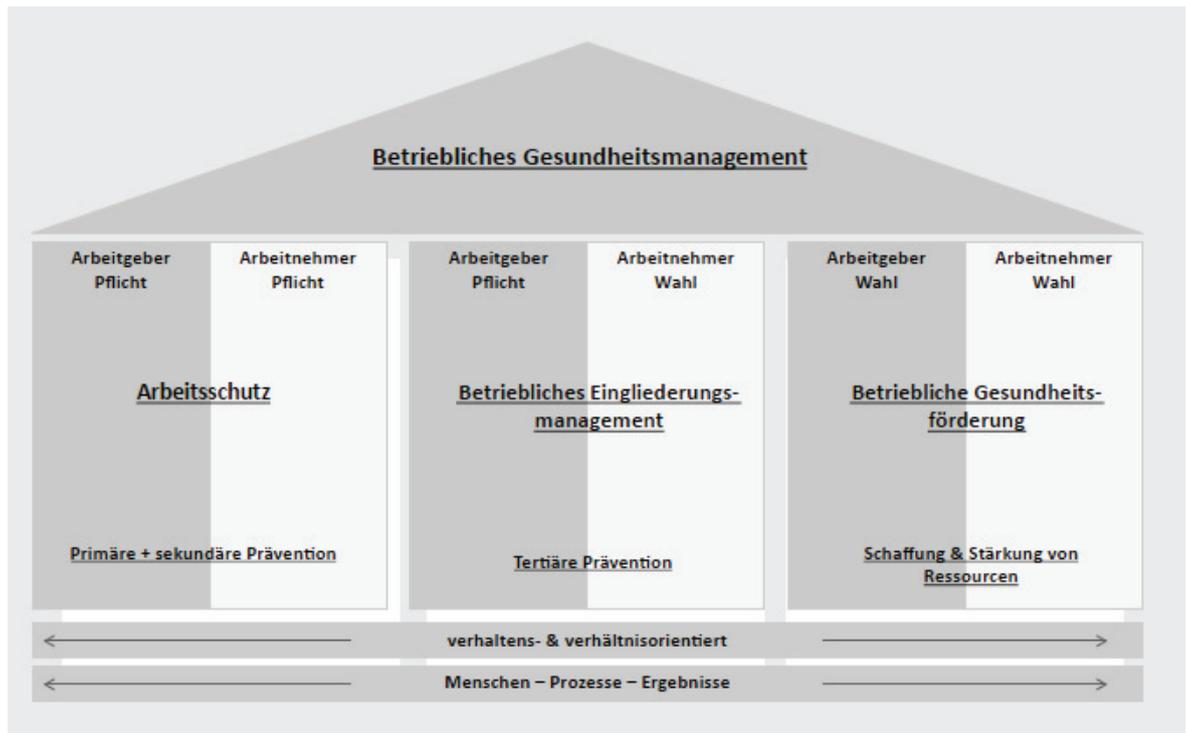


Abbildung 1: Das Haus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

(vgl. Struhs-Wehr, K., 2017, S. 176)

Die erste Säule umfasst den Arbeitsschutz, der sowohl für den Arbeitnehmer, als auch für den Arbeitgeber verpflichtend ist. Bei dem Arbeitsschutz wird in regelmäßigen Abständen eine Gefährdungsbeurteilung abgegeben, woraus Maßnahmen entwickelt werden, die dem ausreichenden Arbeitsschutz dienen sollen. Dadurch soll eine Sicherstellung und Organisation des menschengerechten Arbeitens erreicht werden. Im besten Fall entstehen so keine Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten mehr. Seit dem Arbeitsschutzgesetz von 2013 muss nicht mehr nur das physische Wohlbefinden der Mitarbeiter betrachtet werden, sondern auch das psychische Wohlbefinden in Betracht gezogen werden. In dieser Säule des Betrieblichen Gesundheitsmanagements geht es um die Primär- und Sekundärprävention. (vgl. Struhs-Wehr, K., 2017, S. 177)

Die zweite Säule umfasst das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Seit 2004 besteht eine gesetzliche Verpflichtung, das Betriebliche Eingliederungsmanagement für die Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen, der Mitarbeiter hat dabei die Wahl, ob und in welchem Umfang er Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durchführen möchte. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement greift erst ab einer ununterbrochenen Erkrankungsphase von mehr als sechs Wochen. Anders als bei dem Arbeitsschutz umfasst diese Säule die reine Tertiärprävention. Ziel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist es, nach Langzeiterkrankungen bei den Beschäftigten

wieder die vollständige Arbeitsfähigkeit zu erreichen und darüber hinaus zu erhalten. Beide Parteien, sowohl der Arbeitgeber, als auch der Arbeitnehmer profitieren davon. Der Arbeitgeber spart Kosten durch geringere Fehlzeiten und der betroffene Arbeitnehmer erhält eine Unterstützung bei der Wiedererlangung seiner Arbeitsfähigkeit. (vgl. Badura, B. et al., 2017, S. 176)

Die dritte und bedeutsamste Rolle umfasst die Betriebliche Gesundheitsförderung. Diese ist für den Arbeitgeber auf freiwilliger Basis zu sehen. Es soll durch proaktive Maßnahmen weit über die Prävention, also die Vermeidung von gesundheitlichen Risiken, hinausgegangen werden, sodass durch Ressourcenorientierung die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter gesteigert wird. Es geht also darum, die Mitarbeiter zu befähigen, ihre eigenen Gesundheitspotentiale zu erkennen, zu entwickeln und somit langfristig an ihrer Gesundheit zu arbeiten. Des Weiteren wird die Gestaltung für eine gesundheitsförderliche Arbeit und Kultur innerhalb eines Unternehmens angegangen. Es dürfen in dieser Säule nicht nur die verhaltensorientierten Maßnahmen, wie die Einführung einer Rückenschule oder der vergünstigte Besuch eines Fitnessstudios, durchgeführt werden, sondern eben auch die verhältnisorientierten Maßnahmen (gesundheitsförderliche Arbeit), die auf die Steigerung der Gesundheit der Mitarbeiter abzielen. (vgl. Struhs-Wehr, K., 2017, S. 178f.)

4.2.3 Der Regelkreislauf des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Badura et al. (1999) haben einen Regelkreislauf des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entwickelt, das fünf zentrale Elemente beinhaltet. Es handelt sich dabei um einen Kreislauf, da nach einer erfolgreich abgeschlossenen Evaluation immer wieder die Möglichkeit besteht, auf Basis des entstandenen Fazits, neue Diagnosen zu planen, die dann wiederum den Regelkreislauf durchlaufen. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 55)

Es lassen sich fünf unterschiedliche Elemente bilden (Strukturelle Voraussetzungen, Diagnose, Maßnahmenplanung, Maßnahmendurchführung und Evaluation), die im Folgenden genauer betrachtet werden. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 55)

Die strukturellen Voraussetzungen

Jede Organisation bringt andere Voraussetzungen in Bezug auf die Größe, die Tradition, die Mitarbeiter oder die Arbeitsbedingungen mit sich. Daher muss das Betriebliche Gesundheitsmanagement immer an diese Voraussetzungen angepasst werden und es müssen situationsgerechte Maßnahmen für ein Unternehmen erstellt werden. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 44)

Für die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es ebenso von Vorteil, zuvor ein festgelegtes Budget zu erarbeiten. Dies ist zunächst für die größeren Unternehmen relevant, die kleineren Unternehmen sollten eher eine problem- oder fallbezogene Budgetplanung vorziehen. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 70f.)

Die Einführung eines Steuerkreises ist bereits an anderer Stelle genannt worden und zählt genauso zu den strukturellen Voraussetzungen. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 71)

Ebenso ist es wichtig, den Mitarbeitern Weiterbildungen zu dem Thema Gesundheit in einem Betrieb anzubieten. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 71)

Die Diagnose

Wissenschaftlich gesehen, beschreibt der Begriff „Diagnose“ eine Analyse des Ist-Zustandes. Bezogen auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement werden die Zufriedenheit, das Wohlbefinden, der gesundheitliche Zustand und die Bedürfnisse der Mitarbeiter erhoben. Für eine optimale Diagnoseerhebung ist ein gestuftes System aus Krankenkassendaten, Mitarbeiterbefragungen und Arbeitsplatzbegehungen durchzuführen. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 83ff.)

Die Maßnahmenplanung

In diesem Kernelement des Regelkreislaufes werden die zuvor erhobenen Diagnosen unterschiedlichen Maßnahmen zugeordnet. Die Planung der einzelnen Maßnahmen zu den Diagnosen sollte später eine Handlungsabfolge bilden, sprich die einzelnen Maßnahmen

sind Teilziele, die später zu einem Gesamtziel zusammengeführt werden sollen. Neben der strategischen Planung und der operativen Planung, die die Öffentlichkeitsarbeit und die Verantwortlichen für die einzelnen Maßnahmen abdeckt, darf im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auch die dispositive Planung nicht fehlen. Diese beinhaltet die Zeitpläne und die Planung des Budgets. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 93ff.)

Die Maßnahmendurchführung

In dieser Phase des Regelkreislaufes werden die zuvor geplanten Maßnahmen in die Tat umgesetzt. Hier werden dann einzelne Maßnahmen gebündelt, um später schnellstmöglich das Gesamtziel zu erreichen. Die einzelnen Maßnahmen werden dabei immer wieder kontrolliert und reflektiert und die einzelnen Teilziele werden auf ihre Aktualität und Gültigkeit überprüft. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 103f.)

Während der Phase der Maßnahmendurchführung ist das Instrument des Gesundheitszirkels von Vorteil, da durch diesen Einsatz eine Verbindung von verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen ermöglicht wird. Durch die verhaltenspräventiven Maßnahmen ist es möglich, den Teilnehmern Wissen über Gesundheit, Arbeit und dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit zu geben und die Kompetenz entwickeln zu lassen, mit Belastungen und Stress besser umgehen zu können. Auf der verhältnispräventiven Ebene werden allgemeine innerbetriebliche Belastungssituationen angesprochen, um daraus Lösungen aufzuzeigen, die für das gesamte Team von Vorteil sind. Über die verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen hinaus dienen die Gesundheitszirkel ebenso dafür, das eigene Verhalten der Mitarbeiter, das Arbeitsklima und die strukturellen Gegebenheiten aufzuzeigen, um daraus mögliche Lösungsvorschläge zu erarbeiten. (vgl. Ducki, A., Jenewein, R. & Knoblich, H.-J., 1998, S. 269)

Für die Maßnahmendurchführung ist eine Dokumentation dieses Prozesses unumgänglich. Die Information an die Mitarbeiter stellt einen wesentlichen Punkt in dem Prozess der Maßnahmendurchführung dar. Nur wenn die Mitarbeiter ständig über die aktuellen Teilschritte, Ergebnisse oder aber auch Misserfolge informiert werden, kann eine Motivationssteigerung und ein ernsthaftes Interesse an dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement erreicht werden (vgl. Walter, U., 2003, S. 85, 95). Geeignet für die Weitergabe der Ergebnisse sind beispielsweise die Kommunikationswege über die

Teambesprechungen, das Schwarze Brett oder Informationsbroschüren. (vgl. Walter, U., 2003, S. 95)

Die Evaluation

Die Evaluation ist das vierte Element des Regelkreislaufes und zugleich das wichtigste Element. Es dient der Erfolgsbewertung der durchgeführten Maßnahmen. Durch diese Bewertung entstehen sogenannte „lernende Systeme“. Es findet durch diese Systeme eine ständige Information über die Effektivität und Effizienz der einzelnen Maßnahmen statt. Die Evaluation stellt aber nicht nur eine Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen dar, sie dient vielmehr dazu, eine Verbesserung der vorhandenen aktuellen Prozesse zu gestalten. Die Evaluation kann auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden: Zum einen findet eine Evaluation auf der Ebene der Strukturevaluation statt, wobei Ergebnisse über den Einfluss einzelnen Maßnahmen auf Strukturen des Unternehmens betrachtet werden. Eine weitere Möglichkeit der Evaluation bildet die Prozessevaluation, die bereits während der Maßnahmendurchführung stattfindet und schon zu diesem Zeitpunkt entschieden werden kann, ob es Veränderungen in Bezug auf die Maßnahmen geben sollte. Die dritte Evaluationsmöglichkeit bildet die Ergebnisevaluation. Hier wird die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen getrachtet. (vgl. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M., 1999, S. 112ff.)

4.2.4 Die Finanzierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Bei der Finanzierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen die unterschiedlichen Säulen betrachtet werden, da jede Säule aus unterschiedlicher Hand finanziert wird.

Wie in dem Kapitel „Das Präventionsgesetz“ ebenfalls erwähnt, sind die Krankenkassen die Hauptakteure bei der Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dennoch sind bei den krankenkassengeforderten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung weitere Partner außerhalb des Unternehmens beteiligt. So bildet auch die Unfallversicherung einen enormen Beitrag zur Durchführung von betrieblicher

Gesundheitsförderung. Weitere Kooperationspartner zur Finanzierung von betrieblicher Gesundheitsförderung sind unter anderem Gesundheits-/ Sozial- und Bildungseinrichtungen, die Gesundheitsämter oder auch wissenschaftliche Einrichtungen. Dennoch bilden die Unfallversicherungen und Krankenversicherungen den größten Anteil bei der Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung. (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2016, S. 55). Um die Finanzierung einmal in Zahlen auszudrücken, sollen ab dem Jahr 2016 für jeden Versicherten sieben Euro des Versicherungsbeitrages für Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden (vgl. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, 2015). Diese sieben Euro können unterteilt werden in zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung, zwei Euro für die Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Settings, davon gehen 0,45 Euro an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, und 1,64 Euro für die gesundheitliche Selbsthilfe. Die Pflegekassen haben insgesamt 21 Millionen Euro für die Unterstützung von gesundheitsfördernden Bedingungen in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademien für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 2016, S. 4)

Die Kosten für den Arbeitsschutz werden allein von dem Arbeitgeber getragen, denn laut des Arbeitssicherheitsgesetzes dürfen die „Kosten für die Maßnahmen [...] nicht den Beschäftigten auferleg[t werden]. (Arbeitsschutzgesetz, §3 (3))“

Die Kostenübernahme für das Betriebliche Eingliederungsmanagement lassen sich nur daraus schlussfolgern, dass der Arbeitgeber laut Sozialgesetzbuch IX §167 Absatz 2 dazu verpflichtet ist, allen Beschäftigten, die länger als sechs Wochen erkrankt sind, Maßnahmen der Wiedereingliederung anzubieten. Demnach trägt der Arbeitgeber die Kosten für das Betriebliche Eingliederungsmanagement.

4.2.5 Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ergeben sich nach Badura und Hehlmann (2003) vier wesentliche, aufeinander aufbauende Ziele. Das erste Ziel ist die Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems. Dabei spielt die Führungskraft eine ernstzunehmende Rolle, denn nur wenn diese auch hinter dem Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements steht, ist eine dauerhafte Implementierung möglich. Das zweite Ziel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beschreibt die Stärkung des Sozial- und

Humankapitals. Erreicht werden kann dieses Ziel, indem die persönlichen Gesundheitspotentiale eines Beschäftigten gefördert werden und in eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung investiert wird. Die Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit kennzeichnet das dritte Ziel. Dieses steht bei dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement auf dem obersten Rang. Wie in Kapitel 4.2 bereits erwähnt, korrelieren die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und die Leistungsfähigkeit mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Beschäftigten. Das letzte Ziel baut auf den drei zuvor genannten Zielen auf. Es soll das Ergebnis der anderen Ziele sein, nämlich die Steigerung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit. (vgl. Badura, B. & Hehlmann, T., 2003, S. 74ff.)

4.2.6 Kosten-/ Nutzenanalyse und die Bewertung der Wirksamkeit

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement dient nicht nur den Trägern der Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung, die aufgrund von Arbeitsunfällen oder anderen krankheitsbedingten Ausfällen zahlen müssen, sondern eigentlich in erster Linie dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber. Darüber hinaus kann ebenso ein Nutzen innerhalb der Familien des Arbeitnehmers, anderen Unternehmen und der gesamten Volkswirtschaft verzeichnet werden. (vgl. Singer, S. & Neumann, A., 2010, S. 54)

In einer Studie von Lück, Eberle und Bonitz (2009) wurden Unternehmen befragt, in denen das ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsmanagement bereits über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht nur den Gesundheitszustand der Mitarbeiter nachhaltig verbessert, sondern, dass ebenso die Kosteneffizienz und die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens deutlich verbessert wurden. (vgl. Lück, P., Eberle, G. & Bonitz, D., 2009, S. 77ff.)

In einer Studie von Zok (2009) wurden Arbeitnehmer nach dem Nutzen der Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung befragt. Die Ergebnisse sind zwar nicht ganz so eindeutig, wie bei dem Nutzen für das Unternehmen, jedoch zeigt sich auch hier, dass die Arbeitnehmer den Nutzen der Maßnahmen für sich gut einschätzen. 51,8 Prozent der Befragten gaben einen „hohen“ bis „sehr hohen“ Nutzen an, 31,4 Prozent betitelten den Nutzen mit „teils, teils“ und nur 16,4 Prozent benannten den Nutzen als „gering“ oder „sehr gering“. (vgl. Zok, K., 2009, S. 91)

Da zu den Kosten-Nutzen-Analysen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement wenig bis gar keine brauchbaren Studien entstanden sind, kann eine amerikanische Studie von Aldana hinzugezogen werden, um die Kosten-Nutzen-Verhältnisse einmal zu verdeutlichen. Es wurden teilweise signifikante Kosteneinsparungen in der Studie sichtbar. Es wurden Werte in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:2,5 bis 1:4,85 herausgefiltert. Das bedeutet, dass eine Investition von einem US-Dollar in die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu einer Einsparung von 2,50 US-Dollar bis zu 4,85 US-Dollar geführt hat. (vgl. Kreis & Bödeker, 2003, zit. n. Singer, S. & Neumann, A., 2010, S. 55)

4.2.7 Rechtliche Rahmenbedingungen

In den rechtlichen Rahmenbedingungen wird eher auf die betriebliche Gesundheitsförderung eingegangen, denn diese Rahmenbedingungen ermöglichen es erst, das Betriebliche Gesundheitsmanagement in einem Betrieb oder einer Organisation einzuführen. Ohne die rechtlichen Bestimmungen für die betriebliche Gesundheitsförderung wären lediglich die Säulen des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements möglich.

Auch wird in der Literatur immer wieder angeführt, dass die betriebliche Gesundheitsförderung den alles entscheidenden Kern für das Betriebliche Gesundheitsmanagement bildet. (vgl. Petzi, M. & Kattwinkel, S., 2016, S. 12)

Für die rechtlichen Bestimmungen des Arbeitsschutzes wird in dem Unterkapitel „Arbeitsschutzgesetz“ und Arbeitssicherheitsgesetz“ eingegangen.

Die folgenden Unterkapitel zeigen ebenso die wichtigsten Entwicklungen der betrieblichen Gesundheitsförderung von der Ottawa Charta und der Luxemburger Deklaration, über das Arbeitsschutzsystem, das Arbeitssicherheitssystem und dem Gesundheitsreformgesetz bis hin zu der neuesten und wichtigsten Einführung, dem Präventionsgesetz.

4.2.7.1 Die Ottawa-Charta

In der Ottawa-Charta wird mit keinem Wort die betriebliche Gesundheitsförderung als feststehender Begriff genannt, jedoch bezieht die Ottawa-Charta die Gesundheitsförderung

in den unterschiedlichen Settings mit ein, sodass auch Betriebe und Organisationen laut der Ottawa-Charta in eine Gesundheitsförderung mit einbezogen werden können.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin (Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 1)“. Die Gesundheitsförderung gilt nach der Ottawa-Charta also nicht, wie die Luxemburger Deklaration, als wirtschaftlicher Erfolg, vielmehr wird hier der Gesundheit ein individueller Wert zugetragen. Es stehen hier die individuellen Bedürfnisse, die aktive Beteiligung des Menschen an seiner Gesundheit, die Selbstbestimmung, die ein jeder Mensch haben sollte, und das Empowerment im Vordergrund. (vgl. Faller, G., 2017, S. 31)

Hier wird die betriebliche Gesundheitsförderung auf der politischen Ebene betrachtet. Ziel ist es, dass eine Machtumverteilung stattfindet, wobei gerade die Beschäftigten in den Augenschein genommen werden müssen, die in den Unternehmen weniger Einfluss auf die Entscheidungen haben, diejenigen, die in der Hierarchie eher unten angesiedelt sind. So müssen die innerbetrieblichen Strukturen verändert werden, um die nachgeordneten Beschäftigten an der Entwicklung und dem Erfolg des Unternehmens teilhaben lassen zu können. (vgl. Faller, G., 2017, S. 31)

4.2.7.2 Die Luxemburger Deklaration

Nach Auffassung der Luxemburger Deklaration beinhaltet „betriebliche Gesundheitsförderung [...] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am

Arbeitsplatz (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007, S. 2).“ In dieser Passage steht zunächst im Vordergrund, dass alle Akteure, die an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen mitwirken, an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt sind. Die Luxemburger Deklaration weist auf die Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert hin (vgl. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007, S. 3). Um sich diesen Herausforderungen stellen zu können, benötigen die Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung, denn „zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab.“ (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007, S. 3)

Betriebliche Gesundheitsförderung geht auf ein umfassendes, das eigentliche Konzept des Arbeitsschutzes weiterentwickeltes (vgl. Faller, G., 2017, S. 27), Konzept zurück, das zum Ziel hat, „Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufserkrankungen und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007, S. 3)“.

Nach der Luxemburger Deklaration ist das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung ein sehr breit angelegtes Konzept, das die unterschiedlichsten Faktoren betrachtet, wie beispielsweise die Anpassung der Unternehmensgrundsätze und –leitlinien, um die Beschäftigten als diejenigen anzusehen, die maßgeblich an dem Erfolg des Unternehmens beteiligt sind oder aber auch die Übergabe der Verantwortung an die Beschäftigten, um sie so in ihrer Selbstverwirklichung zu ermutigen. Des Weiteren werden Faktoren genannt, wie die Veränderung der Arbeitsorganisationen, um die Ressourcen der Mitarbeiter einzubeziehen oder den Arbeits- und Gesundheitsschutz in die betriebliche Gesundheitsförderung zu integrieren. (vgl. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007, S. 4)

4.2.7.3 Arbeitssicherheitsgesetz

Das Arbeitssicherheitsgesetz wurde erstmal 1973 verabschiedet und wurde seitdem einige Male überarbeitet und in Neufassungen veröffentlicht. Dem Arbeitssicherheitsgesetz zufolge, ist jeder Arbeitgeber dazu verpflichtet, seinen Mitarbeitern einen oder mehrere Betriebsärzte oder andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Verfügung zu stellen. Ziel dieses Gesetzes ist es, „[...] dass, 1. Die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung

dienenden Vorschriften den besonderen Betriebsverhältnissen entsprechend angewandt werden, 2. Gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung verwirklicht werden können, 3. Die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Maßnahmen einen möglichst hohen Wirkungsgrad erreichen (Arbeitssicherheitsgesetz, §1)“.

4.2.7.4 Das Gesundheitsreformgesetz

Die Einführung des Gesundheitsreformgesetzes 1988 lieferte erstmals mit der Einführung des §20 eine Legalisierung der Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen konnten von nun an selbst die Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen und abrechnen. Doch dieser Zustand hielt nicht lange an, als 1996 durch das Beitragsentlastungsgesetz die Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus dem Pflichtkatalog genommen wurden. Grund hierfür sollte die Entstehung eines zu hohen Kassenwettbewerbs durch die Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein. (vgl. Kuhn, K., 2017, S. 44, zit. n. Walter, 2003)

In den Jahren von 1996 bis 2000 bezogen sich die präventiven Leistungen der Krankenkassen nun ausschließlich auf die Vorsorge und Früherkennung, aber auch auf die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und die Kooperation mit der Unfallversicherung. Ab dem Jahr 2000 wurde dann eine Neufassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes verabschiedet, in dem nun die Primärprävention wieder als Leistung im Pflichtkatalog der Krankenkassen aufgenommen wurde. Auch war es den Krankenkassen nun wieder möglich, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Seit April 2007 sind die Krankenkassen nach dem neu gefassten §20a SGB V nun dazu verpflichtet, Prävention und Gesundheitsförderung, auch die betriebliche Gesundheitsförderung, zu finanzieren und bei der Durchführung zu unterstützen. (vgl. Kuhn, K., 2017, S. 44)

4.2.7.5 Das Arbeitsschutzsystem in Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung

Laut des Arbeitsschutzgesetzes von 1996 ist der Arbeitgeber verantwortlich dafür, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes dazu führen, dass die Sicherheit und Gesundheit der

Angestellten am Arbeitsplatz gewährleistet ist (vgl. Arbeitsschutzgesetz, §3). Ferner muss er dafür sorgen, dass „die Arbeit [...] so [...] gestalte[t] [ist], daß eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“. (Arbeitsschutzgesetz, §4, 1)

Mit der Einführung des Arbeitsschutzgesetzes und den Kooperationsvorgaben durch die Sozialgesetzbücher V und VII, konnte auch die betriebliche Gesundheitsförderung langsam eingeführt werden. Maßgeblich an diesen Kooperationsvorgaben dran beteiligt, war das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Durch das von ihnen initiierte Programm „Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ konnte eine nachhaltige Kooperation von Krankenkassen und Unfallversicherung sichergestellt werden, die auch für die betriebliche Gesundheitsförderung von enormem Vorteil war (vgl. Kuhn, K., 2017, S. 46f.), was sich auch gerade in der Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen wird (Kapitel 4.2.2).

4.2.7.6 Das Präventionsgesetz

Nach vielen vergeblichen Anläufen der Bundesregierung, wurde letztendlich das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ im Juni 2015 verabschiedet. Hier sollen nun vermehrt Projekte in unterschiedlichen Lebenswelten, unter anderem auch den Betrieben, zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention stattfinden. Es sollen mit dem Gesetz die Leistungen der Früherkennung von Krankheiten erweitert und die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Behörden im Gebiet des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. (vgl. Kuhn, K., 2017, S. 45)

Den gesetzlichen Krankenkassen kommt bei der betrieblichen Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu, denn „[sie] fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, 2015).“ Aber nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen sollen an der Gesundheitsförderung in den

einzelnen Lebenswelten arbeiten, auch die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung und die privaten Krankenversicherungen sollen mit integriert werden. Dieses Zusammenwirken wird unter anderem in der nationalen Präventionskonferenz diskutiert und Maßnahmen werden festgelegt, welche diese Zusammenarbeit begünstigen können. Nicht zuletzt werden in der nationalen Präventionskonferenz auch die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und mögliche Verbesserungsmaßnahmen festgelegt und auch die Verknüpfung zwischen den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und den Maßnahmen des Arbeitsschutzes wird dort immer weiter ausgebaut. (vgl. Kuhn, K., 2017, S. 45)

4.2.8 Betriebsbezogene Rahmenbedingungen

Bevor das Betriebliche Gesundheitsmanagement in einer Organisation oder einem Betrieb eingeführt wird, sollten zunächst die Zielvorstellungen und die Erwartungen der unterschiedlichen Akteure, die eventuell bei der Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements involviert sind, vorgestellt und miteinander diskutiert werden. Häufig kommen bei der Diskussion unterschiedliche Ziele und Interessen zum Vorschein, sodass eine vorab geführte Diskussion sehr wichtig für die Implementierung ist, denn nur, wenn die unterschiedlichen Akteure an einem Strang ziehen, kann eine vernünftige und zukunftsweisende Implementierung stattfinden.

In dem Zusammenhang der Diskussion werden aus der Erfahrung heraus jedoch sehr häufig folgende Themenfelder für die Ziele genannt:

- Qualitätsverbesserung
- Erhöhung der Innovationsbereitschaft
- Optimierung der Schnittstellengestaltung
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation
- Erhöhung des Wohlbefindens, der Arbeitszufriedenheit und der Motivation der Mitarbeiter
- Reduzierung der Fehlzeiten und der daraus folgenden Personalkosten
- Verminderung der inneren Kündigung und der Fluktuation
- Erhöhung der Attraktivität für neue Bewerber

Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine langfristige Aktion, bei der die Gesundheit der Mitarbeiter langfristig verbessert oder erhalten bleiben soll. Ein erfolgreicher Bestand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann jedoch nur funktionieren, wenn alle Mitarbeiter von den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugt sind und eine Motivation aufweisen, diese Maßnahmen für sich selbst durchzuführen. Aber nicht nur die Mitarbeiter müssen überzeugt und motiviert sein, auch das Management und insbesondere die Führungskraft, müssen ein Verständnis gegenüber dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufzeigen, dieses umsetzen und so ein gutes Vorbild für die Mitarbeiter sein. Das „European Network for Workplace Health Promotion“ (ENWHP) hat Leitlinien entwickelt, an die sich jede Person, die an dem Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beteiligt ist, halten sollte, um die Etablierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erreichen. Diese setzen sich auf vier verschiedenen Leitlinien zusammen:

1. Partizipation
2. Integration
3. Projektmanagement
4. Ganzheitlichkeit

Bei der Partizipation handelt es sich um die Einbeziehung aller Mitarbeiter an dem Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Leitlinie der Integration weist darauf hin, dass die betriebliche Gesundheitsförderung bei jeglichen Entscheidungen und in allen Bereichen des Unternehmens betrachtet werden sollte. Das Projektmanagement soll dafür genutzt werden, alle Maßnahmen nach dem System (Bedarfsanalyse, Priorisierung, Planung, Ausführung, fortwährende Kontrolle und Schlussfolgerung der Ergebnisse) durchzuführen. Bei der Leitlinie der Ganzheitlichkeit sollen alle Maßnahmen betrachtet werden, sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene. (vgl. Eikamp, J., 2013, S. 6f.)

Die gesamte Organisation ist für die Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit den Zielen, Instrumenten und Ergebnissen verantwortlich und muss dieses auch in der Unternehmenskultur glaubwürdig zeigen. (vgl. Badura, 1999, zit. n. Eikamp, J., 2013, S. 7)

4.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus

Krankenhäuser sind eine der kompliziertesten gesellschaftlichen Dienstleistungsunternehmen, denn sie weisen einen hohen Grad an Komplexität in Bezug auf die innerbetrieblichen Strukturen auf. Des Weiteren weisen sie die höchste Stellung in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Menschen auf. (vgl. Müller, B., 2012, S. 269) Es ist nämlich im Sinne der Krankenbehandlung das Zentrum des Gesundheitswesens. Warum das Krankenhaus überhaupt in den Blickpunkt für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements genommen wird, beschreiben Krajic, Pelikan und Lobnig (1996) wie folgt: „[Das Krankenhaus] ist der Referenzpunkt für medizinisch kompetente Diagnostik, adäquate Therapie und Pflege, weil es die größte Konzentration an technischen, personellen und das heißt auch finanziellen Ressourcen darstellt. Gleichzeitig ist das Krankenhaus auch das Ausbildungszentrum der Gesundheitsberufe. Wenn es – im Sinne der Ottawa-Charta – bei Gesundheitsförderung auch um Reorientierung des Gesundheitswesens im Sinne einer verändernden Weiterentwicklung seiner Interventionsstrategien geht, so führt dabei kein Weg am Krankenhaus vorbei.“ Das Krankenhaus dient zwar vielen Menschen dazu, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben, der Arbeitsplatz in Krankenhäusern birgt jedoch für die Beschäftigten auch einige gesundheitliche Risiken, wie das Arbeiten mit Noxen, die Schichtarbeit und psychosoziale Belastungen (Siehe Kapitel 4.1.3). (vgl. Krajic, K., Pelikan, J. & Lobnig, H., 1996, S. 56f.) Das Krankenhaus weist in Hinblick auf die Gesundheitsförderung ein Paradoxon auf. Zum einen werden kranke Patienten wieder geheilt, zum anderen wird jedoch nicht auf die Gesundheit der Mitarbeiter geachtet, die für die Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten zuständig sind. (vgl. Zieger, A., 2001, S. 81)

In der Organisation Krankenhaus lassen sich unterschiedliche Ansätze finden, um das Betriebliche Gesundheitsmanagement in eine solche Organisation zu integrieren. Es kann bedeuten, dass bestehende Strukturen, Arbeitsabläufe, soziale Beziehungen oder Dienstleistungen auf ihre gesundheitsförderlichen Aspekte untersucht werden und geschaut wird, in wieweit dort Verbesserungsmöglichkeiten gefunden werden können. Hier können alle Personen in und um ein Krankenhaus herum mit einbezogen werden, nicht nur die Mitarbeiter. Es können somit präventive und rehabilitative Dienstleistungsangebote entstehen, aber auch der stärkere Blick auf Gesundungsprozesse im Hinblick auf die kurativen Leistungen muss entstehen. Zudem kann in einer Organisation, wie dem Krankenhaus eine gesundheitsfördernde Lebenswelt für Patienten und Mitarbeiter

entstehen. Das Krankenhaus muss die Gesundheitsförderung und Prävention sowohl für die Mitarbeiter, als auch nach außen hin verkörpern. (vgl. Krajic, K., Pelikan, J. & Lobnig, H., 1996, S. 57f.)

Für eine erfolgreiche Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen alle Hierarchieebenen in einem Krankenhaus angesprochen werden. (vgl. Kapitel 4.1.1 und 4.1.2)

Es ist leider zurzeit noch so, dass sich die meisten Krankenhäuser erst dann auf ein Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einlassen, wenn die Mitarbeiter einen Motivationsverlust aufweisen oder die Arbeitsbedingungen zu Problemen führen, wenn ein starker Konkurrenzdruck entsteht, sodass das Krankenhaus versucht, sich durch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements attraktiv zu machen oder wenn die Krankenhausidentität und das Leitbild neugestaltet werden sollen. (vgl. Krajic, K., Pelikan, J. & Lobnig, H., 1996, S. 61f.)

Seit 1996 versucht das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements attraktiv zu machen, sodass Krankenhäuser nicht nur aus den oben genannten Gründen an solchen Maßnahmen teilnehmen, sondern auf freiwilliger Basis agieren. (Internetpräsenz des Deutschen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser)

4.3.1 Status-quo der derzeitigen Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern

Bei der Analyse der Leitbilder oder der Internetauftritte der einzelnen Kliniken wird deutlich, dass bereits einige Krankenhäuser der Gesundheit der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert beimessen. In der Praxis sind jedoch eher systemische Interventionen zu finden, die von externen Dienstleistern für eine zeitliche Begrenzung durchgeführt werden. Ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement in dem gesamten Unternehmen bildet noch immer eine Ausnahme (vgl. Müller, B., 2012, S. 272). Auf der Internetseite des Deutschen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser sind derzeit 14 Mitglieder aufgelistet. (Internetpräsenz des Deutschen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser)

Die Krankenhäuser, die bereits eine langjährige Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufweisen, haben für diese Durchführung interne Stellen

geschaffen, die sich ausschließlich mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement befassen. (vgl. Hülsmann, 2008, zit. n. Müller, B., 2012, S. 273)

Es ist schon ein Trend zu erkennen, dass die Beschäftigten in Krankenhäusern in Bezug auf ihre Gesundheit immer mehr in den Fokus geraten. Es gibt in zahlreichen Krankenhäusern bereits ausreichende Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie beispielsweise eine Rückenschule, Gesundheitstage oder Nichtraucherurse (vgl. Müller, B., 2012, S. 273), ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement bleibt häufig auf der Strecke.

Weitere Ausführungen über den Status quo der derzeitigen Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigt sich an späterer Stelle noch einmal in den Ergebnissen des praktischen Teils dieser Arbeit.

4.3.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Zwischen den beiden Begriffen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention besteht ein Zusammenhang, der gerade im Hinblick auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement wichtig erscheint, um gezielte Maßnahmen konstruieren zu können. Die Verhaltensprävention betrifft das Individuum selbst. Diese Art der Prävention hat zum Ziel, das Gesundheitsverhalten (Gewohnheiten, Handlungsweisen und Einstellungen) des Einzelnen zu erkennen und es gesundheitsfördernd durch gezielte Maßnahmen zu beeinflussen und beispielsweise eine Früherkennung von Krankheiten oder eine Entwöhnung des Rauchens zu erreichen. Die Verhältnisprävention hingegen beschäftigt sich eher mit den Umwelt- und Lebensbedingungen und hat zum Ziel, diese Bedingungen in Bezug auf die Gesundheit zu verbessern. Somit besitzen beide Präventionsformen den Anspruch, Krankheiten durch unterschiedliche Maßnahmen zu verhindern und die Gesundheit zu verbessern. Daher ist eine Kombination der beiden Präventionsformen in den meisten Fällen unumgänglich, da die einzelnen Maßnahmen sich überschneiden oder ineinandergreifen (vgl. Eikamp, J., 2013, S. 5). Ein einfaches Beispiel wäre die Anschaffung von höhenverstellbaren Schreibtischstühlen (Verhältnisprävention) und die gleichzeitige Unterrichtung der Mitarbeiter über die Anwendung dieser Schreibtische in Bezug auf eine ergonomische Sitzposition (Verhaltensprävention) (vgl. Faller, G., 2017, S. 35). Eine strikte Trennung zwischen dem Verhalten und den Verhältnissen ist jedoch aus

heutiger Sicht gar nicht mehr möglich. Faller (2017) äußert zu dieser strikten Trennung ein Gegenargument, das sie auf Grundlage von Giddens (1988) bildet, sie ist der Meinung, dass sich „eine klare Grenze zwischen menschlichem Verhalten und äußeren Strukturen nicht ziehen [lässt], weil einerseits Menschen ihr Verhalten an den –oftmals unausgesprochenen und implizit wirksamen- Regeln ihrer sozialen Umgebung ausrichten und die dort gültigen Werte und Einstellungen übernehmen, und weil andererseits kollektives Verhalten auch Prozesse und Strukturen verändern kann“ (vgl. Giddens, 1988, zit. n. Faller, G., 2017, S. 35)

Wenn das Beispiel der Anschaffung der Schreibtischstühle betrachtet wird, ist hier vergessen worden, auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu achten. Die Stühle sind angeschafft worden, ohne die Mitarbeiter zu befragen, ob das eigentliche Problem mit der Anschaffung der Stühle beseitigt wurde. Es müssen also bei den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement die Betroffenen selbst befragt werden, diese müssen dann ihre eigenen Belastungsfaktoren nennen und aus diesen müssen mögliche Maßnahmen und Lösungen geschaffen werden. Die Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten also nur auf Basis von zuvor definierten Problemen der Betroffenen durchgeführt werden und in einem Zusammenhang angesehen werden. (vgl. Faller, G., 2017, S. 35)

Im Folgenden werden nun drei Verhaltenspräventionsmaßnahmen und zwei Maßnahmen der Verhältnisprävention vorgestellt. Diese sind auf das Krankenhaus bezogen, damit die zuvor beschriebenen allgemeinen Fakten zu dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement anhand von Beispielen veranschaulicht werden. Wie eben bereits erwähnt, sollten diese Maßnahmen aber von Krankenhaus zu Krankenhaus individuell eingeführt werden und auf Grundlage der Bedürfnisse der Mitarbeiter ergriffen werden.

4.3.2.1 Maßnahmen der Verhaltensprävention- Burn-out-Prävention

Gerade in den pflegerischen Berufen zeigt sich in den letzten Jahren ein Anstieg an Burn-out-Symptomen. In den Pflegeberufen lässt sich zwar eine hohe Leistungsbereitschaft verzeichnen, diese Leistungen zeigen viele jedoch nur, da sie Anerkennung bekommen wollen. Diese Menschen streben einen Idealismus an, sie bestimmen sich über ihre Leistungsfähigkeit und wollen diese auch nach außen hin demonstrieren. Durch die

gestiegenen Arbeitsanforderung in den Krankenhäusern wird der Idealismus aber immer mehr zu einer Belastung, da die Arbeit immer mehr zunimmt und die Leistung nicht mehr idealtypisch durchgeführt werden kann, es folgt das Burn-out. Um diesem Burn-out entgegenzugehen, setzt die Prävention auf drei unterschiedlichen Ebenen an: der individuellen Ebene, der Teamebene mit seiner Teamkultur und der arbeitsstrukturellen Ebene (vgl. Veitl, B., 2013a, S. 39). Auf der individuellen Ebene sind die sieben Genussregeln nach Lutz und Koppenhöfer (1983) zu nennen:

1. „Genuss braucht Zeit
2. Genuss muss erlaubt sein
3. Genuss geht nicht nebenbei
4. Wissen, was einem guttut
5. Weniger ist mehr
6. Ohne Erfahrung kein Genuss
7. Genuss ist alltäglich (Veitl, B., 2013a, S. 39)“.

Ist ein Mensch jedoch schon so weit vom Idealismus geprägt, so wird er diese Genussregeln erst zu schätzen wissen, wenn bereits ein Burn-out vorhanden ist und er seine Lebensauffassungen ändern muss. So ist es sehr sinnvoll, den Mitarbeitern diese Genussregeln vor einem Burn-out aufzuzeigen. Dies kann durch die Führungskraft geschehen. (vgl. Veitl, B., 2013a, S. 39)

Eine weitere Lösung ist die strikte Einhaltung der Pausenzeiten und ein klar formuliertes Ende der Arbeitszeiten. Diese Einhaltung ist wichtig zur Förderung der Kommunikation im Team, für die Kommunikation auf privater Ebene und für die Weitergabe von Arbeitsinformationen. Wenn ein Team hohe Idealvorstellungen aufweist, ist die Führungskraft gefragt, denn diese muss dem Team bewusst machen, wie wichtig Pauseneinhaltungen sind. (vgl. Veitl, B., 2013a, S. 39)

Ebenso ist die Führungskraft dafür verantwortlich, den Mitarbeitern klare Anweisungen zu geben und auf ihre Gesundheit zu achten. (vgl. Veitl, B., 2013a, S. 39)

4.3.2.2 Maßnahmen der Verhaltensprävention- Vermeidung der Inneren Kündigung

Die Ursachen für die innere Kündigung können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Es spielen natürlich das Arbeitsumfeld, Konflikte mit Vorgesetzten und Mitgliedern des Teams, mangelnde Anerkennung oder auch eine schlechte Organisation der Arbeitsabläufe eine Rolle. Auch können eine schlechte Kommunikation mit dem Chef, keine Feedbackrückgabe oder eine zu geringe Wertschätzung des Chefs und der Mitarbeiter dazu führen, dass keine Loyalität mehr vorhanden ist und keine Identifikation mehr mit der Arbeit vorhanden ist. (vgl. Wild, G., 2013, S. 51)

Es ist jedoch äußerst schwierig, diese Ursachen zu erkennen. Die innere Kündigung kann sich beispielsweise durch ein passives Verhalten, ein Anstieg der Fehlzeiten oder ein häufigeres Desinteresse des Mitarbeiters zeigen. (vgl. Wild, G., 2013, S. 51)

An dieser Stelle sind auch wieder die Führungskräfte gefragt. Das Führungsverhalten muss geändert werden, damit die innere Kündigung bei den Mitarbeitern ausbleibt oder gar nicht erst auftritt. Es ist wichtig, dass eine Führungskraft mit den Mitarbeitern kommuniziert. „Positive Wertschätzung, Lob, soziale Unterstützung, ja auch konstruktive Kritik wirken sich günstig und wirkungsvoll aus“, so nennt Wild (2013) mögliche Ansatzpunkte zu einer Verbesserung der Situation in Bezug auf die innere Kündigung von Mitarbeitern.

Es ist wichtig von Seiten der Führungskräfte, die Mitarbeiter mit einzubeziehen, denn oftmals sind die Mitarbeiter die wahren Experten in einem System der Organisation und können sehr gut die Schwachstellen benennen und mögliche Lösungswege zusammen mit der Führungskraft erarbeiten. (vgl. Wild, G., 2013, S. 53f.)

4.3.2.3 Maßnahmen der Verhaltensprävention- Prävention der somatischen Krankheitsbilder

Durch eine immer kompliziertere Aquirierung von jüngeren Mitarbeitern, wird in Zukunft der Anteil der älteren Mitarbeiter auch in einem Krankenhaus immer mehr ansteigen. Daher ist es wichtig, die Verhaltensprävention in Bezug auf die somatischen Krankheitsbilder durchzuführen, denn diese bilden, so auch die Zahlen der Fehlzeitenreporte (siehe Kapitel 3.2), den größten Anteil der berufsbedingten Erkrankungen.

Mit zunehmendem Alter wird die Wahrscheinlichkeit, an einer degenerativen Erkrankung zu leiden, immer größer. Diese müssen noch nicht einmal in dem Berufsleben erworben worden sein. Es muss jedoch dann darauf geachtet werden, in welcher Art und Weise diese körperlichen Einschränkungen am Arbeitsplatz durch gesundheitsbezogene Maßnahmen beeinflusst und verbessert werden können. Es müssen bei den Präventionsmaßnahmen individuelle Verhaltensweisen entwickelt werden, die es ermöglichen, die Einschränkungen beispielsweise im Bereich der Wirbelsäule oder dem Knie zu minimieren. Die Mitarbeiter müssen motiviert werden, ihr eigenes Gesundheitsverhalten zu verändern. (vgl. Bauer, J., 2013a, S. 55ff.)

Dabei zielt der eigentliche Gedanke der Verhaltensprävention der somatischen Krankheitsbilder nicht darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, sondern die Einschränkungen, die durch somatische Krankheitsbilder am Arbeitsplatz entstehen, gezielt durch Vorschläge für ein gesundheitsförderliches Verhalten zu reduzieren. (vgl. Bauer, J., 2013a, S. 55ff.)

4.3.2.4 Maßnahmen der Verhältnisprävention- Ergonomie im Krankenhaus

Ergonomie zielt darauf ab, den Menschen und seine Arbeit in Einklang zu bringen. So soll durch die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Anpassung des Arbeitsplatzes mit geeigneten Arbeitshilfsmitteln die menschliche Leistungsfähigkeit wiedererlangt oder erhöht werden. (vgl. Bauer, J., 2013b, S. 83)

Diese Ergonomie fehlt jedoch vielfach in den Krankenhäusern. Es ist zwar in den meisten Fällen bekannt, wo ergonomische Schwachstellen bei den Arbeitsplätzen im Setting Krankenhaus bestehen, aber die Bereitschaft, etwas an diesen Schwachstellen zu ändern ist noch in einem sehr geringen Maß vorhanden. Oftmals scheitert es schon an den Gebäudeplanungen, die ergonomische Maßnahmen nicht beinhalten. Die Zimmer der Krankenhäuser sind zu klein, um einen Patientenlifter schnell zu installieren, sodass das Pflegepersonal die Patienten durch eigene Kraft von dem Bett in einen Stuhl befördern. Dies ist aus ergonomischer Sicht nicht förderlich. (vgl. Bauer, J., 2013b, S. 84f.)

Dennoch zeigt sich, dass in dem Bereich der Pflege die Ergonomie immer größere Fortschritte aufweist. Gerade das „Rückengerechte Arbeiten“ wird dem Pflegepersonal häufig in Form von Schulungen und Weiterbildungen gelehrt. An anderer Stelle fehlen jedoch ergonomische Verhältnisse, denn durch die erhöhte Pflegedokumentation müssen

auch die Arbeitsplätze angepasst werden, beispielsweise bei der Gestaltung der Bildschirmhöhe oder den Bürostühlen. (vgl. Bauer, J., 2013b, S. 85)

Gerade in der Organisation Krankenhaus ist es wichtig, auf ergonomische Verhältnisse zu achten, um die körperlichen Beeinträchtigungen der Mitarbeiter zu minimieren oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

4.3.2.5 Maßnahmen der Verhältnisprävention- Fehlzeitenmanagement und betriebliches Eingliederungsmanagement

Um Fehlzeiten in einem Krankenhaus nachhaltig zu senken, müssen zunächst einmal die Ursachen herausgefunden werden, warum die Mitarbeiter vermehrt fehlen. Hier kann ein Fehlzeitenmanagement von besonderer Bedeutung sein. So können Mitarbeitergespräche stattfinden, die es ermöglichen, die Ursachen für das Fehlen zu erfahren und Maßnahmen zu entwickeln, die für die Mitarbeiter den Anstoß geben, nicht vermehrt zu fehlen. Oftmals hängt die Motivation der Mitarbeiter mit den Fehlzeiten zusammen. Ist diese gegeben, überlegt der ein oder andere Mitarbeiter sich, bei einer weniger schlimmen Erkrankung die Arbeit trotzdem aufzusuchen, da sie ihm Spaß bereitet. Führungskräfte können entscheidend zur Motivation ihrer Mitarbeiter beitragen. Entsteht hier eine Vertrauensebene und wird den Mitarbeitern Wertschätzung entgegengebracht, kann sich dies ebenfalls positiv auf die Fehlzeitenzahlen auswirken. (vgl. Jänig, K. & Bauer, M., 2012, S. 107ff.)

Auch stellt das Betriebliche Eingliederungsmanagement zum Thema Verhältnisprävention einen besonderen Punkt dar. Das System des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden. Durch die Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist es den Beschäftigten möglich, langsam in ihren Beruf zurückzukehren und ein erneuter Rückfall der Erkrankung findet in den besten Fällen nicht statt. (vgl. Jänig, K. & Bauer, M., 2012, S. 107ff.)

5 Empirische Untersuchung

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit baut auf nichtstandardisierten, leitfadengestützten Experteninterviews auf. In den nachfolgenden Kapiteln werden zunächst die Forschungsfragen vorgestellt, die das Grundgerüst der Experteninterviews bilden. Danach wird das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung genau dargestellt. Abschließend folgen die Datenauswertung und die Schlussfolgerung der empirischen Untersuchung.

5.1 Forschungsleitende Fragen

„Jeder empirischen Untersuchung liegt eine Frage zugrunde, die die zu schließende Wissenslücke benennt (Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 62).“

In der vorliegenden Arbeit werden drei Forschungsfragen formuliert, die nachfolgend aufgelistet werden:

1. Welche Erfahrungen zeigen sich derzeit in der Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den ausgewählten Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens
2. Wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement in seiner Komplexität umgesetzt?
3. Welche Maßnahmen werden in den drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den ausgewählten Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens durchgeführt und wie werden die Krankenhäuser dabei unterstützt?

5.2 Methodisches Vorgehen

Als empirische Sozialforschung beschreiben Gläser und Laudel (2010) „Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen (Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 24).“ Eine empirische Forschung bedeutet zwar eine auf Erfahrung beruhende Forschung, jedoch gehen diese Forschungsprozesse auf eine Art und Weise immer von einer Theorie aus oder dienen einer Theoriebildung. Durch eine Theorie entstanden, bildet

diese Art der Forschung eine Form der sozialen Wirklichkeit ab, um dann aus diesen erworbenen Erkenntnissen theoretische Schlussfolgerungen zu entwickeln. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 24)

Es wird in der empirischen Sozialforschung unterschieden in qualitative und quantitative Sozialforschung (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 24), wobei im Nachfolgenden auf die qualitative Sozialforschung eingegangen wird, da diese in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet.

Qualitative Sozialforschung

Bei dieser Art der Sozialforschung wird nach den Kausalmechanismen Ausschau gehalten. Hierbei wird geschaut, welche Bedingungen welche Effekte erzielen. Auch werden hierbei die Ursachen und Wirkungen der Mechanismen erforscht. Anders als bei der quantitativen Sozialforschung werden bei der qualitativen Sozialforschung ein Fall oder wenige Fälle betrachtet, die Masse ist hierbei nicht entscheidend (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 26), daher wird auch das Verfahren der qualitativen Sozialforschung in der vorliegenden Arbeit gewählt, da hier nur wenige Fälle zu einem bestimmten Sachverhalt betrachtet werden. Als Erhebungsmethode wird das nichtstandardisierte, leitfadengestützte Experteninterview und als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) genutzt.

Jeder der beiden Forschungszweige hat eigene Vorgehensprinzipien. Mayring (2016) hat sechs allgemeingültige Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung entwickelt:

1. **Verfahrensdokumentation:** In der qualitativen Sozialforschung ist es wichtig, das methodische Vorgehen detailliert niederzuschreiben und das Vorgehen auf den spezifischen Untersuchungsgegenstand anzupassen.
2. **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Interpretationen sind in der qualitativen Sozialforschung nicht wegzudenken. Hierbei sind verschiedene Kriterien entscheidend. Zum einen muss bereits ein Vorverständnis, beispielsweise in Form einer theoretischen Grundlage, vorhanden sein, dadurch ergibt sich eine theoriegeleitete Interpretationsweise. Des Weiteren müssen die Interpretationen in

sich schlüssig sein, es können auch alternative Deutungen vorangebracht werden, die dann ebenfalls überprüft werden müssen.

3. Regelgeleitetheit: Die qualitative Sozialforschung muss sich an bestimmte Durchführungsregeln halten, der Analyseprozess muss ausgearbeitet werden und es muss sich an diesen Prozess gehalten werden. Es ist jedoch möglich, kleinere Abweichungen vorzunehmen.
4. Nähe zum Gegenstand: Hier ist eine möglichst nahe Anknüpfung an die Alltagswelt der zu erforschenden Gegenstände angedacht. Es ist sinnvoll, eine Versuchsperson nicht in ein Labor zu bitten, sondern in der Lebenswelt der Versuchsperson die Forschung durchzuführen, um ein offenes Verhältnis zu der Person zu bekommen.
5. Kommunikative Validierung: Eine gemeinsame Diskussion der Ergebnisse mit der erforschten Person kann hilfreich sein, um eine Absicherung der Ergebnisse zu erlangen.
6. Triangulation: Triangulation bedeutet, für eine Fragestellung mehrere Lösungswege zu finden, unterschiedliche Personen zu befragen und die unterschiedlichen Ergebnisse miteinander zu vergleichen. So können Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgefunden werden, die zu einem ganzheitlichen Ergebnis führen. (vgl. Mayring, P., 2016, S. 144ff.)

Bei Gläser und Laudel (2010) werden drei dieser Gütekriterien ebenfalls in ihren methodologischen Prinzipien aufgegriffen: Das Prinzip der Offenheit, das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens und das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens. Über diese Prinzipien hinaus, können aber auch laut Gläser und Laudel noch speziellere Prinzipien aufgelistet werden (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 29ff.), wie es Mayring (2016) vorgenommen hat.

5.2.1 Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Experteninterviews genutzt. Diese Art der Erhebung ist in den Sozialwissenschaften ein beliebtes Instrument, denn durch die Interviews mit den Experten wird ein bestimmter sozialer Sachverhalt erschlossen. Zum einen sind oder waren diese Experten auf dem zu erforschenden Gebiet tätig und können

wichtige Hinweise zu diesem Gebiet liefern, zum anderen besitzen diese Experten eine besondere Stellung in dem zu untersuchenden Gebiet. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 11ff.)

Über das reine Experteninterview hinaus, besteht die Möglichkeit, vor dem Interview einen Interviewleitfaden zu erstellen, der die Grundlage dieses Interviews bilden soll. Diese leitfadengestützten Experteninterviews eignen sich immer dann, wenn ein Interview mehrere unterschiedliche Themenbereiche abdecken soll und wenn in einem Interview auch einzelne bestimmte Themengebiete abgedeckt werden müssen. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 111)

Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen, bedeutet gleichzeitig auch, den Kommunikationsprozess zu organisieren und vorzubereiten. Dieser sollte in den kulturellen Kontext des Experten eingebettet werden, aber ebenso alle relevanten Informationen aufzeigen. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 114f.)

Für die vorliegende Arbeit wurden die leitfadengestützten Interviews genutzt, um die Mitarbeiter des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus, die die Gruppe der Experten bilden, nach der Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu befragen. Die Offenheit, die ein solches leitfadengestütztes Interview mit sich bringt (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 115), ist gerade für den Zweck dieser empirischen Untersuchung von Vorteil, da über die Leitfragen hinaus, auch andere Fragen gestellt werden können, die möglicherweise ebenso relevant für die Ergebnissicherung sind, die jedoch zuvor nicht bedacht wurden.

5.2.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Gläser und Laudel (2010) sind der Ansicht, dass die Erstellung eines Interviewleitfadens nicht durch die reine Befolgung einer Regel geschehen kann. Vielmehr weisen sie darauf hin, dass es bei der Erstellung des Interviewleitfadens wichtig ist, die Schritte für die Konstruktion des Leitfadens niederzuschreiben, um einen kleinen Anhaltspunkt in Bezug auf die Operationalisierung zu erhalten.

Die Fragen des Interviewleitfadens sind sowohl aus dem theoretischen Teil der Arbeit entstanden, als auch aus den Forschungsfragen hergeleitet worden. Fragen 1, 2, 7, 10 und 11 des Interviewleitfadens entstanden aus dem theoretischen Teil der Arbeit, dem Kapitel 4.2.1 „Grundsätze für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“.

Aus der ersten Forschungsfrage ergaben sich die Fragen 3 und 4. Aus der zweiten und dritten Forschungsfrage ergab sich die Frage 8 des Interviewleitfadens. Frage 9 und 12 sind aus der dritten Forschungsfrage entstanden. Die Frage 5 resultiert aus dem theoretischen Teil des Kapitels 4.1.2 „Personalstruktur im Krankenhaus“. Die Frage 6 wiederum ergab sich aus dem Kapitel 4.1.3 „Berufsgruppenspezifische Belastungen“. Der Interviewleitfaden befindet sich in Anhang A.

5.2.3 Auswahl der Interviewpartner

Bei der Auswahl der Interviewpartner war es wichtig, dass Personen interviewt werden, die ausschließlich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig sind. Daher fielen schon einmal einige Kliniken raus, da die Personen in diesen Kliniken nicht ausschließlich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig waren. Es wurden sowohl Akutkrankenhäuser, wie auch psychiatrische Kliniken in den Blickpunkt genommen.

Zunächst einmal gestaltete sich die Suche nach dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern als besonders schwierig, da dieses in sehr vielen Kliniken nicht auf den Homepages dargestellt wird oder kein Betriebliches Gesundheitsmanagement vorhanden ist. 24 unterschiedliche Kliniken wurden herausgefiltert, die zumindest auf ihren Homepages das Angebot der Betrieblichen Gesundheitsförderung aufwiesen oder durch Gespräche mit anderen Kliniken Hinweise auf ein Betriebliches Gesundheitsmanagement geliefert wurden. Es stellte sich jedoch heraus, dass von den 24 Kliniken nur sieben Kliniken ein implementiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement haben. Andere Kliniken bieten zwar Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung an, besitzen jedoch kein implementiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Von den sieben Kliniken, die angaben, ein implementiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement zu besitzen, fielen drei der Kliniken für die Experteninterviews heraus, da dort die Zuständigen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement auch andere Funktionen in den Krankenhäusern haben (zwei Pflegedienstleitungen, eine Mitarbeiterin des Personalmanagements). So blieben vier Krankenhäuser übrig, in denen potentielle Interviewpartner vorhanden gewesen wären. Ein Haus hatte zunächst eine Zusage gegeben, hat jedoch kurzfristig aus hier, zum Zwecke des Datenschutzes, nicht genannten Gründen das Interview abgesagt. Nun blieben nur drei

Interviewpartner übrig. Zwei der Interviewpartner kamen aus psychiatrischen Kliniken, ein Interviewpartner ist in einem Akutkrankenhaus beschäftigt. In einem Haus wurde die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erst vor Kurzem begonnen, dies wurde jedoch ebenso mit in die Auswertung genommen.

Vor dem Hintergrund des Datenschutzes bleiben jedoch alle Häuser und personenbezogene Daten anonym, was auch vor jedem Interview kommuniziert wurde und schriftlich festgehalten worden ist.

5.2.4 Ziel der Interviews

Das Erkenntnisinteresse dieser Interviews liegt nicht ausschließlich in der Betrachtung der Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eines einzelnen Krankenhauses, vielmehr soll herausgefunden werden, ob und in welchem Umfang die Krankenhäuser das Betriebliche Gesundheitsmanagement durchführen. Die praktische Umsetzung soll mit den theoretisch erarbeiteten Grundlagen verglichen werden, um mögliche Verbesserungsvorschläge herauszufiltern.

Es soll anderen Krankenhäusern, die das Betriebliche Gesundheitsmanagement noch nicht implementiert haben, zeigen, dass es einen enormen Mehrwert liefert, wenn das Betriebliche Gesundheitsmanagement Teil des Unternehmens ist und Möglichkeiten aufzeigen, in welcher Form dies in den Krankenhausalltag integriert werden kann.

5.2.5 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden in dem Zeitraum vom 20.8. bis 5.9.2018 innerhalb der Arbeitszeit der Befragten durchgeführt. Um eine möglichst vertraute Umgebung zu schaffen, wurden die Interviews in den Büros der Befragten durchgeführt. Den Interviewten wurde zuvor das Thema der Masterarbeit mitgeteilt, sowie der Leitfaden des Interviews zur Vorbereitung zugeschickt. Sie wurden darüber unterrichtet, dass weder sie selbst, genannte Namen im Interview, der Ort des Unternehmens, noch der Arbeitgeber namentlich erwähnt werden, um die Anonymität zu wahren. Ebenso wurde die Zustimmung über die Aufzeichnung mittels einer Diktier-App auf dem Handy schriftlich eingeholt.

Die geplante Durchführung der Interviews betrug zwischen 15 und 25 Minuten.

5.2.6 Transkription der Interviews:

Die Transkription der Interviews erfolgte über einen Dienstleistungsservice im Internet. Das Interview wurde demnach vollständig und wörtlich übersetzt. Besonderheiten, wie Räuspern oder Lachen, wurden im Interviewprotokoll nicht gekennzeichnet, da es für die Auswertung der Interviews nicht von Bedeutung war. Die Interviewende Person wurde mit einem „I“ gekennzeichnet, die zu interviewenden Personen wurden durch ein „B1“ bis „B3“ gekennzeichnet, wobei die Nummerierung aufgrund der Reihenfolge der Interviews entstanden ist. Die transkribierten Interviews finden sich chronologisch im Anhang B, C und D wieder.

5.3 Datenauswertung

Bei der Datenauswertung gehen Gläser und Laudel nach drei unterschiedlichen aufeinander folgenden Schritten aus. Diese Schritte sind die Extraktion, die Aufbereitung der Daten und die anschließende Auswertung in Bezug auf die Forschungsfragen. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 199)

Im Nachfolgenden werden nun die Interviewdaten nach den einzelnen Schritten ausgewertet.

5.3.1 Die Extraktion

Bei dem Schritt der Extraktion wird eine Reduktion der einzelnen Rohdaten vorgenommen. Nach dieser Reduktion sollen dann nur noch die Informationen übrig bleiben, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Mittels eines Kategoriensystems, was aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen und des Interviewleitfadens gebildet wird, sollen diese Informationen eine Struktur bekommen. Das Kategoriensystem ist hierbei nicht an Regeln gebunden, vielmehr gibt es dem Forschenden die Möglichkeit, auch nach der Kategorienbildung einzelne Kategorien zu ergänzen, die durch die Bearbeitung der Rohdaten eventuell ebenso von Bedeutung sind. Während der Extraktionsphase werden die zuvor gesammelten Rohdaten in die einzelnen Kategorien geordnet und es gilt, Textpassagen, die zu keiner Kategorie gehören oder

uninteressant für die Beantwortung der Forschungsfrage ist, heraus zu kürzen. Daher findet bereits in dieser Phase eine Interpretation der Daten statt. Bei dieser Art der Auswertung ist eine individuelle Analyse des Forschenden unumgänglich. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 200ff.)

In Anhang E befindet sich das Kategoriensystem, das auf Grundlage der theoretischen Erkenntnisse und dem Interviewleitfaden entstanden ist. Es wurden insgesamt sieben Kategorien gebildet, drei der Kategorien weisen noch einmal Unterkategorien auf, die in der folgenden Aufzählung in Klammern dargestellt werden:

1. Implementierung
2. Erfahrung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung, Bereitschaft der Mitarbeiter)
3. Maßnahmen (Berufsgruppenspezifische Unterschiede, Hierarchieebenenbetrachtung)
4. Kommunikation
5. Unterstützung bei der Umsetzung (personelle Unterstützung, finanzielle Unterstützung)
6. Evaluation
7. Optimierungsmöglichkeiten

Nachdem das Kategoriensystem gebildet wurde, folgte eine Zuordnung der Rohdaten zu allen Kategorien. Diese sind in der Tabelle in Anhang F dargestellt.

5.3.2 Die Aufbereitung

Die Aufbereitungsphase folgt nach der Extraktion der Rohdaten, um eine weitere Eliminierung der Daten vorzunehmen und damit eine verbesserte Datenqualität zu erreichen. So findet eine weitere Reduzierung und Strukturierung der Daten statt, um in dem nachfolgenden Schritt eine Analyse in Bezug auf die Forschungsfrage durchführen zu können. Wie in der Extraktionsphase ist auch hier die individuelle Analyse des Forschenden nicht zu umgehen. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 229)

Um diesen Schritt von der Extraktionsphase abzugrenzen und als eigenständigen Schritt anzusehen, ist in Anhang G eine weitere Tabelle abgebildet, um die Aufbereitungsphase zu

veranschaulichen. In allen Schritten der Extraktion und der Aufbereitung wurden jeweils die einzelnen Textpassagen aus den Transkripten eingefügt, um jederzeit eine Kontrolle am Originaltext vornehmen zu können und wichtige Textpassagen nicht zu verlieren.

5.3.3 Die Auswertung

Zunächst einmal hat die Auswertung zum Ziel, die Forschungsfragen zu beantworten. Dabei werden die unterschiedlichen Fälle betrachtet, um die Kausalmechanismen zu konstruieren. Durch diese Rekonstruktion gelangen die Forscher zu der Beantwortung der Forschungsfrage. Auf welche Art und Weise, beziehungsweise wie die Auswertung stattfindet, ist nicht an bestimmten Regeln festgelegt, sodass ein gewisser Freiraum in der Analyse des Datenmaterials vorliegt. (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 246f.)

Da es sich bei dieser empirischen Untersuchung um nur drei Fälle handelt, können alle drei Fälle miteinander verglichen werden. Aufgrund der Aufbereitungstabellen werden die einzelnen Fälle miteinander verglichen und es findet eine Analyse innerhalb der einzelnen Kategorien statt. Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden zunächst nur die Kategorien „Erfahrung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement“, „Maßnahmen“, „Dauerhafte Implementierung“ und „Unterstützung bei der Umsetzung“ benötigt. Aus den Interviews sind jedoch weitere Kategorien entstanden, die wichtige Ergebnisse liefern, um die Ganzheitlichkeit der Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den ausgewählten Krankenhäusern darzustellen. Aus diesem Grund werden auch die anderen Kategorien in der Darstellung der Ergebnisse aufgeführt.

5.4 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse folgt in den einzelnen Kategorien. Zunächst erfolgt immer die individuelle Analyse des Forschers, die dann mit Textpassagen der Interviewten Personen belegt wird.

5.4.1 Implementierung

Die Implementierung erfolgte an allen drei Krankenhäusern auf unterschiedliche Art und Weise. Das Krankenhaus, in dem das erste Interview durchgeführt wurde, befindet sich noch in der Implementierungsphase, dennoch sind schon die ersten guten Schritte erfolgt. Zunächst wurde eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt, die allerdings nicht durch die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingestellte Person erfolgte, sondern von dem Träger des Krankenhauses. Danach erst wurde die Person für das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingestellt. Diese Person hat bereits einen Studienabschluss im Betrieblichen Gesundheitsmanagement absolviert. Diese Person hat dann wiederum einen wichtigen Schritt unternommen, indem sie einen Steuerkreis gegründet hat.

***BI:** Ich würde sagen, dass der erste Schritt vorab schon mal ist, dass erkannt wird dass es hier notwendig ist. Und das hier mit der Ressource, also mit mir, das überhaupt eine Stelle geschaffen wurde. Und, ich sage mal, auch fachlich jemand eingestellt ist der sich nur für Betriebliches Gesundheitsmanagement einsetzt. Und weitere Schritte, die zumindest ich jetzt gerade versuche anzugehen, ist im Grunde die Personen an einen Tisch zu kriegen die so Schnittpunkte haben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Und so gerade einen Steuerkreis gegründet habe mit den üblichen Akteuren wie Betriebsarzt, Personalrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte und so weiter.*

***BI:** Ja, Befragung im Grunde ist halt die Gefährdungsbeurteilung die gelaufen ist. Und ansonsten sind, soweit ich weiß, jetzt bin ich ja noch nicht so lange da, schon aber auch Befragungen zum Teil gelaufen.*

In dem zweiten ausgewählten Krankenhaus ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement bereits vor sechs Jahren implementiert worden und es wurde zuerst die Person eingestellt, die sich mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement befassen soll. Diese hat dann zunächst eine Fortbildung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement gemacht. Danach folgten weitere Einstellungen anderer Personen, die dann in Zusammenarbeit die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements begonnen haben. Zunächst haben sie Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Danach wurde, ähnlich wie bei dem ersten ausgewählten Krankenhaus, ein Lenkungskreis gebildet. In diesem Krankenhaus ist nicht eine einzige Person für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig, es arbeiten vier Personen in einem Team zusammen, jeder hat seine speziellen Aufgabenbereiche. Die

interviewte Person koordiniert und beschäftigt sich ausschließlich mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

B2: Ja, der Stiftungsvorstand hatte vor sechs Jahren gebeten, halt mich der-, des Themas BGM anzunehmen. Und dementsprechend habe ich dann gemeinsam mit meinen Kolleginnen überlegt, wie man das implementieren kann. (...) In Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau B., die das betriebliche Eingliederungsmanagement macht. Mit Frau B., die hier im Hause auch tätig ist. Und jetzt neu mit Frau C. machen wir das halt im Moment und haben das halt entsprechend aufgebaut.

B2: Im ersten Schritt habe ich durch die Berufsgenossenschaft eine Fortbildung gemacht zum Thema BGM. Und habe mich da an den Leitfäden so ein bisschen entlang gehandelt. Wir haben einen Lenkungskreis gegründet. In dem ist der Betriebsarzt, der Arbeitssicherheitsschutz, die Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement, Frau B.. Der Geschäftsführer, der-, die MAV, die Seelsorge und, ja, ich halt. Und die Öffentlichkeitsarbeit noch.

B2: (...) Und wir haben dann im Nachhinein, also so als eine meine ersten Tätigkeiten halt, eine Mitarbeiterbefragung hier im Haus durchgeführt.

In dem dritten ausgewählten Krankenhaus wurde zunächst mit einem Gesundheitstag begonnen. Dieser wurde erstmals vor zehn Jahren durchgeführt. Dann wurde eine Pflegekraft eingestellt, die sich mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung beschäftigen sollte. Diese Pflegekraft hatte jedoch keinerlei Vorkenntnisse im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Daraufhin wurde die interviewte Person eingestellt, die einen Masterabschluss in Public Health hat und bereits erste Vorkenntnisse im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hatte. Diese begann dann mit der Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zunächst erfolgte die Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in das Leitbild des Krankenhauses. Es erfolgte vorab keine Mitarbeiterbefragung, der Klinikvorstand entschied über die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

B3: *Die Implementierung verlief schrittweise auch schon vor meiner Zeit. Begonnen hat die Implementierung mit einem Gesundheitstag, der hier stattgefunden hat. Und über diese Gesundheitstage, das wurde dann immer mehr ausgeweitet, bis letzten Endes eine Fachkraft eingestellt worden ist mit einer halben Stelle, die halt hier das betriebliche Gesundheitsmanagement konzeptionell ausarbeitet und halt eben auch Angebote unterbreitet.*

B3: *Jaein, ich habe es auch teilweise implementiert. (...) Also das erste waren wirklich schon vor zehn Jahren Gesundheitstage. Das wurde damals noch von der Personalabteilung durchgeführt. Und sind ja mehr so eine BGF-Maßnahme. Und dann war da, weiß ich jetzt nicht genau, dann wurde eine Pflegekraft. (...)*

B3: *(...) Also die hat auf jeden Fall das erste Konzept dann auch geschrieben, was dann vom Klinikvorstand abgesegnet worden ist. Und hat erste Maßnahmen wie Massagen am Arbeitsplatz und Infotage zu bestimmten Gesundheitsthemen installiert. (...) Dann habe ich das übernommen. Sie war praktisch keine gelernte Fachkraft. Ich bin gelernte Fachkraft (...) also ich habe einen Abschluss in Public Health auch. Und ich habe das ganze dann nochmal ein bisschen weiter fortgesetzt. Und zwar einmal das BGM überhaupt in die- Wie heißt das? Satzung, nicht Satzung. Ins Leitbild integriert worden ist. Also das war ein Schritt. Und halt eben die konzeptionelle Ausweitung des ganzen Projektes. Also dass es nicht gut geht BGF-Maßnahmen zu machen, sondern tatsächlich halt eben ein ganzheitliches BGM angeboten wird.*

B3: *Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird.*

Anhand der drei Interviews ist zu erkennen, dass die Implementierung auf ganz unterschiedliche Art durchgeführt werden kann. Wichtig ist, dass es eine Person gibt, die bereits Vorkenntnisse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement besitzt. Dies ist in allen drei Krankenhäusern der Fall. In dem ersten und zweiten Krankenhaus ist es sehr gut, dass es einen Steuer- beziehungsweise Lenkungsreis gibt mit allen wichtigen Akteuren, um eine Richtung für die weitere Vorgehensweise zu erhalten und über Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu diskutieren und neue Maßnahmen zu entwickeln. Dies fehlt in dem dritten Krankenhaus, die Person ist für das Betriebliche Gesundheitsmanagement allein verantwortlich.

5.4.2 Erfahrung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Es sind grundsätzlich gute Erfahrungen mit den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gemacht worden. B2 berichtet, dass es anfangs mit der Mitarbeiterbefragung noch nicht erfolgreich war. Sowohl B2 als auch B3 sind der Meinung, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement „*nicht in allen Köpfen*“ ist. „*Es brauch lange Zeit, bis Maßnahmen angenommen werden*“.

B2: *Sehr gut. Was ich sagen muss, die erste Mitarbeiterbefragung ist nicht so gut angenommen worden. Da hatten wir 28% der Mitarbeiter, die eine Befragung-, an der Befragung teilgenommen haben. Das ist sehr gering. Bei der Nachbefragung, also zwei Jahre später, waren es dann immerhin schon 37%. Es ist immer noch so, dass nicht in allen Köpfen ist, dass wir ein BGM hier haben. Also da müssen wir immer wieder nachfor-, nachlegen.*

B3: *Es brauch lange Zeit bis Maßnahmen angenommen werden. (...)*

5.4.2.1 Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung

Sowohl im zweiten als auch im dritten Krankenhaus werden Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung durchgeführt. Im zweiten Krankenhaus gehen die Mitarbeiter des Betrieblichen Gesundheitsmanagement regelmäßig über die Stationen und stellen sich immer wieder vor, denn die Maßnahmen sind „*oftmals immernoch nicht im Kopf*“. Ein weiterer Punkt ist die Berichterstattung über die Maßnahmen in der Mitarbeiterzeitung. B3 berichtet von Erfolgsgeschichten, die in der Zeitung des Klinikvorstandes aufgeführt werden.

B2: *Wir gehen immer mal über die Stationen, stellen uns nochmal vor, stellen unser Programm vor, erzählen nochmal, verteilen unsere Flyer. Also, es ist nicht einfach. Wir müssen uns immer wieder ins Gedächtnis rufen. Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.*

B2: *(...) Also, einmal so eine Aktion, dass wir durch das Haus gehen und uns vorstellen nochmal. (...) Oder ihnen auch nochmal unsere Maßnahmen, die wir alle anbieten, halt vorstellen, weil das ist oftmals immer noch nicht im Kopf. (...) Oder wir sind in unserer Mitarbeiterzeitung, dass wir da auch halt nochmal berichten, was wir so alles machen.*

B3: *Was wir zum Beispiel gemacht haben, ist, dass wir erfolgreiche Geschichten aus dem BGM in, wir haben so ein Medium, so eine Art Zeitung des Klinikvorstands, wo eine, zum Beispiel durch Kombination verschiedener Maßnahmen ihre schweren Rückenschmerzen losgeworden ist oder so. Also so Erfolgsgeschichten praktisch präsentieren.*

5.4.2.2 Bereitschaft der Mitarbeiter

Sowohl B2 als auch B3 berichten, dass Maßnahmen während der Arbeitszeit gut angenommen werden von den Mitarbeitern, die Maßnahmen, die über die Arbeitszeit hinausgehen, werden eher weniger beachtet. Ebenso ist es schwierig, wie B3 berichtet, fortlaufende Kurse zu besuchen, da dies aufgrund des Schichtdienstes zum Beispiel für die Berufsgruppe der Pflege nicht möglich ist. Dennoch besitzt der Bereich der Pflege eine hohe Akzeptanz gegenüber den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

B2: (...) Grundsätzlich an so kleinen Aktionen, wie Entspannung oder sowas.

B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können. Also, sie können sich 20 Minuten rausziehen und das dann machen lassen. Es ist immer schwierig über den Dienst hinaus, Leute hier am Haus zu halten. (...) Also, das ist immer eine große Schwierigkeit.

B3: Also das sind natürlich so die Pflege hat eine hohe Akzeptanz. Aber problematisch ist natürlich der 24 Stunden Betrieb. Das ist richtig schwierig mit hohen Ausfallzeiten, wo man halt eben kurzfristig dann mal einspringen muss. Und halt eben die gewünschte Maßnahme dann doch nicht wahrnehmen kann. Vor allen Dingen sind es viele fortlaufende Kurse, die halt immer an einem Wochentag zu einer bestimmten Zeit sind. (...) Also das ist eher schwierig. Also da sind die strukturellen Maßnahmen da besser, wie Rabatte bei Gesundheitsanbietern- Privat, also das-

5.4.3 Maßnahmen

Da die Implementierung in dem ersten Krankenhaus gerade erst begonnen hat, konnte B1 nicht sehr viele Maßnahmen aufführen. Es wurden in dem Krankenhaus bislang lediglich der Betriebssport und eine psychosoziale Beratung angeboten. Wobei die psychosoziale Beratung nun erst abgesegnet wurde. Aktuell soll eine Gefährdungsbeurteilung stattfinden, damit Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement ergriffen werden können. In dem Haus ist ein externer Betriebsarzt vorhanden und das Betriebliche Eingliederungsmanagement wird ebenfalls durchgeführt.

***B1:** Also was an Maßnahmen läuft ist, das wir eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen auch durchgeführt haben. Die wird gerade ausgewertet und in den einzelnen Untersuchungsgruppen auch diskutiert. Und daraufhin sollen dann halt auch Maßnahmen eingeleitet werden. Und andere Maßnahmen, die jetzt-, oder die ich versuche durchzuführen, ist einmal das es einen Betriebs-, also einen Betriebssport gibt es schon. Aber das es eine Firmenfitness geben soll, für alle Mitarbeiter. Und ein anderer Schritt, der glaube ich auch schon abgesegnet ist von der Betriebsleitung, ist so eine externe psychosoziale Telefonberatung für die Mitarbeiter.*

***I:** Okay. Es gibt ja unterschiedliche Säulen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Betriebsarzt ist hier natürlich auch vorhanden. (**B1:** Ja.). Gehe ich mal von aus. Das betriebliche Eingliederungsmanagement? Ist das auch vorhanden? (**B1:** Ja.).*

In Krankenhaus zwei und drei werden bereits sehr viele unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt, die sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnispräventionsebene angesehen werden können. Es wird nun ein Ausschnitt von diesen aufgeführt, um einen Überblick über die zahlreichen Maßnahmen in den beiden Krankenhäusern zu liefern.

B2: (...)Wir haben grade eine ASitA, also eine Arbeitssituationsanalyse, erstellt.

B2:Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.

B2: Ja. Also. Das betriebliche Eingliederungsmanagement, die Kooperation mit der Diakonie. (...) Ja, dann haben wir halt gesundes U., das ist ein Präventionsprogramm, was wir hier vom Haus anbieten. Das sind Nichtraucherurse, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Tai Chi. Also ein riesengroßes Angebot wie so ein-, ja, ein Gesundheitsangebot der VHS. Und da bekommen alle Mitarbeiter 20% Rabatt drauf. Und können das dann noch von der Krankenkasse sich einen Teil von dem Geld, was sie halt in Vorleistung gezahlt haben müssen, wiederholen. Die Gesundheitstage. Dann haben wir ein Lunch Paket. Das ist so eine Geschichte, dass wir Vorträge anbieten in der Mittagspause. Zum Beispiel Homöopathie oder gesunde Ernährung, all sowas. Werden dann Fachvorträge in der Mittagspause gehalten. Die kollegiale Beratung. Dann haben wir im Intranet so ein Gesundheitsangebot, wo wir halt immer Tipps zum Thema Gesundheit oder mal ein gesundes Rezept, sowas, anbieten. (...) Ja, Rauchentwöhnung, Entspannungseinheiten, Reiki, die mobile Massage. Dann haben wir jetzt Roller für alle Stationen angeschafft. (...) Und dann haben wir halt so Roller mit Sturzhelm, Knieschoner und Armschoner. Ist von der Berufsgenossenschaft gefordert. (...) Dann machen wir für neue Mitarbeiter immer ein Mitarbeiterfrühstück, wo die halt auch aufgeklärt werden, was alles im Haus angeboten wird. Unter anderem das BGM. Dann haben wir die Mitarbeiterzeitung Die Perspektive. Ein Fußballteam, ein Drachenbootfahren, Nordic Walking. Wir nehmen regelmäßig am AOK Firmenlauf statt. Mit dem Rad zur Arbeit ist eine Aktion. Wir haben jetzt extra noch einen Radabschließkäfig gebaut (...). Wir bieten ein E-Bike-Leasing an. Das heißt also, die Kollegen und Kolleginnen können sich halt ein E-Bike leasen, auch immer mit Partner zusammen. (...)

B2: Dann haben wir eine Kooperation mit einem Fitnessstudio in der Stadt und hier direkt am Haus.

B3: *Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, (...)*

B3: *Ja. Wir haben Fortbildungen zu Themen wie Achtsamkeit, Stressmanagement, gesundem Führen, zu traditioneller chinesischer Medizin, zu- Eigentlich die breite Palette – Wechseljahren- (...)*

B3: *(...) Dann Gesundheitskurse: Chi Gong, Functional Training, Yoga, Pilates, Faszien-Training, autogenes Training, Intervalltraining, dann mobile Massagen am Arbeitsplatz, Klangschalenmassagen. Dann haben wir verschiedene Projektgruppen zum Beispiel zum BEM jetzt im Moment. Oder dann keine Gesundheitstage mehr, weil der Aufwand nicht im Verhältnis steht zu dem, was ist. Dafür gibt es jetzt neu Gesundheitsforen, so kleine mini Gesundheitstage zu einem konkreten Thema, zum Beispiel Krebserkrankungen oder was auch immer. Dann ein Screening-Aktion pro Jahr, also da hatten wir zum Beispiel Stresstests, Back-Check, Herzcheck, weiß ich nicht, was noch alles. Darmkrebs, also immer so ein Screening-Geschichte. Dann machen wir mit bei so Sachen wie mit dem Rad zur Arbeit, so ein Firmenlauf, so verschiedene Events dann auch. (...)*

5.4.3.1 Berufsruppenspezifische Unterschiede

Es gibt zunächst einmal in den Häusern eins und zwei das Problem, den ärztlichen Bereich in die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einzubeziehen. Die Akzeptanz der Ärzte ist sehr gering gegenüber diesen Maßnahmen.

B3 beklagt eher, dass die Führungsebene das Betriebliche Gesundheitsmanagement nicht ernst nimmt.

B1: *Und der ärztliche Direktor, der ist im Grunde völlig raus. Und signalisiert auch so ein bisschen, meine Ärzte sind nicht krank, also brauchen wir dies nicht.*

B2: *Also, grad im ärztlichen Bereich ist es ein bisschen schwieriger.*

B3: *(...) Und schön wäre, wenn es bei den Führungskräften auch noch auf allen Ebenen dann gleich (...) ankommen würde.*

B3 gibt außerdem an, dass „alters- und berufsgruppenspezifische Sachen“ angeboten werden.

B3: (...) Je nach dem um was es genau geht. (...) Also es gibt alters- oder geschlechtsspezifische Sachen, wie Brustabstastseminar oder so. (...) Oder Wechseljahre-Thema haben wir im nächsten Jahr. Das ist natürlich (...) rein für Frauen. Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.

5.4.3.2 Hierarchieebenenbetrachtung

Zu diesem Punkt äußerte sich lediglich B3. Es werden dort auch Maßnahmen angeboten, die ausschließlich für Führungskräfte sind. Wie eben bereits bei den berufsgruppenspezifischen Unterschieden erwähnt, sind die Gesundheitszirkel in diesem Haus für die Mitarbeiter der unteren Ebenen bestimmt.

B3: Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen.

B3: (...) Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.

5.4.3.3 Dauerhafte Integration der Maßnahmen

In dem zweiten Krankenhaus sind die Maßnahmen, wie beispielsweise die mobile Massage oder Reiki dauerhaft in den Arbeitsalltag integriert.

Im dritten Krankenhaus sind die Maßnahmen ebenfalls in den Arbeitsalltag dauerhaft integriert. Maßnahmen, die jedoch nicht sehr gut angenommen werden, werden aus dem Maßnahmenkatalog abgesetzt.

B2: *Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können.*

B3: *Die erfolgreichen Sachen laufen weiter. Die nicht erfolgreichen werden abgesetzt.*

5.4.4 Kommunikation

In dem ersten Krankenhaus, wo das Betriebliche Gesundheitsmanagement gerade in der Implementierungsphase ist, ist die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Ebenen nur in geringem Maße vorhanden.

B1: *Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt.*

Die Kommunikation in dem zweiten Krankenhaus hingegen läuft sehr gut. Wenn es nicht auf persönlichem Weg stattfindet, werden beispielsweise Flyer oder E-Mail verfasst oder es wird über das Intranet veröffentlicht.

I: *Also, Sie kommunizieren schon sehr gut mit den einzelnen Bereichen zusammen.*

B2: *Ja. Ja.*

I: *Ja. Zu der Information der Maßnahme haben Sie ja eben auch schon gesagt, dass es einige-, also dass Sie einfach über Station gehen und Flyer verteilen.*

B2: *Genau. Ja.*

B3: *Ja. Ja, eine Broschüre nicht, aber wir haben Nexuskurator (...) als Informationssystem. (...) Da sind die Sachen aufgeführt. Oder per Email an bestimmte Berufsgruppen, wenn es halt eben berufs- oder hausspezifisch ist.*

5.4.5 Unterstützung bei der Umsetzung

B1 erhält zum jetzigen Zeitpunkt sehr wenig Unterstützung. Ein Budget ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorgesehen.

***B1:** Ich würde mal sagen im Moment kämpfe ich da ziemlich alleine. Jetzt würde meine Chefin sagen sie steht da hinter mir. Wobei sie halt, ich sage mal, BGM anders versteht als ich.*

***B1:** Also ein Budget gibt es nicht, es soll auch nicht eingerichtet werden.*

In dem zweiten Krankenhaus werden beispielsweise unterschiedliche externe Referenten für verschiedene Fortbildungen beauftragt, es werden externe Trainer für die Sportangebote eingeholt. Finanziell gesehen, ist das Budget sehr gering. Wird jedoch etwas dringend benötigt, wird das Budget ohne große Komplikationen aufgestockt.

***B2:** (...) Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.*

***B2:** (...) Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.*

***I:** Okay. Und auch bei den Sportangeboten vermutlich dann ja auch. Dann kommen externe Trainer, oder-. (**B:** Genau.)*

***B2:** Also, mein Budget ist ziemlich gering. Wobei, sobald ich merke, ich komme so an die Grenzen. (...)Und da kriege ich dann halt auch entsprechend, dann wird der-, das Budget aufgestockt. Das ist überhaupt kein Problem.*

Auch in dem dritten Krankenhaus werden externe Referenten eingekauft. Ansonsten gestaltet die interviewte Person alles alleine, und führt ebenso die Maßnahmen größtenteils eigenständig durch. Benötigt sie ein bestimmtes Budget, so erhält sie dies auch.

B3: (...) *Das mache ich alles alleine.*

B3: *Also ich kaufe natürlich die Referenten oder (...) die das machen. Die kaufe ich ein. (...) Genau. Also das mache ich schon. Aber ansonsten mache ich das im Grunde alleine. (...)*

B3: *Ja, also ich reiche praktisch die Maßnahmen ein und bekomme dann entsprechendes Budget, (...) was ich vorher ausarbeite, das und das hätte ich gerne und dann kriegen ich das meistens auch.*

5.4.6 Evaluation

Eine Evaluation der Maßnahmen findet in dem zweiten Krankenhaus nur in Form eines Feedbacks der Teilnehmer statt, eine schriftliche Befragung gibt es nicht. Es wird zurzeit eine Arbeitssicherheitsanalyse durchgeführt, wie an anderer Stelle bereits erwähnt, die zu weiteren Maßnahmen in Bezug auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement führen soll. In dem dritten Haus werden unterschiedliche Instrumente genutzt, um die Gesundheit am Arbeitsplatz zu analysieren, um daraus Maßnahmen zu entwickeln.

B2: *Also, wir fragen das jetzt nicht schriftlich ab jetzt in der Form. (...) Aber es kommt sehr viel positives Feedback. Also, zu allen Maßnahmen, die wir machen.*

B3: *Also die Instrumente mit denen wir hier die Analyse machen, sind halt eben einmal die AU-Daten, wenn sie halt bekannt sind (...). Zum anderen habe ich eingeführt, dass alle drei Jahre eine Befragung mittels Copcoq gemacht wird. (...) Das ist ein evaluiertes Instrument (...) zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. (...). Was halt sehr umfangreich erhoben wird, wo wir dann auch Auswertungen machen können nach Kliniken, nach Berufsgruppen und so weiter. Um dann zu gucken: Okay, was sind die Belastungen? Und was sind die Ressourcen, die zur Verfügung stehen? Und wo müssen wir praktisch noch was nachkippen?*

5.4.7 Optimierungsmöglichkeiten

Da sich das erste Krankenhaus noch in der Implementierungsphase befindet, ist es hier zunächst wünschenswert, wenn alle Ebenen hinter der Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stehen. Zudem müssen unterschiedlichste Strukturen verändert werden, wie beispielsweise das Führungsverhalten. Die Kommunikationswege müssen stärker beachtet werden, damit die geplanten Maßnahmen auch alle Mitarbeiter erreichen.

B1: (...) Wichtig ist, dass die Betriebsleitung im Grunde dahintersteht. Und das wirklich auch erkennt als Nutzen. Und das ist ja hier noch nicht der Fall.

B1: (...) Und auch im besten Fall nicht nur, ja, Maßnahmen für den Mitarbeiter, sondern das sich hier auch strukturell noch was verändert. Und Prozesse anders dargestellt werden und Führungsverhalten nochmal neu aufgerollt wird und so. Also nicht nur Verhaltensprävention, sondern auch viel stärker eine Verhältnisprävention.

B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. (...)

B2 wünscht sich als Optimierungsmöglichkeit, dass auch die Führungsebene verstärkt mit in die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einbezogen wird. Ebenso wichtig ist dieser Person, dass die Chefärzte die Maßnahmen ernst nehmen und bei der Umsetzung mitarbeiten.

B2: (...)Also wo wir immer noch einen Schwierigkeitspunkt haben, ist, ja, dass wir die Führungsebene richtig mit reinkriegen. Also, das ist noch immer so großer Knackpunkt. (...)Aber ich würde zum Beispiel auch gerne mehr in den ärztlichen Bereich, gerade so die Chefärzte, dass ich die mehr mit reinkriegen will. Da bin ich im Moment noch dran zu gucken, wie komme ich-, wie komme ich an diesen Personalbereich ran.

B3 wünscht sich, dass vermehrt ressourcenorientiert gearbeitet wird. Des Weiteren muss der Paradigmenwechsel stattfinden, doch „dieses Umdenken (...) wird noch jahrelang dauern“.

B3: Ja wie gesagt, ich habe jetzt gesagt, wir sind noch in diesem Paradigmenwechsel drin. Also dieses Umdenken, denke ich mal, wird noch jahrelang brauchen. Optimal wäre halt wirklich noch mehr ressourcenorientiert und nicht halt eben defizitorientiert zu arbeiten.

6 Diskussion

In den folgenden Unterkapiteln werden die angewandte qualitative Methode der Datenerhebung und die Ergebnisse der Interviews diskutiert.

6.1 Diskussion der angewandten qualitativen Methode

Zunächst einmal hat sich die angewandte Methode für die Erhebung qualitativer Daten zur Ergebnisfindung für diese Masterarbeit als geeignet herausgestellt. Die leitfadengestützten Experteninterviews gaben einen guten Überblick über die derzeitige Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Durch die Anwendung eines Leitfadens war es während des Interviews jederzeit möglich, weitere Fragen zu stellen oder bei Verständnisproblemen noch einmal nachzufragen. Ebenso war es möglich, auf interessante, über die Forschungsfrage hinausgehende Inhalte genauer einzugehen.

Trotz der durchaus positiven Erfahrungen mit dieser wissenschaftlich fundierten Methode, muss auf einige Einschränkungen und negative Aspekte eingegangen werden. Zunächst war es für diese Erhebung sehr schwer, Interviewpartner zu gewinnen, da das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern nicht sehr verbreitet ist. Daher ist die Repräsentativität sehr kritisch zu betrachten. Es konnte daher nur ein sehr kleiner Einblick in die Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern gewonnen werden. Es wäre letztendlich auch interessant gewesen, Personen in Krankenhäusern zu interviewen, die ihren Schwerpunkt nicht im Betrieblichen Gesundheitsmanagement haben, sondern auch anderen Aufgaben nachgehen. So hätte noch einmal ein Vergleich stattfinden können, um zu sehen, wie wichtig oder eben auch unwichtig es ist, dass Personen an Krankenhäusern für das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingestellt werden.

Bei der Ergebnisauswertung hat sich gezeigt, dass eine klare Formulierung der Interviewfragen eine Erleichterung der Auswertung ergibt und somit eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews durchgeführt werden könnte.

Bereits zu Anfang des ersten Interviews zeigte sich, dass die Fragen des Leitfadens nicht hintereinander gestellt werden konnten, diese mussten dem Gesprächsverlauf individuell angepasst werden, einen kontinuierlichen Gesprächsfluss zu bekommen.

Trotz der doch sehr eingeschränkten Repräsentativität der Ergebnisse, können einige interessante und für die vorliegende Arbeit wichtige Diskussionsansätze und darüber hinaus Schlussfolgerungen erzielt werden, welche im nachfolgenden Kapitel erläutert werden.

6.2 Diskussion der Ergebnisse der Interviews

Die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements fand in allen drei Krankenhäusern auf unterschiedliche Art und Weise statt. In den Krankenhäusern eins und zwei wurde ein wichtiger Schritt vorgenommen, indem ein Steuer-, beziehungsweise Lenkungsreis errichtet wurde. Dies ist einer der wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Kapitel 4.2.1). In dem dritten Krankenhaus fehlt die Einrichtung eines Steuerkreises, hier managt der Beauftragte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements alles alleine. Des Weiteren beklagen B1 und B3, dass die Führungsebene nicht hinter der Implementierung und Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stehen. Dies ist jedoch der wichtigste Erfolgsfaktor für die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Als sehr positiv anzusehen ist, dass alle drei Personen ausschließlich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig sind, dies war jedoch auch eines der Auswahlkriterien für die Interviewpartner. Es hat eine enorme Bedeutung, eine Person einzustellen, die ausschließlich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig ist, denn diese Person stellt das Verbindungsglied zwischen dem Top-Management, dem Steuerkreis, dem Projektteam, den Führungskräften und den Mitarbeitern her (vgl. Kapitel 4.2.1).

Es ist jedoch an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich zu erwähnen, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement anscheinend noch nicht in dem Krankensektor angekommen

ist. Bei der Auswahl der Interviewpartner zeigte sich, dass nur einige wenige Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen das Betriebliche Gesundheitsmanagement ganzheitlich in die Strukturen des Krankenhauses aufgenommen haben, sodass hier ein enormer Handlungsbedarf besteht. Es wäre wünschenswert, wenn die Krankenhäuser, in denen das Betriebliche Gesundheitsmanagement bereits integriert ist, anderen Krankenhäusern aufzeigen, welchen enormen Mehrwert die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufweist.

Die Erfahrungen mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement wurden in den beiden Häusern, die dies bereits erfolgreich durchführen, als sehr positiv beschrieben. Es benötigt jedoch viel Zeit, bis das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Köpfen aller Mitarbeiter angekommen ist. Dies wird deutlich, indem die beiden Krankenhäuser berichten, wann die Anfänge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in ihren Häusern waren. Krankenhaus drei fing vor zehn Jahren mit ersten Maßnahmen an, Krankenhaus zwei begann vor sechs Jahren mit der Implementierung. Beide Interviewpartner berichteten jedoch, dass sie den Mitarbeitern immer wieder präsent sein müssen, damit das Betriebliche Gesundheitsmanagement auch bei allen wahrgenommen wird.

Wichtig ist auch, dass Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung durchgeführt werden. B3 berichtet von Erfolgsgeschichten, die durch die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entstanden sind. Diese werden in der Zeitung des Klinikvorstandes veröffentlicht. Solche Maßnahmen müssen vermehrt stattfinden, um auch diejenigen damit anzusprechen, die die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als überflüssig ansehen. Um die Akzeptanz auf eine andere Art zu steigern, soll vermehrt darauf geachtet werden, dass Maßnahmen entwickelt werden, die während der Arbeitszeit stattfinden können, da sowohl B2 als auch B3 berichten, dass die Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit nicht oder nur teilweise wahrgenommen werden. Die Mitarbeiter müssen mit Vergünstigungen beispielsweise in Bezug auf ein Fitnessstudio angelockt werden, um an ihrer Gesundheit zu arbeiten. Dies geschieht bereits erfolgreich in den beiden Häusern.

In den Häusern zwei und drei wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement in seiner Komplexität umgesetzt. Es sind zahlreiche Maßnahmen auf der Verhaltens- und auch auf der Verhältnisebene vorhanden. Es ist jedoch auffällig, dass sehr wenig ressourcenorientiert gearbeitet wird. Dies wird auch von B3 bemängelt. Es muss bei einem erfolgreichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht nur defizitorientiert gearbeitet

werden, vielmehr müssen die einzelnen Mitarbeiter mit ihren vorhandenen Ressourcen betrachtet werden, um eine Leistungssteigerung und eine höhere Arbeitszufriedenheit zu erzielen.

Gerade in einem Krankenhaus, wo es starke Hierarchieebenenunterschiede gibt, müssen die Maßnahmen auf die unterschiedlichen Ebenen angepasst werden. Die Pflege zeigt in allen drei Krankenhäusern eine hohe Akzeptanz, wohingegen der ärztliche Dienst und die Führungsebene das Betriebliche Gesundheitsmanagement eher als sinnlos betrachten. Maßnahmen, wie ein Seminar für „gesundes Führen“ (vgl. Matyssek, A. K., 2011), sind explizit für Führungskräfte erstellt worden, um ihnen die Bedeutsamkeit aufzuzeigen, welche Auswirkungen ihr Gesundheitsverhalten gegenüber den Mitarbeitern hat. Den Ärzten hingegen muss grundlegend aufgezeigt werden, dass auch diese Berufsgruppe immer häufiger erkrankt, gerade die psychischen Belastungen nehmen immer weiter zu in dieser Berufsgruppe (vgl. Kapitel 3.2). Ebenso wichtig bei der Erstellung der Maßnahmen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede. In einem Krankenhaus ist der Anteil an Frauen viel höher, sodass über frauenspezifische Maßnahmen nachgedacht werden muss. B3 berichtet in diesem Zusammenhang geschlechtsspezifische Maßnahmen, wie ein Brustab tastseminar oder das Seminar zu dem Thema Wechseljahre für Frauen.

Die Kommunikation stellt eine der wichtigsten Grundsätze der Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. In dem zweiten und dritten Krankenhaus funktioniert die Kommunikation sehr gut, im ersten Krankenhaus wird diese von B1 bemängelt, wodurch die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hier sehr langsam und unstrukturiert verläuft. In den beiden anderen Krankenhäusern wird darauf verwiesen, dass die persönliche Kommunikation den besten Weg darstellt, es werden aber auch Kommunikationswege, wie E-Mails, Flyer oder das Intranet genutzt.

Bei der personellen Unterstützung zeigten sich große Unterschiede in allen drei Häusern. Während der Beauftragte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement im ersten Krankenhaus keine personelle Unterstützung erfährt (externer Betriebsarzt, externes Betriebliches Eingliederungsmanagement durch die Stabsstelle), erhält der Beauftragte in dem zweiten Krankenhaus gleich von drei weiteren Personen Unterstützung. Es findet hier eine Aufgabenteilung statt, wobei die interviewte Person ausschließlich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig ist und alle unterschiedlichen Aufgabenbereiche koordiniert, was sehr vorbildlich ist. Es ist wichtig, dass es eine Person

gibt in einem Unternehmen, welche das Verbindungsglied zwischen allen anderen mitverantwortlichen Personen darstellt, wie es eben bereits an anderer Stelle erwähnt wurde. Im dritten Krankenhaus ist es ähnlich, wie im ersten Krankenhaus, die Beauftragte ist allein für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig, sie erhält lediglich von externen Referenten Hilfe, die sie für unterschiedliche Fortbildungen oder Vorträge gewinnt. Zusätzlich werden die Bereiche des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit von anderen Personen übernommen.

In Hinblick auf die finanzielle Unterstützung sind in allen drei Häusern noch einige Mängel zu verzeichnen. Im ersten Krankenhaus soll das Betriebliche Gesundheitsmanagement zwar implementiert werden, es soll aber kein festgelegtes Budget dafür eingerichtet werden. Im Krankenhaus zwei ist das Budget sehr gering, es kann jedoch bei bestimmten Maßnahmen erhöht werden. Im dritten Krankenhaus ist kein festgelegtes Budget vorhanden, die Maßnahmen werden von dem Beauftragten für das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingereicht und entweder bewilligt oder abgelehnt. Diese Arten der Finanzierung sind jedoch bei einem erfolgreich implementierten Betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht von Vorteil, da die Beauftragten nicht mit einem festen Budget planen können und darauf hoffen müssen, für teurere Maßnahmen, die jedoch sinnvoll sind, ein höheres Budget zu erhalten. So werden unter Umständen viele Maßnahmen geplant, die letztendlich keine Zustimmung erhalten. Es geht bei dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement jedoch um die Gesundheit der Mitarbeiter, in die es gilt, zu investieren und ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement kann nur funktionieren, wenn ein gewisses Budget vorhanden ist.

In den Krankenhäusern findet nur zum Teil eine strukturierte Evaluation statt. Im zweiten Krankenhaus findet eher eine Prozessevaluation statt, indem die Maßnahmen nach einer Durchführung sofort von den Teilnehmern mündlich bewertet werden. Im Krankenhaus drei wird einerseits anhand der Arbeitsunfähigkeits-Daten geschaut, wie wirksam die Maßnahmen sind. Es findet hier zum einen eine Ergebnisevaluation statt, zum anderen findet aber auch hier eine mündliche Prozessevaluation statt und es wird anhand der Teilnehmerzahlen geschaut, wie erfolgreich eine Maßnahme ist. Es wäre jedoch bei dem Thema der Evaluation wünschenswert, wenn diese auf allen drei Ebenen (Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation) stattfinden würde.

7 Handlungsempfehlungen und Ausblick

Die Ergebnisse der Interviews zeigten, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement an den ausgewählten Krankenhäusern bereits gut durchgeführt wird. Das erste Interview zeigte die Schwierigkeiten der Implementierung auf, sodass im Nachfolgenden Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden, welche wichtigen Schritte bei einer Implementierung nicht fehlen dürfen. Unterstützend dazu werden noch einige Optimierungsmöglichkeiten von Seiten der anderen beiden Interviewpartner eingestreut.

Zunächst ist für die Implementierung eine Person wichtig, die sich ausschließlich mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement beschäftigt. Diese kann ein interner Beauftragter sein, es ist aber auch möglich externe Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eines der wichtigsten Kernelemente für die erfolgreiche Implementierung ist die Fort- und Weiterbildung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Führungskräfte, die Mitarbeiter und interne Gesundheitsexperten. Darüber hinaus ist die Bildung eines Steuerkreises wichtig, in dem alle grundlegenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit angesprochen, die Vorgehensweise für die Implementierung besprochen und Maßnahmen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement entwickelt werden (vgl. Rimbach, A., 2013, S. 352). In diesem Steuerkreis können unter anderem die Geschäftsführung, der Beauftragte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, der Betriebs-/ Personalrat, ein Mitarbeiter für Arbeits-, Unfall- und Gesundheitsschutz, ein Betriebsarzt, das Qualitätsmanagement, Vertreter der Krankenhausdirektion und das Personalmanagement anwesend sein (vgl. Rimbach, A., 2013, S. 345). Nur so arbeiten alle beteiligten Personen in eine gemeinsame Richtung und es kann Missverständnissen entgegengewirkt werden.

Bevor die ersten Maßnahmen entwickelt werden, müssen vorab eine Analyse der Arbeitssituation und des Bedarfes an Gesundheitsmaßnahmen mittels Mitarbeiterbefragungen durchgeführt werden.

Die Maßnahmen sollten sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene angesiedelt sein. Einer rein defizitorientierte Maßnahmenentwicklung muss entgegengewirkt werden, vielmehr müssen die Ressourcen eines jeden Mitarbeiters betrachtet werden.

Der demographische Wandel verändert auch die Leistungsfähigkeit der immer älter werdenden Belegschaft (vgl. Kapitel 1). Hier muss auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement ansetzen, indem Konzepte für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung entwickelt werden. Hier kommt nicht nur der Beauftragte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ins Spiel, vielmehr müssen die Führungskräfte dafür sensibilisiert werden, gerade in Hinblick auf die Personalentwicklung und das Personalmanagement Veränderungen zu erzielen. (vgl. Rimbach, A., 2013, S. 353)

Einer der wichtigsten Faktoren während des gesamten Prozesses stellt die Kommunikation dar. Es ist notwendig, Gesundheitskommunikationskonzepte zu entwickeln, da diese nicht nur den administrativen Zwecken dienen, sondern zugleich auch die Evaluation der einzelnen Maßnahmen vorantreibt. Es müssen unterschiedliche Kommunikationswege ermittelt werden, wie beispielsweise die persönliche Kommunikation untereinander, die auch die Interviewten ganz hoch ansahen, der E-Mail-Kontakt, die Mitarbeiterzeitung sowie die Nutzung des internen Intranets. Auf diesen unterschiedlichen Kommunikationswegen sollten zum einen Erfolgsgeschichten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hinterlegt sein, um die Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu steigern, zum anderen dienen diese Kommunikationswege zur Auskunft über die unterschiedlichen Maßnahmen.

Ein weiterer Schritt in Richtung Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer Organisation wie dem Krankenhaus kann der Beitritt in dem Netzwerk der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser sein. Hier kann ein Austausch mit anderen Krankenhäusern stattfinden und es kann ein Vergleich untereinander geschehen.

Gerade in Krisenzeiten, die auch die Krankenhäuser immer wieder durchleben, wie beispielsweise den Fachkräftemangel (vgl. Kapitel 1, 3), der seit Jahren in Deutschland vorherrscht und die daraus resultierenden Arbeitsbelastungen, werden berufsbedingte Erkrankungen hervorgerufen. Umso wichtiger ist es, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in seiner Komplexität in den Krankenhäusern zu implementieren, denn es dieses zielt nicht nur auf die Mitarbeiter ab, sondern wirkt sich auch auf das persönliche Umfeld der Mitarbeiter aus. Ebenso führt es zu einer verbesserten Versorgung der Patienten, die von leistungsfähigeren Pflegenden und Ärzten versorgt werden können.

Das Krankenhaus hat als das Zentrum für Gesundheit eine Vorbildfunktion für eine umfassende Gesundheitsförderung. Nicht zuletzt gewinnt das Krankenhaus durch eine Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an Attraktivität und Wettbewerbsvorteil.

Die Ergebnisse dieser vorliegenden Masterarbeit zeigen, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement an zwei der befragten Krankenhäuser sehr gut implementiert und umgesetzt wird, eine Implementierung aber dennoch insgesamt an sehr wenigen Krankenhäusern stattgefunden hat. Dies sollte in Zukunft vermehrt in den Blickpunkt gestellt werden.

8 Literaturverzeichnis

Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Badura, B. (2001). Einleitung. In: Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2008). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt. 2. Auflage. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.) (2017). Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit- Ursachen, Prävention und Bewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. (Hrsg.) (1993). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Beltz Juventa: Weinheim.

Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma rainer bohn verlag.

Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, T. (Hrsg.) (2005). Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Heidelberg: Springer Verlag.

Bauer, J. (2013a). Somatische Krankheitsbilder. S. 55-59. In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Bauer, J. (2013b). Ergonomie im Krankenhaus. S. 83-86. In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2014). BGWthemen. Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente- eine Handlungsfolge für Unternehmen. Buchholz i.d. Nordheide: Beiner Druck GmbH & Co. KG.

Braun, T., Rau, F. & Tuschen, K. H. (2007). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, J., Robra, B.-P. & Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2007). Krankenhausreport 2007. Krankenhausvergütung- Ende der Konvergenzphase?. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.

Brockhaus Enzyklopädie (1990). *Literatur*. (19., völlig neubearbeitete Auflage, S. 447). Mannheim: F. A. Brockhaus.

Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gesundheitsförderung für die Pflegekräfte: Wer pflegt die Pflege?. Ausgangslage: Die Arbeitssituation in der Pflege. Praxisseiten Pflege. Abgerufen am 05.07.2018 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/10.0.2_Service_Material.pdf

Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U. & Precht, C. (2000). Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln.

Ducki, A., Jenewein, R. & Knoblich, H.-J. (1998). Gesundheitszirkel- Ein Instrument der Organisationsentwicklung. S. 267-281. In: Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.

Eichhorn, S. (1993). Einführung. Ausgangssituation und Fragestellung des Symposiums. S. 9-16. In: Leitung und Leistung im Krankenhaus- Führungsorganisation aus Sicht des Krankenhausträgers. Ein Symposium der Bertelsmann Stiftung 24.-25. September 1991. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Eikamp, J. (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). S. 3-14. In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Europäischen Union. Abgerufen am 28.06.2018 von http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration09-12.pdf

Fabry, G. (2017). Sozialisation und Rolle des Arztes. S. 81-112. In: Koch, U. & Bengel, J. (Hrsg.) (2017). Anwendungen der Medizinischen Psychologie. 1. Auflage. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG: Göttingen.

Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Geissler, A. & Hollmann, J. (2012). Macht die Klinik Ärzte krank?. Stressoren am Arbeitsplatz Klinik erkennen und Handlungsspielräume nutzen. Herz-, Thorax-, Gefäßchirurgie, 26. S. 129-132.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018a). Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Abgerufen am 20.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=80481120&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=138&p_aid=92511639#SOURCES

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018b). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD-10. Abgerufen am 20.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=37089120&nummer=550&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=37037037

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018c). Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungstyp / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung). Abgerufen am 25.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.000=3738

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018d). Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. Abgerufen am 26.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=54201289&nummer=89&p_sprache=D&p_indsp=7011&p_aid=28599885

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018e). Nichtärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionsbereich/Beruf, Art der Beschäftigung, Einrichtungsmerkmale. Abgerufen am 26.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=54201289&nummer=535&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=48624236

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018f). Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Gliederungsmerkmale: Jahr Region, Beschäftigtenbereich, Einrichtungsmerkmale. Abgerufen am 26.06.2018 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=54201289&nummer=865&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=5061872

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). Leitfaden Prävention. *Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. Berlin.

Glaser, J. & Höge, T. (2005). Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. S. 51-64. In: Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005). Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, Springer Fachmedien.

Grossmann, R. (1993). Leitungsfunktionen und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. S. 301-321. In: Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. (Hrsg.) (1993). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Juventa Verlag: Weinheim, München.

Hilgers, S. (2011). DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern. Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität. 1. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Hoefert, H.-W. (2017). Arbeits- und Organisationspsychologie in der Medizin- Das Beispiel Krankenhaus. S. 113-136. In: Koch, U. & Bengel, J. (Hrsg.) (2017). Anwendungen der Medizinischen Psychologie. 1. Auflage. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG: Göttingen.

Hoefert, H.-W. (Hrsg.) (2007). Führung und Management im Krankenhaus. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG: Göttingen.

Jänig, K. & Bauer, M. (2013). Management von Fehlzeiten und betriebliche Wiedereingliederung. S. 106-111. In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.) (2017). BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit- Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Krajic, K., Pelikan, J. M. & Lobnig, H. (1996). Das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. S. 55-62. In: Bellabarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.) (1996). Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Kroll D. (2010). Gesundheit als Führungsaufgabe. In: Kroll, D., Dzudzek, J. (2010). Neue Wege des Gesundheitsmanagements. Gabler: Wiesbaden.

Kuhn, K. (2017). Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. S. 39-56. In: Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademien für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2016). Das Präventionsgesetz und seine Perspektiven. *Impulse für Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 13.11.2017 von <http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/impulse/LVG-Zeitschrift-Nr91-Web.pdf>

Limbrecht-Ecklundt, K. et. al. (2014). Psychische Gesundheit und Arbeitsbelastung bei Ärztinnen und Ärzten. Eine Studie zur Erfassung der Effort-Reward-Imbalance. *Prävention und Gesundheitsförderung 2015, 10*. S. 11-21.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1996). *Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung*. Berlin/ Wiesbaden; Ullstein Mosby GmbH & Co. KG.

Lück, P., Eberle, G. & Bonitz, D. (2009). Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. S. 77-84. In: Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2009). Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Maier, U. & Fotuhi, P. (2007). Kommunikations als Grundlage für das Management von Wissen und Prozessen. S. 135-159. In: Bohnet-Joschko, S. (Hrsg.) (2007). Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen. 1. Auflage. GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.

Matyssek, A. K. (2011). *Gesund führen- sich und andere!*. Trainingsmanual zur psychosozialen Gesundheitsförderung im Betrieb. 1. Auflage. Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2016). *Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015*. Berlin, Korschbroich: das druckhaus print und neue medien.

Mühlbauer, B. H. (2004). *Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus*. 1. Auflage. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

Müller, B. (2012). ...und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. S. 268-274. In: Faller, G. (Hrsg.) (2012). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Nürnberg, V., Schneider, B.(2017). *Entwicklung von Führungspersönlichkeiten zum Gesunden Führen. Ansätze und Fallbeispiele*. In: von Au, C. (eds) *Entwicklung von Führungspersönlichkeiten und Führungskulturen. Leadership und Angewandte Psychologie*. Springer, Wiesbaden.

Petzi, M. & Kattwinkel, S. (2016). *Das Gesunde Unternehmen zwischen Utopie und Dystopie. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Raphael, H. (2014). *Business Intelligence im Krankenhausmanagement. Herausforderungen an Kliniken im DRG-Zeitalter*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Rathje, E. (2003). *Personalführung im Krankenhaus*. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Reimer C., Trinkaus S. & Jurkat H. B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatr Prax*, 32. S. 381–385.

Rimbach, A. (2013). Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.

Singer, S. & Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. S. 49-66. In: Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (Hrsg.) (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. 1. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien.

Statistisches Bundesamt (2017a). Gesundheit. Personal. Fachserie 12, Reihe 7.3.2. Abgerufen am 20.06.2018 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PePePersonalL_ReihePDF_2120732.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2017b). Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Abgerufen am 20.06.2018 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html>

Statistisches Bundesamt (2017c). Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Abgerufen am 03.07.2018 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostenKostennachweisKrankenh2120630167004.pdf?__blob=publicationFile

Stratmeyer, P. (2002). Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Juventa Verlag: Weinheim.

Struhs-Wehr, K. (2017). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung. Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Veitl, B. (2013a). Burn-out- Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis. S. 25-41. In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Walter, U. (2003). Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. S. 74-96. In: Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, New York, Heidelberg: Springer-Verlag.

Weinmann, J. (2005). Personalstrukturen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor. S. 5-20. In: Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005). Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. Abgerufen am 28.06.2018 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

Westermann-Binnewies, Dr. A. (2003). Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung. Uni-edition: Berlin.

Wild, G. (2013). Innere Kündigung. S. 49-54 In: Schmidt, C., Bauer, J., Schmidt, K. & Bauer, M. (Hrsg.) (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Zieger, A. (2001). Gesundheitsförderung von innen: Eine vernachlässigte Dimension. S. 80-85. In: Belschner, W. & Gräser, S. (Hrsg.) (2001). Studien zur Gesundheitsförderung. Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Beiträge zur gesundheitsfördernden Universität. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität.

Zok, K. (2009). Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. S. 85-100. In: Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2009). Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

9 Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

1. Wie verlief die Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in ihrem Unternehmen?
2. Welche Schritte wurden bei der Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt?
3. Welche Erfahrung haben Sie mit den Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement bis zum heutigen Zeitpunkt gemacht?
4. Wie ist die Bereitschaft der Mitarbeiter, an Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements teilzunehmen?
5. Wurden Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt? Wurde hierbei auf die unterschiedlichen Hierarchieebenen und Berufsgruppenunterschiede geachtet?
6. Gibt es in der Durchführung der Maßnahmen berufsgruppenspezifische Unterschiede?
7. Bekommen Sie in regelmäßigen Abständen Feedback von ihren Mitarbeitern? In welcher Form geschieht das Feedback?
8. Welche Maßnahmen führen Sie in Bezug auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement durch? Gibt es ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement mit allen drei Säulen? Welche Maßnahmen werden in den drei Säulen durchgeführt?
9. Sind die Maßnahmen dauerhaft in dem betrieblichen Ablauf integriert?
10. Wie bewerten Sie den Nutzen der Maßnahmen? Werden die Maßnahmen evaluiert?
11. Wie erfolgt die Information über die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei den Mitarbeitern?
12. Erhalten Sie Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen?
13. Würden Sie Optimierungsmöglichkeiten in Bezug auf die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sehen?

Anhang B: Interview 1

I: Also, Sie sind dabei das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu implementieren in Ihrem Betrieb. Was für Schritte wurden bisher durchgeführt um überhaupt den Weg zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu bekommen?

B1: Ich würde sagen, dass der erste Schritt vorab schon mal ist, dass erkannt wird dass es hier notwendig ist. Und das hier mit der Ressource, also mit mir, das überhaupt eine Stelle geschaffen wurde. Und, ich sage mal, auch fachlich jemand eingestellt ist der sich nur für Betriebliches Gesundheitsmanagement einsetzt. Und weitere Schritte, die zumindest ich jetzt gerade versuche anzugehen, ist im Grunde die Personen an einen Tisch zu kriegen die so Schnittpunkte haben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Und so gerade einen Steuerkreis gegründet habe mit den üblichen Akteuren wie Betriebsarzt, Personalrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte und so weiter.

I: Aber das ist ja schon mal ein erster wichtiger Schritt in die Richtung.

B1: Ja, genau.

I: Ja. Ansonsten, haben Sie schon Maßnahmen entwickelt die Sie jetzt hier einsetzen wollen oder läuft schon was an Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

B1: Also was an Maßnahmen läuft ist, das wir eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen auch durchgeführt haben. Die wird gerade ausgewertet und in den einzelnen Untersuchungsgruppen auch diskutiert. Und daraufhin sollen dann halt auch Maßnahmen eingeleitet werden. Und andere Maßnahmen, die jetzt-, oder die ich versuche durchzuführen, ist einmal das es einen Betriebs-, also einen Betriebssport gibt es schon. Aber das es eine Firmenfitness geben soll, für alle Mitarbeiter. Und ein anderer Schritt, der glaube ich auch schon absegnet ist von der Betriebsleitung, ist so eine externe psychosoziale Telefonberatung für die Mitarbeiter.

I: Haben Sie die Mitarbeiter schon mal vorab befragt ob Maßnahmen überhaupt gewünscht sind? Oder gab es noch keine Befragungen in der Hinsicht?

B1: Ja, Befragung im Grunde ist halt die Gefährdungsbeurteilung die gelaufen ist. Und ansonsten sind, soweit ich weiß, jetzt bin ich ja noch nicht so lange da, schon aber auch Befragungen zum Teil gelaufen. Die laufen aber immer alle über den Träger. Das ist dann

von M. aus. Und dann für alle Kliniken gleichzeitig. Und da weiß ich aber-, glaube nicht das das wirklich mal nur für unsere Klinik ausgewertet wurde und dann auch nur hier Maßnahmen daraufhin durchgeführt wurden. Das kann ich mir jetzt auch gerade nicht vorstellen.

I: Also Sie sind so ein Verbund aus verschiedenen Kliniken?

B1: Genau. Psychiatrieverbund, genau.

I: Okay, und gibt es an den anderen Standorten denn auch schon Mitarbeiter im Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

B1: Ja, ich weiß nicht ob wirklich da auch jemand eingestellt ist nur für den Bereich. Also es beschäftigen sich glaube ich alle ein Stück weit mit dem Thema. Aber soweit ich weiß in unserer Kooperationsklinik in H., da ist es so, dass das auch der Pflegedirektor irgendwie mitbetreut und der Personalrat ein bisschen mitmacht und so. Also auch, ich sage mal, wenig strategisch und systematisch da angegangen wird. Und der Träger in M., die haben schon Betriebliches Gesundheitsmanagement und auch jemanden dafür eingestellt der sich nur darum kümmert. Und da wird das, glaube ich, auch sehr gut umgesetzt.

I: Und sind Sie da in Kooperation mit denen?

B: Ja, zumindest im Gespräch. Also wenn ich da auch Hilfe brauche oder so, dann ist es schon möglich die von da zu bekommen.

I: Okay. Es gibt ja unterschiedliche Säulen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Betriebsarzt ist hier natürlich auch vorhanden. (B1: Ja.). Gehe ich mal von aus. Das betriebliche Eingliederungsmanagement? Ist das auch vorhanden? (B1: Ja.). Also es fehlt quasi hier jetzt nur noch die betriebliche Gesundheitsförderung. Die noch nicht so durchgeführt wird.

B1: Genau. Also Betriebsarzt haben wir. Aber einen externen Betriebsarzt. Also quasi eine Dienstleistung die wir einkaufen. Und betriebliches Eingliederungsmanagement, das ist sehr klassisch. Eine Stabsstelle, im Personalbereich angesiedelt.

I: Okay. Also, Sie sind ja jetzt die einzige Person die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement verantwortlich ist. Haben Sie noch irgendwie Unterstützung,

bekommen Sie Unterstützung von anderen Personen? Oder müssen Sie sich da alleine durchkämpfen?

B1: Ich würde mal sagen im Moment kämpfe ich da ziemlich alleine. Jetzt würde meine Chefin sagen sie steht da hinter mir. Wobei sie halt, ich sage mal, BGM anders versteht als ich. Also schon eher, ich gehe in einzelne Teams und mache da irgendwie Teamentwicklung und so. Was ich auch gut finde und auch wichtig um an der Basis irgendwie vor Ort zu sein und Vertrauen aufzubauen zu den Mitarbeitern. Ich aber glaube, dass es hier vorab erst nochmal eine wirkliche strategische Ausrichtung von der Betriebsleitung benötigt. Damit auch der Steuerkreis wiederum eine Marschrichtung hat und weiß auch, wo er hin soll. Also insofern arbeite ich im Moment relativ alleine. Und versuche schon, ja, mir so irgendwie Machtpromotoren mit ins Boot zu holen wo ich weiß, die haben eine gute Lobby. Also auch bei der Betriebsleitung. Weil jetzt bin ich einfach so neu hier, das ich auch noch nicht das Standing habe um da so oben, ja, so richtig ernst genommen zu werden. Das ist zumindest meine Wahrnehmung. Und insofern versuche ich halt mir andere mitzunehmen die, ja, dem Ganzen irgendwie ein bisschen mehr-.

I: Ja, es ist ja auch wichtig das eben alle hinter dem BGM stehen und das man da nicht nur alleine anführt.

B1: Genau. Wichtig ist, dass die Betriebsleitung im Grunde dahintersteht. Und das wirklich auch erkennt als Nutzen. Und das ist ja hier noch nicht der Fall.

I: Das wird dann sehr schwierig.

B1: Genau.

I: Ja. Sehen Sie denn-, also werden Sie überhaupt finanziert von irgendwem? Also die einzelnen Maßnahmen die dann durchgeführt werden sollen, gibt es da schon ein Budget was da vorhanden ist?

B1: Also ein Budget gibt es nicht, es soll auch nicht eingerichtet werden. Jetzt wird halt meine Stelle finanziert, im Grunde bin ich angedockt bei der Pflegedirektorin. Und die zahlt meine Stelle so weit, wie eine Pflegekraft kosten würde. Und die Differenz von Pflegekraft, ich sage mal zur Stabsstelle, die hat der kaufmännische Direktor übernommen. Und der ärztliche Direktor, der ist im Grunde völlig raus. Und signalisiert auch so ein bisschen, meine Ärzte sind nicht krank, also brauchen wir dies nicht.

I: Das ist ja sowieso ein Problem, was da häufig entsteht in den Kliniken. Das die Ärzte da nicht mitziehen.

B1: Genau.

I: Ja. Geht es also eher darum erstmal die Pflegekräfte ins Boot zu holen und erstmal da anzusetzen, die Maßnahmen?

B1: Möglicherweise ja. Wobei ich glaube, dass das nicht erfolgreich ist. Also ich habe jetzt zum Beispiel morgen-, bin ich in der Klinikkonferenz. Klinikkonferenz ist bei uns alle vier Wochen. Und da treffen sich im Grunde die zwei obersten Hierarchien, also Betriebsleitung und alle Abteilungsleitungen und einige Stabsstellen. Und ich bin als BGM-Beauftragte da auch. Das habe ich mir erkämpft, das ich da auch alle vier Wochen mit bei bin in diesem Kreis. Und da werde ich morgen einen Vorschlag machen, zu einem strategischen Umsetzten des BGMs. Um schon nochmal ein Meinungsbild einzufangen ob die Betriebsleitung dabei ist, ob die Chefärzte dabei sind ob die Pflegedienstleitungen dabei sind. Um dann zu gucken okay, wo geht die Reise hin.

I: Also geht es hier ja jetzt erstmal darum überhaupt eine Implementierung zu bekommen-, herzustellen?

B1: Ja, ganz genau. Ja.

I: Also sind Sie jetzt erstmal ja auch nicht mit den Maßnahmen beschäftigt, was könnte schon mal alles passieren?

B1: Wenig. Also das was wir machen, wie die Firmenfitness und die psychosoziale Telefonberatung das ist im Grunde genommen noch ein bisschen Gießkannenprinzip. Und das ist so, ich glaube, so nice to have. Das kann man anbieten den Mitarbeitern, ist aber nicht unbedingt, ja wie sagt man, spezifisch oder so. Also?

I: Ja, okay. Eine letzte Frage zu den Optimierungsmöglichkeiten. Kann man wahrscheinlich noch schlecht sagen was überhaupt optimiert werden muss, weil ja erstmal überhaupt die Implementierung stattfinden muss. Und alle Menschen ins Boot geholt werden müssen um überhaupt Maßnahmen zu entwickeln.

B1: Genau. Also Maßnahmen, ja da sind wir einfach noch nicht. Genau, also da sind wir gerade noch zwei Schritte zuvor die wir erst noch, also aus meiner Sicht, gemacht werden

müssen um dann wirklich auch zu sagen wir haben auch Maßnahmen. Und auch im besten Fall nicht nur, ja, Maßnahmen für den Mitarbeiter, sondern das sich hier auch strukturell noch was verändert. Und Prozesse anders dargestellt werden und Führungsverhalten nochmal neu aufgerollt wird und so. Also nicht nur Verhaltensprävention, sondern auch viel stärker eine Verhältnisprävention.

I: Hätten Sie denn Ideen was für Strukturen geändert werden müssten? Also-?

B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. Das die Mitarbeiter das Gefühl haben, sie werden hier nicht ernstgenommen. Wenn es um Umbauarbeiten geht oder um sonstige Veränderungen, da wird halt eher denen das gesagt, so das macht ihr jetzt, aber sie werden halt nicht im Vorfeld mit einbezogen.

I: Also die Einbeziehung der Mitarbeiter auch mit in die Prozesse und Maßnahmen?

B1: Genau.

I: Okay. Und sehen Sie denn auch ein Problem darin Maßnahmen zu entwickeln wenn kein Budget dafür vorhanden ist? Also wenn ich jetzt an irgendeine Sportaktivitäten oder so denke das man dafür ein gewisses Budget für hat. Oder wird das dann einfach von der Klinik übernommen?

B1: Im Grunde ist das glaube ich so angedacht. Das der Steuerkreis Ideen entwickelt, Vorschläge entwickelt oder auch Maßnahmen. Die werden dann wiederum nach oben kommuniziert. Und dann gibt es von der Betriebsleitung entweder ein grünes oder ein rotes Licht. (I: Okay.). Und dann werden auch die Kosten übernommen, ja.

I: Ja, dann würde ich sagen sind wir fertig.

Anhang C: Interview 2

I: Ja. Das BGM ist ja bei Ihnen schon einige Zeit im Unternehmen implementiert. Wie verlief denn so die Implementierung in Ihrem Haus?

B2: Ja, der Stiftungsvorstand hatte vor sechs Jahren gebeten, halt mich der-, des Themas BGM anzunehmen. Und dementsprechend habe ich dann gemeinsam mit meinen Kolleginnen überlegt, wie man das implementieren kann. Und dann sind wir gestartet. In Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau B., die das betriebliche Eingliederungsmanagement macht. Mit Frau B., die hier im Hause auch tätig ist. Und jetzt neu mit Frau C. machen wir das halt im Moment und haben das halt entsprechend aufgebaut.

I: Okay. Wie ist so der Umfang bei Ihnen? Also, Sie hatten-, Sie haben ja wahrscheinlich-. Haben Sie alle eine volle Stelle, oder-?

B2: Nein, wir haben alle Teilzeitstellen und insgesamt sind es 40 Stunden, die wir für das BGM zuständig sind.

I: Ach so. Okay. Welche Schritte wurden so verfolgt bei der Implementierung des BGM?

B2: Im ersten Schritt habe ich durch die Berufsgenossenschaft eine Fortbildung gemacht zum Thema BGM. Und habe mich da an den Leitfäden so ein bisschen entlang gehandelt. Wir haben einen Lenkungskreis gegründet. In dem ist der Betriebsarzt, der Arbeitssicherheitsschutz, die Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement, Frau (?Burtschick). Der Geschäftsführer, der-, die MAV, die Seelsorge und, ja, ich halt. Und die Öffentlichkeitsarbeit noch.

I: Ja. Wie oft treffen Sie sich so in dem Lenkungsgrad, -kreis?

B2: Mindestens allvierteljährlich treffen wir uns. Also, es gibt manchmal Situationen, wo wir uns öfter treffen. Wir haben grade eine ASitA, also eine Arbeitssituationsanalyse, erstellt. Und dementsprechend treffen wir uns dann öfter. Manchmal auch in einem kleineren Kreis, wo dann nur die Pflegedienstleitung, meine Kollegin Frau B., die das BEM macht, und ich zusammen sind. Und wir machen das im Moment mit der AOK zusammen. Und da sind wir dann halt im kleineren Kreis, wo wir dann Vorbesprechungen machen. Und das dann nochmal im großen Lenkungskreis dann vorstellen.

I: Haben Sie denn bei der Implementierung auch vorher irgendwie eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt? Oder wie ist es überhaupt dazu gekommen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement an dem Krankenhaus eingeführt wurde?

B2: Also, ich hatte einen sehr rührigen Chef, unseren Geschäftsführer. Also nicht der oberste, sondern der dann da drunter kam. Und der hat sich einfach überlegt, das wäre doch eine gute Aufgabe für Frau K. und dann habe ich das übernommen. (I: Ach so. Okay.) Und wir haben dann im Nachhinein, also so als eine meine ersten Tätigkeiten halt, eine Mitarbeiterbefragung hier im Haus durchgeführt.

I: Okay. Welche Erfahrungen haben Sie so mit den Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bisher gemacht?

B2: Sehr gut. Was ich sagen muss, die erste Mitarbeiterbefragung ist nicht so gut angenommen worden. Da hatten wir 28% der Mitarbeiter, die eine Befragung-, an der Befragung teilgenommen haben. Das ist sehr gering. Bei der Nachbefragung, also zwei Jahre später, waren es dann immerhin schon 37%. Es ist immer noch so, dass nicht in allen Köpfen ist, dass wir ein BGM hier haben. Also da müssen wir immer wieder nachfor-, nachlegen. Wir gehen immer mal über die Stationen, stellen uns nochmal vor, stellen unser Programm vor, erzählen nochmal, verteilen unsere Flyer. Also, es ist nicht einfach. Wir müssen uns immer wieder ins Gedächtnis rufen. Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.

I: Was machen Sie da so? Also, ist wahrscheinlich jedes Jahr und dann immer irgendwelche unterschiedlichen Themen.

B2: Wir haben es in den letzten Jahren sehr gleich gehalten. Also, gesunde Ernährung, wir bieten eine mobile Massage an, ein fünf Minuten-Make-up, einen Bodycheck. Also, es ist so rundum zum Thema Gesundheit. Wir haben jetzt überlegt, meine Kollegin und ich haben gerade letztes Wochenende eine Fortbildung von der Berufsgenossenschaft gemacht zum Thema nochmal BGM auch. Und da haben wir uns überlegt, dass wir das nächste Jahr, das nur speziell auf den Rücken fokussieren, weil das ist halt-. (I: Das Thema.) Krankenhaus ist das das Thema. Deswegen werden wir dann nur fokussiert auf den Rücken arbeiten.

I: Okay. Wie sieht denn überhaupt-. Also Sie haben ja gesagt, das ist schwierig, dass die Mitarbeiter überhaupt, naja, wissen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement durchgeführt wird. Wie ist denn so die Bereitschaft, überhaupt daran teilzunehmen?

B2: Wie gesagt. Ich hatte das ja gerade bei dem Fragebogen gesagt. Grundsätzlich an so kleinen Aktionen, wie Entspannung oder sowas. Also, wir bieten einmal wöchentlich eine Entspannungseinheit an für Mitarbeiter. Die ist dann so gelegt, dass entweder Früh- oder Spätschicht, dass-, auf jeden Fall daran teilnehmen können. Und das sind immer so zehn bis fünfzehn Mitarbeiter. Auch unterschiedliche Mitarbeiter, die da hinkommen. Oder unsere mobile Massage. Sowas wird gerne und gut angenommen.

I: Das kann ich mir vorstellen.

B2: Ja. Die Befragung war halt nicht ganz so gut. Wobei, bei der ASitA ist es jetzt so, also bei der Arbeitssituationsanalyse, dass die halt sehr gerne angenommen wurde. Da gehen wir aber dann auch wirklich oft in die Bereiche. Also, wir haben jetzt den Einerbereich und den Zweierbereich als Situation analysiert. Und das wurde unheimlich gut angenommen. Also, da waren wirklich alle Mitarbeiter in den Bereichen, die bereit waren, da auch aktiv dran teilzunehmen.

I: Das ist ja schon mal ein Stück weit positiv. Wurden denn auch Maßnahmen durchgeführt, um die Akzeptanz zu steigern bei den Mitarbeitern, oder-?

B2: Das wird immer wieder gemacht. Also, einmal so eine Aktion, dass wir durch das Haus gehen und uns vorstellen nochmal. Und sagen: „Mensch, habt ihr nicht Lust, da und da hinzukommen?“ Oder ihnen auch nochmal unsere Maßnahmen, die wir alle anbieten, halt vorstellen, weil das ist oftmals immer noch nicht im Kopf. Wir werden, also, immer im-, im AV stellen wir uns auch vor. Also, das ist-, oder stellen halt-, jetzt zum Beispiel die Arbeitssituationsanalyse in der nächsten stellen wir dort vor. Oder wir sind in unserer Mitarbeiterzeitung, dass wir da auch halt nochmal berichten, was wir so alles machen.

I: Also, Sie kommunizieren schon sehr gut mit den einzelnen Bereichen zusammen.

B2: Ja. Ja.

I: Das ist ja schon mal erfreulich. In dem Krankenhaus sind ja natürlich einzelne Hierarchieebenen vorhanden. Wie sieht das aus, auch gerade mit der ärztlichen-, mit dem

ärztlichen Bereich? Also, man liest ja natürlich einiges immer, dass gerade die Ärzte sehr schwierig-, ja.

B2: Also, grad im ärztlichen Bereich ist es ein bisschen schwieriger. Weil ich habe mal meiner ärztlichen Kollegin gesagt, dass wir-, was wir so alles anbieten. Und die hat dann gesagt: „Wir Ärzte sind doch sowieso immer gesund.“ Es ist einfach-. Ich glaube schon, dem Zeitdruck ist es schon so ein Stückchen weit geschuldet, dass sie wenig Möglichkeiten haben. Aber ich habe so das Gefühl, dass es sich so allmählich einschleicht, dass sie es doch gut finden. Und dass sie auch zu bestimmten Sachen kommen. Also mobile Massage oder auch Entspannen wird von ihnen auch mit angenommen. Es kommt so langsam. Wir müssen-, langsam mühlt das Mahlrad.

I: Ja, das ist ja wirklich in dem ärztlichen Dienst sehr schwierig.

B2: Ja.

I: Ja. Sie haben ja gesagt, dass Sie Mitarbeiterbefragungen auch durchführen. Gibt es denn nach den einzelnen Maßnahmen, wenn Sie die durchführen in der Woche, gibt es da auch ein Feedback von den Mitarbeitern? Oder läuft das alles nur über die jährliche oder zweijährliche Befragung?

B2: Also, wir fragen das jetzt nicht schriftlich ab jetzt in der Form. (I: Nein, nein, das meine ich auch nicht.) Aber es kommt sehr viel positives Feedback. Also, zu allen Maßnahmen, die wir machen. Also, wir haben dann ja auch noch die Möglichkeit, dass, wenn wir so eine psychosoziale Betreu-, Beratung brauchen oder eine Suchtberatung oder eine Schuldenberatung. Dass wir das dann zeitnah-, halt Termine dafür bekommen. Und die Kolleginnen und Kollegen zeitnah eine Beratung bekommen. Und sowas kommt supergut an. Also, da kriegen wir ganz viel Rückmeldung, wenn eine Beratung gelaufen ist. Wie gut die gelaufen ist und-. Also, das ist immer, dass wir da zeitnah auch ein Feedback kriegen.

I: Ja, das ist ja schon mal schön. Ja, welche Maßnahmen werden denn überhaupt durchgeführt bei Ihnen?

B2: Ja. Also. Das betriebliche Eingliederungsmanagement, die Kooperation mit der Diakonie. Das ist halt die Möglichkeit, dass ich, wenn ich eine Kollegin habe, die Sucht, Schulden oder ein psychosoziales Problem hat, dann kann ich bei der Diakonie anrufen.

Und die können mir zeitnah halt entsprechend einen Termin geben zu einer Beratung. Die Kollegin kommt grundsätzlich erst nochmal zu mir. Ich bespreche das Problem. Oftmals ist es dann schon, dass ich schon einfach da weiterhelfen kann. Aber wenn ich so merke, das geht über meine Kompetenzen hinaus, dann kann ich halt weiter vermitteln. Das ist schon eine ganz tolle Sache. Wir übernehmen als Haus drei Sitzungen jeweils. Also, das heißt, ich glaube, wir müssen 110 Euro pro Sitzung bezahlen und das übernimmt das Haus. Danach müssen die Kolleginnen und Kollegen sich halt darum bemühen, eine Rezeptur für eine Behandlung zu bekommen und müssen das dann privat regeln. Ja, dann haben wir halt gesundes U., das ist ein Präventionsprogramm, was wir hier vom Haus anbieten. Das sind Nichtraucherurse, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Tai Chi. Also ein riesengroßes Angebot wie so ein-, ja, ein Gesundheitsangebot der VHS. Und da bekommen alle Mitarbeiter 20% Rabatt drauf. Und können das dann noch von der Krankenkasse sich einen Teil von dem Geld, was sie halt in Vorleistung gezahlt haben müssen, wiederholen. Die Gesundheitstage. Dann haben wir ein Lunch Paket. Das ist so eine Geschichte, dass wir Vorträge anbieten in der Mittagspause. Zum Beispiel Homöopathie oder gesunde Ernährung, all sowas. Werden dann Fachvorträge in der Mittagspause gehalten. Die kollegiale Beratung. Dann haben wir im Intranet so ein Gesundheitsangebot, wo wir halt immer Tipps zum Thema Gesundheit oder mal ein gesundes Rezept, sowas, anbieten. Das ist immer nachzulesen. Ja, Rauchentwöhnung, Entspannungseinheiten, Reiki, die mobile Massage. Dann haben wir jetzt Roller für alle Stationen angeschafft. Damit die langen Wege, wir haben einen Anbau gekriegt, dadurch sind die Wege noch länger geworden. Und dann haben wir halt so Roller mit Sturzhelm, Knieschoner und Armschoner. Ist von der Berufsgenossenschaft gefordert. (I: Muss ja sein.) Es muss sein. Dann machen wir für neue Mitarbeiter immer ein Mitarbeiterfrühstück, wo die halt auch aufgeklärt werden, was alles im Haus angeboten wird. Unter anderem das BGM. Dann haben wir die Mitarbeiterzeitung Die Perspektive. Ein Fußballteam, ein Drachenbootfahren, Nordic Walking. Wir nehmen regelmäßig am AOK Firmenlauf statt. Mit dem Rad zur Arbeit ist eine Aktion. Wir haben jetzt extra noch einen Radabschließkäfig) gebaut, quasi, wo halt die Fahrräder abgeschlossen drin stehen können. Wir bieten ein E-Bike-Leasing an. Das heißt also, die Kollegen und Kolleginnen können sich halt ein E-Bike leasen, auch immer mit Partner zusammen. Also, sie haben die Möglichkeit, zwei E-Bikes zu leasen. Ist eine tolle Sache. Wird supergut angenommen.

I: Das glaube ich. Das ist ja jetzt auch sehr modern.

B2: Dann haben wir eine Kooperation mit einem Fitnessstudio in der Stadt und hier direkt am Haus. Wir bieten die gesunde Mittagspause an. Das heißt, in der Mittagspause von zehn-, von zwölf bis dreizehn Uhr können die Kolleginnen und Kollegen sich dort in dem Fitnessstudio sportlich bewegen. Und das ist kostenlos. Also, da brauchen sie gar nichts für zu bezahlen. Ja, und dann haben wir noch eine Kooperation mit T. Sports, das ist so eine bestimmte Sporteinheit, das geht mit so kleinen Stromstößen. Also, mit denen kooperieren wir auch. Also, ich denke das ist schon (I: Ein sehr breites Spektrum, das stimmt.) ein ziemlich breites Angebot. Ja.

I: Sind Sie denn dann selber immer auch mit beteiligt, zum Beispiel bei den Vorträgen oder kommen dann externe oder (B: Das ist-) kommen da Mitarbeiter aus dem ganzen Haus?

B2: Genau. Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.

I: Okay. Und auch bei den Sportangeboten vermutlich dann ja auch. Dann kommen externe Trainer, oder-. (B: Genau.) Okay. Also, werden bei Ihnen natürlich die drei Säulen des BGMs alle vollständig (B: Genau.) durchgeführt. Sie haben ja viel die Verhaltensprävention erwähnt. Ist auf der Verhältnispräventionsebene auch irgendetwas angesiedelt, so wie Risikomanagement oder sowas?

B2: Haben wir natürlich-, Arbeitssicherheitsschutz und sowas ist natürlich alles-, das gehört alles mit da rein.

I: Genau. Ja. Sind diese Maßnahmen-. Also Sie haben ja eigentlich schon gesagt, dass die Maßnahmen in den betrieblichen Ablauf mit integriert sind. Wahrscheinlich werden die Maßnahmen auch, die in die Arbeitszeit fallen, mehr angenommen als die, die außerhalb der Arbeitszeit liegen.

B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können. Also, sie können sich 20 Minuten rausziehen und das dann machen lassen. Es ist immer schwierig über den Dienst hinaus, Leute hier am Haus zu halten. (I: Ja, natürlich.) Also, das ist immer eine große Schwierigkeit.

I: Und das klappt auch so, jetzt gerade auf Station, dass die Mitarbeiter dann wirklich 20 Minuten bekommen?

B2: Das ist eine Absprache mit der Station. Und wenn die sich da absprechen-. Also auch am Mitarbeitergesundheitstag, die kommen da runter und die müssen immer halt gucken, ob das Personal ausreichend ist. Dann gehen die halt in einer Phase, wo nicht so viel zu tun ist. Aber das kriegen sie schon ganz gut hin.

I: Das ist ja hervorragend. Wahrscheinlich wird auch dann eher die Pflege betrachtet bei all den Maßnahmen oder eben auch (B: Genau. Wobei-.) wahrscheinlich die Verwaltung auch, aber-.

B2: Verwaltung ist auch mit dabei. Wie gesagt, mit den Ärzten ist es immer so eine Schwierigkeit. Wir machen das aber auch so, zum Beispiel hatten wir jetzt einen Mitarbeitertag. Haben wir extra ein Team von der mobilen Massage in den OP abgestellt, weil die-, (I: Das ist auch nett.) weil die kommen ja nicht raus. (I: Genau.) Und da gucken wir schon, ob wir irgendwie auch gute Sachen für den OP machen können. Damit die halt auch mal in die-, in den Genuss kommen, was mitzumachen. Weil die waren halt schon immer, dass die Sachen: „Boah, ihr macht das immer so, dass wir da nie dran teilnehmen können.“ Und da gucken wir schon, wie können wir uns da flexibel bewegen.

I: Haben Sie denn auch so auf den Stationen irgendwie die Ergonomie mal betrachtet? Oder also irgendwelche Umbaumaßnahmen durchgeführt?

B2: Also, das wird natürlich mit dem Arbeitssicherheitsdienst gemacht. Also, unser Mitarbeiter, der das in dem Bereich macht, der geht wirklich immer durch die Station. Ob es jetzt die Computer sind, dass die irgendwie falsch stehen oder sonst irgendwas. Also, der achtet schon sehr da drauf. Wobei wir im nächsten Jahr halt gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft zum Thema Rücken da ganz speziell nochmal drauf achten werden. Und dann auch wirklich mit der BGW über die Station gehen und gucken, was kann man da noch an Verbesserungen machen. Also im Rahmen auch von Kinästhetik und so. Das man da irgendwie was macht.

I: Ja. Zu der Information der Maßnahme haben Sie ja eben auch schon gesagt, dass es einige-, also dass Sie einfach über Station gehen und Flyer verteilen.

B2: Genau. Ja.

I: Also, die Kommunikation läuft ganz gut. Das ist sehr schön. Erhalten Sie denn Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen?

B2: Also, personell oder finanziell?

I: Sowohl als auch.

B2: Also, mein Budget ist ziemlich gering. Wobei, sobald ich merke, ich komme so an die Grenzen. Wir haben jetzt in der ASitA halt festgestellt, wir brauchen unbedingt eine Supervision in dem Bereich. Und ich bin zu meinem Chef gegangen, hab gesagt: „Wir brauchen halt eine Supervisorin. Ich habe da eine, die kostet aber schon eine ganze Ecke.“ Und dann hat er gesagt: „Wir müssen das machen. Es ist für den Bereich absolut wichtig. Weil da läuft einiges ein bisschen im Argen.“ Und da kriege ich dann halt auch entsprechend, dann wird der-, das Budget aufgestockt. Das ist überhaupt kein Problem. An personellen Hilfs-, also an Personal, ja, wie gesagt. Also, wir sind jetzt-, demnächst kommt meine Kollegin aus dem Mutterschutz wieder, dann sind wir zu viert. Ich denke, da sind wir ganz gut aufgestellt. Dadurch, dass wir auch flexibel unsere Arbeitszeiten dann halt-. Wenn wir merken, wir müssen jetzt ein bisschen mehr für das BGM machen, dass wir da einfach dann aufstocken können. Und da machen wir dann halt irgendwie das andere mal ein bisschen weniger, wie gesundes Unna. Also, da sind wir sehr flexibel gestaltet.

I: Also, Sie beschäftigen sich ja nicht ausschließlich nur mit dem BGM.

B2: Genau.

I: Also, Sie haben alle auch noch andere Tätigkeiten im Haus.

B2: Genau. Also mal, eine Kollegin ist halt zuständig rein für das BM-, BEM (I: BEM, ja.), beziehungsweise auch für das Beschwerdenmanagement noch. Meine Kollegin Frau C. macht ganz viel Entspannungseinheiten im Bereich der Neurologie. Frau B. kommt jetzt neu mit rein, da müssten wir mal gucken, wo wir-, ihr Schwerpunkt liegt. Mein Schwerpunkt liegt schon im BGM, dass ich das koordiniere. Und dann halt auch dieses gesunde U., das kleine Volkshochschulprogramm des Krankenhauses.

I: Okay. Gibt es denn von Ihrer Seite aus Optimierungsmöglichkeiten? Dass Sie sagen, da könnte man nochmal ein bisschen mehr machen. Oder was noch so wünschenswert wäre.

B2: Ich glaube, also wünschenswert wäre, wenn die-. Also wo wir immer noch einen Schwierigkeitspunkt haben, ist, ja, dass wir die Führungsebene richtig mit reinkriegen. Also, das ist noch immer so großer Knackpunkt. Weil an die Führungsebene, die sind, glaube ich, so voll mit allem ... dass man die ganz schwer dazu kriegt. Wobei, im Lenkungskreis sitzt ja der Geschäftsführer und auch die Pflegedienstleitung. Also, die sind schon involviert. Aber ich würde zum Beispiel auch gerne mehr in den ärztlichen Bereich, gerade so die Chefärzte, dass ich die mehr mit reinkriegen will. Da bin ich im Moment noch dran zu gucken, wie komme ich-, wie komme ich an diesen Personalbereich ran.

I: Wird es denn eher von denen belächelt, die Maßnahmen oder sagen die: „Ja, das ist notwendig, das verstehen wir auch. Aber für uns ist das nicht so relevant.“

B2: Ich würde gar nicht mal sagen, dass sie sagen: „Das ist nicht für uns relevant.“ Sondern, Sie haben einfach die Kapazitäten nicht dafür. Wobei, also sie sehen das schon als wichtigen Part des Krankenhauses, dass wir das jetzt so aufgebaut haben und dass es das gibt. Aber, ich glaube, aufgrund ihrer Zeitressourcen haben sie die Möglichkeit nicht, da dran teilzunehmen.

I: Also, es ist schon so, dass Sie das wollen würden?

B2: Das-, da bin ich ganz sicher, ja.

I: Das wäre schon mal schön. Ja. Dann würde ich-. Also die finanziellen Möglichkeiten sind natürlich auch wahrscheinlich immer gering. (B: Die sind, ja-.) Das ist ja logisch. Aber wenn Sie sagen, dass Sie dann hingehen können und (B: Nachbessern.) sagen können: „Ich bräuchte da doch noch mal ein bisschen mehr Budget.“ Ja, dann ist das ja schon mal der erste Schritt. Sehr schön. Ja, dann danke ich Ihnen.

B2: Bitteschön.

Anhang D: Interview 3

I: Ja, in Ihrer Klinik ist ja bereits das betriebliche Gesundheitsmanagement implementiert. Wie verlief denn so die Implementierung in den einzelnen Schritten?

B3: Die Implementierung verlief schrittweise auch schon vor meiner Zeit. Begonnen hat die Implementierung mit einem Gesundheitstag, der hier stattgefunden hat. Und über diese Gesundheitstage, das wurde dann immer mehr ausgeweitet, bis letzten Endes eine Fachkraft eingestellt worden ist mit einer halben Stelle, die halt hier das betriebliche Gesundheitsmanagement konzeptionell ausarbeitet und halt eben auch Angebote unterbreitet.

I: Okay. Ja schrittweise wurde das durchgeführt, haben Sie gesagt. Welche einzelnen Schritte sind so durchgeführt worden? Also Sie waren nicht die Fachkraft, die es quasi implementiert hat?

B3: Ja ein, ich habe es auch teilweise implementiert. Also brauchen Sie die Schritte mit Jahreszahlen? (I: Nein, nein.) Also okay. (I: Einfach nur so grob den Ablauf.) Also das erste waren wirklich schon vor zehn Jahren Gesundheitstage. Das wurde damals noch von der Personalabteilung durchgeführt. Und sind ja mehr so eine BGF-Maßnahme. Und dann war da, weiß ich jetzt nicht genau, dann wurde eine Pflegekraft- U. an der Stelle kannst du vielleicht weiterhelfen. Wie wurde die Frau, meine Vorgängerin im BGM? Die war doch hier in der Pflege tätig und die hat dann die besondere Aufgabe bekommen Gesundheitsmanagement zu machen, oder?

B4: Ich denke ja.

B3: Genau. Aber was genau die gemacht hat (B4: Das kann ich Dir auch-.) Also die hat auf jeden Fall das erste Konzept dann auch geschrieben, was dann vom Klinikvorstand abgesegnet worden ist. Und hat erste Maßnahmen wie Massagen am Arbeitsplatz und Infotage zu bestimmten Gesundheitsthemen installiert. Die war relativ kurz dann im Amt. Dann habe ich das übernommen. Sie war praktisch keine gelernte Fachkraft. Ich bin gelernte Fachkraft (I: Ja.) also ich habe einen Abschluss in Public Health auch. Und ich habe das ganze dann nochmal ein bisschen weiter fortgesetzt. Und zwar einmal das BGM überhaupt in die- Wie heißt das? Satzung, nicht Satzung. Ins Leitbild integriert worden ist. Also das war ein Schritt. Und halt eben die konzeptionelle Ausweitung des ganzen

Projektes. Also dass es nicht gut geht BGF-Maßnahmen zu machen, sondern tatsächlich halt eben ein ganzheitliches BGM angeboten wird.

I: Also sprich mit dem Arbeitsschutz natürlich sowieso. Was ja- Genau. (B3: Genau.) Und mit dem BEM wahrscheinlich, mit dem betrieblichen ...

B3: Genau, ich bin auch zuständig für die Sekundär- und Tertiärpräventionen. Also im Rahmen des BEM. Kollege für die Arbeitssicherheit, wir haben noch einen betriebsärztlichen Dienst, also da ist eine ganz enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement. Mit dem Klinikvorstand, also viel Netzwerkarbeit. Und das geht halt zum einen auch über eine Datenanalyse, das Ganze. Also fundiert, was wir machen. Und wird auch alles evaluiert. Also das verstehe ich unter ganzheitlich.

I: Genau, das wäre auch so meine Frage, ob Sie da vorweg irgendwie Mitarbeiterbefragungen durchgeführt haben. Ob überhaupt das BGM gewollt ist? Oder ob das notwendig ist? Oder?

B3: Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird. Und aber mittlerweile- Also ich habe dann schon- Versuche auch schon halt eben bisschen Bottomup abzuarbeiten, also auch mit die Belegschaft zu befragen. Also die Instrumente mit denen wir hier die Analyse machen, sind halt eben einmal die AU-Daten, wenn sie halt bekannt sind (I: Ja, genau.). Zum anderen habe ich eingeführt, dass alle drei Jahre eine Befragung mittels Copcoq gemacht wird. Kennen Sie das? (I: Nee.) Das ist ein evaluiertes Instrument (I: Ja.) zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. (I: Okay.). Was halt sehr umfangreich erhoben wird, wo wir dann auch Auswertungen machen können nach Kliniken, nach Berufsgruppen und so weiter. Um dann zu gucken: Okay, was sind die Belastungen? Und was sind die Ressourcen, die zur Verfügung stehen? Und wo müssen wir praktisch noch was nachkippen? (I: Okay.) Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen. Halt eben erheben: Okay, was können wir tun, um den Arbeitsplatz zu verbessern? Also ich verstehe unter dem Gesundheitsmanagement diese Einheit von diesen TopDown-Maßnahmen einerseits und BottomUp-Maßnahmen andererseits. Dann halt eben auch die Einheit, also dass nicht nur Verhaltensmaßnahmen, sondern auch Verhältnisprävention erfolgt (I: Ja.) Das ist ganz wichtig. Eine haben Sie vielleicht gesehen. Zum Beispiel, dass am Fahrstuhl ein Schild hängt: Treppe laufen. (I: Das habe ich schon gesehen, ja) Also das

sind so gut evaluierte Maßnahmen, die sehr erfolgreich sind. Und die aber auch nicht so ohne weiteres im Haus- Das gab schon Proteste auch. Manche fanden das doof. Und sagten, das wäre sogar schädlich für die Patienten mit Magersucht. Die dürfen kein Treppelaufen. Das wäre herzscheidlich. Und die sehen das dann und die laufen dann die Treppe. Also es ist- (I: Es gibt zwei Seiten) Gegen jede Maßnahme gibt es auch immer Widerstände. Dann, das weiß ich gar nicht mehr, was ich noch sagen wollte. Ja vielleicht fragen Sie einfach mal weiter, was Sie da noch ...

I: Welche Erfahrungen haben Sie dann so bisher mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement gemacht?

B3: Es brauch lange Zeit bis Maßnahmen angenommen werden. (I: Ja.) Also Anfangs ist die Skepsis sehr sehr groß, dass es doch nur Instrumente seien, um Mitarbeiter auszuhorchen durch die Fragebögen. Oder so ein kleines Trostpflaster zu geben und damit sollen dann alle Sorgen und Probleme geklärt sein. Also je länger eine bestimmte Maßnahme wie zum Beispiel, ich nenne jetzt mal die Massagen, desto mehr wird das angenommen und desto mehr wird das auch wertgeschätzt. Dann ist es bei uns zum Beispiel so, dass sämtliche Maßnahmen des BGM während der Arbeitszeit gemacht werden dürfen, das heißt, die Mitarbeiter dürfen Yoga-Kurse besuchen. Die dürfen zur Massage gehen und so weiter. Und es ist alles Arbeitszeit. Das führt natürlich von Seiten der Führungskräfte- oder war es ein großer Kampf das überhaupt so einzuführen, weil die sagten, die Mitarbeiter, die so viel Zeit haben, das zu machen und- (I: Ja) Also das wurde dann gleichzeitig- Wir sind immer noch dabei so einen Paradigmenwechsel herzuleiten. Genauso wie beim BEM auch. Das BEM war vorher mehr so ein Tribunal, wo Mitarbeitenden, die sowieso schon schwer krank waren, dann auch noch plötzlich in einem Kreis von zehn Leuten angefeindet worden sind, warum sie denn gefälligst so lange krank sind und sie sollen das gefälligst mal sagen und erklären. Bis hin, jetzt ist das BEM) hier ist der Betroffene selbst souverän des Verfahrens. Und es gilt ein sehr hoher Datenschutz. Und sehr hohe vertrauensvolle Zusammenarbeit. Aber auch das ist noch nicht angekommen. Also das dauert. Es wird noch Jahre dauern, bis bei allen Mitarbeiten angekommen ist, BEM, das ist jetzt kein Straftribunal mehr. Da stehe ich nicht vor Gericht, sondern es ist eine Chance für mich da Maßnahmen durch den Arbeitgeber zu bekommen, damit es mir besser geht. Und ich nicht noch mal krank werde.

I: Ja. Sie haben ja eben gesagt, dass die Akzeptanz gegenüber dem betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht so hoch war. Haben Sie denn irgendwelche Maßnahmen ergriffen, um diese Akzeptanz zu steigern bei den Mitarbeitern?

B3: Was wir zum Beispiel gemacht haben, ist, dass wir erfolgreiche Geschichten aus dem BGM in, wir haben so ein Medium, so eine Art Zeitung des Klinikvorstands, wo eine, zum Beispiel durch Kombination verschiedener Maßnahmen ihre schweren Rückenschmerzen losgeworden ist oder so. Also so Erfolgsgeschichten praktisch präsentieren. Ansonsten vertraue ich auf Mund zu Mund Propaganda. Das funktioniert am besten.

I: Das funktioniert hier gut?

B3: Genau. Dann laufen halt die Maßnahmen erstmal mit wenigen Teilnehmern. Beim nächsten Mal weiß ich, dass die wiederum auf ihrer Station weitererzählen: „Das war super“.

I: Gibt es denn auch irgendwie Intranet oder so, wo diese Maßnahmen aufgeführt sind? Oder (B3: Ja.) eine Broschüre oder irgendwas.

B3: Ja. Ja, eine Broschüre nicht, aber wir haben Nexuskurator (I: Ja.) als Informationssystem. (I: Ja, okay.) Da sind die Sachen aufgeführt. Oder per Email an bestimmte Berufsgruppen, wenn es halt eben berufs- oder hausspezifisch ist.

I: Also gibt es auch bei Ihnen berufsgruppenspezifische Unterschiede um die verschiedenen Berufsgruppen anzusprechen? Oder ist das grundsätzlich alle können mitmachen und-

B3: Unterschiedlich. Je nach dem um was es genau geht. (I: Ja.) Also es gibt alters- oder geschlechtsspezifische Sachen, wie Brustab tastseminar oder so. Ist natürlich eher nicht für Männer. Oder Wechseljahre-Thema haben wir im nächsten Jahr. Das ist natürlich (I: Okay.) rein für Frauen. Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.

I: Okay. Und gibt es auch Berufsgruppenspezifische Unterschiede in der Akzeptanz? Also machen alle mit? Oder gibt es schon Berufsgruppen, wo man sagt: „Die sehen das nicht so ein“?

B3: Also da muss man jetzt unterscheiden. Also das sind natürlich so die Pflege hat eine hohe Akzeptanz. Aber problematisch ist natürlich der 24 Stunden Betrieb. Das ist richtig schwierig mit hohen Ausfallzeiten, wo man halt eben kurzfristig dann mal einspringen muss. Und halt eben die gewünschte Maßnahme dann doch nicht wahrnehmen kann. Vor allen Dingen sind es viele fortlaufende Kurse, die halt immer an einem Wochentag zu einer bestimmten Zeit sind. Ist ja für mich auch nicht anders manageable. Und für ist es aber schwierig, dann wiederum so einen Kurs zu besuchen, weil sie dann praktisch nur jedes zweite oder dritte Mal kommen können. Also das ist eher schwierig. Also da sind die strukturellen Maßnahmen da besser, wie Rabatte bei Gesundheitsanbietern- Privat, also das-

I: Klar, das reizt auch.

B3: Genau.

I: Welche Maßnahmen werden denn generell bei Ihnen durchgeführt? Wahrscheinlich können Sie mir gar nicht alle aufführen.

B3: Ja. Wir haben Fortbildungen zu Themen wie Achtsamkeit, Stressmanagement, gesundem Führen, zu traditioneller chinesischer Medizin, zu- Eigentlich die breite Palette – Wechseljahren- Ich habe, glaube ich irgendwo-

I: Also unterschiedliche Fortbildungen. Dann wahrscheinlich auch Sportangebote? Haben Sie die auch?

B3: So dann haben wir Gesund- Ja, also das ist einmal die- Das Programm vom nächsten Jahr. Dann die Gesundheitswerkstätten oder -zirkel, die halt in verschiedenen Kliniken- Das ist natürlich immer haus- oder berufsgruppenbezogen. Dann Gesundheitskurse: Chi Gong, Functional Training, Yoga, Pilates, Faszien-Training, autogenes Training, Intervalltraining, dann mobile Massagen am Arbeitsplatz, Klangschalenmassagen. Dann haben wir verschiedene Projektgruppen zum Beispiel zum BEM jetzt im Moment. Oder dann keine Gesundheitstage mehr, weil der Aufwand nicht im Verhältnis steht zu dem, was ist. Dafür gibt es jetzt neu Gesundheitsforen, so kleine mini Gesundheitstage zu einem konkreten Thema, zum Beispiel Krebserkrankungen oder was auch immer. Dann ein Screening-Aktion pro Jahr, also da hatten wir zum Beispiel Stresstests, Back-Check, Herzcheck, weiß ich nicht, was noch alles. Darmkrebs, also immer so ein Screening-

Geschichte. Dann machen wir mit bei so Sachen wie mit dem Rad zur Arbeit, so ein Firmenlauf, so verschiedene Events dann auch. Ja. Genau, das wäre das so im groben.

I: Sind diese Maßnahmen, die Sie jetzt gesagt haben, wechseln die immer ab? Oder die sind dann wahrscheinlich ganzjährig immer, durchgängig oder gibt es immer so verschiedene?

B3: Die erfolgreichen Sachen laufen weiter. Die nicht erfolgreichen werden abgesetzt. Also.

I: Okay. Bekommen Sie irgendwie Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen? Also stellen Sie so den Ablauf her? Also überlegen Sie sich, welche Maßnahmen könnte man machen? Und (B1: Ja.) dann versuchen Sie wahrscheinlich auch (B1: Ja.) Personen zu gewinnen, die dann diese Maßnahmen durchsetzen mit dem-

B3: Durchsetzen? Wie durchsetzen? Das mache ich alles alleine.

I: Ach so. Okay.

B3: Also ich kaufe natürlich die Referenten oder (I: Ja, das meinte ich ja) die das machen. Die kaufe ich ein. (I: Ja. Das meinte ich jetzt.) Genau. Also das mache ich schon. Aber ansonsten mache ich das im Grunde alleine. Es sei denn, der Klinikvorstand hat dann noch eine Idee oder ich kriege natürlich auch Ideen und Inputs von den Mitarbeitenden, die sagen: „Das wäre mal toll, wenn wir mal sowas mal anbieten“, das nehme ich dann auch dankbar auf. (I: Okay.) Ich bin ja auch keine Ideen-Fabrik.

I: Ja. Sehen Sie denn noch irgendwelche Optimierungsmöglichkeiten in Bezug auf das Betriebsgesundheitsmanagement?

B3: Ja, definitiv.

I: Wollen Sie mir ein paar nennen?

B3: Ja wie gesagt, ich habe jetzt gesagt, wir sind noch in diesem Paradigmenwechsel drin. Also dieses Umdenken, denke ich mal, wird noch jahrelang brauchen. Optimal wäre halt wirklich noch mehr ressourcenorientiert und nicht halt eben defizitorientiert zu arbeiten. Wobei wir da schon viel ressourcenorientiert arbeiten. Wir machen nicht Stressmanagement, sondern wir machen- Also machen wir auch, aber mehr Achtsamkeit und mehr auf die Ressourcen aufbauend gehen. (I: Okay.) Und schön wäre, wenn es bei

den Führungskräften auch noch auf allen Ebenen dann gleich (I: Ankommen würde.) ankommen würde. Ja.

I: Genau. Bekommen Sie ein bestimmtes Budget für die Maßnahmen oder ...

B3: Ja, also ich reiche praktisch die Maßnahmen ein und bekomme dann entsprechendes Budget, (I: Okay.) was ich vorher ausarbeite, das und das hätte ich gerne und dann kriegt mich das meistens auch.

I: Aber das ist auch kein Problem?

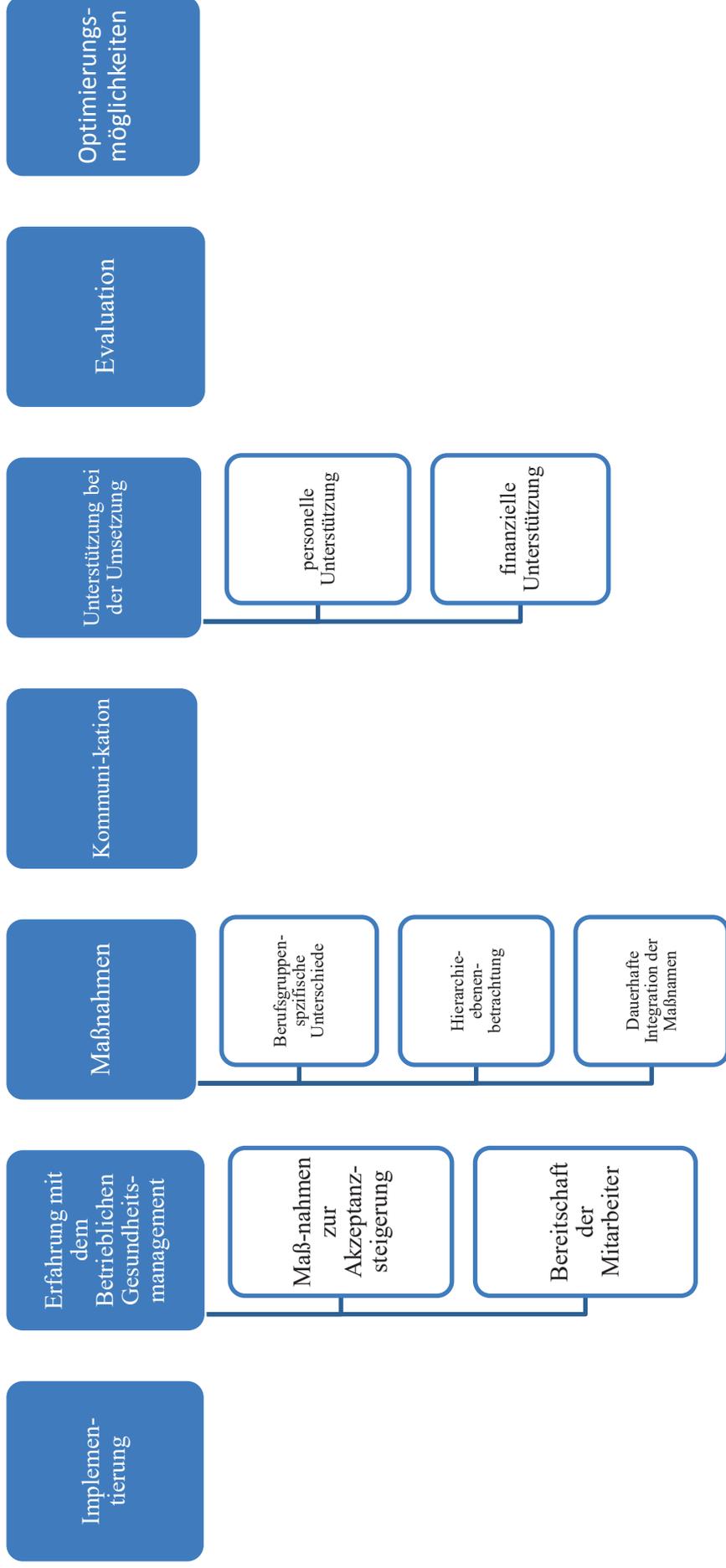
B3: Nein.

I: Das ist ja wunderbar. Ja. Ich glaube, das waren schon die ganzen Fragen. Sie konnten mir sehr weiterhelfen.

B3: Gut.

I: Dann danke schön.

Anhang E: Kategoriensystem der Extraktionstabelle



Eigene Darstellung

Anhang F: Extraktionstabelle

Kategorie	Textstellen
<p>1. Implementierung</p>	<p>B1: Ich würde sagen, dass der erste Schritt vorab schon mal ist, dass erkannt wird dass es hier notwendig ist. Und das hier mit der Ressource, also mit mir, das überhaupt eine Stelle geschaffen wurde. Und, ich sage mal, auch fachlich jemand eingestellt ist der sich nur für Betriebliches Gesundheitsmanagement einsetzt. Und weitere Schritte, die zumindest ich jetzt gerade versuche anzugehen, ist im Grunde die Personen an einen Tisch zu kriegen die so Schnittpunkte haben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Und so gerade einen Steuerkreis gegründet habe mit den üblichen Akteuren wie Betriebsarzt, Personalrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte und so weiter.</p> <p>B1: Ja, Befragung im Grunde ist halt die Gefährdungsbeurteilung die gelaufen ist. Und ansonsten sind, soweit ich weiß, jetzt bin ich ja noch nicht so lange da, schon aber auch Befragungen zum Teil gelaufen.</p> <p>B2: Ja, der Stiftungsvorstand hatte vor sechs Jahren gebeten, halt mich der-, des Themas BGM anzunehmen. Und dementsprechend habe ich dann gemeinsam mit meinen Kolleginnen überlegt, wie man das implementieren kann. Und dann sind wir gestartet. In Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau B., die das betriebliche Eingliederungsmanagement macht. Mit Frau B., die hier im Hause auch tätig ist. Und jetzt neu mit Frau C. machen wir das halt im Moment und haben das halt entsprechend aufgebaut.</p> <p>B2: Nein, wir haben alle Teilzeitstellen und insgesamt sind es 40 Stunden, die wir für das BGM zuständig sind.</p> <p>B2: Im ersten Schritt habe ich durch die Berufsgenossenschaft eine Fortbildung gemacht zum Thema BGM. Und habe mich da an den Leitfäden so ein bisschen entlang gehandelt. Wir haben einen Lenkungsreis gegründet. In dem ist der Betriebsarzt, der Arbeitssicherheitsschutz, die Beauftragte für das betriebliche</p>

	<p>Eingliederungsmanagement, Frau B.. Der Geschäftsführer, der-, die MAV, die Seelsorge und, ja, ich halt. Und die Öffentlichkeitsarbeit noch.</p> <p>B2: Also, ich hatte einen sehr rührigen Chef, unseren Geschäftsführer. Also nicht der oberste, sondern der dann da drunter kam. Und der hat sich einfach überlegt, das wäre doch eine gute Aufgabe für Frau K. und dann habe ich das übernommen. (I: Ach so. Okay.) Und wir haben dann im Nachhinein, also so als eine meine ersten Tätigkeiten halt, eine Mitarbeiterbefragung hier im Haus durchgeführt.</p>
	<p>B3: Die Implementierung verlief Schrittweise auch schon vor meiner Zeit. Begonnen hat die Implementierung mit einem Gesundheitstag, der hier stattgefunden hat. Und über diese Gesundheitstage, das wurde dann immer mehr ausgeweitet, bis letzten Endes eine Fachkraft eingestellt worden ist mit einer halben Stelle, die halt hier das betriebliche Gesundheitsmanagement konzeptionell ausarbeitet und halt eben auch Angebote unterbreitet.</p> <p>B3: Ja ein, ich habe es auch teilweise implementiert. Also brauchen Sie die Schritte mit Jahreszahlen? (I: Nein, nein.) Also okay. (I: Einfach nur so grob den Ablauf.) Also das erste waren wirklich schon vor zehn Jahren Gesundheitstage. Das wurde damals noch von der Personalabteilung durchgeführt. Und sind ja mehr so eine BGF-Maßnahme. Und dann war da, weiß ich jetzt nicht genau, dann wurde eine Pflegekraft- U. an der Stelle kannst du vielleicht weiterhelfen. Wie wurde die Frau, meine Vorgängerin im BGM? Die war doch hier in der Pflege tätig und die hat dann die besondere Aufgabe bekommen Gesundheitsmanagement zu machen, oder?</p> <p>B4: Ich denke ja.</p> <p>B3: Genau. Aber was genau die gemacht hat (B4: Das kann ich Dir auch-) Also die hat auf jeden Fall das erste Konzept dann auch geschrieben, was dann vom Klinikvorstand abgesegnet worden ist. Und hat erste Maßnahmen wie Massagen am Arbeitsplatz und Infotage zu bestimmten Gesundheitsthemen installiert. Die war</p>

	<p>relativ kurz dann im Amt. Dann habe ich das übernommen. Sie war praktisch keine gelernte Fachkraft. Ich bin gelernte Fachkraft (I: Ja.) also ich habe einen Abschluss in Public Health auch. Und ich habe das ganze dann nochmal ein bisschen weiter fortgesetzt. Und zwar einmal das BGM überhaupt in die- Wie heißt das? Satzung, nicht Satzung. Ins Leitbild integriert worden ist. Also das war ein Schritt. Und halt eben die konzeptionelle Ausweitung des ganzen Projektes. Also dass es nicht gut geht BGF-Maßnahmen zu machen, sondern tatsächlich halt eben ein ganzheitliches BGM angeboten wird.</p> <p>B3: Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird.</p>
<p>2. Erfahrung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement</p>	<p>B2: Sehr gut. Was ich sagen muss, die erste Mitarbeiterbefragung ist nicht so gut angenommen worden. Da hatten wir 28% der Mitarbeiter, die eine Befragung-, an der Befragung teilgenommen haben. Das ist sehr gering. Bei der Nachbefragung, also zwei Jahre später, waren es dann immerhin schon 37%. Es ist immer noch so, dass nicht in allen Köpfen ist, dass wir ein BGM hier haben. Also da müssen wir immer wieder nachfor-, nachlegen.</p>
	<p>B3: Es brauch lange Zeit bis Maßnahmen angenommen werden. (I: Ja.) Also Anfangs ist die Skepsis sehr sehr groß, dass es doch nur Instrumente seien, um Mitarbeiter auszuhorchen durch die Fragebögen. Oder so ein kleines Trostpflaster zu geben und damit sollen dann alle Sorgen und Probleme geklärt sein. Also je länger eine bestimmte Maßnahme wie zum Beispiel, ich nenne jetzt mal die Massagen, desto mehr wird das angenommen und desto mehr wird das auch wertgeschätzt.</p>
<p>2.1 Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung</p>	<p>B2: Wir gehen immer mal über die Stationen, stellen uns nochmal vor, stellen unser Programm vor, erzählen nochmal, verteilen unsere Flyer. Also, es ist nicht einfach. Wir müssen uns immer wieder ins Gedächtnis rufen. Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.</p> <p>B2: Das wird immer wieder gemacht. Also, einmal so eine Aktion, dass wir durch das Haus gehen und uns vorstellen nochmal. Und sagen: „Mensch, habt ihr nicht Lust, da und da hinzukommen?“</p>

	<p>Oder ihnen auch nochmal unsere Maßnahmen, die wir alle anbieten, halt vorstellen, weil das ist oftmals immer noch nicht im Kopf. Wir werden, also, immer im-, im AV stellen wir uns auch vor. Also, das ist-, oder stellen halt-, jetzt zum Beispiel die Arbeitssituationsanalyse in der nächsten stellen wir dort vor. Oder wir sind in unserer Mitarbeiterzeitung, dass wir da auch halt nochmal berichten, was wir so alles machen.</p> <p>B3: Und es gilt ein sehr hoher Datenschutz. Und sehr hohe vertrauensvolle Zusammenarbeit.</p> <p>B3: Was wir zum Beispiel gemacht haben, ist, dass wir erfolgreiche Geschichten aus dem BGM in, wir haben so ein Medium, so eine Art Zeitung des Klinikvorstands, wo eine, zum Beispiel durch Kombination verschiedener Maßnahmen ihre schweren Rückenschmerzen losgeworden ist oder so. Also so Erfolgsgeschichten praktisch präsentieren. Ansonsten vertraue ich auf Mund zu Mund Propaganda. Das funktioniert am besten.</p>
<p>2.2 Bereitschaft der Mitarbeiter</p>	<p>B2: Wie gesagt. Ich hatte das ja gerade bei dem Fragebogen gesagt. Grundsätzlich an so kleinen Aktionen, wie Entspannung oder sowas. Also, wir bieten einmal wöchentlich eine Entspannungseinheit an für Mitarbeiter. Die ist dann so gelegt, dass entweder Früh- oder Spätschicht, dass-, auf jeden Fall daran teilnehmen können. Und das sind immer so zehn bis fünfzehn Mitarbeiter. Auch unterschiedliche Mitarbeiter, die da hinkommen. Oder unsere mobile Massage. Sowas wird gerne und gut angenommen.</p> <p>B2: Ja. Die Befragung war halt nicht ganz so gut. Wobei, bei der ASitA ist es jetzt so, also bei der Arbeitssituationsanalyse, dass die halt sehr gerne angenommen wurde.</p> <p>I: Genau. Ja. Sind diese Maßnahmen-. Also Sie haben ja eigentlich schon gesagt, dass die Maßnahmen in den betrieblichen Ablauf mit integriert sind. Wahrscheinlich werden die Maßnahmen auch, die in die Arbeitszeit fallen, mehr angenommen als die, die außerhalb der Arbeitszeit liegen.</p> <p>B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile</p>

	<p>Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können. Also, sie können sich 20 Minuten rausziehen und das dann machen lassen. Es ist immer schwierig über den Dienst hinaus, Leute hier am Haus zu halten. (I: Ja, natürlich.) Also, das ist immer eine große Schwierigkeit.</p>
	<p>B3: Das führt natürlich von Seiten der Führungskräfte- oder war es ein großer Kampf das überhaupt so einzuführen, weil die sagten, die Mitarbeiter, die so viel Zeit haben, das zu machen und- (I: Ja) Also das wurde dann gleichzeitig- Wir sind immer noch dabei so einen Paradigmenwechsel herzuleiten. Genauso wie beim BEM auch. Das BEM war vorher mehr so ein Tribunal, wo Mitarbeitenden, die sowieso schon schwer krank waren, dann auch noch plötzlich in einem Kreis von zehn Leuten angefeindet worden sind, warum sie denn gefälligst so lange krank sind und sie sollen das gefälligst mal sagen und erklären. Bis hin, jetzt ist das BEM) hier ist der Betroffene selbst souverän des Verfahrens. Und es gilt ein sehr hoher Datenschutz. Und sehr hohe vertrauensvolle Zusammenarbeit. Aber auch das ist noch nicht angekommen. Also das dauert. Es wird noch Jahre dauern, bis bei allen Mitarbeitern angekommen ist, BEM, das ist jetzt kein Straftribunal mehr. Da stehe ich nicht vor Gericht, sondern es ist eine Chance für mich da Maßnahmen durch den Arbeitgeber zu bekommen, damit es mir besser geht. Und ich nicht noch mal krank werde.</p> <p>B3: Also da muss man jetzt unterscheiden. Also das sind natürlich so die Pflege hat eine hohe Akzeptanz. Aber problematisch ist natürlich der 24 Stunden Betrieb. Das ist richtig schwierig mit hohen Ausfallzeiten, wo man halt eben kurzfristig dann mal einspringen muss. Und halt eben die gewünschte Maßnahme dann doch nicht wahrnehmen kann. Vor allen Dingen sind es viele fortlaufende Kurse, die halt immer an einem Wochentag zu einer bestimmten Zeit sind. Ist ja für mich auch nicht anders manageable. Und für ist es aber schwierig, dann wiederum so einen Kurz zu besuchen, weil sie dann praktisch nur jedes zweite oder dritte Mal kommen können. Also das ist eher schwierig. Also da sind die strukturellen Maßnahmen da besser, wie Rabatte bei Gesundheitsanbietern- Privat, also das-</p>

3. Maßnahmen	<p>B1: Also was an Maßnahmen läuft ist, das wir eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen auch durchgeführt haben. Die wird gerade ausgewertet und in den einzelnen Untersuchungsgruppen auch diskutiert. Und daraufhin sollen dann halt auch Maßnahmen eingeleitet werden. Und andere Maßnahmen, die jetzt-, oder die ich versuche durchzuführen, ist einmal das es einen Betriebs-, also einen Betriebssport gibt es schon. Aber das es eine Firmenfitness geben soll, für alle Mitarbeiter. Und ein anderer Schritt, der glaube ich auch schon absegnet ist von der Betriebsleitung, ist so eine externe psychosoziale Telefonberatung für die Mitarbeiter.</p> <p>I: Okay. Es gibt ja unterschiedliche Säulen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Betriebsarzt ist hier natürlich auch vorhanden. (B1: Ja.). Gehe ich mal von aus. Das betriebliche Eingliederungsmanagement? Ist das auch vorhanden? (B1: Ja.). Also es fehlt quasi hier jetzt nur noch die betriebliche Gesundheitsförderung. Die noch nicht so durchgeführt wird.</p>
	<p>B2: Also, es gibt manchmal Situationen, wo wir uns öfter treffen. Wir haben grade eine ASitA, also eine Arbeitssituationsanalyse, erstellt. Und dementsprechend treffen wir uns dann öfter. Manchmal auch in einem kleineren Kreis, wo dann nur die Pflegedienstleitung, meine Kollegin Frau B., die das BEM macht, und ich zusammen sind. Und wir machen das im Moment mit der AOK zusammen. Und da sind wir dann halt im kleineren Kreis, wo wir dann Vorbesprechungen machen. Und das dann nochmal im großen Lenkungskreis dann vorstellen.</p> <p>B2:Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.</p> <p>B2: Wir haben es in den letzten Jahren sehr gleich gehalten. Also, gesunde Ernährung, wir bieten eine mobile Massage an, ein fünf Minuten-Make-up, einen Bodycheck. Also, es ist so rundum zum Thema Gesundheit. Wir haben jetzt überlegt, meine Kollegin und ich haben gerade letztes Wochenende eine Fortbildung von der Berufsgenossenschaft gemacht zum Thema nochmal BGM auch.</p>

Und da haben wir uns überlegt, dass wir das nächste Jahr, das nur speziell auf den Rücken fokussieren, weil das ist halt-. (I: Das Thema.) Krankenhaus ist das das Thema. Deswegen werden wir dann nur fokussiert auf den Rücken arbeiten.

B2: Da gehen wir aber dann auch wirklich oft in die Bereiche. Also, wir haben jetzt den Einerbereich und den Zweierbereich als Situation analysiert. Und das wurde unheimlich gut angenommen. Also, da waren wirklich alle Mitarbeiter in den Bereichen, die bereit waren, da auch aktiv dran teilzunehmen.

B2: Ja. Also. Das betriebliche Eingliederungsmanagement, die Kooperation mit der Diakonie. Das ist halt die Möglichkeit, dass ich, wenn ich eine Kollegin habe, die Sucht, Schulden oder ein psychosoziales Problem hat, dann kann ich bei der Diakonie anrufen. Und die können mir zeitnah halt entsprechend einen Termin geben zu einer Beratung. Die Kollegin kommt grundsätzlich erst nochmal zu mir. Ich bespreche das Problem. Oftmals ist es dann schon, dass ich schon einfach da weiterhelfen kann. Aber wenn ich so merke, das geht über meine Kompetenzen hinaus, dann kann ich halt weiter vermitteln. Das ist schon eine ganz tolle Sache. Wir übernehmen als Haus drei Sitzungen jeweils. Also, das heißt, ich glaube, wir müssen 110 Euro pro Sitzung bezahlen und das übernimmt das Haus. Danach müssen die Kolleginnen und Kollegen sich halt darum bemühen, eine Rezeptur für eine Behandlung zu bekommen und müssen das dann privat regeln. Ja, dann haben wir halt gesundes U., das ist ein Präventionsprogramm, was wir hier vom Haus anbieten. Das sind Nichtraucherurse, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Tai Chi. Also ein riesengroßes Angebot wie so ein-, ja, ein Gesundheitsangebot der VHS. Und da bekommen alle Mitarbeiter 20% Rabatt drauf. Und können das dann noch von der Krankenkasse sich einen Teil von dem Geld, was sie halt in Vorleistung gezahlt haben müssen, wiederholen. Die Gesundheitstage. Dann haben wir ein Lunch Paket. Das ist so eine Geschichte, dass wir Vorträge anbieten in der Mittagspause. Zum Beispiel Homöopathie oder gesunde Ernährung, all sowas. Werden

dann Fachvorträge in der Mittagspause gehalten. Die kollegiale Beratung. Dann haben wir im Intranet so ein Gesundheitsangebot, wo wir halt immer Tipps zum Thema Gesundheit oder mal ein gesundes Rezept, sowas, anbieten. Das ist immer nachzulesen. Ja, Rauchentwöhnung, Entspannungseinheiten, Reiki, die mobile Massage. Dann haben wir jetzt Roller für alle Stationen angeschafft. Damit die langen Wege, wir haben einen Anbau gekriegt, dadurch sind die Wege noch länger geworden. Und dann haben wir halt so Roller mit Sturzhelm, Knieschoner und Armschoner. Ist von der Berufsgenossenschaft gefordert. (I: Muss ja sein.) Es muss sein. Dann machen wir für neue Mitarbeiter immer ein Mitarbeiterfrühstück, wo die halt auch aufgeklärt werden, was alles im Haus angeboten wird. Unter anderem das BGM. Dann haben wir die Mitarbeiterzeitung Die Perspektive. Ein Fußballteam, ein Drachenbootfahren, Nordic Walking. Wir nehmen regelmäßig am AOK Firmenlauf statt. Mit dem Rad zur Arbeit ist eine Aktion. Wir haben jetzt extra noch einen Radabschließkäfig) gebaut, quasi, wo halt die Fahrräder abgeschlossen drin stehen können. Wir bieten ein E-Bike-Leasing an. Das heißt also, die Kollegen und Kolleginnen können sich halt ein E-Bike leasen, auch immer mit Partner zusammen. Also, sie haben die Möglichkeit, zwei E-Bikes zu leasen. Ist eine tolle Sache. Wird supergut angenommen.

B2: Dann haben wir eine Kooperation mit einem Fitnessstudio in der Stadt und hier direkt am Haus. Wir bieten die gesunde Mittagspause an. Das heißt, in der Mittagspause von zehn-, von zwölf bis dreizehn Uhr können die Kolleginnen und Kollegen sich dort in dem Fitnessstudio sportlich bewegen. Und das ist kostenlos. Also, da brauchen sie gar nichts für zu bezahlen. Ja, und dann haben wir noch eine Kooperation mit T. Sports, das ist so eine bestimmte Sporteinheit, das geht mit so kleinen Stromstößen. Also, mit denen kooperieren wir auch. Also, ich denke das ist schon (I: Ein sehr breites Spektrum, das stimmt.) ein ziemlich breites Angebot. Ja.

B2: Haben wir natürlich-, Arbeitssicherheitsschutz und sowas ist

	<p>natürlich alles-, das gehört alles mit da rein.</p> <p>B2: Also, das wird natürlich mit dem Arbeitssicherheitsdienst gemacht. Also, unser Mitarbeiter, der das in dem Bereich macht, der geht wirklich immer durch die Station. Ob es jetzt die Computer sind, dass die irgendwie falsch stehen oder sonst irgendwas. Also, der achtet schon sehr da drauf. Wobei wir im nächsten Jahr halt gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft zum Thema Rücken da ganz speziell nochmal drauf achten werden. Und dann auch wirklich mit der BGW über die Station gehen und gucken, was kann man da noch an Verbesserungen machen. Also im Rahmen auch von Kinästhetik und so. Das man da irgendwie was macht.</p>
	<p>Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen. Halt eben erheben: Okay, was können wir tun, um den Arbeitsplatz zu verbessern? Also ich verstehe unter dem Gesundheitsmanagement diese Einheit von diesen TopDown-Maßnahmen einerseits und BottomUp-Maßnahmen andererseits. Dann halt eben auch die Einheit, also dass nicht nur Verhaltensmaßnahmen, sondern auch Verhältnisprävention erfolgt (I: Ja.) Das ist ganz wichtig. Eine haben Sie vielleicht gesehen. Zum Beispiel, dass am Fahrstuhl ein Schild hängt: Treppe laufen. (I: Das habe ich schon gesehen, ja) Also das sind so gut evaluierte Maßnahmen, die sehr erfolgreich sind.</p> <p>B3: Dann ist es bei uns zum Beispiel so, dass sämtliche Maßnahmen des BGM während der Arbeitszeit gemacht werden dürfen, das heißt, die Mitarbeiter dürfen Yoga-Kurse besuchen. Die dürfen zur Massage gehen und so weiter. Und es ist alles Arbeitszeit.</p> <p>B3: Ja. Wir haben Fortbildungen zu Themen wie Achtsamkeit, Stressmanagement, gesundem Führen, zu traditioneller chinesischer Medizin, zu- Eigentlich die breite Palette – Wechseljahren- Ich habe, glaube ich irgendwo-</p> <p>B3: So dann haben wir Gesund- Ja, also das ist einmal die- Das</p>

	<p>Programm vom nächsten Jahr. Dann die Gesundheitswerkstätten oder -zirkel, die halt in verschiedenen Kliniken- Das ist natürlich immer haus- oder berufsgruppenbezogen. Dann Gesundheitskurse: Chi Gong, Functional Training, Yoga, Pilates, Faszien-Training, autogenes Training, Intervalltraining, dann mobile Massagen am Arbeitsplatz, Klangschalenmassagen. Dann haben wir verschiedene Projektgruppen zum Beispiel zum BEM jetzt im Moment. Oder dann keine Gesundheitstage mehr, weil der Aufwand nicht im Verhältnis steht zu dem, was ist. Dafür gibt es jetzt neu Gesundheitsforen, so kleine mini Gesundheitstage zu einem konkreten Thema, zum Beispiel Krebserkrankungen oder was auch immer. Dann ein Screening-Aktion pro Jahr, also da hatten wir zum Beispiel Stresstests, Back-Check, Herzcheck, weiß ich nicht, was noch alles. Darmkrebs, also immer so ein Screening-Geschichte. Dann machen wir mit bei so Sachen wie mit dem Rad zur Arbeit, so ein Firmenlauf, so verschiedene Events dann auch. Ja. Genau, das wäre das so im groben.</p>
<p>3.1 Berufsgruppenspezifische Unterschiede</p>	<p>B1: Und der ärztliche Direktor, der ist im Grunde völlig raus. Und signalisiert auch so ein bisschen, meine Ärzte sind nicht krank, also brauchen wir dies nicht.</p>
	<p>B2: Also, grad im ärztlichen Bereich ist es ein bisschen schwieriger. Weil ich habe mal meiner ärztlichen Kollegin gesagt, dass wir-, was wir so alles anbieten. Und die hat dann gesagt: „Wir Ärzte sind doch sowieso immer gesund.“ Es ist einfach-. Ich glaube schon, dem Zeitdruck ist es schon so ein Stückchen weit geschuldet, dass sie wenig Möglichkeiten haben. Aber ich habe so das Gefühl, dass es sich so allmählich einschleicht, dass sie es doch gut finden. Und dass sie auch zu bestimmten Sachen kommen. Also mobile Massage oder auch Entspannen wird von ihnen auch mit angenommen. Es kommt so langsam. Wir müssen-, langsam mühlt das Mahlrاد.</p>
	<p>B3: Unterschiedlich. Je nach dem um was es genau geht. (I: Ja.) Also es gibt alters- oder geschlechtsspezifische Sachen, wie Brustabtastseminar oder so. Ist natürlich eher nicht für Männer.</p>

	Oder Wechseljahre-Thema haben wir im nächsten Jahr. Das ist natürlich (I: Okay.) rein für Frauen. Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.
3.2 Hierarchieebenenbe trachtung	<p>B3: Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen.</p> <p>B3: (...) Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.</p>
3.3 Dauerhafte Integration der Maßnahmen	<p>B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können-</p> <p>B3: Die erfolgreichen Sachen laufen weiter. Die nicht erfolgreichen werden abgesetzt.</p>
4. Kommunikation	B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. Das die Mitarbeiter das Gefühl haben, sie werden hier nicht ernstgenommen. Wenn es um Umbauarbeiten geht oder um sonstige Veränderungen, da wird halt eher denen das gesagt, so das macht ihr jetzt, aber sie werden halt nicht im Vorfeld mit einbezogen.
	<p>I: Also, Sie kommunizieren schon sehr gut mit den einzelnen Bereichen zusammen.</p> <p>B2: Ja. Ja.</p> <p>I: Ja. Zu der Information der Maßnahme haben Sie ja eben auch schon gesagt, dass es einige-, also dass Sie einfach über Station gehen und Flyer verteilen.</p> <p>B2: Genau. Ja.</p>
5. Unterstützung bei der Umsetzung	B2: Genau. Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus

	nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.
5.1 Personelle Unterstützung	<p>B1: Genau. Also Betriebsarzt haben wir. Aber einen externen Betriebsarzt. Also quasi eine Dienstleistung die wir einkaufen. Und betriebliches Eingliederungsmanagement, das ist sehr klassisch. Eine Stabsstelle, im Personalbereich angesiedelt.</p> <p>B1: Ich würde mal sagen im Moment kämpfe ich da ziemlich alleine. Jetzt würde meine Chefin sagen sie steht da hinter mir. Wobei sie halt, ich sage mal, BGM anders versteht als ich.</p>
	<p>B2: Genau. Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.</p> <p>I: Okay. Und auch bei den Sportangeboten vermutlich dann ja auch. Dann kommen externe Trainer, oder-. (B: Genau.)</p>
	<p>B3: Durchsetzen? Wie durchsetzen? Das mache ich alles alleine.</p> <p>I: Ach so. Okay.</p> <p>B3: Also ich kaufe natürlich die Referenten oder (I: Ja, das meinte ich ja) die das machen. Die kaufe ich ein. (I: Ja. Das meinte ich jetzt.) Genau. Also das mache ich schon. Aber ansonsten mache ich das im Grunde alleine. Es sei denn, der Klinikvorstand hat dann noch eine Idee oder ich kriege natürlich auch Ideen und Inputs von den Mitarbeitenden, die sagen: „Das wäre mal toll, wenn wir mal sowas mal anbieten“, das nehme ich dann auch dankbar auf. (I: Okay.) Ich bin ja auch keine Ideen-Fabrik.</p>
5.2 Finanzielle Unterstützung	B1: Also ein Budget gibt es nicht, es soll auch nicht eingerichtet werden.
	B2: Also, mein Budget ist ziemlich gering. Wobei, sobald ich merke, ich komme so an die Grenzen. Wir haben jetzt in der ASitA halt festgestellt, wir brauchen unbedingt eine Supervision in dem Bereich. Und ich bin zu meinem Chef gegangen, hab gesagt: „Wir brauchen halt eine Supervisorin. Ich habe da eine, die kostet aber

	<p>schon eine ganze Ecke.“ Und dann hat er gesagt: „Wir müssen das machen. Es ist für den Bereich absolut wichtig. Weil da läuft einiges ein bisschen im Argen.“ Und da kriege ich dann halt auch entsprechend, dann wird der-, das Budget aufgestockt. Das ist überhaupt kein Problem. An personellen Hilfs-, also an Personal, ja, wie gesagt. Also, wir sind jetzt-, demnächst kommt meine Kollegin aus dem Mutterschutz wieder, dann sind wir zu viert. Ich denke, da sind wir ganz gut aufgestellt. Dadurch, dass wir auch flexibel unsere Arbeitszeiten dann halt-. Wenn wir merken, wir müssen jetzt ein bisschen mehr für das BGM machen, dass wir da einfach dann aufstocken können. Und da machen wir dann halt irgendwie das andere mal ein bisschen weniger, wie gesundes Unna. Also, da sind wir sehr flexibel gestaltet.</p>
	<p>B3: Ja, also ich reiche praktisch die Maßnahmen ein und bekomme dann entsprechendes Budget, (I: Okay.) was ich vorher ausarbeite, das und das hätte ich gerne und dann kriege ich das meistens auch.</p>
<p>6. Evaluation</p>	<p>B2: Also, wir fragen das jetzt nicht schriftlich ab jetzt in der Form. (I: Nein, nein, das meine ich auch nicht.) Aber es kommt sehr viel positives Feedback. Also, zu allen Maßnahmen, die wir machen. Also, wir haben dann ja auch noch die Möglichkeit, dass, wenn wir so eine psychosoziale Betreu-, Beratung brauchen oder eine Suchtberatung oder eine Schuldenberatung. Dass wir das dann zeitnah-, halt Termine dafür bekommen. Und die Kolleginnen und Kollegen zeitnah eine Beratung bekommen. Und sowas kommt supergut an. Also, da kriegen wir ganz viel Rückmeldung, wenn eine Beratung gelaufen ist. Wie gut die gelaufen ist und-. Also, das ist immer, dass wir da zeitnah auch ein Feedback kriegen.</p>
	<p>B3: Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird. Und aber mittlerweile- Also ich habe dann schon- Versuche auch schon halt eben bisschen Bottomup abzarbeiten, also auch mit die Belegschaft zu befragen. Also die Instrumente mit denen wir hier die Analyse machen, sind halt eben einmal die AU-Daten, wenn sie halt bekannt sind (I: Ja, genau.). Zum anderen habe ich eingeführt,</p>

	<p>dass alle drei Jahre eine Befragung mittels Copcoq gemacht wird. Kennen Sie das? (I: Nee.) Das ist ein evaluiertes Instrument (I: Ja.) zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. (I: Okay.). Was halt sehr umfangreich erhoben wird, wo wir dann auch Auswertungen machen können nach Kliniken, nach Berufsgruppen und so weiter. Um dann zu gucken: Okay, was sind die Belastungen? Und was sind die Ressourcen, die zur Verfügung stehen? Und wo müssen wir praktisch noch was nachkippen?</p>
<p>7. Optimierungsmöglichkeiten</p>	<p>B1: Ich aber glaube, dass es hier vorab erst nochmal eine wirkliche strategische Ausrichtung von der Betriebsleitung benötigt. Damit auch der Steuerkreis wiederum eine Marschrichtung hat und weiß auch, wo er hin soll.</p> <p>B1: Genau. Wichtig ist, dass die Betriebsleitung im Grunde dahintersteht. Und das wirklich auch erkennt als Nutzen. Und das ist ja hier noch nicht der Fall.</p> <p>B1: Genau. Also Maßnahmen, ja da sind wir einfach noch nicht. Genau, also da sind wir gerade noch zwei Schritte zuvor die wir erst noch, also aus meiner Sicht, gemacht werden müssen um dann wirklich auch zu sagen wir haben auch Maßnahmen. Und auch im besten Fall nicht nur, ja, Maßnahmen für den Mitarbeiter, sondern das sich hier auch strukturell noch was verändert. Und Prozesse anders dargestellt werden und Führungsverhalten nochmal neu aufgerollt wird und so. Also nicht nur Verhaltensprävention, sondern auch viel stärker eine Verhältnisprävention.</p> <p>B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. Das die Mitarbeiter das Gefühl haben, sie werden hier nicht ernstgenommen. Wenn es um Umbauarbeiten geht oder um sonstige Veränderungen, da wird halt eher denen das gesagt, so das macht ihr jetzt, aber sie werden halt nicht im Vorfeld mit einbezogen.</p>
	<p>B2: Ich glaube, also wünschenswert wäre, wenn die-. Also wo wir immer noch einen Schwierigkeitspunkt haben, ist, ja, dass wir die</p>

	<p>Führungsebene richtig mit reinkriegen. Also, das ist noch immer so großer Knackpunkt. Weil an die Führungsebene, die sind, glaube ich, so voll mit allem ... dass man die ganz schwer dazu kriegt. Wobei, im Lenkungskreis sitzt ja der Geschäftsführer und auch die Pflegedienstleitung. Also, die sind schon involviert. Aber ich würde zum Beispiel auch gerne mehr in den ärztlichen Bereich, gerade so die Chefärzte, dass ich die mehr mit reinkriegen will. Da bin ich im Moment noch dran zu gucken, wie komme ich-, wie komme ich an diesen Personalbereich ran.</p> <p>B2: Ich würde gar nicht mal sagen, dass sie sagen: „Das ist nicht für uns relevant.“ Sondern, Sie haben einfach die Kapazitäten nicht dafür. Wobei, also sie sehen das schon als wichtigen Part des Krankenhauses, dass wir das jetzt so aufgebaut haben und dass es das gibt. Aber, ich glaube, aufgrund ihrer Zeitressourcen haben sie die Möglichkeit nicht, da dran teilzunehmen.</p>
	<p>B3: Ja wie gesagt, ich habe jetzt gesagt, wir sind noch in diesem Paradigmenwechsel drin. Also dieses Umdenken, denke ich mal, wird noch jahrelang brauchen. Optimal wäre halt wirklich noch mehr ressourcenorientiert und nicht halt eben defizitorientiert zu arbeiten. Wobei wir da schon viel ressourcenorientiert arbeiten. Wir machen nicht Stressmanagement, sondern wir machen- Also machen wir auch, aber mehr Achtsamkeit und mehr auf die Ressourcen aufbauend gehen. (I: Okay.) Und schön wäre, wenn es bei den Führungskräften auch noch auf allen Ebenen dann gleich (I: Ankommen würde.) ankommen würde. Ja.</p>

Anhang G: Aufbereitungstabelle

Kategorie	Textstellen
1. Implementierung	<p>B1: Ich würde sagen, dass der erste Schritt vorab schon mal ist, dass erkannt wird dass es hier notwendig ist. Und das hier mit der Ressource, also mit mir, das überhaupt eine Stelle geschaffen wurde. Und, ich sage mal, auch fachlich jemand eingestellt ist der sich nur für Betriebliches Gesundheitsmanagement einsetzt. Und weitere Schritte, die zumindest ich jetzt gerade versuche anzugehen, ist im Grunde die Personen an einen Tisch zu kriegen die so Schnittpunkte haben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Und so gerade einen Steuerkreis gegründet habe mit den üblichen Akteuren wie Betriebsarzt, Personalrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte und so weiter.</p>
	<p>B1: Ja, Befragung im Grunde ist halt die Gefährdungsbeurteilung die gelaufen ist. Und ansonsten sind, soweit ich weiß, jetzt bin ich ja noch nicht so lange da, schon aber auch Befragungen zum Teil gelaufen.</p>
	<p>B2: Ja, der Stiftungsvorstand hatte vor sechs Jahren gebeten, halt mich der-, des Themas BGM anzunehmen. Und dementsprechend habe ich dann gemeinsam mit meinen Kolleginnen überlegt, wie man das implementieren kann. (...) In Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau B., die das betriebliche Eingliederungsmanagement macht. Mit Frau B., die hier im Hause auch tätig ist. Und jetzt neu mit Frau C. machen wir das halt im Moment und haben das halt entsprechend aufgebaut.</p> <p>B2: Im ersten Schritt habe ich durch die Berufsgenossenschaft eine Fortbildung gemacht zum Thema BGM. Und habe mich da an den Leitfäden so ein bisschen entlang gehandelt. Wir haben einen Lenkungskreis gegründet. In dem ist der Betriebsarzt, der Arbeitssicherheitsschutz, die Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement, Frau B.. Der Geschäftsführer, der-, die MAV, die Seelsorge und, ja, ich halt. Und die Öffentlichkeitsarbeit noch.</p>

	<p>B2: Also, ich hatte einen sehr rührigen Chef, unseren Geschäftsführer. Also nicht der oberste, sondern der dann da drunter kam. (...) Und wir haben dann im Nachhinein, also so als eine meine ersten Tätigkeiten halt, eine Mitarbeiterbefragung hier im Haus durchgeführt.</p>
	<p>B3: Die Implementierung verlief Schrittweise auch schon vor meiner Zeit. Begonnen hat die Implementierung mit einem Gesundheitstag, der hier stattgefunden hat. Und über diese Gesundheitstage, das wurde dann immer mehr ausgeweitet, bis letzten Endes eine Fachkraft eingestellt worden ist mit einer halben Stelle, die halt hier das betriebliche Gesundheitsmanagement konzeptionell ausarbeitet und halt eben auch Angebote unterbreitet.</p> <p>B3: Ja ein, ich habe es auch teilweise implementiert. (...) Also das erste waren wirklich schon vor zehn Jahren Gesundheitstage. Das wurde damals noch von der Personalabteilung durchgeführt. Und sind ja mehr so eine BGF-Maßnahme. Und dann war da, weiß ich jetzt nicht genau, dann wurde eine Pflegekraft. (...)</p> <p>B3: ...) Also die hat auf jeden Fall das erste Konzept dann auch geschrieben, was dann vom Klinikvorstand abgesegnet worden ist. Und hat erste Maßnahmen wie Massagen am Arbeitsplatz und Infotage zu bestimmten Gesundheitsthemen installiert. (...) Dann habe ich das übernommen. Sie war praktisch keine gelernte Fachkraft. Ich bin gelernte Fachkraft (...) also ich habe einen Abschluss in Public Health auch. Und ich habe das ganze dann nochmal ein bisschen weiter fortgesetzt. Und zwar einmal das BGM überhaupt in die- Wie heißt das? Satzung, nicht Satzung. Ins Leitbild integriert worden ist. Also das war ein Schritt. Und halt eben die konzeptionelle Ausweitung des ganzen Projektes. Also dass es nicht gut geht BGF-Maßnahmen zu machen, sondern tatsächlich halt eben ein ganzheitliches BGM angeboten wird.</p> <p>B3: Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird.</p>
<p>2. Erfahrung mit dem Betrieblichen</p>	<p>B2: Sehr gut. Was ich sagen muss, die erste Mitarbeiterbefragung ist nicht so gut angenommen worden. Da hatten wir 28% der</p>

<p>Gesundheitsmanagement</p>	<p>Mitarbeiter, die eine Befragung-, an der Befragung teilgenommen haben. Das ist sehr gering. Bei der Nachbefragung, also zwei Jahre später, waren es dann immerhin schon 37%. Es ist immer noch so, dass nicht in allen Köpfen ist, dass wir ein BGM hier haben. Also da müssen wir immer wieder nachfor-, nachlegen.</p>
	<p>B3: Es brauch lange Zeit bis Maßnahmen angenommen werden. (...) Also Anfangs ist die Skepsis sehr sehr groß, dass es doch nur Instrumente seien, um Mitarbeiter auszuhorchen durch die Fragebögen. Oder so ein kleines Trostpflaster zu geben und damit sollen dann alle Sorgen und Probleme geklärt sein. Also je länger eine bestimmte Maßnahme wie zum Beispiel, ich nenne jetzt mal die Massagen, desto mehr wird das angenommen und desto mehr wird das auch wertgeschätzt.</p>
<p>2.1 Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung</p>	<p>B2: Wir gehen immer mal über die Stationen, stellen uns nochmal vor, stellen unser Programm vor, erzählen nochmal, verteilen unsere Flyer. Also, es ist nicht einfach. Wir müssen uns immer wieder ins Gedächtnis rufen. Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.</p> <p>B2: (...) Also, einmal so eine Aktion, dass wir durch das Haus gehen und uns vorstellen nochmal. (...) Oder ihnen auch nochmal unsere Maßnahmen, die wir alle anbieten, halt vorstellen, weil das ist oftmals immer noch nicht im Kopf. Wir werden, also, immer im-, im AV stellen wir uns auch vor. Also, das ist-, oder stellen halt-, jetzt zum Beispiel die Arbeitssituationsanalyse in der nächsten stellen wir dort vor. Oder wir sind in unserer Mitarbeiterzeitung, dass wir da auch halt nochmal berichten, was wir so alles machen.</p>
	<p>B3: (...) Und sehr hohe vertrauensvolle Zusammenarbeit.</p> <p>B3: Was wir zum Beispiel gemacht haben, ist, dass wir erfolgreiche Geschichten aus dem BGM in, wir haben so ein Medium, so eine Art Zeitung des Klinikvorstands, wo eine, zum Beispiel durch Kombination verschiedener Maßnahmen ihre schweren Rückenschmerzen losgeworden ist oder so. Also so Erfolgsgeschichten praktisch präsentieren. Ansonsten vertraue ich auf Mund zu Mund Propaganda. Das funktioniert am besten.</p>

<p>2.2 Bereitschaft der Mitarbeiter</p>	<p>B2: (...) Grundsätzlich an so kleinen Aktionen, wie Entspannung oder sowas. Also, wir bieten einmal wöchentlich eine Entspannungseinheit an für Mitarbeiter. Die ist dann so gelegt, dass entweder Früh- oder Spätschicht, dass-, auf jeden Fall daran teilnehmen können. Und das sind immer so zehn bis fünfzehn Mitarbeiter. Auch unterschiedliche Mitarbeiter, die da hinkommen. Oder unsere mobile Massage. Sowas wird gerne und gut angenommen.</p> <p>B2: Ja. Die Befragung war halt nicht ganz so gut. Wobei, bei der ASitA ist es jetzt so, also bei der Arbeitssituationsanalyse, dass die halt sehr gerne angenommen wurde.</p> <p>B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der Arbeitszeit machen können. Also, sie können sich 20 Minuten rausziehen und das dann machen lassen. Es ist immer schwierig über den Dienst hinaus, Leute hier am Haus zu halten. (...) Also, das ist immer eine große Schwierigkeit.</p>
	<p>B3:Das führt natürlich von Seiten der Führungskräfte- oder war es ein großer Kampf das überhaupt so einzuführen, weil die sagten, die Mitarbeiter, die so viel Zeit haben, das zu machen (...) Wir sind immer noch dabei so einen Paradigmenwechsel herzuleiten. Genauso wie beim BEM auch. Das BEM war vorher mehr so ein Tribunal, wo Mitarbeitenden, die sowieso schon schwer krank waren, dann auch noch plötzlich in einem Kreis von zehn Leuten angefeindet worden sind, warum sie denn gefälligst so lange krank sind und sie sollen das gefälligst mal sagen und erklären. (...) hier ist der Betroffene selbst souverän des Verfahrens. Und es gilt ein sehr hoher Datenschutz. Und sehr hohe vertrauensvolle Zusammenarbeit. Aber auch das ist noch nicht angekommen. Also das dauert. Es wird noch Jahre dauern, bis bei allen Mitarbeitern angekommen ist, BEM, das ist jetzt kein Straftribunal mehr. Da stehe ich nicht vor Gericht, sondern es ist eine Chance für mich da Maßnahmen durch den Arbeitgeber zu bekommen, damit es mir besser geht. Und ich nicht noch mal krank werde.</p> <p>B3: Also da muss man jetzt unterscheiden. Also das sind natürlich</p>

	<p>so die Pflege hat eine hohe Akzeptanz. Aber problematisch ist natürlich der 24 Stunden Betrieb. Das ist richtig schwierig mit hohen Ausfallzeiten, wo man halt eben kurzfristig dann mal einspringen muss. Und halt eben die gewünschte Maßnahme dann doch nicht wahrnehmen kann. Vor allen Dingen sind es viele fortlaufende Kurse, die halt immer an einem Wochentag zu einer bestimmten Zeit sind. (...) Also das ist eher schwierig. Also da sind die strukturellen Maßnahmen da besser, wie Rabatte bei Gesundheitsanbietern- Privat, also das-</p>
3. Maßnahmen	<p>B1: Also was an Maßnahmen läuft ist, das wir eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen auch durchgeführt haben. Die wird gerade ausgewertet und in den einzelnen Untersuchungsgruppen auch diskutiert. Und daraufhin sollen dann halt auch Maßnahmen eingeleitet werden. Und andere Maßnahmen, die jetzt-, oder die ich versuche durchzuführen, ist einmal das es einen Betriebs-, also einen Betriebssport gibt es schon. Aber das es eine Firmenfitness geben soll, für alle Mitarbeiter. Und ein anderer Schritt, der glaube ich auch schon abgesegnet ist von der Betriebsleitung, ist so eine externe psychosoziale Telefonberatung für die Mitarbeiter.</p> <p>I: Okay. Es gibt ja unterschiedliche Säulen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Betriebsarzt ist hier natürlich auch vorhanden. (B1: Ja.). Gehe ich mal von aus. Das betriebliche Eingliederungsmanagement? Ist das auch vorhanden? (B1: Ja.). Also es fehlt quasi hier jetzt nur noch die betriebliche Gesundheitsförderung. Die noch nicht so durchgeführt wird.</p>
	<p>B2: (...)Wir haben grade eine ASitA, also eine Arbeitssituationsanalyse, erstellt.</p> <p>B2:Ansonsten halt der Mitarbeitergesundheitstag, der wird immer sehr gerne angenommen.</p> <p>B2: Wir haben es in den letzten Jahren sehr gleich gehalten. Also, gesunde Ernährung, wir bieten eine mobile Massage an, ein fünf Minuten-Make-up, einen Bodycheck. Also, es ist so rundum zum Thema Gesundheit. Wir haben jetzt überlegt, meine Kollegin und</p>

ich haben gerade letztes Wochenende eine Fortbildung von der Berufsgenossenschaft gemacht zum Thema nochmal BGM auch. Und da haben wir uns überlegt, dass wir das nächste Jahr, das nur speziell auf den Rücken fokussieren, weil das ist halt-. (...) Krankenhaus ist das das Thema. Deswegen werden wir dann nur fokussiert auf den Rücken arbeiten.

B2: Da gehen wir aber dann auch wirklich oft in die Bereiche. Also, wir haben jetzt den Einerbereich und den Zweierbereich als Situation analysiert. Und das wurde unheimlich gut angenommen. Also, da waren wirklich alle Mitarbeiter in den Bereichen, die bereit waren, da auch aktiv dran teilzunehmen.

B2: Ja. Also. Das betriebliche Eingliederungsmanagement, die Kooperation mit der Diakonie. Das ist halt die Möglichkeit, dass ich, wenn ich eine Kollegin habe, die Sucht, Schulden oder ein psychosoziales Problem hat, dann kann ich bei der Diakonie anrufen. Und die können mir zeitnah halt entsprechend einen Termin geben zu einer Beratung. Die Kollegin kommt grundsätzlich erst nochmal zu mir. Ich bespreche das Problem. Oftmals ist es dann schon, dass ich schon einfach da weiterhelfen kann. Aber wenn ich so merke, das geht über meine Kompetenzen hinaus, dann kann ich halt weiter vermitteln. Das ist schon eine ganz tolle Sache. Wir übernehmen als Haus drei Sitzungen jeweils. Also, das heißt, ich glaube, wir müssen 110 Euro pro Sitzung bezahlen und das übernimmt das Haus. Danach müssen die Kolleginnen und Kollegen sich halt darum bemühen, eine Rezeptur für eine Behandlung zu bekommen und müssen das dann privat regeln. Ja, dann haben wir halt gesundes U., das ist ein Präventionsprogramm, was wir hier vom Haus anbieten. Das sind Nichtraucherurse, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Tai Chi. Also ein riesengroßes Angebot wie so ein-, ja, ein Gesundheitsangebot der VHS. Und da bekommen alle Mitarbeiter 20% Rabatt drauf. Und können das dann noch von der Krankenkasse sich einen Teil von dem Geld, was sie halt in Vorleistung gezahlt haben müssen, wiederholen. Die Gesundheitstage. Dann haben wir ein Lunch Paket. Das ist so eine Geschichte, dass wir Vorträge anbieten in der

Mittagspause. Zum Beispiel Homöopathie oder gesunde Ernährung, all sowas. Werden dann Fachvorträge in der Mittagspause gehalten. Die kollegiale Beratung. Dann haben wir im Intranet so ein Gesundheitsangebot, wo wir halt immer Tipps zum Thema Gesundheit oder mal ein gesundes Rezept, sowas, anbieten. (...) Ja, Rauchentwöhnung, Entspannungseinheiten, Reiki, die mobile Massage. Dann haben wir jetzt Roller für alle Stationen angeschafft. (...) Und dann haben wir halt so Roller mit Sturzhelm, Knieschoner und Armschoner. Ist von der Berufsgenossenschaft gefordert. (...) Dann machen wir für neue Mitarbeiter immer ein Mitarbeiterfrühstück, wo die halt auch aufgeklärt werden, was alles im Haus angeboten wird. Unter anderem das BGM. Dann haben wir die Mitarbeiterzeitung Die Perspektive. Ein Fußballteam, ein Drachenbootfahren, Nordic Walking. Wir nehmen regelmäßig am AOK Firmenlauf statt. Mit dem Rad zur Arbeit ist eine Aktion. Wir haben jetzt extra noch einen Radabschließkäfig gebaut (...). Wir bieten ein E-Bike-Leasing an. Das heißt also, die Kollegen und Kolleginnen können sich halt ein E-Bike leasen, auch immer mit Partner zusammen. (...)

B2: Dann haben wir eine Kooperation mit einem Fitnessstudio in der Stadt und hier direkt am Haus. Wir bieten die gesunde Mittagspause an. Das heißt, in der Mittagspause von zehn-, von zwölf bis dreizehn Uhr können die Kolleginnen und Kollegen sich dort in dem Fitnessstudio sportlich bewegen. Und das ist kostenlos. (...) Ja, und dann haben wir noch eine Kooperation mit T. Sports, das ist so eine bestimmte Sporteinheit, das geht mit so kleinen Stromstößen. Also, mit denen kooperieren wir auch. Also, ich denke das ist schon (...) ein ziemlich breites Angebot. (...)

B2: Also, das wird natürlich mit dem Arbeitssicherheitsdienst gemacht. Also, unser Mitarbeiter, der das in dem Bereich macht, der geht wirklich immer durch die Station. Ob es jetzt die Computer sind, dass die irgendwie falsch stehen oder sonst irgendwas. (...) Wobei wir im nächsten Jahr halt gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft zum Thema Rücken da ganz speziell nochmal drauf achten werden. (...) Also im Rahmen auch von Kinästhetik

	<p>und so. Das man da irgendwie was macht.</p>
	<p>B3: Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen. Halt eben erheben: Okay, was können wir tun, um den Arbeitsplatz zu verbessern? Also ich verstehe unter dem Gesundheitsmanagement diese Einheit von diesen TopDown-Maßnahmen einerseits und BottomUp-Maßnahmen andererseits. Dann halt eben auch die Einheit, also dass nicht nur Verhaltensmaßnahmen, sondern auch Verhältnisprävention erfolgt (...)Zum Beispiel, dass am Fahrstuhl ein Schild hängt: Treppe laufen. (...) Also das sind so gut evaluierte Maßnahmen, die sehr erfolgreich sind.</p> <p>B3: Dann ist es bei uns zum Beispiel so, dass sämtliche Maßnahmen des BGM während der Arbeitszeit gemacht werden dürfen, das heißt, die Mitarbeiter dürfen Yoga-Kurse besuchen. Die dürfen zur Massage gehen und so weiter. Und es ist alles Arbeitszeit.</p> <p>B3: Ja. Wir haben Fortbildungen zu Themen wie Achtsamkeit, Stressmanagement, gesundem Führen, zu traditioneller chinesischer Medizin, zu- Eigentlich die breite Palette – Wechseljahren- (...)</p> <p>B3: (...) Dann die Gesundheitswerkstätten oder -zirkel, die halt in verschiedenen Kliniken- Das ist natürlich immer haus- oder berufsgruppenbezogen. Dann Gesundheitskurse: Chi Gong, Functional Training, Yoga, Pilates, Faszien-Training, autogenes Training, Intervalltraining, dann mobile Massagen am Arbeitsplatz, Klangschalenmassagen. Dann haben wir verschiedene Projektgruppen zum Beispiel zum BEM jetzt im Moment. Oder dann keine Gesundheitstage mehr, weil der Aufwand nicht im Verhältnis steht zu dem, was ist. Dafür gibt es jetzt neu Gesundheitsforen, so kleine mini Gesundheitstage zu einem konkreten Thema, zum Beispiel Krebserkrankungen oder was auch immer. Dann ein Screening-Aktion pro Jahr, also da hatten wir zum Beispiel Stresstests, Back-Check, Herzcheck, weiß ich nicht, was noch alles. Darmkrebs, also immer so ein Screening-Geschichte.</p>

	Dann machen wir mit bei so Sachen wie mit dem Rad zur Arbeit, so ein Firmenlauf, so verschiedene Events dann auch. (...)
3.1 Berufsruppenspezifische Unterschiede	<p>B1: Und der ärztliche Direktor, der ist im Grunde völlig raus. Und signalisiert auch so ein bisschen, meine Ärzte sind nicht krank, also brauchen wir dies nicht.</p>
	<p>B2: Also, grad im ärztlichen Bereich ist es ein bisschen schwieriger. Weil ich habe mal meiner ärztlichen Kollegin gesagt, dass wir-, was wir so alles anbieten. Und die hat dann gesagt: „Wir Ärzte sind doch sowieso immer gesund.“ Es ist einfach-. Ich glaube schon, dem Zeitdruck ist es schon so ein Stückchen weit geschuldet, dass sie wenig Möglichkeiten haben. Aber ich habe so das Gefühl, dass es sich so allmählich einschleicht, dass sie es doch gut finden. Und dass sie auch zu bestimmten Sachen kommen. Also mobile Massage oder auch Entspannen wird von ihnen auch mit angenommen. Es kommt so langsam. Wir müssen-, langsam müht das Mahlrاد.</p> <p>B2: Verwaltung ist auch mit dabei. Wie gesagt, mit den Ärzten ist es immer so eine Schwierigkeit. Wir machen das aber auch so, zum Beispiel hatten wir jetzt einen Arbeitertag. Haben wir extra ein Team von der mobilen Massage in den OP abgestellt, weil die-, (...) weil die kommen ja nicht raus. (...)</p>
	<p>B3: Unterschiedlich. Je nach dem um was es genau geht. (I: Ja.) Also es gibt alters- oder geschlechtsspezifische Sachen, wie Brustabstastseminar oder so. (...) Oder Wechseljahre-Thema haben wir im nächsten Jahr. Das ist natürlich (...) rein für Frauen. Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.</p>
3.2 Hierarchieebenenbeachtung	<p>B3: Dann ist ein weiteres Instrument Gesundheitszirkel oder Gesundheitswerkstätten, wo wir konkret mit Mitarbeitern der unteren Ebene, also teilweise auch keine Führungskräfte dabei sein dürfen.</p> <p>B3: (...) Dann gibt es speziell für Führungskräfte halt eben besondere Angebote, wo nur Führungskräfte teilnehmen dürfen.</p>
3.3 Dauerhafte Integration der	<p>B2: Ja. Also, was das Gute ist halt, dass zum Beispiel die mobile Massage oder Reiki, dass die Kolleginnen und Kollegen das in der</p>

Maßnahmen	Arbeitszeit machen können-
	B3: Die erfolgreichen Sachen laufen weiter. Die nicht erfolgreichen Sachen werden abgesetzt. (...)
4. Kommunikation	B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. Das die Mitarbeiter das Gefühl haben, sie werden hier nicht ernstgenommen. Wenn es um Umbauarbeiten geht oder um sonstige Veränderungen, da wird halt eher denen das gesagt, so das macht ihr jetzt, aber sie werden halt nicht im Vorfeld mit einbezogen.
	I: Also, Sie kommunizieren schon sehr gut mit den einzelnen Bereichen zusammen. B2: Ja. Ja. I: Ja. Zu der Information der Maßnahme haben Sie ja eben auch schon gesagt, dass es einige-, also dass Sie einfach über Station gehen und Flyer verteilen. B2: Genau. Ja.
5. Unterstützung bei der Umsetzung	B2: Genau. Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können. Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.
5.1 Personelle Unterstützung	B1: Genau. Also Betriebsarzt haben wir. Aber einen externen Betriebsarzt. Also quasi eine Dienstleistung die wir einkaufen. Und betriebliches Eingliederungsmanagement, das ist sehr klassisch. Eine Stabsstelle, im Personalbereich angesiedelt. B1: Ich würde mal sagen im Moment kämpfe ich da ziemlich alleine. Jetzt würde meine Chefin sagen sie steht da hinter mir. Wobei sie halt, ich sage mal, BGM anders versteht als ich.
	B2: Genau. Das kommt auf das Thema an. Also, da nehmen wir schon Fachkräfte hier aus dem Haus, die was dazu sagen können.

	<p>Aber wenn wir ein spezielles Thema haben, was wir hier vom Haus nicht unbedingt durchführen können, dann nehmen wir auch externe Referenten.</p> <p>I: Okay. Und auch bei den Sportangeboten vermutlich dann ja auch. Dann kommen externe Trainer, oder-. (B: Genau.)</p>
	<p>B3: Durchsetzen? Wie durchsetzen? Das mache ich alles alleine.</p> <p>B3: Also ich kaufe natürlich die Referenten oder (...) die das machen. Die kaufe ich ein. (...) Genau. Also das mache ich schon. Aber ansonsten mache ich das im Grunde alleine. Es sei denn, der Klinikvorstand hat dann noch eine Idee oder ich kriege natürlich auch Ideen und Inputs von den Mitarbeitenden, die sagen: „Das wäre mal toll, wenn wir mal sowas mal anbieten“, das nehme ich dann auch dankbar auf. (...)</p>
5.2 Finanzielle Unterstützung	<p>B1: Also ein Budget gibt es nicht, es soll auch nicht eingerichtet werden.</p>
	<p>B2: Also, mein Budget ist ziemlich gering. Wobei, sobald ich merke, ich komme so an die Grenzen. Wir haben jetzt in der ASitA halt festgestellt, wir brauchen unbedingt eine Supervision in dem Bereich. Und ich bin zu meinem Chef gegangen, hab gesagt: „Wir brauchen halt eine Supervisorin. Ich habe da eine, die kostet aber schon eine ganze Ecke.“ Und dann hat er gesagt: „Wir müssen das machen. Es ist für den Bereich absolut wichtig. Weil da läuft einiges ein bisschen im Argen.“ Und da kriege ich dann halt auch entsprechend, dann wird der-, das Budget aufgestockt. Das ist überhaupt kein Problem. An personellen Hilfs-, also an Personal, ja, wie gesagt. Also, wir sind jetzt-, demnächst kommt meine Kollegin aus dem Mutterschutz wieder, dann sind wir zu viert. Ich denke, da sind wir ganz gut aufgestellt. (...)</p>
	<p>B3: Ja, also ich reiche praktisch die Maßnahmen ein und bekomme dann entsprechendes Budget, (...) was ich vorher ausarbeite, das und das hätte ich gerne und dann kriege ich das meistens auch.</p>
6. Evaluation	<p>B2: Also, wir fragen das jetzt nicht schriftlich ab jetzt in der Form. (...) Aber es kommt sehr viel positives Feedback. Also, zu allen Maßnahmen, die wir machen. Also, wir haben dann ja auch noch die</p>

	<p>Möglichkeit, dass, wenn wir so eine psychosoziale Betreu-, Beratung brauchen oder eine Suchtberatung oder eine Schuldenberatung. Dass wir das dann zeitnah-, halt Termine dafür bekommen. Und die Kolleginnen und Kollegen zeitnah eine Beratung bekommen. Und sowas kommt supergut an. Also, da kriegen wir ganz viel Rückmeldung, wenn eine Beratung gelaufen ist. (...)</p>
	<p>B3: Nein, also das war Topdown. Also das hat der Klinikvorstand so gewünscht, dass ein BGM hier gemacht wird. Und aber mittlerweile- Also ich habe dann schon- Versuche auch schon halt eben bisschen Bottomup abzuarbeiten, also auch mit die Belegschaft zu befragen. Also die Instrumente mit denen wir hier die Analyse machen, sind halt eben einmal die AU-Daten, wenn sie halt bekannt sind (...). Zum anderen habe ich eingeführt, dass alle drei Jahre eine Befragung mittels Copcoq gemacht wird. (...) Das ist ein evaluiertes Instrument (...) zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. (...). Was halt sehr umfangreich erhoben wird, wo wir dann auch Auswertungen machen können nach Kliniken, nach Berufsgruppen und so weiter. Um dann zu gucken: Okay, was sind die Belastungen? Und was sind die Ressourcen, die zur Verfügung stehen? Und wo müssen wir praktisch noch was nachkippen?</p>
<p>7. Optimierungsmöglichkeiten</p>	<p>B1: Ich aber glaube, dass es hier vorab erst nochmal eine wirkliche strategische Ausrichtung von der Betriebsleitung benötigt. Damit auch der Steuerkreis wiederum eine Marschrichtung hat und weiß auch, wo er hin soll.</p> <p>B1: (...) Wichtig ist, dass die Betriebsleitung im Grunde dahintersteht. Und das wirklich auch erkennt als Nutzen. Und das ist ja hier noch nicht der Fall.</p> <p>B1: (...) Und auch im besten Fall nicht nur, ja, Maßnahmen für den Mitarbeiter, sondern das sich hier auch strukturell noch was verändert. Und Prozesse anders dargestellt werden und Führungsverhalten nochmal neu aufgerollt wird und so. Also nicht nur Verhaltensprävention, sondern auch viel stärker eine Verhältnisprävention.</p>

	<p>B1: Ja, ich würde mal bei der Kommunikation anfangen. Also das ist auch schon etwas was ich wahrnehme in dem halben Jahr das ich jetzt hier bin. Das viel Kommunikation unten an der Basis gar nicht ankommt. (...)</p>
	<p>B2: (...)Also wo wir immer noch einen Schwierigkeitspunkt haben, ist, ja, dass wir die Führungsebene richtig mit reinkriegen. Also, das ist noch immer so großer Knackpunkt. Weil an die Führungsebene, die sind, glaube ich, so voll mit allem ... dass man die ganz schwer dazu kriegt. Wobei, im Lenkungskreis sitzt ja der Geschäftsführer und auch die Pflegedienstleitung. Also, die sind schon involviert. Aber ich würde zum Beispiel auch gerne mehr in den ärztlichen Bereich, gerade so die Chefärzte, dass ich die mehr mit reinkriegen will. Da bin ich im Moment noch dran zu gucken, wie komme ich-, wie komme ich an diesen Personalbereich ran.</p>
	<p>B3: Ja wie gesagt, ich habe jetzt gesagt, wir sind noch in diesem Paradigmenwechsel drin. Also dieses Umdenken, denke ich mal, wird noch jahrelang brauchen. Optimal wäre halt wirklich noch mehr ressourcenorientiert und nicht halt eben defizitorientiert zu arbeiten. Wobei wir da schon viel ressourcenorientiert arbeiten. Wir machen nicht Stressmanagement, sondern wir machen- Also machen wir auch, aber mehr Achtsamkeit und mehr auf die Ressourcen aufbauend gehen. (...) Und schön wäre, wenn es bei den Führungskräften auch noch auf allen Ebenen dann gleich (...) ankommen würde. (...)</p>

Eidesstattliche Erklärung

Gemäß § 19 Absatz 4 PO für den Masterstudiengang Gesundheitswissenschaften

Ich versichere, dass ich meine vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Oelde, den