

**Betriebliche Gesundheitsförderung
für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst
und die medizinische Fachassistenz
eines Pflegewohnhauses**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Simone Waluschnig

09902995

Begutachter: Dr. Martin Cichocki, MPH

Wien, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

24.05.2020

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Sinae W. K. ...".

Abstract

Der demografische Wandel und die zunehmende Bedeutung des Dienstleistungssektors wirken sich auf eine zunehmend größere Gruppe älterer Beschäftigter in diversen Gesundheitsberufen aus. Die medizinisch-technischen Dienste und die medizinische Fachassistenz erbringen im Setting der stationären Betreuung für die Erhaltung von Mobilität, Autonomie und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern wichtige Leistungen.

Die Bachelorarbeit stellt die Ergebnisse einer qualitativen empirischen Untersuchung mittels fünf Einzelinterviews von Angehörigen ausgewählter Professionen der medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz in Hinblick auf die Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Pflegewohnhaus dar. Nach durchgeführter Themenanalyse nach Froschauer und Lueger werden die essenziellen Themenkategorien beschrieben und im Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert: Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten, Handlungs- und Gestaltungsspielraum, spezifische physische und psychische Herausforderungen, individuelle Ressourcen sowie Teilnahmemotivation, individuelle Präferenzen und Digitalisierung im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es zeigen sich interdisziplinäre Unterschiede, Bedürfnisse und Gemeinsamkeiten sowie eine Absenz digitaler Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im untersuchten Setting.

Schlüsselbegriffe: Demografischer Wandel, Betriebliche Gesundheitsförderung, Setting der stationären Betreuung, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, medizinisch-technische Dienste, medizinische Fachassistenz

Abstract

The ongoing demographic change and increasing importance of non-productive industries have significant impact on a growing group of older health care professionals. Medical-technical services and medical assistance are essential for securing mobility and autonomy for people who live in long-term care to ensure their highest possible quality of life.

This bachelor's thesis deals with results of a qualitative empirical study about the workplace health promotion in a long-term care home based on five interviews with various members of medical-technical services and medical assistance. An analysis of topics from Froschauer and Lueger leads to the discussion of the essential categories. Those are work environment and specific work tasks, freedom of action, specific physical and psychological issues and individual resources. Furthermore, individual motivation to participate in workplace health promotion and the varying preferences of interventions are issues of this thesis. The possibility of digitalisation in the field of workplace health promotion is another topic. The results show interdisciplinary variety and divergent needs. Nevertheless, some common grounds are revealed, too. It is noticeable that there are no digital interventions taking place in the reviewed setting.

Keywords: demographic change, workplace health promotion, settings approach long term care, older workforce, medical-technical services, medical assistance

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfrage	2
1.2	Zielsetzung und Aufbau	4
2	Gesundheit und Wohlbefinden als Grundlage der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	6
3	Gesundheitsberufe	9
3.1	Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	10
3.2	Ergotherapeutischer Dienst	11
3.3	Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst.....	13
3.4	Physiotherapeutischer Dienst	14
3.5	Medizinische Fachassistenz	16
4	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für Gesundheitsberufe im Setting stationärer Betreuung	17
4.1	Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren	19
4.2	Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für Setting-spezifische BGF	21
4.3	Angebote der BGF im Setting	23
4.3.1	Entspannungstraining / Qi Gong	23
4.3.2	Achtsamkeitstraining	24
4.3.3	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung.....	25
5	Empirische Untersuchung	27
5.1	Methodisches Vorgehen	27
5.1.1	Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner	27
5.1.2	Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens.....	27
5.1.3	Interviews – Vorbereitung und Durchführung.....	29
5.1.4	Methode der Analyse	29
5.2	Forschungsergebnisse	33
5.2.1	Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten	34
5.2.2	Spezifische physische und psychische Herausforderungen.....	36

5.2.3	Teilnahmemotivation BGF	38
5.2.4	Individuelle Ressourcen	39
5.2.5	Handlungs- und Gestaltungsspielraum	40
5.2.6	Individuelle Präferenzen BGF	41
5.2.7	BGF und Digitalisierung	42
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	44
6.1	Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten, Handlungs- und Gestaltungsspielraum.....	45
6.2	Spezifische physische und psychische Herausforderungen	46
6.3	Individuelle Ressourcen.....	49
6.4	Teilnahmemotivation, individuelle Präferenzen BGF und Digitalisierung	50
7	Zusammenfassung und Ausblick	51
	Literaturverzeichnis	53
	Abbildungsverzeichnis	61
	Tabellenverzeichnis	62
	Anhang	63

Abkürzungsverzeichnis

Abs – Absatz

Art. – Artikel

B – Befragte, Befragter

BGBI. – Bundesgesetzblatt

BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung

BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

BMI – Body Mass Index

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

B-VG – Bundes-Verfassungsgesetz

DL - Angehörige/r des Diätdienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes; Diätologin / Diätologe

EDV – Elektronische Datenverarbeitung

ENWHP – European Network of Workplace Health Promotion

ET - Angehörige/r des ergotherapeutischen Dienstes; Ergotherapeutin / Ergotherapeut

EU – Europäische Union

FH – Fachhochschule

GBRG – Gesundheitsberuferegister-Gesetz – Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen

GRR – generalized resistance resource

HLY – Healthy Life Years

IAA-Modell – Intention-Attention-Attitude – Modell

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

idF – in der Fassung

INT – Interview

leg.cit. – legis citatae

LG - Angehörige/r des logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienstes; Logopädin / Logopäde

lit. – littera

MABG – Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie

MBSR – mindfulness based stress reduction

MFA – medizinische Fachassistenz

MTD – gehobene medizinisch-technische Dienste

MTD-G – Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

MTF –medizinisch-technische Fachkraft

MTF-SHD-G – Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste

o.J. – ohne Jahr

o.O. – ohne Ort

PT - Angehörige/r des physiotherapeutischen Dienstes; Physiotherapeutin / Physiotherapeut

SOC – Sense of Coherence

TCM – Traditionelle Chinesische Medizin

WHO – World Health Organization

WKO – Wirtschaftskammer Österreich

Z – Ziffer

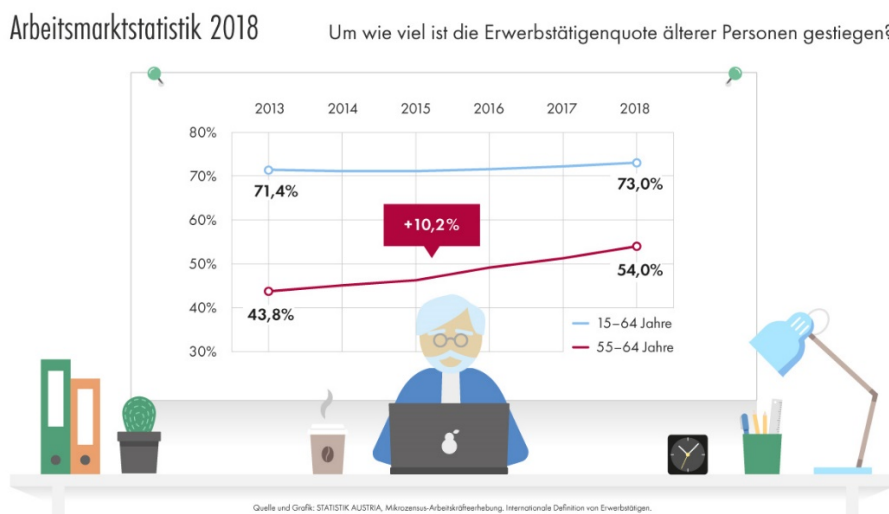
1 Einleitung

Einerseits bedingen Änderungen in Struktur und Prozessen der Arbeitswelt auf Grund von Globalisierung, Digitalisierung und Verschiebung der Bedeutung weg vom Produktionssektor hin zum Wissens- und Dienstleistungssektor grundlegende Veränderungen der Bedingungen für jede Arbeitnehmerin und jeden Arbeitnehmer. Die Tätigkeiten nehmen an Komplexität zu, das vorhandene Wissen muss zunehmend schneller überarbeitet werden. Stetige Aktualisierung des individuellen Wissensstandes und umfassende Vernetzung sind nötig und beschreiben erhebliche Stressoren in Kombination mit steigender Rationalisierung und Flexibilität (Badura, Walter & Hehlmann, 2010, S. 26f.).

Andererseits zeigt der demografische Wandel eine Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen und in Konnektivität damit eine Alterung der Belegschaften in den Unternehmen (Badura et al., 2010, S. 21).

Wie in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich ist, stieg die Erwerbstätigenquote von Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren im Zeitraum 2013 bis 2018 um über zehn Prozent, während jene aller Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren um bloß 1,6 Prozent zunahm (Statistik Austria, 2019a).

Abbildung 1: Arbeitsmarktstatistik 2018 – Verlauf der Erwerbstätigenquote älterer Personen zwischen 55 und 64 Jahren



Quelle: Statistik Austria (2019a). Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung

Anmerkung: Internationale Definition von Erwerbstätigen

Einfluss auf den Umgang mit älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern haben mitunter die Altersbilder, die die Ansichten von Einzelnen und der Gesellschaft als Ganzes hinsichtlich des Status als alter Mensch, des Alt-Werdens als Weg dorthin und der Gesamtheit der Älteren in einer Gesellschaft offenbaren. Jede Einzelperson und jede Gesellschaft verfügt über verschiedene Altersbilder mit unterschiedlichen Wertigkeiten. Manche prägen Generationen, andere sind schnell wieder aus dem Gedächtnis verschwunden. Sie sind individuell geprägt und wirken sich über die intragesellschaftliche Kommunikation auf die Sichtweise der Bevölkerung aus. Wie eine Gesellschaft das Alter und Altern sieht, kann sich wandeln und ist immer von kontextuellen Faktoren beeinflusst (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 27).

Ungeachtet des Blickes auf ihre älteren Bevölkerungsgruppen sind Gesellschaften generell von der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder abhängig. Um die nötigen Leistungen erbringen zu können, bedarf es neben der physischen auch der psychischen Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese bedingen sich gegenseitig und werden ihrerseits durch soziale Komponenten beeinflusst. Qualitätsvolle Arbeit kann nur erbracht werden, wenn Körper und Seele in einem Zustand des Wohlbefindens sind. Gerade in Tätigkeitsfeldern mit hohem Anteil an zwischenmenschlichen Kontakten bewirkt mangelndes Wohlbefinden eine Einbuße hinsichtlich der qualitativen und auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten abgestimmten Arbeitsinterventionen (Badura et al., 2010, S. 15f.).

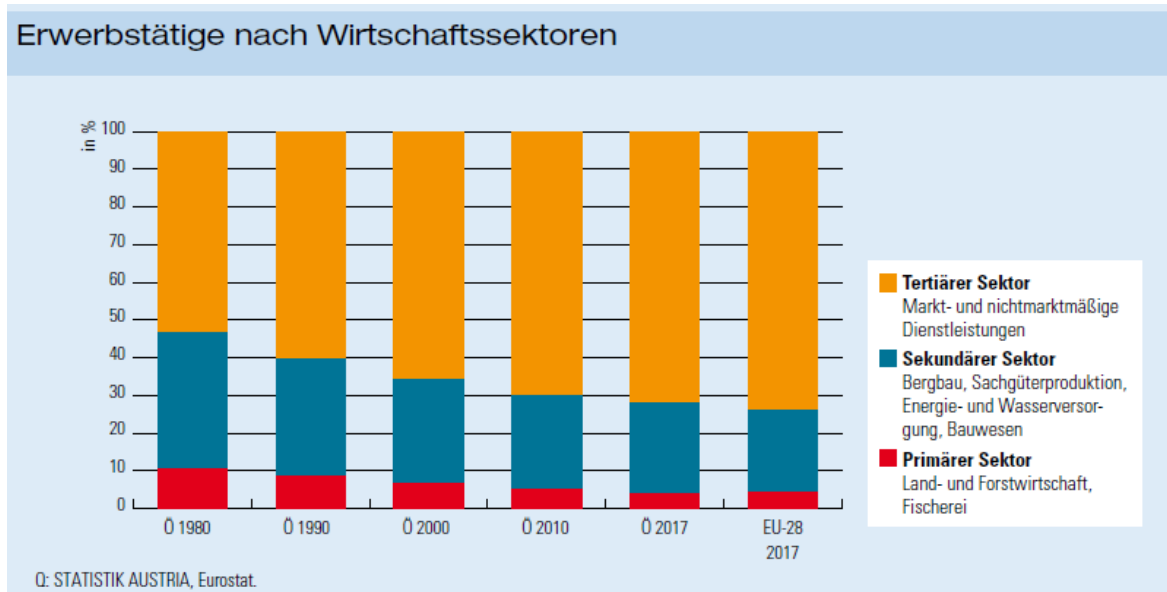
1.1 Problemstellung und Forschungsfrage

Einer der Tätigkeitsbereiche, für die eine hohe Anzahl an Kontakten mit Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder im Langzeitbetreuungsbereich mit Bewohnerinnen und Bewohnern charakteristisch ist, ist das Berufsfeld der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) und der medizinischen Fachassistenz (MFA).

Diese zählen zu den Gesundheitsberufen als durch Gesetz geregelte Professionen mit dem Ziel der positiven Beeinflussung des individuellen Gesundheitszustandes von Personen durch ganzheitliche und an die jeweilige Lebensphase adaptierte präventive, rehabilitative oder kurative Interventionssetzung (BMASGK, 2019a, S. 4).

In Österreich waren 2017 knapp 59 Prozent der erwerbstätigen Männer und beinahe 85 Prozent der Frauen im Dienstleistungssektor beschäftigt (Statistik Austria, 2019b, S. 41). Insgesamt zeigt sich, wie in Abbildung 2 ersichtlich, im Zeitverlauf eine Zunahme des tertiären Dienstleistungssektors bei gleichzeitigem Rückgang des Produktionssektors. Die österreichische Struktur entspricht 2017 der EU-weiten Tätigkeitsstruktur (Statistik Austria, 2019b, S. 47).

Abbildung 2: Tätigkeitsstruktur in Österreich im Zeitverlauf und EU-Vergleich



Quelle: Statistik Austria (2019b, S. 47)

In Zahlen ausgedrückt waren 2017 von insgesamt 4.207.013 Erwerbstätigen 3.108.509 Personen im Dienstleistungssektor tätig. Dies entspricht einem Beschäftigtenanteil von knapp 74 Prozent. Im Gesundheits- und Sozialwesen waren davon 286.756 Personen oder 6,8 Prozent eingesetzt (Statistik Austria, 2019c).

Die Zunahme der Bedeutung des Dienstleistungssektors bewirkt auch in diesem Bereich die Problematik der Alterung der diese interpersonellen Leistungen erbringenden Beschäftigten (Badura et al., 2010, S. 16). Dies bedeutet jedoch keine zwangsläufige Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Älteren. Laut dem IAB-Betriebspanel 2002 zeigen sich für Personalverantwortliche spezifische Stärken bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Vergleich zu jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Ältere zeichnen sich durch Erfahrungswissen, Arbeitsdisziplin, besonderes Augenmerk auf qualitätsvolle Arbeit, Loyalität, einen hohen theoretischen Wissensstand und hohe psychische Belastbarkeit aus. In diesen Kategorien gibt es entweder keinen Unterschied zu den Ergebnissen jüngerer Kolleginnen und Kollegen bzw. übersteigen sie deren Werte sogar (Bellmann, Kistler & Wahse, 2003, S. 30).

Gerade in Dienstleistungsbetrieben können die Stärken der älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Vorteil des Unternehmens gereichen (Rudow, 2014, S. 9). Es liegt mitunter in der Verantwortung der Unternehmen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dabei zu unterstützen, möglichst lange in gutem Gesundheitszustand arbeitsfähig zu bleiben (Naegele & Sporket, 2009, S. 279).

Das zu diesem Zweck im Unternehmen implementierte Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) nützt intern den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, den Unternehmen selbst und extern den Finanziers des Sozialsystems und der Gesellschaft als Ganzes (Hessel, 2016, S. 43f.).

Gerade durch die existenzielle Notwendigkeit leistungsfähiger Beschäftigter im Dienstleistungsbereich (König, Holzer & Kaiser, 2010, S. 115) ist die Aufrechterhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit auch in höherem Alter eine zu priorisierende Aufgabe.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird der Fokus auf die Thematik der Alterung innerhalb der Berufsgruppe der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) sowie der medizinischen Fachassistenz (MFA) im Setting der stationären Betreuung und den damit verbundenen Herausforderungen und Chancen durch Betriebliche Gesundheitsförderung gelegt.

Anhand dieser Problemstellung ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

„Welche Unterschiede bezüglich der Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigen sich bei älteren Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz im Setting stationärer Betreuung?“

1.2 Zielsetzung und Aufbau

Ziel der Arbeit ist es, durch eine qualitative empirische Untersuchung die als Ergebnis der Literaturanalyse der vorangegangenen Bachelorarbeit I (Waluschnig, 2020) identifizierten Erfolgsfaktoren für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), welches ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Setting der stationären (Langzeit)Betreuung adressiert, hinsichtlich ausgewählter in diesem Setting tätiger Gesundheitsberufe näher zu beleuchten.

Nichtziel dieser Arbeit ist eine Bewertung oder Beurteilung der stattgefundenen Interventionen.

Die gewählte Methode der empirischen Untersuchung zur Beantwortung der Forschungsfrage ist die Durchführung fünf qualitativer leitfadengestützter Einzelinterviews mit in einem Pflegewohnhaus tätigen Angehörigen ausgewählter Gesundheitsberufe. Je eine Interviewpartnerin bzw. ein Interviewpartner aus den Professionen des Diät- und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes, des ergotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes, des physiotherapeutischen Dienstes und der medizinischen Fachassistenz bzw. der dieser vorangegangenen Profession der medizinisch-technischen Fachkraft bilden repräsentativ die untersuchten Gesundheitsberufe ab.

Auswahlkriterien der Interviewpartnerinnen und -partner umfassen neben der Profession das Alter (über 40 Jahre), die Dauer der Betriebszugehörigkeit von zumindest einem halben Jahr und die hierarchische Gleichstellung im Unternehmen.

Führungskräfte werden auf Grund des unterschiedlichen Anforderungs- und Belastungsprofils aus der Zielgruppe exkludiert. Das Geschlecht der Person stellt kein Ein- oder Ausschlusskriterium dar.

Gegenstand der Untersuchung ist die Reichweite der angebotenen Maßnahmen, die Ursachen für eine Teilnahme bzw. dagegensprechende Gründe aus Sicht der Beschäftigten sowie das Angebot von bzw. der Umgang mit digitalen Elementen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Weiters wird den Befragten Raum gegeben, die von ihnen gewünschten Interventionen zu benennen.

Das Informationsblatt, die Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Interviews und der Interviewleitfaden sind im Anhang ersichtlich.

Nach der Darlegung der Problemstellung, der Zielsetzung der Bachelorarbeit und ihrem Aufbau in der Einleitung widmet sich das zweite Kapitel in einem kurzen Umriss den Begriffen Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit.

In Kapitel 3 werden jene Gesundheitsberufe erläutert, die im Rahmen der empirischen Untersuchung von Bedeutung sind. Unter die gehobenen medizinisch-technischen Dienste werden der Diät- und ernährungsmedizinische Beratungsdienst, der ergotherapeutische Dienst, der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst und der physiotherapeutische Dienst subsumiert (BMASGK, 2019a, S. 66ff.). Auf die weiteren Berufsbilder der MTD wird auf Grund fehlender Relevanz für diese Arbeit nicht gesondert eingegangen. Ergänzt wird die Darstellung der Gesundheitsberufe durch die Profession der medizinischen Fachassistenz bzw. der dieser vorangegangenen medizinisch-technischen Fachkraft.

Die Auswahl der genannten Professionen ergibt sich auf Grund der empirischen Untersuchung dieser Bachelorarbeit, die in Kapitel 5 dargestellt wird. Jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter dieser Berufe fungiert als Interviewpartnerin bzw. Interviewpartner.

In Hinführung auf den empirisch bearbeiteten Teil der Bachelorarbeit in Kapitel 5, in dem auch die Methodik und Forschungsergebnisse beschrieben werden, behandelt Kapitel 4 die Bedeutung und Thematik von BGM und BGF für Gesundheitsberufe im Setting stationärer Betreuung. Der Darlegung spezifischer Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren folgt ein Überblick über die in der Bachelorarbeit I (Waluschig, 2020, S. 47ff.) erarbeiteten Erfolgsfaktoren für BGM im genannten Setting. Kapitel 4.3 stellt die im untersuchten PflEGewohnhaus angebotenen Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar.

Nachdem in Kapitel 6 die Forschungsfrage beantwortet und diskutiert wird, bietet das abschließende Kapitel eine Zusammenfassung und einen Ausblick.

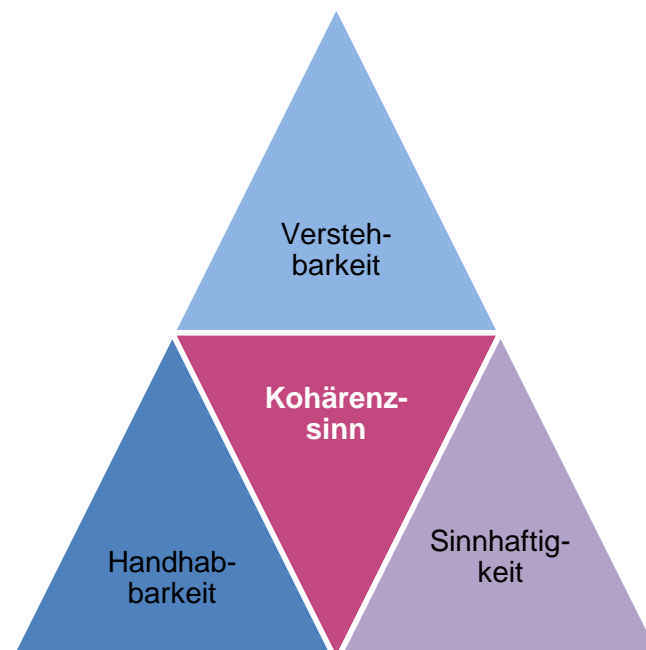
2 Gesundheit und Wohlbefinden als Grundlage der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit

Gesundheit wird durch die Ottawa Charta der WHO definiert als „positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO, 1986, S. 1). Sie bezieht Gesundheit als essenzielle Grundlage auf alle Lebensbereiche und –bedingungen. Die vielfältigen Einflussfaktoren können positiv oder negativ auf den individuellen Gesundheitszustand wirken. Um sich als Person weiterzuentwickeln und ein Leben nach den eigenen Vorstellungen in möglichst hoher Lebensqualität verbringen zu können, ist das Vorhandensein von Gesundheit unabdingbar (WHO, 1986, S. 1f.).

Der Grundgedanke der Gesundheit als Ergebnis des eigenen Denken und Handelns und der Beeinflussbarkeit durch den Umgang mit Stressfaktoren findet sich in der Theorie der Salutogenese nach Antonovsky wieder. Sie beruht auf dem Vorhandensein individueller Ressourcen (generalized resistance resources, GRRs), die den Sense of Coherence (SOC) oder Kohärenzsinn prägen. Der SOC besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehension), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) (Eriksson & Lindström, 2008, S. 191).

Abbildung 3 stellt das beschriebene Modell und seine Komponenten im Überblick dar.

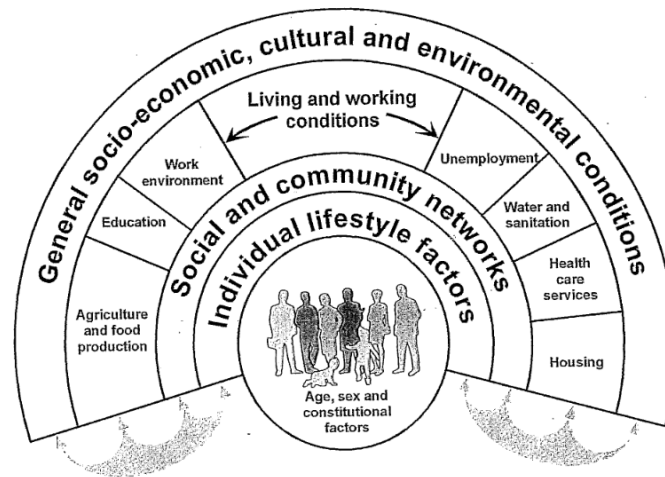
Abbildung 3: Modell der Salutogenese nach Antonovsky



Quelle: Eriksson und Lindström (2008, S. 191)
Anmerkung: eigene Darstellung

Die bereits durch die WHO in der Ottawa-Charta beschriebene Mehrdimensionalität der Gesundheit wird durch das Regenbogen-Modell nach Dahlgren und Whitehead (2007, S. 11), das in Abbildung 4 ersichtlich ist, veranschaulicht. Es zeigt das Zusammenwirken der einzelnen Faktorengruppen in der Reihung von im Inneren dargestellten individuellen bis außen abgebildeten gesellschaftlichen Einflüssen.

Abbildung 4: Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen



Quelle: Dahlgren & Whitehead (2007, S. 11)

Im beruflichen Kontext, besonders im Bereich der pflegerischen und therapeutischen Berufe, greift das Modell der Gratifikationskrisen die Quelle der Belohnung als Gefährdung für Wohlbefinden und Gesundheit auf. Die oftmals intrinsisch motivierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer empfinden das Ausbleiben adäquater Gratifikationen als Ausgleich für ihre Arbeit und ihr Engagement als fehlende Wertschätzung und Demotivation (Siegrist & Dragano, 2008, S. 308).

Die Notwendigkeit, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, ist nicht nur für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst von Bedeutung, sondern auch ein wichtiges Anliegen der Unternehmen. Wird von Arbeitsfähigkeit gesprochen, kann diese nach Ilmarinen folgendermaßen definiert werden: „Work ability is built on the balance between a person’s resources and work demands. A person’s resources consist of health and ability, education and competence, and values and attitudes“ (2006, S. 133). Ilmarinen entwickelte das „Haus der Arbeitsfähigkeit“, welches sich mit dem Zusammenwirken der einzelnen Kategorien von Faktoren, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausüben, beschäftigt. Die Benennung als „Haus der Arbeitsfähigkeit“ findet sich in der Darstellung als mehrstöckiges Gebäude wieder, bei dem jede Etage eine Kategorie an Determinanten repräsentiert.

Es handelt sich dabei als Basis um den individuellen Gesundheitszustand in physischer und psychischer Ausprägung. Darauf aufbauend wirken Qualifikationen, Wissen und Kompetenzen als zweites Stockwerk, die individuellen Werte, Einstellungen und Motive als dritte Ebene und zuoberst die Arbeitsumgebung, ihre inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung sowie die Komponente der Führung förderlich oder beschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Individuums. Außerhalb des Hauses müssen Einflussfaktoren der relevanten sozialen Umwelten von Familie, Freundeskreis, Gesellschaft und politische Gegebenheiten in das Konzept miteinbezogen werden (Ilmarinen, 2006, S. 132ff.). Der Begriff des Wohlbefindens am Arbeitsplatz beschreibt die Qualität der Struktur der Arbeitsfähigkeit. Der Fokus liegt dabei auf dem Netzwerk der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz und der Qualität der Arbeitsumgebung (Ilmarinen, 2006, S. 134).

3 Gesundheitsberufe

„Unter einem Gesundheitsberuf (im Original fett) ist ein auf Grundlage des Kompetenztatbestandes Gesundheitswesen (im Original fett) (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden“ (BMSGK, 2019a, S. 4).

Der Begriff der Gesundheitsberufe umfasst mehrere Berufsfelder. Die bei dieser Bachelorarbeit im Fokus stehenden Gesundheitsberufe sind jene der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz.

Laut MTD-Gesetz (Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste) § 1 zählen zu den gehobenen medizinisch-technischen Diensten unter Z 1 der physiotherapeutische Dienst, unter Z 4 der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst, unter Z 5 der ergotherapeutische Dienst und unter Z 6 der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst.

Die medizinische Fachassistenz wird durch das MABG (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie) geregelt.

Angehörige der Gesundheitsberufe können intra- und extramural tätig sein. Ihr Aufgabengebiet reicht von Prävention über Diagnostik bis zu Therapie und Rehabilitation. Sie haben die Pflicht, ihren Beruf gewissenhaft ohne Unterschied der Person der Klientinnen und Klienten „unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und Berufspflichten (im Original fett) und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen (im Original fett)“ auszuführen (BMSGK, 2019a, S. 4).

Allen gehobenen medizinisch-technischen Diensten ist gemäß MTD-Gesetz § 3 Abs 1 gemeinsam, dass das Recht zur Ausübung ihrer Profession an Bedingungen geknüpft ist. § 3 Abs 1 Z 1 leg.cit. bestimmt die Handlungsfähigkeit „in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung“ als Bedingung, nach § 3 Abs 1 Z 2 leg.cit. ist die „gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit“ nötig. § 3 Abs 1 Z 3 leg.cit. behandelt die adäquate und anerkannte Ausbildung als Prämisse. Diese kann durch Diplomierung nach § 3 Abs 1 Z 3 leg.cit. „an einer medizinisch-technischen Akademie für den entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienst“, durch ein diesem Diplom gleichgestellten Ausbildung nach § 3 Abs 3 Z 1, Z 2, Z 2a und Z 3 leg.cit. oder durch ein Fachhochschul-Bachelorstudium nach § 3 Abs 4 leg.cit. erfolgt sein.

In § 3 Abs 1 Z 4 leg.cit. werden die „für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse“ angeführt und unter Z 5 die notwendige Eintragung ins Gesundheitsberuferegister gemäß GBRG (Gesundheitsberuferegister-Gesetz – Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen). Gemäß MTD-Gesetz § 4 Abs 1 genießen die Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste besonderen gesetzlichen Schutz durch einen Tätigkeits- und Berufsvorbehalt.

§ 11d Abs 1 leg.cit. enthält Bestimmungen über die Fortbildungspflicht aller gehobenen medizinisch-technischen Dienste in festgesetztem Mindestausmaß von 60 Stunden in einem Zeitraum von fünf Jahren. Nach § 11d Abs 1 Z 1 leg.cit. dienen diese Fortbildungen der „Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft“ oder nach Z 2 der weiteren Beschäftigung mit während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen.

3.1 Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst

Diätologinnen und Diätologen können gemäß MTD-Gesetz § 2 Abs 4 eigenverantwortlich je nach Bereich mit und ohne ärztliche Anordnung tätig werden. Ohne ärztliche Anordnung sind die Ernährungsberatung gesunder Personen oder Personengruppen sowie von Personen oder Gruppen in besonders belastenden Situationen wie etwa während einer Schwangerschaft oder bei Sportlerinnen und Sportlern, die Wahl der Komponenten der Ernährung und die Berechnung damit verbundener Werte möglich. Bei kranken oder krankheitsverdächtigen Menschen darf nur auf ärztliche Anordnung hin die „Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung sowie die Anleitung und Überwachung der Zubereitung besonderer Kostformen zur Ernährung [...] einschließlich der Beratung der Kranken oder ihrer Angehörigen über die praktische Durchführung ärztlicher Diätverordnungen innerhalb und außerhalb einer Krankenanstalt“ erfolgen.

Ihr Handeln findet im Einklang mit berufsethischen Leitlinien sowie im Kontext anderer relevanter Professionen statt. Gesetzliche Vorschriften und ökonomische Grundsätze müssen beachtet werden (BMASGK, 2019a, S. 79ff.).

Der diätologische Prozess umfasst mehrere Phasen und reicht von Anamnese und Statushebung über Planung und Durchführung hin zu Evaluation und Adaptation. Begleitet wird der gesamte Prozess durch qualitätssichernde Interventionen und Dokumentation (BMASGK, 2019a, S. 80).

Abbildung 5 stellt den Prozess dar.

Abbildung 5: Diätologischer Prozess



Quelle: Verband der Diätologen Österreichs (2020)

Neben den fachlichen Kompetenzen verfügen Diätologinnen und Diätologen über organisatorische, administrative, soziale und kommunikative Fähigkeiten sowie die Befähigung zur Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zu den Betreuten. Wissenschaftliche Kompetenzen umfassen das Vermögen zu gezielter Recherche, zur Anwendung evidenzbasierter Methoden und zur Weiterentwicklung der Erkenntnisse (BMASGK, 2019a, S. 81).

3.2 Ergotherapeutischer Dienst

Nach MTD-Gesetz § 2 Abs 5 bedürfen therapeutische Interventionen bei kranken und beeinträchtigten Personen ärztlicher Anordnung. Ohne ärztliche Anordnung kann die Beratung und Schulung über die Themen Ergonomie und allgemeiner Gelenkschutz bei gesunden Menschen durchgeführt werden. Das Spektrum der in Eigenverantwortung erbrachten Anwendungen reicht von Gestaltungs- und Handwerkstherapien über Hilfe zur Selbsthilfe bis zu Hilfsmittel- und Schienen-Versorgung, -Gebrauch sowie –Herstellung sowohl in prophylaktischer, therapeutischer als auch rehabilitativer Zielsetzung.

Gesetzliche Vorschriften, eine dem Berufsethos entsprechende Werthaltung, organisatorische Prinzipien sowie die Beachtung von Effizienz und Effektivität stellen die Leitlinien aller gesetzten Maßnahmen dar (BMASGK, 2019a, S. 84f.).

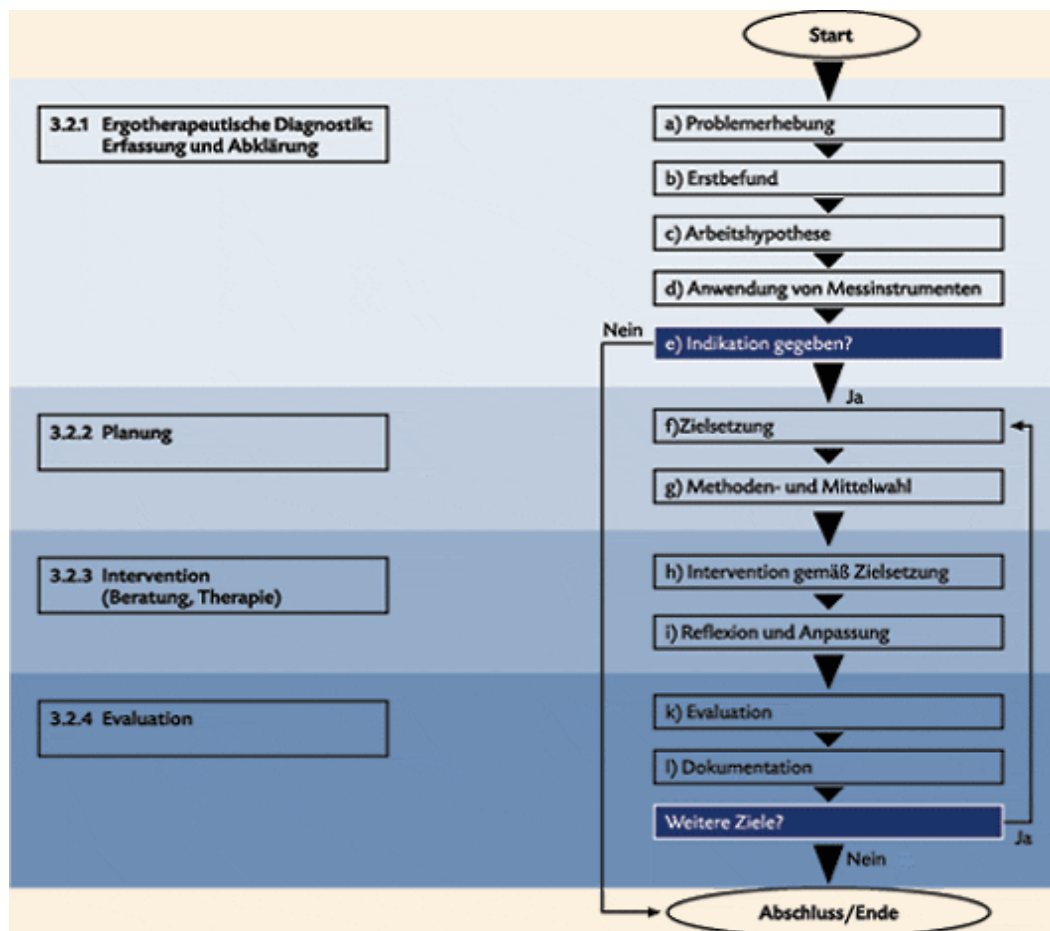
Die Ergotherapie findet oft in Kombination mit Interventionen durch andere Gesundheitsberufe statt. Dabei sind die jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten zu respektieren und die eigenen Anwendungen im Licht der gesamten Betreuungsspanne zu reflektieren (BMASGK, 2019a, S. 84).

Ergotherapeutinnen und –therapeuten verfügen über die fachlichen und methodischen Kompetenzen, um auf die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Umweltbedingungen der Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmte Interventionen zu setzen. Der Fokus der Ergotherapie liegt auf der Ermöglichung größtmöglicher Selbstständigkeit (BMASGK, 2019a, S. 84).

Nach Erhalt der ärztlichen Anordnung erfolgt der mehrere Stufen durchlaufende ergotherapeutische Prozess. Nach der berufsspezifischen Befundung und Identifikation des Problems und nach Erhalt aller relevanten Informationen erfolgt die Festlegung therapeutischer Ziele in Zusammenwirken mit den Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern. Darauf aufbauend erfolgen die zielorientierte Planung adäquater Interventionen und deren fachlich und wissenschaftlich fundierte Umsetzung. Ständige Reflexion und Evaluation mit Anpassung der Maßnahmen im Falle nötiger Änderungen geht mit Dokumentationserfordernissen und Anforderungen des Qualitätsmanagements einher (BMASGK, 2019a, S. 83ff.).

Abbildung 6 stellt den beschriebenen Prozess grafisch dar.

Abbildung 6: Ergotherapeutischer Prozess



Quelle: Claudiana (o.J.)

Zusätzlich zu den fachlichen Kompetenzen verfügen Angehörige des ergotherapeutischen Dienstes über soziale, empathische und kommunikative Fähigkeiten sowie Professionalität und Verantwortungsbewusstsein. Wissenschaftliche Kompetenzen hinsichtlich Recherche, Anwendung und Weiterentwicklung bisheriger und zusätzlicher Erkenntnisse ergänzen das Kompetenzprofil (BMASGK, 2019a, S. 85).

3.3 Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst

Logopädinnen und Logopäden können gemäß MTD-Gesetz § 2 Abs 6 nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich Audiometrien durchführen sowie Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckbeschwerden therapieren.

Die Behandlung findet im Rahmen eines logopädischen Prozesses statt, der auf die Fähigkeit der Kommunikation fokussiert und diese zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen hilft (BMASGK, 2019a, S. 87f.).

Ihr therapeutisches Wissen wenden Angehörige des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes im Rahmen der Gesetze und unter Einhaltung berufsethischer und ökonomischer Grundsätze in einem Arbeitsverhältnis oder freiberuflich an. Weitere interprofessionelle Therapien durch andere Gesundheitsberufe sind dabei zu berücksichtigen und die multiprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohl der Therapierten zu fördern (BMASGK, 2019a, S. 88ff.). Der therapeutische Prozess umfasst die Phasen der berufsspezifischen Anamnese, Befundung, der Problemidentifizierung, der Erstellung eines geeigneten Therapieplans nach Festlegung der Ziele und der Umsetzung der Interventionen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner sowie fachlicher und wissenschaftlicher Grundlagen. Eine Evaluation der Ergebnisse und die Anpassung der Interventionen an veränderte Bedingungen sind notwendige Aufgaben, um die Qualität der Therapie zu sichern. Die vorgenommenen Befundungen und Maßnahmen sind zu dokumentieren. Neben den fachlichen Kompetenzen verfügen Angehörige des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes über organisatorische, soziale, empathische und kommunikative Fähigkeiten sowie Professionalität und Verantwortungsbewusstsein. Wissenschaftliche Kompetenzen für Recherche, Anwendung und Weiterentwicklung bisheriger und zusätzlicher Erkenntnisse ergänzen das Kompetenzprofil (BMASGK, 2019a, S. 88f.).

3.4 Physiotherapeutischer Dienst

Nach MTD-Gesetz § 2 Abs 1 umfasst der physiotherapeutische Dienst in Eigenverantwortung erbrachte Leistungen. Bei gesunden Menschen darf eine beratende Tätigkeit ohne ärztliche Anordnung geschehen, anderenfalls bedarf es immer einer ärztlichen Anordnung. Das Leistungsspektrum erstreckt sich über präventive, therapeutische und rehabilitative Anwendungen und umfasst vielerlei Maßnahmen wie „alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen“ (MTD-Gesetz §2 Abs 1).

Diese Tätigkeiten können im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses oder in freiberuflicher Ausübung erfolgen (BMASGK, 2019a, S. 69).

Leitlinien aller gesetzten Maßnahmen stellen neben den gesetzlichen Vorschriften eine dem Berufsethos entsprechende Werthaltung, hygienische Richtlinien und organisatorische Prinzipien sowie die Beachtung ökonomischer Grundsätze dar (BMASGK, 2019a, S. 66ff.).

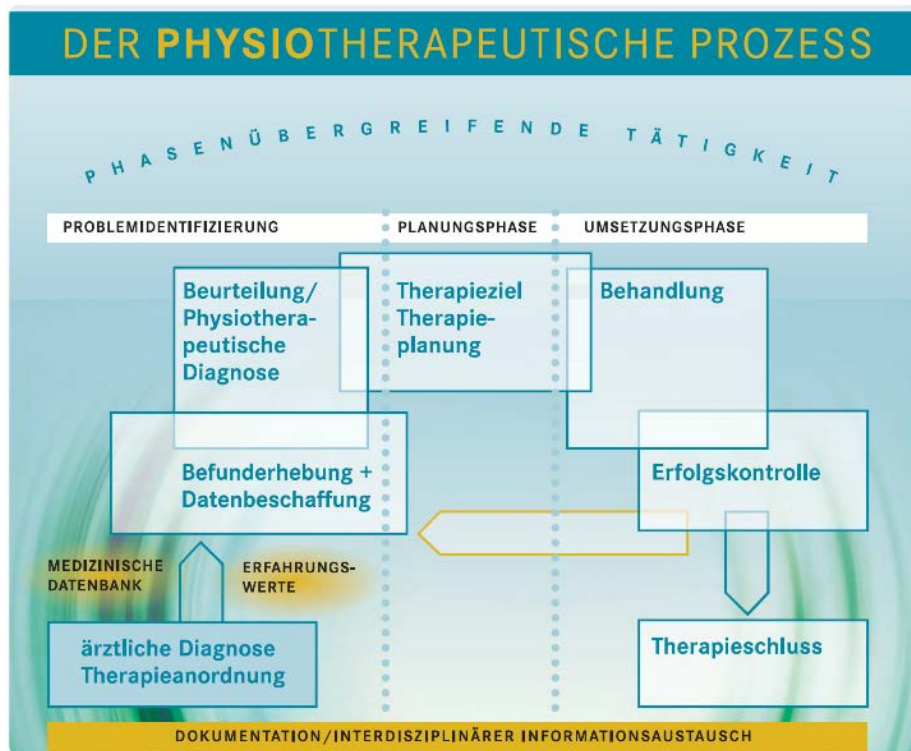
In Anwendung der Physiotherapie ist sie als Teil einer multiprofessionellen Betreuung besonders im intramuralen Bereich zu sehen und darauf zu achten, dass die Zuständigkeiten anderer Professionen berücksichtigt und wertgeschätzt werden (BMASGK, 2019a, S. 67).

Physiotherapeutinnen und –therapeuten verfügen über die fachlichen und methodischen Kompetenzen, um auf die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmte Interventionen zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung von körperlichen bewegungsbezogenen Fähigkeiten anzuleiten oder durchzuführen (BMASGK, 2019a, S. 66f.).

Nach Erhalt der ärztlichen Anordnung erfolgt der physiotherapeutische Prozess als Abfolge mehrerer Schritte. Nach der Befundung und Identifikation des Problems und der Festlegung therapeutischer Ziele in Übereinstimmung mit den Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern erfolgt die Planung geeigneter zielgerichteter Maßnahmen. Ihre Durchführung beruht auf fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Einer Evaluation folgt gegebenenfalls die Adaptation der Interventionen. Begleitet wird der Prozess durch ständige Qualitätssicherung und Dokumentation (BMASGK, 2019a, S. 67f.).

Die nachfolgende Abbildung 7 stellt den physiotherapeutischen Prozess im Überblick dar.

Abbildung 7: Physiotherapeutischer Prozess



Quelle: Felder (o.J.)

Zusätzlich zu den fachlichen Kompetenzen verfügen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten über solche im sozialen, kommunikativen und selbstreflektorischen Bereich wie „Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Gestaltungs- und Mitbestimmungsfähigkeit, Teamfähigkeit und professionelles Selbstverständnis für die Berufsausübung“ (BMASGK, 2019a, S. 68). Wissenschaftliche Kompetenzen für Recherche, Anwendung und Weiterentwicklung bisheriger und zusätzlicher Erkenntnisse ergänzen das Kompetenzprofil (BMASGK, 2019a, S. 66ff.).

3.5 Medizinische Fachassistenz

Die medizinische Fachassistenz gemäß MABG § 11 ist ein Kombinationsberuf mit unterschiedlichen Qualifikationen je nach Art der Kombination der Grundberufe. Diese müssen zumindest drei medizinische Assistenzberufe oder einen medizinischen Assistenzberuf in Verbindung mit Pflegeassistenz und der Ausbildung zur medizinischen Masseurin oder zum medizinischen Masseur umfassen (BMASGK, 2019a, S. 154f.). Die Berufsbezeichnung bezieht sich nach MABG § 12 Abs 9 entweder auf den medizinischen Assistenzberuf mit hauptsächlicher Anwendung und ergänzender Angabe „(MFA)“ oder nach § 12 Abs 8 leg.cit. kann die Bezeichnung „Diplomierte medizinische Fachassistentin (MFA)“ bzw. „Diplomierter medizinischer Fachassistent (MFA)“ lauten.

Auf Grund des höheren Alters der Zielgruppe dieser Bachelorarbeit ist der Beruf, der der medizinischen Fachassistenz vorausging und in dem die Beschäftigten tätig sind, jener der medizinisch-technischen Fachkraft (MTF). Laut MTF-SHD-G (Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste) wird dieser Beruf nicht mehr ausgebildet. Ihr Einsatzbereich umfasst einfache Labortätigkeiten, radiologische Hilfstätigkeiten mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung sowie einfache physiotherapeutische Interventionen. Medizinisch-technische Fachkräfte benötigen für ihr Handeln ärztliche Anordnungen (BMASGK, 2019a, S. 156). Sie arbeiten im multiprofessionellen Team mit diversen Gesundheitsberufen zusammen. Ihr Aufgabengebiet umfasst den Gebrauch medizinisch-technischer Geräte und manuelle Anwendungen und erstreckt sich im physikalischen Bereich über Elektrotherapien, Hydrotherapien, Thermotherapien hin zu manuellen Interventionen wie Massagen und der Basismobilisation (BMASGK, 2019a, S. 156; WKO, 2020).

4 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für Gesundheitsberufe im Setting stationärer Betreuung

Der Bereich der Long Term Care ist in seiner Bedeutung auf Grund der demografisch bedingten Veränderungen im Steigen begriffen (European Commission, 2020). Die längere Lebenserwartung korreliert mit zunehmendem Risiko, in höherem Alter pflegebedürftig auf Grund von physischer und psychischer Multimorbidität zu werden (Kuhlmey, 2009, S. 302).

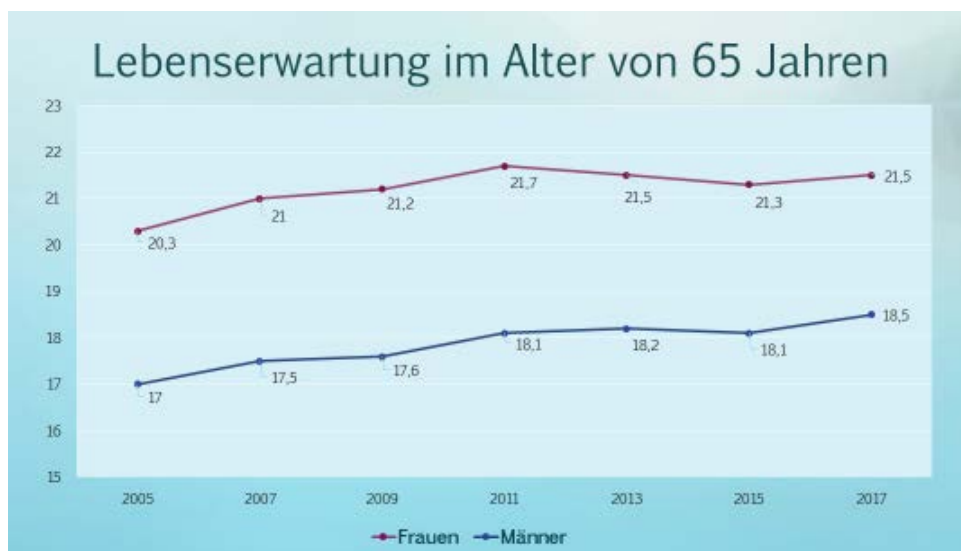
Die steigende Lebenserwartung geht jedoch mit sinkender Möglichkeit zu informellen Hilfeleistungen durch die Familien auf Grund struktureller Änderungen in den familiären Gefügen einher. Dadurch wirkt sich der demografische Wandel auf die Versorgungsstrukturen der Langzeitbetreuung älterer und hochaltriger Menschen in der EU aus (European Commission, 2020). Der Wunsch der meisten Älteren geht dahin, solange wie möglich in ihren eigenen Wohnungen bleiben zu können – bei Bedarf mit Unterstützung durch informelle und professionelle extramurale Dienstleistenden (Kuhlmey, Dräger, Winter & Beikirch, 2010, S. 6).

Erst wenn die Belastung für die pflegenden Angehörigen zu groß wird und/oder sich kognitive Erkrankungen und starke kognitive Leistungseinbußen bemerkbar machen, sind viele Menschen dazu bereit, in ein Pflegeheim zu übersiedeln (Kuhlmey et al., 2010, S. 8).

Die Problematik besteht in der divergierenden Entwicklung der Lebenserwartung insgesamt und der gesunden Lebensjahre als Anzahl jener Jahre, die eine Person in einem bestimmten Alter erwartungsgemäß noch in gesundheitlich gutem Zustand verbringen kann. In Österreich zeigt sich ein Vergleich der gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years, HLY) für Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren im Zeitvergleich 2010 und 2017 als sinkend für beide Geschlechter. Bei Frauen betrug der Wert 2010 7,9 Jahre und 2017 7,5 Jahre, bei Männern 8,5 Jahre (2010) und 7,6 Jahre 2017 (Eurostat, 2019). Der Gesundheitszustand der in stationäre Versorgungseinrichtungen aufgenommene Personen zeigt sich zum Zeitpunkt der Aufnahme zunehmend schlechter (Blüher & Kuhlmey, 2019, S. 262).

Gleichzeitig erweist sich die Lebenserwartung insgesamt und geschlechterunabhängig tendenziell steigend, wie dies in der nachfolgenden Abbildung 8 ersichtlich ist.

Abbildung 8: Lebenserwartung bei 65-Jährigen im Geschlechts- und Zeitvergleich 2005 bis 2017 in Österreich



Quelle: Eurostat (2020)

Anmerkung: eigene Darstellung

Das Prinzip 18 der Europäischen Säule Sozialer Rechte (European Pillar of Social Rights) formuliert das Recht jeder Bürgerin und jedes Bürgers der EU in Bezug auf Langzeitbetreuung im Bedarfsfall folgendermaßen: “Everyone has the right to affordable long-term care services of good quality, in particular home-care and community-based services“ (European Parliament, Council of the EU, European Commission, 2017, S. 21).

Zur Realisierung dieses Rechts auf leistbare Langzeitbetreuung braucht es adäquate Einrichtungen und genügend sowie gut qualifiziertes und arbeitsfähiges Personal (Cichocki, Quehenberger, Zeiler & Krajic, 2015b, S. 206).

Zu den an der Betreuung beteiligten und von der Alterung ihrer Mitglieder im Zuge des demografischen Wandels betroffenen Professionen zählen die den Gesundheitsberufen zugeordneten gehobenen medizinisch-technischen Dienste und die medizinische Fachassistenz (Badura et al., 2010, S. 16; BMASGK, 2019a, S. 66ff.).

Eine größere Anzahl in stationäre Betreuung aufgenommene alte und hochaltrige Personen bedingen die Arbeitsfähigkeit der sie betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen. Um deren Arbeitsfähigkeit möglichst lange zu erhalten, braucht es ein strategisches gesundheitsförderliches Konzept seitens der Unternehmen, das zur Sicherung der Effektivität zugleich die Verhältnisse und das Verhalten der Beschäftigten im Fokus haben muss (ENWHP, 2007).

4.1 Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren

Petrelli, Scurri, Tanzi, Nguyễn und Grappasonni (2019, S. 28) benennen das Arbeitsfeld des Gesundheitswesens als ein Gebiet, das in vielfacher Hinsicht eine höhere Dimension an Stressfaktoren für die Beschäftigten mit sich bringt. Dieser Umstand kann dazu führen, dass sich die emotionalen Ressourcen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erschöpfen.

Das Setting der geriatrischen Pflegeheime bringt eine erhöhte psychische Belastung mit sich (Maier & Kälin, 2015, S. 287). Glaser, Lampert und Weigl (2008, S. 49ff.) nennen als belastende Faktoren das Charakteristikum der Motive der Beschäftigten und ihre persönlichen Werte und Haltungen, die durch die Organisation vorgegebenen Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld, die Notwendigkeit EDV-unterstützter Dokumentation sowie die soziale Komponente der Arbeit in diesem Umfeld. Weiters beeinflussen der häufige und intensive interpersonelle Kontakt sowohl zu den zur Betreuung anvertrauten Menschen als auch zu den Kolleginnen und Kollegen und weiteren involvierten Personengruppen, zeitlicher und finanzieller Rationalisierungsdruck, mangelnde oder unklare Informationslage und fehlende Erfolgserlebnisse in Bezug auf die gesetzten Interventionen die psychischen und emotionalen Ressourcen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Im Berufsfeld der Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz im untersuchten Setting spielt der etwa durch Jansen und Müller (2000, S. 257f.) genannte Belastungsfaktor des Nacht-, Schicht- oder Wechseldienstes keine Rolle. Jedoch wirkt sich die Notwendigkeit schweren Hebens, Tragens und des Einnehmens ungünstiger Körperhaltungen physisch belastend aus.

Nach einer in Schweden durchgeführten Studie an Ergo- und Physiotherapeutinnen und –therapeuten zeigte sich eine Korrelation zwischen fehlender oder mangelnder Gratifikation als Ausgleich für die erbrachte Leistung und Unzufriedenheit mit der Arbeit und einem erhöhten Stress- und Burn-out Risiko (Enberg, Nordin & Öhman, 2010).

Maslach, Schaufeli und Leiter (2001, S. 402f.) beschreiben Burn-out im Arbeitskontext in drei Dimensionen, die dieses Syndrom kennzeichnen. Es sind dies Erschöpfungsgefühl (exhaustion), Entpersonalisierung (depersonalization) und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (reduced personal accomplishment). Die Erschöpfung macht sich meist als Müdigkeit, Energieverlust, erhöhte Reizbarkeit und andere psychosomatische Beschwerden bemerkbar. Entpersonalisierung zeigt sich in abnehmender Empathie und dem veränderten Zugang zu Klientinnen und Klienten als Fall oder Nummer. Die sinkende Leistungsfähigkeit bewirkt im Individuum das Gefühl fehlender Kompetenz und Effizienz der gesetzten Interventionen.

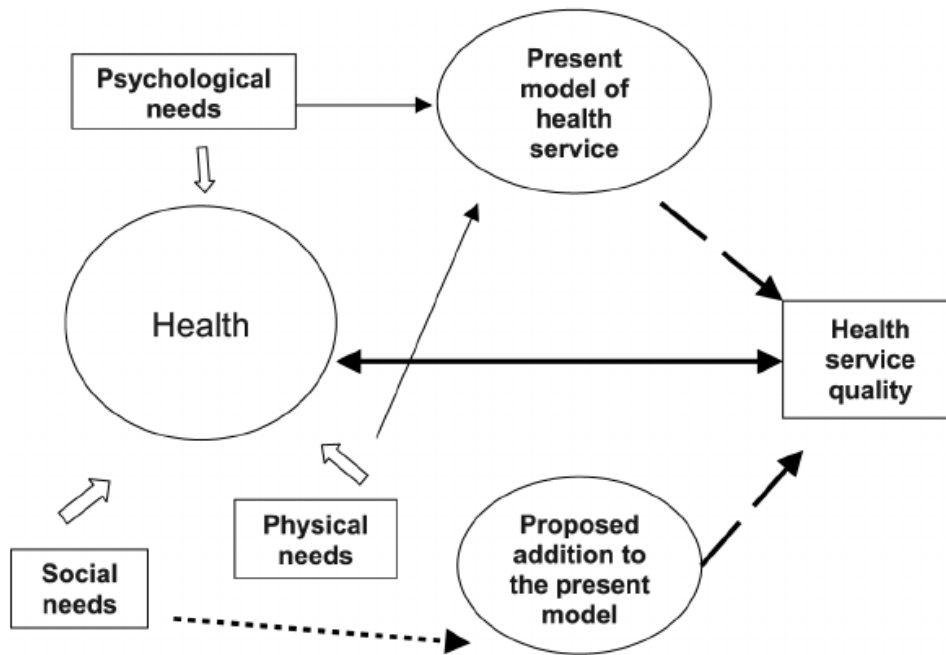
Die Beschreibung des Syndroms deckt sich mit jener der WHO (2019). Doch ist nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigt. Eine Vielzahl von an Burn-out Leidenden wirkt sich auf die diese beschäftigenden Unternehmen negativ auf Grund verminderter Leistungsfähigkeit und häufiger Absenzen aus (Pustulka-Piwnik, Ryn, Krzywoszański & Stożek, 2014, S. 454). Auch Anwesenheit trotz verminderter Leistungsfähigkeit, sogenannter Präsentismus, verursacht Kosten durch die reduzierte Produktivität. Bei Berufen mit häufigem interpersonellem Kontakt mit Klientinnen und Klienten und großer Intensität an wissensbasierten Leistungen ist eine quantitäts- und qualitätsmindernde Beeinflussung der Arbeitsleistung durch beeinträchtigtes Wohlbefinden oder einen schlechteren Gesundheitszustand möglich (Steinke & Badura, 2011, S. 20). Doch nicht nur die finanziellen Folgen dieses Vorgehens sind von negativer Bedeutung. Erscheinen Menschen krank und nicht voll leistungsfähig zur Arbeit, wird dieser Präsentismus oftmals durch Medikamenteneinnahmen ermöglicht, die nur die Symptome, nicht aber die Ursachen der Erkrankungen bekämpft (Badura et al., 2010, S. 16).

Nach einer in Zentralitalien durchgeführten Studie an Beschäftigten im Gesundheitswesen in Bezug auf die Ausprägung der Komponenten des Syndroms Burn-out zeigten sich vor allem bei den sich über 15 Jahre in Ausübung ihrer jeweiligen Berufe befindlichen Personen erhöhte Werte an emotionaler Erschöpfung und Entpersonalisierung. Die mittleren und hohen Werte beider Kategorien überstiegen jeweils die Anteile der Angaben niedriger Ausprägung. Nur im Bereich der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit zeigte sich kein Überhang der mittleren und hohen Werte gegenüber den niedrigen. Die Autorinnen und Autoren führten als mögliche Erklärung eine gegebenenfalls vorhandene Hemmschwelle beim Ausfüllen des Fragebogens an, wenn es zur direkten Frage nach Leistungsminderung am Arbeitsplatz kam (Petrelli et al., 2019, S. 25ff.).

Abbildung 9 zeigt in Anlehnung an die in der Deklaration von Alma-Ata durch die WHO verkündete Definition von Gesundheit als „a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity“ (1978, S. 1) ein Modell der Determinanten der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern.

In Analogie dazu kann dieses Modell verwendet werden, die Belastungsfaktoren im Setting stationärer Betreuung aufzuzeigen. Um die Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich zu betreuen, muss die Dienstleistung der Beschäftigten über die bloß physische Versorgung hinausgehen. Um Gesundheit bzw. den bestmöglich zu erreichenden Gesundheitszustand bei den Bewohnerinnen und Bewohnern wiederherzustellen bzw. zu erhalten, braucht es die Befriedigung der psychologischen und sozialen Bedürfnisse in Kombination mit den auf die physischen Belange bezogenen Interventionen.

Abbildung 9: Determinanten der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern



Source: Based on the definition of "health" by WHO (1978)

Quelle: Rose, Uli, Abdul & Ng (2004, S. 149)

Die Arbeit im Setting der stationären Betreuung stellt an die Beschäftigten vielfältige Anforderungen, sei es in Konnektivität mit den Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern oder durch die multiprofessionelle Arbeit und den damit verbundenen unterschiedlichen Zugängen zum Thema der Versorgung. Betriebliches Gesundheitsmanagement muss diese Spezifika berücksichtigen (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352), um im Sinne der Luxemburger Deklaration der ENWHP umfassend auf die Verhältnisse und das individuelle Verhalten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einwirken zu können (2007, S. 4). Besonderes Augenmerk ist dabei laut Maier und Kälin auf das große Ausmaß psychischer Belastungen zu legen, die die vielfältigen Herausforderungen im Arbeitsalltag in diesem Setting mit sich bringen können (2015, S. 287).

4.2 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für Setting-spezifische BGF

Jede Arbeitstätigkeit ist mit Belastungen verbunden. Wie eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer mit ihnen umgehen kann, hängt mitunter davon ab, welche organisationalen, tätigkeitsbezogenen und individuellen Ressourcen vorhanden sind (Rudow, 2014, S. 58).

Die ENWHP hat in der Luxemburger Definition (2007, S. 4) allgemeine Erfolgsfaktoren für Betriebliche Gesundheitsförderung festgelegt. Es handelt sich dabei um eine umfassende Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, die sowohl bestehende Risiken zu reduzieren als auch bestehende Potentiale zu nutzen helfen. Dies kann nur integriert und unter Partizipation der Beschäftigten als systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement geschehen.

Die Vorbildwirkung der Führungskräfte durch Motivation, Ressourcenmanagement und gesundheitsförderliches zielgerichtetes Führen erweisen sich als Erfolgsfaktoren für nachhaltiges integriertes BGM (Brause, Kleina, Horn & Schaeffer, 2015, S. 45; Glaser et al., 2008, S. 60ff.; Spieß & Stadler, 2007, S. 255ff.). Ebenso wirken nach Cichocki, Quehenberger und Krajic (2015a, S. 16) die Teilhabe der Betroffenen sowohl am Planungsprozess als auch als direkt Umsetzende der Maßnahmen im Sinne der ENWHP.

Auf den Erhalt eines möglichst hohen Niveaus vorhandener Ressourcen und die Sicherung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten kann Betriebliches Gesundheitsmanagement förderlich einwirken, vor allem, wenn bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die organisationalen Elemente von Arbeitsumgebung und Arbeitszeit sowie die Aneignung neuer Qualifikationen mit einbezogen werden (Jansen & Müller, 2000, S. 260).

Um die richtigen Interventionen in Hinblick auf die Belastungsfaktoren im Setting der stationären Betreuung zu setzen, braucht es eine Bedarfsanalyse vor der Planung konkreter Maßnahmen (Walter, 2010, S. 256).

Da die einzelnen Bereiche eines Unternehmens meist unterschiedliche Belastungsfaktoren aufweisen, denen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen begegnet werden soll, ist es vorteilhaft, die Interventionen auf spezifische Abteilungen mit hohem Handlungsbedarf zu beschränken, um ihre Effektivität zu erhöhen (Cichocki et al., 2015a, S. 16).

Diesbezüglich hilft die Konzeption und Umsetzung eines Pilotprojektes vor der finalen Implementation, mögliche Fehlerquellen und Adaptationsbedarf zu lokalisieren und die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen zu erhöhen (Nieder & Michalk, 2007, zitiert nach Nieder & Rimbach, 2012, S. 32).

Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass sich Beschäftigte im Gesundheitswesen meist einem Konglomerat von Belastungsfaktoren stellen müssen, das sich aus physischen und psychischen Determinanten zusammensetzt (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352; Jansen & Müller, 2000, S. 258f.). Durch die auf Grund der oft intrinsischen Motivation der Beschäftigten in diesem Setting auftretenden Gratifikationskrisen ist es essenziell, dem Risiko von Burnout im Rahmen der BGF gesondert zu begegnen (Brause et al., 2015, S. 47; Siegrist & Dragano, 2008, S. 308).

Die Reichweite der Maßnahmen wird durch ein kombinatorisches Angebot von analogen und digitalen gesundheitsförderlichen Interventionen erhöht. Zu beachten ist dabei, dass digitale Angebote als Erweiterung, nicht als Ersatz für analoge Maßnahmen dienen (Hasselmann, 2018, S. 60ff.).

4.3 Angebote der BGF im Setting

Einige der im untersuchten Pflegewohnhaus angebotenen Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, welche in den durchgeführten Interviews genannt werden, werden in diesem Kapitel genauer dargestellt. Zum Teil werden dabei die Angaben der interviewten Personen einbezogen, die eine Beschreibung der stattgefundenen Maßnahmen ergänzen.

4.3.1 Entspannungstraining / Qi Gong

Das Entspannungstraining ist ein durch vielfältige Anwendungsbereiche und –möglichkeiten gekennzeichnetes Gebiet. Es dient der Gesundheitsförderung durch die Reduktion von Stress und Unruhe und in weiterer Folge der Prävention von Erschöpfung und Burn-out bei gleichzeitiger Mobilisation der körpereigenen Kräfte und dadurch der Steigerung von Wohlbefinden, Ruhe und Lebensqualität. Anwendung finden diverse Meditationen, sowohl in statischer Ausführung im Sitzen oder Liegen als auch in Dynamik während des Gehens. Die Gegenwärtigkeit des Seins, die Schätze der jeweiligen Umgebung in Form von Gerüchen, Farben, Eindrücken und der Kontakt zu sich selbst fördern die Entspannung. Stressreduktion baut auf den passenden Hintergrundinformationen wie Grundlagen der Stressentstehung und mögliche auslösende Faktoren, den persönlichen Umgang mit Stress und die Reaktionen des Körpers auf. Durch Entdecken der individuellen Bewältigungsstrategien können wahrgenommene Stresssignale des Körpers früher erkannt und durch gezielte Anwendungen und Veränderungen der Denkmuster präventiv entschärft werden (Neumayer, o.J.).

Qi Gong ist ein Teil der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und bedeutet „Pflege der Lebensenergie“. Es dient der Erfahrung von Stressabbau und Energieaufbau durch fließende Bewegungen in Kombination mit Atemübungen, Wahrnehmungstraining, meditativen Übungen und Konzentration. Zusätzliche Wirkungen der Durchführung dieser Bewegungs- und Übungsabläufe sind eine Steigerung der koordinativen Fähigkeiten, vertiefte Atmung und bessere Beweglichkeit. Auf Grund seiner Konzeption kann Qi Gong ohne Altersbeschränkung angewandt werden. Es gibt zwei Arten der Anwendung – als real durchgeführte Bewegungsabläufe und als beinahe bewegungslose Meditation. Beide Techniken werden kombinatorisch angewandt (Neumayer, o.J.).

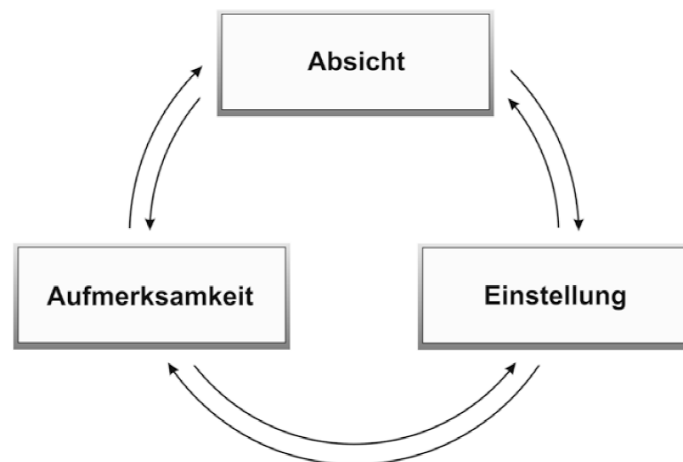
4.3.2 Achtsamkeitstraining

Achtsamkeitstraining dient vor allem der präventiven Stressbewältigung, der Abschwächung bereits vorhandener Stresssymptomatik und der Vorbeugung einer Entwicklung des Burn-out Syndroms. Es basiert auf Jon Kabat-Zinn, der ein eigenes Achtsamkeitsprogramm namens MBSR (mindfulness based stress reduction) entwickelt hat, welches im Rahmen der BGF in einzelnen Übungen zur Anwendung gelangt (Neumayer, o.J.).

Kabat-Zinn entwickelte das MBSR-Programm auf der Grundlage buddhistischer Meditationsübungen, denen er den religiösen Kontext nahm (Malinowski, 2019, S. 29). Er definiert Meditation als Lebenseinstellung, nicht als Technik (Kabat-Zinn, 2015, S. 393). Der Fokus liegt bei diesem Training auf dem bewussten Erleben von Momenten, Körperhaltungen, Stimmungen, Gedanken und der positiven Zuwendung zu diesem aktuellen Erleben ohne darüber ein Urteil zu fällen. Es geht um das Erkennen der persönlichen Grenzen, das Steigern von Aufmerksamkeit und Konzentration, das Entdecken der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt, erhöhte Akzeptanz und Steigerung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und dadurch Verbesserung der Lebensqualität durch Erlangen innerer Ruhe. Die Übungen finden als Reflexionen in der Gruppe oder als Rückbezug auf die einzelne Person statt und bilden eine Kombination aus Statik und Dynamik (Neumayer, o.J.).

Malinowski (2019, S. 30ff.) beschreibt die Notwendigkeit einer wertungsfreien Einstellung während der Meditation. Achtsamkeitsmeditation bedeutet die Kombination von Wertungsfreiheit des Erlebens und Steuerung der Aufmerksamkeit. Die Übenden sollen sich mehr ihrer Bewertungsmuster bewusst werden und dadurch neue Perspektiven und andere Herangehensweisen an Herausforderungen entwickeln. Das IAA-Modell (Intention-Attention-Attitude – Modell) verbindet die Komponenten der Absicht, die hinter dem Praktizieren von meditativen Übungen steht, der Aufmerksamkeit und der Einstellung. Die Absicht ist von Person zu Person verschieden und kann Stressreduktion, Selbstmanagement oder Gesundheitsförderung als Ziel haben. Die Einstellung umfasst die Wertfreiheit und Akzeptanz des Erlebens, sowie Neugier, Offenheit und Vertrauen in sich selbst. Ziel der Achtsamkeitsmeditation ist ein Perspektivenwechsel durch bessere Abgrenzung und Identifikation der wahrgenommenen Gefühle. Dadurch können neue Entscheidungswege entdeckt werden.

Abbildung 10: IAA-Modell (Intention – Attention – Attitude)



Quelle: Malinowski (2019, S. 32)

Eine Interviewteilnehmerin benennt die Häufigkeit der stattgefundenen Interventionen der BGF als einmal wöchentlich absolvierte Einheit von Entspannungsübungen und Rückengymnastik, welche sich kontinuierlich im Wochenrhythmus abwechseln (INT2/55-56). Interviewteilnehmer 4 ergänzt, dass es sich um Nachmittagstermine handelt und dass diese als Gruppensettings abgehalten werden (INT4/128-131). Insgesamt umfasst das Training acht Termine (INT5/69-70).

4.3.3 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung

Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde die Vorsorgeuntersuchung, welche von allen Personen über 18 Jahren mit Wohnsitz in Österreich einmal jährlich kostenlos in Anspruch genommen werden kann, im Haus angeboten, sodass die Untersuchung während der Dienstzeit absolviert werden konnte.

Die Ziele einer Vorsorgeuntersuchung sind einerseits in der primären Prävention hinsichtlich gesundheitlicher Risikofaktoren zu sehen, andererseits in der sekundären Prävention durch die Möglichkeit der frühen Erkennung von Krankheiten. Der Fokus der Untersuchung liegt im Bereich der Herz- Kreislauf- und Krebserkrankungen, weil diese zu jenen Krankheitsgruppen zählen, die die höchste Rate an Letalität zur Folge haben. Die Untersuchungen spannen sich von Anamnese über Blutuntersuchung, Stuhl- und Harnscreening, Erhebung des Body-Mass-Index (BMI) hin zu weiteren klinischen Untersuchungen. Auch ein psychosoziales Screening mittels Fragebogen kann Teil der Vorsorgeuntersuchung sein. Es geht dabei um eine Lebensstilanalyse hinsichtlich psychischer Risikofaktoren, Stress, Depression und Burn-out. Die Vorsorgeuntersuchung teilt sich in zwei Termine auf. Beim ersten Termin finden die Untersuchungen statt, beim zweiten Termin werden die Befunde besprochen und eventuell nötige weitere Untersuchungen, Therapien bzw. Maßnahmen vereinbart (BMSGPK, 2020; Sanatorium Hera, o.J.).

Interviewpartnerin 3 geht im Rahmen ihres Interviews auf diese Vorsorgeuntersuchung näher ein (INT3/169-172) und findet gerade die Möglichkeit, sie am Dienstort zu absolvieren, äußerst hilfreich. Sie erläutert die terminliche Problematik der gleichzeitigen Tätigkeit als Angestellte in Teilzeit und als freiberufliche Therapeutin in Hinblick auf die Vorsorgeuntersuchung (INT3/149-153).

5 Empirische Untersuchung

5.1 Methodisches Vorgehen

Die gewählte Methode der empirischen Untersuchung zur Beantwortung der Forschungsfrage ist die Durchführung qualitativer leitfadengestützter Interviews mit in einem Pflegewohnhaus tätigen Angehörigen ausgewählter Gesundheitsberufe.

5.1.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner

Die Auswahlkriterien für die Bestimmung der für die Untersuchung geeigneten Interviewpartnerinnen und –partner erfolgt anhand im Vorhinein festgelegter Kriterien. Ein Mindestalter von 40 Jahren ist auf Grund des Fokus der Fragestellung auf ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wesentliches Ausschlusskriterium. Weiters ist eine mindestens halbjährige Zugehörigkeit zum Unternehmen unabdingbar, denn zumindest theoretisch muss die Möglichkeit bestehen, an gesundheitsförderlichen Interventionen teilzunehmen. Die Multiprofessionalität innerhalb der MTD ergibt ein weiteres Kriterium. Die Vielfalt der Berufsgruppen sollte durch je eine interviewte Person abgebildet werden, um die Aussagekraft für den gesamten MTD-Bereich zu gewährleisten. Das Geschlecht stellt kein Ausschlusskriterium dar. Die hierarchische Zuordnung aller interviewten Personen ist die gleiche, Führungskräfte werden bewusst aus der Untersuchung exkludiert, da sie mit anderen Belastungsfaktoren konfrontiert sind als Basis-Mitarbeiterinnen und –Mitarbeiter.

5.1.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Ziel des Interviewleitfadens ist die Ermöglichung der Beantwortung der Forschungsfrage anhand der nachfolgenden Analyse der im Verlauf der Interviews erhaltenen Informationen. Der Aufbau des im Anhang ersichtlichen Interviewleitfadens stellt sich wie im Folgenden beschrieben dar. Es wurde bei der Konzeption des Interviewleitfadens auf die in Kapitel 4.2 dargelegten Erfolgsfaktoren zurückgegriffen, die die Kategorisierung der Fragen beeinflussten.

Nach der Begrüßung der jeweiligen Interviewpartnerin bzw. des jeweiligen Interviewpartners zielt die erste Frage des Interviews mit den dazugehörigen Unterfragen darauf ab, die für die jeweiligen Berufsgruppen spezifischen Aufgaben näher zu erörtern. Die Beantwortung der Unterfragen ermöglicht den Erhalt von Informationen hinsichtlich des Ausmaßes von Teamarbeit in der direkten Aufgabenerfüllung und der Frequenzen der jeweiligen Tätigkeiten.

Zusätzlich wird ein eventueller Unterschied zwischen Tätigkeiten im Langzeit- und im Kurzzeitbetreuungsbereich bzw. der genaue Einsatzbereich der einzelnen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erfragt.

Von Bedeutung ist die Erhebung der Tätigkeitsfelder, weil der Erfolg von Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach der Luxemburger Deklaration der ENWHP (2007, S. 4) von ihrer Abstimmung sowohl auf das Verhalten der einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch auf die durch die Organisation vorgegebenen Verhältnisse abhängt.

Die zweite Frage des Interviewleitfadens fokussiert auf die mit den einzelnen Professionen verbundenen physischen und psychischen Belastungsfaktoren. Gerade im Gesundheitswesen müssen die Beschäftigten oftmals mit einer Vielzahl von Faktoren aus den beiden Bereichen gleichzeitig umgehen können (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352; Jansen & Müller, 2000, S. 258f.).

Die nachfolgende dritte Frage dient der Erhebung der individuellen Ressourcenlage der Befragten. Rudow (2014, S. 58) nennt die individuellen, die auf die auszuübenden Tätigkeiten bezogenen und die organisationalen Ressourcen als wesentlich für die Bewältigung der Belastungen.

Diesen Fragen folgend wird der individuelle Handlungs- und Gestaltungsspielraum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beleuchtet. Nach Jansen und Müller (2000, S. 260) gilt er als besonders einflussreich hinsichtlich der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und der dafür nötigen Ressourcen.

Einem Vergleich mit einem kurzen Fragebogen nach statistischen Daten der Befragten und ihren gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit dient der Fragenkomplex Nummer fünf, der sich der Erhebung jener Interventionen der BGF widmet, die seitens der Befragten bereits in Anspruch genommen wurden sowie dem daraus resultierenden persönlichen Nutzen. Wurden in der Vergangenheit keine der Angebote genutzt, wird nach dem Grund dafür gefragt.

Nach der ENWHP helfen Interventionen der BGF in der Nutzung teils noch unentdeckter Potentiale und hinsichtlich der Vermeidung von Risiken. Essenziell dafür ist die Partizipation der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und die integrierte Anwendung von BGF (2007, S. 4). Cichocki et al. (2015a, S. 16) bestätigen die Notwendigkeit der Teilhabe der Betroffenen an den Maßnahmen. Zusätzlich ist die Abstimmung der Maßnahmen auf Bereiche mit hohem Handlungsbedarf effektivitätsfördernd.

Um diesen Bereich im Rahmen der qualitativen Erhebung näher zu beleuchten, wird den Befragten am Ende des Interviews durch die Formulierung der Frage Nummer sieben Raum gegeben, eine von ihnen gewünschte Intervention der BGF zu nennen, die sie sich als Angebot wünschen würden.

Zuvor widmet sich Frage sechs der Thematik der Digitalisierung im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der durch Hasselmann erörterten Möglichkeit der Ergänzung analoger Interventionen durch digitale Angebote (2018, S. 60ff.).

Als Abschluss der Interviews wurde im Leitfaden Raum für Dank und Verabschiedung gegeben.

5.1.3 Interviews – Vorbereitung und Durchführung

Im Rahmen der Vorbereitung der Durchführung der qualitativen empirischen Erhebung wurde das Einverständnis der zuständigen Fachbereichsleitungen, der Direktion des Hauses und der übergeordneten Leitung der MTD des Unternehmens eingeholt.

In Folge fand die Erstellung des Interviewleitfadens und der Einverständniserklärungen sowie des Informationsblattes statt, die im Anhang ersichtlich sind. Zeitgleich wurden die potentiellen Interviewpartnerinnen und –partner hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Durchführung des Interviews befragt und bei Zusage ein individueller Termin vereinbart.

Die Interviews fanden in der Zeit vom 11. bis zum 18. März 2020 statt. Um eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Interviews zu gewährleisten, fanden die Gespräche in vertrauten Räumlichkeiten der Beschäftigten statt. Es handelte sich dabei um zu den Zeiten der Interviewdurchführung nicht genutzte Therapieräume.

Zu Beginn der Interviews wurden die Einverständniserklärungen besprochen und von beiden Beteiligten unterzeichnet. Die Modalitäten der Durchführung und damit verbundenen Audio-Aufzeichnung wurden erläutert und Raum für offene Fragen gegeben. Bei keiner Person gab es zu klärende Fragen.

5.1.4 Methode der Analyse

Als Methode wurde die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2020) gewählt. Sie eignet sich gut zur Darstellung von Meinungen zu bestimmten Themen. Eine größere Menge an Text kann mit dieser Methode übersichtlich und zusammenfassend präsentiert werden. Die kontextuellen Faktoren der Gespräche, die Situation der einzelnen Gesprächspartnerinnen und –partner und ihr soziales Gefüge können in die Zusammenfassung als Reflexion miteinbezogen werden. Dadurch werden die Unterschiede in den Darstellungen der einzelnen Personen zu einem bestimmten Thema ersichtlich (Froschauer & Lueger, 2020, S. 183). In Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage ist es wesentlich, die Differenzierungen der Themendarstellungen zu beachten und einen Gesamtzusammenhang darzustellen (Froschauer & Lueger, 2020, S. 185).

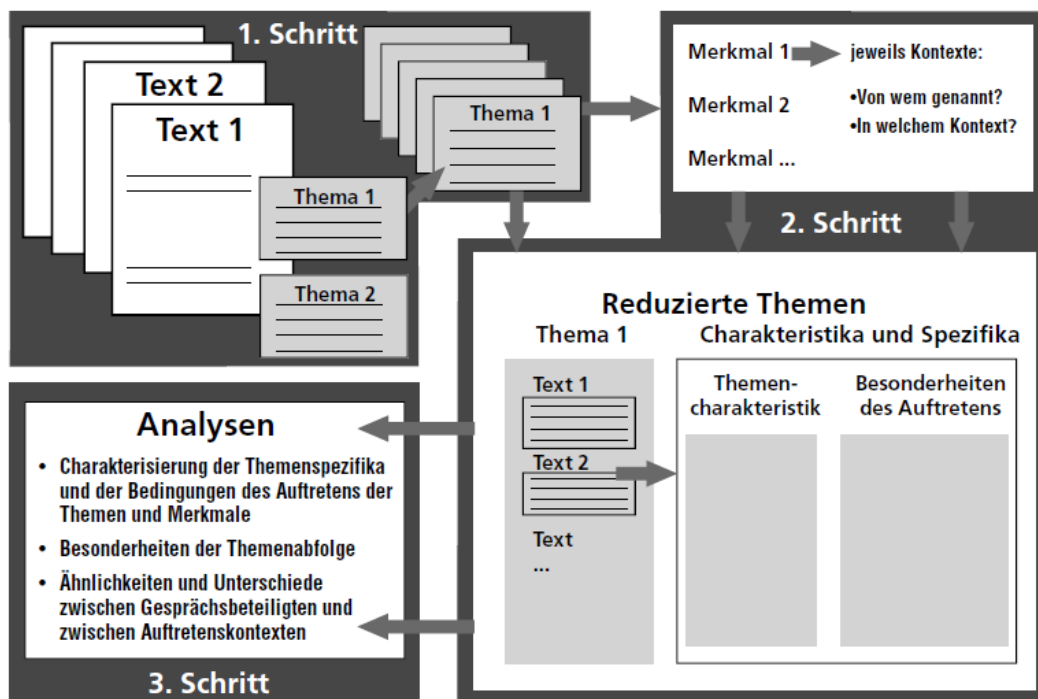
Die durchgeführten Interviews wurden an Hand der Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH transkribiert und anonymisiert, wobei die Interviews mit INT und einer fortlaufenden Nummerierung (INT1, INT2, INT3, INT4, INT5) und die Interviewpartnerinnen und –partner mit B und derselben Nummerierung (B₁, B₂, B₃, B₄, B₅) bezeichnet wurden.

Die Themenanalyse stellt ein mehrphasiges Textreduktionsverfahren dar. Zuerst wird jedes Interview für sich analysiert. In einem ersten Schritt werden nach der anonymisierten Transkription der durchgeführten Interviews die Themen identifiziert und die jeweils diesen Themen zuordenbaren Textstellen in den Transkripten herausgearbeitet. Dabei ist mitunter der Zusammenhang zu beachten, in dem die Aussagen zur jeweiligen Thematik getroffen wurden. Die einzelnen Themen werden danach hinsichtlich der zentralen Merkmale analysiert. Damit können die Abstufungen und Detailangaben der Interviewpartnerinnen und –partner herausgefiltert werden. Weiters ist die Analyse in Bezug auf Übereinstimmungen und Unterschiede in den Darstellungen möglich.

Die Einbringung der Themen und ihre Reihenfolge war in dieser Arbeit auf Grund des Interviewleitfadens, der zum Einsatz kam und im Anhang ersichtlich ist, größtenteils vorgegeben (Froschauer & Lueger, 2020, S. 184f.).

Eine durch Froschauer und Lueger selbst konzipierte Abbildung zeigt das Verfahren im Überblick.

Abbildung 11: Textreduktionsverfahren - Themenanalyse



Quelle: Froschauer & Lueger (2020, S. 186)

Die identifizierten Themen wurden in allen Interviews behandelt, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Tabelle 1: Themenidentifikation in den Interviews

Thema / Interview	INT1	INT2	INT3	INT4	INT5
„Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten“	X	X	X	X	X
„Spezifische physische und psychische Herausforderungen“	X	X	X	X	X
„Individuelle Ressourcen“	X	X	X	X	X
„Handlungs- und Gestaltungsspielraum“	X	X	X	X	X
„Teilnahmemotivation BGF“	X	X	X	X	X
„BGF und Digitalisierung“	X	X	X	X	X
„Individuelle Präferenzen BGF“	X	X	X	X	X

Quelle: INT1 bis INT5

Anmerkung: eigene Darstellung

Die identifizierten Themen wurden in variabler Häufigkeit durch jeweils zuordenbare Aussagen angesprochen. Die Anzahl der Aussagen ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Anzahl der Nennungen pro Thema

Thema / Interview	INT1	INT2	INT3	INT4	INT5	Summe
„Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten“	8	19	20	12	6	65
„Spezifische physische und psychische Herausforderungen“	26	7	15	12	2	62
„Individuelle Ressourcen“	6	2	3	15	2	28
„Handlungs- und Gestaltungsspielraum“	7	2	9	3	4	25
„Teilnahmemotivation BGF“	16	8	8	5	6	43
„BGF und Digitalisierung“	2	2	3	1	2	10
„Individuelle Präferenzen BGF“	6	4	11	2	2	25

Quelle: INT1 bis INT5

Anmerkung: eigene Darstellung

Auf Grundlage der Häufigkeit der Aussagen zu den identifizierten Themen wurde eine Reihung der Bedeutsamkeit der Thematiken vorgenommen, welche in Tabelle 3 ersichtlich ist. Diese Reihenfolge bestimmt die Reihung der Themen in Kapitel 5.2 - Forschungsergebnisse.

Tabelle 3: Themen nach Relevanz

Thema / Interview	Summe
„Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten“	65
„Spezifische physische und psychische Herausforderungen“	62
„Teilnahmemotivation BGF“	43
„Individuelle Ressourcen“	28
„Handlungs- und Gestaltungsspielraum“	25
„Individuelle Präferenzen BGF“	25
„BGF und Digitalisierung“	10

Quelle: INT1 bis INT5

Anmerkung: eigene Darstellung

Die Darstellung der einzelnen identifizierten Themen wird im folgenden Kapitel zu Anfang als Zusammenfassung je Interview und in ihrem jeweiligen Kontext dargestellt.

Anschließend werden in Kapitel 6 die Aussagen miteinander und mit den in Kapitel 4.2 dargelegten Erfolgsfaktoren für Betriebliche Gesundheitsförderung in Beziehung gesetzt und in Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage diskutiert.

5.2 Forschungsergebnisse

Eine Erhebung personenbezogener Daten begleitete die Interviews, um die Rahmenbedingungen darstellen zu können. Die Daten bezogen sich auf Geschlecht, Alter, Beruf, Anzahl der Wochenstunden und Arbeitstage pro Woche sowie allfällige kurz- und langfristige Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Ausübung der jeweiligen Berufstätigkeit stehen.

Die Befragten sind zwischen 42 und 54 Jahre alt, vier der fünf Interviewten sind weiblich. Ihre zu leistende Wochenstundenanzahl beträgt zwischen 20 und 40 Stunden, welche an drei bis fünf Tagen erbracht wird.

Das hauptsächliche Beschwerdebild zeigt sich laut Angaben im Bereich des Bewegungsapparates und bei Kopfschmerzen bzw. Migräne.

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Ergebnisse im Überblick dar.

Tabelle 4: Personenbezogene Daten der Interviewpartnerinnen und -partner

Personenbezogene Daten / Interviewpartnerin bzw. -partner	INT1	INT2	INT3	INT4	INT5
Geschlecht	W	W	W	M	W
Alter	54	53	42	50	49
Beruf	MFA	DL	LG	PT	ET
Anzahl der Wochenstunden	40	40	20	20	30
Anzahl der Arbeitstage / Woche	5	5	3	5	4

Quelle: INT1 bis INT5

Anmerkung: eigene Darstellung

Legende:

- DL – Angehörige/r des Diätdienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes; Diätologin / Diätologe
- ET – Angehörige/r des ergotherapeutischen Dienstes; Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- LG – Angehörige/r des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes; Logopädin / Logopäde
- MFA – medizinische Fachassistenz
- PT – Angehörige/r des physiotherapeutischen Dienstes; Physiotherapeutin / Physiotherapeut

Tabelle 5: Gesundheitliche Beschwerden in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit

Gesundheitliche Beschwerden / Interviewpartnerin bzw. -partner	INT1	INT2	INT3	INT4	INT5
Schmerzen des Bewegungsapparates - Rücken-, Nacken-, Gelenksbeschwerden	k / c		k / c	k / c	k / c
Migräne, Kopfschmerzen	c	k / c	c	k / c	
Schlafstörungen		c			
Beschwerden der Atemwege	k / c				
Beschwerden der Sinnesorgane – Augen, Ohren	k				

Quelle: INT1 bis INT5

Anmerkung: eigene Darstellung

Legende: k – kurzfristig, vorübergehend; c – chronisch

5.2.1 Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten

Die erste interviewte Person gibt an, dass sie als medizinische Fachassistentin in der „Kurzzeitpflege im Institut für Physikalische Medizin“ (INT1/21) zusammen mit anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tätig ist. Sie erzählt, dass sich ihr Aufgabengebiet über diverse Tätigkeiten erstreckt, die meist täglich anfallen. Dazu zählen etwa die „passiven Therapieanwendungen...Elektrotherapie, Massage, Lymphdrainage“ (INT1/6). Weiters sei tägliche Dokumentation und fallweise zu übernehmende Planung ein wichtiger Bestandteil der Aufgaben. Gründliche Hygienemaßnahmen ergänzen das Aufgabenspektrum teils in täglicher, teils wöchentlicher Regelmäßigkeit (INT1/5-21).

Die zweite interviewte Person gibt an, sie arbeite als eine von drei Diätologinnen und Diätologen in einem multidisziplinären Umfeld mit intra- und extraorganisationalen Personen zusammen. Ihre Aufgaben umfassen diverse Tätigkeiten im Kontext der Ernährung und reichen von Anamnese über Assessments hin zu Ernährungstherapien und Beratungen. Weiters seien Besprechungen, die Dokumentation und Visiten Teil der Aufgaben. Als Einsatzbereich gibt die befragte Person sowohl den Kurzzeit- als auch den Langzeitbereich an, wobei sie als Unterschied das Ausmaß der Beziehungsebene zu den Bewohnerinnen und Bewohnern nennt (INT2/6-33).

Von Interviewpartnerin drei wird auf die Frage nach ihrem beruflichen Alltag ihre Tätigkeit als Logopädin beschrieben. Sie erzählt, dass sie vor allem mit Menschen arbeite, die eine Schluckstörung (Dysphagie) oder Sprach- und Sprechstörungen haben. Dabei spanne sich ihr Aufgabengebiet von der Diagnostik über die Koordination mit weiteren diagnostizierenden Fachabteilungen bis zur Therapie. Eine weitere Gruppe an behandlungsbedürftigen Menschen seien Personen im Wachkoma, bei denen auch basale Stimulation und Trachealkanülenmanagement Anwendung finden. Die Tätigkeiten übe sie täglich aus. Sie erklärt, dass sie in einem vierköpfigen Team und in allen Bereichen und Stationen des Hauses mit überwiegend schwer betroffenen Menschen arbeite. Teils werden die Therapien allein, teils zu zweit durchgeführt. Der Unterschied zwischen den Kurzzeit- und Langzeitbereichen bestehe nach ihrer Aussage darin, dass sich im Kurzzeitbereich eine höhere Intensität der Therapie ergebe, „wenn’s eben ein Rehapotential gibt und dass man schaut, in der Zeit, wo die Menschen da sind, dass man doch noch ein bisschen mehr erreichen kann“ (INT3/51-52). Als besonders essenziell gibt sie in diesem Bereich die individuell adäquate Einstellung der Nahrungskonsistenz an (INT3/10-56).

Der vierte befragte Therapeut gibt als Beruf Physiotherapeut an. Er beschreibt seinen Tätigkeitsbereich auf einer Kurzzeitstation als interdisziplinäres Feld. Er führt im Interview aus, dass es sich bei den Aufgaben vor allem um Transfers und Mobilisierung handle, die dem Ziel dienen, die Patientinnen und Patienten wieder nach Hause entlassen zu können. Er gibt an, sich trotz der Multidisziplinarität für die Mobilität der Betreuten primär zuständig zu fühlen (INT4/6-38). Er formuliert sein Tätigkeitsgebiet folgendermaßen: „...schafft's ein Patient selbstständig in die Höhe zu kommen. Ich unterstütze ihn dabei, dass er das im Rahmen seines Aufenthaltes schafft. Schafft der Patient selber aus dem Bett zu kommen. Schafft der Patient selbstständig zu gehen. Wenn ja, mit welchem Hilfsmittel schafft er es zu gehen. Das heißt die Selbstständigkeit, ... die Mobilitätsstufen der Patienten einfach zu steigern“ (INT4/26-30).

Im fünften Interview handelt es sich bei der befragten Person um eine Ergotherapeutin. Sie erläutert die Aufgaben, die dieser Beruf im spezifischen Setting mit sich bringt, wie folgt: „Transfertraining, ADL-Training, Gruppenmobilisation, Cranio-Sacral-Therapie ... Haushaltstraining ... Kräftigung ... Körperwahrnehmungstraining ... Begleitung und Tagesstruktur“ (INT5/6-8). Auf Nachfrage erklärt die Interviewpartnerin, dass sie interdisziplinär arbeite. Sie gibt an, dass sie im Kurzzeit- und im Langzeitbereich tätig sei und dass sich viele Aufgaben im Wochenrhythmus ergeben. Den Unterschied zwischen den Einsatzbereichen beschreibt sie als hauptsächlich auf die Beziehungsebene im Langzeitbereich und auf die organisatorische Ebene im Kurzzeitbereich bezogen (INT5/6-27).

In den fünf Interviews bilden sich auf Grund der Zugehörigkeit zu verschiedenen Professionen der Angehörigen des medizinisch-technischen Dienstes und der medizinischen Fachassistenz die differenzierenden und vielfältigen Tätigkeitsfelder ab, die im Kapitel 3 beschrieben wurden. Die Personen zeigen sich für Kurzzeitstationen oder für eine Kombination aus Kurzzeit- und Langzeitbereich zuständig. In allen Interviews kommt das intra- oder interdisziplinäre Team zur Sprache, in dem bzw. mit dem gearbeitet wird. Es zeigt sich die nötige Verknüpfung verschiedener Tätigkeitsbereiche und die trotzdem bestehende fachliche Expertise jeder Profession innerhalb ihres Berufsbildes. „Natürlich ist es ein interdisziplinäres Team. Das heißt, es gibt Ergotherapeutinnen, ...die Pflege, ... die das natürlich auch beurteilen kann, wie ist der... der pflegerische Zustand, wie sehr können sich die Patienten und Patientinnen selber versorgen. Die Ergotherapeutinnen, die sich um Rollstühle kümmern, aber was jetzt die Mobilität, sprich jetzt das Gehen, das Aufstehen, den Transfer, wie schaffen sie es vom Bett in den Rollstuhl zu kommen und wieder zurück. ...[...]. Also für diese Dinge fühle ich mich eigentlich PRIMÄR zuständig, sag ich mal“ (INT4/13-21).

Die Unterschiede zwischen den Einsatzbereichen der Kurzzeit- und Langzeitbetreuung werden von den auf beiden Bereichen tätigen Interviewpartnerinnen zwei, drei und fünf als vor allem auf der Beziehungs-, Intensitäts- und organisatorischen Ebene liegend beschrieben.

5.2.2 Spezifische physische und psychische Herausforderungen

Im ersten Interview erläutert die befragte medizinische Fachassistentin die physischen Herausforderungen ihrer Tätigkeit als Belastung auf Grund der Körperhaltungen, die bei den Therapieanwendungen angenommen werden müssen: „...weil ich hauptsächlich in bückender Haltung arbeiten muss, weil die Patienten ja sitzen“ (INT1/24-25), „...oder in der Hocke, wenn man dann Schuhe aus- und anzieht“ (INT1/28). Als erschwerende Faktoren werden seitens der interviewten Person mehrere Gründe angegeben. Neben einer grundsätzlich hohen Frequenz der Therapien nennt sie Immobilität und Bewegungseinschränkungen der Betreuten sowie Übergewicht der Patientinnen und Patienten als fordernd und die nötigen Transfers in Sitz- und Liegepositionen erschwerend (INT1/24-35).

Auf der physischen Seite gibt die erste Person an, dass Kommunikation, Zeitdruck, Stress und Unruhe sowie die eingeschränkten Fähigkeiten der zu Betreuenden die hauptsächlichsten Belastungsfaktoren darstellen (INT1/35-49). „...man kommt sehr stark in Zeitdruck, wenn Patienten einerseits sehr kommunikationsbedürftig sind und, und im Detail so irgendwo ihre Beschwerden schildern oder Anfragen haben und gleichzeitig schon die nächsten Patienten draußen warten und ...das ... bewirkt halt schon starken Zeitdruck und Stress“ (INT1/40-43). Im Kontext der Frage nach der Motivation zur Teilnahme an den Interventionen der BGF nennt die befragte Person nochmals den Faktor Zeitdruck als belastend: „... vor allem dieses Gefühl, dass man halt wirklich sehr im Stress immer irgendwie ist ... und selbst immer das Gefühl hat, man hat nicht einmal eine Sekunde für sich selbst Zeit“ (INT1/83-85). Zudem nennt sie die Gefahr eines Burn-out, wobei sie dieses Thema von sich aus ins Gespräch einbringt (INT1/85-88).

Die zweite interviewte Person nennt auf die Frage nach Herausforderungen im beruflichen Kontext die reduzierte Flexibilität in Hinblick auf die Essensversorgung und das Eingehen auf Wünsche seitens der Bewohnerinnen und Bewohner als Konsequenz der Umstellung auf Fremdversorgung. Weiters gibt sie an, dass sie den Zeit- und Termindruck als herausfordernd empfinde und sich dieser auch auf ihre Urlaubsgestaltung auswirke (INT2/36-44).

Im Rahmen des dritten Interviews erläutert die befragte Person die mit ihrer Berufstätigkeit verbundenen physischen Herausforderungen dahingehend, dass sie die starke Eingeschränktheit der Mobilität bzw. Immobilität der zu Betreuenden als Erschwernis in Hinblick auf

ergonomisch sinnvolle Lagerung und als sehr anstrengend empfinde. Die psychischen Herausforderungen sieht die Interviewpartnerin in der öfters nötigen Situation des Pausierens von Therapien auf Grund mangelnder zeitlicher Ressourcen. Sie gibt an, dass sie es als persönlich belastend empfinde, damit umzugehen und Grenzen zu ziehen. „...das ist schwierig, find ich, ...da...das nicht so sich selber nahekommen zu lassen und sich nicht selber die Schuld zu geben und ein schlechtes Gewissen zu entwickeln“ (INT3/75-76). Probleme werden ihr zufolge bei der sinnvollen und gerechten Verteilung der therapeutischen Ressourcen gesehen. Sie wiederholt diesen Gefühlskonflikt mehrmals. Die befragte Person benennt die Thematik der Beeinflussung der Ernährungsform von Patientinnen und Patienten als psychisch herausfordernd (INT3/59-100). „Da braucht man auch eine harte Schale, wenn man sich natürlich denkt, ja, wenn ich dem jetzt sagen muss, Sie dürfen jetzt nur mehr breiig oder gar nichts mehr essen, sind wir die an vorderster Front, die sagen müssen, das geht jetzt nicht mehr, Sie dürfen nicht“ (INT3/87-90).

Der vierte Interviewpartner nennt als physische Herausforderungen die Erschwernis von Mobilisation durch hohes Körpergewicht der zu Therapierenden oder geringe Eigenaktivität auf Grund von mangelndem Können oder Wollen, sodass viel körperlicher Einsatz seitens der Therapeutinnen und Therapeuten nötig sei. Vor allem der Bewegungsapparat sei davon betroffen. Die psychischen Herausforderungen erläutert der Interviewte dahingehend, dass sich die Therapeutinnen und Therapeuten mit vielen Sorgen, Kummer und Ängsten der Patientinnen und Patienten konfrontiert sehen (INT4/41-72). „Psychisch, ja, ist es insofern anstrengend, weil man halt so der emotionale Mülleimer gerne ist für die Leute“ (INT4/56-57).

Im fünften Interview setzt die befragte Ergotherapeutin den Schwerpunkt auf den psychischen Bereich und benennt die Herausforderungen als „Auseinandersetzung mit schweren chronischen Krankheiten, Auseinandersetzung mit Tod“ (INT5/30-31) und zusammenfassend als „Auseinandersetzung ... eigentlich mit dem... mit dem.... mit diesen ...Grundgesetzen des Lebens per se“ (INT5/32-33). Sie ergänzt um die körperliche Belastung und die Notwendigkeit, den Körper arbeitsfähig zu erhalten (INT5/30-33).

In den fünf Interviews werden seitens vier von fünf Gesprächspartnerinnen und -partnern sowohl das Vorhandensein physischer als auch psychischer Herausforderungen angegeben. Die befragte Diätologin bezog sich nur auf die psychischen Belastungen. In Bezug auf die physischen Belastungsfaktoren zeigt sich eine Kongruenz hinsichtlich der als anstrengend empfundenen Körperhaltungen während der Therapien auf Grund der physischen Einschränkungen der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner.

Weiters wird hohes Körpergewicht der zu Betreuenden in drei Interviews als Erschwernisfaktor genannt. Auf der psychischen Ebene erweisen sich in den ersten drei Interviews vor allem mangelnde zeitliche Ressourcen als herausfordernd. Persönliche Abgrenzung ist im dritten Interview ein wiederkehrendes Thema. Die Kommunikation mit den sich in Therapie befindlichen Menschen stellt zufolge von vier befragten Personen eine psychische Belastung dar, wobei konkret die Beschäftigung mit Sorgen, individuellen Wünschen und Erwartungen, der Umgang mit sprachlichen und/oder kognitiven Defiziten sowie nötige Einschränkungen der gewohnten Lebensweise genannt werden. Seitens der fünften Interviewpartnerin wird der Fokus auf die Thematik der Konfrontation mit chronischen Krankheiten und Sterben gelenkt.

5.2.3 Teilnahmemotivation BGF

Auf die Frage nach den Gründen für eine Teilnahme an den angebotenen Interventionen der BGF antwortet die erste interviewte Person, dass sie dies einerseits wegen physischer bestehender Beschwerden und andererseits zur Erhöhung ihrer Stressresistenz und zum Ausgleich sowie der körperlichen Kräftigung und Aktivierung mache (INT1/78-88). Konkret werden seitens der medizinischen Fachassistentin folgende Beweggründe genannt: „auf Grund von tatsächlichen Schmerzen im Rücken“ (INT1/78), „...dass, bevor man jetzt Burn-out immer irgendwie gefährdet ist, dachte ich, dass der Kurs Balance sehr wichtig ist für mich“ (INT1/85-86).

Im Rahmen des zweiten Interviews nennt die befragte Person Neugier als Grund der Teilnahme an Interventionen der BGF, „Entspannungstraining und Rückengymnastik“ (INT2/55). Sie räumt ein, dass durch die Teilnahme innerhalb der Dienstzeit zusätzlicher Zeitdruck entstehe. Zudem stelle für sie die Teilnahme im Kreis der Kolleginnen und Kollegen und mit Vorgesetzten eine Hürde dar (INT2/55-64).

Interviewpartnerin drei nennt das Wissen um eventuelle physische und psychische Auffälligkeiten oder Krankheiten und die Möglichkeit der rechtzeitigen präventiven Gegensteuerung als Motivation, an der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben. Sie erklärt, dass diese Untersuchung zu einem psychologischen Coaching führte, welches sie als sehr nützlich empfinde (INT3/136-167). An der Teilnahme weiterer Maßnahmen sei sie durch ihre Teilzeitbeschäftigung gehindert (INT3/198-199).

Im Interview vier erklärt die befragte Person, dass sie an Maßnahmen teilnehmen würde, weil sie diese als sehr nützlich empfinde. Sie räumt jedoch ein, dass sie an keiner Intervention bisher auf Grund terminlicher Unmöglichkeit teilgenommen habe (INT4/110-125).

Interviewpartnerin fünf gibt an, bereits an diversen Interventionen teilgenommen zu haben. Als Motive nennt sie Gesunderhaltung des Körpers durch Kräftigung, Erhalt der Beweglichkeit und Ausgleich muskulärer Dysbalance (INT5/51-65). Sie sieht den Nutzen „wenn ich es pragmatisch sehe, in Richtung Effizienz hin... zu überprüfen, im Sinn von effizient ist dort, wo ich möglichst gut da und bei mir bin und...und in mir ruh, weil dort ist der wenigste Anstrengungspegel für das, was mir entgegen kommt, also ... in dem Sinn effizient“ (INT5/58-61).

Zur Thematik der Teilnahmemotivation geben die interviewten Personen unterschiedliche Beweggründe an, die von bestehenden physischen Beschwerden und Erhöhung der Arbeitsfähigkeit über Neugier bis zu Prävention und Erhaltung der Gesundheit reichen. Bei zwei Interviews wird das Problemfeld der zeitlichen Handhabung der Interventionen angesprochen. Im Interview zwei erwähnt die befragte Person, dass die Zeit der Teilnahme ihr im Arbeitsalltag fehle. Die interviewten Personen drei und vier geben an, dass die Maßnahmen mit ihrer Teilzeitbeschäftigung nicht vereinbar seien. Person zwei lehnt zudem weitere Teilnahmen ab, weil sie nicht mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten üben wolle.

5.2.4 Individuelle Ressourcen

Im ersten Interview gibt die befragte Person an, dass sie über Kommunikation mit ihren Kolleginnen und Kollegen und den Patientinnen und Patienten versuche, herausfordernde Situationen zu lösen. Sei dies nicht zielführend, wende sie sich an ihre Vorgesetzte. Um ihre physische Konstitution zu erhalten, achte sie auf ihre Ernährung und betreibe Fitness. Weiters gibt sie an, nach Möglichkeit die Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Haus zu nutzen (INT1/51-61).

Im Rahmen der Beschreibung der Wirkungen, die die erste interviewte Person auf Grund der Teilnahme an den Interventionen der BGF feststellen kann, nennt sie die „Verbesserung dieser Dysbalance in mir“ (INT1/82), Entspannung, Aktivierung, Steigerung der Arbeitsfähigkeit und Kräftigung (INT1/79-88).

Die zweite Interviewpartnerin gibt als persönliche Ressource an, dass sie versuche, am Ende des Arbeitstages „bewusst abzuschalten“ (INT2/45). Im Zusammenhang mit den zeitlichen Engpässen in Folge von Abwesenheiten nennt sie nur kurzen Urlaub als Gegenstrategie (INT2/44). Sie räumt am Ende des Gesprächs ein, dass sie die eigene Gesundheit zu wenig berücksichtige. „Wir sind für die Bewohner da, wir setzen uns ein und bei mir ist es so, ich bin dann so geschafft, dass ich mich dann schwer aufraffen kann, mir was Gutes zu tun“ (INT2/80-81).

Im Rahmen des dritten Interviews gibt die befragte Person an, dass sie versuche, am Ende des Arbeitstages die Arbeit hinter sich zu lassen und Grenzen zu ziehen (INT3/103-111).

Der als vierte Person interviewte Physiotherapeut erzählt, dass er viel Wert auf körperliche Fitness lege. Er gehe mehrmals wöchentlich ins Fitnesscenter und betreibe Ausdauersport. Dabei bestätigt er den Zusammenhang zwischen dem Training und dem Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit: „Aber, ja, das tue ich dafür, um mich quasi für den Beruf körperlich fit zu halten“ (INT5/79). Um seine psychische Stabilität weiter zu gewährleisten, erklärt die befragte Person, Atemtechniken aus dem Yoga zu praktizieren. Dabei lenkt er ein, dass er dies seit einiger Zeit vernachlässige (INT4/74-91).

Interviewpartnerin fünf gibt an, auf ihren Körper zu achten, um diesen gesund zu erhalten (INT5/35-36). Zudem lege sie Wert darauf, ihre „persönlichen Kraftquellen“ (INT5/37) zu pflegen.

In den fünf Interviews zeigt sich bei allen Befragten, dass sie sich um ihre Gesundheit kümmern. Dabei werden unterschiedliche Strategien angelegt. Einerseits zeigt sich die Thematik des Erhalts der körperlichen Fitness und Leistungsfähigkeit, wie die Interviewpartnerinnen und -partner eins, vier und fünf erwähnen. Andererseits geht es um den Bereich der psychischen Stärkung und Abgrenzung von den Inhalten und Erlebnissen im Kontext der Arbeit, wie dies in den Interviews zwei, drei und vier zum Ausdruck kommt. Die erste befragte Person weist zudem auf die Bedeutung von Kommunikation im Team und die Unterstützung durch die Hierarchie im Bedarfsfall hin.

5.2.5 Handlungs- und Gestaltungsspielraum

Die medizinische Fachassistentin gibt im Rahmen des ersten Interviews auf die Frage nach Möglichkeiten der Gestaltung im Arbeitskontext an, dass die Möglichkeit bestehe, die organisatorischen Tätigkeiten im Team zu verteilen. Die Arbeitsräumlichkeiten können innerhalb der einzuhaltenden Rahmenbedingungen durch Pflanzen oder Dekoration gestaltet werden. Die Arbeitszeit wird seitens der interviewten Person generell als fixiert angegeben, in begründeten Fällen sei Flexibilität möglich (INT1/65-72).

Die zweite befragte Person erläutert, dass die Arbeit größtenteils eigenständig erledigt werde. Als positiv empfinde sie die Möglichkeit der Dienstzeitenänderung, die sie dieses Jahr vornehmen konnte (INT2/49-52).

Im Interview drei geht die befragte Person beim Thema des Handlungs- und Gestaltungsspielraums vor allem auf die Möglichkeit der Therapiegestaltung und –planung ein. Sie erwähnt die Notwendigkeit der Abstimmung der therapeutischen Planung mit den anderen beteiligten Professionen. Sie gibt an, innerhalb der Dienstzeit etwas Flexibilität bezüglich der zeitlichen Gestaltung zu haben und betont die Bedeutung der eigenen Organisationsfähigkeiten (INT3/114-132). „Muss man halt schauen, wie man sich selber organisiert, dass man nicht nur hinterherrennt“ (INT3/132-133).

Der vierte Interviewpartner gibt an, kaum Handlungsspielraum zu haben. Dies sei einerseits auf die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zurückzuführen, andererseits auf seine Arbeitszeitgestaltung (INT4/95-107).

Die fünfte befragte Person erwähnt vorhandenen Freiraum in der Gestaltung ihrer therapeutischen Interventionen, auch in Bezug auf den genauen Ort der Durchführung innerhalb des Hauses. Ihre Arbeitszeit gibt sie als festgesetzt an (INT5/40-48).

Als Gemeinsamkeit zeigt sich in den fünf Interviews die Möglichkeit der Gestaltung der therapeutischen Interventionen innerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen. Im Interview zwei wird die den Professionen zu Grunde liegende Eigenständigkeit erwähnt. In Bezug auf die Dienstzeit geben alle Befragten keinen bis geringen Gestaltungsspielraum an.

5.2.6 Individuelle Präferenzen BGF

Im ersten Interview werden auf die Frage nach Wünschen bezüglich Interventionen der BGF hin Vorschläge gemacht, die vor allem Bewegungsangebote betreffen: „Wirbelsäulengymnastik“ (INT1/107), „Nordic Walking ... so nach der Dienstzeit...in der Gruppe“ (INT1/109). Weiters wird die bereits angebotene Massage als dem Wohlbefinden förderlich erwähnt (INT1/106-107). Als Beweggründe für die genannten Wünsche nennt die interviewte Person einerseits den „Wohlfühleffekt“ (INT1/107), andererseits „die Basis der eigenen Stabilität“ (INT1/108) und das Gruppenerleben sowie die Möglichkeit der Bewältigung individueller Ängste, „weil das halt, irgendwie die Gruppendynamik dann irgendwie sehr viel bringt...und...weil man dann halt oft als Frau auch keine Angst hat, wenn man dann alleine in den Wald geht oder so“ (INT1/109-111).

Im Rahmen des zweiten Interviews nennt die befragte Person Gleitzeit als wünschenswerte gesundheitsfördernde Maßnahme, die es ihr ermöglichen würde, verstärkt ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen (INT2/73-75).

Die dritte Interviewpartnerin findet das Angebot weiterer abklärender Tests sinnvoll, die periodisch angeboten werden sollten, um den eigenen Gesundheitszustand besser überprüfen zu können. Um den mit ihrer Berufstätigkeit in Zusammenhang stehenden Belastungen besser begegnen zu können, gibt sie an, dass sie sich Trainings für Stabilisierung und Kräftigung vor allem der Rumpfmuskulatur wünsche. Zusätzlich findet sie ein Entspannungstraining sinnvoll. Ihre Präferenz wäre dabei eine zeitliche Gestaltung am Abend oder innerhalb der Dienstzeiten und an mehreren Terminen. Sie deutet auch an, Angebote außerhalb des Hauses anzunehmen, wenn diese gefördert werden würden (INT3/184-213).

Im Interview vier legt der Physiotherapeut den Fokus auf das Einräumen der Möglichkeit, im Haus einen mit Geräten ausgestatteten Fitnessraum benutzen zu können. Er gibt an, nicht nachvollziehen zu können, warum ein solches Angebot nicht bereits bestehe. Dabei könne es die Möglichkeit des freien Trainings und des angeleiteten Gruppentrainings geben (INT4/145-163).

Für die fünfte befragte Person stimmen ihre individuellen Präferenzen mit den angebotenen Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung überein (INT5/83-88).

Im Gesamtüberblick über die durchgeführten Interviews zeigen sich die Präferenzen der einzelnen Interviewpartnerinnen und -partner divergierend. Übereinstimmung herrscht bei den befragten Personen eins bis vier über den Wunsch, die zeitliche Gestaltung der gesundheitsfördernden Maßnahmen zu flexibilisieren. Der Rahmen spannt sich dabei von größerer Variabilität der Termingestaltung der Angebote über freie Zugänglichkeit zu gewünschten Angeboten hin zur Möglichkeit von Gleitzeit als Arbeitszeitkonzept. Auf den Inhalt der Interventionen bezogen zeigt sich bei drei der Befragten der Wunsch nach kräftigenden, stabilisierenden Maßnahmen. Eine Person geht völlig kongruent zwischen dem bisherigen Angebot und ihren individuellen Bedürfnissen. Zwei der Personen geben an, sie würden auch Maßnahmen außerhalb der Dienstzeit und des Dienstortes als erstrebenswert erachten.

5.2.7 BGF und Digitalisierung

Im ersten Interview gibt die befragte Person an, dass die Information über die Möglichkeit der Teilnahme an einer Intervention der BGF im Haus via E-Mail verschickt werde. Auf Nachfrage seitens der Interviewerin erklärt die Befragte, dass es keine digitalen Maßnahmen der BGF gäbe und sie keine Erfahrung mit digitalen Interventionen habe (INT1/95-101).

Im Rahmen des zweiten Interviews gibt die Person an, dass es keine digitalen Maßnahmen der BGF gäbe. Alle Interventionen finden vor Ort als Präsenzveranstaltungen statt. Die Informationen über die angebotenen Maßnahmen erhält die Person per Mail (INT2/66-70).

Die dritte befragte Person gibt auf Nachfrage an, dass die Interventionen vor Ort stattfinden und sie keine Kenntnis über digital angebotene Maßnahmen habe. Das Folgeangebot einer Maßnahme habe außerhalb des Hauses in Präsenz stattgefunden (INT3/174-180).

Während des vierten Interviews wird auf die Frage nach digitalen Interventionen das Versenden der Angebote via Mail genannt. Auf Nachfrage wird das Vorhandensein digitaler Gesundheitsförderung verneint (INT4/135-142).

Die fünfte befragte Person gibt an, dass die Maßnahmen der BGF vor Ort und größtenteils in der Dienstzeit stattfänden, dass es keine digitalen Angebote gäbe und dass die Person diese auch bei Vorhandensein nicht nutzen würde (INT5/72-76).

In den Interviews zeigt sich, dass im untersuchten Umfeld Digitalisierung und Betriebliche Gesundheitsförderung kein Thema darstellt. Die Befragten geben einheitlich an, keine Erfahrung mit digitalen Angeboten zu haben. Die Information über die angebotenen Maßnahmen findet per Mail statt, die Maßnahmen selbst vor Ort. Die fünfte Person gibt an, dass sie digitale Interventionen grundsätzlich nicht gerne in Anspruch nehmen würde.

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Das Setting der stationären Betreuung, ganz besonders im Bereich der Langzeitbetreuung, zeigt ein spezifisches Bild an Herausforderungen und Belastungsfaktoren. Durch die in zunehmend schlechterem Gesundheitszustand in diesem Setting sich befindenden Menschen (Blüher & Kuhlmeier, 2019, S. 262) müssen die Therapeutinnen und Therapeuten mit diversen physischen und psychischen Einschränkungen umgehen, die sie in ihrer täglichen Arbeit begleiten (Glaser et al., 2008, S. 49ff.). Ergonomisch sinnvolles Arbeiten ist auf Grund körperlicher Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen und hohem Körpergewicht der zu betreuenden Personen nicht immer möglich (INT3/60-64). Zudem erschweren kognitive Defizite sowie Einbußen der Sinnesleistungen die Arbeit (INT1/43-45; INT4/64-67). Den dadurch entstehenden spezifischen Belastungen müssen nach Rudow (2014, S. 58) die durch Organisation, Tätigkeit und Individuum der bzw. des Ausführenden zur Verfügung stehenden Ressourcen entgegenwirken.

Die Forschungsfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, lautet: „Welche Unterschiede bezüglich der Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigen sich bei älteren Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz im Setting stationärer Betreuung?“

Wie in den nachfolgenden Unterkapiteln 6.1 bis 6.4 genauer dargestellt zeigt sich zusammenfassend, dass sich die Erfolgsfaktoren des BGM im untersuchten Setting nicht von jenen im Kapitel 4.2 dargestellten Erfolgsfaktoren unterscheiden, sofern in den Interviews Angaben gemacht werden oder der Faktor durch Vorhandensein im untersuchten Setting überprüft werden kann.

Keine Angaben werden in den Interviews bezüglich einer eventuell durchgeführten Bedarfsanalyse zur Abstimmung von konkretem Bedarf und gesetzten Maßnahmen (Walter, 2010, S. 256) und bezüglich eines möglicherweise durchgeführten Pilotprojektes (Nieder & Michalk, 2007, zitiert nach Nieder & Rimbach, 2012, S. 32) gemacht.

In den Interviews wird von allen Befragten die Möglichkeit der Inanspruchnahme digitaler Interventionen der BGF verneint (INT1/98-101; INT2/70; INT3/180; INT4/142; INT5/76). Daher kann die unterstützende Wirkung von digitalen Maßnahmen als Ergänzung zu analogen Interventionen (Hasselmann, 2018, S. 60ff.) nicht überprüft werden.

6.1 Arbeitsbereich und spezifische Tätigkeiten, Handlungs- und Gestaltungsspielraum

Im Hinblick auf eine möglichst effektive und damit auch effiziente Maßnahmenkonzeption der BGF ist die Evaluierung der Einsatzbereiche und Tätigkeitsprofile derjenigen von großer Bedeutung, für die die Interventionen als gesundheitsförderliche Unterstützung gedacht sind. Die Effektivität lässt sich durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen im Sinne der Luxemburger Deklaration der ENWHP steigern (2007, S.4). Ebenso werden, wie von Cichocki et al. (2015a, S.16) beschrieben, Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung effektiver, wenn die Spezifität von Belastungsfaktoren je Bereich berücksichtigt und die Interventionen auf den Handlungsbedarf pro Bereich priorisiert werden. Darüber, inwieweit eine Partizipation der Beschäftigten an der Planung der Maßnahmen oder der Bedarfserhebung sowie der Ausführung der Interventionen besteht (Cichocki et al., 2015a, S.16), kann auf Grund fehlender Informationslage keine Aussage gemacht werden.

In den Interviews werden keine Angaben darüber gemacht, ob es eine Priorisierung von Bereichen mit hohem Handlungsbedarf gibt. Interviewpartnerin eins gibt an, sie erhalte diverse Angebote von Interventionen der BGF im untersuchten Haus, an denen sie nach individuellem Interesse und zeitlichen sowie personellen Gegebenheiten teilnehmen könne (INT1/69-72).

Die fünf interviewten Personen bilden ein repräsentatives Bild der verschiedenen Professionen, aus denen sich ein Team von Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz zusammensetzen kann. Das in dieser Arbeit abgebildete Setting der intramuralen Tätigkeit aller Befragten zeigt ein den Beschreibungen der jeweiligen Tätigkeitsprofile der einzelnen Berufe entsprechendes Bild. Trotz des identen Einsatzortes ergibt sich auf Grund der Einzelprofessionen und der Differenzierung des genauen Einsatzbereiches ein divergierendes Anforderungs- und Belastungsspektrum für jede interviewte Person und in weiterer Folge für die durch sie repräsentativ vertretenen Berufsbilder.

Alle Befragten arbeiten in Teams verschiedener Größe und interdisziplinär mit diversen anderen Berufsgruppen und Personen zusammen. Die unterschiedlichen Einsatzbereiche lassen sich durch einen differenzierenden Fokus der Tätigkeiten charakterisieren. „Der eine Bereich ist mehr im Begleiten und im, im, im ... hat mehr mit Beziehung zu tun oder da spielt Beziehung eine wichtigere Rolle im Langzeitbereich und im Kurzzeitbereich spielt Organisation eine wichtigere Rolle“ (INT5/25-27).

Die zunehmend schlechtere Konstitution der in stationäre Betreuung aufgenommenen Menschen (Blüher & Kuhlmeier, 2019, S. 262) findet Bestätigung durch die zweite Interviewpartnerin (INT2/45-47).

Jansen und Müller (2000, S. 260) zeigen eine Verbindung zwischen dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit und den Ressourcen der Beschäftigten und der Berücksichtigung organisationaler Aspekte wie der Gestaltung von Arbeitsplatz und Arbeitszeit. In den Interviews zeigt sich auf die Frage nach möglichem Gestaltungsspielraum, dass es im untersuchten Setting Handlungsspielraum in Bezug auf die Ausübung der Tätigkeiten der jeweiligen Professionen gibt. Die Eigenständigkeit der Therapie ist auch in den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen festgeschrieben, wie bereits in Kapitel 3 dargestellt. Innerhalb des Hauses kann der jeweilige Arbeitsort an die therapeutischen Erfordernisse angepasst werden. Die Empirie zeigt auch, dass es in Bezug auf die arbeitszeitliche Gestaltung kaum Spielraum gibt. Die Befragten geben an, festgesetzte Dienstzeiten zu haben. Änderungen bedürfen begründeter Abstimmung mit der Hierarchie (INT1/67-69; INT2/49-52; INT3/114-132; INT4/95-107; INT5/40-48).

6.2 Spezifische physische und psychische Herausforderungen

Kongruenz findet sich zwischen den in der Literatur beschriebenen und im Rahmen der Interviews genannten Belastungsfaktoren. Generell zeigt sich ein großes Ausmaß an Stressfaktoren, denen Beschäftigte im Gesundheitswesen ausgesetzt sind (Petrelli et al., 2019, S. 28). Im spezifischen Setting Pflegeheim erweist sich besonders die psychische Belastungskomponente als essenziell (Maier & Kälin, 2015, S. 287). Diese Erkenntnis wird durch die Aussagen in den Interviews unterstützt. Interviewpartner vier beschreibt die Komplexität der psychischen Anforderungen, mit denen Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert sind:

„... weil wir halt eine Berufsgruppe sind, die halt im Optimalfall halt so eine halbe Stunde dann Zeit hat für die Patienten und in diesem Zeitraum natürlich nicht nur geübt werden kann, sondern auch ... Erholungspausen und so stattfinden und das ist für die Patienten, Patientinnen so ein bisschen ein Anlass, um sich den Frust von der Seele zu reden. Sei es jetzt, ja, den sie auf der Station haben, seien es private Sorgen, die sie dann ... beschäftigen, wie es nach der Entlassung sein kann, ... wer sich um sie kümmert. Also, von da her, nimmt man das, will ich nicht sagen nicht mit nach Hause, aber es summiert sich. Es kostet einfach Energie. Und natürlich auch je nach Patientengut, wenn es ... eventuell demente Patienten sind, wenn es Patienten sind, die psychische Vorerkrankungen haben, dann ist der Umgang an sich schon einmal ein schwieriger. Und psychisch belastend, ...“ (INT4/57-67).

Diese Sequenz spiegelt die in Kapitel 3.1 beschriebene Notwendigkeit umfassender Betreuungsleistung im stationären Setting, die über die rein körperliche Versorgung hinausgehen und die psychologischen und sozialen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in eine salutogenetische Therapie miteinbeziehen muss, wieder (Rose et al., 2004, S. 149).

Jansen und Müller (2000, S. 258f.) betonen, dass der Bereich des Gesundheitswesens auf Grund diverser Belastungsfaktoren spezifisch betrachtet werden muss.

Die die Interviews begleitende Erfragung personenbezogener Daten, deren Darstellung in den Tabellen vier und fünf in Kapitel 5.2 ersichtlich ist, zeigt trotz der divergierenden Professionen ähnliche Beschwerden. Vor allem die auf den Bewegungsapparat bezogenen physischen Beschwerden sowie Kopfschmerzen und/oder Migräne werden von nahezu allen Befragten genannt. Diesbezüglich stellen auch die Kriterien teilzeitbeschäftigt versus vollzeitbeschäftigt und Dauer der Betriebszugehörigkeit keinen Differenzierungsgrund dar.

In fast allen Interviews werden neben den psychischen Herausforderungen auch physische Belastungsfaktoren angegeben, die mit den in der Literatur genannten übereinstimmen (Jansen & Müller, 2000, S. 257f.). Die Notwendigkeit des schweren Hebens und Tragens sowie das Einnehmen ungünstiger Körperhaltungen werden vor allem durch die eingeschränkte Beweglichkeit und Immobilität der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner verursacht (INT1/27-29; INT3/59-70). Erschwerend kommen teils hohes Körpergewicht und mangelnde Eigenaktivität der zu Betreuenden hinzu (INT1/32-34; INT4/41-47).

Der Bericht über das österreichische Gesundheitssystem in Zahlen, Daten und Fakten (2019b, S. 15) beschreibt eine Zunahme an übergewichtigen Personen, wobei sich vor allem bei Männern diese Tendenz als steigend erweist. Diese Angabe deckt sich mit den Aussagen der Interviews von (zu) hohem Körpergewicht als negativer Wirkfaktor (INT1/32; INT4/41-44).

Obwohl sich in den Tätigkeitsprofilen der einzelnen Professionen Unterschiede finden, nennen alle Befragten vielfältige psychische Belastungsfaktoren. Es handelt sich dabei um Themen wie Umgang mit Sterben und Tod (INT5/30-31), Umgang mit diversen Anspruchsgruppen (INT2/36-3) oder Ressourcenmangel seitens der Therapierenden im Gegensatz zu gesetzten Erwartungen seitens der zu Betreuenden (INT1/ 47-49; INT3/72-74). Letzteres entspricht den von Glaser et al. (2008, S. 49ff.) genannten Motiven, Werten und Haltungen von in diesem Bereich Beschäftigten und den ihnen auferlegten Rationalisierungsdruck, der zu inneren Konflikten führen kann, wie Interviewpartnerin drei beschreibt: „Also ich hab ganz oft ein schlechtes Gewissen, wenn ich Patienten sag, ich muss Sie jetzt pausieren, ich hab jetzt keine Zeit, ... [...] Also es ist ganz, ganz schwer, find ich, und wirklich eine Belastung, da die Grenze zu ziehen und zu sagen, wie werde ich damit fertig“ (INT3/76-86).

Fehlende Gratifikation, wie von Siegrist und Dragano (2008, S. 308) als Ergebnis von fehlendem Ausgleich bei oft intrinsisch motivierten Erwartungen, wird in den Interviews nicht angesprochen.

Weitere von Glaser et al. (2008, S. 49ff.) genannte Belastungsfaktoren finden sich in den Gesprächen wieder. Informationsmängel, Arbeit im Team und damit verbundene Problematiken wie steter Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen auf engem Raum werden im ersten Interview genannt (INT1/37-39).

Das Erfordernis der täglichen Dokumentation wird in den Gesprächen zwar im Rahmen der Arbeitsaufgaben erwähnt (INT1/13; INT2/20), kommt bei der Frage nach den Herausforderungen jedoch nicht mehr zur Sprache.

Burn-out wird im Rahmen des ersten Interviews im Zusammenhang mit der präventiven Wirkung der Interventionen der BGF genannt (NT1/25-26). Keine der befragten Personen äußert sich direkt im Zusammenhang mit den Belastungsfaktoren zu diesem Syndrom.

Das von Brause et al. (2015, S. 47) geforderte explizite Berücksichtigen des Risikos von Burn-out in der stationären Langzeitbetreuung kann durch die Interviews insofern verifiziert werden, als dass die genannten Maßnahmen wie Achtsamkeitstraining und Entspannungstraining der Reduktion von Stress und der Prävention von Burn-out dienen (Neumayer, o.J.). Interviewpartnerin drei führt aus, dass sie an der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung teilgenommen habe und diese einen Fragebogen über die psychische Belastungssituation beinhaltet habe. Auf Grund des Ergebnisses der Auswertung dieses Screenings habe sie ein Coaching in Anspruch nehmen können, das ihr die Bewältigung der Arbeitssituation als Berufsanfängerin im Setting erleichtert habe (INT3/136-146).

Um den vielfältigen Belastungsfaktoren im beschriebenen Setting begegnen zu können, bedarf es individueller, aber auch durch Tätigkeit und Organisation zur Verfügung gestellter Ressourcen (Rudow, 2014, S. 58). Die Vielfalt der in der Literatur beschriebenen Belastungsfaktoren in physischer und psychischer Hinsicht (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352; Jansen & Müller, 2000, S. 258f.) wird durch die Erkenntnisse aus den Interviews bestätigt. Die interviewten Personen zeichnen ein Bild an diversen physischen und psychischen Herausforderungen im Setting der stationären Betreuung.

Um diesen begegnen zu können, werden seitens des Unternehmens diverse Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten, welche sowohl die physischen als auch die psychischen Anforderungen adressieren. Der Fokus liegt dabei auf kräftigenden und stabilisierenden körperlichen Trainingsangeboten sowie Möglichkeiten der Entspannung, des Erlernens von Achtsamkeit und den Umgang mit Stress, wie in Kapitel 4.3 dargestellt.

6.3 Individuelle Ressourcen

Die bereits erwähnten individuellen Ressourcen der Beschäftigten als nötiges Gegengewicht zu den durch den Beruf gegebenen Anforderungen und Belastungen (Rudow, 2014, S. 58) korrelieren mit den unterschiedlichen Belastungen der Professionen und Einsatzbereiche.

In der Physiotherapie zeigt sich neben der physischen Komponente ein hoher Anteil körperlicher Belastungen, denen der interviewte Therapeut mittels Fitnesstraining und Entspannungsübungen begegnet (INT4/74-91).

Im Berufsfeld der Ergotherapie zeigt sich ein ähnliches Spektrum der Anforderungen, denen die interviewte Person durch auf die Physis und die Psyche wirkende Maßnahmen vorbeugt (INT5/35-37). Sie gibt zudem an, an Interventionen der BGF teilzunehmen (INT5/51).

In der Logopädie zeigt sich ein hoher Grad psychischer Belastung durch den Fokus auf die essenziellen Themen Essen und Sprechen, wobei die Logopädin ebenso physische Belastungen nennt, mit denen sie umgehen muss (INT3/59-100). Als Prävention setzt sie bewusste Abgrenzung von den Inhalten der Arbeit ein (INT3/103-111). Sie gibt an, sich Interventionen der BGF zu wünschen, die vermehrt dem körperlichen Training dienen (INT3/193-195), äußert sich jedoch nicht darüber, ob sie bereits diesbezügliche Maßnahmen außerhalb der BGF in Anspruch nimmt.

Die Diätologin spricht vor allem über die physische Belastung, die mit ihrer Tätigkeit verbunden ist. Sie nennt Termin- und Zeitdruck als Hauptprobleme und begegnet diesen durch nur kurzzeitige Abwesenheiten. Weiters versucht sie die bewusste Trennung von Arbeit und Freizeit einzuhalten (INT2/36-45). Der Versuch einer Teilnahme an Maßnahmen der BGF überzeugt sie nicht vom Nutzen dieser Interventionen (INT2/55-64).

Im Bereich der medizinischen Fachassistenz zeigt sich ein sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene vorhandenes Spektrum an Belastungsfaktoren. Die interviewte Person setzt als Gegenmaßnahmen auf Kommunikation im Team, Erhalt des individuellen Gesundheitszustandes durch Ernährung und Fitness und Inanspruchnahme der Interventionen der BGF (INT1/24-61).

Die in der Literatur genannte Vorbildwirkung der Führungskräfte als Erfolgsfaktor für BGF (Brause et al., 2015, S. 45; Glaser et al., 2008, S. 60ff.; Spieß & Stadler, 2007, S. 255ff.) wird in den Interviews indirekt angesprochen. Im zweiten Interview benennt die befragte Person die Teilnahme der Vorgesetzten als Hindernis für ihre eigene weitere Teilnahme an Interventionen (INT2/63-64). Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass in diesem Haus die Führungskraft selbst an den Maßnahmen der BGF teilnimmt. Hinsichtlich der Möglichkeit eines gesundheitsförderlichen Führungsstils kann die im ersten Interview getätigte Aussage herangezogen werden, dass die befragte Person sich in Konfliktfällen an ihre Vorgesetzte wenden kann und dies als Unterstützung empfindet (INT1/52-54).

6.4 Teilnahmemotivation, individuelle Präferenzen BGF und Digitalisierung

Die Analyse der Teilnahmemotivation der Befragten an angebotenen Interventionen der BGF zeigt, dass es sich um ein Konglomerat aus physischen und psychischen Beweggründen handelt. Einerseits werden bereits bestehende Schmerzen und körperliche Probleme sowie deren Prävention angegeben (INT1/78; INT3/162-164; INT5/53-61). Andererseits zeigen sich die physischen Belastungen als Motive zur Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Interventionen (INT1/80-86; INT3/164-167; INT5/64-65).

Dieses Bild wird durch die Angaben bestätigt, die auf die Frage nach den individuellen Wünschen hinsichtlich Angeboten der BGF gemacht werden. Dabei zeigt sich ein Teil der gewünschten Maßnahmen als den gesundheitsförderlichen Fokus auf die Physis legend, der andere Teil sollte der Stärkung der psychischen Ressourcen der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer dienen. Im Sinne der ENWHP, die in der Luxemburger Deklaration die Verbindung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen zur Effektivitätssteigerung von BGF propagiert (2007, S. 4) wird als Wunsch die Erweiterung des Gestaltungsspielraums der Arbeitszeit im Sinne der Ermöglichung von Gleitzeit (INT2/73-75) genannt. Weiters zeigt sich der Wunsch nach variablerer Gestaltung der Teilnahmemöglichkeiten an Interventionen der BGF auf Grund der fixierten An- und Abwesenheitszeiten der Beschäftigten. „Das geht sich auch zeitlich gar nicht aus. Also, das wäre fein, wenn es irgendwie mehr noch gäbe, nicht nur eines, was dann an einem Tag ist, wo man gar nicht da ist als Teilzeitbeschäftigte...“ (INT3/197-199).

Um die Reichweite angebotener Maßnahmen zu erhöhen, empfiehlt Hasselmann (2018, S. 60ff.) die Kombination analoger und digitaler Elemente der BGF, wobei die digitalen Aspekte der Ergänzung dienen sollen. Im Rahmen der Analyse der Interviews zeigt sich, dass im untersuchten Setting keine digitalen Interventionen zur Anwendung kommen (INT1/98-101; INT2/70; INT3/180; INT4/142; INT5/76).

7 Zusammenfassung und Ausblick

Die demografischen Veränderungen treffen neben der Gesellschaft als Ganzes auch die Belegschaften. Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen länger arbeitsfähig bleiben, um ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können.

Der in seiner Bedeutung wachsende tertiäre Sektor der Dienstleistenden beinhaltet auch die Gruppe der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, unter die die gehobenen medizinisch-technischen Dienste und die medizinische Fachassistenz subsumiert werden. Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind ein Sammelbegriff für diverse Professionen. In dieser Arbeit werden der Diät- und ernährungsmedizinische Beratungsdienst, der ergotherapeutische Dienst, der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst sowie der physiotherapeutische Dienst dargestellt. Ergänzt wird das Spektrum durch die medizinische Fachassistenz. Alle diese genannten Berufsgruppen arbeiten multiprofessionell, inter- und intradisziplinär vernetzt und kooperierend in der stationären Betreuung von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf.

Ihnen kommt neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung große Bedeutung hinsichtlich der positiven Beeinflussung des Gesundheitszustandes jeder einzelnen Person zu, die sich in ihrer Betreuung befindet. Die Wiedererlangung und möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit der Therapierten hilft neben diesen Personen selbst auch der Gesellschaft als Ganzes, die sich im Rahmen des demografischen Wandels mit einem immer größeren Anteil älterer Bevölkerungsgruppen hinsichtlich Betreuung und Versorgung auseinandersetzen muss. Die diversen Professionen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und die medizinische Fachassistenz unterstützen durch ihre Interventionen dabei, möglichst vielen Menschen möglichst lange ein autonomes Leben in ihren eigenen Wohnungen zu ermöglichen. Im Langzeitbetreuungssetting lautet ihre Zielsetzung, möglichst hohe Lebensqualität und Selbstständigkeit im Rahmen des Settings zu gewährleisten. Bei beiden Einsatzbereichen ist die Zusammenarbeit im intraprofessionellen Team sowie mit diversen anderen beteiligten Berufsgruppen essenziell, um das bestmögliche Ergebnis in Zusammenarbeit mit den therapierten Personen und in Kongruenz mit deren individuellen Zielsetzungen und Bedürfnissen zu erreichen.

Im Rahmen dieser Leistungserbringung kommt es auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie das Wohlbefinden der Beschäftigten an. Denn nur wenn es ihnen selbst gut geht, können sie qualitativ hochwertige Arbeit erbringen. Der Gesunderhaltung dienlich ist mitunter das Betriebliche Gesundheitsmanagement, das das Ziel der Erhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verfolgt.

Die Wirksamkeit wird durch kombinatorischen Einsatz von Maßnahmen mit Fokus auf Verhalten der Beschäftigten und auf die Verhältnisse gerichtete Interventionen erhöht. Weiters ist ein auf die jeweiligen Bedürfnisse und spezifischen Belastungen abgestimmtes Konzept von Vorteil.

In dieser Bachelorarbeit konnte auf Grund einer qualitativen empirischen Erhebung von in einem Pflegewohnhaus beschäftigten Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie der medizinischen Fachassistenz gezeigt werden, dass das Setting durch spezielle Herausforderungen charakterisiert wird. Diesen kann mittels Vorabanalysen des Bedarfs und integrierten umfassenden Interventionen sowie kreativen Ansätzen des BGM gesundheitsfördernd begegnet werden.

Diese Arbeit widmete sich der Untersuchung in einem einzelnen Pflegewohnhaus. Eine Ausweitung der Forschung auf weitere Häuser und Personen kann zur vertieften Erkenntnisfindung bezüglich möglichst effektiver und effizienter Konzeptionierung zukünftigen Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Setting beitragen.

Literaturverzeichnis

- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-04337-6.
- Bellmann, L., Kistler, E. & Wahse, J. (2003). Betriebliche Sicht- und Verhaltensweisen gegenüber älteren Arbeitnehmern. *Politik und Zeitgeschichte*, 20, 26-34. doi: 0479-611 X. Online: <https://www.bpb.de/apuz/27629/aeltere-menschen> [Abruf am 04.02.2020]
- Blüher, S. & Kuhlmei, A. (2019). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 261-266. doi: 10.1007/s00103-019-02879-0. Online: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-019-02879-0.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- BMASGK (2019a). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. doi: 978-3-85010-529-3. Online: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=489> [Abruf am 05.02.2020]
- BMASGK (2019b). *Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen-Daten-Fakten*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. doi: 978-3-85010-521-7. Online: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636> [Abruf am 05.02.2020]
- BMSGPK (2020). *Gesundheit.gv.at - Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs*. Online: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht> [Abruf am 29.03.2020]
- Brause, M., Kleina, T., Horn, A. & Schaeffer, D. (2015). Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(1), 41-48. doi: 10.1007/s11553-014-0469-7. Online: [https://link.springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-014-0469-7.pdf](https://link.springer.com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-014-0469-7.pdf) [Abruf am 24.11.2019]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. doi: 0722-8333. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49788-2> [Abruf am 12.10.2019]
- Cichocki, M., Quehenberger, V. & Krajic, K. (2015a). Vom Pilotprojekt zur Alltagspraxis. *Das österreichische Gesundheitswesen*, 01-02, 15-17. Online: <https://www-wiso-net->

- de.uaccess.univie.ac.at/document/OEKZ_0790690750900720952015021%20172076207006737 [Abruf am 24.11.2019]
- Cichocki, M., Quehenberger, V., Zeiler, M. & Krajic, K. (2015b). Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, 206-211. doi: 10.1007/s11553-015-0498-x. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-015-0498-x.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Claudiana - Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe (o.J.). *Ergotherapeutischer Prozess*. Bozen. Online: <http://www.dachs.it/de/kap-3.php> [Abruf am 07.02.2020]
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institut for Futures Studies. doi: 978-91-85619-18-4. Online: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> [Abruf am 14.02.2020]
- Enberg, B., Nordin, C. & Öhman, A. (2010). Work experiences of novice occupational therapists and physiotherapists in public sector employment - Analyses using two occupational stress models. *Advances in Physiotherapy*, 12(1), 42-49. doi: 10.3109/14038190903033161. Online: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14038190903033161?scroll=top&needAccess=true> [Abruf am 05.02.2020]
- ENWHP (2007). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Online: https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf [Abruf am 02.06.2019]
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenetic interpretation of the Ottawa Charta. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199. doi: 10.1093/heapro/dan014. Online: https://watermark.silverchair.com/dan014.pdf?token=AQECAHi208BE49Oan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysqAAAlkwggJVBgkqhkiG9w0BBwagggJGMIICQgIBA_DCCAjsGCSqGSIlb3DQEHATAeBglqhkgBZQMEAS4wEQQMslDlj2VUOc_xsSo3AqEQgllCDIST86vnAc30AKcLAK0BQ-mvfZK4dwYwnsZRxl3f81XNCFKp [Abruf am 01.06.2019]
- Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler. doi: 10.1007/978-3-8349-8835-5. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- European Commission (2020). *Employment, Social Affairs & Inclusion*. Brüssel. Online: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en> [Abruf am 10.02.2020]
- European Parliament, Council of the EU, European Commission (2017). *European Pillar of Social Rights*. o.O. doi: 10.2792/95934. Online:

- https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf [Abruf am 10.02.2020]
- Eurostat (2019). *Healthy life years statistics*. o.O. Online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65 [Abruf am 10.02.2020]
- Eurostat (2020). *Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex*. Online: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tepsr_sp320&language=en&toolbox=data [Abruf am 10.02.2020]
- Felder, R. (o.J.). *Der Physiotherapeutische Prozess*. Salzburg. Online: <https://www.osteopath.at/physiotherapeutischer-prozess/> [Abruf am 07.02.2020]
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2020). *Das qualitative Interview: zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: facultas. doi: 978-3-8252-5280-9. Online: <https://www-utb-studi-e-book-de.uaccess.univie.ac.at/Viewer2.0/pdfviewer/index/viewer?isbn=9783838552804&access=98a950376c44dfd904539e97f214c402&code=b0b9601748c9c3eb-deac5eb089119e73&q=&lang=de&key=&page=&label=A&prodId=2698&hash=f8d9d677e93f6416b3acb485f> [Abruf am 08.02.2020]
- GBRG – Gesundheitsberuferegister-Gesetz - Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen idF vom 27.09.2016 (BGBl. I Nr. 87/2016) zuletzt geändert 22. Dezember 2018 (BGBl. I Nr. 100/2018). Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009644/GBRG%2c%200Fassung%20vom%2015.02.2020.pdf> [Abruf am 15.02.2020]
- Ghadiri, A., Ternès, A. & Peters, T. (2016). *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer. doi: 10.1007/978-3-658-07978-9. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege*. Dortmund, Berlin, Dresden: INQA. doi: 978-3-86509-847-4. Online: <https://d-nb.info/990916316/34> [Abruf am 25.11.2019]
- Hasselman, O. (2018). Digitales BGM für die Arbeitswelt 4.0 - Optionen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 57-71). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]
- Hessel, F. (2016). Im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Ressourcenknappheit: Gesundheitsökonomische Aspekte des Betrieblichen

- Gesundheitsmanagements. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 43-58). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Höhne, A. & von dem Knesebeck, O. (2010). Bildung und Gesundheit. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 339-349). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Ilmarinen, J. (2006). *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. doi: 951-802-686-6. Online: https://www.researchgate.net/publication/244486419_Towards_a_Longer_Worklife_Ageing_and_the_Quality_of_Worklife_in_the_European_Union/link/5d8c832c299bf10cff0ea07c/download [Abruf am 14.10.2019]
- Jansen, R. & Müller, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(4), 256-261. doi: 10.1007/s003910070043. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs003910070043.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Kabat-Zinn, J. (2015). Meditation – It's Not What You Think. *Mindfulness*, 6, 393-395. doi: 10.1007/s12671-015-0393-8. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007/s12671-015-0393-8.pdf> [Abruf am 29.03.2020]
- König, A., Holzer, N. & Kaiser, J. (2010). Mitarbeiterführung in alternden Belegschaften. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 114-129). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Kuhlmei, A. (2009). Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. *Pflege & Gesellschaft*, 14(4), 293-305. Online: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-4-2009.pdf> [Abruf am 11.02.2020]
- Kuhlmei, A., Dräger, D., Winter, M. & Beikirch, E. (2010). COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst Altersfragen*, 37(4), 4-11. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2010_gesamt_PW.pdf [Abruf am 11.02.2020]
- MABG – Medizinische Assistenzberufe-Gesetz - Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie idF vom 25.09.2012 (BGBl. I Nr.

- 89/2012) zuletzt geändert 29. Oktober 2019 (BGBl. I Nr. 105/2019). Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20007997/MABG%2c%20Fassung%20vom%2015.02.2020.pdf> [Abruf am 15.02.2020]
- Maier, M. & Kälin, S. (2015). Ein "Frühwarnsystem" für den Gesundheitszustand der Belegschaft. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(4), 287-292. doi: 10.1007/s11553-015-0509-y. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-015-0509-y.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Malinowski, P. (2019). *Vielfalt Meditation - Ein Überblick über Meditations- und Achtsamkeitsübungen*. Wiesbaden: Springer. doi: 10.1007/978-3-658-24568-9. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-24568-9.pdf> [Abruf am 29.03.2020]
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397. Online: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397> [Abruf am 05.02.2020]
- Matusiewicz, D. & Kaiser, L. (2018). *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer. doi: 10/1007/978-3-658-14550-7. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]
- MTD-Gesetz - Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste idF vom 31.07.1992 (BGBl. I Nr. 460/1992) zuletzt geändert 29. Oktober 2019 (BGBl. I Nr. 105/2019). Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010701/MTD-Gesetz%2c%20Fassung%20vom%2015.02.2020.pdf> [Abruf am 15.02.2020]
- MTF-SHD-G - Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste idF vom 21.04.1961 (BGBl. I Nr. 102/1961) zuletzt geändert 25. September 2012 (BGBl. I Nr. 89/2012). Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010302/MTF-SHD-G%2c%20Fassung%20vom%2015.02.2020.pdf> [Abruf am 15.02.2020]
- Naegele, G. & Sporket, M. (2009). Altern in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 279-280. doi: 10.1007/s00391-009-0053-5. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs00391-009-0053-5.pdf> [Abruf am 01.06.2019]
- Neumayer, E. (o.J.). *runterschalten*. Online: <https://www.runterschalten.at/> [Abruf am 28.03.2020]

- Nieder, P. & Michalk, S. (2007). Themenschwerpunkt - "Wer sich gut fühlt, bringt gute Leistung". *Personalführung*, 40(1), 44-51.
- Nieder, P. & Rimbach, A. (2012). Gute Leistung durch Gesundheit und Wohlbefinden. *Weiterbildung*, 1, 30-33. Online: https://www.weiterbildung-zeitschrift.de/archiv-weiterbildung/fex/magazine/detail/ausgabe_01_2012/-.html [Abruf am 27.11.2019]
- Petrelli, F., Scuri, S., Tanzi, E., Nguyễn, T. & Grappasonni, I. (2019). Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomed*, 90(1), 24-30. doi: 10.23750/abm.v90i1.7626. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502147/pdf/ACTA-90-24.pdf> [Abruf am 04.02.2020]
- Pustułka-Piwnik, U., Ryn, Z., Krzywoszański, L. & Stożek, J. (2014). Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. *Medycyna Pracy*, 65(4), 453-462. doi: 10.13075/mp.5893.00038. Online: <http://medpr.imp.lodz.pl/Zespol-wypalenia-zawodowego-u-fizjoterapeutow-a-zmienne-demograficzne-i-organizacyjne,542,0,2.html> [Abruf am 04.02.2020]
- Rose, R., Uli, J., Abdul, M. & Ng, K. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *International Journal of Health Care Quality Assurance inc. Leadership in health services*, 17(3), 146-159. doi: 10.1108/09526860410532784. Online: https://www.researchgate.net/publication/8410470_Hospital_service_quality_A_managerial_challenge [Abruf am 11.02.2020]
- Rudow, B. (2014). *Die gesunde Arbeit: Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation*. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenburg. doi: 10.1524/9783486855784. Online: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/view/books/9783486855784/9783486855784.fm/9783486855784.fm.xml> [Abruf am 19.05.2019]
- Sanatorium Hera (o.J.). *Leistungsspektrum*. Wien. Online: <http://www.hera.co.at/de/gesundheits-vorsorgezentrum/leistungsspektrum> [Abruf am 29.03.2020]
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(3), 305-312. doi: 10.1007/s00103-008-0461-5. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs00103-008-0461-5.pdf> [Abruf am 26.11.2019]
- Spieß, E. & Stadler, P. (2007). Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. In A. Weber & G. Hörmann (Hrsg.), *Psychosoziale Gesundheit im Beruf: Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft* (S. 255-264). Stuttgart: Gentner.

- Statistik Austria (2019a). *Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung*. Wien. Online: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/index.html [Abruf am 05.02.2020]
- Statistik Austria (2019b). *Österreich: Zahlen-Daten-Fakten*. Wien: Statistik Austria. doi: 978-3-903264-00-7. Online: https://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Publikationen/oesterreich_zahlen_daten_fakten.pdf [Abruf am 14.02.2020]
- Statistik Austria (2019c). *Abgestimmte Erwerbsstatistik 2017*. Wien. Online: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkzaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/erwerbsspersonen/121172.html [Abruf am 14.02.2020]
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi: 978-3-8826. Online: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd60.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Abruf am 05.02.2020]
- Verband der Diätologen Österreichs (2020). *Diätologischer Prozess*. Wien. Online: https://www.diaetologen.at/uploads/pics/Ablaufscheme_Diaetologischer_Prozess.jpg [Abruf am 09.02.2020]
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 147-161). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Waluschnig, S. (2020). *Identifizierung geeigneter Faktoren zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Tätigkeitsbereich der stationären Langzeitbetreuung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Wiener Neustadt: unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Ferdinand Porsche FernFH – Ferdinand Porsche Fernfachhochschule GmbH.
- Weber, A. & Hörmann, G. (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf: Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner. doi: 978-3872-47660-9.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Online: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1 [Abruf am 15.02.2020]
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Online: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Abruf am 05.02.2020]

WHO (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version 04/2019)*. Online: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> [Abruf am 25.11.2019]

WKO (2020). *BIC.at*. Wien. Online: https://www.bic.at/berufsinformation.php?beruf&diplomierte-medizinisch-technische-fachkraft_auslaufend&brfid=896&tab=1 [Abruf am 11.02.2020]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsmarktstatistik 2018 – Verlauf der Erwerbstätigenquote	1
Abbildung 2: Tätigkeitsstruktur in Österreich im Zeitverlauf und EU-Vergleich.....	3
Abbildung 3: Modell der Salutogenese nach Antonovsky	6
Abbildung 4: Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen	7
Abbildung 5: Diätologischer Prozess	11
Abbildung 6: Ergotherapeutischer Prozess.....	13
Abbildung 7: Physiotherapeutischer Prozess.....	15
Abbildung 8: Lebenserwartung bei 65-Jährigen im Geschlechts- und Zeitvergleich 2005 bis 2017 in Österreich	18
Abbildung 9: Determinanten der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern	21
Abbildung 10: IAA-Modell (Intention – Attention – Attitude)	25
Abbildung 11: Textreduktionsverfahren - Themenanalyse	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themenidentifikation in den Interviews	31
Tabelle 2: Anzahl der Nennungen pro Thema	31
Tabelle 3: Themen nach Relevanz	32
Tabelle 4: Personenbezogene Daten der Interviewpartnerinnen und -partner	33
Tabelle 5: Gesundheitliche Beschwerden in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit	33

Anhang

Anhang I – Informationsblatt für Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer	64
Anhang II – Einwilligungserklärung	66
Anhang III – Interviewleitfaden	67

Anhang I

Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

am Einzelinterview zum Thema

„Betriebliche Gesundheitsförderung für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst und die medizinische Fachassistenz eines PflEGEwohnhouses“

Sehr geehrte/r Interviewteilnehmer/in!

Herzlichen Dank für die Bereitschaft für ein Einzelinterview.

Kurzinformation über die Forschungsarbeit

Das Interview findet im Rahmen der Erstellung der Bachelorarbeit II am Studiengang „Aging Services Management“ der Ferdinand Porsche FernFH Wiener Neustadt statt.

Der Zweck der Studie ist die Beantwortung folgender Forschungsfrage:

„Welche Unterschiede bezüglich der Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigen sich bei älteren Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz im Setting stationärer Betreuung?“

Zu diesem Zweck werden Einzelinterviews mit Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Fachassistenz durchgeführt.

Art der Aufzeichnung und Speicherung der Daten:

Das Interview wird per Audioaufnahme aufgezeichnet und anschließend anonymisiert transkribiert. Es werden alle erhobenen Daten ausschließlich anonymisiert verwendet und für 10 Jahre gespeichert (im Rahmen der wissenschaftlichen Bachelorarbeit).

Zugriff auf die Daten:

Einige Ihrer Aussagen können möglicherweise in öffentlich zugänglichen Berichten anonymisiert, d.h. ohne Nennung ihrer personenbezogenen Daten, zitiert werden.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen:

Wenn Sie eine Einwilligung erteilt haben, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, haben Sie das Recht, die erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, d.h. Ihr Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der vor dem Widerruf auf Basis der Einwilligung erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten nicht.

Zusätzliche Rechte:

Zusätzlich haben Sie

- das Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten,
- das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerruf.

Diese Rechte können Sie bei der verantwortlichen Forscherin (Simone Waluschnig) geltend machen (simone.waluschnig@mail.fernfh.ac.at).

Außerdem besteht das Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.

Anhang II

Einwilligungserklärung

**„Betriebliche Gesundheitsförderung für den gehobenen medizinisch-technischen
Dienst und die medizinische Fachassistenz
eines Pflegewohnhauses“**

Name der/des Teilnehmerin/Teilnehmers in Druckbuchstaben:

.....

Ich habe dieses Informationsschreiben gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Mit meiner persönlich datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis zur Teilnahme an einem Interview.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

.....

(Datum und Unterschrift der/des Teilnehmerin/Teilnehmers)

.....

(Datum und Unterschrift der Forscherin)

Anhang III

Interviewleitfaden

„Betriebliche Gesundheitsförderung für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst und die medizinische Fachassistenz eines Pflegewohnhauses“

Interview: INTx

Interviewte Person: B_x

Interviewerin: Fr. Simone Waluschnig

Ort der Durchführung: Pflegewohnhaus; Raum X

Zeitlicher Rahmen: 20-25 Minuten

Allgemeine Informationen:

- Geschlecht
- Alter
- Beruf
- Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie durchschnittlich?
- An wie vielen Wochentagen arbeiten Sie?
- Haben Sie gesundheitliche Beschwerden während der Arbeitszeit, die sich in der arbeitsfreien Zeit bessern bzw. verschwinden?
- Haben Sie gesundheitliche Beschwerden während der Arbeitszeit, die sich in der arbeitsfreien Zeit nicht bessern bzw. verschwinden?

Begrüßung

1.) Anforderungen im Setting

Sie arbeiten als MTD / MFA mit geriatrischen Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern. Welche Aufgaben umfasst Ihr beruflicher Alltag?

- a. Sind Sie alleine dafür zuständig?
- b. Welche Aufgaben müssen Sie täglich erfüllen? Welche fallen weniger oft an?
- c. In diesem Haus gibt es Kurzzeit- und Langzeitstationen. Sind Sie in beiden Bereichen tätig?

c₁: Wenn ja: Welche Unterschiede bei Ihren Aufgaben gibt es zwischen den beiden Bereichen?

2.) Psychische und physische Herausforderungen

Welche physischen und psychischen Herausforderungen sehen Sie mit der Ausübung Ihres Berufs in diesem Umfeld verbunden?

- a. Können Sie bitte etwas näher ausführen?

3.) Individuelle Ressourcen

Was tun Sie in Hinblick darauf, diesen Herausforderungen zu begegnen?

4.) Individueller Handlungs- und Gestaltungsspielraum

Welche Möglichkeiten sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld zur Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes, Ihrer Arbeitszeit oder der Organisation Ihrer Arbeit?

5.) BGF – Teilnahme und persönlicher Nutzen

An welchen gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die im Haus angeboten wurden, haben Sie bisher teilgenommen?

- a. Warum haben Sie daran teilgenommen?
- b. Welchen Nutzen konnten Sie aus der Teilnahme ziehen?
- c. Wenn bisher keine Teilnahme erfolgte: Warum haben Sie an keiner Intervention teilgenommen?

6.) BGF und Digitalisierung

In welchen Formen wurden gesundheitsförderliche Maßnahmen angeboten?

- a. Wie empfinden Sie den Umgang mit digitalen Interventionen?
- b. Wie empfinden Sie den Nutzen dieser digitalen Angebote?

7.) BGF – Partizipation, individuelle Präferenzen

Wenn Sie sich eine Maßnahme wünschen könnten, die als Gesundheitsförderung angeboten werden soll, welche wäre das und warum?

Dank und Verabschiedung