

Erhaltung von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – leicht gesagt, schwer getan?

PD Dr.phil. Karl Krajcic, FORBA und Universität Wien
ONGKG Workshop St.Veit/ Glan 12.4.2019

Übersicht

- Perspektive des Vortragenden
- Herausforderungen für Krankenhäuser
- Widerstände gegen die alters- bzw. gesundheitsangepasster Arbeitsplätze – ein Beispiel
 - Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement in einem Großunternehmen in AT im Rahmen eines Pilotprojekts
 - Analyse: Effektive Maßnahmen, aber geringe Nutzung; Hindernisse
 - Schlussfolgerungen
- Was können Krankenhäuser aus diesen Erfahrungen lernen?

Der Referent

- Privatdozent für Soziologie an der Universität Wien (und anderen Hochschulen in Österreich)
 - Schwerpunkte Gesundheits- und Medizinsoziologie, Organisationssoziologie, empirische Sozialforschung
- Projektleiter an der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt in Wien (seit 2015)
 - Aktuelle Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Gesundheitsförderung in organisationalen Settings (Gesundheits- und Sozialbereich), Arbeit und Gesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung für Ältere
- Bis 2015 gesundheits- und organisationssoziologischer Forschung im Rahmen der Ludwig Boltzmann Gesellschaft
 - Gesundheitsfördernde Krankenhäuser 1988 – 2008,
 - Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung, betriebliche Gesundheitsförderung;
 - Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung

Herausforderungen 1

- Demografischer Wandel – Alterung der Bevölkerung
 - Mehr Ältere, sehr viel mehr Hochaltrige
 - Weniger Personen im arbeitsfähigen Alter
- Für die Krankenversorgung
 - Zunehmender Bedarf, zunehmende Nachfrage
 - Angebot: Weniger MitarbeiterInnen?
- Tendenzielle personelle Knappheit in den Gesundheitsberufen – einige spezifische Ursachen
 - ÄrztInnen
 - Gesundheits- und Krankenpflege
 - Therapeutische Berufe
 - Sonstiges Personal

Herausforderungen 2: Akut - Krankenhäuser

- High Tech Zentrum der Medizin
- Ausbildungsinstitution
- Gute Ressourcenausstattung (im Vergleich)
- Prestige

ABER:

- 365 * 7 *24 – Nacht- und Wochenenddienste
- Bearbeitung komplexer Probleme, schwere Folgen möglich
- Krankenhäuser als zunehmend „gestresste“ Organisationen – turbulente Umwelten: Technologische, politische, ökonomische, kulturelle Veränderungen
- Strukturelle Probleme von Profi-Bürokratien in turbulenten Situationen (Mintzberg) – Schwierigkeiten koordiniert zu handeln
- Für (manche/viele?) MitarbeiterInnen deutliche Veränderungen der Arbeitsbedingungen; widersprüchliche Befunde z.B. zu Auswirkungen der Arbeitszeitbegrenzung (Wiener SpitalsärztInnen)

Herausforderungen 3: Ärzteberuf

- 1990 – 2010 Von der ÄrztlInnenschwemme zum ÄrztlInnenmangel
- Knappheit als internationales Phänomen - Studie des Instituts für Allgemeinmedizin der Uni Klinik Hamburg Eppendorf (Van den Bussche 2010)
- Freier Personenverkehr verschärft die Konkurrenz um knappe Personalressourcen
- Strukturelle und kulturelle Veränderungen – Verweiblichung, Wertewandel (Lebensqualität vor Einkommen), „Erbengeneration“;
- „Alterung“ des ÄrztlInnenberufs – Ressourcen und Interessen ändern sich
- Privater Medizin-Sektor für die Mittelschicht durch knappe Krankenkassen-Mittel entstanden – neue und angenehmere Arbeitsmöglichkeiten entstanden (Wahlarztpraxis)
- Optionen für den Wechsel bei Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen haben sich deutlich verbessert – in vielen (allen?) Karrierephasen und Feldern
- These: Unzufriedenheit wird „gefährlicher“ – Bemühungen nötig!

Beispiel Arbeitszufriedenheit Wiener KH-ÄrztInnen 2015 1

- Online Befragung n=415 (7% der KH Ä)
- Arbeitszufriedenheit ist deutlich gesunken
- Verstärkt bei Personen mit Management-Rollen (OÄ und Primarii)
- Dienstzeitmodell neu wird verstärkt vom mittleren Management problematisiert
 - Weiterhin lange Arbeitszeiten und schwierige Arbeitsbedingungen (Primarii + OÄ)
 - Managementaufwand deutlich gestiegen?
 - Konflikte werden als mangelnde Wertschätzung gesehen

Beispiel Arbeitszufriedenheit Wiener KH-ÄrztInnen 2015 2

- Hohe Bereitschaft zum Wechsel auch bei klassischen Lebensarbeitgebern
- Erhebliche Wechselbereitschaft auch bei älterer MA und bei wichtigen Funktionsträgern (OÄ)
- Wahrnehmung dieser Gruppe
 - verschlechterte Arbeitsbedingungen
 - Unzufriedenheit neue Dienstzeitmodelle
 - kaum Ausbildungsressourcen
 - gesunkenes Vertrauen in Kompetenz des Managements und Eigentümers
- Politischer Verantwortung für wahrgenommene Qualitätsminderung gefordert

Herausforderungen 4 – Knappheit GuKP

- Diskussion über Personalknappheit – immer wieder, auch Analysen dazu (z.B. Expertise zu einem möglichen „Pflegerotstand“ Krajic, Nowak, Vyslouzil 2003)
- Demografischer Wandel auch in diesen Berufen – angesichts der teil erheblichen Anforderungen, auch an körperliche Leistungsfähigkeit/ Belastbarkeit, potentiell sehr problematisch
- Struktureller Wandel durch Veränderungen des Qualifikationsspektrums? Professionalisierung! Auswirkungen noch unabsehbar
- Hinweise auf problematische, selbstverstärkende (Um-) Verteilungsprozesse bei knappem Angebot an qualifizierten MitarbeiterInnen
- Differenzierung zwischen attraktiven und unattraktiven Arbeitsplätzen tendenziell schärfer – und folgenreicher
- Akutkrankenhaus noch relativ privilegiert, für Mehrheiten attraktiver als Alternativen Langzeit-Betreuung, mobil, ambulant
- „Magnetkrankenhäuser“ wird es wohl weiter geben – aber Bemühungen notwendig!

Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen – auch für Ältere

National und international diskutiert

Analysen, Projekte, Programme

- Analyse z.B. Safer and healthier work at any age – Final overall analysis report – EU OSHA 2016 für das Europäische Parlament
- Programme z.B. Fit2Work etc., Betriebliche Wiedereingliederung (BWE) (nach /bei Krankheit)
- Auswahl: Erfahrungen mit einem großen Projekt BWE, bei dem einige Schwierigkeiten spezifischer Maßnahmen gerade auch für functional beeinträchtigte, meist ältere MitarbeiterInnen deutlich werden

Kontext 1: Betriebliche Wiedereingliederung in AT

- Thematisiert im Rahmen der Diskussionen über Alterung der Bevölkerung (zu) frühen Eintritt in Ruhestand, Finanzierung des Pensionssystems
- Bisher noch keine klare rechtliche Regelung; kein einheitliches Verständnis, unterschiedliche Terminologien BWE, BEM ...
- BWE verwendet als Instrument in Programmen zur Erhaltung von Arbeitsfähigkeit bei älteren Arbeitskräften
 - Z.B. Programm Fit2Work, etabliert auf Basis des AGG (Arbeit und Gesundheits-Gesetz 2010)
- Unterstützung durch „Sozialpartnerschaft“ – Verbände von Unternehmen (WKÖ) und ArbeitnehmerInnen (ÖGB, AK)
- Wiedereingliederungsteilzeitgesetz 1.1.2017

Kontext 2: (Freiwillige) Implementierung von BWE in einem Großbetrieb: Der Fall ÖBB (Österreichische Bundesbahn)

- ÖBB als Bereich mit besonders vielen und frühen Frühpensionierungen; hohe öffentliche Beiträge zur Finanzierung von Infrastruktur und Betrieb;
 - Top-Management Entscheidung für BWE, orientiert u.a. an Beispielen der Deutschen und Schweizer Bahn
 - Start Implementierung 2011 mit einem Pilotprojekt in einem großen Teilbetrieb
 - Kooperation mit Sozialversicherung VAEB mit eigenen arbeitsmedizinischen Angeboten und einer Experteninstitution IfGP (Beratung, Evaluation)
 - Ab 2014 Ausrollung in weitere Teilbetriebe und Regionen

Kontext 3: Beratungsprojekt der FORBA 2016

- Pilotprojekt in einer großen Teilunternehmung als erfolgreich wahrgenommen
 - positive Erfahrungen und auch Evaluationsergebnisse
- Bei der Ausrollung auf andere Bereiche aber deutliche Verzögerungen, Widerstände
 - Zweifel an Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der BWE, Abwertung, Programm in Frage gestellt
 - Unmittelbarer Anlass: Wieder-Anstieg von Krankenstandstagen im Unternehmen
 - Ausweitung BWE in Frage gestellt
- Beratungsauftrag an die FORBA
 - Wie kann Ausrollung der BWE durch Evaluationsergebnisse unterstützt werden?

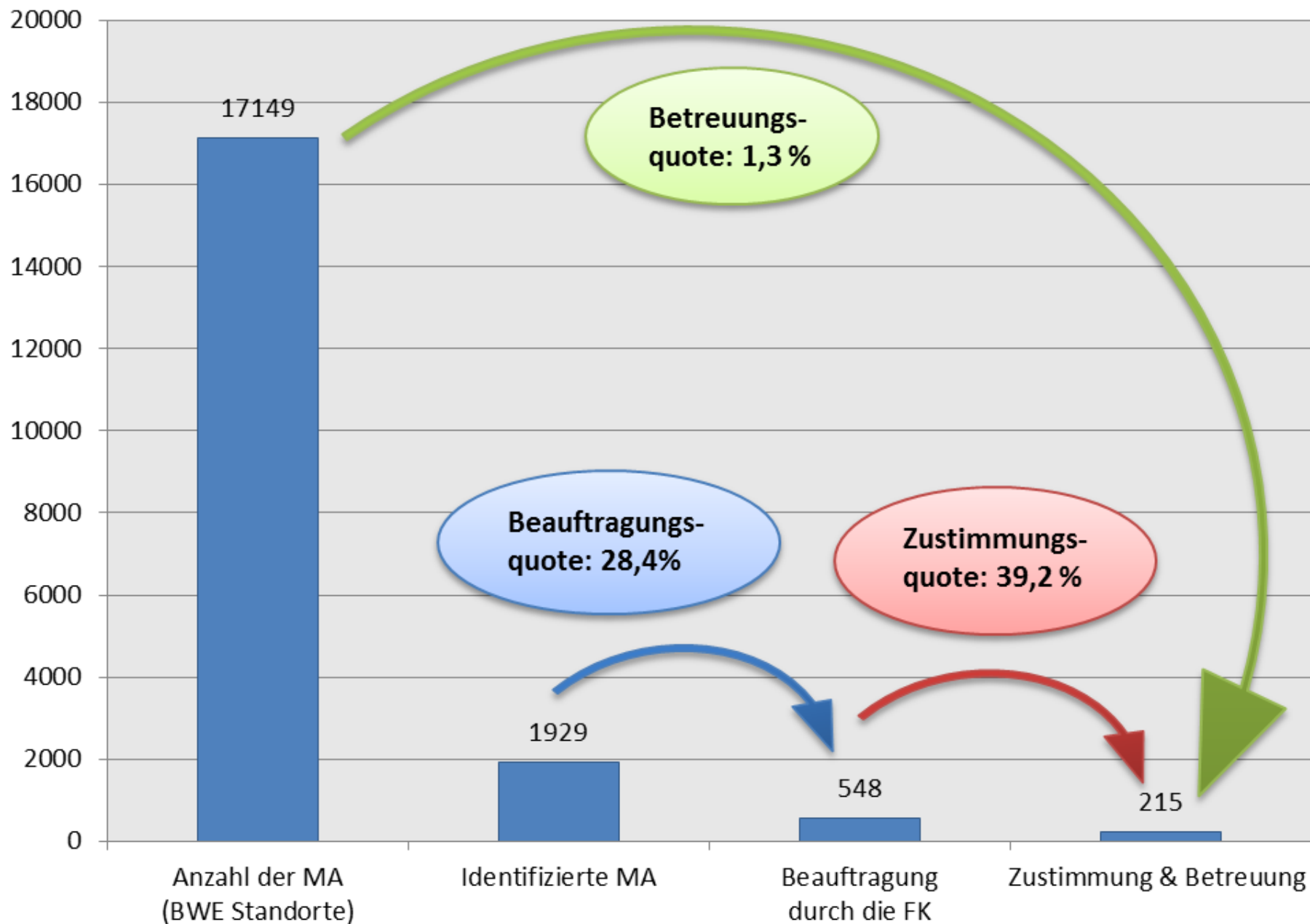
Ergebnis des Evaluationsberichts 2015

- Sehr gutes Programm, systematische Implementierung
- Hohe Wirksamkeit der BWE - in jenen Fällen, in denen sie tatsächlich zum Einsatz kommt
 - Beobachtbar sind durchschnittliche Krankenstands-Reduktionen von 50% während des Programms
 - Starke Indizien für eine Nachhaltigkeit dieser Effekte.
 - Keine Hinweise auf Über- bzw. Fehlversorgung
- **Aber geringe Nutzung**
 - BWE wird deutlich weniger häufig angewandt als mögliche Fälle identifiziert werden
 - Indizien: deutlich weniger häufig als sinnvoll
- => Frage: Unterversorgung? Unternutzung?

Analyse Unternutzung Wie ist der Eintritt in den BWE Status gestaltet – der Prozess

- Identifikation von möglichen Fällen
 - Langzeitkrankenstand löst Reaktion aus
 - Rasch wiederholte kürzere Krankenstände lösen Reaktion aus
 - Einmeldung durch Experten, Führungskräfte
 - Reaktion = Überprüfung durch BWE MitarbeiterInnen
- Beauftragung durch Führungskräfte (oder nicht)
- Angebot an MA – Akzeptanz (oder nicht)

Fallzahlen der BWE, ÖBB gesamt 2015



Analyse: Beauftragung durch Management

- Geringe Beauftragungsrates durch Linien-Management („Führungskräfte“)
- Nur 28% der identifizierten Fälle wurden 2015 von den Führungskräften tatsächlich beauftragt
 - Ausgewählte Ursachen: Anreize für „Führungskräfte“ widersprüchlich
 - Arbeitsplanung wird komplexer – Rollen müssen verändert werden
 - Team reagiert ambivalent auf Entlastung, „Privilegierung“; Personalvertretung nicht eindeutig unterstützend
 - Kommunikation über die gesundheitliche Situation / Leistungsfähigkeit anspruchsvoll – Führungskräfte überfordert
 - Z.B. Ein häufig kranker erfahrener Mitarbeiter ist besser als gar keiner (bei Aufnahmestopp) oder eine (noch) nicht qualifizierte Person; solange Teil-Leistungsfähigkeit noch vorhanden...

Analyse: Akzeptanz durch die MitarbeiterInnen

- Nur 39,2% % stimmen der Beauftragung zu
 - Gründe für die Ablehnung der Maßnahme sind bisher nur sehr rudimentär dokumentiert
 - keine klare Erwartung, ob mit mehr oder besserer Überzeugungsarbeit eine sinnvoll verstärkte Nutzung möglich wäre
- Widersprüchliche Anreize
 - Entlastungsbedarf wird lange verdrängt
 - Erwartung der Möglichkeit, vorzeitig in Ruhestand zu gehen, immer noch vorhanden
 - Verlust der bisherigen Funktion führt häufig zu
 - Geringerem Einkommen
 - Verlust an Status und Prestige
 - Beharren macht unter Umständen Sinn!

Zusammenfassung

- BWE als Teil des betrieblichen Gesundheits- und Personalmanagements in AT implementierbar
- BWE als wirksame Maßnahme, die bei Langzeitkrankenständen auch genutzt wird
- Geringe Nutzung trotz sorgfältiger Implementierung und Unterstützung durch das Top-Management weist auf erhebliche Widerstände hin
- Kaum präventive Nutzung bisher

Fazit

- Es gibt sehr gute Gründe für KH Management und Träger (aber auch Personalvertreter, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderungsbeauftragte) speziell auf die Bedürfnisse von älteren MitarbeiterInnen zu schauen
- Strukturelle und kulturelle Widerstände in den Organisationen bzw. bei MitarbeiterInnen müssen ernst genommen
- Akzeptanzprobleme müssen erwartet und bearbeitet werden, wenn das Programm wirksam werden soll
- => Eine mögliche Option (vorgeschlagen z.B. in der Analyse von EU OSHA 2016):
 - Maßnahmen und Programme, die Ältere weder sichtbar stigmatisieren noch privilegieren,
 - sondern offen für alle sind – von denen aber die Älteren besonderen Nutzen ziehen können

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!