



Masterarbeit

Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Organisationsentwicklungsstrategie in österreichischen Primärversorgungseinheiten: Relevanz und Unterstützungsbedarf in der Gründungsphase

Eingereicht von:

Cornelia Feichtinger, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

an der

Medizinischen Universität Graz

Universitätslehrgang Public Health

Betreuung:

Mag.^a Beate Tropper, MPH

Dr. Martin Sprenger, MPH

Graz, 25. Juli 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

25. Juli 2023

Cornelia Feichtinger, eh.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VII
Abstract	IX
1. Einleitung	1
1.1 Theoretischer Hintergrund	2
1.1.1 Primärversorgungseinheiten	2
1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	12
1.1.3 Organisationsentwicklung	23
1.1.4 Besonderheiten einer PVE in Bezug auf BGF	24
1.2 Relevanz der Thematik	26
1.3 Forschungsziel, Forschungsfragen	27
2. Methode	28
2.1 Systematisches Literaturreview	28
2.2 Expertinnen- und Experteninterviews	29
2.2.1 Sampling und Stichprobe	29
2.2.2 Datensammlung/Datenanalyse	30
3. Ergebnisse	32
3.1 Allgemeine Informationen zu den PVE	32
3.2 Relevanz einer Unterstützung im Rahmen der BGF	32
3.3 Unterstützungsbedarf der Führungskräfte zu BGF-relevanten Themen	33
4. Diskussion	40
4.1 Limitationen und Stärken	43

4.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis	44
4.3 Schlussfolgerungen	45
Literaturverzeichnis	XI
Anhang	XVII
A Interviewleitfaden	XVII
B Vorabinformation zu BGF und Organisationsentwicklung	XVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991))	14
Abbildung 2: Die 3 Säulen des BGM (Blattner & Mayer 2018:28)	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufgabenprofil von Primärversorgungseinheiten (eigene Adaptierung nach BMSGPK 2022c: 81-85)	9
Tabelle 2: verhaltens- und verhältnisbezogene Handlungsfelder (eigene Darstellung nach Blattner & Mayer 2018)	23

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärzte-Gesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKA RIS	Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
d. h.	das heißt
EKG	Elektrokardiogramm
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion (deutsch: Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)
et al.	et alii
ff.	folgende
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsvertrag
KMU	Klein- und Mittelbetriebe
LM-amb	Leistungsmatrix – ambulant
lt.	laut
MAB-Gesetz	Medizinische Assistenzberufe-Gesetz
MeSH	Medical Subject Heading
OE	Organisationsentwicklung
OG	offene Gesellschaft
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
o. J.	ohne Jahresangabe

ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
RR	Riva Rocci
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seit 1.1.2020: Dachverband der Sozialversicherungsträger
UGB	Unternehmensgesetzbuch
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
Zi.	Ziffer
zit.	zitiert

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Stärkung der österreichischen Primärversorgung in Form von Primärversorgungseinheiten gewinnt langsam an Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte, die sich zur Gründung einer Primärversorgungseinheit entschließen, sind mit komplexen und umfassenden Anforderungen konfrontiert. Sie finden sich in einer Doppelrolle als Selbstständige und Führungskräfte wieder, in der sie einerseits den Anforderungen bei der Gründung und andererseits der Herausforderung, ein multidisziplinäres Team zu führen, gerecht werden müssen. In der Luxemburger Deklaration (ENWHP 1997) wird Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als moderne Organisationsentwicklungsstrategie dargestellt, zudem repräsentieren Primärversorgungseinheiten ein neues Tätigkeitsfeld für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Deshalb ist das Ziel dieser Arbeit, herauszufinden, ob die Führungskräfte einer Primärversorgungseinheit in der Gründungsphase eine Unterstützung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung als relevant einschätzen und wie sie bezüglich BGF-relevanter Themen unterstützt werden könnten.

Methode: Als Design wurde ein Literaturreview mit anschließendem qualitativen Forschungsansatz in Form von leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews gewählt. Die Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken hat keine adäquaten Ergebnisse geliefert, weshalb sich die empirische Beantwortung der Forschungsfragen auf die Interviews stützt. Mittels überwiegend offener Fragen konnten vier Ärztinnen und Ärzte aus vier österreichischen Primärversorgungseinheiten interviewt werden.

Ergebnisse: Eine Unterstützung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Gründungsphase einer Primärversorgungseinheit wird von den Befragten mehrheitlich als relevant eingeschätzt. Die Führungskräfte sind sich einig, dass zu den Themen Teambuilding, Kommunikation und Informationsfluss im Team, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Prozesse und Abläufe in der Zusammenarbeit und Wohlbefinden eine Unterstützung hilfreich gewesen wäre. Eine Sensibilisierung zu zusätzlichen BGF-relevanten Themen wird als sinnvoll und

wichtig erachtet. Zudem werden im Zuge der Interviews allgemeine Punkte genannt, denen die Führungskräfte bei der Gründung einer Primärversorgungseinheit eine große Bedeutung beimessen.

Schlussfolgerung: Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Primärversorgungseinheit ist für die Führungskräfte relevant und es bedarf einer Unterstützung in vielen Bereichen, für die im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine Sensibilisierung stattfinden kann. Es stellt sich jedoch die Kosten- und Zeitfrage. Grundsätzlich abhängig von der Einstellung, von Erfahrungen und vom Wissen der Führungskräfte, kann Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Primärversorgungseinheit als Gesamtkonzept und moderne Organisationsentwicklungsstrategie in der Gründungsphase umgesetzt werden. Allerdings erscheint ein alleiniges BGF-Gesamtkonzept als nicht ausreichend in der Gründungsphase, da eine Unterstützung in anderen Bereichen sich ebenfalls als notwendig herausgestellt hat.

Abstract

“Workplace health promotion as a modern organizational development strategy in Austrian primary health care units: Relevance and need for support in the foundation phase”

Background: The strengthening of Austrian primary health care in the form of primary health care units is slowly gaining importance. Physicians who decide to establish a primary health care unit are faced with complex and comprehensive requirements. They find themselves in a dual role as independent practitioners and leaders, where they have to meet the demands of the unit’s establishment and the challenge of leading a multidisciplinary team. The Luxembourg Declaration (EN-WHP 1997) presents Workplace Health Promotion (WHP) as a modern organizational development strategy, and primary health care units represent a new field of activity for WHP. Therefore, the aim of this study is to determine whether the leaders of a primary health care unit in the foundation phase assess support within the scope of WHP as relevant, and how they may be supported regarding WHP-related issues.

Method: The design chosen was a literature review followed by a qualitative research approach in the form of guideline supported expert interviews. The literature research in subject related databases did not offer adequate results, which is why the empirical answering of the research questions relies on the interviews. Four physicians from four Austrian primary health care units were interviewed using predominantly open questions.

Results: The interviewed physicians predominantly consider support in the context of WHP during the foundation phase of a primary health care unit as relevant. The leaders agree that support regarding team building, communication and information flow within the team, multiprofessional collaboration, processes and orders in collaboration and well-being would have been helpful. Raising awareness of additional WHP-related topics is considered meaningful and important. Furthermore, general

aspects, to which the leaders attribute great significance when establishing a primary health care unit, were mentioned during the interviews.

Conclusion: WHP in a primary health care unit is relevant for the leaders, and support is needed in many fields, in which sensitizing is possible in the context of WHP. However, the question of time and costs arises. Depending on the attitudes, experiences, and knowledge of the leaders, WHP can be implemented as a comprehensive concept and modern organizational development strategy during the founding phase of primary health care units. However, a single overall-WHP concept does not seem sufficient during the foundation phase, as support in other areas has proven to be necessary as well.

1. Einleitung

Erstmalig wurde das Konzept der Primärversorgung im Dawson Report erwähnt, welcher festhält, dass „primary health centres“, in denen präventive und kurative Aufgaben von einem multidisziplinären Team übernommen werden, die erste Anlaufstelle für Individuen und Gemeinschaften sein sollen (Dawson 1920).

Bei der WHO-Konferenz in Alma-Ata (heute: Almaty) wurde dieser Ansatz wieder aufgegriffen. Die teilnehmenden Nationen wurden dazu angehalten, Primärversorgung als Teil des Gesundheitssystems in Zusammenarbeit mit anderen politischen Ressorts einzuführen und diesbezüglich Konzepte, Strategien und Aktionspläne zu entwerfen (WHO 1978).

In ihrem Weltgesundheitsbericht „Primary Care – Now more than ever“ hat die WHO im Jahr 2008 nochmals das Thema Primärversorgung fokussiert und im Zuge dessen die bestehenden Gesundheitssysteme kritisch betrachtet. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass in Industrieländern die Etablierung der Primärversorgung zu wenig fortgeschritten, die Versorgung krankenzentriert und der Zugang zum Gesundheitssystem innerhalb der Länder in den unterschiedlichen sozialen Schichten mangelhaft ist. Die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitspolitik wird deutlich gemacht und abschließend eine mögliche Umsetzung des Konzepts der Primärversorgung aufgezeigt (WHO 2008).

Im Jahr 2018, also 40 Jahre nach der Konferenz in Alma-Ata, wurde bei einer weiteren WHO-Konferenz in Astana reflektiert, was von der damaligen Erklärung umgesetzt wurde. Die Wichtigkeit einer aufzubauenden Primärversorgung als umfassendes Konzept, um die psychische und physische Gesundheit und das soziale Wohlbefinden zu verbessern, wurde nochmals verdeutlicht, ebenso die Relevanz dieses Konzepts für eine nachhaltige globale Gesundheit (WHO 2018).

Die Stärkung der Primärversorgung im hausärztlichen Setting wurde in Österreich im Jahr 2013 in Art. 5 Abs. 3 Zi. 3 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erstmals gesetzlich verankert. Sie gewinnt in unserem

Gesundheitswesen insofern langsam an Bedeutung, als Primärversorgungseinheiten (PVE) in Form von Primärversorgungszentren oder -netzwerken neben den allgemeinmedizinischen Einzelordinationen errichtet werden (BKA RIS 2013). Die Konzeptualisierung einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung wurde bis Mitte 2014 in Art. 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrages 2013 als Ziel festgelegt (Bund & SV 2013). Laut § 3 Zi. 9 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird Primärversorgung in Österreich folgendermaßen definiert: *„Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen“* (BKA RIS 2017c).

Laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit von 2017 sollte bis 2021 in Österreich die Gründung bzw. Umsetzung von mindestens 75 multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Primärversorgungseinheiten – abhängig von der Einwohnerzahl des jeweiligen Bundeslandes – erfolgen (BMSGPK 2019). Bedingt durch die Corona-Pandemie wurde die Frist für die Erreichung dieses Zielwerts bis zum Jahr 2023 erstreckt (BMSGPK 2022a). Mit Stand Oktober 2022 gibt es in Österreich 37 Primärversorgungseinheiten, davon 10 in der Steiermark (GÖG 2022a). Bis 2025 sollen in der Steiermark, neben den vorgesehenen 522 allgemeinmedizinischen Einzelordinationen, 30 Primärversorgungseinheiten als Zentrum oder Netzwerk errichtet werden (Gesundheitsfonds Steiermark 2019).

1.1 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund zu Primärversorgungseinheiten, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung beschrieben und dargestellt.

1.1.1 Primärversorgungseinheiten

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für Primärversorgungseinheiten in Österreich, deren Aufgabengebiete und die praktische Umsetzung bzw. der

gesetzliche Versorgungsauftrag einer Primärversorgungseinheit näher beschreiben, um die Komplexität dieses Bereiches darzustellen.

Es gibt neben zahlreichen wirtschaftlichen und organisatorischen Aspekten, die bei der Gründung bzw. Umsetzung einer PVE berücksichtigt werden müssen – beispielsweise Investitions- und Gründungskosten, steuerliche Angelegenheiten oder interdisziplinäre Zusammenarbeit –, auch einige rechtliche Besonderheiten (BMSGPK 2022b). Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird nachfolgend nur auf diese rechtlichen Besonderheiten von Primärversorgungseinheiten eingegangen.

Gesetzliche Grundlagen für Primärversorgungseinheiten in Österreich

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) bilden die gesetzliche Basis für die integrative regionale Versorgungsplanung und deren Qualitätskriterien. Die Planungsinstrumente dieser Versorgungsplanung stellen der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) dar. Der ÖSG ist ein verbindlicher Rahmenplan zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern, der österreichweit geltende Richtlinien für die Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur, der Leistungsangebote und zusätzlich Kriterien für eine einheitliche Versorgungsqualität enthält. In den Regionalen Strukturplänen Gesundheit werden diese Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanungen konkretisiert abgebildet, d. h. sämtliche Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienstleister und -dienstleisterinnen im ambulanten, akutstationären, tagesklinischen/tagesambulanten Bereich sowie im ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich (BMSGPK 2022c).

In Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die „*Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote*“ geregelt. Diese sollen in Form von Primärversorgungseinheiten und ambulanten Zentren oder Netzwerken geplant und umgesetzt werden. In den Absätzen 1 bis 3 dieses Artikels sind die möglichen Primärversorgungstypen und die genauen Planungs- und Qualitätskriterien von Primärversorgungseinheiten,

unter Berücksichtigung des ÖSG, der jeweiligen RSG und unter Einbezug der regional bestehenden Versorgungsstrukturen, gesetzlich festgehalten. Als Kriterien für die Planung werden in Abs. 3 Zi. 1 die Wohnortnähe und gute Erreichbarkeit genannt. Bei der Analyse der bereits bestehenden Versorgungssituation fließen laut Abs. 3 Zi. 2 beispielsweise „*demografische, sozioökonomische und epidemiologische*“ Aspekte der regionalen Bevölkerung, die „*Altersstruktur*“ und das „*Überweisungsverhalten*“ der bestehenden Gesundheitsdienstleister und -dienstleisterinnen in der Primärversorgung sowie die „*Anzahl der Kontakte in Spitalsambulanzen*“ und die „*Leitlinienkonforme Versorgung chronisch Kranker*“ mit ein. Das Ergebnis dieser Analyse wird ebenfalls als Kriterium für die Planung herangezogen. In Art. 6 Abs. 3 Zi. 3 der oben genannten Vereinbarung werden des Weiteren jene Anforderungen, welche eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheit zu erfüllen hat, genannt (BKA RIS 2017b). Diese sind in § 4 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) nochmals festgehalten und werden weiter unten genauer beschrieben (BKA RIS 2017a). Die Inhalte eines intern zu erstellenden Versorgungskonzeptes werden ebenfalls in Artikel 6 Abs. 3 Zi. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. in § 6 PrimVG geregelt. Diese Inhalte werden ebenso weiter unten näher ausgeführt (BKA RIS 2017a, BKA RIS 2017b).

Seit dem Jahr 2019 gibt es einen bundesweiten Gesamtvertrag, welcher zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen wurde und im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) in § 342b verankert ist. Dieser Gesamtvertrag regelt unter anderem das Mindestleistungsspektrum von Primärversorgungseinheiten, die Grundsätze der Honorierung und allgemeine Bestimmungen, welche österreichweit gültig sind (BKA RIS 2019). Der Gesamtvertrag dient als Grundlage für den Primärversorgungsvertrag, welcher zwischen dem zuständigen Sozialversicherungsträger und einer Primärversorgungseinheit abgeschlossen wird. Dieser Vertrag wiederum enthält die expliziten Vereinbarungen über die Leistungserbringung und Vergütung der Primärversorgungseinheit. Daneben besteht auch die Option, einen Primärversorgungs-Sondervertrag zwischen der Primärversorgungseinheit und dem zuständigen Sozialversicherungsträger abzuschließen, sofern es keine gültigen regionalen Honorarvereinbarungen gibt (BMSGPK 2022b). Mit

1.7.2023 ist die „Gesamtvertragliche Vereinbarung für Primärversorgungseinheiten in der Steiermark“ in Kraft getreten, welche eine Ergänzung zum bundesweiten Gesamtvertrag darstellt (ÄK Stmk. & SV 2023). Dahingehende Änderungen stellen die bestehenden PVE mit einem PVE-Sondervertrag und die Sozialversicherung neuerlich vor Herausforderungen.

Im ÖSG auf S. 65 und in § 5 PrimVG sind die Kernkompetenzen, die jedenfalls vom Kernteam bzw. vom Primärversorgungsteam abzudecken sind, angeführt. Zu diesen zählen die breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen und älteren Personen, die Versorgung von chronisch Kranken und Palliativpatientinnen und -patienten, das Medikationsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention und die Psychosoziale Versorgung (BMSGPK 2022c). Im Leistungsumfang einer PVE ist laut § 5 PrimVG neben der Gewährleistung einer möglichst abschließenden Akutbehandlung die Gewährleistung einer Langzeittherapie bei chronischen Erkrankungen enthalten (BKA RIS 2017a).

In § 2 Abs. 4 PrimVG ist festgelegt, dass die Primärversorgungseinheit im jeweiligen RSG abgebildet sein muss und, wie oben erwähnt, *„über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag mit dem in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger verfügen muss, wobei die ÖGK Vertragspartner sein muss.“* Im Primärversorgungsvertrag werden die Bestimmungen des RSG umgesetzt (BKA RIS 2017a). Die Gründung bzw. Umsetzung einer PVE kann somit nur in Abstimmung mit der regionalen Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) erfolgen (BMSGPK 2022b).

Als Grundlage für die Bewerbung für einen Primärversorgungsvertrag bei den zuständigen Krankenversicherungsträgern dient die Erstellung eines Versorgungskonzepts. Ein Versorgungskonzept muss laut § 6 Abs. 1 PrimVG die *„Versorgungsziele“*, das *„Leistungsspektrum“* und die *„Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten“* auf der Leistungsebene enthalten. Zudem ist auf organisatorischer Ebene unter anderem die *„Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam“* und die *„Arbeits- und*

Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam“ in Form eines Versorgungskonzeptes zu regeln (BKA RIS 2017a).

In § 2 PrimVG wird das Kernteam einer Primärversorgungseinheit klar definiert. Dieses besteht aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. In den meisten Fällen – dies ist jedoch nicht gesetzlich verankert – ist eine Ordinationsassistenz ebenfalls ein Teil davon. Nach Bedarf können auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde dem Kernteam angehören (BKA RIS 2017a). Zudem kann das Kernteam, je nach den örtlichen Erfordernissen und Ressourcen, um Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen aus beispielsweise den Bereichen Physiotherapie, Sozialarbeit, Psychologie und Diätologie erweitert werden. Abhängig von Größe und Bedarf kann es einen PVE-Manager oder eine PVE-Managerin geben, der oder die die Gesellschafterinnen und Gesellschafter bei der Gründung und im laufenden Betrieb unterstützt (BMSGPK 2022b).

In § 4 PrimVG sind, wie oben erwähnt, die Anforderungen an die Primärversorgungseinheit gesetzlich festgehalten. Dazu zählen unter anderem bedarfsgerechte Öffnungszeiten von Montag bis Freitag (vor allem zu den Tagesrandzeiten), die Durchführung von Hausbesuchen, die Gewährleistung einer kontinuierlichen Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken, multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten und die Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen (BKA RIS 2017a).

Eine Primärversorgungseinheit muss nach § 2 PrimVG mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein (BKA RIS 2017a). Je nach Organisationsform einer PVE als Primärversorgungszentrum (PVZ) oder Primärversorgungsnetzwerk (PVN) kommen eine GmbH, eine OG, ein selbstständiges Ambulatorium, ein Verein oder eine Genossenschaft als Rechtsform in Frage. Da die Mehrzahl der Primärversorgungseinheiten als Gruppenpraxen-OG oder Gruppenpraxen-GmbH geführt werden, beschränkt sich die vorliegende Masterarbeit auf diese beiden Rechtsformen, da das Eingehen auf sämtliche Rechtsformen zu umfassend für diese Arbeit wäre. (BMSGPK 2022b).

In den §§ 52a–52d des Ärztegesetzes (ÄrzteG) sind strenge Regelungen bezüglich der Bildung und Ausgestaltung von Gruppenpraxen verankert: Nur zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärztinnen und Ärzte dürfen als Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer Gruppenpraxis-GmbH oder Gruppenpraxis-OG angehören. Diese Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, innerhalb der Gesellschaft persönlich ihren Beruf auszuüben, das heißt, jene Ärztinnen und Ärzte, die als Gesellschafterinnen und Gesellschafter fungieren, müssen in der PVE ihrer medizinischen Tätigkeit nachgehen (BKA RIS 1998).

An der Gründung bzw. Umsetzung einer PVE in Form einer Gruppenpraxis-GmbH oder Gruppenpraxis-OG sind laut Regionalem Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 durchschnittlich drei Gesellschafterinnen oder Gesellschafter beteiligt. Je nach den regionalen Gegebenheiten bezüglich der Bevölkerungsdichte kann diese Anzahl nach oben oder unten variieren (Gesundheitsfonds Steiermark 2019). Jedoch müssen an einer Gruppenpraxis-OG mindestens zwei Gesellschafterinnen oder Gesellschafter bzw. Ärztinnen oder Ärzte beteiligt sein, um die Voraussetzungen des Unternehmensgesetzbuches (UGB) zu erfüllen (BKA RIS 1897).

Versorgungsauftrag/praktische Umsetzung von Primärversorgungseinheiten

Laut ÖSG 2017 wird die Primärversorgung neben der ambulanten Fachversorgung der ambulanten Versorgung zugeordnet. Die Aufgabenprofile und die Leistungsmatrix – ambulant (LM-amb), welche österreichweit ident sind und die ambulante Versorgung darstellen, bilden die Basis für die Versorgungsaufträge in diesem Bereich. Diese Versorgungsaufträge sind verbindlich und im RSG und in den Gesamt- und Einzelverträgen festgehalten (BMSGPK 2022c).

Der Begriff des Versorgungsauftrages wird im ÖSG 2017 auf Seite 209 folgendermaßen definiert: „*Versorgungsauftrag: Zuordnung von Aufgaben und Leistungen zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur.*“

Das heißt, dass durch die Versorgungsaufträge festgelegt wird, von welcher Organisationsform an welchem Standort von welchen ärztlichen Fachbereichen bestimmte Leistungen erbracht werden müssen. Nur niedergelassenen Ärztinnen

und Ärzten mit Kassenvertrag, selbstständigen Ambulatorien mit Kassenvertrag, Spitalsambulanzen von Fonds-Krankenanstalten und Unfallkrankenhäusern sowie Kassenambulatorien wird ein Versorgungsauftrag zugewiesen. Nicht mit einbezogen bei der Festlegung der Versorgungsaufträge werden Wahlärztinnen und Wahlärzte und selbstständige Ambulatorien ohne Kassenvertrag (BMSGPK 2022c).

Die Leistungsmatrix – ambulant fungiert als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und unterscheidet zwischen Basisleistungen und speziellen Leistungen, die in den ärztlichen Kompetenzbereich fallen. Basisleistungen müssen für die Bevölkerung verfügbar und die dafür notwendigen Ausbildungen und Strukturen beim jeweiligen Anbieter vorhanden sein. Je nach Bedarf der regionalen Bevölkerung müssen – über die Basisleistungen hinausgehende – spezielle Leistungen von den Anbietern erbracht werden. Für diese speziellen Leistungen sind eine zusätzliche Ausstattung und/oder Qualifikation und/oder spezifische Erfahrung notwendig. Im Aufgabenprofil der ambulanten Versorgung wird zwischen Basisaufgaben und speziellen Aufgaben unterschieden. Es stellt die Tätigkeitsbereiche der Primärversorgung und der Fachbereiche zusammengefasst dar (BMSGPK 2022c). Die Basisaufgaben sowie die organisatorischen und speziellen Aufgaben für Primärversorgungseinheiten sind im ÖSG 2017 auf den Seiten 81 bis 85 abgebildet und werden nachfolgend tabellarisch dargestellt:

Basisaufgaben	Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein
	Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen
	Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen
	Besondere Versorgungsanforderungen bei: Menschen mit psychischen Störungen Kindern und Jugendlichen alten Menschen
	Rehabilitative Therapie
	Palliativversorgung
	Prävention & Gesundheitsförderung
	Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung

Organisatorische Aufgaben	Lotsenfunktion für PatientInnen/KlientInnen
	Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben
	Administrative Aufgaben zur Unterstützung der Lotsenfunktion
	Qualitätsmanagement als Grundlage für Versorgung „state of the art“ mit Fokus auf Teamarbeit
Spezielle Aufgaben	Öffentliche Gesundheitsaufgaben
	Substitutionstherapie
	Traumatologische Basisversorgung
	Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen
	Kardiologische Diagnostik
	Pulmologische Diagnostik
	Behandlung chronischer Wunden
	Sonographische Diagnostik
	Physikalische Therapie
	Ernährungsberatung

Tabelle 1: Aufgabenprofil von Primärversorgungseinheiten (eigene Adaptierung nach BMSGPK 2022c: 81–85)

Zur Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen in Primärversorgungseinheiten entsprechend LM-amb zählen unter anderem ein RR-Messgerät, ein Pulsoxymeter, ein Otoskop, ein EKG, eine Notfallausstattung, eine Ausstattung für parenterale Medikamentengabe, Messgeräte für ein Sofortlabor und ein Instrumentarium für Cerumenentfernung (BMSGPK 2022c).

Die gesetzliche Anforderung einer bedarfsgerechten multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammensetzung des Primärversorgungsteams macht eine konkrete Aufgaben- und Arbeitsverteilung notwendig, die individuell auf die PVE abgestimmt wird und darüber hinaus, wie oben erwähnt, lt. § 6 PrimVG im Versorgungskonzept geregelt sein muss (BKA RIS 2017a). Dabei sind die Kompetenzprofile der verschiedenen Berufsgruppen und deren jeweilige Gesetzgebung, wie z. B. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) für Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und § 9 des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes (MAB-Gesetz) für die Ordinationsassistenz, zu berücksichtigen. Die konkret definierten Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen bezüglich der Patientinnen- und Patientenversorgung werden in den jeweiligen

Stellenbeschreibungen abgebildet. Beispiele für mögliche Leistungen der nichtmedizinischen Gesundheits- und Sozialberufe und für das PVE-Management werden im „Handbuch zur Gründung einer PVE“ angeführt (BMSGPK 2022b).

Die arbeitsrechtliche Zusammenarbeit zwischen dem Personal und den Gesellschafterinnen bzw. Gesellschaftern einer PVE in Form einer Gruppenpraxen-GmbH oder Gruppenpraxen-OG kann durch Dienstverträge, freie Dienstverträge oder Werkverträge geregelt sein (BMSGPK 2022b). Dabei muss das Verhältnis zwischen der Anzahl der Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter und den Vollzeitäquivalenten der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe berücksichtigt werden. Ausgenommen sind Ordinationsgehilfinnen und -gehilfen. Bei einem Verhältnis über 1:5 oder einer Anzahl von mehr als 30 Angestellten wird das Bestehen eines selbstständigen Ambulatoriums angenommen. Laut § 47a Abs. 2 ÄrzteG darf die Anzahl der Vollzeitäquivalente und der angestellten Ärztinnen und Ärzte auch überschritten werden, wenn die Planungsvorgaben der jeweiligen RSG eingehalten werden (BKA RIS 1998).

Zusammenfassend müssen bei der Gründung und Umsetzung einer PVE folgende Gesetze, Verträge und Konzepte berücksichtigt bzw. erstellt werden:

- Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Primärversorgungsgesetz
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionaler Strukturplan Gesundheit
- Gesamtvertrag Österreichische Ärztekammer und Sozialversicherung
- Ärztegesetz (Sonderbestimmungen für Gruppenpraxen)
- UGB (für OG), GmbH-Gesetz (für GmbH)
- Versorgungskonzept
- Primärversorgungsvertrag mit regionaler ÖGK
- gesetzliche Bestimmungen des Primärversorgungsteams (Bsp.: GuKG, MAB)
- sämtliche Dienstverträge, evtl. Werkverträge

Nachfolgend werden noch die „10 Schritte zur Gründung einer PVE“ von der Website „Plattform Primärversorgung“ angeführt, um einen kurzen Überblick über die wichtigsten Meilensteine bei der Gründung zu geben.

1. Die Landesstelle der ÖGK sowie die zuständige Ärztekammer kontaktieren, um Informationen bezüglich geplanter Standorte und der zu erfüllenden Voraussetzungen zu erhalten.
2. Das „Handbuch zur Gründung einer PVE“ und die Workshops des PVE-Accelerators liefern erste Informationen, zusätzlich stehen noch Webinare und das Mentoring-Programm mit der Beratung von Expertinnen und Experten zur Verfügung.
3. Eventuell Informationen über das regionale Versorgungsprofil einholen und einen Businessplan und ein Versorgungskonzept erstellen. Dabei Schwerpunkte festlegen, welche neben der Grundversorgung angeboten werden sollen.
4. Bewerbung als Ärzte-Team um eine PVE-Stelle
5. Gründung einer passenden Rechtspersönlichkeit für die PVE, unterstützend Unternehmens-, Steuer- und Rechtsberatung hinzuziehen.
6. Finanzplanung erstellen und das nötige Kapital aufbringen, hierbei die PVE-Gründungsförderung in Anspruch nehmen.
7. Die Personalplanung durchführen und anhand der Leistungsschwerpunkte die Berufsgruppen, welche vertreten sein müssen, analysieren. Die „Plattform Primärversorgung“ bietet Unterstützung bei der Suche nach Mitarbeitenden und Informationen bezüglich der Zusammenarbeit im Team.
8. Aufbau einer Unternehmensstruktur, Festlegung der Ablauforganisation und Erstellung eines Marketingkonzepts
9. Beschaffung der notwendigen Ausstattung und Aufbau der IT-Infrastruktur
10. Eröffnung der PVE (GÖG 2022b)

Wie weiter oben beschrieben, bestehen Primärversorgungseinheiten als Unternehmen in der österreichischen Primärversorgung erst seit ein paar Jahren (ÖÄZ 2017). Sie sollen als lernende Organisationen durch einen stetigen Wissensaufbau und kontinuierliche Weiterentwicklung verstanden werden, wodurch die Qualität in der Primärversorgung gesichert sein soll (BMG 2014).

Für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als moderne Unternehmensstrategie stellen Primärversorgungseinheiten ein neues Tätigkeitfeld dar. Im Anschluss

werden die Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben und Besonderheiten von Primärversorgungseinheiten in Bezug auf BGF dargestellt.

1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und eine freiwillige Leistung innerhalb eines Unternehmens (Blattner & Elsigan 2015).

Nachfolgend werden zunächst der theoretische Hintergrund und grundlegende Definitionen bezüglich Gesundheitsförderung beschrieben. Weiters wird ein kurzer Abriss zu Entwicklung und Praxis der BGF geboten sowie kurz auf den Begriff der Organisationsentwicklung eingegangen.

Theoretischer Hintergrund

Die ganzheitliche Definition von Gesundheit der WHO aus dem Jahr 1946 lautet: *„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“* Klemperer (2020:52) betrachtet diese kritisch, da ihr eine Erläuterung des Krankheitsbegriffs fehlt und sie zudem zur falschen Schlussfolgerung verleiten könnte, dass alle Menschen, die sich nicht vollständig wohl fühlen, krank sind. Nach Faller (2019) ist die Definition utopisch und auch empirisch nicht haltbar, da bei einem Großteil der gesunden Allgemeinbevölkerung häufig körperliche Beschwerden auftreten, ohne dass sich diese Personen als krank definieren. Einen weiteren Aspekt liefert der Ansatz von Vögele (2013), wonach Gesundheit ein dynamischer Prozess ist und immer wieder hergestellt und aufrechterhalten werden muss. Die Definition von Gesundheit als *„die Fähigkeit, sich an soziale, physische und emotionale Probleme anzupassen und diesen Herausforderungen begegnen zu können“* (Huber et al. 2011, zit. in Vögele 2013), berücksichtigt diesen Ansatz und schließt in weiterer Folge die Frage ein, wie bei einer vorhandenen Erkrankung die Lebensqualität verbessert werden kann. Gesundheit als dynamischer Prozess ist ein Wechsel zwischen dem Vorhandensein von Herausforderungen (Erkrankungen) und deren Bewältigung durch Ressourcen. Diese Ressourcen können im Laufe des Lebens gefördert und gestärkt werden (Rojatz et al. 2018).

Die Grundlage für die Sichtweise von Gesundheit als dynamischer Prozess liefert das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky (1997), welches den Ansatz der Pathogenese ergänzt und sich mit der Erklärung, der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit befasst. Nach diesem Modell befindet sich der Mensch in einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Das heißt, Gesundheit ist ein dynamischer Zustand, der durch Stressoren und allgemeine Widerstandsressourcen beeinflusst wird – der Mensch bewegt sich ständig in Richtung Krankheit oder Gesundheit. Kann ein Mensch einen Stressor und den damit ausgelösten Spannungszustand zeitnah durch Ressourcen lösen, bewegt er sich in Richtung Gesundheit. Ist der Spannungszustand anhaltend, nähert sich der Mensch dem Krankheitspol. Die allgemeinen Widerstandsressourcen lassen sich auf individueller Ebene in Form von körperlichen Faktoren, Selbstwertgefühl oder Intelligenz und auf sozialer Ebene in Bezug auf familiäre Unterstützung oder finanzielle Ressourcen finden. Schlüsselkonzept des Salutogenese-Modells ist das Kohärenzgefühl, welches auf den Widerstandsressourcen basiert und durch eine mehr oder weniger erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen stärker oder schwächer ausgeprägt ist. Bei einem starken Kohärenzgefühl wird das Leben als verständlich, bewältigbar und sinnvoll wahrgenommen und spiegelt die subjektiv empfundene Gesundheit positiv wider. Die Salutogenese legt den Fokus auf Ressourcen und Ressourcenstärkung und ist in den Sektoren Rehabilitation, Psychosomatik und Gesundheitsförderung sowie Prävention fest verankert (Klemperer 2020).

Zu Beginn der 90er-Jahre entwickelten Dahlgren und Whitehead das Gesundheitsdeterminanten-Modell, um die Einflussfaktoren, welche auf die Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung einwirken, darzustellen. Dieses Modell, welches in Abbildung 1 repräsentiert ist, ist in Form eines Regenbogens mit fünf Ebenen aufgebaut und enthält genetische, individuelle, soziale, wirtschaftliche und Umweltfaktoren, die auch als Ansatzpunkt für die Gesundheitsförderung dienen (FGÖ o. J. a).

Maßnahmen ist eine Veränderung von individuellem Verhalten (z. B. Ernährung, Bewegung) oder von Lebensverhältnissen (z. B. Bildung, Umwelt, Arbeitsplatz), welche auf die Gesundheit einwirken (GÖG 2023).

Nach Zusammenfassung der Grundlagen der Gesundheitsförderung werden nachfolgend einige Definitionen angeführt, da in der bestehenden Literatur die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitskompetenz“ nicht immer klar voneinander getrennt werden. Hinzu kommt, dass zwischen „Betrieblicher Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsfördernden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen“ und „Gesundheitskompetenten Organisationen“ differenziert werden muss.

Begriffsdefinitionen

Um Klarheit zu schaffen, werden im Folgenden die im vorigen Absatz angeführten Bezeichnungen definiert und voneinander abgegrenzt, um deren Verwendung in dieser Masterarbeit zu klären.

Gesundheitsförderung / Betriebliche Gesundheitsförderung / Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen:

*„**Gesundheitsförderung** zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...]“ (WHO 1986)*

Diese bereits in Kapitel 1.2.1 vollständig angeführte Definition aus der Ottawa-Charta bezieht sich auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden Einzelner und von Gruppen, welches durch politische Rahmenbedingungen sowie sozioökonomische und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Kernpunkt der Gesundheitsförderung ist es, diese Einflussfaktoren so zu gestalten, dass die Menschen ihre individuellen, sozialen und physischen Ressourcen erkennen und nutzen können, um für ein umfassendes Wohlbefinden zu sorgen (WHO 1986).

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ (ENWHP 1997, S. 2)

Somit steht bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Gesundheit der im Betrieb tätigen Personen im Mittelpunkt, was sich in der Anpassung von Strukturen und Prozessen, die die Beschäftigten beeinflussen, innerhalb und außerhalb des Unternehmens niederschlägt.

“Health promoting hospitals and health services orient their governance models, structures, processes and culture to optimise health gains of patients, staff and populations served and to support sustainable societies” (WHO 2021, S. 21).

Bei den Gesundheitsfördernden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen stehen mit der Anpassung von Strukturen, Prozessen und Führungskonzepten wiederum die Patientinnen und Patienten, die Beschäftigten und ihre Angehörigen im Fokus der Integration der WHO-Grundsätze bezüglich Gesundheitsförderung.

Gesundheitskompetenz / Gesundheitskompetente Organisationen:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.” (Sørensen et al. 2012, S. 3)

Frei von der Verfasserin dieser Arbeit übersetzt, umfasst somit Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Kompetenz von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im täglichen Leben Entscheidungen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung, der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen zu können, die im Laufe des Lebens zum Erhalt oder zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

*„Eine **gesundheitskompetente Organisation** zeichnet sich dadurch aus, dass sie günstige Rahmenbedingungen für die Implementierung von Gesundheitskompetenz schafft und sich zum Beispiel um möglichst leichten Zugang zu relevanten Informationen und Angeboten sowie Verbesserung der Kommunikation mit ihren Nutzer:innen bemüht“ (ÖPGK 2022).*

Gesundheitskompetente Organisationen sind an einer möglichst benutzerfreundlichen Gestaltung für Patientinnen und Patienten interessiert. Zentral ist dabei ein niederschwelliger Zugang, etwa in Form eines klaren Ablauf- und Leitsystems vor Ort oder leicht verständlich formulierter Broschüren. Auch individuell angepasste gesundheitsrelevante Informationen können Teil der Konzeption sein.

In der vorliegenden Masterarbeit steht die Betriebliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Der soeben umrissene Begriff der Gesundheitsförderung dient als Basis dafür.

Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Grundstein für die Betriebliche Gesundheitsförderung wurde im November 1997 anlässlich eines Treffens des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) gelegt – konkret mit der Verabschiedung der Luxemburger Deklaration. Aufgrund sich verändernder Arbeitswelten und damit einhergehender Herausforderungen, wurde in dieser Deklaration das Ziel festgehalten, Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Unternehmensstrategie in der Arbeitswelt zu verankern. Die erfolgreiche Implementierung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes bietet viele Vorteile für die Beschäftigten und das Unternehmen selbst. Neben einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit und -moral und eines verbesserten individuellen Wohlbefindens profitieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Betriebliche Gesundheitsförderung ebenso von einer erhöhten Lebensqualität und einer Stärkung gesundheitlicher Potentiale. Auf der Seite des Unternehmens kommt es durch die Steigerung der Gesundheit der Beschäftigten zu einer Verringerung der Krankheitskosten, einem verbesserten Arbeitsklima und dadurch zu einer höheren Produktivität (ENWHP 1997).

Da über die Hälfte der Beschäftigten in Europa in Betrieben mit bis zu 100 Mitarbeitenden tätig sind, ist es wichtig, eine qualitätsvolle und nachhaltige Betriebliche Gesundheitsförderung auch in diesen kleineren Unternehmen zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 1998 das „Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben“ von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedet. Im Vergleich zu größeren Unternehmen unterscheiden sich Klein- und Mittelbetriebe (KMU) in einigen Aspekten, welche bei der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen sind. Beispielsweise werden im Memorandum die engere Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebenden und Beschäftigten, die höhere Flexibilität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgrund nicht-standardisierter Arbeitsabläufe und die begrenzte Zeit und geringeren Ressourcen als Besonderheiten von KMU genannt (ENWHP 1998). Aufgrund dieser Erkenntnisse wird in kleineren Betrieben ein entsprechendes BGF-Modell eingesetzt, welches einerseits möglichst ressourcenschonend ist, andererseits trotzdem den BGF-Managementkreislauf umsetzt (Blattner & Mayer 2018).

In Österreich wurde 1998 der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gegründet. Seine Arbeit basiert auf dem Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) und beinhaltet die Entwicklung und Verbreitung von Wissen, Kompetenzen und Qualität im Bereich der Gesundheitsförderung, die Förderung von (Betrieblichen) Gesundheitsförderungsprojekten und den Austausch von Praxis, Wissenschaft und Politik in diesem Bereich (FGÖ o. J. b).

Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) wurde im Jahr 2000 gegründet (BMAW 2021) und ist ein Zusammenschluss der Träger der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung (organisiert im Dachverband der Sozialversicherungsträger), der Sozialpartner, der Industriellenvereinigung sowie des FGÖ als unterstützender Partner. Die ÖGK Oberösterreich fungiert als Koordinationsstelle für das ÖNBGF (Blattner & Mayer 2018) und als österreichische Kontaktstelle für das ENWHP (BMAW 2021). Zu den wesentlichen Aufgaben zählen die Weiterentwicklung und qualitätsgesicherte Umsetzung der BGF in Österreich, mit dem Ziel, ein einheitliches Verständnis von BGF zu schaffen (Blattner & Mayer 2018).

Praxis der BGF in Österreich

Zur Umsetzung einer umfassenden betrieblichen Strategie für mehr Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in Form des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zählen, neben der BGF, der ArbeitnehmerInnenschutz und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Während Unternehmen in Österreich gesetzlich zum ArbeitnehmerInnenschutz verpflichtet sind, können BGF und BEM ergänzend als freiwillige Leistung angeboten werden. Abbildung 2 dient zum besseren Verständnis und zur Veranschaulichung der drei Säulen des BGM mit ihren rechtlichen Grundlagen (Blattner & Mayer 2018).



Abbildung 2: Die 3 Säulen des BGM (Blattner & Mayer 2018:28)

Die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in einem Unternehmen erfolgt in fünf Phasen – Vorprojektphase, Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluations- und Nachhaltigkeitsphase (Netzwerk BGF o. J. b) – und orientiert sich an den folgenden vier Prinzipien der Luxemburger Deklaration:

Partizipation – es muss die gesamte Belegschaft miteinbezogen werden

Integration – BGF ist in allen Unternehmensbereichen bei allen Entscheidungen zu berücksichtigen

Projektmanagement – die systematische Durchführung der Maßnahmen und Programme von der Bedarfsanalyse bis hin zur Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse

Ganzheitlichkeit – BGF impliziert verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen, sie verbindet die Risikoreduktion mit dem Ausbau der Ressourcen (ENWHP 1997)

Diese vier Grundsätze haben nach wie vor Gültigkeit und sind die Basis, um Betriebliche Gesundheitsförderung in einem Betrieb erfolgreich zu implementieren. Aufbauend auf der Luxemburger Deklaration, sollen die 15 Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerks BGF für eine langfristige und nachhaltige Änderung in den Unternehmen sorgen. Diese Kriterien werden während der Umsetzung eines BGF-Projekts zur Orientierung eingesetzt und dienen auch der Qualitätsüberprüfung zum Abschluss eines Projekts (Blattner & Mayer 2018).

In der Praxis eines BGF-Projekts wird die Umsetzung der fünf Phasen des Projektkreislaufs individuell an das Unternehmen angepasst. Die Servicestellen der ÖGK und der BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) unterstützen dabei die Versicherten in den Betrieben mit BGF-Beraterinnen und BGF-Beratern (WKO 2022). Generell werden die Betriebsgröße und die Branche berücksichtigt. Die ÖGK unterscheidet derzeit bei der Betriebsgröße zwischen Unternehmen mit 1 bis 15, 16 bis 49 bzw. über 50 Mitarbeitenden. Die Dauer des Projekts beträgt je nach Betriebsgröße 6 bis 12 Monate, ca. 12 Monate bzw. ca. 2 Jahre (ÖGK o. J.).

Die Größe eines PVE-Teams richtet sich, wie in Kapitel 1.1.1 erwähnt, nach den regionalen Erfordernissen und Ressourcen. Nach eigener Recherche bei den auf der „Plattform Primärversorgung“ angeführten bestehenden PVE fallen Primärversorgungseinheiten derzeit bezüglich der Betriebsgröße gemäß ÖGK-Einteilung in die erste Kategorie mit 1 bis 15 bzw. die zweite mit 16 bis 49 Mitarbeitenden (GÖG 2022a). Die im Projektkreislauf eingesetzten BGF-Instrumente und individuellen Maßnahmen werden dementsprechend an die PVE angepasst.

Ein wesentlicher Schritt in der **Vorprojektphase** ist der Aufbau von notwendigen Strukturen im Unternehmen, um die BGF umsetzen zu können. Das Projektteam und die Verantwortlichkeiten werden festgelegt und die Partizipation der Mitarbeitenden wird durch eine Startveranstaltung, das sogenannte Kick-off-Meeting,

sichergestellt. Dabei werden das Projekt, die Ziele und der Ablauf vorgestellt (Netzwerk BGF o. J. b). Weitere Instrumente in dieser Phase sind Schulungen zur Gesprächsführung in Form der „Gesunden Dialoge“ in den Betrieben mit 1 bis 15 Mitarbeitenden oder Gesundheitscoachings für Führungskräfte und Geschäftsleitung in Betrieben mit 1 bis 49 Mitarbeitenden. In Betrieben mit mehr als 50 Mitarbeitenden gibt es eine Information bezüglich „gesundem Führen“ und „Gesundheitsförderung“ für die Führungskräfte (ÖGK o. J.).

In der nächsten, der **Diagnosephase**, wird die Ausgangslage erfasst. Belastungen und Ressourcen werden ermittelt und der Bedarf bezüglich den Themen Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima sowie Qualität der Führung und des Arbeitsumfeldes erhoben. Auch das Gesundheitsverhalten und die Zusammenarbeit der Beschäftigten rücken in den Fokus und der Ist-Zustand im Unternehmen wird analysiert. Als adäquate Instrumente dafür werden schriftliche Befragungen, Workshops, Fokusgruppen oder Gesundheitszirkel eingesetzt (Netzwerk BGF o. J. b). In Unternehmen mit 1 bis 15 Mitarbeitenden führt die Führungskraft Einzelgespräche mit den Beschäftigten in Form der „Gesunden Dialoge“, um die Ist-Situation zu analysieren. In Betrieben mit 16 bis 49 Mitarbeitenden werden eine Mitarbeiterbefragung und Workshops für die Führungskräfte und Beschäftigten zur Ermittlung des Status quo angeboten und in Betrieben ab 50 Beschäftigten kommen eine Mitarbeiterbefragung, Krankenstandsauswertungen und Gesundheitszirkel zum Einsatz (ÖGK o. J.).

Die Diagnosephase liefert Ergebnisse über die Umsetzungsschwerpunkte im Unternehmen, welche in weiterer Folge in der **Planungsphase** in die Formulierung von Zielen und die Konzeption von Maßnahmen einfließen. Zudem wird in dieser Phase der weitere Projektverlauf strukturiert. Als Instrument dienen wieder Gesundheitszirkel, bei denen sich die Mitarbeitenden über Ressourcen und Belastungen austauschen und die Arbeitsbedingungen im Betrieb erörtern. Wesentlich in der Planungsphase ist die Transparenz – die Aktivitäten der Gesundheitszirkel und deren Ergebnisse müssen regelmäßig an alle Mitarbeitenden kommuniziert werden, damit Akzeptanz und aktive Beteiligung im weiteren Projektverlauf sichergestellt werden (Netzwerk BGF o. J. b). In dieser Phase werden in allen Betrieben Workshops zur Maßnahmenplanung angeboten (ÖGK o. J.).

In der **Umsetzungsphase** werden die speziell auf den Betrieb abgestimmten Maßnahmen realisiert. Sie sollen annähernd gleich verteilt sein in Bezug auf das Verhalten der im Betrieb Beschäftigten (z. B. Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung, Stressmanagement) und auf die Verhältnisse im Unternehmen (z. B. Ergonomie am Arbeitsplatz, Reduktion von Belastungen durch Lärm und Staub, Führungsverhalten) (Netzwerk BGF o. J. b). Die Maßnahmen werden in allen Betrieben über einen längeren Zeitraum umgesetzt (ÖGK o. J.).

Die letzte Phase stellt die **Evaluations- und Nachhaltigkeitsphase** dar. Hier werden die Projektziele evaluiert und Veränderungen gemessen. Durch diese beiden Schritte werden weitere Handlungsfelder deutlich und die Basis für einen nachhaltigen Einsatz von BGF im Unternehmen gelegt (Netzwerk BGF o. J. b). In Betrieben mit 1 bis 15 Mitarbeitenden werden die gesetzten Maßnahmen optional mit einer kurzen Mitarbeiterbefragung evaluiert und abschließend ein Evaluierungs- und Integrationsgespräch mit der Geschäftsführung durchgeführt. In Unternehmen mit 16 bis 49 Mitarbeitenden werden die gesetzten Maßnahmen von der Führung und den Beschäftigten in Form von Workshops evaluiert und ebenfalls ein Evaluierungs- und Integrationsgespräch durchgeführt, um die Umsetzung und Integration in den Arbeitsalltag zu klären. Bei einer Anzahl ab 50 Beschäftigten werden eine zweite Mitarbeiterbefragung und eine Krankenstandsauswertung durchgeführt. In allen Betrieben ab 16 Mitarbeitenden erfolgt bei der Abschlussveranstaltung ein Projektrückblick und ein Ausblick auf die zukünftige Fortführung der BGF. Abschließend wird das BGF-Gütesiegel beantragt (ÖGK o. J.).

Um das Unternehmen und die Mitarbeitenden im Rahmen der BGF positiv zu beeinflussen, werden verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen eingesetzt. Verhaltensorientierte Maßnahmen sollen vordergründig eine positive Wirkung auf das Verhalten der Beschäftigten ausüben, während verhältnisorientierte Maßnahmen die (Arbeits-)Bedingungen dahingehend beeinflussen sollen, dass sie bestenfalls gesundheitsförderlich auf die Beschäftigten wirken (Blattner & Mayer 2018). Die nachfolgende Tabelle 2 soll beispielhaft einen kleinen Überblick über verhaltens- und verhältnisbezogene Handlungsfelder geben.

Verhalten	Verhältnisse
Stressmanagement	Teambuilding
gesunde Ernährung im Arbeitsalltag	Kommunikation/Informationsfluss im Team
Bewegung	Multiprofessionelle Zusammenarbeit
Wohlbefinden	Prozesse bzw. Abläufe
Nichtrauchen	gesundes Führen
Zeitmanagement	Ruheräume, Duscmöglichkeit
Qualifikation	Wasserspender

Tabella 2: Verhaltens- und verhältnisbezogene Handlungsfelder (eigene Darstellung nach Blattner & Mayer 2018)

Bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Unternehmen wird der Return on Investment (ROI) in der Literatur mit einer Zahl von 1:3 bis 1:26 angegeben. Je besser die unterschiedlichen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen miteinander kombiniert werden, desto nachhaltiger wirkt die BGF (Koordinationsstelle ÖNBGF o. J.).

Da Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Organisationsentwicklungsstrategie zu verstehen ist, welche auf die Prävention von Krankheiten, die Stärkung der Gesundheit und die Verbesserung des Wohlbefindens der Beschäftigten abzielt, wird im folgenden Kapitel kurz auf diese Begrifflichkeit eingegangen (ENWHP 1997).

1.1.3 Organisationsentwicklung

Der Begriff der Organisationsentwicklung (OE) wird folgendermaßen definiert:

„Strategie des geplanten und systematischen Wandels, der durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten zustande kommt, und zwar unter größtmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer. Zielsetzung ist einerseits, der Leistungsfähigkeit der Organisation, und andererseits der Entfaltung der einzelnen Organisationsmitglieder zu dienen. Die gewählte ganzheitliche Perspektive berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen Individuen, Gruppen, Organisationen, Technologie, Umwelt, Zeit sowie die Kommunikationsmuster, Wertestrukturen, Machtkonstellationen etc., die in der

jeweiligen Organisation real existieren. Ziele: Die Verbesserung der organisatorischen Leistungsfähigkeit zur Erreichung der strategischen Ziele der Unternehmung und die Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens für die in ihr beschäftigten Mitarbeiter (Humanisierung der Arbeit).“ (Maier & Schewe 2018)

Die Organisationsentwicklung soll die Effizienz im Unternehmen steigern, bei gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Wichtig dabei ist, wie in der Definition erwähnt, die Beteiligung aller Mitarbeitenden und der Führungskräfte, damit ein Betrieb von diesem langfristigen Prozess profitiert. Durch eine wechselseitige partizipative und aktive Zusammenarbeit der Führung und der Beschäftigten (Top-down in Verbindung mit Bottom-up) kann dies umgesetzt werden (Kriener et al. 2019). Die Organisationsentwicklung umfasst alle Bereiche und Ebenen des Unternehmens und schließt sowohl das Verhalten der Führungskräfte und der Beschäftigten als auch die Verhältnisse im Betrieb mit ein (Blattner & Mayer 2018).

Die Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer PVE nehmen durch ihre Vorbildwirkung und ihre Führungskultur Einfluss auf das Verhalten und das Wohlbefinden der Beschäftigten. Deshalb sollten sie auf eine gesunde Selbstführung, ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten und auf die gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Gestaltung der Arbeitsbedingungen achten (Kriener et al. 2019).

1.1.4 Besonderheiten einer PVE in Bezug auf BGF

Aus den zuvor beschriebenen Grundlagen von Primärversorgungseinheiten ergeben sich in Zusammenhang mit Betrieblicher Gesundheitsförderung einige Besonderheiten, die bei der Umsetzung einer qualitätvollen BGF in einer PVE zu berücksichtigen sind.

Wie in Kapitel 1.1.1 erwähnt, dürfen nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen oder Ärzte als Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter einer PVE in Form einer GmbH oder OG fungieren (BKA RIS 1998). Somit finden sich diese in einer Doppelrolle wieder, in welcher sie einerseits für jegliche planerischen,

wirtschaftlichen, rechtlichen und strukturellen Aspekte der PVE und andererseits für die umfassende medizinische Betreuung der Patientinnen und Patienten verantwortlich sind. Aufgrund der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind die Ärztinnen und Ärzte als Gesellschafterinnen und Gesellschafter an die gesetzlichen Vorgaben bei der Gründung und Führung einer PVE gebunden, trotzdem aber auf selbstständiger Basis tätig (BMSGPK 2022b). Im Rahmen der Umsetzung der BGF nimmt die Führung generell eine elementare Position ein (Kriener et al. 2019), die Doppelrolle von Führungskräften einer PVE stellt daher eine Besonderheit dar.

Die gesetzlichen Vorgaben und Verträge begrenzen in gewisser Weise den Handlungsspielraum der Führungskräfte einer PVE in Bezug auf BGF. Wesentliche Änderungen des Versorgungskonzepts wie beispielsweise der Aufbau- und Ablauforganisation müssen an den zuständigen Sozialversicherungsträger weitergeleitet werden (BKA RIS 2017a). Somit ist es im laufenden Betrieb herausfordernd, grundlegende Prozesse und Strukturen bei Bedarf gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Eine optimale und umfassende Versorgung der Patientinnen und Patienten soll durch die strukturierte Zusammenarbeit des multiprofessionellen und interdisziplinären Teams gewährleistet werden. Bei der Umsetzung eines BGF-Projekts in einer PVE sind weiters die Erbringung der Dienstleistungen des Kernteams und des erweiterten Teams auf unterschiedlicher arbeitsrechtlicher Basis in Form von (freien) Dienstverträgen oder Werkverträgen und die erforderliche Kompetenzverteilung zu berücksichtigen (BMSGPK 2022b).

Die vorhandenen individuellen Strukturen und Ressourcen und deren Einsatz im Rahmen der BGF sind aufgrund der Betriebsgröße begrenzt (Blattner & Mayer 2018).

Die in diesem Kapitel genannten Aspekte stellen mit großer Wahrscheinlichkeit nur einen Teil der vorhandenen Besonderheiten einer PVE in Bezug auf BGF dar. Im Rahmen dieser Masterarbeit werden an späterer Stelle eventuell weitere

Charakteristika bezüglich der BGF in einer PVE ersichtlich. Mögliche neu gewonnene Erkenntnisse werden bei den Ergebnissen angeführt.

1.2 Relevanz der Thematik

Die Relevanz dieser Arbeit in Bezug auf Public Health ergibt sich aus den §§ 3, 4 und 5 PrimVG, welche das öffentliche Interesse betreffen und einen niederschweligen Zugang als Anforderung und die breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz in der Versorgung von Menschen verschiedener Altersstufen im Einzugsgebiet sowie die Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe umfassen (BKA RIS 2017a). Des Weiteren wurde bereits 1997 in der Luxemburger Deklaration die zunehmende Bedeutung des Arbeitsplatzes als Public-Health-Handlungsfeld festgehalten. Darin wird ebenfalls angeführt, dass BGF eine moderne Unternehmensstrategie im Sinne einer Organisationsentwicklungsmaßnahme darstellt (ENWHP 1997).

PVE sollen die Primärversorgung in Österreich stärken und sich als lernende Organisationen ständig weiterentwickeln (BMG 2014). Die BGF bringt als moderne Organisationsentwicklungsstrategie Vorteile für die Beschäftigten einer PVE (Netzwerk BGF o. J. a) und in weiterer Folge für die Patientinnen und Patienten sowie für die lokale Bevölkerung mit sich. Das Bestreben, die Gesundheitsförderung in PVE zu stärken, wird beispielsweise anhand des Idealmodells von Rojatz et al. aufgegriffen und richtet sich sowohl an Patientinnen und Patienten wie auch an Mitarbeitende von Primärversorgungseinheiten (Rojatz et al. 2018).

Wie in der Literatur beschrieben, sind unterschiedliche Handlungsfelder, wie beispielsweise gesundes Führen, Kommunikation, Arbeitsabläufe und Prozesse oder gesunde Ernährung, bei der Umsetzung von BGF in vielen Betrieben von Bedeutung (Blattner & Mayer 2018).

Als Unternehmen stellen PVE eine besondere Herausforderung für die Umsetzung einer qualitätvollen BGF dar, da es diese Gesundheitseinrichtungen erst seit einigen Jahren gibt (ÖÄZ 2017). Zudem finden sich die Gründerinnen und Gründer einer PVE in der Doppelrolle als Selbstständige und Führungskräfte wieder, in der

sie den zahlreichen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und der Anforderung, in einem multidisziplinären Team zu arbeiten und dieses gleichzeitig zu führen, gerecht werden müssen.

Für die Umsetzung einer qualitätsvollen BGF braucht es die Partizipation aller Mitarbeitenden eines Betriebes. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern einer PVE, da Führungskräfte in der BGF elementar für ein gesundes Unternehmen sind und bei der Gründung einer PVE eine zentrale Rolle einnehmen – bereits vor der Zusammenstellung des multidisziplinären Teams. In Anbetracht dessen, dass BGF als moderne Organisationsentwicklungsstrategie verstanden wird, gehen in weiterer Folge die Überlegungen dahin, ob ein BGF-Gesamtkonzept bereits in der Gründungsphase für die Führungskräfte hilfreich sein könnte bzw. ob spezifische BGF-Themen in der Gründungsphase helfen könnten, bereits zu diesem frühen Zeitpunkt auf eine diesbezügliche Sensibilisierung hinzuwirken.

1.3 Forschungsziel, Forschungsfragen

Ausgehend von der Luxemburger Deklaration, welche BGF als moderne Unternehmensstrategie darstellt, und der noch relativ neuen Unternehmensform der Primärversorgungseinheiten ist es von Interesse, herauszufinden, ob die Führungskräfte einer PVE in der Gründungsphase eine Unterstützung im Rahmen der BGF als relevant einschätzen und wie sie bezüglich BGF-relevanter Themen unterstützt werden könnten.

Die Fragestellungen dieser Masterarbeit lauten demnach:

- 1. Wird von Seiten der Führungskräfte einer österreichischen Primärversorgungseinheit eine Unterstützung im Rahmen der BGF in der Gründungsphase als relevant eingeschätzt?**
- 2. Wie können Führungskräfte österreichischer Primärversorgungseinheiten zu BGF-relevanten Themen unterstützt werden?**

2. Methode

Für die gegenständliche Arbeit wurde als Design ein systematisches Literaturreview mit anschließendem qualitativen Forschungsansatz in Form von leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews gewählt. Mithilfe der Ergebnisse des Reviews und der Interviews sollen die Forschungsfragen mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) beantwortet werden.

Da das systematische Review wie nachfolgend beschrieben keine adäquaten Ergebnisse geliefert hat, stützt sich die empirische Beantwortung der Forschungsfragen auf die Expertinnen- und Experteninterviews.

2.1 Systematisches Literaturreview

Die Datensammlung für die systematische Literaturrecherche erfolgte von Oktober 2022 bis Februar 2023 in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Ovid.

Die Suche der Keywords, Synonyme, MeSH-Terms und Subject Headings wurde auf den Titel und/oder Abstract eingegrenzt, um möglichst adäquate Ergebnisse zu erzielen. Bei fehlenden Ergebnissen wurde diese Einschränkung aufgehoben. Zusätzlich wurden Trunkierungen, MeSH-Terms bzw. Subject Headings und die Boole'schen Operatoren AND und OR eingesetzt. Eingeschlossen wurden Publikationen aller Forschungsdesigns und Dokumente in den Sprachen Deutsch und Englisch der letzten 10 Jahre, um die Aktualität zu gewährleisten.

Zudem wurde noch eine Handsuche in Google und Google Scholar durchgeführt. Dabei wurden einerseits die nachfolgend genannten Keywords verwendet, andererseits auch deren deutschsprachige Pendanten, um eventuell Artikel und Dokumente, welche nur in deutscher Sprache verfügbar sind, einschließen zu können. Der Zeitraum bei Google Scholar wurde auf die Jahre 2014 bis 2023 eingegrenzt. Ebenso wurde auf den Webseiten der Plattform Primärversorgung, des FGÖ und des ÖNBGF nach geeigneter Literatur recherchiert.

Als Keywords wurden folgende Begriffe verwendet: Primary Care Unit, Primary Healthcare, Health Promotion, Workplace Health Promotion, Austria.

Da die Suche mit diesen Keywords keine adäquaten Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen lieferte, wurde eine weitere Recherche mit den folgenden zusätzlichen Begriffen durchgeführt: Leadership, Management, Organizational Development. Diese Suche lieferte ebenfalls keine brauchbaren Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen.

Rojatz et al. (2018) haben den Zusammenhang von PVE und BGF erfasst und es gibt zu beiden Themen im Einzelnen Literatur. Die Verknüpfung der beiden Aspekte und eine Unterstützung in der Gründungsphase – aus Sicht der Führungskräfte – im Sinne der BGF-Sensibilisierung ist eine Neuheit. Ob diese Form der Unterstützung Relevanz hat und ein Bedarf danach besteht, wird mit dieser Arbeit (als ein erster Schritt) erhoben.

2.2 Expertinnen- und Experteninterviews

In diesem Kapitel werden das Sampling, die Stichprobe, die Datensammlung sowie die Datenanalyse der Expertinnen- und Experteninterviews beschrieben.

2.2.1 Sampling und Stichprobe

Das Sampling für die Expertinnen- und Experteninterviews erfolgte zunächst durch eine Gelegenheitsstichprobe und in weiterer Folge mithilfe der Schneeballtechnik im Zeitraum März bis Mai 2023.

Ein- und Ausschlusskriterien:

Eingeschlossen wurden Ärztinnen bzw. Ärzte der Allgemeinmedizin, welche als Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter einer PVE fungieren und an der Gründung einer PVE beteiligt waren. Mögliche Partizipantinnen und Partizipanten, deren PVE als Verein oder selbstständiges Ambulatorium geführt wird, wurden nicht inkludiert, da sich diese Arbeit auf PVE in Form einer GmbH oder OG bezieht.

Für die Rekrutierung von Partizipantinnen und Partizipanten wurde zu Beginn ein Aufruf über die „Plattform Primärversorgung“ gestartet. Im Mitgliederbereich der Plattform wurde dafür eine kurze Information über diese Arbeit als Forschungsvorhaben bereitgestellt und darauf hingewiesen, dass Teilnehmende für Expertinnen-

und Experteninterviews gesucht werden. Da trotz zweimaliger Veröffentlichung des Aufrufs im Abstand von zwei Wochen keinerlei Rückmeldung erfolgte, wurden nach dem Zufallsprinzip ungefähr die Hälfte der bestehenden Primärversorgungseinheiten telefonisch kontaktiert und – nach Erreichen und Absprache – per Mail über diese Masterarbeit und die dafür geplanten Interviews informiert. Durch die direkte telefonische Kontaktaufnahme konnte eine teilnehmende Person für ein Interview gewonnen werden, zwei weitere durch die Anschrift per Mail. Nach dem ersten Interview stimmten im Zuge der Schneeballtechnik zwei weitere Personen einer Teilnahme zu, wovon eine krankheitsbedingt wieder absagte. Die Terminisierung der Interviews erfolgte nach Absprache via Mail.

Somit konnten die leitfadengestützten Expertinnen- bzw. Experteninterviews mit vier Ärztinnen bzw. Ärzten aus vier als GmbH oder OG geführten Primärversorgungseinheiten in der Steiermark, in Oberösterreich und Salzburg durchgeführt werden. Mit Stand Juni 2023 gibt es in Österreich 40 Primärversorgungseinheiten (GÖG 2022a).

2.2.2 Datensammlung/Datenanalyse

Die Datensammlung erfolgte persönlich oder per Online-Meeting via Zoom in Form von leitfadengestützten Einzelinterviews. Der Leitfaden wurde auf Basis der bestehenden allgemeinen Literatur zu den Themen PVE und BGF erstellt. Er wurde mindestens einen Tag vor dem festgelegten Termin per Mail ausgeschickt, zusätzlich wurde eine Erläuterung zu den Themen der Fragen beigefügt. In Anhang A ist der Interviewleitfaden und in Anhang B die Vorabinformation zu den Themen BGF und Organisationsentwicklung beigefügt. Zu Beginn der Interviews wurden allgemeine Fragen über das Gründungsjahr der PVE, die Organisationsform und die Anzahl der Mitarbeitenden gestellt. Mittels überwiegend offener Fragen wurde versucht, die Relevanz von Organisationsentwicklung und verhältnis- und verhaltensorientierten Angeboten in der Gründungsphase einer PVE zu erkunden. Im Rahmen der Interviews wurde auf konkrete verhaltens- und verhältnisorientierte Themen eingegangen, welche ebenfalls in der BGF verankert sind.

Die Interviews wurden zwischen Anfang Mai und Mitte Juni 2023 durchgeführt. Ein Interview hat als Face-to-Face-Interview stattgefunden, die weiteren mittels Video-Konferenz über Zoom. Die Dauer der Interviews lag zwischen 30 und 39 Minuten,

das Einverständnis für die Aufzeichnung und Verwendung der Daten wurde vor Beginn mündlich eingeholt. Die Aufzeichnung der online geführten Interviews erfolgte als Video- und Audiodatei über Zoom, das persönliche Interview wurde mithilfe einer Tablet-Kamera und der Sprachaufzeichnung via Handy festgehalten. Die Daten wurden mittels Transkription mit Unterstützung der Online-Software „amberscript“ aufbereitet und im Anschluss zusammengefasst. In Form eines induktiven Vorgehens wurden Kategorien gebildet und in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

3. Ergebnisse

Mithilfe der in Kapitel 2 beschriebenen Methode konnten Erkenntnisse über die Relevanz einer Unterstützung im Rahmen der BGF und über den Unterstützungsbedarf zu BGF-relevanten Themen in der Gründungsphase österreichischer Primärversorgungseinheiten gewonnen werden. In diesem Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse der Interviews beschrieben.

3.1 Allgemeine Informationen zu den PVE

Um einen kurzen Überblick zu geben, ohne die Anonymität der Interviewteilnehmenden zu gefährden, werden untenstehend einige allgemeine Informationen zu den Primärversorgungseinheiten der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zusammengefasst dargestellt.

Die vier interviewten Führungskräfte österreichischer PVE waren zwischen 2018 und 2021 an der Gründung von PVE, welche in Form einer GmbH oder OG geführt werden, beteiligt. Eine PVE ist an zwei Standorten vertreten, die anderen drei PVE werden als Zentrum geführt. Die PVE waren entweder komplette Neugründungen oder sind durch Umgründung bereits bestehender Einzelpraxen entstanden. Die Anzahl der Mitarbeitenden der multidisziplinären Teams variiert zwischen 7 und 23 zu Beginn und zwischen 12 und 45 Teammitgliedern zum Zeitpunkt der Interviews. Bei den Führungskräften ist die Anzahl seit Gründung der PVE konstant geblieben, in den PVE der Befragten sind jeweils zwei bzw. drei Ärztinnen und Ärzte als Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligt.

3.2 Relevanz einer Unterstützung im Rahmen der BGF

Eine Unterstützung im Rahmen der BGF in der Gründungsphase einer österreichischen PVE wurde von drei der vier Teilnehmenden als relevant erachtet.

Dabei merkte eine teilnehmende Person an, dass zukünftig ihrer Meinung nach verhältnis- und verhaltensbezogene Aspekte wie *„die Arbeitsplatzgestaltung und eben diese side aspects [...], wo ich auch wertgeschätzt werde, wo auf meine Gesundheit*

geschaut wird [...], sei es jetzt körperlich oder psychisch, [...] viel mehr Relevanz bekommt“. Und weiter: „[W]enn du das von Anfang an mitdenkst [...], hast du die Chance, relativ rasch mit einem guten Team arbeiten zu können.“ „Und das Wichtigste überhaupt [...]“ sei „das Team, dass die gerne arbeiten kommen und wissen, es ist ein guter Arbeitsplatz.“ (Interview 2, 23.5.2023)

Eine befragte Person schätzt die Relevanz als nicht sehr hoch ein und gibt Folgendes an: *„Ob es in der Gründungsphase per se extrem wichtig ist, glaube ich eher nicht.“* (Interview 4, 12.6.2023) Jedoch misst dieselbe Person bedarfsorientierten verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen für die Aufrechterhaltung der Arbeit große Bedeutung bei – vor allem sei dabei wichtig, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt werden. Das Interesse an BGF in der PVE ist bei der interviewten Person jedenfalls vorhanden.

Generell schätzen die Interviewteilnehmenden eine Beratung und Unterstützung im Rahmen der BGF in der Gründungsphase großteils als hilfreich und relevant ein. Es ist jedoch unklar, ob gerade in dieser Phase zeitlich noch Platz dafür ist und ob diverse Angebote bzw. Maßnahmen zu Beginn von Seiten der Führungskräfte finanziert werden können.

3.3 Unterstützungsbedarf der Führungskräfte zu BGF-relevanten Themen

Im Verlauf der Interviews wurde gezielt danach gefragt, ob bei der Gründung einer PVE eine Unterstützung zu folgenden BGF-relevanten Themen hilfreich gewesen wäre: Teambuildingmaßnahmen, Kommunikation und Informationsfluss im Team, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Prozesse bzw. Abläufe in der Zusammenarbeit, gesundes Führen, Stressmanagement, gesunde Ernährung im Arbeitsalltag, Bewegung und Wohlbefinden. Danach hatten die Partizipierenden die Möglichkeit, noch eigene Angaben zu machen und zu beschreiben, wie sie Herausforderungen zu diesen Themen gelöst haben und wie diesbezüglich eine Unterstützung aussehen könnte.

Bisher wurden in den PVE der befragten Ärztinnen und Ärzte im Anlassfall einige Maßnahmen, welche zum Teil einen BGF-Bezug haben, durch Eigeninitiative der

Führungskräfte, des PVE-Managements oder des Teams umgesetzt. Dies erfolgte teilweise schon in der Gründungsphase, zum Teil haben sich gewisse Maßnahmen und Änderungen aber erst im bereits bestehenden Betrieb als notwendig herausgestellt, als unterschiedliche Herausforderungen auftraten.

In den PVE der Teilnehmenden sind regelmäßige Teammeetings schon in der Gründungsphase etabliert worden und haben sich gut bewährt. Teambildende Maßnahmen wie beispielsweise gemeinsame sportliche Aktivitäten oder Besuche von Kulturveranstaltungen werden in unterschiedlichen zeitlichen Abständen durchgeführt. Weiters wurden etwa Kommunikationsschulungen organisiert, Schauspiel-patientinnen und -patienten zur Arbeitsplatzentwicklung eingeladen, ein Aufenthaltsraum gemütlich gestaltet, um das Wohlbefinden des Teams zu steigern, auf die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung geachtet und Berufskleidung zur Verfügung gestellt.

Die befragten Führungskräfte waren sich einig, dass bei den Themen Wohlbefinden, Teambuilding, Kommunikation und Informationsfluss im Team sowie in der multiprofessionellen Zusammenarbeit und bezüglich der Prozesse und Abläufe eine Unterstützung und Beratung in der Gründungsphase auf jeden Fall hilfreich gewesen wäre.

Eine Sensibilisierung in der Gründungsphase in Bezug auf die Kommunikation und den Informationsfluss im multiprofessionellen Team ist für die befragten Führungskräfte sehr wichtig – vor allem, wenn eine PVE an mehreren Standorten vertreten ist und wenn es um die Kommunikation und den Informationsaustausch mit dem erweiterten Team bzw. mit externen Kooperationspartnern geht.

Für alle Partizipierenden spielt eine klare Kompetenz- und Aufgabenverteilung ebenfalls eine große Rolle in der Gründungsphase. Und auch hier ist ihrer Meinung nach Unterstützungsbedarf vorhanden. Eine PVE hat diese Herausforderung folgendermaßen gemeistert: *„Da haben wir sehr viel, sehr viel interne Kommunikation gemacht [...]. Alle Professionen haben alle anderen Professionen informiert, was sie eigentlich machen können, wie sie arbeiten, weil wir ja untereinander gar nicht genau gewusst haben, was die einzelnen Professionen tatsächlich können und*

machen können. Und das haben wir halt auch in Workshops uns sehr viel selbst erarbeitet.“ (Interview 3, 5.6.2023)

Eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung ist auch für die Führungskräfte selbst und – falls vorhanden – das Management schon in der Gründungsphase sehr relevant. Dabei ist es wichtig, zu vereinbaren, wer wofür genau zuständig ist (z. B. Abrechnungen, Koordination von Abläufen, Dienstpläne) und wer Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für die unterschiedlichen Berufsgruppen und Anliegen ist (organisatorische/finanzielle vs. fachliche Führung).

Bezüglich der Prozesse und Abläufe in der Zusammenarbeit in den PVE gibt es, wie oben erwähnt, ebenfalls Unterstützungsbedarf in der Gründungsphase. Dieses Thema wird von den Teilnehmenden allerdings als schwierig angesehen, da einerseits die räumlichen und strukturellen Gegebenheiten der PVE sehr unterschiedlich sind und andererseits die Führungskräfte der einzelnen PVE samt ihren Teams verschiedene Arbeitsweisen und Abläufe präferieren. Das Team der PVE einer teilnehmenden Person hat bereits vor Eröffnung *„[...] die Startphase und das gemeinsame Arbeiten durchgespielt und durchdiskutiert [...]“*, was einerseits für die Optimierung der Abläufe von Vorteil war. Andererseits *„[...] haben wir uns eigentlich wirklich schon sozusagen als Team zusammengeschweißt gehabt, wie wir gestartet sind“*, wie diese weiter ausführt (Interview 3, 5.6.2023).

Die Sichtweise einzelner Teilnehmender bezüglich des Einsatzes von Prozesshandbüchern und deren Erstellung in der Gründungsphase wird anhand der nachfolgenden Zitate deutlich:

„Also, wir haben ein eigenes Prozesshandbuch, da hat man sich in den Jahren die Arbeit gemacht, das wirklich auch schriftlich digital festzuhalten, und das nutzen wir bei neuen Mitarbeiterinnen [...] zur Einschulung [...], auch als Orientierung für alle. Wenn es irgendwo nicht passt, haben wir [...] einen Prozess definiert. Schauen wir mal, was wir definiert haben und ob wir das tatsächlich auch so umsetzen oder ob wir ein bisschen abgewichen sind davon. Also, da gibt es ein eigenes Handbuch für die ganzen Prozesse im Haus, die die Mitarbeiter alle gemeinsam erstellt und entwickelt haben.“ (Interview 3, 5.6.2023)

„[...] die Prozesse. Wir haben es probiert abzubilden. Das ist am Ende des Tages viel Arbeit und dann schaut keiner mehr drauf [...], obwohl es natürlich wichtig ist,

aber ich glaube, ob du das vorab festlegen kannst? Wir haben es probiert, aber ich glaube, es ist zu früh [in der Gründungsphase; Anmerkung der Verfasserin].“ (Interview 2, 23.5.2023)

Da für alle Partizipierenden eine Unterstützung zum Thema Wohlbefinden der Beschäftigten bereits in der Gründungsphase relevant ist, kann die BGF auch hier ansetzen und die Führungskräfte diesbezüglich sensibilisieren. Dabei sehen die interviewten Ärztinnen und Ärzte eine Verbesserung des Wohlbefindens durch die räumliche Gestaltung des Aufenthaltsraumes und durch eine ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes, aber auch durch Wertschätzung und den Aufbau von sozialen Beziehungen im Team.

Eine Unterstützung zu den Themen Stressmanagement und Bewegung wurde von jeweils drei Teilnehmenden als hilfreich in der Gründungsphase angegeben.

Die Befragten führten an, dass es auf jeden Fall hilfreich wäre, wenn in Bezug auf das Stressmanagement die Führungskräfte und die Beschäftigten bei Bedarf auf gewisse Strukturen zurückgreifen könnten. Eine Führungskraft hat dabei die Notwendigkeit für die Ordinationsassistentinnen und -assistenten hervorgehoben, da diese Berufsgruppe innerhalb des Teams ihrer Meinung nach den größten Stress zu Beginn hatte und immer noch hat. Eine befragte Person beurteilt die Führungskräfte und das Team der eigenen PVE als resilient und schätzt den Stellenwert einer Unterstützung in diesem Bereich in der Gründungsphase als nicht sehr hoch ein.

Eine Sensibilisierung für das Thema Bewegung wird als hilfreich erachtet, wobei in allen vier PVE gemeinsame sportliche Aktivitäten, oft von Beginn an, durchgeführt wurden – einerseits als Teambuildingmaßnahme, andererseits als Anstoß für die Mitarbeitenden, in ihrer Freizeit selbst aktiv zu sein.

Das Thema gesundes Führen wurde mehrheitlich als sehr wichtig und eine Unterstützung diesbezüglich in der Gründungsphase als hilfreich und sinnvoll charakterisiert.

„[...] gesundes Führen: ja da ist man halt selber dann so drauf'kommen, was besser und was schlechter funktioniert.“ (Interview 1, 9.5.2023)

Zwei Teilnehmende haben angeführt, dass es fraglich sei, ob in der Gründungsphase die Zeit dafür vorhanden ist. Grundsätzlich geht aus den Antworten der Interviews hervor, dass in den PVE im Vergleich zu Krankenhäusern eine flache Hierarchie herrscht und dass ein kollegialer Umgang zwischen den Führungskräften und den Beschäftigten gepflegt wird. Für die befragten Führungskräfte ist das Wohlergehen der Mitarbeitenden wichtig und manche versuchen durch eigene sportliche Aktivitäten und eine gesunde Selbstführung eine Vorbildwirkung zu erzielen. Eine teilnehmende Person, die bereits Erfahrungen damit gemacht hat, findet Gesundheitscoachings für die Führungskräfte und – bei Bedarf – auch für die Beschäftigten sinnvoll.

Das Thema gesunde Ernährung im Arbeitsalltag spielt eine wesentliche Rolle für die befragten Führungskräfte. Eine Unterstützung und Sensibilisierung diesbezüglich ist aber in der Gründungsphase nicht sehr relevant und in weiterer Folge davon abhängig, ob eine Diätologin oder ein Diätologe im Team vorhanden ist.

„Wir haben ja eine Diätologin im Team und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – und teilweise auch wir – tun ja oft a bissl auch gemeinsam Mittagsjause machen [...], da kommt es natürlich mit der Diätologin oft auch zur Diskussion, wie was noch gesünder sein könnte [...]. [W]enn wir jetzt irgendeine Feier haben [...], wird natürlich schon geschaut, dass eher eine gesunde Jause auf den Tisch kommt. Ich glaube, dass da in der Gründungsphase noch relativ wenig Fokus drauf war. Diese Dinge fängt man, haben wir zumindest erst angefangen, wie wir gesagt haben, jetzt sind wir so halbwegs gesetzt im Ablauf. Dann hat man auch die Ruhe, sich mit solchen Themen auseinanderzusetzen, aber die schiebt man am Anfang eher ein bissl zur Seite. Aber es ist dann relativ rasch gegangen und die Diätologinnen sind da eh sehr aktiv und bringen sich dann [...] ein.“ (Interview 3, 5.6.2023)

„Ja, es ist ein großes Thema, welches aber automatisch in der PVE, glaube ich, Fuß fasst. Einerseits, weil Gesundheitsberufe dort arbeiten und von den Gesundheitsberufen, sage ich mal, ein Großteil ein hohes Gesundheitsbewusstsein hat. [...] [I]nsofern ist dieses Thema gesunde Ernährung am Arbeitsplatz sofort ein Thema, ja [...]. Also, es entwickelt sich ein bisschen von selbst, aber es ist ganz ein wesentlicher Aspekt.“ (Interview 2, 23.5.2023)

„Also, Ernährungsberatung auf jeden Fall, also zwischendurch ist's eher so, dass Nervennahrung gegessen wird. Wir wollen ja noch eine Diätologin bei uns anstellen, aber das ist noch nichts geworden [...], da haperts einfach noch, aber das wäre sicherlich gut [...].“ (Interview 4, 12.6.2023)

Im folgenden Überblick werden noch weitere BGF-relevante Aspekte sinngemäß angeführt, die für die Teilnehmenden wesentlich und wichtig in der Gründungsphase sind:

- Bestimmung einer/eines Gesundheitsförderungsbeauftragten im Team
- Zu Beginn in Teamstrukturen investieren, um ein gutes Team aufzubauen.
- Das Team soll nach Möglichkeit frühzeitig aufgebaut werden, um dieses in die Abläufe und bei der Gestaltung der Räumlichkeiten miteinzubeziehen.
- Aufbau von sozialen Beziehungen im Team, Wertschätzung und gegenseitige Unterstützung
- In der Gründungsphase besteht für die Ärztinnen und Ärzte ein hoher Bedarf an Informationen bezüglich Organisationsentwicklung.
- Austausch mit bestehenden PVE und Einholen von Informationen und Beratung sehr wichtig (z. B. über Plattform Primärversorgung, ÖGK)
- In der Gründungsphase ist es von großer Bedeutung, dass die Gesellschafter „sich auf einen Modus verständigen“ – bezüglich Arbeitsaufteilung/Zuständigkeiten und Finanzen
- Zu Beginn Schulung bzw. Beratung zu gründungsrelevanten Themen: Koordination der Gründungsphase, Führung (Kommunizieren, Delegieren), Rollen- und Aufgabenverteilung
- Gutes Terminmanagement für die Behandlung der Patientinnen und Patienten aufbauen.
- Gleich zu Beginn eine Person, welche das PVE-Management übernimmt, einstellen oder beistellen. Das PVE-Management nimmt generell eine wichtige Position innerhalb einer PVE ein.
- Das PVE-Management soll nicht nur wirtschaftliche Zuständigkeiten übernehmen, sondern auf den Aufbau eines gesunden Betriebes achten (Teambuilding, Fortbildungen, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, BGF).

Im Folgenden werden noch weitere allgemeine Punkte, welchen die Führungskräfte bei der Gründung und Führung einer PVE große Bedeutung beimessen, kursorisch angeführt:

- Ein unterstützendes Gesamtkonzept für die Gründung einer PVE wäre wünschenswert; ebenso wie Unterstützung und Beratung generell in der Gründungsphase und bei Verhandlungen mit der Ärztekammer und ÖGK im Sinne eines „An-der-Hand-Nehmens“.
- Klärung der Rahmenbedingungen/Integration nichtärztlicher Berufe in PVE – in den Bundesländern gibt es unterschiedliche Verträge.
- Angebot einer Unternehmensberatung für die Optimierung von Abläufen und Prozessen in der Gründungsphase und im laufenden Betrieb
- Verantwortung für gewisse Bereiche an Mitarbeitende übergeben.
- Angebot einer Supervision wäre wünschenswert, auf welches bei Bedarf zurückgegriffen werden kann, in der Gründungsphase und im laufenden Betrieb.

4. Diskussion

Die für die Beantwortung der Forschungsfragen zunächst geplante Methodik, ein systematisches Literaturreview mit anschließenden Interviews zu verbinden, konnte in dieser Form nicht eingesetzt werden, da im Zuge der systematischen Recherche keine adäquate Literatur gefunden werden konnte. Der ursprüngliche Plan, postulierte Problemstellungen in Verbindung mit einer PVE-Gründung anhand praktischer Erfahrungsberichte von Beteiligten empirisch zu überprüfen, musste demnach aufgegeben werden.

Der Mangel an einschlägiger Forschungsliteratur kann möglicherweise damit begründet werden, dass PVE als Unternehmensform erst seit einigen Jahren bestehen. Die Gründung einer einzelnen PVE und der Aufbau der dafür notwendigen Strukturen sind für alle beteiligten Stakeholderinnen und Stakeholder mit vergleichsweise hohen Anforderungen verbunden, weshalb Betriebliche Gesundheitsförderung bis dato in diesen Unternehmen nur eine rudimentäre Rolle gespielt hat. Die in der gegenständlichen Masterarbeit gestellten Forschungsfragen konnten folglich nur im Sinne einer Bedarfserhebung beantwortet werden. Durch das Führen von leitfadengestützten Interviews mit vier Ärztinnen und Ärzten aus vier von derzeit 44 österreichischen PVE (Stand Juli 2023) (GÖG 2022a) konnten für diese besondere Unternehmensform die Relevanz der BGF und der Unterstützungsbedarf in der Gründungsphase annäherungsweise herausgearbeitet werden.

Die Frage, ob die Führungskräfte einer PVE eine Unterstützung im Rahmen der BGF in der Gründungsphase als relevant einschätzen, wurde mehrheitlich mit einem „Ja“ beantwortet. Von den Ergebnissen der Interviews kann abgeleitet werden, dass es durchaus wichtig und sinnvoll ist, BGF als moderne Organisationsentwicklungsstrategie von Anfang an mitzudenken, um eine gute Struktur innerhalb der PVE aufbauen zu können. Unsicherheit besteht allerdings dahingehend, ob dies in der Gründungsphase angesichts des erwarteten Kosten- und Zeitaufwands umsetzbar ist. Eine teilnehmende Person schätzt die generelle Relevanz als nicht sehr hoch ein, wobei sie im Rahmen der anschließend gestellten Fragen eine Unterstützung bei einigen verhältnis- und verhaltensbezogenen Themen in der

Gründungsphase durchaus als sinnvoll erachtet. Dieser Widerspruch könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Begriff der BGF unklar erscheint. Ein Informationsbedarf bezüglich Themen der Organisationsentwicklung konnte im Rahmen der Interviews ebenfalls festgestellt werden.

Die Ergebnisse zur zweiten Forschungsfrage, die sich mit der Unterstützung von Führungskräften zu BGF-relevanten Themen bei der Gründung einer PVE beschäftigt, zeigen, dass es auf jeden Fall einer Sensibilisierung zu verschiedenen Themenbereichen bedarf: seien es Teambuilding, Kommunikation und Informationsfluss im Team, die multiprofessionelle Zusammenarbeit oder Prozesse und Abläufe in der Zusammenarbeit. Auch das Thema des Wohlbefindens von Mitarbeitenden zählt dazu. Eine besondere Herausforderung für die Führungskräfte stellt die Unterstützung bei der Gestaltung der Prozesse und Abläufe in der Zusammenarbeit dar, da die Strukturen der einzelnen PVE und die Zusammensetzung der multiprofessionellen Teams mitsamt ihren Anforderungen sehr unterschiedlich sind. Weil Angebote und Maßnahmen im Rahmen der BGF immer individuell an den Bedarf und die Bedürfnisse der Unternehmen angepasst werden, kann sie auch hier unterstützend wirksam sein.

Eine Sensibilisierung zu den Themen Stressmanagement und Bewegung ist nach mehrheitlicher Aussage der Teilnehmenden in der Gründungsphase ebenfalls hilfreich. Im Zusammenhang mit der BGF können diese Aspekte aufgegriffen und Informationen diesbezüglich weitergegeben werden – einerseits um Stresssituationen präventiv begegnen zu können, indem konkrete Instrumente zur Stressbewältigung aufgezeigt werden, andererseits um Wissen zu ausreichender Bewegung und körpergerechten Bewegungsabläufen im Beruf, aber auch im Alltag zu vermitteln.

Eine BGF-bezogene Unterstützung zum Thema gesundes Führen hat eine hohe Relevanz für die befragten Führungskräfte. Obwohl sie diesen Aspekt für sehr wichtig befinden, herrscht Unsicherheit darüber, ob in der Gründungsphase die Zeit dafür aufgewendet werden kann und soll. Durch eine Sensibilisierung zu diesem BGF-relevanten Thema bereits in der Gründungsphase können möglicherweise in

weiterer Folge zeitliche Ressourcen und somit ein Benefit für die Führungskräfte und die Beschäftigten geschaffen werden.

Da für die im Rahmen dieser Arbeit befragten Ärztinnen und Ärzte das Thema gesunde Ernährung in der Gründungsphase noch keine große Relevanz hat, stellt sich die Frage, ob eine diesbezügliche Sensibilisierung – zumindest zu diesem frühen Zeitpunkt – nicht außer Acht gelassen werden kann.

Im Verlauf der Interviews wurden noch weitere BGF-relevante Aspekte genannt, die von den Führungskräften in der Gründungsphase als wichtig erachtet wurden, wie beispielsweise die Ernennung eines oder einer Gesundheitsförderungsbeauftragten, der Informationsbedarf bezüglich Organisationsentwicklung oder die Einstellung eines PVE-Managements möglichst frühzeitig in der Gründungsphase.

Im Zuge der Befragung wurden zudem allgemein wichtige Themen genannt, bei welchen die Führungskräfte ebenfalls einen Unterstützungsbedarf sehen. Auch wenn im Rahmen der BGF nicht auf diese Aspekte in der Gründungsphase eingegangen werden kann, sollten sie generell nicht vernachlässigt werden.

Laut Nationalratsbeschluss vom 6.7.2023 soll, aufgrund einer Novellierung des PrimVG und des ASVG, zukünftig die Gründung einer PVE durch den Abbau bürokratischer Hürden vereinfacht werden. Als weitere Neuerung dürfen Angehörige nichtmedizinischer Gesundheitsberufe als Gesellschafterinnen oder Gesellschafter einer PVE an der Gründung beteiligt sein (Parlament Österreich 2023). Die vorliegende Arbeit bezieht sich noch auf die nun „alte“ gesetzliche Grundlage, aus Aktualitätsgründen wird die Novellierung, deren Implikationen für die beiden Forschungsfragen noch nicht absehbar sind, jedoch an dieser Stelle erwähnt.

Wichtig unter all diesen Gesichtspunkten bleibt der Umstand, dass eine Unterstützung im Rahmen der BGF immer auf freiwilliger Basis geschieht, d. h., die Führungskräfte und die Beschäftigten treffen zum einen die Grundsatzentscheidung zur Teilnahme und gestalten diese auch in weiterer Folge aktiv partizipativ mit.

4.1 Limitationen und Stärken

Als ein limitierender Faktor dieser Masterarbeit kann der Umfang der Einleitung im Vergleich zur restlichen Arbeit gesehen werden. Dies resultiert daraus, dass die Themen BGF und PVE sehr komplex und vielschichtig sind und deshalb ausführlicher dargestellt wurden, um ein Verständnis für diese beiden Aspekte zu vermitteln.

Eine weitere Limitation ist, dass sich die gegenständliche Arbeit nur auf PVE beschränkt, welche als GmbH oder OG geführt werden. Die Mitberücksichtigung von PVE, welche als Verein oder als selbstständiges Ambulatorium geführt werden, hätte durch den zusätzlichen Erläuterungsbedarf den Umfang der Einleitung nochmals erweitert und den Rahmen dieser Masterarbeit klar überstiegen.

Die systematische Literaturrecherche lieferte keine adäquaten Ergebnisse. Als Begründung dafür kann angenommen werden, dass der Forschungsgegenstand in Österreich relativ neu ist. Folglich sind noch keine nennenswerten wissenschaftlichen Arbeiten dazu vorhanden. Dies stellt bezogen auf das ursprünglich intendierte Design der Arbeit einerseits eine Limitation dar. Andererseits kann der Umstand als Stärke aufgefasst werden, da dadurch zugleich eine eklatante Forschungslücke aufgedeckt werden konnte.

Für die Durchführung der Interviews konnten nur wenige Partizipierende gewonnen werden. Für die Beantwortung der gestellten Forschungsfragen kann daher nicht von einer Datensättigung ausgegangen werden, da jede bzw. jeder der vier Teilnehmenden für sich gesehen neue Informationen zur erforschten Thematik beitrug. Diese Tatsache ist als weitere Limitation zu verbuchen. Zudem sind die Ergebnisse aufgrund der geringen Anzahl an Interviewteilnehmenden nicht generalisierbar. Trotzdem war es auch mit dieser kleinen Studienpopulation möglich, einen ersten systematischen Einblick in die Thematik zu geben und die Forschungsfragen zu beantworten.

4.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Im Sinne einer Bedarfserhebung konnten die Forschungsfragen in kleinerem Umfang beantwortet werden. Weitere Erhebungen bzw. weiterführende Studien zu dieser Thematik werden ausdrücklich als sinnvoll erachtet.

Da sich die vorliegende Arbeit auf PVE in Form von GmbH oder OG beschränkt, ist es von Interesse, weitere Studien durchzuführen, welche alle Unternehmensformen miteinbeziehen. Zusätzlich wäre es begrüßenswert, wenn eine größere Studienpopulation dabei inkludiert werden könnte.

Derzeit gibt es ein Pilotprojekt zu einer PVE, die in Form eines Vereins geführt wird. Dabei sind Einzelpraxen, welche sich selbst organisieren, zu einem Primärversorgungsnetzwerk zusammengeschlossen. Eine Besonderheit besteht darin, dass die einzelnen Standorte selbst mit der zuständigen Kasse abrechnen und die Beschäftigten über den Verein finanziert werden. Der Vorteil dieser Unternehmensform ist, dass ein reger Austausch zwischen den Einzelpraxen besteht und diese voneinander lernen können. Herausfordernd ist hingegen die durchgängige Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den dislozierten Einzelpraxen. Zukünftig könnte diese Art der PVE vermehrt auftreten und ist daher auch für die Umsetzung von weiteren BGF-Projekten von Interesse (Dr. Eicher, Ernst, Telefongespräch, 31.5.2023).

Ein grundlegendes Interesse bezüglich BGF ist von Seiten der PVE vorhanden: Bis dato gibt es bereits drei PVE mit aufrechtem BGF-Gütesiegel (Netzwerk BGF o. J. c) und weitere PVE haben mit einem BGF-Projekt gestartet. Deshalb wäre eine Evaluierung der PVE-Gütesiegel-Träger hinsichtlich der Fragestellungen dieser Masterarbeit aufschlussreich. Sie könnte dazu beitragen, ein BGF-Gesamtkonzept zu entwickeln.

Da sich im Rahmen der Ergebnisse herausgestellt hat, dass es bei der Gründung einer PVE einer Unterstützung bedarf, die nicht nur BGF-relevante Themen einschließt, könnte im Rahmen weiterer Forschung erhoben werden, wo noch darüber hinausgehender Handlungsbedarf besteht.

Ein umfassendes Gesamtkonzept, welches die Ärztinnen und Ärzte bei der Gründung einer PVE unterstützt, wäre hilfreich, könnte sich jedoch schwierig gestalten, da es zwischen den Bundesländern vertragliche Unterschiede gibt. Die über die Plattform Primärversorgung angebotene Hilfestellung in Form des Mentoring-Programms und die Unterstützung im Rahmen der BGF liefern dabei gute Ansätze, die durch weitere Partizipation aller Stakeholderinnen und Stakeholder ausgebaut werden können. Zudem sind die ehemals länderspezifischen Gebietskrankenkassen seit 1.1.2020 als ÖGK österreichweit tätig, wodurch eine einheitliche Unterstützung im Rahmen der BGF möglich geworden ist.

4.3 Schlussfolgerungen

Da jede PVE anders aufgebaut und strukturiert ist, erscheint die Umsetzung eines BGF-Gesamtkonzepts in der Gründungsphase einer PVE herausfordernd. Die Anforderungen und Leistungen einer PVE sind an die Bedarfe der Bevölkerung und an das bestehende Angebot der Region angepasst und die Strukturen und Abläufe innerhalb der Teams sind abhängig von den persönlichen Präferenzen der Mitarbeitenden und der Führungskräfte. Zudem setzt eine neu errichtete PVE teilweise auf bereits vorhandenen Strukturen auf, beispielsweise wird eine bestehende klassische hausärztliche Praxis zu einer PVE oder Ärztinnen und Ärzte entschließen sich für eine komplette Neugründung. Dazu kommt noch der Aspekt, dass es PVE mit einem oder mehreren Standorten gibt, was die Umsetzung eines BGF-Gesamtkonzepts grundsätzlich komplexer gestaltet.

Überdies gibt es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Verträge, welche sich auf das konkrete Handeln der Gesellschafterinnen und Gesellschafter in der Gründungsphase auswirken. Auch bei der Umsetzung einer qualitätvollen BGF müssen also die verschiedenen Gegebenheiten der Länder berücksichtigt werden.

Zusätzlich zu den BGF-relevanten Themen gibt es in der Gründungsphase Unterstützungsbedarf in Bereichen, die im Rahmen der BGF keine Berücksichtigung finden, wie beispielsweise bei den Verhandlungen mit der Ärztekammer oder der ÖGK.

Die Antworten auf die Interviewfragen sind teilweise widersprüchlich ausgefallen. Daraus kann abgeleitet werden, dass zum Teil zu wenig Wissen und Information über Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung im Allgemeinen und über BGF als moderne Organisationsentwicklungsstrategie im Speziellen vorhanden ist.

Die grundlegende Aussage der vorliegenden Arbeit kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Betriebliche Gesundheitsförderung in einer PVE ist für die Führungskräfte wichtig und sinnvoll. Es bedarf einer Unterstützung in vielen Bereichen – bereits in der Gründungsphase –, für die im Rahmen der BGF eine Sensibilisierung stattfinden kann. Die Führungskräfte sehen jedoch eine Herausforderung in der Kosten- und Zeitfrage, um BGF-relevante Aspekte in der Gründungsphase umzusetzen. Die Freiwilligkeit bezüglich der Nutzung der Angebote steht im Vordergrund und es hängt grundsätzlich von der Einstellung, den Erfahrungen und vom Wissen der Führungskräfte und – falls vorhanden – auch vom Agieren des PVE-Managements ab, ob BGF in einer PVE als Gesamtkonzept und moderne Organisationsentwicklungsstrategie bereits in der Gründungsphase umgesetzt werden kann.

Gleichzeitig erscheint ein BGF-Gesamtkonzept allein als nicht ausreichend in der Gründungsphase, da eine Unterstützung in anderen Bereichen sich ebenfalls als notwendig herausgestellt hat. Ein kombiniertes Konzept, das sich diesen allgemeinen Aspekten widmet und gleichzeitig eine möglichst gesamthafte BGF-Strategie umfasst, könnte für zukünftige PVE-Gründungen eine gute und sinnvolle Grundlage bilden.

Um zusätzliche Aspekte dieser Thematik herauszuarbeiten, die im Rahmen der Masterarbeit nicht beleuchtet werden konnten, ist fraglos weitere Forschung notwendig. Insofern versteht sich die Arbeit als erster inhaltlicher Anstoß in einem wissenschaftlich noch kaum bearbeiteten Themenfeld.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, Vol. 36, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke, dgvt Verlag, Tübingen.

Ärztelkammer Steiermark (ÄK Stmk.) & Dachverband der Sozialversicherungsträger (SV) (2023): Gesamtvertragliche Vereinbarung für Primärversorgungseinheiten (PVE) in der Steiermark, online, https://www.aekstmk.or.at/cms/get_doc2.php?artid=12350&docid=13604 [10.7.2023].

Blattner, A., Elsigan, G. (2015): Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Hrsg.: Österreichisches Netzwerk für BGF. Wien.

Blattner, A., Mayer, M. (2018): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 6., überarbeitete Auflage, Hrsg.: Österreichisches Netzwerk für BGF. Wien.

Bund & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag: Zielsteuerung Gesundheit, Wien, online, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXV/III/38/imfname_336346.pdf [19.1.2023].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (1897): Bundesgesetz über besondere zivilrechtliche Vorschriften für Unternehmen (Unternehmensgesetzbuch – UGB), dRGBL. S 219/1897 (GBIÖ Nr. 86/1939) idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001702> [23.1.2023].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (1998): Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138&FassungVom=2022-12-08> [8.12.2022].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013, online, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_200/BGBLA_2013_I_200.pdfsig [9.11.2022].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2017a): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I

Nr. 131/2017 idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948> [8.10.2022].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2017b): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017 idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009931&FassungVom=2023-01-15> [19.1.2023].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2017c): Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017 idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791> [22.2.2023].

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BKA RIS) (2019): Allgemeines Sozialversicherungsgesetz § 342b, Primärversorgungs-Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe und dessen Inhalt, BGBl. Nr. 189/1955 idgF, online, <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147&Artikel=&Paragraf=342b&Anlage=&Uebergangsrecht=> [15.1.2023].

Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) (2021): Betriebliche Gesundheitsförderung, online, https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung.html [9.2.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2019): Rechtsgrundlagen der Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017, online, [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Rechtsgrundlagen-der-Zielsteuerung-Gesundheit-ab-2017.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Rechtsgrundlagen-der-Zielsteuerung-Gesundheit-ab-2017.html) [8.10.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022a): Zielsteuerungsvertrag 2022 und 2023, online, [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) [8.10.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022b): Handbuch zur Gründung einer PVE, online, https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/20220912_Gruendungshandbuch_Version%20für%20PPV_0.pdf [8.10.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022c): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, inklusive der bis 7. Oktober 2022 beschlossenen Anpassungen, Wien.

Dawson, B. (1920): Interim report on the future provision of medical and allied services 1920, Ministry of Health, London, online, <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> [9.10.2022].

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) (1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union, Luxemburg, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571226&version=1391192956> [16.10.2022].

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) (1998): Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, Cardiff, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571229&version=1391192957> [22.10.2022].

Faller, H. (2019): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit, in Faller, H. & Lang, H. (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, 5. Auflage, Springer, Berlin.

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (o. J. a): Grafik der Gesundheitsdeterminanten, Farbe, online, https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe.jpg [9.2.2023].

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (o. J. b): Die Rolle des FGÖ, online, https://fgoe.org/die_rolle_des_fgoe [9.2.2023].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2022a): Plattform Primärversorgung, PVE-Landkarte, online, <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte> [8.10.2022].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2022b): Plattform Primärversorgung, 10 Schritte zur Gründung einer PVE, online, <https://primaerversorgung.gv.at/10-schritte-zur-gruendung-einer-pve> [10.11.2022].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023): Gesundheitsförderung, online, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheitsfoerderung.html> [10.2.2023].

Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.) (2019): Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025) Version 1.2, Graz.

Klemperer, D. (2020): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften, Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe Verlag, Bern.

Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (Koordinationsstelle ÖNBGF) (o. J.): Gemeinsam! Für Gesundheit und Erfolg. Das Netzwerk BGF, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.733764&version=1583843479> [8.11.2022].

Kriener, B., Pichler, B., Cechota, J., Feigl, M. (2019): Gesundheit führt! Führungskräfte als Schlüsselfaktor in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, (Wissen 15), GÖG/FGÖ – Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). Wien.

Maier G. W., Schewe G. (2018): Organisationsentwicklung: Definition: „Was ist Organisationsentwicklung?“, online, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationsentwicklung-43924/version-267246> [30.10.2022].

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (Netzwerk BGF) (o. J. a): Betriebliche Gesundheitsförderung: Nutzen und Vorteile in der Theorie, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.751451&portal=bgfportal> [22.10.2022].

Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (Netzwerk BGF) (o. J. b): Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.751433&portal=bgfportal> [10.2.2023].

Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (Netzwerk BGF) (o. J. c): BGF-Gütesiegel-Betriebe, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.772683&version=1671095592> [20.5.2023].

Österreichische Ärztezeitung (ÖÄZ) (2017): Primärversorgungszentren: Die unendliche Geschichte, online, <https://aerztezeitung.at/2017/oaz-artikel/politik/primaerversorgungszentren-pve-andrea-kdolsky-phc/> [27.5.2023].

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (Hrsg.) (o. J.): Mit Betrieblicher Gesundheitsförderung zur Montagsfreude, Wien.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) (2022): Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings, online, <https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/> [23.10.2022].

Parlament Österreich (2023): Nationalrat beschließt Ausbau von Primärversorgungszentren, Parlamentskorrespondenz Nr. 799 vom 06.07.2023, online, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk0799 [10.7.2023].

Rojatz, D., Nowak, P., Rath, S., Atzler B. (2018): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner. Gesundheit Österreich, Wien.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health* 12, 80.

Styria vitalis (2023): Gesundheitsförderung, online, <https://styriavitalis.at/information-service/gesundheitsfoerderung/> [9.2.2023].

Vögele, C. (2013): Was ist Gesundheit? Verhaltenstherapie, 23: 232–233.

Wirtschaftskammer Österreich (WKO) (2022): Mehr Gesundheit für die Menschen in Ihrem Betrieb, online, <https://www.wko.at/service/unternehmensfuehrung-finanzierung-foerderungen/mehr-gesundheit-fuer-lhre-mitarbeiter-.html> [16.4.2023].

World Health Organization (WHO) (1978): Declaration of Alma-Ata, online, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 [9.10.2022].

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, online, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [23.10.2022].

World Health Organization (WHO) (2008): Primary health care – now more than ever, Geneva, online, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789241563734_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [9.10.2022].

World Health Organization (WHO) (2018): Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana, online, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [9.10.2022].

World Health Organization (WHO) (2021): Health promotion glossary of terms 2021, online, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> [24.10.2022].

Anhang

A Interviewleitfaden

Fragestellungen für Interviews „BGF in PVE“

Allgemein		
A1		Gründungsjahr/Organisationsform (Netzwerk oder Zentrum)/Anzahl GesellschafterInnen/Anzahl MitarbeiterInnen zu Beginn und jetzt
A2		Welche sind aus Ihrer Sicht die drei relevantesten Besonderheiten, wenn Sie an eine PVE/ein PVZ als Unternehmen denken?
Fragen zur Gründungsphase		
G1		Was ist Ihnen in der Gründungsphase gut gelungen? (die drei relevantesten Aspekte)
G2		Was ist weniger gut gelungen und in welchen Bereichen hat es Herausforderungen gegeben? (die jeweils drei relevantesten Aspekte)
	G2.1	Wie haben Sie diese Herausforderungen gemeistert?
G3		Welche Relevanz hat, Ihrer Meinung nach, Organisationsentwicklung in der Gründungsphase?
	G3.1	Gab es aus Ihrer Sicht Unterstützung hinsichtlich Organisationsentwicklung bei der Gründung? Wenn ja, wie hat diese ausgesehen?
G4		Welche Relevanz haben, Ihrer Meinung nach, verhältnisorientierte bzw. verhaltensorientierte Angebote für das gesamte Team in der Gründungsphase?
	G4.1	Gab es aus Ihrer Sicht Unterstützung hinsichtlich verhaltens- und verhältnisbezogener Aspekte bei der Gründung? Wenn ja, wie hat diese ausgesehen?
	G4.2	Wäre es hilfreich gewesen, wenn Sie Unterstützung zu folgenden Themen erhalten hätten: beispielsweise
		Teambuildingmaßnahmen
		Kommunikation im Team
		In der multiprofessionellen Zusammenarbeit
		Prozesse bzw. Abläufe in der Zusammenarbeit
		Informationsfluss im Team
		Gesundes Führen
		Eigene Angaben
		Stressmanagement
		Gesunde Ernährung im Arbeitsalltag
		Bewegung
		Wohlbefinden
	Eigene Angaben	
Fragen zur Rolle/zum laufenden Betrieb		
B1		Wie sehen Sie Ihre Doppelrolle als GesellschafterIn und Arzt/Ärztin?
B2		Wie sehen Sie Ihre Rollen in der Zusammenarbeit im Team?
B3		Würden Sie sich im laufenden Betrieb Unterstützungsangebote hinsichtlich Themen der gesundheitsorientierten Organisationsentwicklung wünschen?
	B3.1	Wie könnte diese Unterstützung aussehen?
B4		Würden Sie sich im laufenden Betrieb in Bezug auf gesundheitsförderliche verhältnis- und verhaltensorientierte Themen Unterstützungsangebote wünschen?
	B4.1	Wie könnte diese Unterstützung aussehen?
Abschluss		
S1		Gibt es etwas, dass Sie NeugründerInnen mitgeben möchten?

B Vorabinformation zu BGF und Organisationsentwicklung

Erläuterungen zum Interview „Betriebliche Gesundheitsförderung in Primärversorgungseinheiten“

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“

(ENWHP 1997)

Die Umsetzung von BGF erfolgt am bewährten BGF-Managementkreislauf (Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation), unter Einbeziehung der Mitarbeitenden im Unternehmen (Blattner & Mayer 2018). Nähere Informationen dazu können auf der Homepage des Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung unter folgendem Link entnommen werden: <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.701059&portal=bgfportal>

Zugang zur Organisationsentwicklung

Organisationsentwicklung umfasst sämtliche Prozesse der Veränderung und Weiterentwicklung eines Unternehmens. Sie erfolgen geplant und systematisch und sind auf einen mittel- bis langfristigen Zeithorizont ausgelegt. Zentrale Themen der Organisationsentwicklung sind Strategieentwicklung, Kulturveränderungen und Change-Management (Schulte 2023). Ziel ist es dabei, die Menschen im Unternehmen bestmöglich einzusetzen und zusammenarbeiten zu lassen. Sie umfasst damit Maßnahmen zur Veränderung der Unternehmenskultur, zum Zusammenarbeitsmodell verschiedener Abteilungen oder Bereiche, sowie der Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft als Ganzes (Göttmann & Plößer 2022).

Erläuterungen zu verhältnisorientierten Maßnahmen

„Verhältnisbezogene Maßnahmen zielen auf die Schaffung von gesunden Rahmenbedingungen durch den Arbeitgeber. Dabei geht es um Unternehmenskultur und um gelebte Werte genauso wie um Fragen der Arbeitsorganisation, um das Arbeitsplatzumfeld und um gesunde, mitarbeiterorientierte Führung.“ (BKK Dachverband, o.J.)

Verhältnisbezogene Aspekte der Organisationsentwicklung im Rahmen der BGF betreffen beispielsweise die Arbeitsabläufe, das Sozial- und Organisationsklima, die Arbeitsumgebung oder Aufgabenanforderungen und Tätigkeiten (Blattner & Mayer 2018). Des Weiteren zählen die Struktur der Aufbau- und Ablauforganisation und die Organisationskultur mit ihren Normen, Werten und Standards zu den verhältnisbezogenen Aspekten (Pelikan, Lobnig & Nowak 1997).

Beispiele für verhältnisorientierte Maßnahmen im Rahmen der BGF	
Interprofessionelle Teambesprechungen	Mitarbeitendengespräch
Erweiterung bestehender Rollen (z.B. Management übernimmt Organisationsentwicklung)	Familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung
Interne „Experten“ und Verantwortliche für Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung (Job-Rotation)
Räumliche Gestaltung	Gesundes-Führen-Programm
Kompetenzabgrenzungen	Teambuildingmaßnahmen
Interprofessionelle Teamkommunikation	
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	
(Pelikan, Lobnig & Nowak 1997)	(Blattner & Mayer 2018)

Erläuterungen zu verhaltensorientierten Maßnahmen

„Verhaltensorientierte Maßnahmen unterstützen Arbeitnehmer, indem sie informiert, motiviert und qualifiziert werden. So erwerben sie insgesamt Kompetenzen, um den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes besser gerecht zu werden, um mit Belastungen umgehen zu lernen und sich gesundheitsförderlicher zu verhalten.“ (BKK Dachverband o.J.)

Verhaltensbezogene Aspekte der Organisationsentwicklung im Rahmen der BGF betreffen unter anderem das Wissen und die Fähigkeiten/Fertigkeiten der Mitarbeitenden, ihre Motive, Einstellungen und Werte (Pelikan, Lobnig & Nowak 1997). Zudem zählen die Lebensweise und das persönliche Risikoverhalten zu den verhaltensbezogenen Aspekten (Blattner & Mayer 2018).

Beispiele für verhaltensorientierte Maßnahmen im Rahmen der BGF	
Fortbildung Körperbewusstsein	Thematisierung von Ernährung, Bewegung und psychosozialer Gesundheit (Vorträge, Workshops)
Wirbelsäulengymnastik	Seminar zum Thema Stressmanagement
	Laufgruppen
	Tabakentwöhnungsprogramm
	Gesundheitschecks
(Pelikan, Lobnig & Nowak 1997)	(Blattner & Mayer 2018)

Quellen:

Betriebskrankenkassen Dachverband (BKK Dachverband) (o.J.): Betriebliches Gesundheitsmanagement starten, online, <https://www.psyga.info/ihr-weg-zum-gesunden-betrieb/bgm-starten> [24.4.2023].

Blattner, A., Mayer, M. (2018): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 6. überarbeitete Auflage, Hrsg.: Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Wien.

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) (1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union, Luxemburg, online, <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571226&version=1391192956>

Göttmann, K., Plößer, M. (2022): Organisationsentwicklung, online, <https://www.hr-heute.com/glossar/organisationsentwicklung> [23.4.2023].

Pelikan, J.M., Lobnig, H., Nowak, P. (1997). Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Konzepte und Implementationserfahrungen. In: Hazard, B.P. (eds) Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-83297-9_11

Schulte, M. (2023): Organisationsentwicklung – Methoden, Aufgaben und Herausforderungen?, online, <https://blog.hubspot.de/sales/organisationsentwicklung> [23.4.2023].