

# Gute Lösungen in der Pflege

14

Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten





**Brigitte Müller**

# Gute Lösungen in der Pflege

14

**Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten**

# Initiative Neue Qualität der Arbeit

## **Neues Denken für eine neue Arbeitswelt**

Sichere, gesunde und zugleich wettbewerbsfähige Arbeitsplätze sind die Vision der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Gemeinsame Projekte des Bündnisses aus Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern, Stiftungen und Unternehmen machen deutlich: Wer in Humankapital investiert, profitiert von motivierteren Mitarbeitern, sinkenden Krankenständen und einem fortschrittlichen Unternehmensimage. Im Jahr 2002 gestartet, sind Eigendynamik und Überzeugungskraft der Initiative inzwischen weithin sichtbar – INQA works!

## **INQA bündelt Kräfte!**

»Gemeinsam handeln, jeder in seiner Verantwortung« – dieser Grundsatz von INQA hat sich in der Praxis bewährt. Unter dem Dach der Initiative haben sich mit den Thematischen Initiativkreisen (TIK) spezialisierte Arbeitsgruppen gebildet. Ihr inhaltliches Spektrum reicht vom »Netzwerk Baustelle« über »Älterwerden in Beschäftigung« bis zu »Neue Qualität der Büroarbeit«. Bürokratie oder verkrustete Strukturen sucht man hier vergebens. Die TIK erarbeiten zielführende Aktivitäten zu einzelnen Schwerpunktthemen und setzen sie in Eigenregie um. Das gewonnene Wissen dient dem Transfer in die betriebliche Praxis. Ob als Unternehmer, Arbeitnehmervertreter oder Gesundheitsexperte – jeder INQA-Initiativkreis ist offen für Menschen, die etwas bewegen wollen.

## Diese Broschüre

informiert über Praxisbeispiele aus Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Sie stehen stellvertretend für zahlreiche Initiativen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit, die inzwischen auch in diesem Arbeitsmarktsegment ergriffen wurden. Sie entstand in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), Forum Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege.



### Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Das DNBGF geht auf eine Initiative des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) zurück. Vor dem Hintergrund einer noch zu geringen Verbreitung von BGF in Deutschland hat sich das DNBGF zum Ziel gesetzt, der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in Deutschland eine größere Aufmerksamkeit zu verschaffen. Mit dem Netzwerk wird der Versuch unternommen, BGF in allen Bereichen der Arbeitswelt in Deutschland zu verbreiten. Das Netzwerk ist offen für alle Akteure (Organisationen, Netzwerke, Einzelpersonen), die daran interessiert sind, gemeinsam mit anderen eine „gute Praxis“ betrieblicher Gesundheitsförderung zu verbreiten. Es bündelt und vernetzt die bestehenden Aktivitäten und regt die Berücksichtigung bislang vernachlässigter Bereiche an.

Dazu wurden die folgenden sechs Foren aufgebaut:

- Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege
- Öffentlicher Dienst
- Bildung und Erziehung
- (größere) Unternehmen
- kleine und mittlere Unternehmen,
- Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung

Jedes Forum arbeitet unabhängig und wird von einem Koordinatoren-Team geleitet und darüber hinaus durch die Geschäftsstelle unterstützt. Die Geschäftsstelle des DNBGF ist beim BKK Bundesverband angesiedelt und wird im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) gemeinsam mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) getragen.



# Inhalt

7	1	<b>Einleitung</b>
11	2	<b>Gute Lösungen im Krankenhaus</b>
13	2.1	Familienfreundliche Angebote im Evangelischen Krankenhaus Lutherhaus Essen
19	2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung in der Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Freiburg
27	2.3	Kinästhetik-Projekt in den Kliniken des Landkreises Heidenheim
33	2.4	Nachhaltige Reduzierung psychischer Fehlbelastung bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung – Havelland Kliniken GmbH
39	3	<b>Gute Lösungen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten</b>
41	3.1	›Mensch-im-Mittelpunkt‹ (MiM) – Evangelische Altenhilfe Wichlinghausen
47	3.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement in den Sozialdiensten der Volkssolidarität Berlin gGmbH
53	3.3	Gesundheitsprogramme für die Mitarbeiter/innen und Auszubildenden in Mönchengladbacher Altenheimen
61	3.4	Arbeitslogistik in der Altenhilfe – Samariterstift Zuffenhausen
67	4	<b>Zusammenfassung</b>





# 1 Einleitung

## »Es gibt nichts Gutes – außer: Man tut es.« (Erich Kästner)

Gutes tun – das ist der erste Schritt, der trotz und

auch wegen der vielfältigen Beanspruchungen, Belastungen und Herausforderungen für Pflegende inzwischen vielerorts gemacht wurde.

»Gutes tun – und darüber reden« wollen gemeinsam die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) mit dieser Publikation. Sie soll aufzeigen, dass und wie positive Veränderungen erreicht werden können.

Die hier dokumentierten Praxisbeispiele aus Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege stehen stellvertretend für zahlreiche Initiativen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit, die inzwischen auch in diesem Arbeitsmarktsegment ergriffen wurden. Bei der Auswahl der Beispiele sollten die Themen

- Reduzierung psychischer und psychosozialer Belastungen
- Reduzierung physischer Risiken
- Arbeitsorganisation, Mitarbeiterinsatz
- Arbeitszeit
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Mitarbeiterbeteiligung und Mitarbeiterzufriedenheit sowie
- betriebliche Gesundheitsförderung

berücksichtigt werden.

Darüber, welche Kriterien erfüllt sein sollten, damit von guten Lösungen in der Pflege gesprochen werden kann, hatten sich die Auftraggeber, die Auftragnehmerin und einige Mitglieder des Thematischen Initiativkreises »Gesund Pflegen«, der 2004 im Rahmen von INQA eingerichtet wurde, bei einer Expertentagung am 06. und 07. Dezember 2004 in Dresden verständigt: Dazu gehören die Orientierung am Projektmanagement und an Erkenntnissen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Perspektive auf das Verhalten der einzelnen Beschäftigten und auf die Organisation insgesamt, die konsequente Einbindung der Mitarbeiter/innen in die Veränderungsprozesse (Partizipation), die Dokumentation von Prozessen, Ergebnissen und Effekten, die Verstetigung und der Transfer der guten Lösungen sowie die Einbindung in die Unternehmenskultur. Nicht zuletzt galt es bei den Praxisbeispielen auch zu berücksichtigen, dass die Veränderungsprozesse, die primär auf die Verbesserung der Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zielen, auch die Verbesserung der Qualität der erbrachten Dienstleistungen, nämlich der Versorgung und Betreuung von Patient/innen, Bewohner/innen und Klient/innen mit im Blick behalten.

Diese Kriterien bildeten den Hintergrund für einen Gesprächsleitfaden, der bei der Recherche der Beispiele angewendet wurde, und für den Aufbau der Dokumentation. Die Ergebnisse der Recherche wurden so aufbereitet, dass sie Anregungen für alle Einrichtungen der Pflege liefern können, die Arbeitsbedingungen in ihren Einrichtungen gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Um deutlich zu machen, dass positive Änderungen unabhängig von der Größe einer Einrichtung, unabhängig vom Träger und von der Region stattfinden, wurde eine breite Streuung der Praxisbeispiele gewählt. Die Auswahl der acht Praxisbeispiele zeigt darüber hinaus ein breites Spektrum bezogen auf die Arbeitsfelder und die institutionellen Rahmenbedingungen von Pflege sowie bezogen auf die Anlässe und Motive für Veränderungsprozesse. Sie macht aber auch deutlich, wo bei allen Unterschieden Ähnlichkeiten liegen, und dass es Vorgehensweisen gibt, die Erfolg versprechend sind: Nicht allein für die Dauer und das Gelingen eines einzelnen Projektes, sondern auch für einen längerfristigen Transfer der Ergebnisse in die Praxis. Alle Beispiele zeichnen sich dadurch aus, dass die Projekte zu veränderten Sichtweisen und Herangehensweisen in den Institutionen führten, die gleichermaßen den Beschäftigten und den Bewohner/innen, den Patient/innen und Kund/innen zugute kommen und das Image

der Einrichtungen in der Öffentlichkeit positiv beeinflussten.

Die Gespräche und die Dokumentation der Beispiele haben aber auch deutlich gemacht, dass Veränderungen einen langen Atem, Energie und Zuversicht brauchen. Mit der differenzierten Darstellung dessen, was auf welchem Weg erreicht wurde und welche Klippen dabei zu umfahren waren, wollen wir dazu beitragen, das Wissen um gute Praxis zu erweitern und an dem teilzuhaben, was andersorts gelernt wurde. Nicht zuletzt wollen wir aber auch Mut machen, neue Wege zu gehen und erwartbare Schwierigkeiten zu meistern.

Unser großer Dank gilt allen Vertreterinnen und Vertretern, die bereit waren und sich die Zeit genommen haben, ihre Erfahrungen weiterzugeben und ihr Wissen mit uns und mit Ihnen zu teilen.



# 2

## Gute Lösungen im Krankenhaus



## 2.1 Familienfreundliche Angebote im Evangelischen Krankenhaus Lutherhaus Essen

### Die Einrichtung

Das Evangelische Krankenhaus Lutherhaus gGmbH ist ein mit 320 Betten (Stand: März 2005) ausgestattetes Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Essen.

Neben den klassischen medizinischen Leistungsbereichen der Allgemein Chirurgie und Unfallchirurgie, Anästhesie- und Intensivmedizin, Innere Medizin und Urologie gibt es eine Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen und ein Schlaflabor.

Angeschlossen ist ein Gesundheitszentrum mit einem Zentrum für ambulante Rehabilitation und das ›Hospiz e.V.‹.

Essen ist eine Stadt mit einer hohen Krankenhausedichte. Das Evangelische Krankenhaus Lutherhaus ist für ein Einzugsgebiet von rund 110.000 Menschen zuständig. Innerhalb eines Jahres werden von den 554 (Stand: 2004) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern circa 35.000 Patient/innen stationär und ambulant versorgt.

Das Evangelische Krankenhaus Lutherhaus bildet in den Lehrabteilungen Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie Medizinstudenten der Universität Witten-Herdecke aus und in Kooperation mit der ›Krankenpflegeschule an der Ruhr‹ Krankenschwestern und -pfleger sowie Krankenpflegehelfer.

Seit April 1996 ist das Lutherhaus Mitglied im Deutschen Netz gesundheitsförnder Krankenhäuser (DNGfK).

### Die Ausgangssituation

#### Grundauffassungen und Entwicklungen

Zu den Grundauffassungen und somit auch Zielsetzungen und der gelebten Kultur des Hauses gehört, dass eine effiziente gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus die kurative Medizin und Ansätze einer präventiven und rehabilitativen Versorgung verknüpft. Das zeigt sich nicht nur im Umgang mit den Patient/innen sondern auch bezogen auf Mitarbeiter/innen, Besucher/innen und Anwohner/innen.

Im Lutherhaus gibt es seit Jahren abteilungsübergreifende und gleichberechtigte Arbeitszirkel, die sich mit gesundheitsrelevanten Fragestellungen befassen sowie ein umfassendes Informations- und Kulturangebot. Der Psychosoziale Dienst (PSD), der bereits seit 1983 besteht und zunächst primär als Beratungsstelle und Unterstützungsangebot für die Mitarbeiter/innen eingerichtet wurde, hat heute umfassende, weit über das Lutherhaus und den Stadtteil hinausgehende Aufgaben. Übrigens war das Lutherhaus das erste Krankenhaus in NRW, das den PSD einrichtete.

Kunst und Kultur werden als Möglichkeit betrachtet, für Patient/innen, Anwohner/innen und Mitarbeiter/innen ›Nebenwirkungen‹ der technik-intensiven Medizin zu mildern. Künstlerische und kulturpädagogische Prozesse sowie vielfältige kulturelle Veranstaltungen werden daher auch mit dem Ziel initiiert, dem Einzelnen im Umgang mit Krankheit und Schmerz Unterstützung zu bieten und Begegnungen zu fördern. Das Lutherhaus ist Mitglied im Bundesverband ›MediArt e.V.‹.

- Bezogen auf Patient/innen und den Stadtteil gibt es außerdem unter anderem
- die unmittelbare Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bei der Übergabe; der Schichtwechsel der Pflegekräfte wird nämlich seit circa fünf Jahren am Bett durchgeführt
  - eine seit mehr als zehn Jahren durchgeführte Sozialvisite, die vor circa eineinhalb Jahren zur pflegerischen Überleitung ausgebaut wurde
  - mehrmals wöchentlich feste Sprechstunden für Angehörige, die vom ärztlichen und pflegerischen Personal angeboten werden

- einen familienfreundlichen Patientenservice (intensive Vorgespräche mit Kindern und Betreuungspersonen, zum Teil in spielerischer Form, Mitaufnahme einer Betreuungsperson, »City-Piepser« für Betreuungspersonen während der Aufwachphase, »Notmütter« für die Kinder von Patient/innen)
- intensive Kooperation mit Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen.

Seit 1972, als mit dem Umzug des Hauses 100 neue Betten eingerichtet und dementsprechend mehr Personal rekrutiert werden musste, befasst man sich mit der Ausgestaltung eines breiten und individuell abgestimmten Angebotes flexibler Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsregelungen als festen Bestandteil der Personalarbeit. Den Hintergrund bilden dabei alle familiären Umstände, die einer besonderen Entscheidung oder Unterstützung bedürfen, also neben der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kindererziehung auch beispielsweise die Pflege eines Angehörigen oder Lebenspartners. Bereits bei den Einstellungsgesprächen werden entsprechende Wünsche und Bedarfe thematisiert. Deren Einbeziehung wird als zentrales Prinzip der Personalentwicklung aufgefasst, das durchgängig in allen Bereichen und bezogen auf alle Berufsgruppen Anwendung finden soll. Es dient gleichermaßen dem Erhalt von Ressourcen und der Motivation der Mitarbeiter/innen und soll die Bindung an das Haus unterstützen.

Das familienfreundliche Gesamtkonzept stützt sich auf die grundlegende Überzeugung, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung auch durch ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getragen wird.

### **Das Audit Beruf & Familie**

Mit der Beteiligung am Pilotprojekt »Audit Beruf & Familie« der Hertie-Stiftung ergaben sich seit 1997 weitere Impulse und eine systematischere Vorgehensweise in diesem Themenfeld. Das Lutherhaus war seinerzeit unter den 30 Unternehmen das einzige Krankenhaus, das sich am Pilotprojekt beteiligte.

Beim Audit wird mit Hilfe eines umfangreichen Kriterienkatalogs festgestellt, welche Unternehmenskultur in Hinblick auf Familie tatsächlich gelebt wird.

Das Lutherhaus entschied sich zu der Teilnahme, um die Arbeitsbedingungen konsequent weiterzuentwickeln und kontinuierlich zu verbessern. Durch die objektive Beurteilung von externen Beratern sollte es weitere Impulse und Ideen für die individuelle Personalentwicklung geben.

Im September 1998 wurde das Grundzertifikat Audit Beruf & Familie für den Bereich Pflege verliehen; der Reauditierungsworkshop erfolgte am 14. März 2003.

Im auditierten Bereich der Pflege und des Funktionsdienstes arbeiteten zum Zeitpunkt der Zertifizierung 392 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 85 Prozent Frauen, die Teilzeitquote lag bei 47 Prozent. Außerdem waren 25 Aushilfen, 45 Auszubildende und 16 Zivildienstleistende in den genannten Bereichen tätig.

Jährlich wird in einer Matrix berichtet, inwieweit zwischenzeitlich weitere Ziele erreicht wurden und/oder der Grad der Zielerreichung sich in bereits begonnenen Prozessen verändert hat.

Durch das Audit sind folgende Handlungsfelder vorgegeben:

1. Arbeitszeit
2. Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte
3. Arbeitsort
4. Informations- und Kommunikationspolitik
5. Führungskompetenz
6. Personalentwicklung
7. Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen
8. Flankierender Service für Familien
9. Unternehmens- und personalpolitisches Datenmodell
10. Betriebsspezifika

In fast allen Handlungsfeldern wurden Maßnahmen ergriffen oder ausgebaut.





Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch flexible Arbeitszeiten

### Vorgehensweise

Im Januar 1997 nahm das Lutherhaus am Auftakt-Workshop zum Audit teil. Als Gründe für die Teilnahme wurden die Unternehmenstransparenz sowie die Darstellung der Unternehmenskultur benannt.

Zur Erhebung des Ist-Zustandes in dem Bereich mit den meisten weiblichen Beschäftigten wurde eine repräsentative Projektgruppe aus allen hierarchischen Ebenen gebildet. Sie ermittelte gemeinsam mit der Agentur Fauth-Herkner & Partner, dem von der Hertie-Stiftung beauftragten Unternehmen, in mehreren Sitzungen und in einem Workshop unter anderem anhand eines umfangreichen Fragebogens den Ist-Zustand.

An der Projektgruppe waren beteiligt:

- Die stellvertretende Pflegedienstleiterin (zuständig auch für die Koordination und Organisation)
- eine Stationsleiterin
- die Leiterin Öffentlichkeitsarbeit
- die Chefärztin der Klinik für Anästhesie- und Intensivmedizin
- der Leiter der Medizintechnik, der gleichzeitig Mitglied der Mitarbeitervertretung ist
- ein Mitarbeiter der Haustechnik, der gleichzeitig Mitglied der Mitarbeitervertretung ist.

In einem weiteren Workshop wurden Handlungsempfehlungen und Zielvereinbarungen für das Haus erarbeitet. Für ihre Umsetzung waren im Wesentlichen die Projektgruppe und die Pflegedienstleitung verantwortlich; sie kooperieren dabei eng mit dem Qualitätsmanagement des Hauses und der WHO-Arbeitsgruppe (Gesundheitsförderung).

Am Reauditierungsworkshop (März 2003) nahmen der Pflegedienstleiter, die stellvertretende Pflegedienstleiterin, die Praxisanleiterin, die Leitungen der Bereiche Medizintechnik, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement sowie zwei Mitarbeitervertretungen aus den Bereichen Haustechnik und Ernährungsberatung teil. Hier wurde vereinbart, dass an folgenden drei Handlungsfeldern verstärkt weitergearbeitet werden soll:

- weitere Optimierung der lebensorientierten Arbeitszeit und des Angebots an Zeitkonten
- Entwicklung einer Informationsstrategie (Transparenz der flankierenden Angebote auch für neue Mitarbeiter/innen) und Marketingstrategie
- Ausbau der Erhebung und Dokumentation familienfreundlicher Daten und Informationen

Heute treffen sich Mitglieder der AG circa zweimal pro Jahr, um sich über die zwischenzeitlichen Entwicklungen auszutauschen und neue Ziele festzulegen. Die Sitzungen werden protokolliert und bilden die Grundlage für die jährlich bei der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung vorzulegende Berichterstattung in Form einer ›Matrix zur Umsetzung der Ziele‹.

Durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen wurden die Angebote publik gemacht, dadurch sollte einerseits die Information innerhalb des Hauses weiter verbreitet werden, andererseits natürlich auch eine positive Außendarstellung unterstützt werden. Neben Berichten, Kurzdarstellungen und Dokumentationen zum Projekt wurden vom Bereich Öffentlichkeitsarbeit Pressemitteilungen und ein Flyer über die ›Familienfreundlichen Angebote‹ erstellt.

Berichterstattungen gab es unter anderem in der lokalen und überregionalen Presse, in den Sendungen ›Mona Lisa‹ (ZDF), ›Kind und Kegel‹ (WDR) und ›Kinderella‹ (tm3), N-TV sowie auf verschiedenen Fachtagungen.

### Ergebnisse und Effekte

Im Evangelischen Krankenhaus Lutherhaus sind derzeit fünfzig verschiedene Teilzeitmodelle im Angebot. Individuelle Arbeitszeit- oder arbeitsorganisatorische Regelungen können grundsätzlich von jedem/r Mitarbeiter/in, also berufs- und dienstartenübergreifend wahrgenommen werden.

In Anspruch genommen werden:

- qualifizierte Teilzeitbeschäftigung zwischen 15 bis 93 Prozent Arbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigung: 2004 waren von insgesamt 359 Pflegekräften 231 Vollzeitkräfte (168 Frauen, 63 Männer) und 128 Teilzeitkräfte (103 Frauen, 25 Männer)
- Jobsharing, besonders auch im Bereich von Leitungsfunktionen: So sind beispielsweise von elf Stations- und drei Abteilungsleitungsstellen neun mit Teilzeitkräften besetzt (vgl. Doku, Stand 2004).
- freie Absprache von Arbeitsbeginn und -ende, besonders bei Teilzeitbeschäftigten
- Abstimmung von Dienstplänen von Ehe- beziehungsweise Lebenspartnern über verschiedene Abteilungen hinweg
- Einrichtung von Zeitkonten vor allem auch für ausländische Mitarbeiter/innen, um ihnen über den tariflichen Urlaub hinaus längere Heimaturlaube zu ermöglichen
- bevorzugte Besetzung freier Arbeitsplätze mit bereits beschäftigten Mitarbeiter/innen
- verschiedene Altersteilzeitmodelle
- flexible Arbeitszeit (Gleitzeit) mit familienorientierten Kernzeiten
- flexible Änderungen monatlicher Sollarbeitszeiten
- Schichtmodelle mit erhöhter Flexibilität für akute familiäre Notfälle
- Zeitkonten (Plus- und Minusstunden)
- Kurzsabbaticals
- Beurlaubung zur Pflege von Angehörigen bei weiter bestehendem Vertrag
- unbezahlter Zusatzurlaub aus familiären und anderen Gründen.

Der Abbau von Belastungsspitzen und der bedarfsgerechte Einsatz der Mitarbeiter/innen erfolgt inzwischen EDV-gestützt.

Die Arbeitszeitregelungen sind Teil eines umfassenden familienfreundlichen Konzepts; es beinhaltet außerdem:

- betrieblich unterstützte Tagespflege (B.u.T.): Hierbei handelt es sich um ein Modellprojekt, das vom ›Verein allein erziehender Mütter und Väter‹ (VAMV) initiiert wurde und vom Gleichstellungsministerium Nordrhein-Westfalen, einer LBS Initiative, der Stadt Essen, der Alfred Krupp-Stiftung und der AOK befördert wird.
- Unterstützung des Fördervereins ›Kindervilla e.V.‹: In der Tageseinrichtung finden Kinder zwischen 3 bis 14 Jahren familienähnliche Strukturen vor (Projektende: 2002).
- Kooperation mit zwei Kindergärten und einem Altenpflege Zentrum in der Umgebung des Hauses, um unbürokratisch und ohne unnötige Zeitverzögerungen

Mitarbeiter/innen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Kindergärten oder des Altenpflegezentrums behilflich zu sein.

### **Erfolgsfaktoren**

Hilfreich waren die im Lutherhaus vorhandene Philosophie und die gelebte Kultur; das Haus wurde bereits 1994 und erneut 1998 von der Stadt Essen als ›Kinder- und familienfreundlicher Betrieb‹ ausgezeichnet.

Schon im Basisworkshop (Mai 1998) zeigte sich eine – weniger für die Mitarbeiter/innen als für die Auditoren überraschende – Kongruenz der Sichtweisen im Unternehmen.

Die Teilnahme am Pilotprojekt der Hertie-Stiftung machte deutlich, was bereits erreicht war, und wo systematisiert werden musste. Sie bedeutete aber auch, dass das Audit finanziell tragbar war (Pilotphase).

Das Familienaudit und die Maßnahmen erfolgten in einer bereichsübergreifenden Zusammenarbeit und verknüpft mit den Themen Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung. Die umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen trug nicht zuletzt zu mehr Information, einer Imageverbesserung und einer höheren Identifikation mit dem eigenen Haus bei.

Man hat hohes Interesse daran, Mitarbeiter/innen zu schützen und zu halten. Natürlich werden dabei auch finanzielle Auswirkungen mitbedacht. Die geringe Fluktuation, ein sehr niedriger Krankenstand und zahlreiche Betriebsjubiläen zwischen 10 und 40 Jahren werden als Indikatoren gewertet, dass man auf dem richtigen Weg ist. Kennziffern und weitere Informationen werden für Planungsmaßnahmen genutzt.

### **›Hemmende‹ Faktoren**

Der Umfang eingerichteter Teilzeitstellen ist über die verschiedenen Dienstarten hinweg sehr unterschiedlich; das gilt auch für die Wahrnehmung des Teilzeitstellenangebots.

Da das bestehende Niveau an Angeboten schon sehr hoch ist, fällt es außerdem schwer, im Unternehmen weitere Ressourcen freizusetzen.

Als Herausforderung bleibt, immer wieder ein ausgewogenes Verhältnis in der Struktur der Belegschaft zu erreichen und sicherzustellen, dass die Unterstützung für die einen nicht zu einer zu hohen Anforderung an die Flexibilität und zur Überforderung der anderen führt.

### **Fazit**

Mit dem maßgeschneiderten Modell ist es gelungen, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch mit Eintritt in die Familienphase zufrieden stellende Arbeitszeitmodelle anzubieten, und sie im Familienalltag mit flankierenden Angeboten zu entlasten. Den Ausgleich zwischen unterschiedlichen Interessenlagen sicherzustellen bleibt Bestandteil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

### **Kooperationspartner**

Fauth-Herkner & Partner, Neue Wege für die Arbeitswelt, München

### **Ansprechpartnerin im Unternehmen**

Frau Anette Ehrke-Schön, Öffentlichkeitsarbeit

Evangelisches Krankenhaus Lutherhaus Essen

Hellweg 100

45276 Essen

Tel. 0201/805-2612

Fax 0201/805-2622

E-Mail: [info@lutherhaus-essen.de](mailto:info@lutherhaus-essen.de)

[www.lutherhaus-essen.de](http://www.lutherhaus-essen.de)



## 2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Freiburg

### Die Einrichtung

Das Universitätsklinikum Freiburg ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung; sein Einzugsgebiet erstreckt sich von Basel bis Karlsruhe und von der französischen Grenze bis zum Bodensee. Sämtliche Fachrichtungen der Humanmedizin sind in dreizehn Kliniken, fünf Instituten und fünf Zentralen Einrichtungen vertreten. Mit circa 1.600 Planbetten ist das Freiburger Universitätsklinikum das drittgrößte Klinikum dieser Art in Deutschland und eine der größten medizinischen Einrichtungen in Europa. Hier werden jährlich 54.000 Patientinnen und Patienten stationär und 380.000 ambulant behandelt.

Im Universitätsklinikum arbeiten circa 8.000 Beschäftigte, darunter 950 Ärztinnen und Ärzte und 2.500 Pflegekräfte. Das Klinikum ist somit auch der größte Arbeitgeber in der Region.

Neben der Krankenversorgung als wichtiger Dienstleistung für die Bevölkerung bildet das Universitätsklinikum über 4.000 Studierende der Humanmedizin und Zahnmedizin aus, unterhält eigene Schulen mit 600 Ausbildungsplätzen und betreibt hochwertige Forschung. Entsprechend der sich ändernden Bedürfnisse der modernen Medizin wurden am Klinikum Forschungsschwerpunkte eingerichtet und werden immer wieder neue etabliert.

Das Engagement des Klinikums für die sozialen Belange seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigt sich in einer Vielfalt sozialer Einrichtungen: So betreibt das Klinikum unter anderem neben einer ganztägig geöffneten Kindertagesstätte mit 40 Plätzen einen Personalkindergarten mit kürzeren Öffnungszeiten für 15 Kinder und stellt dem Elternverein ›Kinder im Klinikum (KiK)‹ kostenlos Räume und Unterstützungsleistungen zur Verfügung.

Die Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht und die Psychosoziale Beratungsstelle, durch die unter anderem ein Supervisionsdienst für Pflegekräfte organisiert wird, stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in schwierigen persönlichen Krisensituationen zur Seite.

Als erstes Großklinikum in Europa hat das Freiburger Universitätsklinikum eine Ökobilanz erarbeitet sowie Leitlinien für den Umweltschutz herausgegeben. Andere deutsche und europäische Krankenhäuser orientieren sich inzwischen an diesem Freiburger Beispiel.

### Die Ausgangssituation

Das Universitätsklinikum Freiburg misst der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine hohe Bedeutung zu: dadurch soll eine Betriebskultur unterstützt werden, die dazu beiträgt, dass sich die Beschäftigten sozial, psychisch und physisch an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen. Motivierte und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufssparten seien eine unverzichtbare Voraussetzung für eine optimale Patientenversorgung. Seit 1999 wird kontinuierlich im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gearbeitet, die Projekte werden durch den Klinikumsvorstand finanziell unterstützt.

Angeregt durch das bundesweite ötv/ver.di-Projekt ›Effiziente Organisations- und Führungsformen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung‹ einigten sich Personalrat und Klinikumsvorstand erstmals 1998 auf ein Projekt zur Gesundheitsförderung. Im Projekt sollte die Förderung von persönlichen, sozialen und organisatorischen Gesundheitspotenzialen im Vordergrund stehen. Zunächst wurde das Projekt in der Zentralküche und Zentralwäscherei (circa 220 Mitarbeiter/innen) durchgeführt und in einem Projektbericht dokumentiert; die Nachhaltigkeit der Effekte aus diesem Teilprojekt wurde in einer Studie an der Universität Freiburg evaluiert.

Parallel erarbeiteten Mitarbeiter/innen der Psychosozialen Beratungsstelle und der

Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht die Konzeption für eine Gesundheitsinitiative. Seit Januar 2002 besteht eine Arbeitsgruppe Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), in der Vertreter/innen des Personalrats, der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, der Innerbetrieblichen Fortbildung, des Klinikrechenzentrums, des Betriebsärztlichen Dienstes, des Supervisionsdienstes, des Institutes für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene (IUK), der Sportmedizin, der Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht, der Psychosozialen Beratungsstelle, der Speiserversorgung, der Personalabteilung, der Schwerbehindertenvertretung sowie die Frauenbeauftragte zusammen arbeiten. Ihre Aufgabe ist es, bereits bestehende und neue Aktivitäten zur Gesundheitsförderung klinikumsweit zu vernetzen und auszubauen.

Nach der Zentralküche und Wäscherei wurde die Abteilung Transfusionsmedizin als dritter ›Interventionsbereich‹ ausgewählt, aktuell findet ein Projekt mit dem Reinigungsdienst der Kinderklinik statt.

### **Rahmenbedingungen und Entwicklung in der Transfusionsmedizin**

Mit der Transfusionsmedizin wurde erstmalig ein Bereich des Universitätsklinikums ausgewählt, in dem Pflegekräfte tätig sind; in der Blutspendezentrale bildeten sie zu Projektbeginn mit elf von siebzehn Mitarbeiter/innen (bei fünfzehn Vollzeitstellen) die zahlenmäßig stärkste Berufsgruppe. Die Rahmenbedingungen und Aufgaben in der Transfusionsmedizin unterscheiden sich allerdings in vielen Punkten von denen in der stationären Pflege.

Das Projekt in der Transfusionsmedizin fand zwischen Oktober 2001 und November 2003 statt. In der Transfusionsmedizin gab es zu Projektbeginn eine Fülle unterschiedlicher, zum Teil seit vielen Jahren bekannter Problemlagen. Das Image des Bereichs innerhalb des Klinikums galt als schlecht, und es lagen Übernahmeangebote für die Blutspendezentrale vor.

1999/2000 hatte es umfassende Wechsel im Bereich der oberen und mittleren Leitungsebene der Transfusionsmedizin gegeben. Die neue Ärztliche Leiterin hatte die Intervention befürwortet, und es war ein externer Kooperationspartner zur Unterstützung des Projektes gesucht worden.

Die Transfusionsmedizin gehört zu den fünf Zentralen Einrichtungen des Universitätsklinikums Freiburg und ist dem Klinikumsvorstand direkt unterstellt. Sie umfasst die Blutspendezentrale, das immunhämatologische Labor, die so genannte Blutbank, das Qualitätskontrolllabor und das HLA-Labor (HLA = Humane Leukozyten Antigene). Während die Blutspendezentrale im Haus ›Langerhans‹ untergebracht ist, befinden sich alle anderen Bereiche auf drei Etagen im Laborgebäude im ›Torbogen‹.

Neben den Bereichen des Universitätsklinikums Freiburg beliefert die Transfusionsmedizin zu circa 10 Prozent andere Krankenhäuser, Labors und Arztpraxen. Sie ist mit sehr hohen Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung und bei der Gewinnung von Blutprodukten mit vielfältigen, gesetzlich vorgegebenen Anforderungen und Regularien konfrontiert.

Die personelle Grundausstattung der Transfusionsmedizin, die etwa 48 Vollzeitstellen umfasst, hat sich im Projektverlauf quantitativ nicht nennenswert verändert.

Der klinikeigene Blutspendedienst ist einer der ältesten Deutschlands und grundsätzlich wird eine Bindung vieler Spender/innen an ›ihr Klinikum‹ konstatiert. Es hatte dennoch Rückgänge bei den Spendezahlen gegeben.

Die Blutspendezentrale ist der einzige Teilbereich der Transfusionsmedizin, in dem ständig unmittelbarer Kontakt zu Spender/innen und Patient/innen besteht. Hier gibt es eine sehr heterogene Teamstruktur (Krankenpflegepersonal, MTAs, Arzhelferinnen, Ärzte, Verwaltungsangestellte). Im Verhalten der Mitarbeiter/innen untereinander und gegenüber den Spender/innen wurde ein entscheidender Schlüssel zum Erhalt und der ›Pflege‹ bereits vorhandener sowie für die Gewinnung neuer Spender/innen gesehen. Die Notwendigkeit, die Anzahl der Spenden zu erhöhen, erhielt eine besondere Brisanz durch externe Übernahmeangebote für die Blutspende; sie waren bereits vor Projekt-

beginn erfolgt und wurden im Projektverlauf aktualisiert. Auch vor diesem Hintergrund galt diesem Bereich von Anfang an besondere Aufmerksamkeit. Unzufriedenheit gab es im Klinikum in Zusammenhang mit der Blutbank.

Die enge Verknüpfung der Arbeitsabläufe und die gute Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen ist Voraussetzung für eine qualitäts-gesicherte und kostengünstige Arbeit. Als Ausgangslage wurde jedoch beschrieben, dass die verschiedenen Bereiche der Transfusionsmedizin eher unabhängig voneinan-der arbeiteten und sich die Mitarbeiter/innen überwiegend nicht als Teile einer Abteilung fühlten. Man kannte sich häufig »nur vom Sehen«, und in den Bereichen Blutspende, Blutbank, Qualitätskontrolllabor, HLA-Labor gab es zum Teil recht unterschiedliche Problemlagen. Das galt zum Beispiel für Fragen der Arbeitsablauf-organisation oder auch in Bezug auf anstehende Anforderungen, wie Umbaumaß-nahmen und den Stand der Qualitätssicherung. Die wechselseitige Akzeptanz und Wertschätzung zwischen Bereichen und Berufsgruppen war wenig ausgeprägt.

**Vorgehensweise**

Aus den Erfahrungen in Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Grundsätze für eine Erfolg versprechende Durchführung im Krankenhaus ableiten. Die geplanten Strukturen und Vorgehensweisen orientierten sich an diesen Erkenntnissen.

Die Arbeitsschritte wurden zwischen Projektleitung und externer Moderatorin in groben Zügen vorab abgestimmt und später im Projektlenkungsausschuss diskutiert. Das Gleiche galt für den Zeitplan des auf zwei Jahre ausgerichteten Projekts sowie für die Instrumente, die angewendet wurden.

Die Vorgehensweise im Überblick:

WAS? Die Arbeitsschritte	WIE / DURCH WEN? Instrumente und Gremien	WANN? Zeitplan
Die Ausgangsbedingungen erfassen und beschreiben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informationsgespräche</li> <li>– Workshops</li> <li>– ergänzender Fragebogen</li> </ul>	10/01 – 02/02
Auf Grundlage differenzierter Problembeschreibungen Ziele festlegen, Lösungen entwickeln und umsetzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Projektlenkungsausschuss (PLA)</li> <li>– Gesundheitszirkel (GZ)</li> <li>– außerdem: Jour fixe, AG</li> </ul>	10/01 – 07/03 04/02 – 06/03
Das Projekt auswerten, Erfahrungen nutzen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diskussion + Feedback-Bogen (PLA)</li> <li>– Auswertungsgespräche</li> <li>– Abschlussbericht</li> </ul>	07/03 08/03 11/03 + 06/04

Die Analyse umfasste verschiedene Informationsgespräche, Workshops für alle Mitarbeiter/innen der Transfusionsmedizin und einen ergänzenden Fragebogen.

Auf Grundlage der Informationsgespräche waren erste Fragestellungen und Anliegen formuliert worden, die im Projektverlauf berücksichtigt werden sollten. Die Workshops sollten möglichst vielen Mitarbeiter/innen Gelegenheit geben, einen umfassenden Überblick über das Projekt und die geplanten Arbeitsschritte zu erhalten und sich intensiv an der Analyse zu beteiligen. Circa 85 Prozent aller in diesem Bereich Beschäftigten nahmen dieses Angebot an.

Der Fragebogen diente als Ergänzung zur Arbeit in den Workshops; er war in Kooperation mit der AOK – Südlicher Oberrhein zusammengestellt worden und enthielt sieben Fragenkomplexe, die sich unter anderem auf die Befindlichkeit der Mitarbeiter/innen,



auf Gesundheitsbeschwerden, das Verhältnis zu Vorgesetzten, die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und auf Verbesserungsvorschläge bezogen. Die Ergebnisse der Workshops und der schriftlichen Befragung lieferten wichtige Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten und auf Ressourcen.

Die Intervention erfolgte über einen Projektlenkungsausschuss und einen Gesundheitszirkel; außerdem sollten je nach Bedarf zeitlich befristete Arbeitsgruppen eingerichtet werden.

Der Projektlenkungsausschuss war bereichs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt. Sechs Mitglieder des Projektlenkungsausschusses gehören zur Transfusionsmedizin, sieben arbeiten in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, in der Psychosozialen Beratungsstelle, als Frauenbeauftragte und waren als Mitglied des Personalrats oder über das Projektmanagement involviert. Die Mitarbeiter/innen aus den übergeordneten Bereichen und die externen Experten (AOK, GUV, ver.di,) hatten bereits im Gesundheitsförderungsprojekt in der Küche und Wäscherei mitgewirkt. Der PLA wurde von der externen Kooperationspartnerin moderiert.

Zwischen Oktober 2001 und Juli 2003 traf sich der Projektlenkungsausschuss zu insgesamt fünfzehn circa zweistündigen Sitzungen; eine abschließende Sitzung fand im November 2003 statt. Die Aufgaben des PLA waren Beratung und Begleitung, Unterstützung bei Problemanalysen und bei der Umsetzung von Lösungsvorschlägen, Sicherstellung des Informationsflusses, Unterstützung der Führungskräfte, Koordination mit ähnlichen Projekten und Anregungen für Folgeprojekte.

Auf Grundlage einer Liste von 24 Interessent/innen wurde ein Vorschlag für die Zusammensetzung des Gesundheitszirkels vorbereitet und mit den Bereichen abgestimmt: Im Gesundheitszirkel arbeiteten Mitarbeiter/innen aus der Blutbank, aus dem Bereich Qualitätskontrolle, aus dem HLA-Labor, aus der Blutspendezentrale, eine Assistenzärztin und der Oberarzt zusammen. Die stellvertretende Projektleiterin und Personalrätin moderierte den Gesundheitszirkel. Zwischen April 2002 und Juni 2003 traf man sich zwanzigmal um Lösungsvorschläge für die unterschiedlichen Probleme zu entwickeln.





Wegen der besonderen Problematik in der Blutspendezentrale wurde außerdem ein ›jour fixe‹ durchgeführt, in dem Aspekte der Kommunikation, Kooperation und Konfliktbearbeitung bearbeitet wurden. Die Teilnahme war verpflichtend und wurde als Arbeitszeit angerechnet.

Die Evaluation erfolgte anhand von Protokollen des Gesundheitszirkels und des PLA, durch einen Feedback-Bogen im PLA sowie auf Grundlage von Diskussionen und Einzel- und Gruppengesprächen. Die Ergebnisse wurden in Projektberichten dokumentiert.

### Informationsfluss und Öffentlichkeitsarbeit

Neben der Unterstützung des internen Informationsflusses und der Öffentlichkeitsarbeit im Universitätsklinikum durch Protokolle des Projektlenkungsausschusses und des Gesundheitszirkels, die **Wandzeitung** des Personalrats und Beiträge in den Publikationen **personalrat aktuell** und **ampuls** sollte auch nach außen hin ein Imagegewinn erzielt, Dauerspender/innen geworben und bisherige Spender/innen gebunden werden.

Durch eine ›AG-Öffentlichkeitsarbeit‹ und in Kooperation mit der Abteilung Kommunikation und Presse wurde in Abstimmung mit der Leiterin der Transfusionsmedizin **die Konzeption einer PR-Kampagne ›Blutspende‹** ausgearbeitet. Der Erfolg dieser Kampagne zeigte sich in vielfältigen Presseartikeln, in Rundfunk- und Fernsehbeiträgen, in Spenden-Aufrufen durch eine Baumarktkette und in Betriebsbelegschaften. Darüber hinaus wurde durch 500.000 von der Ganter-Brauerei gesponserte Bierdeckel, ›Handtücher‹ in den Straßenbahnen, 500 Plakate in Arztpraxen, Apotheken und ähnlichen Einrichtungen für die Blutspende geworben.

### Ergebnisse und Effekte

Hier einige zentrale Ergebnisse und Effekte:

- Änderungen der Arbeitsablauforganisation und des Personaleinsatzes
- Einarbeitungs- und Einsatzkonzepte wurden neu erarbeitet oder modifiziert
- Entlastungen durch den tageweisen Einsatz eines zusätzlichen Arztes in der Blutspendezentrale; zusätzliche Vertretungen an anderen Arbeitsplätzen

- mehr Transparenz über die Abläufe in den verschiedenen Arbeitsbereichen
- Veränderung des Raumnutzungskonzepts in der Blutspendezentrale, neues Leit-/Orientierungssystem, Änderungen im Empfangsbereich
- Maßnahmen zur besseren Belichtung, zum Sonnenschutz und zur Verbesserung des Raumklimas
- der Umgang untereinander und mit den Spender/innen hat sich verbessert
- deutlicher, anhaltender Anstieg der Spendezahlen (bei Erst- und Zweitspendern)
- Kapazitätssteigerung trotz Einhaltung der Sparauflagen und Erschließung weiterer Geschäftsfelder
- Durchführung einer Werbe- und Imagekampagne
- das Ansehen der Transfusionsmedizin stieg auch im Universitätsklinikum
- Ablehnung des externen Übernahmeangebots durch den Klinikumsvorstand
- gestiegene Identifikation der Mitarbeiter/innen mit der Transfusionsmedizin
- Mitarbeiter/innen machen selbstständig und bei wachsender Beteiligung weiter unter dem selbst gewählten Logo ›WisL = Wir suchen Lösungen‹.

Auch die Auswertung der Rückmeldebögen der Spender/innen belegt, dass die Arbeitsabläufe und der Umgang mit den Spender/innen verbessert wurden. Die Kooperation innerhalb und zwischen den Bereichen hat sich auch aus Sicht der Beschäftigten positiv entwickelt. Die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, Veränderungen mitzugestalten und an Weiterbildungen teilzunehmen ist gewachsen. Im Projektverlauf wuchs aber auch auf allen Ebenen die Sensibilität dafür, was in den verschiedenen Bereichen noch zu tun bleibt.

Außerdem entstanden aus dem Projektlenkungsausschuss heraus weitere Initiativen, z.B. zur Verbesserung der Kommunikation im Universitätsklinikum insgesamt.

### **Erfolgsfaktoren**

Als hilfreich erwies sich, dass es bereits Erfolge aus anderen Gesundheitsförderungsprojekten im Haus gab und ein großer Teil der Akteure (besonders im PLA) bereits über Erfahrungen hinsichtlich der Strukturen und Prozesse verfügte. Das Engagement und die Bereitschaft Lösungsvorschläge aufzugreifen und Veränderungen umzusetzen war bei der Leitung und bei einigen Mitarbeiter/innen in der Transfusionsmedizin sehr hoch; unterstützt durch die positive Außenwirkung wurde deren Position im Projektverlauf gestärkt.

### **›Hemmende‹ Faktoren**

Pflegende arbeiten in der Transfusionsmedizin in einem Arbeitsfeld, das bezogen auf ein traditionelles Verständnis über ›Pfleger‹ wenig Identifikationsmöglichkeiten bietet und im hohen Maße interdisziplinäres Denken und Handeln gefordert ist. Dennoch gab es lang anhaltende Versuche, sich als Berufsgruppe gegen ›die anderen‹ abzugrenzen.

Insgesamt gab es auf Grund der zum Teil langjährigen Konflikte erhebliche Skepsis und viel Misstrauen hinsichtlich der Veränderungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft in der Transfusionsmedizin. Gleichzeitig wurden die Mitarbeiter/innen im Zirkel von Kolleginnen und Kollegen mit einer hohen Erwartungshaltung konfrontiert.

### **Fazit**

Betriebliche Gesundheitsförderung ist auch in großen Einrichtungen des Gesundheitswesens dauerhaft möglich und erfolgreich. Bei ihrer Planung und Durchführung müssen allerdings die besonderen Erfahrungen, Anforderungen, Aufgaben und Rahmenbedingungen des jeweiligen Interventionsbereiches berücksichtigt werden, ohne dabei das Gesundheitsmanagement für das Unternehmen insgesamt aus dem Blick zu verlieren.

**Kooperationspartner**

AOK, GUV, ver.di

*mediCONcept* – Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen, Wuppertal

**Ansprechpartner/in im Unternehmen**

PD Dr. Gertrud Zilow

Ärztliche Leiterin Transfusionsmedizin

Universitätsklinikum Freiburg

Hugstetter Str. 55

79106 Freiburg

Telefon: 0761/270 3480

Fax: 0761/270 3790

E-Mail: [gertrud.zilow@uniklinik-freiburg.de](mailto:gertrud.zilow@uniklinik-freiburg.de)

Karlheinz Jung

Geschäftsbereichsleiter Wirtschaft

Universitätsklinikum Freiburg

Hugstetter Str. 49

79095 Freiburg

Telefon: 0761/270 2160

Fax: 0761/270 2040

E-Mail: [kalle.jung@uniklinik-freiburg.de](mailto:kalle.jung@uniklinik-freiburg.de)

**[www.uniklinik-freiburg.de](http://www.uniklinik-freiburg.de)**

**Literatur**

Müller, Brigitte (2002): Gesundheitsförderung im Universitätsklinikum Freiburg.

In: NETZ-NACHRICHTEN, Jg. 5 / Nr. 4, Dezember 2002, 6–7

Universitätsklinikum Freiburg (Hrsg.) (2005): Projektbericht Betriebliche Gesundheitsförderung Transfusionsmedizin



## 2.3 Kinästhetik-Projekt in den Kliniken des Landkreises Heidenheim

### Die Einrichtung

Die Kliniken des Landkreises Heidenheim bestehen aus zwei Unternehmensteilen: Das Klinikum Heidenheim ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm. Es hat 679 Betten, elf medizinische Fachabteilungen (Anästhesie und operative Intensivmedizin; Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie; Unfall- und Wiederherstellungschirurgie; Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Innere Medizin; Neurologie; Kinderheilkunde und Jugendmedizin; Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Röntgendiagnostik; Strahlentherapie; Urologie) und vier Belegabteilungen (Augenheilkunde; Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Homöotherapie; Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde). Die 1998 eröffnete Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen hat 30 Betten.

Das Klinikum Heidenheim wird seit Januar 1994 – und somit als erstes kommunales Haus in Baden-Württemberg – als Eigenbetrieb geführt; Träger ist der Landkreis.

Es gibt 1053 Stellen, die von 1520 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt sind. 2003 versorgten sie 21.136 Patient/innen vollstationär und 42.487 ambulant. Im Landkreis hat das Haus eine Monopolstellung.

Das Klinikum ist seit 1996 Mitglied im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) und war das erste Mitgliedskrankenhaus aus Baden-Württemberg; die Mitgliedschaft wurde unmittelbar nach Gründung des DNGfK beantragt.

Der Auftrag zur Gesundheitsförderung ist im Leitbild verankert; in den letzten drei Jahren haben insgesamt 25 Projekte im Bereich der patienten- und mitarbeiterorientierten Gesundheitsförderung stattgefunden. Dazu gehören beispielsweise auch Fitnessprogramme, Gesundheitstage in Kooperation mit der AOK und in Zusammenarbeit mit der Stadt Heidenheim, interprofessionelle Führungskräfte-seminare sowie die Re-Zertifizierung des Umweltsiegels EMAS.

### Die Ausgangssituation

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser wollen gleichermaßen einen höchstmöglichen Gesundheitsgewinn für Patientinnen und Patienten erzielen, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld bieten und sich im Umfeld des Krankenhauses und in der Region engagieren. An diese Intentionen sollte mit dem Kinästhetik-Projekt angeknüpft werden.

Es gab aber noch weitere Anlässe: So hatten die regional vorgelegten Daten der AOK eine überproportionale Zunahme von Rückenbeschwerden im Bereich des Pflegedienstes im Klinikum gezeigt. Als ein Grund dafür wurde die stetig steigende Zahl von Patient/innen mit erhöhtem Pflegeaufwand identifiziert. Darüber hinaus gab es Impulse aus der Fachdiskussion. In der Literatur wurde Kinästhetik als Erweiterung der Fachkompetenz beschrieben.

Kinästhetik ist die Lehre der Bewegungsempfindung und der Wahrnehmung von Bewegungsabläufen. Sie wird zur schonenden Bewegung von Patient/innen und zum rückschonenden Arbeiten eingesetzt. Ihre Grundlagen werden seit Anfang der 1990er Jahre in Grund- und Aufbau-seminaren vermittelt, in der Praxis fällt die konsequente Anwendung aber besonders dann schwer, wenn nur einzelne Mitarbeiter/innen an entsprechenden Schulungen teilnehmen. Das sollte im Heidenheimer Projekt vermieden werden.

Das Projekt fand innerhalb des Demonstrationsprojektes ›Qualitätsmanagement im Krankenhaus‹ (BMG) statt. Der Pflegedirektor des Klinikums Heidenheim hatte die Projektidee.

Anfang 1999 startete das Pilotprojekt in den Kliniken für Neurologie und Innere Medizin. Diese Bereiche waren ausgewählt worden, weil hier die Belastung durch

schwer pflegebedürftige Patient/innen besonders hoch ist; in der Neurologie sind außerdem viele Teilzeitkräfte beschäftigt. Das Pilotprojekt wurde im Mai 2001 evaluiert und abgeschlossen und wird seither in Folgeprojekten weiterentwickelt und in andere Bereiche übertragen.

### Vorgehensweise

Bereits zu Projektbeginn hatte man in Heidenheim vielfältige Vorerfahrungen zur Arbeit in und mit Projekten. Seit 1994 gibt es eine Stabsstelle für Qualitätsmanagement, die von einem dafür freigestellten Arzt besetzt ist und seit mehr als fünf Jahren eine Stabsstelle für Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Pflegebereich. Hier wird das klassische Projektmanagement angewendet und man verfügt über Erfahrungen mit Analysen und der Evaluation von Projekten. Auch die Lösungsentwicklung unter Einbeziehung der Mitarbeiter/innen war bereits erprobt. So hatte es unter anderem Zirkel in der Wäscherei und der Küche gegeben.

Der Projektauftrag und die Projektziele waren zu Projektbeginn dokumentiert. Für die Analyse der Ausgangssituation wurde ergänzend zu den Daten der Kassen unmittelbar vor Beginn der Schulungen eine Teilnehmerbefragung durchgeführt. Dabei wurden unter anderem die Belastung durch die Mobilisation der Patient/innen erhoben und Erwartungen in Bezug auf die Maßnahmen erfragt.

Zwischen Ende September 1999 und November 2000 wurden die Schulungen in vier Gruppen und fünf Schulungseinheiten durchgeführt. Die insgesamt 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten eine komplette Unterrichtung in den kinästhetischen Prinzipien. Um dem Aspekt der Vernetzung gerecht zu werden, und die Kosten für das Projekt zu begrenzen, nahmen auch Mitarbeiter/innen einer externen Einrichtung an den Schulungen teil.

In das Projekt wurden circa 28.500 DM und circa 1800 Std. Arbeitszeit investiert. Bei der evaluierenden Befragung zeigte sich im Mai 2001:

- die Rückenbeschwerden bei der Mobilisation von Patient/innen waren von 49 Prozent auf 30 Prozent gesunken
- 50 Prozent der Befragten sahen hier ursächliche Zusammenhänge
- das Wissen über die Mobilisation hatte stark zugenommen (plus 41%)
- die durch Rückenbeschwerden verursachten krankheitsbedingten Fehltag sanken bei den Befragten auf ein Zehntel des Ausgangswertes

Projektverlauf und Ergebnisse wurden in einem Bericht dokumentiert, der an die Kostenträger gerichtet war und auch im Haus vorgestellt wurde. Darüber hinaus wurden und werden die nicht unmittelbar am Projekt Beteiligten über einen für die Pflege erstellten elektronischen Newsletter informiert; Berichte gab es außerdem in der Mitarbeiterzeitung PULS, über Stationsleitungskonferenzen und andere Medien.

Die Resonanz auf das Projekt war nicht nur bei den unmittelbar Beteiligten überaus positiv, was sich in der Evaluationsbefragung, in Gesprächen und durch Briefe zeigte. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Bereiche wollten diese Unterstützungsmöglichkeit in Anspruch nehmen und Stationsleitungen bekundeten ihr Interesse. So wurde das erste Projekt zum Meilenstein; bereits während der Projektlaufzeit wurde im Herbst 2000 die Fortsetzung der Schulungsmaßnahmen beschlossen.

Es war gelungen die ortsansässigen Krankenkassen als Kooperationspartner zu gewinnen; sie übernehmen auch einen großen Teil der Kosten.

Das erste Folgeprojekt begann 2001, wieder nahm eine Station komplett an der Maßnahme teil. Ein 2003 begonnenes Projekt bezog sich auf die besonderen Anforderungen im Bereich der Intensivpflege. Der Zeitraum für die Teilprojekte betrug jeweils circa 14 Monate.

Außerdem wurde eine Mitarbeiterin zur Kinästhetiklehrerin ausgebildet. Sie arbeitet in Teilzeit auf einer onkologischen Station und hilft auch auf anderen geschulten Stationen (individuelle, mitarbeiter- und patientenbezogene Unterstützung bei Stationsbesuchen). Sie veranstaltet darüber hinaus Kinästhetik-Treffs.

Die Nachhaltigkeit der Anwendung kinästhetischer Prinzipien wird neben der praktischen Begleitung vor Ort auch über die Ausbildung der Krankenpflegeschüler, über die Mitarbeit in den Projekten und über Erfahrungsberichte unterstützt.

### **Ergebnisse und Effekte**

Durch die Maßnahmen wurden erreicht:

- eine flächendeckende Einführung der Kinästhetik mit deutlicher Qualitätsverbesserung in Bezug auf die Gesundheit von Mitarbeiter/innen in den ausgewählten Pflegebereichen
- positive Resonanz und hohe Zufriedenheit der unmittelbar beteiligten Mitarbeiter/innen
- die Belastung durch die Mobilisation der Patient/innen nahm deutlich ab
- der Gebrauch von Lagerungsmitteln wurde spürbar reduziert
- Kinästhetik wird in den geschulten Bereichen weitgehend umgesetzt
- Kolleg/innen fragen nach entsprechenden Angeboten
- Reduzierung von Ausfallzeiten und von Erkrankungen im Bereich des Rückens
- nachhaltige Verbesserung der Qualität der Patientenlagerung/-bewegung
- bessere Mobilisation insbesondere von schwer kranken und chronisch erkrankten Patient/innen
- Qualifizierung einer eigenen hausinternen Trainerin mit ständiger praktischer Weiterbegleitung und Evaluierung
- tätigkeitsbezogene Anpassung des Angebotes
- Fortsetzung und Ausweitung der Schulungsmaßnahmen auf andere Zielgruppen
- Entwicklung von zusätzlichen Kernkompetenzen
- Ausweitung eines neuen Dienstleistungsmoduls
- Imagegewinn nach innen und außen

Nachdem Mitarbeiter/innen vehement den Bedarf formulierten, wird derzeit die Anpassung des Konzepts auf die Gerontopsychiatrie vorbereitet. In diesem Zusammenhang geht es weniger um Mobilisation sondern um Aspekte des Berührens und Fühlens.

Immer wieder nehmen Mitarbeiter/innen von Altenpflegeheimen an den Trainings teil; diese Qualifizierung wird inzwischen als Dienstleistungsangebot und als spezifische Kompetenz des Krankenhauses wahrgenommen.

Zusammen haben die Neue BKK, die BKK Schott-Zeiss und das Klinikum Heidenheim darüber hinaus ein Schulungsangebot für pflegende Angehörige entwickelt, das weit über die gesetzlichen Anforderungen hinausgeht und somit Modellcharakter hat: Es umfasst den rückschonenden Umgang mit den Pflegebedürftigen ebenso wie den Umgang mit Demenzerkrankten und wird zum Teil auch in den Wohnungen durchgeführt; auch bezogen auf die emotionale Belastung der pflegenden Angehörigen werden Angebote konzipiert. Bei den Schulungen für die pflegenden Angehörigen übernehmen die Kassen die komplette Kursgebühr.

Die umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen trug nicht zuletzt zu mehr Information, einer Imageverbesserung und einer höheren Identifikation mit dem eigenen Haus bei.

### **Erfolgsfaktoren**

Bei der Entwicklung und Ausweitung des Projektes war der traditionell sehr gute Kontakt zur AOK hilfreich, hier sind 55 Prozent der Mitarbeiter/innen versichert. So gibt es bereits seit Ende der 1990er Jahre einen jährlichen Gesundheitsbericht der AOK, sowie halbjährlich ein Treffen mit dem AOK-Leiter. Außerdem fließen inzwischen Daten aus dem DAK-Bericht in die regelmäßig durchgeführte Analyse ein; auch hier wird übrigens die Zunahme der psychischen Belastungen bestätigt.

An den Sitzungen mit der AOK nehmen der Personalrat, die Betriebsärztin, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Krankenhausleitung teil: sie geben die Informationen aus dem Gesundheitsbericht in ihre Bereiche weiter, wo sie – in unterschiedlicher Form



– mit den Mitarbeitern weiter diskutiert werden. Vor einem Jahr wurde außerdem ein Steuerkreis als operatives Gremium gebildet.

Mit Kinästhetik wird inzwischen vielerorts gearbeitet: die Besonderheit des Heidenheimer Ansatzes liegt sicher darin, dass die Faktoren

- flächendeckender Einsatz
- systematisches Vorgehen
- Orientierung am Projektmanagement sowie an der
- Philosophie gesundheitsfördernder Krankenhäuser

berücksichtigt und kombiniert werden.

#### ›Hemmende‹ Faktoren

Es gab keine fachlichen Bedenken, aber auf Ebene der Stationsleitungen anfangs eher kritische Stimmen. Hier wurde zunächst hinterfragt, ob der Aufwand gerechtfertigt sei. Stationsleitungen befürchteten, dass bei einer flächendeckenden Schulung keine Dienstpläne mehr geschrieben und die Patient/innen nur unzureichend versorgt werden können.

Die Belastung, die für die Stationen durch die gleichzeitige Abwesenheit mehrerer Mitarbeiter/innen zu personellen Engpässen führte, konnte aber durch den engagierten Einsatz der anderen Mitarbeiter/innen und durch Aushilfen kompensiert werden.

Kinästhetik ist eine sehr körpernahe Methode; daher gab es bei einigen Mitarbeiter/innen Vor-

behalte, die thematisiert wurden. Außerdem wird die Beziehungsebene in den Schulungen analog zu der jeweiligen fachlichen Spezialisierung immer wieder stark reflektiert. Einige Mitarbeiter/innen nehmen auch nicht am dritten Modul teil, in dem spezielle Transfers vorbereitet und durchgeführt werden.

#### Fazit

Nach wie vor gibt es Bereiche, die nicht geschult sind (z.B. Kinderklinik und Gynäkologie), insgesamt zeigt sich – besonders in den Interventionsbereichen – ein verändertes Bewusstsein. Deutlich wurde, dass Nachhaltigkeit immer wieder unterstützt und eingefordert werden muss.

Durch den Konsens auf der Leitungsebene und den Auftrag aus der Mitgliedschaft im DNGfK sind gesundheitsfördernde Maßnahmen regelmäßig Gegenstand von Berichten und Diskussionen; insgesamt werden die Themen Qualitäts-, Projektmanagement und Gesundheitsförderung verknüpft.

Durch Erfolge, die über Öffentlichkeitsarbeit auch nach außen transportiert werden, steigt die Akzeptanz und Anerkennung auch intern. Um den mittel- und langfristigen Nutzen zu evaluieren, müssten ggf. neue Instrumente eingesetzt werden.



**Kooperationspartner**

AOK, BKKn, DAK

**Ansprechpartner im Unternehmen**

Klaus M. Rettenberger, Pflegedirektor  
Kliniken des Landkreises Heidenheim  
Postfach 1520

89505 Heidenheim

Telefon: 07321 33-2581

Fax: 07321 33-2560

E-Mail: Klaus.Rettenberger@kliniken-heidenheim.de

[www.kliniken-heidenheim.de](http://www.kliniken-heidenheim.de)

**Literatur**

Schoenemeier, Thomas (2003): Gesundheitsförderndes Arbeiten für Patient/innen und Mitarbeiter/innen durch die Einführung von Kinästhetik. In: Bundesministerium für Gesundheit; Pietsch-Breitfeld, Barbara; Heizmann, Gabriele; Selbmann, Hans-Konrad: Qualität in deutschen Krankenhäusern – Strategien zur Einführung von Qualitätsmanagement. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit MG, Bd. 154, NOMOS-Verlag, 91–97

Rettenberger, Klaus; Schoenemeier, Thomas (2005): Eine gesunde Lebens- und Arbeitswelt in der Klinik. DNGfK – die Kliniken des Landkreises Heidenheim mit einem Kinästhetik-Projekt. In: Pflege aktuell, 03/05, S. 154 – 157



## 2.4 Nachhaltige Reduzierung psychischer Fehlbelastung bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung – Havelland Kliniken GmbH

### Die Einrichtung

Die Havellandklinik Nauen bildet zusammen mit dem Paracelsus Krankenhaus Rathenow die Havelland Kliniken GmbH.

Die Havellandklinik Nauen ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 442 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (incl. Auszubildende, Zivildienstleistende,...) und einer der größten Ausbildungsbetriebe im Landkreis Havelland. Sie zählt zu den ersten umfassenden Krankenhausneubauten, die im Land Brandenburg nach 1989 entstanden sind. Die Einweihung war am 1. Mai 1998. Zu den acht Fachkliniken mit insgesamt 341 Betten gehören die Medizinische Klinik, eine Allgemeinchirurgische und eine Unfallchirurgische Klinik, die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, die Psychiatrische Klinik, die Urologische Klinik, die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin sowie die Tagesklinik Psychiatrie.

Gesundheitsförderung ist in der Havellandklinik Nauen Unternehmensziel; seit 2000 gehört dieses Krankenhaus zum Deutschen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK).

Das Paracelsus Krankenhaus Rathenow ist für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung im Westhavelland und in den angrenzenden Landkreisen zuständig. Hier gibt es fünf Fachkliniken (Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik, Gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesiologie) mit 204 Betten und 294 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (incl. Auszubildende, Zivildienstleistende,...).

### Die Ausgangssituation

Die Havellandklinik Nauen fühlt sich neben der Gesundheitsförderung für Patient/innen, Angehörige und dem Engagement für Gesundheitsförderung in der Region auch der Sorge für die Gesundheit der Mitarbeiter/innen verpflichtet. So gibt es seit langem einen Steuerkreis Gesundheit, dem unter anderem die AOK, DAK und Barmer Ersatzkasse Nauen, die IKK, das Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik Neuruppin und die Landesunfallkasse Brandenburg als externe Partner angehören. Weitere Mitglieder im Steuerkreis sind die Krankenhausleitung, die Betriebsärztin, die Hygieneschwester, der Betriebsrat, der Personalchef und die Mitarbeiterin für Projektmanagement und Koordinierung der Gesundheitsförderungsprojekte. Die starke externe Besetzung ergibt sich durch den umfassenden Auftrag der WHO für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser.

Der Steuerkreis trifft sich zweimal pro Jahr. Er hat sich bereits in der Vergangenheit mit der Reduzierung physischer Belastungen befasst.

Durch die finanzielle Förderung im Rahmen der »Initiative der für eine neue Qualität der Arbeit« (INQA) konnte das Thema Reduzierung psychischer Belastungen umfassender bearbeitet werden. Darüber hinaus sollte das Krankenhaus durch dieses Pilotprojekt auch befähigt werden, die Gesundheitsförderung selbst dauerhaft im Unternehmen zu integrieren.

### Vorgehensweise

Mit dem Projekt sollten zwei übergeordnete Ziele umgesetzt werden:

Zum einen galt es durch eine vergleichende Studie arbeitsbedingter psychischer Belastungen auf unterschiedlichen Stationen Entscheidungsgrundlagen für vorrangige Bereiche für Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Zum anderen sollte die Klinik durch das extern unterstützte, exemplarische Vorgehen unter Berücksichtigung der Schritte Analyse – Intervention – Evaluation lernen, den Gesundheitsförderungsprozess syste-



matisch in Eigenregie im gesamten Krankenhaus umzusetzen und dauerhaft in die Unternehmensphilosophie und Praxis zu implementieren.

Für die Analyse der Ist-Situation wurde ein Methodenmix aus Dokumentenanalyse, strukturierten Experteninterviews mit der Pflegedienstleiterin und den (stellvertretenden) Stationsleitungen, Tätigkeitsbeobachtungen in allen Arbeitsschichten sowie Befragungen der Pflegekräfte und Screenings eingesetzt. So sollten sowohl die objektive Arbeitsbelastung ermittelt als auch subjektive Belastungs- und die Beanspruchungssituationen einbezogen werden. Die Analyse orientierte sich an den Vorgaben der ISO 10075-3.

Im Unternehmensteil Nauen waren die Stationen Gynäkologie, Pädiatrie, Intensivtherapie, Notfallversorgung, Operativer Bereich und Anästhesie mit insgesamt 85 Mitarbeiter/innen in die Analyse einbezogen, in Rathenow die Stationen Gynäkologie, Pädiatrie, Intensivtherapie, Notfallversorgung, Operativer Bereich, Anästhesie, Chirurgie (2 Stationen), Innere Medizin (4 Stationen) und Kreißsaal mit insgesamt 153 Mitarbeitern.

In Kooperation mit den Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen wurden für einige stationsspezifische Probleme, die in den Experteninterviews deutlich geworden waren, bereits Lösungen und Maßnahmenpläne entwickelt.

Die stationsbezogenen Analyseergebnisse wurden in Feedback-Workshops vorgestellt und diskutiert, die Gesamtergebnisse wurden in Stationsleitungsberatungen und Personalversammlungen und im Steuerkreis präsentiert.

Während die Analyse in beiden Unternehmensteilen durchgeführt wurde, gelang es lediglich in Nauen, zwei Gesundheitszirkel mit Pflegekräften zu implementieren. Ein Zirkel wurde auf Vorschlag der Krankenhausleitung in der Notfallversorgungsstation gebildet; der andere war stationsübergreifend organisiert, so dass Pflegekräfte aller beteiligten Stationen einbezogen werden konnten. Die Mitarbeiter/innen in den Zirkeln gehörten einer Hierarchiestufe an und wurden durch die Krankenhausleitung bestimmt. Der stationsübergreifende Zirkel wurde von der Qualitätsbeauftragten der Havellandklinik begleitet; auch dadurch sollten Voraussetzungen für die zukünftige eigenständige Gesundheitsförderungsarbeit geschaffen werden.



Die in den Zirkeln erarbeiteten Lösungsvorschläge bezogen sich auf verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen; sie wurden der Pflegedienst- und/oder Krankenhausleitung regelmäßig mitgeteilt und ihre Umsetzung von hier aus veranlasst oder unterstützt.

Im Projektverlauf bestätigte sich, dass man auf dem richtigen Weg ist. Das wird auch durch die Imageanalysen und eine kontinuierlich durchgeführte, standardisierte Patientenbefragung belegt. Der Leitfaden für die Patientenbefragung war übrigens auch Ergebnis aus einem Gesundheitsförderungsprojekt. Außerdem gibt es ein Beschwerde- und Anregungsmanagement, das Hinweise darüber liefert, welche positiven Entwicklungen zu verzeichnen sind, und wo es Handlungsbedarf gibt.

### **Ergebnisse und Effekte**

Als positive Entwicklungen wurden benannt:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation
- Reduzierung von Schnittstellenproblemen zwischen Stationen/Abteilungen
- mehr Transparenz über Entscheidungswege
- verbesserte Mitarbeiterführung
- Stärkung der personalen Ressourcen durch Entspannungstrainings, Kommunikations- sowie Stress-/Konfliktmanagementtrainings
- Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung wurde zum Teil gestärkt
- positiver Einfluss auf Motivation, Zufriedenheit, Fehlzeiten.

Die Teilnahme am Zirkel befähigte einige Mitarbeiter/innen dazu, in ihren jeweiligen Stationen eine Multiplikatorenrolle zu übernehmen.

Außerdem wurde in Anlehnung an das modellhafte Vorgehen von April 2003 bis März 2004 Gesundheitsförderung in modifizierter Form und mit eigenen Ressourcen für die Pflegekräfte und das Ärztliche Personal im Paracelsus Krankenhaus Rathenow eingeführt.

Neben Angeboten, die freiwillig genutzt werden können, gibt es ein Seminarangebot, das mit Lufthansa Flight Training abgestimmt wurde. In den 1 1/2-tägigen Seminaren

mit dem Titel ›Das Krankenhaus als modernes Dienstleistungsunternehmen‹, an dem die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen einer Station gemeinsam teilnehmen, kommen die Dinge auf den Tisch, die unzufrieden machen. Außerdem lernen die Mitarbeiter/innen hier Konflikte konstruktiv zu bearbeiten und mit aggressiven Patient/innen umzugehen. Die Seminare werden mit Zielvereinbarungen abgeschlossen, die für das ganze Team bindend sind, und die nach einem Jahr in einem Follow-up hinsichtlich ihrer Umsetzung reflektiert werden. Durch die Seminare soll das Klima auf den Stationen und der professionelle Umgang mit Patientinnen und Patienten gefördert werden. Die Seminare schützen gleichzeitig jeden Beschäftigten, der hier lernt, eine professionelle Distanz zu wahren und gelassen in Konfliktsituationen zu reagieren.

### **Erfolgsfaktoren**

Als eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg des Projektes wurde die Überzeugung der Krankenhausleitung hervorgehoben, dass die Gesundheit der Mitarbeiter/innen ein entscheidender Erfolgsfaktor für das Unternehmen ist. Sie hatte auch bereits Maßnahmen zur Reduzierung physischer Belastungen durchgeführt und ihre Überzeugung unter anderem durch die Mitgliedschaft im DNGfK dokumentiert. Dementsprechend wurde die Projektbearbeitung intensiv vom Management unterstützt.

Durch den ›Blick von außen‹ und den Methodenmix konnten Probleme identifiziert und beschrieben werden, die sonst eher als gewohntes Alltagserleben unter den Tisch gefallen wären. Notwendig und hilfreich war die externe Unterstützung oft auch dann, wenn es galt ›Durststrecken‹ im Projektverlauf zu überwinden.

Darüber hinaus verfügen die Havelland Kliniken über eine geeignete Infrastruktur und personelle Ressourcen zur Integration der Gesundheitsförderung in ein umfassendes Qualitätsmanagement. Sie sind Vollmitglied der EFQM und bewerben sich derzeit um eine Zertifizierung nach KTQ. So besteht ein hoher qualitativer Anspruch und durch die Diskussion der Ergebnisse im Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser werden weitere Impulse erwartet.

### **›Hemmende‹ Faktoren**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mussten immer wieder motiviert werden, an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilzunehmen. Es wurde wiederholt Skepsis deutlich, durch eigenes Engagement etwas bewirken zu können; auch gab es Kritik an der fremdbestimmten Zusammensetzung der Zirkel.

Die Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser hat nicht automatisch zur Folge, dass der zu Grunde liegende Ansatz sowie die Aufgaben in der Gesundheitsförderung allen Mitarbeiter/innen klar sind. Sie müssen immer wieder thematisiert werden; das Gleiche gilt für den Facettenreichtum von Gesundheitsförderung, die Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und Qualitätsmanagement und deren prozesshaften Charakter.

### **Fazit**

›Fürs Überleben einer Klinik wird Patientenorientierung immer wichtiger – diese ist aber nur über Mitarbeiterorientierung zu haben.« In diesem Sinne gelten Investitionen für Gesundheitsförderung auch als Investitionen in die Standortsicherung. Soll das Prinzip Gesundheitsförderung allerdings umfassend und nachhaltig eingeführt werden, so gilt es dauerhaft dezentrale Strukturen zu implementieren. Auch lokale Qualitätsbeauftragte können die Gesundheitsförderung mit befördern und verhindern helfen, dass Anforderungen ausschließlich an zentrale Gremien, wie den Steuerkreis gerichtet werden. Wichtig sei es auch, von Anfang an dienstgruppenübergreifend zu arbeiten.

Externe Begutachtungen sind hilfreich, um nach innen einen ›gesunden Druck‹ aufzubauen. Die Instrumente zur Selbstbeobachtung sollten allerdings auch um Aspekte der Gesundheitsförderung ergänzt werden; die Berücksichtigung entsprechender Kennzahlen ist so zum Beispiel mit der Einführung der Balanced-Score-Card geplant.

**Kooperationspartner**

- Frau Professor Dr. Anne-Marie Metz, Universität Potsdam
- AOK, DAK, Barmer Ersatzkasse Nauen
- IKK
- Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik Neuruppin
- Landesunfallkasse Brandenburg

**Ansprechpartnerin im Unternehmen**

Dr. Babette Dietrich, Öffentlichkeitsarbeit  
Havelland-Kliniken GmbH

Ketziner Straße 21

14641 Nauen

Telefon: 03321 421 011

E-Mail: [babette.dietrich@hvl-kliniken.de](mailto:babette.dietrich@hvl-kliniken.de)

[www.havelland-klinik.de](http://www.havelland-klinik.de)

**Literatur**

Gaede, Kirsten (2004): Arbeitsplatz mit Anti-Stress-Programm. In: Klinikmanagement aktuell, 12/2004, 56–58

Neuhaus, Kathrin; Metz, Anna-Marie(2005): Reduzierung psychischer Fehlbelastung bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung. In: Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, 141–155





# 3

## Gute Lösungen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten



### 3.1 ›Mensch-im-Mittelpunkt‹ (MiM) – Evangelische Altenhilfe Wichlinghausen

#### Die Einrichtung

Im Jahre 1991 überführte die Evangelische Kirchengemeinde Wichlinghausen das Gemarker Gemeindestift und das Altenheim Wichlinghausen in die Trägerschaft einer gemeinnützigen GmbH. Die Kirchengemeinde wurde alleiniger Gesellschafter. Ab 1994 wurde mit der bevorstehenden Einführung der Pflegeversicherung ein Organisationsmodell entwickelt, in dem pflegerische, ökonomische und ethische Aspekte zusammen gefasst werden sollten. Darüber hinaus sollte belegt werden, dass diakonisches Handeln und wirtschaftliches Denken keine Widersprüche sind, sondern sich gegenseitig ergänzende Notwendigkeiten.

Die Evangelische Altenhilfe Wichlinghausen gGmbH (EAW) bietet heute einer ganzheitlichen Sichtweise entsprechend ein umfassendes soziales Dienstleistungssystem im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, in dem der alte Mensch als Partner der Mitarbeiter/innen und nicht als zu betreuendes Objekt aufgefasst wird. Zu ihren Einrichtungen gehören die ›Villa am Diek‹ (Service-Wohnen), das Altenzentrum Gemarker Gemeindestift (mit Kurzzeitpflege), das Altenzentrum Wichlinghausen (mit Tagespflege), das Johann Burchard Bartels Haus (Altenheim Wupperfeld) und das Diakoniezentrum (Häusliche Pflege, Soziale Betreuung, Hausnotrufdienst, Mahlzeiten-dienst, Wäschedienst, Hauswirtschaftsdienst, Beratungsstelle Mobilé). 2007 wird ein Haus neu eröffnet.

Die Belegung liegt in den stationären Einrichtungen bei fast 100 Prozent; in den letzten Jahren hat es dabei umfangreiche Renovierungen, Neu- und Umbauten gegeben.

Die EAW hat rund 550 Beschäftigte. Sie versteht sich als Teil eines örtlichen und regionalen Unterstützungsnetzwerkes und beteiligt sich dementsprechend unter anderem am ›Runden Tisch der Pflege‹, an der kommunalen Pflegekonferenz der Stadt Wuppertal, der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und seit 10 Jahren am Evangelischen Altenhilfeverbund Wuppertal. Zwei teilnehmende Einrichtungen der EAW wurden im Rahmen der ›ÖKOPROFIT Betriebe Bergisches Städtedreieck‹ 2003/2004 ausgezeichnet.

#### Die Ausgangssituation

Auf Grundlage der Einrichtungsphilosophie erarbeiteten Mitarbeiter/innen aller Hierarchieebenen das Einrichtungskonzept ›Mensch im Mittelpunkt (MiM)‹. MiM ist ein dynamisches auf Lernen und Verändern ausgerichtetes Organisationsmodell und Dienstleistungssystem. Durch diesen ganzheitlichen und prozessorientierten Ansatz sollten bestehende Probleme beseitigt, zukünftige vermieden und ein sanfter Weg der Veränderung beschritten werden, auf dem Reibungsverluste minimiert werden und gewährleistet ist, dass Mitarbeiter/innen mit den steigenden Anforderungen mitwachsen können.

Durch MiM wurde analog zu den Leitungsebenen ein abgestuftes System von Steuerungsgruppen entwickelt und wurden unter anderem der Informationsfluss sowie eine Prozessorientierung und die Partizipation aller Mitarbeiter/innen beschrieben. Die intern besetzten Stabsstellen Qualitätsmanagement und Controlling (seit 1995) und Personalmarketing (seit 2001) sind auch beratend für Führungskräfte tätig.

Orientiert an der Einrichtungsphilosophie und an MiM wurde Anfang 1997 eine Projektgruppe gegründet, die aus dem Geschäftsführer, den Einrichtungsleitern, Mitarbeitervertretern und Mitarbeitern bestand. Sie stützte sich auf die Grundüberzeugung: Ein Mensch, der gerne zur Arbeit kommt, sich dort wohl fühlt und seiner Tätigkeit mit Freude nachkommt, erzielt nicht nur bessere Arbeitsergebnisse, sondern ist auch seltener krank als jemand, auf den diese Beschreibung nicht zutrifft. Das Ziel

war die Einführung eines umfassenden Gesundheitsmanagements in Einklang mit der Einrichtungsphilosophie, das innerbetriebliche Strukturen, Prozesse und das Arbeitsklima umfasst. Die Projektgruppe wollte gleichzeitig den steigenden Belastungen durch höhere Anforderungen und dem forcierten Handlungsbedarf zur Reduzierung von Fehlzeiten Rechnung tragen, der sich aus der marktwirtschaftlichen Orientierung, Sparmaßnahmen der Kostenträger und einem erhöhten Konkurrenzdruck ergab. Mitte 1997 begann die Kooperation mit dem Institut für betriebliche Gesundheitsförderung, Köln (BGF) der AOK.

### Die Vorgehensweise

Nachdem Anfang 1997 die Planungen durch die interne Projektgruppe in Anlehnung an die Einrichtungsphilosophie und unter Berücksichtigung der Kunden-, Mitarbeiter- und Prozessorientierung erfolgt waren, wurden Mitte 1997 die Projektgruppenergebnisse präsentiert und das Anwesenheits-Verbesserungsprogramms (AVP) verabschiedet. Ziel war es unter anderem, den relativ hohen Krankenstand (Basis: Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen) von damals 6,38 Prozent auf unter 4 Prozent zu senken. Die Mitarbeitervertretung unterstützte den Prozess.

Für die Analyse wurden interne Daten sowie AOK-Daten genutzt. Eine Arbeitsgruppe – sie ging bis zur Ebene der Teamleitungen – diskutierte mögliche Einflussgrößen für die Senkung des Krankenstandes, wie z.B. die Steigerung des sozialkompetenten Führungsverhaltens und Maßnahmen, z.B. Schulungen im Bereich der Moderation und der Mitarbeiterführung. Dabei gab es durchaus unterschiedliche Einschätzungen: So waren die Rückkehrgespräche nur auf Grund der Einbettung in die Gesamtkultur realisierbar.

Der Prozess der Bearbeitung wurde über Protokolle und Rückmeldungen in der Steuergruppe dokumentiert; in der Steuergruppe wurde auch die Zufriedenheit der am Projekt Beteiligten reflektiert.

Parallel dazu wurden die Strukturen und Prozesse zur Umsetzung von MIM und zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements weiter ausgebaut: Derzeit gibt es drei hierarchisch abgestufte Steuergruppen mit klar zugewiesenen Zuständigkeiten: So ist die Steuergruppe 1 für Innovationen, die ständige Verbesserung von Standards, die Einrichtung von Qualitätszirkeln und Projektgruppen, die Formulierung des Projektauftrags, die Beschreibung der Anforderungen aus dem Bereich Qualitätsmanagement und für die Evaluation zuständig; hier berichten die Projektleiter regelmäßig über die Zwischenergebnisse. Die Steuergruppe 2 hat die ständige Verbesserung und Aufrechterhaltung von Standards zur Aufgabe. Die Steuergruppe 3 kümmert sich – neben der ständigen Verbesserung und Aufrechterhaltung von Standards – vor allem um deren Umsetzung in der alltäglichen Arbeit. Während sich die Steuergruppen 1 und 2 wöchentlich treffen, tagt die Steuergruppe 3 mindestens jede zweite Woche. Außerdem gibt es eine Fülle von Qualitätszirkeln und Projektgruppen, deren Einrichtung zum Teil auch durch Teamleitungen angeregt wird.

Arbeits- und Gesundheitsschutz werden in das Qualitätsmanagement integriert. Zielsetzung dabei ist, die Gefährdungen und Belastungen zu minimieren und die Ressourcen der Mitarbeiter/innen im Bereich der körperlichen Gesundheit und Fitness sowie im Bereich der Personalentwicklung und Qualifizierung zu erschließen und weiter auszubauen. Mit den Schwerpunkten AVP, Vorsorgeuntersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen ist das Gesundheitsmanagement auch im Qualitätshandbuch beschrieben. Für die erfolgreiche Umsetzung wurden neue Kooperationen mit einem lokalen Betriebsarztzentrum und einer externen Fachkraft für Arbeitssicherheit vereinbart.

Die Arbeitsunfähigkeits-Statistik läuft inzwischen automatisch über das Dienstplanprogramm. Teambesprechungen, die systematische Auswertung der Rückkehrgespräche und die Gefährdungsanalyse liefern weitere Hinweise und aktuelle Informationen über Belastungen und Beanspruchungen der Mitarbeiter/innen. Für Ende 2005/Anfang 2006 wird darüber hinaus eine Kunden- und Mitarbeiterbefragung vorbereitet; sie soll auch



Fragen zum Gesundheitsmanagement und zur Zufriedenheit einbeziehen und zu einem regelmäßig eingesetzten Instrument werden, mit dem die Entwicklungen über einen längeren Zeitraum messbar werden.

Die Entwicklungen in der EAW allgemein sowie zur Projektarbeit und Gesundheitsförderung im Besonderen werden im ›KLARTEXT – Die Zeitung der Evangelischen Altenhilfe‹ dargestellt. KLARTEXT erscheint inzwischen vierteljährlich in einer 12-seitigen Ausgabe und geht allen Mitarbeiter/innen mit der Gehaltsabrechnung zu. Sie wird auch ins Intra-/Internet gestellt. Außerdem verfügt die EAW über ein ausgefeiltes Besprechungswesen und nutzt die EDV-gestützte Kommunikation per E-mail und Intranet, in jedem Team gibt es mindestens einen PC. Die Nutzung wird über Schulungen intensiviert und ausgebaut.

### **Ergebnisse und Effekte**

Die folgende Auswahl von Maßnahmen wurde im engeren Zusammenhang mit Gesundheitsförderung durchgeführt und beschrieben:

- Seminare und Workshops für leitende Mitarbeiter/innen (z.B. Moderationstechnik, Verbesserung des innerbetrieblichen Informationsflusses, Verbesserung von Führungsqualitäten und -verhalten)
- Einführung von Genesungsgesprächen
- Seminar für Teamleitungen ›Gesunde Gespräche‹
- umfangreiche Investitionen bei Arbeitsmitteln (Hubbadewannen, Hebelifter, Betten mit elektrischen Hebevorrichtungen zur Förderung des rückschonenden Arbeitens und zur Verbesserung der Arbeitsqualität)
- ergänzende Seminare zu rückschonendem Arbeiten.

Die Rückkehrgespräche werden in einem gestuften Verfahren durchgeführt, protokolliert und systematisch ausgewertet. Als zwischenzeitlich die Intensität beim Führen der Gespräche und bezogen auf die Protokolle gesunken war, wurde das im Qualitätszirkel mit den Teamleitungen besprochen, weitere Maßnahmen wurden abgeleitet. Zur Unterstützung der Durchführung wurden unter anderem Regeln zur Gesprächsleitung

und ein Gesprächsleitfaden erarbeitet.

Auch über das Verbesserungs- und Vorschlagwesen sowie Maßnahmenpläne wird sichergestellt, dass Anregungen der Mitarbeiter/innen und Lösungsvorschläge weiter bearbeitet werden.

Die Anzahl der Mitarbeiter/innen wurde nicht ausgebaut aber Inhalte, Rahmenbedingungen, Qualifizierung und Infrastruktur verbessert, um veränderten Anforderungen professioneller begegnen zu können. Die Qualität der geleisteten Arbeit wurde so deutlich verbessert und durchweg zeigen sich positive Effekte für Bewohner/innen und Kund/innen.

Es gibt eine geringe Fluktuationsquote, wenige Rückmeldungen über ein schlechtes Betriebsklima und eine hohe Teilnahmequote bei Festen und anderen Aktivitäten. Die Arbeitsatmosphäre zeichnet sich durch Teamgeist und gegenseitiges Vertrauen aus.

Personalentwicklung und Qualifizierung haben einen hohen Stellenwert und regelmäßige Fort- und Weiterbildungen werden als Voraussetzung für die erfolgreiche Qualitätsentwicklung betrachtet und kommuniziert. So nahmen 2003 beispielsweise 624 Mitarbeiter/innen an internen und externen Fortbildungen teil. 2004 nahmen rund 750 Mitarbeiter an Schulungen mit einer Gesamtstundenzahl von über 2500 Stunden teil. Die Fortbildungszeit ist in 98 Prozent der Fälle Arbeitszeit. In 99 Prozent der Fälle werden die Schulungen durch die EAW finanziert.

Auch das Fort- und Weiterbildungskonzept ist im Qualitätshandbuch ausführlich beschrieben und zur Ermittlung, Planung und Sicherung des Transfers in die Praxis wurden Standards erarbeitet. Die Fort- und Weiterbildung aller Teams wird anhand einer Mitarbeiter/innen Fortbildungsmatrix durch das Personalmanagement ausgewertet, bewertet und zum Jahreswechsel in der Steuergruppe 1 vorgestellt.

Nachdem sich der Krankenstand zunächst fast halbiert hatte, liegt er inzwischen relativ konstant über 4 Prozent. 2003 war mit der neuen Berechnungsgrundlage (Dienstplanprogramm) ein Krankenstand von 5,65 Prozent feststellbar. Nach Intensivierung des AVP konnte der Stand auf 4,58 Prozent reduziert werden. Allerdings ist anzumerken, dass in diesen Zahlen zwischen 35 und 40 ASSH (Arbeit statt Sozialhilfe) Kräfte enthalten sind, die eine deutlich höhere Fehlzeitenquote als die anderen Mitarbeiter/innen vorweisen (Krankenstand circa 7 %). Würden die ASSH Mitarbeiter/innen herausgerechnet, läge die Quote bei knapp 4,3 Prozent.

### **Erfolgsfaktoren**

Bereits ab 1995 wurde mit Beginn des MiM-Konzeptes die Partizipation von Mitarbeiter/innen über Qualitätszirkel und Projektgruppen angestrebt und zunächst die Führungskräfte mit Unterstützung von externen Partnern qualifiziert. Erklärtes Ziel und Orientierung war und ist es, sich zu einer lernenden Organisation zu entwickeln.

Die Mitarbeiter/innen sind gewohnt, dass die Vorgesetzten regelmäßig mit ihnen sprechen (z.B. Zielvereinbarungsgespräche, Teambesprechungen), und dass sie untereinander kommunizieren (z.B. im Rahmen interner Audits durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter/innen der eigenen Einrichtung, in Projektgruppen und Qualitätszirkeln); hilfreich ist dabei auch die Anwendung der Moderationstechnik sowie ein durchgängiges Besprechungs- und Dokumentationswesen. Die Personalauswahl belegt, dass Mitarbeiter/innen in der eigenen Einrichtung aufsteigen können.

Die Themenfelder Unternehmenskonzept, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, Fort- und Weiterbildung sowie Gesundheitsförderung werden zusammen gedacht und übergreifend bearbeitet. Gesundheitsmanagement kann so zu einer kontinuierlichen Aufgabe werden, die selbst kontinuierlich verbessert wird.

### **»Hemmende« Faktoren**

Die EAW zeichnet sich durch eine hohe Entwicklungsdynamik aus und hat in den vergangenen Jahren eine Reihe anderer Einrichtungen integriert, deren Mitarbeiter/innen durch unterschiedliche Kulturen, Umgangsformen, Strukturen und Prozesse

geprägt sind. Diese wirken zunächst auch bei der Zugehörigkeit zu einem neuen Träger nach. Ungleichzeitigkeiten in der Entwicklung sind eine natürliche Folge daraus.

### **Fazit**

Ausgangspunkt war der Grundgedanke, dass betriebliches Gesundheitsmanagement nur Erfolg versprechend ist, wenn es in einem ganzheitlichen Ansatz eingebettet ist. Strukturen, Prozesse und Arbeitsklima müssen gesundheitsfördernd sein; die Einrichtungsphilosophie und das Konzept MiM bilden dafür einen angemessenen Rahmen.

In der Komplexität des Ansatzes sowie der Entwicklungsdynamik des Unternehmens verbunden mit der Ausweitung der Angebotsstruktur liegt unter Umständen eine besondere Aufgabe und Herausforderung für die Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements in der EAW.

### **Kooperationspartner**

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung GmbH Köln

### **Ansprechpartner im Unternehmen**

Andreas Krapiau

Personalmarketing der EAW

Stollenstr. 2–6

42277 Wuppertal

Telefon: 0202 2529-334

Fax: 0202 2529-333

E-Mail: [Krapiau@ev-altenhilfe.de](mailto:Krapiau@ev-altenhilfe.de)

<http://www.ev-altenhilfe.de>

### **Literatur**

Schrader, Steve (2004): Weit mehr als Sicherheit. In: Häusliche Pflege, September 2004, S. 22–25

EAW: Menschen im Mittelpunkt – Das MiM-Konzept, 2005





## 3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement in den Sozialdiensten der Volkssolidarität Berlin gGmbH

### Die Einrichtung

Die Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH wurde am 28.10.1999 gegründet; sie ist eine Tochtergesellschaft des Landesverbandes der Volkssolidarität Berlin e.V. und Mitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V. Die Gesellschaft arbeitet in verschiedenen regionalen Netzwerken und geronto-psychiatrischen Verbänden und engagiert sich überregional unter anderem im Bundesverband der Volkssolidarität e.V.

Die Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH betreiben:

- sieben Sozialstationen
- drei Pflegewohnheime
- drei Wohnanlagen für ›Wohnen mit Service‹
- eine Tagespflegeeinrichtung
- und betreut in Kooperation mit einem anderen Pflegedienst drei Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Demenz

Die insgesamt 650 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreuen circa 1600 Klient/innen in der Stadt.

### Die Ausgangssituation

›Qualität der Arbeit‹ war von Anfang an ein zentrales Thema in der Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH. Um eine hohe Qualität in der Pflege, Betreuung und Versorgung zu gewährleisten, eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu garantieren und die Kundenzufriedenheit zu sichern, wurde im Unternehmen ein Qualitätsmanagementverfahren implementiert.

Alle ambulanten Dienste sind seit 2000, die stationären seit 2004 nach DIN EN ISO-9001 zertifiziert. Die SQ Cert GmbH und der Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. haben der Sozialdienste gGmbH für die Bereiche ambulante und stationäre Pflege, Betreuung und Versorgung das Paritätische Qualitäts-Siegel – 1. Stern – verliehen. Derzeit bewerben sich die ambulanten Dienste um den zweiten Stern: sie haben die ISO-9001 um Elemente aus dem EFQM ergänzt.

Die Sozialdienste gGmbH ist Mitglied der PARITÄTISCHEN Qualitätsgemeinschaft Ambulante Dienste; für diese Gemeinschaft wurde mit der AOK Berlin erstmals 2000 ein Vertrag abgeschlossen, in dem besondere Qualitätsleistungen durch einen Qualitätszuschlag honoriert werden.

Die Qualitätsvereinbarungen haben Auswirkungen auf die personelle Ausstattung, die Qualifizierung und den Arbeitsalltag der Mitarbeiter/innen: So gibt es beispielsweise in jeder Station und übergreifend eine Vollzeitstelle für Qualitätsmanagement und werden Mitarbeiter/innen orientiert an den jeweiligen Erfordernissen geschult. Es gibt regelmäßig stattfindende Teamsitzungen, Fallbesprechungen, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kundenbefragungen und ein abgestimmtes Beschwerdemanagement sowie eine Übernahme von hilfreichen Veränderungsvorschlägen für alle Stationen.

Die Mitarbeiter/innen waren und sind in diesem Zusammenhang mit zahlreichen neuen Anforderungen konfrontiert, sie werden (individuell) unterstützt und reagieren inzwischen sehr flexibel auf Veränderungen

Durch die Beteiligung am Projekt ›Kompetenzentwicklung – Betriebliches Gesundheitsmanagement‹, erhoffte man sich unter anderem weitere Impulse für die Personalentwicklung und Krankenstandsentwicklung.

Das Projekt (Laufzeit: 10/2001 – 12/2005) wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Europäischen Sozialfonds gefördert; das Projektmanagement wurde der Arbeitsgemeinschaft betriebliche Weiterbildungsforschung (ABWF) e.V. mit Sitz in Berlin im Rahmen des Projekts Qualifikations-Entwicklungs-

Management (QUEM) übertragen. Im Vordergrund des Netzwerkes stehen die Bündelung von Know-how, die Überprüfung bereits vorhandener Ansätze im Gesundheitsmanagement sowie die Entwicklung neuer Ideen, die Verknüpfung mit bestehenden Managementsystemen und die Erarbeitung eines Handlungsleitfadens Gesundheitsmanagement. Mit im Boot ist auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

### Vorgehensweise

Die Netzwerkkoordination für die Führungspersonen aus verschiedenen Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen erfolgt zentral über Seminare, Workshops, Meetings und bilaterale Kontakte. Neben der Gesamtsteuerung des Projektes geht es dabei auch um Analysen des Ist-Zustandes sowie der Rahmenbedingungen für den Know-How-Transfer, um Prozessberatung, Qualifizierung und Evaluation.

Beteiligt sind folgende Einrichtungen aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern:

- Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH
- Pflege- und Betreuungsdienste ›Sozius‹, Schwerin
- Belegkrankenhaus ›Klinik Hygiea‹ in Berlin
- DRK-Klinikum Luckenwalde
- Altenpflegeheim ›Abendsonne‹, Berlin

Es gilt das Prinzip, dass die Netzwerke vor Ort vom übergreifenden Netzwerk lernen. Dafür wurde zwischenzeitlich unter anderem auf Grundlage einer Weiterbildungsbedarfsermittlung ein gemeinsames Fortbildungsprogramm entwickelt, das 2005 elf Maßnahmen enthält. Das Fortbildungsprogramm umfasst z.B. Themen wie die Durchführung von Arbeitsplatzanalysen, Motivation als Führungsaufgabe, Gestaltung von Teamentwicklungsprozessen, Konfliktmanagement, Moderation- und Gesprächsführungstechniken, Stressbewältigungskonzepte und Ähnliches mehr.

Nach einer Bedarfsanalyse der Netzwerkpartner wurden folgende Handlungsfelder ausgewählt

- Gesundheitsquote durch verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen erhöhen
- Mitarbeiterzufriedenheit und Betreuungsqualität verbessern
- Teamentwicklungsprozesse initiieren und/oder weiter befördern
- Verbesserung der Gesprächskultur unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Bezogen auf die Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit in den Sozialdiensten der Volkssolidarität Berlin gGmbH bedeutete das

- Gesundheitsquote erhöhen und stabilisieren
- Arbeitszufriedenheit und Motivation verbessern
- Betreuungsqualität auf hohem Niveau halten und erhöhen
- Verbesserungsvorschläge entwickeln
- Arbeitsprozesse optimieren
- Kompetenz im Umgang mit Belastungen und deren Verarbeitung entwickeln
- Benchmark/Vergleiche zwischen den Stationen.

In der Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH wurde eine Steuerungsgruppe gegründet an der die Geschäftsführung, die Pflegedienstleitungen, der Betriebsrat, die Qualitätsbeauftragten und die Sachbereichsleitung beteiligt sind. Sie hat die Gesamtleitung für das interne Projektmanagement. Hier wird die konzeptionelle Arbeit geleistet, Maßnahmen werden geplant, umgesetzt, begleitet und evaluiert.

Die Steuerungsgruppe wird extern unterstützt. Durch die externen Partner werden auch die Gesundheitszirkel in den Sozialstationen betreut und Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt.

Folgende Maßnahmen wurden seit Projektbeginn durchgeführt:

- Fortbildungsreihe für Führungskräfte zur Entwicklung von Methodenkompetenz und sozialer Kompetenz (11 Einheiten, je 1 1/2 – 2 Tage)
- Teilnahme aller Führungskräfte am BGW-Seminar zum Thema Arbeits- und Gesund-

- heitsschutz als Führungsaufgabe
- Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung (Durchführung im 1 1/2-jährigen Rhythmus)
- Konzept und Seminar < Mitarbeitergespräche motivierend führen >
- Konzept und Steuerungsstruktur für alle Sozialstationen > Betriebliches Gesundheitsmanagement <
- Seminar > Betriebliches Gesundheitsmanagement <
- Seminar eins und zwei > Prävention von Rückenerkrankungen <
- Projekte in den Sozialstationen:
  - Gesundheitsgespräche motivierend führen
  - Personalentwicklungsgespräche (incl. zielorientiertes Fortbildungsprogramm)
  - Arbeitssituationsanalysen
  - Teamentwicklung
- Moderatorenschulung > Betriebliche Gesundheitszirkel <
- Gesundheitszirkel in sechs Sozialstationen (die siebte gehört erst seit dem 01.04.2005 zur Gesellschaft)  
Zur > Prävention von Rückenerkrankungen < wird beispielsweise in Kooperation mit Physiotherapeuten aus dem regionalen Umfeld in allen sieben Stationen im Frühjahr ein Kurs für jeweils zehn bis fünfzehn Mitarbeiter/innen angeboten; im Herbst wird die Maßnahme im gleichen Umfang erneut durchgeführt.

Die Gesundheitszirkel werden protokolliert und von den Sozialarbeitern moderiert. Sie wurden in einem Training auf diese Aufgabe vorbereitet und haben Gelegenheit zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Angeregt durch die Gesundheitszirkel fanden bisher beispielsweise Umstrukturierungen statt, wurden Tourenpläne angepasst, Regenbekleidung beschafft. Durch die Umgestaltung von Räumlichkeiten und die damit verbundene Schaffung von Rückzugsarbeitsplätzen sowie die Einrichtung eines neuen Beratungsraumes wurde die Kommunikation verbessert und die Beratungsfrequenz des Betriebsrates in den Stationen erhöht.

Die Ergebnisse der Gesundheitszirkel wurden übrigens jeweils mit allen Zirkelmitgliedern der multiprofessionellen Teams und dem Geschäftsführer sowie der Sachbereichsleiterin der Ambulanten Dienste erörtert.

Analog zum Vorgehen im Qualitätsmanagement erfolgt die Auswertung von Maßnahmen generell nach dem PDCA-Prinzip (plan-do-check-act), dabei kommen unterschiedliche Verfahren und Instrumente zum Einsatz, wie z.B. Fragebögen für die Auswertung der Seminare oder interne Audits. In ein internes Benchmarkingverfahren werden Faktoren wie Fluktuation, Teilnahme an Fortbildungen etc. einbezogen. Jährlich beteiligen sich die Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH aber auch an einem bundesweiten Benchmark der Volkssolidarität und an einem Betriebsvergleich der Bank für Sozialwirtschaft – Service GmbH.

Ein Arbeitskreis Marketing und Öffentlichkeitsarbeit trifft sich alle vier bis fünf Wochen, wählt Themen aus und vergibt Rechercheaufträge an die einzelnen Teams. Die Ergebnisse werden in der Arbeitsgruppe wieder zusammengefasst und an die Geschäftsführerrunde weitergeleitet, die über das strategische Marketing entscheidet.

## Ergebnisse und Effekte

Die Zwischenergebnisse im Überblick:

- Verhältnispräventive Maßnahmen wurden umgesetzt, z.B. Umgestaltung von Räumlichkeiten, zusätzliche Anschaffung von Computern, Personaleinsatz
- Verhaltenspräventive Maßnahmen wurden umgesetzt, z.B. Teilnahme an Weiterbildung zur Prävention von Rückenerkrankungen, Zirkel zu Regeneration
- Krankenstand durch Umsetzung der Konzepte gesenkt
- Instrument > Mitarbeitergespräche motivierend führen < wird positiv von Mitarbeiter/innen angenommen
- Gesprächskultur und Mitarbeiterzufriedenheit wurden verbessert
- Teamzusammenhalt wurde verbessert



- Identifikation mit dem Unternehmen und dem Verband der Volkssolidarität wurde erhöht.

Außerdem gibt es seit 1 1/2 Jahren Laufbewegungsgruppen, an denen circa 25 Mitarbeiter/innen im Alter von 22 bis 58 Jahren aus allen Hierarchieebenen beteiligt sind. Die Laufbewegungsgruppen nehmen unter anderem an Spendenläufen (z.B. zu Gunsten des Herzzentrums Berlin für herzkrankte Kinder), an Firmenstaffeln und auch an nationalen Laufevents teil.

### Erfolgsfaktoren

Als Kriterien für den Erfolg des Netzwerkprojektes werden benannt

- Akzeptanz und Unterstützung durch die Geschäftsführung
- Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat
- Schaffung von internen Strukturen und Prozessen für das betriebliche Gesundheitsmanagements, z.B. durch Aufbau der Steuergruppe
- aktive interne Öffentlichkeitsarbeit
- bedarfsbezogene und zielgruppenbezogene Weiterbildung
- Aufbau eines Moderatorenpools und Erfahrungsaustausch zwischen den Moderatoren
- Kooperationspartner BGW; externer Input und Beratung, externe Unterstützung und Erfahrungsaustausch unter den Netzwerkpartnern
- personelle und finanzielle Ressourcen und die Nutzung interner Räumlichkeiten für Fortbildungen.

Gleichermaßen förderlich für das Qualitäts- und Gesundheitsmanagement ist insgesamt, dass versucht wird, »Lernorte zu entgrenzen«. Das bedeutet zum einen, Lernen wird vielfach Vor-Ort und im unmittelbaren Praxiszusammenhang organisiert. Zum anderen wird die Expertenkompetenz derer, die für neue Aufgaben qualifiziert wurden, unmittelbar angewendet, und die »neuen« Experten qualifizieren wiederum ihre Kolleginnen und Kollegen. Außerdem werden die eigenen institutionellen Grenzen und Perspektiven ausgeweitet, in dem Mitarbeiter/innen bei institutionen-übergreifenden



Fragestellungen, wie beispielsweise der Pflegeüberleitung eine Zeit lang in den kooperierenden Einrichtungen arbeiten.

Konsequent wird auch die externe Anerkennung des Erreichten angestrebt: So ist für 2006 die Anerkennung im Rahmen des BGW-Angebotes ›qu.int.as – Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz‹ projektiert.

### Fazit

Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität waren bezogen auf die Entwicklung von Strukturen und Prozessen (z.B. Besprechungswesen, Beschwerdemanagement, Fortbildungen, Partizipation vieler Mitarbeiter/innen bei Veränderungen) schon Weichen gestellt,

die auch für die erfolgreiche Implementierung eines Gesundheitsmanagements bedeutend sind. Die Unternehmensleitung bringt ihre Wertschätzung für das Gesamtkonzept auf vielfältige Weise zum Ausdruck.

Gleichzeitig wird die Bedeutung der externen Unterstützung hervorgehoben; ohne sie sei das Ganze nicht zu schaffen. Die Beteiligung am überregionalen Projekt hatte zur Folge, dass durch den Austausch auf kollegialer Ebene und durch die Beteiligung der Berater und anderer externer Kooperationspartner erhebliche Synergieeffekte erzielt und zusätzliche Ressourcen erschlossen werden konnten.

### Kooperationspartner

BGW, motio und ANIMO-ART, Berlin

### Ansprechpartnerin im Unternehmen

Sylvia Svoboda

Sachbereichsleitung Ambulante Dienste

Volkssolidarität Berlin gGmbH

Alfred-Jung-Str. 17

10367 Berlin

Telefon: 030 30869216

Fax: 030 55493828

E-Mail: [sylvia.svoboda@volkssolidaritaet.de](mailto:sylvia.svoboda@volkssolidaritaet.de)

[www.volkssolidaritaet.de](http://www.volkssolidaritaet.de)

### Literatur:

Jäkel, Lutz (2003): Netzwerke als arbeitsnahe Lernform und neue Lernkultur. Das Netzwerk ›Betriebliches Gesundheitsmanagement‹. In: QUEM-BULLETIN 5/2003, 6–12



### 3.3 Gesundheitsprogramme für die Mitarbeiter/innen und Auszubildenden in Mönchengladbacher Altenheimen

#### Die Einrichtung

Die Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH wurde 1995 aus dem Amt für Altenhilfe gegründet und ist eine 100-prozentige Tochtergesellschaft der Stadt. Seit dem hat sich die Sozial-Holding als innovatives Unternehmen insbesondere im Bereich der Altenhilfe profiliert und mit verschiedenen Projekten und Veröffentlichungen bundesweit einen Namen gemacht (z.B. zu EFQM in der Altenhilfe; Demenz). Im Mittelpunkt des Handelns stehen die Menschen, die die angebotenen Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Ihnen will das Unternehmen verlässlich hohe Qualität bieten.

Mit ihren fünf Tochtergesellschaften bietet die Sozial-Holding den Bürgern Mönchengladbachs ein breites Spektrum an sozialen Dienstleistungen. Die Altenheime GmbH ist die größte Tochter und Träger der fünf städtischen Altenheime. Hier leben rund 580 Bewohnerinnen und Bewohner; fast ebenso viele Personen arbeiten in der Pflege und Betreuung.

Insgesamt zählt die Sozial-Holding circa 870 Beschäftigte.

#### Die Ausgangssituation

Das Motiv zur Einführung eines Gesundheitsmanagementsystems lag für die Sozial-Holding nicht in einem erhöhten Krankenstand, sondern vielmehr in der Erfahrung, dass sich am Krankenstand tatsächlich etwas verändern lässt. So hatte die Einführung flexibler Arbeitszeiten in der Pflege im Jahr 2001 die Fehlzeiten spürbar reduziert.

Die Auswertungen der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigten aber auch, dass der Krankenstand im Bereich der Pflege – der im Vergleich zur Branche und Region normal ist – gut dreimal so hoch lag wie im Verwaltungsbereich.

Darüber hinaus gab es aber eine Reihe weiterer Motive, wie z.B.

- der drohende Fachkräftemangel in der Altenpflege
- eine alternde Beschäftigtenstruktur
- die Korrelation zwischen Motivation und Fehlzeiten
- die Zunahme psychischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, die sich auch aus der veränderten Bewohnerstruktur ergibt
- attraktivere Gestaltung der Arbeitsplätze auch durch mehr Transparenz und erweiterte Handlungsspielräume für die Beschäftigten.

Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse galt Gesundheitsförderung somit aus Sicht des Managements als ein wichtiges Instrument qualifiziertes Personal zu halten, zu fördern und sich für (potenzielle) Kund/innen und Mitarbeiter/innen als modernes Dienstleistungsunternehmen am Markt zu positionieren.

Gesundheitsförderung wurde von vorneherein als ständige Aufgabe implementiert. Verankert im Unternehmensleitbild, wird Gesundheitsförderung als Teil des Qualitätsmanagements sowie der Personalbetreuung und -entwicklung betrachtet und bei allen Unternehmensentscheidungen berücksichtigt. Sie erfolgt in engem Zusammenhang und Abstimmung mit weiteren qualitätssichernden Maßnahmen, innerbetrieblichen Fortbildungen oder dem internen und externen Benchmarking.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird von Geschäftsführung, Personalleitung und Betriebsräten gleichermaßen unterstützt und getragen. Auch deshalb konnten und können viele Ideen spontan und auf kurzem Wege umgesetzt werden.

#### Vorgehensweise

Im Januar 2002 startete die Gesundheitsförderung mit einer Befragung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Befragung wurde durch das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland durchgeführt. Die Befragung erfolgte getrennt nach den Bereichen Service, Verwaltung und Pflege; der Rücklauf der auswertbaren



Fragebögen lag bei 60 Prozent.

Gleichzeitig starteten die ersten Angebote, die das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten wecken sollten. Dazu gehörte der Apfel: Das Angebot an alle Beschäftigten, sich täglich einen Apfel aus den Obstkörben in den Pausenräumen zu holen, löste zunächst vielfältige und auch kritische Reaktionen aus, die zeigten, dass die Mitarbeiter/innen mehr brauchen.

Eines wurde aber unmittelbar erreicht: alle wussten, dass die Gesundheitsförderung gestartet war. Der Apfel soll die Beschäftigten daran erinnern, die Gesundheit im Alltag nicht zu vergessen. In diesem Sinne wurde er zum Logo und Symbol der Gesundheitsförderung. Er steht aber auch für den ›Biss‹, den Willen und den langen Atem, den eine nachhaltige Gesundheitsförderung braucht.

Nach Vorlage der Befragungsergebnisse nahm der Lenkungsausschuss Gesundheit im Mai 2002 seine Arbeit auf. Ihm gehören die Geschäftsführung, Personalleitung, Betriebsräte, Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit an. Zu seinen Aufgaben gehören die strategische Ausrichtung der Gesundheitsförderung und die Reflexion über die eingesetzten Instrumente, über Ergebnisse und Erfahrungen aus den Aktivitäten.

Moderiert wird der Lenkungsausschuss durch einen Mitarbeiter des BGF-Instituts.

Der Lenkungsausschuss Gesundheit legte folgende fünf Ziele fest, die mit der Gesundheitsförderung erreicht werden sollen und die mittlerweile bereits weitgehend umgesetzt wurden:

- spürbare Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation mit Hilfe des Gesundheitsprogramms
- Reduzierung der Krankentage bis zum 30.6.2003 um 1,5 Prozentpunkte
- Verringerung der Zahl der mehrfach erkrankten Kolleginnen und Kollegen durch ›Informationsgespräche nach Abwesenheit‹, die in allen Bereichen des Unternehmens eingeführt werden sollen
- Einführung der Gesundheitszirkelarbeit, in die möglichst alle Beschäftigten mit einbezogen werden, um interne Probleme für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter





transparent und dadurch lösbar zu machen

- Gestaltung zentraler Pausenräume in allen Häusern mit dem Ziel, dass die individuelle Entspannungs- und Erholungsfähigkeit zunehmen kann und die Arbeitsplatzzufriedenheit steigt.

Darüber hinaus sollen die Kosten durch Arbeitsausfall sinken, die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der angebotenen Dienstleistung gewährleistet, Arbeitsplätze nach ergonomischen Erkenntnissen gestaltet, das Betriebsklima verbessert, die Arbeitsmotivation erhalten und gefördert, die Lebensqualität aller Beteiligten erhöht und das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Mitarbeiter/innen verbessert werden.

Gesundheitszirkel werden in der Sozial-Holding als ein wichtiges Element der Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen des Qualitätsmanagements mit Hilfe des EFQM-Modells aufgefasst. Das macht aus Sicht des Managements die zeitlich und personell aufwändige Form der Gesundheitszirkelarbeit sinnvoll.

Die Gesundheitszirkelarbeit begann im Juni 2002 und inzwischen wurden in jedem der fünf Altenheime, im Verwaltungsbereich und in der Zentralküche Zirkel installiert.

In 6 Sitzungen sammelt jeweils eine Gruppe von circa 5–6 Mitarbeiter/innen Mängel und Ärgernisse in der täglichen Arbeit, durch die sie und ihre Kolleginnen vor Ort belastet sind, und entwickelt Lösungsvorschläge. Die Zirkelarbeit wird moderiert und protokolliert. Die Mitarbeiter/innen sind angehalten, die laufenden Protokolle mit ihren Kolleginnen auf Vollständigkeit zu prüfen. Auf diese Weise werden sie zu Multiplikatoren für das Gesundheitsthema.

Ausgehend von den Befragungsergebnissen werden in der Zirkelarbeit jeweils vier Belastungsbereiche berücksichtigt:

- Umgebung und Gestaltung des Arbeitsplatzes (Stichworte sind: Ausstattung und Benutzbarkeit von Hilfsmitteln / bauliche Mängel etc.)
- Arbeitsorganisation (Dienstplangestaltung / Fortbildungen / Kooperation zwischen verschiedenen Bereichen)
- Kommunikation und Informationsweitergabe (Anzahl und Qualität der Besprechun



gen, Informationswege, Klarheit und Gültigkeit von Informationen)

- Führung und Vorgesetztenverhalten (Umgang mit Kritik, Anerkennung und Lob).

Nachdem sich im Gesundheitszirkel ausschließlich Mitarbeiter/innen ohne Führungsaufgaben verständigen, werden bei der Aktionsplanung die einzelnen Punkte, die der Gesundheitszirkel zusammengetragen hat, mit den Führungskräften im Haus diskutiert. In diesem erweiterten Gesundheitszirkel werden aus Lösungsvorschlägen konkrete Aktionspläne mit festen Zeitschienen und Zuständigkeiten. Das darüber erstellte Protokoll bildet die Grundlage für ein Review. Hier trifft sich der erweiterte Gesundheitszirkel nach 6 Monaten erneut, um die Umsetzung der Aktionspläne zu überprüfen.

Inzwischen wurde diese Form der Mitarbeiterbeteiligung durch ein strukturiertes Vorschlagswesen dauerhaft ergänzt.

Außerdem wurde erstmalig ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm für die Altenpflegeausbildung konzipiert und von November 2002 bis April 2004 mit den Schülern und Dozenten des Fachseminars für Altenpflege umgesetzt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und die AOK-Rheinland unterstützten das Projekt finanziell.

Mit Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes im August 2003 ist die Gesundheitsförderung übrigens auch fest in die theoretische Altenpflegeausbildung integriert. (Vollständiger Projektbericht unter [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de))

Die Evaluation erfolgt in der Sozial-Holding über unmittelbare Kommunikation, über den Austausch im Lenkungsausschuss, über Umsetzungskontrolle der Aktionsplanungen, über Kosten-Nutzenanalysen und Befragungen. So findet beispielsweise alle zwei Jahre eine Mitarbeiterbefragung über das Benchmarking statt, in die Fragen zur Gesundheitsförderung integriert wurden.

Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit sind Grundvoraussetzungen dafür, dass die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sinnvoll und nachhaltig sind. Die Mitarbeiter/innen werden regelmäßig über Gesundheits-Infos auf dem Laufenden gehalten. Die Information über die gesundheitsfördernden Aktivitäten erfolgt über die jeweiligen Vorgesetzten an die Mitarbeiter/innen sowie über Aushänge in allen Einrichtungen an den »grünen Brettern«. Ein wichtiges Instrument ist auch die Unternehmenszeitung »So (Ho) isse!«, sie wurde parallel zur Einführung der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen, erscheint halbjährlich und wird an alle Mitarbeiter/innen persönlich abgegeben.

### Ergebnisse und Effekte

Zunächst eine Auswahl der Maßnahmen im Überblick:

- jeder Mitarbeiter erhält täglich einen Apfel
- Möglichkeit, regelmäßig eine Massage am Arbeitsplatz (Ortho-Bionomy-Verfahren) in Anspruch zu nehmen
- Aufbau von acht Gesundheitszirkeln in verschiedenen Arbeitsbereichen
- Realisierung der Aktionspläne und regelmäßige Umsetzungskontrolle
- Gestaltung der Pausenräume und weitere ergonomisch begründete Umbauten
- umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm zur fachlichen und persönlichen Qualifikation
- Schulung der Führungskräfte in Führungswerkstätten
- Einführung von Mitarbeitergesprächen

- Teamorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Kommunikation (z.B. Möglichkeit der Teamsupervision)
- flankierende praktische Gesundheitsangebote, z.B. Ernährungs- und Raucherentwöhnungskurse, Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
- Rückenschule und teamorientierte Schulungen zum richtigen Heben und Tragen
- Betriebssport, Kooperation mit Fitnesszentrum
- als besonderes Projekt: Ein Gesundheitsprogramm für die Auszubildenden wurde entwickelt und erfolgreich umgesetzt.

Die Massage am Arbeitsplatz: Die Sozial-Holding stellt ihren Mitarbeiter/innen eine kostenlose Behandlung nach dem Prinzip Ortho-Bionomy® am Arbeitsplatz zur Verfügung. Pro Woche können sich 20 Mitarbeiter/innen zu einer Behandlung, die in der Pausenzeit stattfindet, anmelden. Das Angebot wird gerne genutzt und vermittelt jedem Einzelnen einen Moment der Entspannung. Die Beschäftigten entwickeln mehr Aufmerksamkeit und Gespür für die Gesundheit und füreinander. Die Masseurin berät und macht aufmerksam, wo ein Arztbesuch ratsam erscheint; so konnten bereits schwer wiegende Eingriffe vermieden werden.

Die Rückenschule wurde nicht im gewünschten Maße angenommen. Hier zeigten sich auch Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein Arbeitgeber kann Angebote machen und einladen, aber nicht verpflichten.

Die Pausenräume: Aufgrund der Veränderung der Bewohnerstruktur in den Altenheimen – heute ist ein Großteil der Menschen altersverwirrt oder dement – nimmt auch die psychische Belastung zu. Umso wichtiger ist es, dass Mitarbeiter/innen in ihrer Pausenzeit Abstand gewinnen und Ruhe finden können. Daher wurden in allen fünf Altenheimen sukzessive die Pausenbereiche umgestaltet. Wesentlich war die Beteiligung der Mitarbeiter/innen: so wurde auch der Wunsch nach einem Punching-Ball zum Abreagieren durchaus ernst genommen.

Fachliche Qualifikation: Es ist eine wesentliche Aufgabe betrieblicher Gesundheitsförderung, fachliche Qualifikation zu erhalten und zu fördern. Denn das Gefühl, mit den Anforderungen seines Berufes überfordert zu sein, erzeugt Stress und macht auf Dauer krank. Übrigens formulierten Mitarbeiter/innen im Gesundheitszirkel es genau so: Fachwissen hilft!

Neben speziellen Fortbildungen, z.B. zum Umgang mit zunehmend verwirrten Bewohner/innen, wurden alle Mitarbeitergruppen in der Sozial-Holding auch über die Ziele und Inhalte der Gesundheitsförderung informiert. Sie sollen lernen, ihre Motivation nicht durch ›Arbeiten bis zum Umfallen‹ zu beweisen, sondern den Kund/innen und Bewohner/innen mit Gelassenheit und fachlicher Kompetenz begegnen können.

Die Arbeit in Gesundheitszirkeln wurde rasch und systematisch implementiert. Sie wird laufend an die vorhandene und sich entwickelnde Kultur der Kommunikation und Kooperation angepasst und vor dem Hintergrund weiterer Anforderungen reflektiert. In jedem Zirkel der ersten Runde wurden 42–60 Maßnahmen geplant. Diese reichten vom fehlenden Wäschesack bis zum Umbau von Duschen. Mindestens 60 Prozent der Vorschläge wurden jeweils innerhalb eines halben Jahres umgesetzt. Dabei wurden auch kostenintensive Investitionen nicht gescheut. Wie bereits die Befragung zeigte, wurde auch hier das Betriebsklima und Vorgesetztenverhalten erfreulich positiv bewertet.

Insgesamt erfolgte die Reduktion des Krankenstandes nicht im erhofften Maße. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Beanspruchungen ist die Konsolidierung des Krankenstands aber bereits ein Erfolg und die Mitarbeiterzufriedenheit konnte gesteigert werden.

Gesundheitsförderung ist in den Köpfen der Beschäftigten etabliert. Sie erleben in der Zirkelarbeit, dass ihre Anregungen und Ideen, aber auch ihre Kritik ernst genommen werden. Entscheidungen werden nachvollziehbar. Die Zirkelarbeit führt den Mitarbeitern allerdings auch ihre eigene Betriebsblindheit vor Augen. So geht von einer umgesetzten Verbesserung in mehrfacher Hinsicht ein Lerneffekt aus. Die Mitarbeiter/innen beginnen, ihre Arbeitsorganisation zu hinterfragen. Die Teams lernen, gemein-

sam zu überlegen, wie sich Belastungen im Zusammenhang mit der Arbeit vermeiden oder abbauen lassen. Und auch teamübergreifend soll der Austausch über gute Lösungen für die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen intensiviert werden. Über die Zirkelarbeit verbreitet sich das Bewusstsein, dass Gesundheit eine wichtige Ressource ist – für jede und jeden Einzelnen, aber auch für den Arbeitgeber.

### »Hemmende« Faktoren

Im Unternehmen fanden zeitgleich Umstrukturierungsprozesse, qualitätsbezogene Einzelprojekte sowie Baumaßnahmen statt, wodurch Mitarbeiter/innen und Vorgesetzte zusätzlich gefordert und manchmal auch überfordert waren. So ist z.B. die Multiplikatorenwirkung der Gesundheitszirkelarbeit in den Teams schwer realisierbar, weil die Zeit für den Austausch insgesamt begrenzt und für fachliche Themen reserviert ist.

Zu Beginn der Zirkelarbeit zeigten sich Mitarbeiter/innen in Bezug auf die Umsetzungschancen mancher Vorschläge zum Teil sehr skeptisch. Dies konnte erst durch die sichtbaren Ergebnisse widerlegt werden. Einige der in den Zirkeln angesprochenen Probleme waren bereits in Bearbeitung: diese Information fehlte aber vielen Mitarbeiter/innen. Hier zeigte sich, wie wichtig Transparenz ist, um Frustration und Resignation bei den Beschäftigten zu vermeiden. Insgesamt waren und sind Vorschläge zur Verbesserung von Kommunikation und Informationsfluss schwieriger umzusetzen als beispielsweise ergonomische Maßnahmen.

Für einige galt es auch mit der Vorstellung aufzuräumen, ein Arbeitgeber wolle sie letztendlich nur ausnutzen. Der Wert qualifizierter und engagierter Mitarbeiter/innen für ein Unternehmen muss daher den Beschäftigten selbst erst deutlich gemacht werden. Es zeigte sich auch, dass erfolgreich umgesetzte Projekte und erreichte Ziele im Alltagsgeschäft untergehen und schnell in Vergessenheit geraten. Es ist aber wichtig und auch gesundheitsfördernd, zu sehen und entsprechend zu feiern, was gemeinsam geleistet wurde.

### Erfolgsfaktoren

Folgende Faktoren trugen aus Sicht der Koordinatorin besonders zum Erfolg der BGF bei:

- innerbetrieblicher Motor und aktive Beteiligung der Unternehmensführung
- förderliche Unternehmenskultur und kurze, freie Umsetzungswege
- Beteiligungen und Engagement aller betrieblichen Partner im Lenkungsausschuss
- Institutionalisierung der Zirkelarbeit
- umfassende Beteiligung der Beschäftigten
- Beratung und Begleitung durch das AOK/BGF-Institut
- Bearbeitung konkreter arbeitsplatzbezogener Themen
- kontinuierliche Kommunikation über Gesundheitsförderung
- gute Verknüpfung mit anderen Handlungsfeldern
- Reflexion und Modifizierung von einzelnen Maßnahmen
- Akzeptanz der Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung

### Fazit

Zwischenzeitlich wurde in der Sozial-Holding ein umfassendes Gesundheitsmanagement geschaffen, das die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für die dauerhafte Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung bietet; die fortlaufende Verbesserung ist aber nur durch engagierte und qualifizierte Akteure vor Ort möglich. Auch hier sind sehr gute Voraussetzungen geschaffen worden, die bereits geplanten Themen sowie weitere noch anstehende und neu hinzukommende Herausforderungen zu bewältigen.

### **Kooperationspartner**

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung GmbH der AOK Rheinland (BGF)

### **Ansprechpartnerin im Unternehmen**

Gisela Bausch-Weis

Koordinatorin Gesundheitsförderung

Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH

Königstraße 151

41236 Mönchengladbach

Telefon: 02166 455-153

Fax: 02166 455-186

E-Mail: G.Bausch-Weis@Sozial-Holding.de

**www.Sozial-Holding.de**

### **Literatur**

Bausch-Weis, Gisela; Lazar, Nicole; Mertens, Gregor (2005): Gesundheit von Anfang an – Gesundheitsförderung in der berufspraktischen Ausbildung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern. In: Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, 253–265

Bausch-Weis, Gisela (2005): Gesundheitsförderung mit Biss – Modellprojekt zur ›Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege‹. Hrsg.: Altenheime der Stadt Mönchengladbach (demnächst auch als PDF-Datei über: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)



### 3.4 Arbeitslogistik in der Altenhilfe – Samariterstift Zuffenhausen

#### Die Einrichtung

Die Samariterstiftung ist eine kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts und Mitglied des Diakonischen Werkes Württemberg mit Sitz in Nürtingen. Als einer der großen Anbieter sozialer Dienstleistungen in Württemberg betreibt sie 33 Heime und Einrichtungen mit insgesamt 3750 Plätzen für alte, behinderte und psychisch kranke Menschen an 20 Standorten. In der Samariterstiftung sind circa 2250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, davon rund 150 in den Ausbildungsstätten.

Zum Bereich Altenhilfe mit rund 2100 Plätzen gehören 19 Heime und die ihnen zugeordneten Teileinrichtungen, drei Diakonie-Sozialstationen sowie zwei Evangelische Berufsfachschulen für Altenpflege.

Das Samariterstift Zuffenhausen ist eines der Altenpflegeheime; es bietet 92 Pflegeheimplätze, davon zwei für Kurzzeitpflege. Es wurde 1965 erbaut und zwischen 1988 und 1991 vollständig renoviert; heute werden ausschließlich Einzelzimmer angeboten.

Von den circa 48 Vollzeitstellen sind 38 im Pflegebereich angesiedelt; die Teilzeitquote liegt hier bei 66 Prozent. Mit der Reinigung und der Wäscherei sind externe Dienstleistungsunternehmen beauftragt.

#### Die Ausgangssituation

Zum Selbstverständnis der Samariterstiftung gehört, dass Hilfe für Menschen in einer sich rasch wandelnden Welt hohe Flexibilität und Aufgeschlossenheit für Neuerungen erfordert. Deshalb werde konstruktiv auf gesellschaftliche Entwicklungen reagiert und neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung in die praktische Arbeit integriert. Einrichtungen der Samariterstiftung sind mit wegweisenden fachlichen Konzeptionen und Projekten, die als beispielhaft ausgezeichnet wurden, schon vielfach zum Vorbild für Andere geworden.

Bei den Führungsgrundsätzen der Samariterstiftung werden die Mitarbeiterbeteiligung und Selbstbestimmung an erster Stelle benannt. Zu den Projekten, die sich an diesem Anspruch messen lassen, gehört das Projekt ›Arbeitslogistik in der Altenhilfe (ALIDA)‹.

Im Jahr 2000 legte die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ein Pilotprojekt zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur Optimierung der ›Arbeitslogistik in der Altenhilfe‹ auf. Das Projekt wurde in drei Gruppen in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg durchgeführt, zu den Gruppen gehörten jeweils fünf Altenpflegeeinrichtungen.

Aus den Erfahrungen der Pilotgruppen wurde das zu Grunde liegende Basiskonzept weiterentwickelt; derzeit werden in einem Folgeprojekt, das von contec und der BGW begleitet wird, Grundlagen für eine weitere Verbreitung des Konzepts geschaffen. An ›ALISA‹, das unmittelbar auf die Samariterstiftung zugeschnitten ist, beteiligen sich derzeit fünf Häuser.

Das Samariterstift Zuffenhausen beteiligte sich von Mai 2001 bis März 2003 am Pilotprojekt. Zu Projektbeginn gab es einen hohen Krankenstand, ein hohes Überstundenaufkommen und eine hohe Arbeitsbelastung; die Stimmung war von Resignation, Demotivation und Dienst nach Vorschrift geprägt. So bestand zunächst auch lediglich in einem Bereich der Einrichtung eine gewisse Bereitschaft, sich auf das Vorhaben einzulassen.

#### Vorgehensweise

Das Projekt begann im Frühjahr 2001. In einem Workshop einigte man sich im Mai darauf, dass im Samariterstift Zuffenhausen die Wohnbereichsleitungen durch schichtübergreifende Arbeitszeiten, durch eine Präzisierung der Stellenprofile und durch die

Ausweitung von Zuständigkeiten gestärkt werden sollten (Stärkung und Empowerment). Bezogen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollte eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden durch

- Differenzierung der Stationsaufgaben
- die Reduzierung von Krankheitstagen und Fehlzeiten
- den Abbau von Überstunden sowie
- Dienstplanungstransparenz durch Mitwirkung und Zeitfenster.

Ziel war es in diesem Zusammenhang auch, die Ergebnisse der eingangs durch das Forschungsinstitut IGES durchgeführten Mitarbeiterbefragung (BGW-Betriebsbarometer) zu verbessern.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung und die Diskussion darüber wurden auch genutzt, um im Projektverlauf weitere Ziele abzuleiten. Sie bezogen sich auf den Informationsfluss zwischen Führung und Personal, auf Lob und Anerkennung der Mitarbeiter, auf Teamabsprachen, Springerdienste und die rechtzeitige Personalbeschaffung.

Deutlich war allerdings auch geworden, dass die Optimierung der Arbeitsabläufe arbeitslogistische Instrumente und eine nachvollziehbare Leistungserfassung erforderte.

Im Frühjahr 2002 war die erste Projektphase abgeschlossen. Die Projektinstrumente RAP (Ruhe- und Aktivitätsphasen), LPS (Leistungsplanung) und MZT (EDV-gestützte Erfassung der bewohnernahen und –fernen Leistungen des Pflegepersonals) wurden angewendet, zum Teil aber auf Grund eines zu hohen Aufwands verbunden mit einer noch fehlenden EDV-gestützten Erfassung abgelehnt und wieder verworfen. Das Bewusstsein des Pflegepersonals für eine kundenorientierte Leistungserbringung war allerdings im Prozess geschärft worden

- Im Verlauf der ersten Phase waren folgende konkrete Änderungen erreicht worden
- Änderungen des Arbeitszuschnitts und der Arbeitszeit für Wohnbereichsleitungen
  - Arbeitsablaufbeschreibung der Wohnbereichsassistentinnen
  - Badeplanreform (wöchentlicher Rhythmus)
  - RAP-orientierte Dienstplanerstellung durch die Wohnbereichsleitungen
  - Planung für stationsfernes Mitarbeiterfrühstück
  - gesunkener Krankenstand (minus 20%) und Reduzierung der Überstunden (fast 50%) im Pilotbereich
  - Entzerrung von Arbeitsspitzen
  - Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit.

Ein Klimawandel wurde eingeleitet, der es ermöglichte,

- die Instrumente und ihren Einsatz hinsichtlich der Praktikabilität zu bewerten und ggf. Kurskorrekturen durchzuführen
- die ursprünglichen Projektziele bezogen auf die Umsetzbarkeit fürs ganze Haus zu überprüfen.

Die genannten Änderungen waren sehr komplex und hatten vielfältige Wechselwirkungen; dazu nur ein Beispiel: Die Wohnbereichsleitungen waren vor Projektbeginn fest in die Pflege integriert, hatten Schicht- und Wochenenddienst und erledigten ihre Führungsaufgaben nebenbei. Im Projektverlauf wurde festgeschrieben, dass 50 Prozent ihrer Arbeitszeit für administrative Tätigkeiten und Führungsaufgaben vorbehalten sind, diese Zeit wurde nicht an feste Tage gebunden sondern war frei einteilbar. Die Wohnbereichsleitungen hatten nur noch einen Wochenenddienst pro Monat; ihre täglichen Arbeitszeiten wurden so verändert, dass sie jetzt schichtübergreifend im Einsatz waren, also mit den Mitarbeiter/innen beider Schichten regelmäßig Kontakt hatten.

Trotz anfänglicher Skepsis zeigte sich schon bald, dass dadurch der Informationsfluss insgesamt verbessert und ein intensiverer Kontakt zu den Angehörigen aufgebaut wurde. Reklamationen konnten jetzt frühzeitig geklärt werden und für die Ärzte war ständig ein kompetenter Ansprechpartner im Dienst. Das alles trug zur Entlastung der anderen Mitarbeiter/innen bei. Durch diese positiven Effekte wuchs die Akzeptanz





dieser Umstrukturierungsmaßnahme.

In Zuffenhausen zeigte sich mit Abschluss der ersten Phase insgesamt eine Entwicklung in Richtung Projektfähigkeit. Und so wurde auf einer zweitägigen Klausur im April 2002 die zweite Phase vorbereitet. ALIDA II sollte das Motiv der Mitarbeiterorientierung durch eine Art Management der ›soft facts‹, wie z.B. Arbeitszufriedenheit, Kommunikation und Klima auf der Station stärker berücksichtigen. Außerdem sollte ein geeignetes Instrumentarium zur regelmäßigen und validen Erfassung der Bewohnerwünsche zur Optimierung der Einsatzplanung im Interesse der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen entwickelt werden.

Das gewachsene Interesse der Mitarbeiter/innen wurde auch genutzt, um in der zweiten Projektphase ›ALIDA-ferne‹ Projekte in Angriff zu nehmen, so z.B. eine Zertifizierung nach IQD und die Vorbereitungen für eine EDV-gestützte Pflegedokumentation.

Mit Abschluss des Projektes wurde die IGES-Befragung erneut durchgeführt und so die Daten für einen Vorher-Nachher-Abgleich generiert. Vieles hatte sich zwischenzeitlich verbessert. Die Vorschläge, die zum Projektende hin noch offen waren oder neu formuliert wurden, wurden nach dem Projektabschluss in Arbeitsgruppen unter Beteiligung aller Mitarbeiter/innen bearbeitet.

### **Ergebnisse und Effekte**

Folgende Ergebnisse wurden in Zusammenhang mit ALIDA erreicht:

- Entwicklung und Modifizierung von Instrumenten zur Erfassung von Ruhe- und Aktivitätsphasen, Leistungsnachfragekurven und Bewohnerwünschen
- Nutzung der zwischenzeitlich EDV-gestützten Instrumente für einen Vergleich und eine Umstrukturierung der Bewohnergruppen und eine angemessene, bedarfsorientierte Einsatzplanung und Dienstplangestaltung
- Einführung eines spät-/nachtschichtüberbrückenden Dienstes (ohne Aufstockung des Stellenplans ein/e Mitarbeiter/in zusätzlich zwischen 17.00 und 22.00 Uhr) und Verteilung einer späten Zwischenmahlzeit

- Öffnung der Zubettgehzeiten der Bewohner/innen und Entlastung des Spätdienstes bis 20.00 Uhr
  - Erfassung der alltagsstrukturierenden Gewohnheiten, der Feierabendgestaltung und Interessen der zukünftigen Bewohner/innen – Nutzung der Informationen zur Einsatzplanung in den aufnehmenden Stationen
  - Entwicklung einer hochflexiblen Gruppenpflege
  - Wohnbereichsleitungen arbeiten schichtübergreifend in allen drei Bereichen und vertreten sich gegenseitig; Abbau der stationsinternen Stellvertreter
  - Übernahme von Teilaufgaben des Pflegedienstleiters durch die Wohnbereichsleitungen, dadurch Gewährleistung einer guten Kontinuität und der Urlaubsvertretung
  - Einführung eines gemeinsamen ›Arbeitsfrühstücks‹ der Wohnbereichsleitungen, das unter anderem zur Aufgabenerledigung mit Vertretern von Schnittstellen (z.B. Stationsleitungen, Pflegedienstleitung, Mitarbeitervertretung) genutzt wird; diese Gruppe ist auch für die Sicherung der Kontinuität der Projektergebnisse verantwortlich
  - Veränderung der Abläufe und Neupriorisierung bewohnerferner Tätigkeiten
  - Abbau von Arbeitsspitzen und Entschärfung der zeitweiligen Überlastung der Mitarbeiter/innen
  - Mitwirkung der Mitarbeiter/innen bei Dienstplanerstellung (Zeitfenster für Dienst- und Freizeitwünsche)
  - Abbau von Skepsis und Resignation bei Mitarbeiter/innen
  - Erarbeitung differenzierter Stellenprofile
  - feste Zuständigkeiten der Wohnbereichsassistentinnen, dadurch Entlastung des Pflegepersonals
  - bessere Kooperation mit dem Sozialdienst
  - Verringerung der Krankheitstage (im Pilotbereich der ersten Phase um 20%)
  - nach zunächst projektbedingtem Anstieg Reduzierung der Überstunden um fast 50 Prozent in der gesamten Einrichtung
  - Verbesserung der allgemeinen Stimmung und des Arbeitsklimas
  - mehr Engagement und Übernahme von Verantwortung durch Mitarbeiter/innen.
- Parallel dazu erfolgte im Dezember 2000 die Zertifizierung. Seit Sommer 2003 ist die Papierdokumentation ersetzt. Terminmanagement und Kommunikation werden durch MS Outlook ergänzt.

### **Erfolgsfaktoren**

Als förderlich wurde beschrieben

- durch Mitarbeiterbefragung Einbeziehung und Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen
- disziplinierender Projektdruck durch externe Begleitung
- Einführung und Befähigung der Projektleitung in Bezug auf das Projektmanagement
- Projektvorerfahrung in einem Pilotbereich gesammelt
- fortlaufende Projektsteuerung und Fähigkeit zu Kurskorrekturen
- Förderung der Kommunikation durch die Projektstruktur
- Freistellung des Projektleiters für 40 Stunden monatlich
- Beratung, Begleitung und Qualifizierung durch die externen Partner.

Die externe Initiierung durch die Berufsgenossenschaft und die vielfältige Unterstützung hat ermöglicht, dass das Projekt in weniger als zwei Jahren realisiert werden konnte; die notwendigen Ressourcen seien aus dem Kerngeschäft heraus sicher nicht leicht zu realisieren gewesen.

Vieles entwickelte sich im Projektverlauf anders als zunächst angenommen; mit diesen Entwicklungen wurde offen und konstruktiv umgegangen. In der Projektendphase wurde außerdem intensiv an einer effektiven und effizienten Nachhaltigkeit gearbeitet.

### ›Hemmende‹ Faktoren

Neben der Angst, die beispielsweise der geplante Abbau von Überstunden zunächst bei einigen Mitarbeiter/innen auslöste, gab es Schwierigkeiten durch die Terminierung einzelner Meilensteine im Projektverlauf und durch Verzögerungen bei der Lieferung von Analyseinstrumenten durch einen externen Partner.

Ängste im Umgang mit dem Computer wurden im Projektverlauf durch Anpassungsqualifizierungen im Bereich der EDV-Nutzung abgebaut.

### Fazit

Von Anfang an wurden explizit zwei grundsätzliche Aufgabenstellungen betrachtet und verfolgt: das Projekt wurde sowohl durch ein mitarbeiterorientiertes Motiv als auch durch einen arbeitslogistischen Ansatz strukturiert. Das ›magische Dreieck aus Kunde, Mitarbeiter und Kosten‹ sei im Projektverlauf in vielfacher Hinsicht reflektiert und neu ausgestaltet worden.

Positive Entwicklungen setzten sich nach dem Abschluss des Projektes fort. So waren beispielsweise zu Projektbeginn beim Jahreswechsel 2800 Überstunden erfasst worden; diese Anzahl wurde im Projektverlauf bereits erheblich reduziert; beim letzten Jahresabschluss lag die Zahl der Überstunden gemittelt bei Null.

Die Mitarbeiter/innen sind durch die Erfahrungen in Zusammenhang mit ALIDA auch heute noch Neuem gegenüber viel aufgeschlossener und bereit, sich auf andere Projekte einzulassen.

Das Projekt wurde zunächst in Zuffenhausen ausgeweitet und wird in andere Einrichtungen des Trägers transferiert. Durch ALISA zeigen sich schon jetzt erhebliche Effekte in den beteiligten Einrichtungen.

### Kooperationspartner

BGW, AOK – Stuttgart, contec, Bochum

### Ansprechpartner im Unternehmen

Wolfgang Henrich, Heimleiter

Samariterstift Zuffenhausen

Markgröningerstraße 39

70435 Stuttgart

Telefon: 0711 987932-111

Fax: 0711 987932-410

E-Mail: wolfgang.henrich@ samariterstiftung.de

[www.samariterstiftung.de](http://www.samariterstiftung.de)

### Literatur

Friedrich, Detlef (2001): RAP im Altenheim. Ein Instrument zur Optimierung der Arbeitslogistik. In: Altenheim 8/2001, 31–34



# 4 Zusammenfassung



Die öffentliche Diskussion über das Gesundheitswesen und die Wohlfahrtspflege wird häufig primär vor dem Hintergrund der Finanzierbarkeit der Leistungen und der Reduzierung von Kosten geführt. Dies hat sich in den letzten fünfzehn Jahren bereits in diversen Gesetzesänderungen niedergeschlagen, die zu massiven Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege geführt haben. Der Veränderungsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Die Rahmenbedingungen, in denen Pflege stattfindet sowie die pflegerischen Tätigkeiten selbst werden sich auch in den nächsten Jahren noch weiter verändern.

Die öffentliche Debatte und die aktuellen Reformen beschäftigen sich neben der Finanzierung auch mit Fragen der Qualität und Effizienz der erbrachten Dienstleistungen in diesem Bereich – die Qualität der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten spielt dabei allerdings eine nachgeordnete Rolle.

Dabei wurde in Forschungsergebnissen und in Fachpublikationen inzwischen vielfach beschrieben, dass und warum Pflegende Schwerstarbeit leisten. Neben den körperlichen Beanspruchungen und Belastungen sind in den letzten Jahren die umfassende pflegerische Beziehungsarbeit und die Zunahme von psychischen Erkrankungen der Beschäftigten stärker ins Blickfeld gerückt. Und auch der frühzeitige Berufsausstieg von Pflegenden und die Motive dafür wurden jüngst in einer europaweiten Studie umfassend erforscht.

Pflegende in den Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege fühlen sich in ihrem Arbeitsalltag oft in einem Spagat zwischen höheren Anforderungen durch Patient/innen und Bewohner/innen, die heute häufig komplexere physische und psychische Erkrankungen und Einschränkungen aufweisen und dem, was sie auf Grund ihrer Qualifikation und den ihrer Tätigkeit zu Grunde liegenden Einsatzzeiten überhaupt noch leisten können. Und sie fühlen sich von ihren unmittelbaren Vorgesetzten, ihren Arbeitgebern und Trägern mit diesem Dilemma häufig allein gelassen.

Daher richtete sich unser Blick auf Alternativen im System und auf Gestaltungsspielräume, die es für die Beschäftigten und in ihren Institutionen gibt. In der ambulanten Pflege waren dabei allerdings deutlich weniger abgeschlossene Praxisprojekte identifizierbar; hier wurden und werden aber in jüngster Zeit vermehrt Initiativen gestartet und gute Lösungen unterstützt, die aber noch nicht über konkrete Ergebnisse und einen längerfristigen Transfer berichten konnten und daher in dieser Dokumentation nahezu unberücksichtigt blieben.

Wann, warum und wie es gelingen kann, in einzelnen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Reduzierung von Belastungen und eine bessere Qualität der Betreuung zu erreichen, wurde in den acht Praxisbeispielen dokumentiert.

Dabei wurde bestätigt: es gibt nicht den Arbeitsplatz ›Pflege‹. Selbst Einsatzbereiche in Krankenhäusern unterscheiden sich zum Teil erheblich hinsichtlich der Anforderungen und des Belastungsspektrums. Erfolgreiche Projekte bauen somit immer auf eine differenzierte Betrachtung dessen auf, was jeweils besondere Rahmenbedingungen, Anforderungen und Ausgangssituationen sind. Sie können auch nur erfolgreich im Sinne einer längerfristigen Umsetzung und des Transfers sein, wenn – unabhängig davon, wer die Idee für das Projekt ursprünglich hatte – bei der Durchführung Unternehmensleitungen, Vorgesetzte und Mitarbeiter/innen an einem Strick ziehen. Das heißt nicht, dass sich bei Projektbeginn nicht auch Skeptiker zu Wort melden und gut darüber nachgedacht wird, ob das neue Projekt tatsächlich zu dem Zeitpunkt und vor dem Hintergrund anderer aktueller ›Baustellen‹ sinnvoll ist. Im Projektverlauf muss dann aber jeder bereit sein sich und sein Verhalten zu reflektieren, sich auf neue Erfahrungen und unter Umständen auch auf die Erkenntnis einzulassen, dass die neuen Herausforderungen nur zu meistern sind, wenn dazu gelernt wird. Alle dokumentierten Praxisbeispiele belegen, welche hohe Bedeutung die Fort- und Weiterbildung für erfolgreiche Veränderungen hat.

Neben den institutionellen Rahmenbedingungen waren auch die Anlässe für die



Projekte zum Teil unterschiedlich. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich aber, dass die Motive meistens von Anfang an komplex waren, oder es rasch wurden. Oft standen anfangs ein besseres Dienstleistungsangebot oder die Einführung von Qualitätsmanagement im Mittelpunkt. Im Projektverlauf zeigte sich überall, dass sich ein ›Mehrwert‹ für gute Praxis immer auf mehreren Ebenen zeigt. Positive Effekte gab es gleichzeitig für einzelne Mitarbeiter/innen und hinsichtlich der von Ihnen erbrachten Dienstleistungen sowie für die Einrichtungen insgesamt.

Bei allen ausgewählten Beispielen spielte die Unterstützung durch externe Partner eine große Rolle. Die Fähigkeit und Fertigkeiten Projekte zu initiieren und zu steuern haben diejenigen, die heute in der Pflege Verantwortung für ihre Mitarbeiter/innen tragen, häufig in ihren Ausbildungen nicht gelernt. Führungskräfte sind bei den umfassenden Anforderungen von innen und außen außerdem häufig selbst in einer ›Sandwichposition‹ und benötigen individuelle Unterstützung und Begleitung. Die Zusammenarbeit mit externen Partnern zeichnet sich dabei zum einen durch hoch spezialisierte Unterstützungs- und Beratungsleistungen aus, sie ist aber immer eine Kooperation auf Zeit, in der Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird.

Bezogen auf die Systematisierung, auf die Berichterstattung und die Evaluation der Praxisprojekte zeigt sich inzwischen eine größere Sensibilität und Professionalität; ein Grund dafür liegt sicher im Stellenwert, den Qualitätsförderung und Qualitätsmanagement heute in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege haben. Auch bezogen auf den organisationsinternen und Institutionen übergreifenden Erfahrungsaustausch sind gute Fortschritte erkennbar; vereinzelt werden die in den Praxisprojekten erworbenen Erkenntnisse und Fertigkeiten auch genutzt, um neue Geschäftsfelder zu erschließen.

Weitere Gemeinsamkeiten in den Praxisbeispielen waren

- die grundsätzliche Bereitschaft der wichtigen Entscheidungs- und Meinungsträger im Unternehmen im Konsens positive Veränderungen zu erreichen
- die Absicht, Ergebnisse zur Verbesserung von Organisationsabläufen oder andere Maßnahmen der Organisationsentwicklung zu unterstützen



- die Schaffung oder Nutzung hilfreicher Strukturen (top down – bottom up) und Prozesse (Orientierung am Projektmanagement)
- die Bereitstellung von Ressourcen (finanziell und Arbeitszeit)
- die Einbeziehung der Führungskräfte
- die Verknüpfung der Reduzierung von Belastungen mit anderen Themenfeldern
- ein guter Informationsfluss und Öffentlichkeitsarbeit
- die Überzeugung, dass Hemmnisse selbstverständlich sind, dass aus Fehlern gelernt und sie für weitere Verbesserungen genutzt werden können.

Zentrale gesundheitsförderliche Potenziale wie die Verbesserung der sozialen Beziehungen, Transparenz, Erweiterung des Handlungsspielraums und eine den Anforderungen entsprechende Qualifikation der Beschäftigten, wurden nicht nur als Ergebnisse angestrebt, sondern bereits im Projektverlauf erlebbar.

Es gibt keinen Königsweg bei der Reduzierung von Belastungen und in der betrieblichen Gesundheitsförderung – auch und erst recht nicht im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. Aber es gibt gesicherte Grundlagen für ein strukturiertes, und systematisches Vorgehen, und es gibt ein breites Spektrum an Instrumenten, die analog zu den jeweiligen Ausgangslagen und Rahmenbedingungen in den Einsatzbereichen modifiziert werden müssen und können. Die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsförderung, Effizienz und Qualität der Versorgung sind belegbar und belegt.

Die Partizipation und das Empowerment von Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen sind entscheidend dafür, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung eine win-win-Situation entsteht. Attraktive Arbeitsbedingungen durch den Abbau von Belastungen und Gesundheitsförderung setzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Ressourcen frei, die den Einrichtungen selbst sowie ihren »Kunden« zugute kommen und somit Wettbewerbsfaktor sind und mit über die Konkurrenzfähigkeit und die Attraktivität einer Einrichtung entscheiden.

## Impressum

### Gute Lösungen in der Pflege

Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten

#### Projektpartner und Projektleitung:

Karin Kunkel, BKK Bundesverband, Geschäftsstelle des DNGBF

Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Telefon +49.201.179-12 89

Telefax +49.201.179-26 12 89

Internet <http://www.dnbgf.org>

#### Recherche und Dokumentation:

Brigitte Müller, *mediCONcept*, Wuppertal

#### Fachliche Beratung und Redaktion:

Shanetta Schatte, BAuA; Dr. Gabriele Richter, BAuA; Stephan Schwarzwälder, BAuA

Thematischer Initiativkreis Gesund Pflegen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden

Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden

Telefon +49.351.56 39.54 43

Fax +49.351.56 39.52 10

E-Mail [gesundpflegen@buaa.bund.de](mailto:gesundpflegen@buaa.bund.de)

Internet [www.inqa-pflege.de](http://www.inqa-pflege.de)

#### Herausgeber:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Friedrich-Henkel-Weg 1–25

44149 Dortmund

Telefon +49.231.9 071-22 50

Fax +49.231.9 071-23 63

E-Mail [inqa@buaa.bund.de](mailto:inqa@buaa.bund.de)

Internet [www.buaa.de](http://www.buaa.de)

Grafik: GUD – Helmut Schmidt, Braunschweig

Foto: FOX-Foto – Uwe Völkner, Lindlar und Rainer Klemm, BAuA (Seite 46)

Herstellung: Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

1. Auflage

Dortmund / Dresden 2005

ISBN





**Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit  
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**  
Friedrich-Henkel-Weg 1–25 D-44149 Dortmund  
Telefon +49.231.9071-2250 Fax +49.231.9071-2363  
inqa@baua.bund.de  
**www.inqa.de**