

Gute Lösungen in der Pflege II

35

Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen 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.

Brigitte Müller

Gute Lösungen in der Pflege II

35

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

Impressum

Gute Lösungen in der Pflege II

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

Projektpartner und Projektleitung:

Dr. Viola Weber, BKK Bundesverband, Geschäftsstelle des DNBSGF

Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Telefon +49 (0)201 179-1297

Telefax +49 (0)201 179-1032

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

Recherche und Dokumentation:

Brigitte Müller, *mediCONcept*, Wuppertal

Heinrich-Jannssen-Straße 22, 42289 Wuppertal

E-Mail info@mediconcept.org

Internet www.mediconcept.org

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

Proschhübelstraße 8, 01099 Dresden

Telefon +49 (0)351 5639-5443

Fax +49 (0)351 5639-5210

E-Mail gesundpflegen@baua.bund.de

Internet www.inqa-pflege.de

Herausgeber:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Friedrich-Henkel-Weg 1–25

44149 Dortmund

Telefon +49 (0)231 9071-2250

Fax +49 (0)231 9071-2363

E-Mail inqa@baua.bund.de

Internet www.baua.de

Grafik: GUD – Helmut Schmidt, Braunschweig

Foto: FOX-Foto – Uwe Völkner, Lindlar

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 2008

ISBN

Inhalt

7	1	Einleitung
11	2	Betriebliche Gesundheitsförderung und professioneller Umgang mit Gewalt und Aggressionen am St. Annen Stift, Twistringen
17	3	Palliativmedizinische Versorgung im Katharinen-Hospital Unna
23	4	Ganzheitliche Versorgung und arbeitsbezogene Maßnahmen für berufs- genossenschaftliche Unfallpatienten am Stiftungsklinikum Mittelrhein
31	5	Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung in der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung, Karlsruhe
37	6	Das Projekt ›Hoffnung Alter‹ im Seniorenheim ›Martha Piter‹, Brandenburg an der Havel
43	7	Das Projekt ›Schön Bescheid zu wissen‹ im Senioren- und Betreuungs- zentrum des Kreises Aachen, Eschweiler
49	8	Zusammenfassung

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.

Vorwort

Die Herausforderungen, die die Pflege in Deutschland zu bewältigen hat, sind bekanntermaßen außerordentlich, und angesichts der demografischen Veränderungen wird sich die Situation zunehmend verschärfen. Wie soll denn eine hohe Pflegequalität, wie sie sich jeder wünscht, ermöglicht werden, wenn immer weniger und dabei ältere Pflegekräfte sich um immer mehr ältere Menschen kümmern? Kann man die Gesundheit des Personals fördern und dabei gleichzeitig eine zeitintensive Betreuung realisieren, die über die bloße Grundversorgung hinausgeht?

Schon die vorherige Publikation des vom DNBGF durchgeführten INQA-Projektes ›Gute Lösungen in der Pflege‹ hat es gezeigt – in zahlreichen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden Konzepte und praktische Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt, um die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu verbessern und damit auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bzw. der Heimbewohner/-innen zu erhöhen. Die vorliegende Broschüre beschreibt nun anhand weiterer Beispiele, wie in der stationären Kranken- und Altenpflege nachhaltige Lösungen erarbeitet und dabei auch Hürden überwunden werden, dies zum Teil in übergreifender Kooperation und Vernetzung.

Wertvolle Netzwerkarbeit im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, auf deutscher wie auf europäischer Ebene, leistet und koordiniert die Abteilung Gesundheit des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK BV) seit vielen Jahren. Im Gesundheitswesen und der Wohlfahrtspflege ist das Anliegen der BKK nicht nur die bestmögliche Versorgung von Kranken, sondern gerade auch die Förderung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Der BKK BV unterstützt dieses Projekt, um so die wichtige Information möglichst vielen Einrichtungen, zu denen auch die Kranken- und Pflegekassen gehören, zugänglich zu machen und zu eigenen Projekten und Programmen anzuregen.

Dr. Alfons Schröer
BKK Bundesverband
Leiter der Abteilung Gesundheit

Dr. Viola Weber
BKK Bundesverband
Abteilung Gesundheit

1 Einleitung



Mit acht Praxisbeispielen aus Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten präsentierten wir 2005 erstmals die Broschüre ›Gute Lösungen in der Pflege‹. Sie stieß auf ein derart großes Interesse, dass sie schnell vergriffen war, neu aufgelegt wurde und in englischer Sprache erschienen ist. Besonders freut uns, dass sie inzwischen auch in Weiterbildungen für Pflegekräfte Anwendung findet.

Dieser Erfolg hatte den Themeninitiativkreis ›Gesund pflegen‹ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) dazu veranlasst, eine Fortsetzung in Auftrag zu geben. Die Sammlung und Dokumentation der Beispiele erfolgte wieder durch mediCONcept Wuppertal in Abstimmung mit dem Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Dresden. Das Projekt wurde durch den BKK-Bundesverband finanziell unterstützt.

Die Beispielsammlung ›Gute Lösungen II‹ knüpft an den großen Erfolg der Vorgänger-Publikation an und will unter anderem Entscheidungsträger in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie deren Träger überzeugen, dass Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Qualität der Pflege verbessern und positive Effekte auf die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen haben können. Die intensive Einbeziehung der Mitarbeiter und die Nutzung ihrer Ideen sichern außerdem Arbeitsplätze und tragen möglicherweise dazu bei, neue Geschäftsfelder zu erschließen. Dadurch wird ein Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Unternehmen insgesamt geleistet.

Bereiche und Themen

Die Auswahl der Themen orientierte sich einerseits an Belastungen und Herausforderungen, die in Zusammenhang mit der Situation und mit Arbeitsplätzen von Pflegenden beschrieben werden. Aufgegriffen wurden aber auch Praxisbeispiele, die an allgemeine gesellschafts- und gesundheitspolitische Fragen anknüpfen.

Die sechs ausgewählten Praxisbeispiele wurden in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Pflege initiiert und entwickelten sich zum Teil schon vor einigen Jahren zu Verbundprojekten. Die Beispiele knüpfen jeweils an eines oder mehrere der folgenden Themen an:

- Arbeitsorganisation, Mitarbeiterinsatz und Mitarbeiterbeteiligung
- inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit und Vernetzung



- Qualifizierung, Personalentwicklung und Führung
- Reduzierung psychischer Arbeitsbelastungen
- betriebliche Gesundheitsförderung
- demografischer Wandel und alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung
- professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression
- Palliativmedizin und -pflege

Bei der Auswahl der Kriterien, die erfüllt sein müssten, damit von guten Lösungen für die Pflege gesprochen werden kann, hatten sich die Auftraggeber, die Auftragnehmerin und der INQA TIK Gesund pflegen bereits bei der Erstellung der ersten Ausgabe verständigt. Zu den Kriterien gehörten beispielsweise 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 zu berücksichtigen, dass die Veränderungsprozesse das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Qualität der Arbeit und die gute Versorgung und Betreuung von Patienten, Bewohnern und Klienten als zwei Seiten einer Medaille einbeziehen.

Die Qualitätskriterien bildeten den Hintergrund für einen Gesprächsleitfaden, der bei der Recherche der Beispiele und bei den Interviews angewendet wurde. Die Ergebnisse der Recherche wurden so aufbereitet, dass sie Anregungen für andere Einrichtungen der Pflege liefern können.

Was bleibt

Positive Veränderungen sind unabhängig von der Größe einer Einrichtung, unabhängig vom Träger und von der Region. Das soll die möglichst breite Streuung der Praxisbeispiele verdeutlichen. Die Auswahl der sechs Praxisbeispiele zeigt ein breites Spektrum bezogen auf die Arbeitsfelder, auf institutionelle Rahmenbedingungen von Pflege sowie auf Anlässe und Motive für Veränderungsprozesse. Ähnlichkeiten gibt es in Bezug auf eine Erfolg versprechende Gestaltung: Das gilt nicht allein für die Dauer und das

Gelingen eines einzelnen Projektes, sondern auch für einen längerfristigen Transfer der Ergebnisse in die Praxis und für veränderte Perspektiven in den Einrichtungen insgesamt.

Uns ist bewusst: Die zunehmenden Anforderungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens und die anhaltende Veränderungsdynamik bringen auch zusätzliche Belastungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen mit sich, und auch die hier ausgewählten Einrichtungen sind keine ›Inseln der Glückseligen‹.

Umso mehr ist anzuerkennen, wie man zusätzliche interne oder externe Veränderungsimpulse aufgreift und sich ›Zeit für Visionen‹ nimmt.

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, was andernorts gelernt wurde, teilzuhaben. Nicht zuletzt wollen wir aber auch Mut machen, eigene Projekte auf den Weg zu bringen und erwartbare Schwierigkeiten zu meistern.

Unser herzlicher Dank gilt all denen, die bereit waren, ihre Erfahrungen weiterzugeben und so ihr Wissen mit uns zu teilen.

2

Betriebliche Gesundheitsförderung und professioneller Umgang mit Gewalt und Aggressionen am St. Annen Stift, Twistringen



Die Einrichtung

Das St.-Annen-Stift ist ein Akut-Krankenhaus in Twistringen, einer Kleinstadt mit ca. 13.000 Einwohnern rund 35 km südlich der Hansestadt Bremen. Es hat eine Fachabteilung für Innere Medizin sowie eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt 128 Betten. Außerdem gibt es eine Ambulanz für Innere Medizin, eine Diabetesambulanz, eine Rheumaambulanz und eine psychiatrische Institutsambulanz sowie Abteilungen für Physiotherapie und Ergotherapie.

Das St.-Annen-Stift entstand 1868 in Trägerschaft der katholischen Kirchengemeinde und wurde bis 1992 von Franziskaner-Schwestern geleitet. Im Laufe der Jahre wurde das Krankenhaus immer wieder erweitert und umgestaltet. So wurden infolge der Gesundheitsreform 1994 die Abteilung für Chirurgie und Gynäkologie geschlossen und die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie eingerichtet. Sie sichert seitdem die gemeindenahere psychiatrische Versorgung des Landkreises Diepholz mit seinen rund 215.000 Einwohnern. Hier werden jedoch auch Patienten aus angrenzenden Kreisen versorgt. Das St. Annen-Stift wurde zunächst von der Alexianer-Brüdergemeinschaft übernommen. Orientiert an einem neuen Versorgungskonzept für die Bürger, schlossen sich kürzlich die Kliniken Bassum, Diepholz, Sulingen und Twistringen im Landkreis Diepholz zum St. Ansgar Klinikverbund zusammen.

»Die Mitarbeiter mit einzubeziehen, erhöht die Akzeptanz enorm«

Zum St.-Annen-Stift gehört auch das Altenhilfezentrum St. Josef in Twistringen. Durch einen im Januar 2006 eröffneten Neubau wurden die Bewohnerplätze von 21 auf 49 erhöht und eine Tagespflege mit 14 Plätzen sowie eine Angehörigenberatungsstelle angegliedert.

Das St. Annen-Stift hat sich von Beginn an dem 1999 gestarteten Modellprojekt »Qualitätsmanagement des katholischen Krankenhausverbandes Osnabrück – Zur Einführung auf die Zertifizierung nach proCum Cert« beteiligt.

Im Qualitätsbericht 2005 wird auf die langjährige Erfahrung mit der Durchführung von arbeitsablaufbezogenen und patientenbezogenen Projekten sowie auf Projekte mit Kooperationspartnern hingewiesen. Zu diesen Projekten zählt auch eines zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggressionen in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Die Ausgangssituation

Die umfassende Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist schon seit vielen Jahren ein Thema. Ein Impuls, sich verstärkt dafür einzusetzen, war ein Artikel in einer BGW-Zeitschrift, in dem das Projekt »Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren« mit dem »Teilprojekt Rücken« vorgestellt wurde.

Die Pflegedienstleitung (PDL) Frau Ebenthal beriet mit ihrer Stellvertreterin Frau Kalmey über eine Beteiligung an dem Projekt. Letztere hatte sich u. a. im Rahmen ihres Fachhochschulstudiums zur Diplom Pflegewirtin in ihrer Diplomarbeit mit Arbeitsbelastungen des Krankenpflegepersonals befasst.

Der Antrag an die BGW, am Projekt teilzunehmen und dabei auch das Altenpflegeheim mit einzubeziehen – der Pflegebereich dort wird durch die PDL am St. Annen-Stift mitbetreut – wurde im Dezember 2000 positiv beschieden. Das Projektvorhaben wurde in einer Stationsleitungsrunde besprochen und pro Station ein Mitarbeiter gesucht, der mitmachen wollte.

Vorgehensweise

Im Mai 2001 wurden Arbeitsplatzanalysen durch eine Projektbeauftragte der BGW, die stellvertretende PDL und die Projektbegleitung der einzelnen Stationen im St. Annen-Stift und im Altenheim St. Josef durchgeführt. Auch weil derzeit Stationen bei laufendem Betrieb umgebaut wurden, gab es eine Menge an Verbesserungsvorschlägen. Sie wurden zum Teil unmittelbar umgesetzt. So entsorgte man beispielsweise Überflüssiges, schaffte

zum Teil neue Schränke an und bestückte sie von dem Zeitpunkt ab so, dass die Arbeitsabläufe sowohl effizienter als auch rüchenschonender gestaltet werden konnten. Nachdem die Mitarbeiter/-innen sie hinsichtlich ihrer Praktikabilität geprüft hatten, wurden zeitnah verschiedene Hilfsmittel und höherverstellbare Betten angeschafft. Außerdem wurden orientiert an den Bedürfnissen der Mitarbeiter/-innen verschiedene Schulungsangebote organisiert. Der 2002 eingerichtete Gesundheitszirkel kümmerte sich insgesamt um gesundheitliche Belange. Gesundheitsstörungen der Beschäftigten wurden im Sommer 2003 in einem Fragebogen erfasst, dessen Ergebnisse wiederum im Gesundheitszirkel bearbeitet wurden.

Die Erkenntnis, dass Rückenprobleme häufig auch psychische Ursachen haben, führte zur Thematisierung von psychischen Belastungen im Gesundheitszirkel. Zu den Belastungen zählt u.a die Erfahrung von Aggressivität und Gewalttätigkeit durch Patienten, die für viele Beschäftigte medizinischer, pflegender und sozialer Berufe zum beruflichen Alltag gehört.

Um mit diesem Themenkomplex zukünftig professioneller umgehen zu können, nahmen zunächst eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter mit Unterstützung der BGW an einem Deeskalationstraining des Gemeindeunfallversicherungsverbandes (GUV) in Münster teil. Die Ausbildung hat das Ziel, deeskalierende Verhaltensweisen zu trainieren. Wenn Erregungszustände frühzeitig erkannt werden, können gezielt situationsgerechte Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Damit wird einerseits aggressives und selbstschädigendes Verhalten bei den Patienten im Vorfeld erkannt und vermieden. Gleichzeitig geht es aber auch um eine Reduzierung von (potentiellen) Belastungen der Mitarbeiter/-innen, um einen Zuwachs an Professionalität und um eine zielführende Unterstützung für Mitarbeiter, die Gewalt erfahren haben oder anderen Aggressionen ausgesetzt waren und sind. Inzwischen bilden die Trainer in einem dreitägigen Seminar auch Mitarbeiter des Hauses zu einem professionellen Umgang mit Gewalt aus. Die Zahl der Übergriffe ging seither zurück.

Im Juni 2005 wurde unter dem Motto »Wie geht's?« eine zweite Fragebogenaktion in Angriff genommen; in diesem Rahmen wurden auch Erwartungen an den Gesundheitszirkel abgefragt sowie weitere Verbesserungsvorschläge und die Bereitschaft zur Mitarbeit am Thema »Gesundheit am Arbeitsplatz«.

Der Gesundheitszirkel ist inzwischen über die Pflege hinaus bekannt und besteht derzeit aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ohne Leitungsaufgaben aus den sechs Stationen, der Tagesklinik, des Altenheims und der Psychiatrischen Ambulanz sowie der stellvertretenden Pflegedienstleitung, die nach der Gründung der Holding jetzt Abteilungsleitung ist. Der Gesundheitszirkel wurde zeitweise mit Unterstützung der BGW extern begleitet.

Das St. Annen Stift nimmt außerdem an dem seit 2004 bestehenden Regionalen Netzwerk Nord teil, in dem sich Partner unterschiedlicher Einrichtungen mit Unterstützung der BGW zweimal jährlich für 1–1½ Tage in einer der beteiligten Einrichtungen zum Erfahrungsaustausch, zur kollegialen Beratung und zur Strategieentwicklung treffen.

Ergebnisse und Effekte

Zusammengefasst wurden durch den Gesundheitszirkel folgende Ergebnisse angestoßen und dokumentiert:

- Hinweise auf Verbesserungsbedarf durch Arbeitsplatzanalysen, Mitarbeiterbefragungen und Informationstage, z.B. zu Hilfsmitteln
- Gestaltung von effizienteren und rüchenschonenden Arbeitsabläufen durch Veränderungen in der Arbeitsumgebung (z.B. veränderte Bestückung von Schränken, Regalen und Wäschelagern) und in der Arbeitsablauforganisation
- Neuanschaffungen von Arbeits- und Hilfsmitteln zur Unterstützung des rüchenschonenden Arbeitens (z.B. neue Kurvenwagen für das Altenheim, Patientenlifter, höherverstellbare Betten, geschlossene Wäschewagen, Weichbodenmatten, Sitz- und

- Lendenkissen, Gleithilfen, Antirutschmatten, Rollbrettern, Kofferkuli, Laptop)
- z. T. neue Möblierung der Dienstzimmer und ergonomische Gestaltung von Computerarbeitsplätzen, Einbau einer Klimaanlage
- Durchführung von Informationsveranstaltungen, Seminaren und Multiplikatoren-schulungen (z.B. Rückenschulen, Fortbildungen zum rückengerechten Arbeiten, Führungskräfte trainings für das Mittlere Management, Kinästhetik, Burn Out, Umgang mit der elektronischen Krankenakte)
- Einführung von Wundmanagement: In diesem Zusammenhang wurden auch die Kommunikation und Kooperation zwischen den Mitarbeitern des Pflegedienstes und des Ärztlichen Dienstes der Psychiatrie und der Inneren Medizin verbessert.
- umfassende Thematisierung und Bearbeitung des Themas ›Professioneller Umgang mit Aggressionen und Gewalt‹ durch Ausbildung eigener Trainer, Schulungen von Kolleginnen und Kollegen, Rückgang der Übergriffe
- Umsetzung weiterer Unterstützungsangebote (z.B. zusätzliche Supervision für das Altenheim, Einführung regelmäßiger Teambesprechungen sowie eines Teambuchs für Veränderungen in der Station der Inneren Medizin, Wellnessangebote durch die Mitarbeiter/-innen der Bäderabteilung)

Durch die Bearbeitung von Verbesserungsvorschlägen und die Umsetzung von Maßnahmen wuchs das Vertrauen der Mitarbeiter/-innen. Sie beteiligten sich zahlreich an Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsfragen (z.B. Hautschutz, gesunde Füße und gute Schuhe) sowie bei der Erprobung und Auswahl der Hilfsmittel.

Der fachliche Austausch, sowie die Kommunikation und Transparenz insgesamt wurden zwischen den Stationen und mit dem Altenheim verbessert.

Führungskräfte und Mitarbeiter/-innen haben ein umfassenderes Verständnis für die eigene Gesundheit und eine gesundheitsfördernde Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und ihrer Arbeitsumgebung entwickelt und tauschen sich darüber aus. Fortbildungswünsche werden systematisch erfasst.

Erfolgsfaktoren

Das Thema ›Gesundheit der Mitarbeiter/-innen‹ hatte in der Pflegedienstleitung von vorneherein einen hohen Stellenwert. Durch die Unterstützung und regelmäßige Begleitung der BGW – Bezirksgeschäftsstelle und des BGW – Hauptverbandes konnten externe Ressourcen auch in Kooperation mit weiteren Anbietern genutzt und Multiplikatoren für das eigene Unternehmen ausgebildet werden. Die Mitarbeiter/-innen und Führungskräfte werden umfassend geschult und in die Veränderungsprozesse einbezogen.

Der Austausch im Regionalen Netzwerk Nord trägt dazu bei, immer wieder über den eigenen Tellerrand zu schauen und die Vorgehensweisen und Erfahrungen anderer systematisch zu nutzen.

›Hemmende‹ Faktoren

Durch umfassende Baumaßnahmen und aktuelle Veränderungen in der Träger- und Organisationsstruktur gab und gibt es zum Teil Unsicherheiten darüber, wie es weitergeht. So liegen z. B. bereits beschlossene Maßnahmen zur Anpassung von Räumlichkeiten auf Eis, weil der Verbleib einiger Abteilungen noch oder wieder unklar ist.

Nicht absehbar ist auch, ob der Gesundheitszirkel seine langjährige und ergebnisreiche Arbeit fortsetzen und sich ausweiten kann, oder ob ein Zusammenschluss mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz erfolgen muss.

Fazit

Die bisherigen Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung haben im St. Annen-Stift eine Reihe positiver Ergebnisse und Effekte erbracht. Dass der Arbeitsalltag unter anderem durch Verbesserungen in der Arbeitsumgebung und in der Arbeitsablauf-

organisation leichter geworden ist, ist täglich spürbar und wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach wie vor als eigener Erfolg gewertet.

Damit es so bleibt und für die gesamte Holding wirksam wird, müssen sowohl die bewährten Strukturen und Prozesse weiterentwickelt werden, als auch die ihnen zugrunde liegende ›Vertrauenskultur‹ in allen Bereichen der Holding erfahrbar sein.

Kooperationspartner

BGW; Michael Ramm, Forum fBB, Hamburg

Ansprechpartnerin im Unternehmen

Angelika Kalmey
Klinik Twistringen
St. Annen-Straße 15
27239 Twistringen

Telefon 04243 415-30035
Telefax 04243 415-30559
E-Mail akalmey@st-annen-stift.de

www.st-ansgar-klinikverbund.de
www.alexianer.de/twistringen/index.php

Weiterführende Informationen/Literatur

BWW (Hrsg.): Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen, 2007
(Bestellnummer tp-puga oder als PDF-Datei abrufbar)

Heidi Krampitz, Doris Venzke: Gut vernetzt zum Erfolg. In: BGW mitteilungen 2/2007, 17

Ralf Wesuls, Thomas Heinzmann, Ludger Brinker: Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen, Unfallkasse Baden-Württemberg, Stuttgart 2006

Annett Zeh: Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggressionen. In: Hofmann, Reschauer, Stößel (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 21. Freiburg im Breisgau (erscheint im Frühjahr 2008)

3

Palliativmedizinische Versorgung im Katharinen-Hospital Unna



Die Einrichtung

Das Katharinen-Hospital in Unna blickt auf eine fast 120-jährige Geschichte zurück. Heute ist es in die Katholische Hospitalvereinigung Hellweg gGmbH eingebunden, zu der auch das Mariannen-Hospital Werl und das Marienkrankenhaus Soest gehören. In diesem Verbund mit insgesamt 716 Betten werden jährlich ca. 28.000 Patienten stationär behandelt.

Das Katharinen-Hospital Unna hat 340 Betten und verfügt über die Hauptfachabteilungen Innere Medizin I (Gastroenterologie / Allgemeine Innere Medizin), Innere Medizin II (Kardiologie / Allgemeine Innere Medizin, teilstationäre Dialyse), Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie, Plastische und Handchirurgie; Gynäkologie und Geburtshilfe, Senologie; Dermatologie, Anästhesie mit Schmerztherapie; Intensivmedizin und Notarztesen; Palliativmedizin; Radiologie mit Ganzkörper-CT und MRT, das in Kooperation mit einer Praxis betrieben wird, sowie die Belegabteilungen HNO und Urologie. Dem Krankenhaus ist eine Krankenpflegeschule mit 125 Ausbildungsplätzen angeschlossen.

Das medizinische Angebot des Krankenhauses wird durch ein 2002 eingerichtetes Medical-Center mit Arztpraxen und weiteren ambulanten medizinischen Angeboten ergänzt, die mit dem stationären Bereich des Hauses eng verzahnt sind.

Das Katharinen-Hospital ist seit 1999 Mitglied im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und ist nach DIN EN ISO 9001:2000 und dem Umweltmanagementsystem EMAS zertifiziert. Es engagiert sich seit 1998 außerdem unter anderem im Rahmen von Gesundheitsmessen, Tagen der offenen Tür, und der medTrend-Tour oder auch durch das Gesundheitsmagazin medTrend für Transparenz und intensiven Austausch über gesundheitsbezogene Themen mit der Bevölkerung Unnas und der Region.

»Zeit für Visionen!«

Die Ausgangssituation

Wenn Patienten nicht angemessen und umfassend versorgt werden können, ergeben sich daraus für sie und ihre Angehörigen aber auch für Beschäftigte vielfältige Belastungen. Das gilt zum Beispiel in Zusammenhang mit der Versorgung Schwerstkranker.

Die Palliativmedizin konzentriert sich auf lindernde Maßnahmen, um die Lebensqualität von Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer aktiven, unheilbaren Erkrankung und mit einer erfahrungsgemäß begrenzten Lebenserwartung weitestgehend zu erhalten. Im Vordergrund der Behandlung stehen die Schmerztherapie und die Behandlung anderer belastender Symptome. Ziel der Arbeit der Palliativstation ist es, neben der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens, den Patienten bei der Bewältigung der emotionalen und sozialen Probleme zu helfen und Patienten nach erfolgter Symptomeinstellung wieder in den gewohnten Lebensbereich zu entlassen. Eine Palliativstation ist keine Einrichtung zur Dauerpflege.

Als die Palliativstation am Katharinen-Hospital Unna am 1. September 1998 eröffnet wurde, gab es bundesweit nur ca. 15 ähnliche Einrichtungen.

Angeregt durch den Geschäftsführer Klaus Bathen und u.a. unterstützt durch eine begleitende Supervision, hatten sich Mitarbeiter/-innen verschiedener Berufsgruppen mit dem Aufbau dieses Versorgungsangebotes befasst. Viele von ihnen sind auch heute noch Teil des multiprofessionellen Teams, das das Angebot inzwischen ausgebaut hat und in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess weiterentwickelt.

Vorgehensweise

Die Entwicklung des Versorgungsangebotes erfolgte in erster Linie durch engagierte Mitarbeiter/-innen, die im Rahmen eines Qualitätszirkels Informationen sammelten, sich durch Hospitationen und Weiterbildungen qualifizierten, Konzepte entwickelten und unterstützt durch das Management umsetzen. Hinzu kam, dass sie für ihre Idee innerhalb des Hauses und nach außen warben.

Alle Beteiligten betraten Neuland und gingen Risiken ein, um für Patient/-innen ein

adäquates Versorgungsangebot zu entwickeln und gleichzeitig ihre neuen Arbeitsplätze so zu gestalten, dass sie den eigenen Qualitätsansprüchen genügen. Das galt sowohl hinsichtlich medizinischer, pflegerischer, sozialer und finanzieller Aspekte als auch bezogen auf die baulich-räumliche Gestaltung der Station.

Die Palliativstation des Katharinen-Hospital gehört zur Abteilung für Anästhesie. Sie bildet räumlich eine geschlossene Einheit mit sechs wohnlich eingerichteten Einzelpatientenzimmern mit eigener Nasszelle. Darüber hinaus stehen für Angehörige zwei weitere Einzelzimmer für die ständige Begleitung während des stationären Aufenthalts zur Verfügung. Die gemütliche Wohnküche, ein Wohnzimmer sowie ein eigener Terrassen- und Gartenbereich nehmen der Station den ›Klinikcharakter‹ und laden Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter in persönlicher Atmosphäre zum Gespräch und zum Verweilen ein.

Das Team setzt sich aus speziell ausgebildeten Ärzten, Pflegenden, einer Psychologin, Physiotherapeuten, Überleitungsschwester, Sozialarbeitern und Seelsorgern sowie neun ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen und betreut Patienten und deren Angehörige im Bereich der stationären Versorgung umfassend und darüber hinaus auch bei der Kontaktpflege für die ärztliche und pflegerische Betreuung nach der Rückkehr in den häuslichen Bereich. Die Arbeit umfasst außerdem Beratung und Informationen für Patienten, Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter, Öffentlichkeitsarbeit, Hilfe bei Trauerbewältigung, Vorträge und regelmäßige Fortbildungen. Außerdem gibt es einen konsiliarischen Palliativdienst für die Abteilungen des Katharinen-Hospitals.

Nach der Eröffnung im September 1998 wurde die Station im Mai 1999 durch die Landesregierung NRW rückwirkend anerkannt. Einen Monat später fand das erste Angehörigentreffen auf der Station statt und im Juni 2000 wurde die Oberarztstelle für die Station bewilligt. Im Juni und September des Folgejahres fand ein Trauerseminar für das gesamte Team statt. Der Einrichtung einer Palliativsprechstunde im Oktober 2001 folgte ein Jahr später die Einrichtung des Ambulanten Palliativdienstes (APD).

Der Ambulante Palliativ Dienst am Katharinen-Hospital betreut und berät Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und ihre Angehörigen zu Hause. Der Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität für die verbleibende, oft stark begrenzte Lebenszeit in der gewohnten Umgebung steht dabei im Vordergrund. Das Team setzt sich aus examinierten Krankenschwestern und Krankenpflegern mit palliativpflegerischer Erfahrung sowie spezieller Fortbildung in den Gebieten Sterbe- und Trauerbegleitung, Kinästhetik, basale Stimulation, Aromatherapie u.a. zusammen. Die Zusammenarbeit mit den Palliativmedizinern, Fachärzten aller Abteilungen und der Schmerzambulanz sowie der Palliativstation des Katharinen-Hospitals ist eng; letztere wird u.a. dadurch unterstützt, dass Teammitglieder zu je 50% im APD und auf der Station arbeiten.

Zu den Arbeitsschwerpunkten gehören:

- Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen bei der Durchführung palliativpflegerischer Maßnahmen wie paraenterale Ernährungszufuhr, Umgang mit Schmerzpumpen, Absauggeräten etc.
- enge Kooperation mit dem betreuenden Hausarzt sowie dem ambulant versorgenden Pflegedienst und der Palliativstation des Katharinen-Hospitals
- Kontaktvermittlung zu ambulanten Hospizdiensten, ehrenamtlichen Mitarbeitern, geistlichen und seelsorgerischen Diensten und, stationären Einrichtungen wie Hospizen und Pflegeheimen
- Stabilisierung der Pflegesituation zu Hause durch Gespräche, Präsenz in der Terminalphase (falls gewünscht) sowie die kontinuierliche Erreichbarkeit
- Unterstützung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Integration psychischer, sozialer und spiritueller Probleme
- Organisation von Pflegehilfsmitteln, Hilfe bei der Erledigung von Formalitäten
- psychosoziale Begleitung der Patienten sowie deren Angehörigen
- Hilfestellung bei der Erfüllung von Wünschen und Bedürfnissen des Patienten
- Trauerbegleitung durch Besuche der Angehörigen über den Tod hinaus

Die Einrichtung einer Trauergruppe ist geplant. Hinterbliebene werden auch bereits jetzt regelmäßig zum Treffen auf der Palliativstation eingeladen.

Über den Kreis der Betroffenen und ihren Angehörigen und Freunden hinaus können auch Mitarbeiter aus umliegenden Krankenhäusern, Ärzte und Ambulante Pflegedienste die Angebote nutzen.

Zum fachlichen Austausch und zur Verbreitung der Konzepte der Palliativmedizin wurde im November 1999 ein Palliativ-Netzwerk Westfalen-Lippe gegründet. Im Juni 2001 fand der 1. Internationale Palliativkongress in Unna statt, der 2. Internationale Palliativkongress ›Palliativmedizin in Bewegung‹ folgte im November 2004 und der 3. Palliativkongress ›Am Ende des Lebens: Zwischen Autonomie und Abhängigkeit‹ im April 2008 (vgl. www.katharinen-hospital.de).

Die umfangreichen Leistungen sind nur durch zusätzliche Spenden möglich. Der Verein zur Förderung des Gesundheitswesens am Katharinen-Hospital Unna e.V. unterstützt die Arbeit der Palliativstation und des Ambulanten Palliativ Dienstes inhaltlich und finanziell.

Ergebnisse und Effekte

Bevor die ›Integrierte Versorgung‹ hoffähig wurde, ist es in Unna gelungen, ein umfassendes Konzept zur Palliativversorgung im multiprofessionellen Team und über Einrichtungsgrenzen hinweg zu entwickeln und umzusetzen.

Die fast zehnjährige Geschichte der Palliativstation ist geprägt durch eine ständige Anpassung und Ausweitung der Angebotsstruktur, die kontinuierliche Begleitung und Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen und die ständige Weiterentwicklung des Teams.

Das Angebot wurde trotz (noch) fehlender Finanzierung und eingeschränkter Abrechnungsmöglichkeiten realisiert. Durch Sponsoring und eine gute Vernetzung mit Verbänden, Vereinen und anderen Unterstützern wird ein angemessener Personalschlüssel ermöglicht.

Durch den fachlichen Austausch und die Organisation von Internationalen Kongressen in Unna werden Netzwerkbildungen und das Thema Palliativversorgung insgesamt unterstützt und auf Defizite und notwendige Entwicklungen in der Versorgung hingewiesen.

Erfolgsfaktoren

»Wer hier arbeitet, hat sich ganz bewusst dazu entschieden, und die Teamentwicklung ist für uns sehr wichtig. Es war eine gute Entscheidung, hier mitzumachen.«

Auch aus Sicht der Mitarbeiter/-innen ist die Bilanz nach knapp zehn Jahren für die Station und die einzelnen Mitarbeiter/-innen positiv: »Wir haben eine ganz geringe Fluktuation, und die Supervision – sie ist für eine Palliativstation ein Muss – hat uns viel gebracht. Wir haben auch gelernt miteinander zu streiten. Es gibt sehr viele Entwicklungsmöglichkeiten, und was man hier für sich lernt, reicht bis ins Privatleben.«

Und es bleibt spannend, weil sich immer wieder etwas Neues tut. So beschäftigt sich derzeit eine Arbeitsgruppe mit der Geriatrischen Palliativversorgung.

›Hemmende‹ Faktoren

Ohne ein enormes Engagement aller Beteiligten und die Bereitschaft, auch finanziell große Risiken einzugehen, wäre die Entwicklung der Palliativversorgung in Unna nicht möglich gewesen.

Inzwischen sind Leistungen der Palliativmedizin im DRG-System abgebildet. Allerdings wäre eine höhere Finanzierung wünschenswert, um eine angemessene Vergütung sicherzustellen. Durch die inzwischen auch gesetzlich verankerte Möglichkeit zur Integrierten Versorgung sind zwar wichtige Weichenstellungen erfolgt, die Ausgestaltung der Rahmen- und Umsetzungsbedingungen ist aber nach wie vor Pionierarbeit, die nicht angemessen refinanziert wird.

Fazit

In Zeiten knapper Kassen und bei einer Tendenz, sich auf Leistungen zu beschränken, die »sich rechnen«, ist die Palliativversorgung in Unna gleichzeitig ein sehr wichtiges Beispiel dafür, dass und wie mit viel Mut, Sachverstand und sehr viel Engagement in Kooperation von Management und Mitarbeitern und im multiprofessionellen Team innovative Projekte realisierbar sind.

»Ich war schon mehr als 50-mal im Krankenhaus, aber ich hätte nie geglaubt, dass es so was gibt.« Besser als der Patient, den wir im Wintergarten trafen, und der noch immer erstaunt war über das, was er in der Palliativstation erlebt und besonders auch darüber, wie sich sein Zustand und seine Lebensqualität trotz allem noch positiv verändert hatten, kann es kaum treffender zusammengefasst werden.

Ansprechpartner im Unternehmen

OA Dr. Boris Hait
– Palliativstation –
Obere Husemannstr. 2
59423 Unna

Telefon 02303 100-3800
Telefax 02303 100-2700
E-Mail palliativ@katharinen-hospital.de
www.katharinen-hospital.de

Weiterführende Informationen/Literatur

Oliver Tolmein: Alltag auf einer Palliativstation. In: Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, München, 2007, Goldmann Taschenbuchausgabe, 63–83

4

Ganzheitliche Versorgung und arbeitsbezogene Maßnahmen für berufsgenossenschaftliche Unfallpatienten am Stiftungsklinikum Mittelrhein



Die Einrichtung

Seit dem 1. Januar 2003 ist das ›Stiftungsklinikum Mittelrhein‹ (SKM) offiziell am Markt – ein Verbundklinikum aus den drei Krankenhäusern Gesundheitszentrum Evangelisches Stift St. Martin Koblenz, Gesundheitszentrum zum Heiligen Geist Boppard und Diakoniezentrum Paulinenstift Nastätten. Es bietet den Patienten der Region gebündelt die Leistungen aller drei Kliniken – egal »durch welche Tür« sie das Stiftungsklinikum betreten.

Zurzeit versorgen 132 Ärzte, 753 Pflegekräfte, 263 Mitarbeiter im Medizinisch-technischen Dienst und Funktionsdienst sowie 336 sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jährlich 21.600 Patienten stationär und 50.000 ambulant.

Um sich den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu stellen, setzt das Stiftungsklinikum Mittelrhein nicht ausschließlich auf medizinische und medizintechnische Innovationen in den 12 medizinischen Fachabteilungen. Es

»Lernen und verändern – heute für morgen«

fördert auch eine Ausweitung des Dienstleistungsspektrums und Vernetzungen. Dementsprechend gibt es unter anderem seit 1996 am Standort Koblenz ein ambulantes Adipositas-Zentrum und seit 1997 Basis e. V., ein Zusammenschluss engagierter Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen, die Gesundheitskurse, Angehörigenseminare und weitere Unterstützungen bei der Prävention und der eigenverantwortlichen Rehabilitation anbieten. Außerdem wurden beispielsweise ambulante Pflegezentren in der Krankenpflege, Seniorenhäuser an allen drei Standorten, ein stationäres Hospiz am Standort Koblenz und vieles andere mehr eingerichtet.

Das Evangelische Stift Gesundheitszentrum St. Martin in Koblenz trat 1999 dem Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser bei, und das SKM ist seit 2005 Mitglied im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser (DNRFK). Es gehört seit vielen Jahren auch zum CLINOTEL-Krankenhaus-Verbund.

Die Ausgangssituation

Im Leitbild des SKM heißt es unter dem Leitsatz ›Lernen und verändern – heute für morgen‹: »(...) Unseren Grundsätzen folgend, wollen wir die Herausforderungen der Zeit beachten, Bildung fördern, nach neuen Aufgaben fragen, Veränderungen annehmen und im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung mitgestalten.«

Einer der vielfältigen Veränderungsprozesse, die in diesem Zusammenhang im SKM stattfinden, konzentriert sich auf die Behandlung berufsgenossenschaftlicher Unfallpatienten (BGSW-Patienten) im interdisziplinären Team.

Bereits seit 1954 wurden querschnittgelähmte Patienten im Gesundheitszentrum Evangelisches Stift St. Martin in Koblenz behandelt (derzeit ca. 150 stationäre Patienten pro Jahr. Auch die stationäre Akutbehandlung von berufsgenossenschaftlichen Unfallpatienten und die berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) vor- und nachsorgend zu Maßnahmen der Arbeitserprobung bilden seit vielen Jahren einen Schwerpunkt.

Von Januar 2001 bis August 2002 hatte eine berufsgruppenübergreifende Projektgruppe unter Leitung der Psychologin und der Leiterin von Rehabit – das ist die seit 1997 eigenständige Therapieabteilung am Gesundheitszentrum, Evangelisches Stift St. Martin – das Konzept ›Ganzheitliche Behandlung von berufsgenossenschaftlichen Unfallpatienten‹ erarbeitet und in einer Pilotphase erprobt. Das Konzept wurde im Oktober 2002 vom Deutschen Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) mit dem 1. Preis ausgezeichnet.

In Zusammenhang mit ihrer Projektpräsentation beantragte die Projektgruppe der ›Sonderstation 3 (SO3) – ganzheitliche Behandlung von BGSW/BG – Reha Patienten‹ in einer Sitzung der hausinternen Steuergruppe im Dezember 2002, das Projekt an einen internen Prozessverantwortlichen zu übergeben und alle Beteiligten bei der Umsetzung durch eine externe Prozessbegleitung zu unterstützen. In der Umsetzungsphase sollten verschiedene Problemfelder bearbeitet (personelle Ausstattung, Teamstruktur, Akzeptanz

der SO 3 im Haus) und Hinweise auf die weitere Entwicklung des Projektmanagements im gesamten Unternehmen abgeleitet werden.

Vorgehensweise

Zwischen Februar und April 2003 führte die externe Prozessbegleiterin eine vertiefende Analyse der Ausgangsbedingungen durch (Dokumentenanalyse, Analysegespräche, Hospitationen im Pflegedienst und Ärztlichen Dienst). Gleichzeitig wurde die Bereitschaft der Mitarbeiter/-innen der ursprünglichen Projektgruppe geklärt, weiter in einer Prozessbegleitungsgruppe (PBG) mitzumachen und die Gruppe erweitert.

Im Mai 2003 traf sich die erweiterte PBG zu ihrer konstituierenden Sitzung. Sie war hierarchie- und berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt und bestand aus Mitgliedern des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, von Rehafit, der Psychologin und der Moderatorin; bei Bedarf nahmen auch Gäste an einzelnen Sitzungen teil (z.B. der Geschäftsführer, der Chefarzt, Vertreter von Berufgenossenschaften).

Die Sitzungen fanden im vier bis achtwöchigen Rhythmus statt, eine längere Unterbrechung gab es im Spätsommer / Herbst 2006, als mehrere Mitglieder aufgrund außerberuflicher Gründe das Stiftungsklinikum verließen.

Die 1 1/2 bis 2 1/4 Stunden dauernden Sitzungen wurden protokolliert und die Protokolle an die Mitglieder der Prozessbegleitungsgruppe sowie den Chefarzt, die Personalleiterin und die Qualitätsmanagementbeauftragte übersandt.

Außerdem erfolgten jährlich ausführliche Berichte an die einrichtungsübergreifende Steuergruppe, in denen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Arbeit in der PBG dokumentiert und reflektiert wurden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte in der PBG lagen in den ersten Jahren in dem Auf- und Ausbau des Teams, der Veränderung der Leitungsstruktur, der Verbesserung der baulich-räumlichen Bedingungen der SO 3 und der Erweiterung des Therapieprogramms sowie der Freizeitangebote. In der zweiten Phase wurde mit der Entwicklung und Umsetzung der Arbeitsbezogenen Maßnahmen, das seit Februar 2007 als Rehajob umgesetzt wird, ein neues Dienstleistungsangebot entwickelt. Parallel zur Arbeit der PBG wurden die Leistungen auf der SO 3 quantitativ und qualitativ ausgeweitet.

Die Sitzungen der PBG wurden im Januar und November 2005 um zwei eintägige Workshops mit den Schwerpunkten ›In Projekten arbeiten – Systemisch denken und handeln‹ und ›Ergänzung des Ganzheitlichen Behandlungskonzepts um arbeitsbezogene Maßnahmen‹ ergänzt. Außerdem fanden begleitend zur ersten Projektphase unter Einbeziehung der Vorgesetztenebenen verschiedene Abstimmungsgespräche über die Personalentwicklung und Leitungsstruktur der SO 3 sowie ein Teamentwicklungsgespräch für alle Mitarbeiter/-innen der SO 3 statt.

Außerdem wurde im ›StiKuM‹, der Mitarbeiterzeitschrift des SKM und in externen Publikationen, in Vorträgen und Präsentationen immer wieder über den Verlauf und die Ergebnisse des Projektes berichtet.

Ergebnisse und Effekte

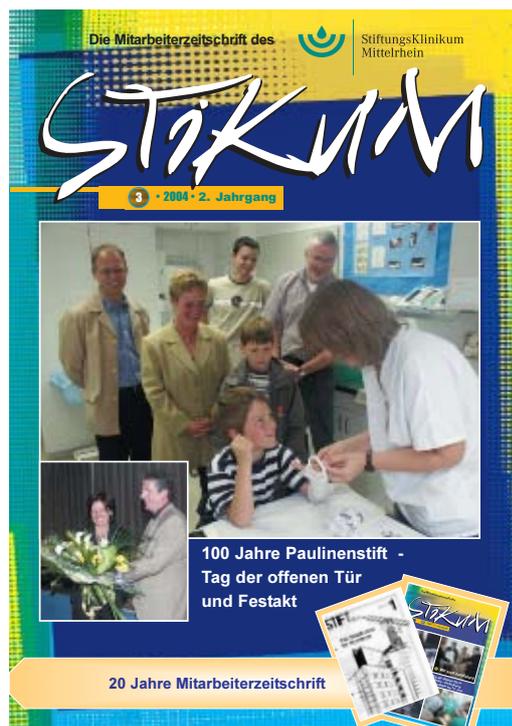
Ergebnisse und Effekte lassen sich innerhalb der PBG und bei anderen Mitarbeiter/-innen der beteiligten Berufsgruppen, bezogen auf die Patienten und bezogen auf das SKM insgesamt beschreiben. Einige davon in Stichpunkten:

- Änderung der Leitungsstruktur und personelle Veränderungen im Pflegeteam der SO 3 sowie Verbesserung der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst, Maßnahmen zur Teamentwicklung
- arbeitsorganisatorische Veränderungen und Absprachen hinsichtlich eines verbesserten Informationsaustausches (SO 3, Rehafit, ärztlicher Dienst, Unfallchirurgische Ambulanz); Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufsgruppen und Bereichen verbessert
- Qualifizierungen von Mitarbeiter/-innen im Umgang mit Ansprüchen und Bedürfnissen des BGSW-Patienten und in den Bereichen Moderation und Projektarbeit (›Unerhörte

- Patientenwünsche, Moderationstraining, Workshops)
- Einstieg in baulich-räumliche Umgestaltung der SO 3, z.B. durch Neugestaltung eines rauchfreien Aufenthaltsraumes, Internet-Cafe, Renovierung von Patientenzimmern
- Ausbau von und verbesserte Informationen über Patientenschulungen (z. B. gesunde Ernährung, Entspannung und Krankheitsverarbeitung)
- Therapie- und Freizeitangebote für Patienten weiterentwickelt und neu angeboten (z.B. Nordic Walking, Fußgruppe, Schultergruppe)
- Verbesserung des ›Wohlfühleffektes‹ für die Patienten
- Erweiterung der SO 3 um sechs Betten; deutlicher und kontinuierlicher Ausbau der Auslastungsquote; Veränderungen der Patientenstruktur (z.B. mehr querschnittgelähmte Patienten)
- Erweiterung des Konzeptes zur Ganzheitlichen Behandlung von berufsgenossenschaftlichen Unfallpatienten; Entwicklung und Umsetzung von RehaJob in Kooperation mit der Handwerkskammer Koblenz; Qualifizierung von Mitarbeiter/-innen zur Übernahme neuer Aufgaben und Rollen
- Erstellung von Patientenbroschüren und umfangreiche interne und externe Öffentlichkeitsarbeit
- deutlicher Imagegewinn für die SO 3 nach innen und außen

Mit dem offiziellen Ende der PBG im April 2007 waren auch die Weichen dafür gestellt, wie die teamübergreifende Kooperation und Qualitätsförderung zukünftig intern gewährleistet bleiben soll.

RehaJob, in dessen Rahmen übrigens bundesweit erstmalig eine Kooperation zwischen einem Krankenhaus und einer Handwerkskammer realisiert wird, entwickelt sich zur Erfolgsgeschichte und wird derzeit als Dienstleistungsangebot und Qualifizierungsangebot weiter ausgebaut. Die Berufsgenossenschaften schätzen die Innovationsfähigkeit im SKM und fördern die weitere Entwicklung.



Erfolgsfaktoren

Die Zufriedenheit der Mitglieder der PBG sowie Verbesserungspotentiale wurden u.a. in Zusammenhang mit Zwischenberichten und für das Abschlussresümee abgefragt.

Dabei wurden die heterogene Zusammensetzung der Gruppe und die Unterstützung durch externe Moderatorin als hilfreich und motivierend benannt. Wichtig war besonders in der ersten Projektphase die begleitende Unterstützung weiterer Vorgesetztebenen in Bezug auf die Personalausstattung und die Leitungsstruktur der SO 3.

Unterschiedliche Zielauffassungen, die im SKM in Zusammenhang mit dem Umsetzungsprojekt bestanden, das in der zweiten Projektphase dann doch auch Entwicklungsprojekt war, konnten geklärt werden. Hilfreich war dafür, dass ein Teil der Mitglieder der PBG seit vielen Jahren Innovationen im SKM initiiert und umsetzt. Eine starke personelle Umbruchsituation wurde im Jahr 2005 erfolgreich gemeistert. Trotz personeller Veränderungen wuchs die PBG in kürzester Zeit immer wieder zusammen. Sie zeichnete sich durch eine hohe Akzeptanz des Expertenwissens der jeweils anderen Berufsgruppe und durch ein ungewöhnlich hohes Interesse und Engagement der einzelnen Mitglieder aus.

In der Zusammenarbeit und mit Unterstützung weiterer interner und externer Kooperationspartner wurden fachliche und persönliche Weiterentwicklungen gefördert und für die Entwicklungsnotwendigkeiten und -prozesse im SKM sensibilisiert. »Ich habe mehr gelernt, als ich mir eingangs hätte vorstellen können.« lautete ein Kommentar in Zusammenhang mit dem Abschlussresümee und andere: »Was wir gekostet haben, haben wir über die Belegung und über neue Geschäftsfelder wieder reingeholt. Wir haben uns fachlich weiterentwickelt, Stellenwert und Image der SO 3 im Haus verbessert, und das Projekt hatte eine riesige Außenwirkung. Wir können stolz sein, weil wir viel geleistet haben.«

›Hemmende‹ Faktoren

Der Zusammenschluss zum Stiftungsklinikum Mittelrhein und die damit einhergehenden strukturellen und personellen Veränderungen beeinflussten die Entwicklungen in der PBG direkt und indirekt. So gab es z.B. unmittelbare Veränderungen von Zuständigkeiten und Effekte für die Arbeits- und Einsatzbedingungen der beteiligten Akteure. Eine Vielzahl von parallel stattfindenden Prozessen sowie eine empfundene und real vorhandene Planungsunsicherheit waren häufig Thema in den Sitzungen. In diesem Zusammenhang ist z. B. auch der vielfach geäußerte Wunsch nach rascheren und transparenten Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen und nach mehr Rückmeldung und Anerkennung durch die Steuergruppe zu sehen. Aber auch diesbezüglich änderten sich zum Teil die Wahrnehmungen: »Ein Teil der Anerkennung ist, dass wir ›frei‹ arbeiten konnten und personelle Ressourcen hatten.«

Fazit

»Wir fördern die Motivation durch Übertragung von Aufgaben und Verantwortung und durch Einforderung von Kompetenz, Ideen und Vorschlägen«, heißt es im Leitbild des SKM. Und weiter im »Ausblick: (...) In der aktiven Gestaltung des Wandels liegt die Chance, auch weiterhin ein Anziehungspunkt für die Patienten darzustellen. Denn ihr Wohl ist unser höchstes Ziel und unser wichtigster Auftrag.«

Die Arbeit der PBG verdeutlicht, dass trotz aller zwischenzeitlich auftretenden Zweifel und Widerstände, mit selbst gesteckten Zielen und einem enormen Engagement im Sinne des Leitbilds ein Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Unternehmens insgesamt, zur besseren und zukunftsweisenden Patientenversorgung und Rehabilitation und nicht zuletzt zur Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geleistet werden konnte. Voraussetzung dafür sind aber auch weiterhin begleitende Entwicklungen, z. B. im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie das systematisierte Lernen aus den Erfahrungen in den Projekten.

Kooperationspartner

Brigitte Müller, mediCONcept – Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen,
Wuppertal

Ansprechpartnerin im Unternehmen

Ansprechpartner im Unternehmen

OA Dr. Gunter Meuthen

Renate Hülsmann, Dipl.-Psych. (Gesundheitsförderung, Personalentwicklung)

Stefanie Mentfewitz, Dipl. Sportlehrerin (Leiterin Rehafit)

Stiftungsklinikum Mittelrhein / GZ Service GmbH

Gesundheitszentrum – Ev. Stift Sankt Martin gGmbH

Johannes-Müller-Str. 7

56068 Koblenz

Telefon 0261 137-1636 (G.Meuthen); -1650 (R. Hülsmann); -1857 (S. Mentfewitz)

Telefax 0261 37-1263 (G.Meuthen)

E-Mail gunter.meuthen@stiftungsklinikum.de

renate.huelsmann@stiftungsklinikum.de

stefanie.mentfewitz@stiftungsklinikum.de

www.gzstift.de

www.rehafit-mobil.de

www.rehajob.de

Weiterführende Informationen/Literatur

Florian Hasdenteufel, Nachfrage übersteigt Kapazität – Ganzheitliche Behandlung von
BG Unfallpatienten. In: StiKuM, 2005, Heft 2, S. 28–29,

www.gzstift.de/downloads/Stikum2-05%20neu.pdf

Renate Hülsmann, Brigitte Müller; Ganzheitliche Rehabilitation wird umgesetzt. In:

StiKuM, 3/2004, 29–30, www.gzstift.de/downloads/Stikum%203-2004.pdf

Gunter Meuthen, Schneller zurück in den Alltag

In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 47, 23.11.2007, A 3240f

Gunter Meuthen, Rehajob – Die Berufliche Rehabilitation im Rahmen der BGSW. In: Die

BG, Dez. 2007, 481f

Gunter Meuthen, Berufliche Rehabilitation im Rahmen der BGSW. In: Trauma und

Berufskrankheit, Heft 1/2008

5

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung in der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung, Karlsruhe



Die Einrichtung

Die Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung ist ein stationäres Pflegeheim mit 140 Betten, gelegen in ruhiger Wohnlage mit Park in der Weststadt von Karlsruhe.

Den Grundstock legte 1909 der Oberschlosshauptmann des Großherzogs von Baden, Wilhelm von Offensandt-Berckholtz. Er vermachte der Diakonissenanstalt in Karlsruhe siebenhunderttausend Goldmark mit der Auflage »in Karlsruhe eine Anstalt zu erbauen in welcher bedürftige und gebrechliche Frauen und Jungfrauen evangelischen Glaubens ständige Aufnahme finden.« 1912 wurde die nach seiner Mutter benannte Einrichtung eingeweiht.

Heute wird das Pflegeheim als selbständige kirchliche Stiftung von einer Heimleitung und Geschäftsführung geleitet und steht unter der Gesamtverantwortung des Verwaltungsrates der Evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr.

Die insgesamt 80 Einzelzimmer und 30 Doppelzimmer sind überwiegend mit Dusche und WC ausgestattet; eigene Möbel können in der Regel mitgebracht werden. Jeder Bereich verfügt über einen kleineren und größeren Aufenthaltsraum; in den Wohnzimmern kann gemeinsam gefrühstückt werden. Außerdem gibt es Gruppenräume, einen Veranstaltungs- und Speisesaal, eine Cafeteria und einen Andachtsraum.

»Impulse von außen sind wichtig, um Bewegung ins Ganze zu bringen!«

110 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreuen die Bewohnerinnen und Bewohner und die Gäste, die die Kurzzeitpflegeplätze in Anspruch nehmen. Von den 73,5 Vollzeit-Stellen sind 51,5 der Pflege zugeordnet und 18 Vollzeit-Stellen für die Wirtschaftsversorgung und Reinigung vorgesehen.

In der Einrichtung leben sehr viele Selbstzahler. Die Anzahl der Bewohner mit einer hohen Pflegestufe ist vergleichsweise gering. So gab es Mitte 2007 nur sechs Bewohner in der Pflegestufe III. Die Belegung liegt seit Monaten bei über 99 %.

Es gibt ein umfangreiches Veranstaltungsangebot, das auf sieben pro Woche ausgedehnt werden soll. Es umfasst unter anderem Angebote wie Seniorengymnastik, Sturzprophylaxe, Gedächtnisübungen, Beschäftigungstherapie, Spiele, Singen, Ausflüge, Heimbewohnerfreizeiten, Konzerte, Diavorträge, Dichterlesungen und Theateraufführungen.

Die Einrichtung verfügt über ein gutes Konzept zur Kooperation mit Ehrenamtlichen und ist in diesem Zusammenhang in ein Programm des Landes Baden-Württemberg zur Professionalisierung des Ehrenamtes eingebunden.

Die Ausgangssituation

Im Jahr 1997 wurde mit Andreas Störzinger ein neuer Heimleiter eingesetzt; im Jahr 2001 wurde die Stelle der Pflegedienstleitung mit Birgit Hernandez neu besetzt.

Angeregt durch ein Angebot der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) begann man in der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung 2000 zunächst über das Projekt ALIDA (Arbeitslogistik in der Altenpflege) mit Analysen und Umstrukturierungen. In diesem Zusammenhang wurde auch ein Arbeitskreis Gesundheit eingerichtet, in dem zunächst auch Vertreter der BGW-Bezirksgeschäftsstelle Karlsruhe und der AOK-Karlsruhe vertreten waren. Seit 2001 werden regelmäßige Arbeitssituationsanalysen (ASA) durchgeführt.

Eine externe Kooperationspartnerin, Frau Scheele-Schäfer, stellte 2004 das BGW-Programm »Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung« vor. Sie hatte bereits zuvor unter anderem im Bereich der Angehörigenarbeit mit der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung zusammengearbeitet und war als Trainerin der BGW für die Durchführung des Projektes geschult worden. Das Programm wird inzwischen von der BGW unter der Bezeichnung »gesu.per« angeboten.

Ein Anlass für die Durchführung des Programms war, dass sich – zum Teil eher unspezifische und wenig zielgerichtete – Beschwerden von Mitarbeiter/-innen in den Wohnbereichen, von Bewohnern und Angehörigen häuften. Das Pflegeheim befand sich außer-

dem zu dem Zeitpunkt in einer Umbau- und Renovierungsphase, die bei vollem Betrieb durchgeführt wurde.

Vorgehensweise

Nach dem die Heimleitung sich nach Rücksprache mit weiteren Entscheidungsträgern zur Durchführung der Maßnahme ›Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung‹ entschieden hatte, wurde 2004 ein Steuerkreis aus Mitarbeitenden verschiedener Ebenen und Bereiche des Heimes gebildet. Er sollte den möglichen Schulungsbedarf für die Einrichtung ermitteln.

Durch Anforderungsprofile und Problemlisten wurden Kommunikationsstörungen zwischen den einzelnen Bereichen und unzureichende Absprachen auch in den einzelnen Wohnbereichen ermittelt. Außerdem wurden eine mangelnde Identifikation mit der (evangelischen) Einrichtung und eine allgemeine Unzufriedenheit als zu bearbeitende Themen beschrieben.

Die externe Beraterin entwickelte aufbauend auf die Bedarfsermittlung und unter Nutzung verschiedener Bausteine des von der BGW entwickelten Programms ›Schlüsselqualifikationen‹ das Schulungskonzept ›Schnittstellen und ihre Optimierung‹.

Innerhalb von vier Monaten wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an sechs Samstagen nach einem festen und somit vergleichbaren Konzept geschult. Die Teilnahme war verpflichtend und der Fortbildungstag wurde als Dienstzeit angerechnet.

Die jeweils ca. 12–15 Personen umfassenden Gruppen waren hierarchie- und bereichsübergreifend zusammengesetzt. So arbeiteten gelernte und ungelernte Mitarbeitende aus der Pflege, aus der Hauswirtschaft (Küche, Reinigungsdienst, Wäscherei), der Verwaltung, der Hausmeister etc. zusammen. Das führte mitunter zu Problemen, bezogen auf die Vermittlung des Stoffes und teilweise mussten auch andere Barrieren abgebaut werden. Um den sehr praxisorientierten Teilnehmenden ›spielerisch‹ die Möglichkeit zu geben sich einzubringen, wurden verschiedene Unterrichtsmethoden gewählt. Wichtig war auch, Sprachprobleme zu berücksichtigen, denn ca. die Hälfte der Mitarbeiter/-innen hat einen Migrationshintergrund. Mittags wurden die Teilnehmenden von der Einrichtung in die hauseigene Kantine zum Mittagessen eingeladen.

Die Inhalte der Schulungen bezogen sich auf gemeinsame Ziele, auf die Zusammenarbeit innerhalb der Bereiche und mit ›Schnittstellen‹, die Reflexion über »Teams und ihre ›Rollen‹« und das Thema ›Kommunikation bewusst gestalten‹. Im Anschluss an die Fortbildungstage erfolgte eine schriftliche Befragung, die positiv ausfiel.

Die Trainerin protokollierte jeden Schulungstag und die Protokolle wurden nach Beendigung der Fortbildung mit der Leitung ausgewertet. Dabei wurden auch die jeweilige Vorgehensweise und die Ergebnisse präsentiert, um darauf aufbauend zu reflektieren, wie die Leitungen den zukünftigen Transfer, z. B. von Teamregeln unterstützen könnten. So diente die Fortbildung auch zum Auf- und Ausbau weiterer Maßnahmen, die zum Teil nach Abschluss des Projektes im Jahr 2005 fortgesetzt wurden.

Ergebnisse und Effekte

Komplexe Veränderungsprozesse lassen sich nur schwer evaluieren und einzelne Veränderungen sind nicht immer nur Ergebnis einer Maßnahme.

In der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung wurden folgende Ergebnisse und Effekte in Zusammenhang mit dem Programm ›Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung‹ benannt:

- Die Mitarbeitenden fühlten sich durch das durchgeführte Schulungsangebot wertgeschätzt, und die Maßnahme unterstützte eine Identifizierung mit der Einrichtung.
- Wohnbereichsleitungen und Schichtleitungen versuchen das Gelernte umzusetzen. Sie bringen auftauchende Probleme ein, damit diese in weiteren Fortbildungen berücksichtigt werden können, und um ein Wiederauffrischen des Gelernten zu unterstützen.

- Die Wohnbereichsleitungen führen inzwischen jährlich Mitarbeitergespräche durch; sie wurden von der externen Kooperationspartnerin auf deren Durchführung vorbereitet.
- Die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und das Betriebsklima wurden nachhaltig verbessert.
- In jedem Bereich gibt es einen festen Ansprechpartner, der Missverständnisse oder Beschwerden sofort aufgreift und bearbeitet und die nächste Vorgesetztebene nur bei gravierenden Vorfällen einbezieht.
- Inzwischen gibt es zwei ausgebildete Mentorinnen/Praxisanleiterinnen, die individuell oder wohnbereichsbezogenen Nachschulungen zu pflegefachlichen Themen durchführen (z. B. Lagerungen, Verbände, etc.)
- Das Betreuungsangebot wurde umgestellt und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Veränderungsprozesse sind nicht abgerissen: So wurden zwischenzeitlich z. B. ein neues Wohnbereichsleiterkonzept umgesetzt, Dienstzeiten durch die Reduzierung von Arbeitspitzen oder mehr Personal in Hauptarbeitszeiten umstrukturiert, eine bewohner-nahe Dienstplangestaltung umgesetzt und pflegefremde Tätigkeiten abgebaut.

Heute gehören der Heimleiter, die Pflegedienstleiterin, die Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin und die Mitarbeitervertretung zum Steuerkreis GIB ›Gesund im Berckholtz‹. Der Steuerkreis trifft sich alle zwei Monate, die Treffen werden protokolliert. Für 2008 ist eine Mitarbeiter-Befragung geplant.

Erfolgsfaktoren

Das BGW-Projekt ›Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung‹ war in diesem Zusammenhang ein wichtiger Baustein. Die Einbeziehung aller Mitarbeiter/-innen und aller Bereiche im Rahmen des Schulungskonzepts löste in den Bereichen und bereichsübergreifend wichtige Impulse aus und förderte das Verständnis unter- und füreinander. Das hatte positive Aspekte beispielsweise für die Zusammenarbeit zwischen Küche und Wohnbereichen oder zwischen Wohnbereichen und Hauswirtschaftsdiensten. Die verschiedenen Leitungsebenen im Pflegedienst wurden qualifiziert, um einen längerfristigen Transfer des Gelernten in die Praxis zu unterstützen. Insgesamt hat sich die Bereitschaft, Veränderungen mit zu gestalten erhöht.

›Hemmende‹ Faktoren

Nach wie vor finden sich aber auf allen Ebenen und in allen Bereichen noch eingefahrene Strukturen, Scheuklappen, Bereichsgeismen und eine ablehnende Haltung gegen Neuerungen. Die Kommunikation und die Dokumentation sind nach wie vor Themen, die es zu bearbeiten gilt. Und das, was für die einen eine wichtige Herausforderung ist, um nicht ›betriebsblind‹ zu werden, stellt für andere auch schon mal eine Überforderung dar.

Fazit

›Man muss nicht alles neu erfinden, aber Anregungen von links und rechts aufnehmen. Wenn wir anfangen, uns auf dem auszuruhen, was wir erreicht haben, haben wir schon verloren.«, so das Fazit der Leiterin des Pflegedienstes.

Auf der Leitungsebene gab und gibt es eine große Bereitschaft, Impulse von außen aufzugreifen, Neues aufzugreifen und mit externen Partnern zu kooperieren. Dabei wurden auch intern Strukturen aufgebaut, mit denen sichergestellt werden soll, dass die durchgeführten Maßnahmen keine Insellösungen sind.

Einerseits ist es wichtig, überschaubare Projekte zu initiieren und abzuschließen, denn die vielfältigen Änderungen und neuen Anforderungen werden von Mitarbeitern durchaus auch als Belastung erlebt. Andererseits sind die Projekte gleichzeitig als Teil eines anhaltenden Veränderungsprozesses zu initiieren, der vor dem Hintergrund der sich ständig verändernden internen und externen Anforderungen weitergehen muss und wird.

Kooperationspartner

Jutta Scheele-Schäfer, Karlsruhe

Trainerin der BGW für Schlüsselqualifikationen / gesu.per

Ansprechpartnerin im Unternehmen

Andreas Störzinger, Heimleitung

Birgit Hernandez, Pflegedienstleitung

Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung

Weinbrennerstr. 60

76185 Karlsruhe

Telefon 0721 83135-0

Telefax 0721 83135-66

E-Mail pdl@berckholtz-ka.de

www.berckholtz-ka.de

Weiterführende Informationen/Literatur

Sabine Gregersen, Die Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource. Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. In: Pflege ambulant, 18. Jahrg., 6/07, S. 29–31

Sabine Gregersen, Anne Brandt; Prävention, Gesundheit und Selbstpflege – Zur Pflege anderer gehört die Selbstpflege. In: E 10 Altenpflege Extra: Selbstpflege. Zeitschrift Altenpflege 10/2007

6

Das Projekt ›Hoffnung Alter‹ im Seniorenheim ›Martha Piter‹, Brandenburg an der Havel



Die Einrichtung

Das Seniorenzentrum ›Martha Piter‹ wurde zum 1. Januar 1987 als kommunales Feierabend und Pflegeheim in Hohenstücken, einem Wohngebiet in Brandenburg eröffnet. Hier sollten 201 überwiegend noch rüstige Senioren ihren Lebensabend verbringen. Im Juni 1989 wurde der Name ›Martha Piter‹ verliehen. Zum 1. Januar 1992 erfolgte die Übergabe in die Trägerschaft des Vereins ›Seniorenbetreuung Brandenburg‹ e.V., der zum 1. Januar 1995 die gemeinnützige GmbH Seniorenheim ›Martha Piter‹ gründete.

Da die baulichen Anforderungen aus dem seit Oktober 1993 gültigen Heimgesetz nicht in vollem Umfang erfüllt werden konnten, wurden umfassende Umgestaltungen nötig, die mit finanzieller Unterstützung des Landes Brandenburg, der Stadt Brandenburg an der Havel und mit Eigenmitteln zwischen 2001 und 2003 realisiert wurden. Es entstand ein modernes Seniorenzentrum mit 90 Pflege- und 4 Kurzzeitpflegeplätzen sowie 44 Wohnungen für das betreute Wohnen, das sich als soziales Kompetenzzentrum in Sachen Pflege und Betreuung präsentiert.

2004 übernahm Norbert Fröhndrich als neuer Geschäftsführer die Leitung. Gleichzeitig wurden auch auf Initiative der Pflegedienstleitung die Bereiche Wohnen, Pflege und Betreuung völlig neu strukturiert. Durch die Neustrukturierung sollte die fachliche und wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit gesichert werden.

Damals gab es im Seniorenzentrum ›Martha Piter‹ ca. 40 Vollzeitstellen. Von den 59 Beschäftigten waren 53 weiblich und mehr als die Hälfte über 45 Jahre alt. Fach- und Hilfskräfte waren gleich stark vertreten.

Seit dem 1. Januar 2007 sind das Seniorenzentrum ›Martha Piter‹ und das Seniorenzentrum ›Clara Zetkin‹ unter der Leitung von Norbert Fröhndrich in der Senioren- und Pflegezentrum Brandenburg GmbH zusammengefasst.

»Zukunftsfähigkeit hängt auch von der Einbeziehung aller Beschäftigten ab«

Die Ausgangssituation

Der begonnene Neustrukturierungsprozess und der hohe Anteil älterer Mitarbeiter/-innen waren zwei gute Gründe, um 2005 das Angebot anzunehmen, sich an dem Programm ›Hoffnung Alter‹ zu beteiligen. Insgesamt war man überzeugt, dass um eine gute Qualität der Pflege zu erreichen und zu erhalten, auch mit der Ressource Personal sorgsam umgegangen werden muss.

Im Zuge der Umstrukturierungen wurde die Zahl der Wohnbereiche durch Zusammenlegungen halbiert. Die vier ehemaligen stellvertretenden Leitungskräfte arbeiteten wieder als ›normale‹ Pflegekräfte, und zwei der ehemals vier Wohnbereichsleitungen wurden zu stellvertretenden Wohnbereichsleitungen. Auch die Teams mussten sich neu finden. Außerdem wurde die Bezugspflege eingeführt.

Die angespannte wirtschaftliche Situation, die personellen Veränderungen infolge der Umstrukturierungen sowie der drohende Arbeitsplatzverlust in einer ohnehin von hoher Arbeitslosigkeit geprägten Region führten bei den Beschäftigten zu zusätzlichen Belastungen und massiven Zukunftsängsten.

›Hoffnung Alter – Innovative Ansätze einer alter(n)sorientierten Personalpolitik in Unternehmen der Gesundheits- und Pflegebranche unter verstärkter Nutzung älterer Fachkräfte‹ ist eines von vier Projekten, die im Rahmen der 10. INNOPUNKT-Kampagne des Landes Brandenburg: ›Mehr Chancen für ältere Fachkräfte‹ stattfanden. Es wurde von Mai 2004 – April 2006 aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Landes Brandenburg gefördert und vom ›Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.‹ in Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern durchgeführt. Durch ›Hoffnung Alter‹ sollten unter anderem kleine und mittlere Unternehmen für den demographischen Wandel sensibilisiert, Unternehmensleitungen beraten, Führungskräfte gecoacht, Kompetenzen von über 50-jährigen Mitarbeiter/-innen erfasst und entwickelt werden. Außerdem wurden arbeitslose ältere Fachkräfte beraten, unterstützt und qualifiziert.

Vorgehensweise

Orientiert am finnischen Konzept wurde der WAI (Work Ability Index) eingesetzt, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in Zusammenhang mit den gestellten Arbeitsanforderungen zu analysieren und Belastungsschwerpunkte zu ermitteln. Durch die frühzeitige Identifizierung von beginnenden Einschränkungen der individuellen Arbeitsbewältigungsfähigkeit sollten gezielt unterstützende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angeboten und Gestaltungsmaßnahmen umgesetzt werden.

Vier Handlungsfelder (Arbeitsfähigkeit des Individuums, Arbeitsbedingungen, professionelle Handlungskompetenz, Führungsorganisation) wurden auf Optimierungsmöglichkeiten hin überprüft und mit den Beschäftigten bearbeitet, so dass am Ende des Prozesses ein ganzheitlicher Maßnahmenkatalog stand, der das Seniorenzentrum demographiefest und zukunftssicher machen soll.

Am WAI beteiligten sich auf freiwilliger Basis 69 % der damaligen Belegschaft mit einem Durchschnittsalter von 47,7 Jahren (Durchschnittsalter der Gesamtbelegschaft: 45,8 Jahre). Besonders der Anteil der über 50-Jährigen war verglichen mit anderen Erhebungen und Prognosen überraschend hoch. Die Ergebnisse der Befragung ergaben übrigens überraschenderweise keinen Zusammenhang zwischen Alter und nachlassender Arbeitsbewältigungsfähigkeit; die bis zu 44-Jährigen stuften sogar die psychischen und körperlichen Anforderungen höher ein als die (über) 45-Jährigen.

Die Ergebnisse des WAI wurden zunächst mit der Geschäftsleitung, mit Führungskräften, dem Betriebsarzt, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsrat im Rahmen einer Klausurtagung zur Strategieentwicklung diskutiert. Zusammen mit der Belegschaft wurden dann in Problemlösungsworkshops Entlastungsmaßnahmen entwickelt.

Durch eine Gefährdungsbeurteilung auf Grundlage der Standardvorlagen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wurden die Arbeitsbedingungen in der Küche und Cafeteria sowie in zwei Wohnbereichen analysiert. Im Arbeitsausschuss wurden die Ergebnisse diskutiert, ein Maßnahmenplan beschlossen und zum Teil bereits im Projektverlauf umgesetzt sowie die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft.

Zum Aufbau, Ausbau und Erhalt der Handlungskompetenz wurden und werden verschiedene Qualifizierungsangebote für die Mitarbeiter und auch speziell für Führungskräfte angeboten.

Die Analysen zur Zufriedenheit mit der Führung und zur sozialen Unterstützung untereinander waren positiv. Um sich hier aber auch weiter zu verbessern, wurden zusätzliche Angebote im Bereich der Führungsorganisation umgesetzt.

Ergebnisse und Effekte

Folgende Maßnahmen wurden im Projektverlauf entwickelt und umgesetzt:

- gleichmäßige Verteilung von körperlich schwerer Arbeit, z. B. das Duschen der Bewohner, auf alle Tage in der Woche
- Abbau von Überstunden und genügend Freischichten zur Regeneration, Einführung von zusätzlichen Minipausen zur kurzfristigen Erholung
- Qualifizierung der Beschäftigten (z. B. zum Heben und Tragen von Lasten, Umgang mit psychischen Belastungen und Stressbewältigung, Pflegemodelle, Kinästhetisches Arbeiten, Validation, basale Stimulation ...)
- Qualifizierung der Führungskräfte (z. B. alter(n)sgerechte Arbeits- und Dienstplangestaltung, Gefährdungsbeurteilungen, Unterweisung im Dialog, Umgang mit psychischen und körperlichen Belastungen, Stressbewältigung)
- Wirksamkeitskontrolle nach Umsetzung entlastender Maßnahmen durch die Führungskräfte und den Arbeitsschutzausschuss
- Angebote für gesundheitsfördernde Maßnahmen: Rückenschulung, Entspannungstechniken, Massagen und Unterstützung entsprechender Maßnahmen im Privatbereich durch finanzielle Anreize

- Anschaffung zusätzlicher Hilfsmittel (zusätzliche Netze zum Duschen der Bewohner, zusätzliche Stecklaken zur Erleichterung der Lagerung von Bewohnern)
- arbeitsorganisatorische Änderungen zur Stressvermeidung (z. B. Hintergrunddienst am Wochenende)
- Verbesserung von Information, Kommunikation und Transparenz durch regelmäßige Dienstbesprechungen, Gründung von Arbeitskreisen
- Einbeziehung der Beschäftigten in die Dienstplan- und Pausengestaltung
- Einführung von Mitarbeitergesprächen

Der Arbeitsschutzausschuss unter Leitung einer Sicherheitsfachkraft hat die Aufgabe beibehalten, sich weiter um den laufenden Prozess zu kümmern und die noch anstehenden Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Die ehemaligen Sicherheitsbeauftragten wurden zu Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragten und richten ihr Augenmerk inzwischen stärker auf den Bereich Prävention.

Eine der Wohnbereichsleitungen, Sabine Sack, hat zum 1. Juli 2006 die Pflegedienstleitung übernommen. Im Projektverlauf wurde die Leitungsebene insgesamt zusammengeschweißt, und Mehrheitsentscheidungen der Leitung sind inzwischen möglich. Dazu haben sicher u.a. die regelmäßig durchgeführten ›Auszeiten‹ (halbjährliche, extern moderierte, zweitägige Workshops) beigetragen. Wöchentlich findet eine Leitungsbesprechung statt und monatlich in jedem Wohnbereich eine Teamsitzung.

Die noch nicht im Projektverlauf abgeschlossenen Maßnahmen, wie beispielsweise die Einführung eines betrieblichen Vorschlagswesens, wurden orientiert an den Handlungsfeldern dokumentiert. Sie werden derzeit nach und nach umgesetzt.

Erfolgsfaktoren

Die Geschäftsführung war bereit, anstehende Veränderungsnotwendigkeiten transparent zu machen und überzeugt, dass die Veränderungen ohne die Einbeziehung der Führungskräfte und der Mitarbeiter/-innen nicht gelingen können. Angebote und Kompetenzen von externen Partnern, wie z. B. der Akademie 2. Lebenshälfte, Berufsgenossenschaft, Krankenkassen und Amt für Arbeitsschutz wurden zielgerichtet und umfassend genutzt und als hilfreich für die weiteren Prozesse gewertet. Die Ergebnisse im Projektverlauf haben überzeugt, die Akzeptanz ist gewachsen und die Veränderungen werden auf allen Ebenen positiv wahrgenommen. Die Weiterbildung findet quantitativ und qualitativ auf hohem Niveau statt und individuelle Unterstützungen, z. B. durch Coaching, werden bei Bedarf ermöglicht.

›Hemmende‹ Faktoren

Einige Seminare wurden als zu wenig praxisorientiert empfunden.

Ein Teil der Mitarbeiter/-innen hat Veränderungen eher hingenommen, als sie als Chance zu begreifen und mitzugestalten. Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung sind noch immer nicht durchgängig ausgeprägt.

Fazit

Insgesamt wurde für das Thema einer altern(s)gerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung umfassend sensibilisiert und eine Fülle von Maßnahmen eingeleitet. Und so ist das Fazit trotz einiger noch offener Maßnahmen positiv.

Aus den Führungskräften wurde ein Leitungsteam, das für anstehende und zukünftige Aufgaben umfassend qualifiziert und bei deren Umsetzung unterstützt wird.

Mit der Zusammenlegung zu einer GmbH können Ansätze aus der Einrichtung ›Martha Piter‹ in das Seniorenzentrum ›Clara Zetkin‹ übertragen werden. Im Rahmen des derzeit ebenfalls von der ›Akademie 2. Lebenshälfte‹ durchgeführten Projektes ›Blickwechsel‹, befindet man sich derzeit dort in der Analyse-Phase.

Kooperationspartner

Eva Gehltomholt, Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.
Marianne Giesert, IQ-Consult gGmbH, Düsseldorf
Dr. Gerald Graubner, Intelligente Qualität, Bremen

Ansprechpartner im Unternehmen

Norbert Fröhndrich, Geschäftsführer
Sabine Sack, Pflegedienstleitung
Seniorenzentrum ›Martha Piter‹
Tschirchdamm 20
14772 Brandenburg

Telefon 03381 7996-0
Telefax 03381 7996-120
Telefon 03381 7640 (N. Fröhndrich)
E-Mail n.froehndrich@sz-cz.de
s.sack@cz-mp.de

www.sh-mp.de

Weiterführende Informationen/Literatur

Gesund älter werden in der Altenpflege! Erhalt und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Seniorenheim Martha Piter. In: BAuA (Hrsg.): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis, Dortmund 2007, S. 17–25

J. Ilmarinen, J. Tempel (2002), Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hrsg. von M. Giesert im Auftrag des DGB-Bildungswerk e.V., VSA V

7

Das Projekt

›Schön Bescheid zu wissen‹
im Senioren- und Betreuungszentrum des Kreises Aachen,
Eschweiler



Die Einrichtung

Bereits seit 1891 bietet der Kreis Aachen in Eschweiler eine umfassende gemeinnützige Alten- und Altenkrankenpflege, die 86 Jahre lang durch die Schwestern des Trierer Borromäerinnen-Ordens geführt wurde. 1963 beschloss der Kreistag den Neubau des Kreisaltersheims, aber erst im Dezember 1977 konnte die neu gestaltete Einrichtung eingeweiht werden. In den Folgejahren fanden weitere Modernisierungsarbeiten statt.

Seit Dezember 1997 trägt die Einrichtung den Namen ›Senioren- und Betreuungszentrum des Kreises Aachen‹ (SBZ). Sie präsentiert sich heute als homogene Einheit, in der es derzeit 240 vollstationäre Plätze im Wohnbereich und Pflegebereich gibt.

Im SBZ arbeiten 162 Mitarbeiter/-innen. Von den insgesamt 111 Vollzeit-Stellen sind 87 der Pflege zugeordnet. Während der Pflegedienstleiter, Peter Gaida, bereits vor mehr als 20 Jahren als Zivildienstleistender im SBZ anfang und seit 7 Jahren Pflegedienstleiter und Qualitätsmanager ist, arbeitet Bernhard Müller seit Anfang 2007 als Verwaltungsdirektor im SBZ.

Von den Bewohner/innen im SBZ sind ca. 60% dementiell erkrankt. 45% sind der Pflegestufe 1, ca. 35% der Pflegestufe 2 und ca. 20% der Pflegestufe 3 zugeordnet.

Es gibt eine lange Warteliste für die Aufnahme. Neben dem außerordentlichen Engagement für eine professionelle Pflege trägt dazu wohl auch das umfangreiche, nach außen getragene Betreuungsangebot und die vielfältigen Veranstaltungen bei, die auch durch Ehrenamtler/-innen organisiert werden. Ihr intensives Engagement, das sich unter anderem auf die Hospizarbeit bezieht, verdeutlicht, dass das SBZ gut in die Kommune integriert ist.

Das SBZ hat sich an ÖKOPROFIT®, einem ökologischen Projekt des Landes NRW für integrierte Umwelttechnik und den betrieblichen Umweltschutz beteiligt. Es ist nach DIN ISO 9001:2000 zertifiziert und wurde im Dezember 2007 rezertifiziert. Das Haus erhält alle drei Jahre das Zertifikat des Ombudsmannes des Kreises Aachen. Mit diesem regionalen Gütesiegel wird die Qualität des Versorgungsangebots ausgezeichnet.

Im Rahmen des umfassend ausgebauten Qualitätsmanagements wurden verschiedentlich Mitarbeiterbefragungen und auch Patienten- und Hausarztbefragungen durchgeführt.

»Wenn man zukunftssträchtig arbeiten möchte, kommt man an Wissenstransfer nicht vorbei«!

Die Ausgangssituation

Im Pflegeleitbild des SBZ werden als Merkmale einer professionellen Pflege das in der Ausbildung angeeignete Fachwissen, praktische Fertigkeiten und Erfahrungswerte, die Fähigkeit – unabhängig von spontan empfundener Sympathie oder Antipathie – Beziehungen zum Bewohner aufzunehmen und empathisch zu handeln sowie das individuelle Gewichten von Pflegehandlungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht benannt. Zur fachlich kompetenten, engagierten und zuverlässigen Pflege gehören auch eine kontinuierliche, berufsfachliche und persönlichkeitsbildende Fortbildung sowie eine gute Kooperation zwischen allen beteiligten Berufsgruppen.

Wissen als Gesamtheit von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Problemlösung stützt sich auf Daten und Informationen, ist aber immer an Personen gebunden. Wissenstransfer in Organisationen wird traditionell über Fort- und Weiterbildungen organisiert und als organisatorischer Kernprozess beispielsweise über ein innerbetriebliches Vorschlagswesen unterstützt. Im Projekt ›Schön Bescheid zu wissen (SBZ – Wissen)‹ sollte Wissenstransfer darüber hinaus über den Auf- und Ausbau des Intranets als technologischer Kernprozess in Gang gesetzt und weiterentwickelt werden.

Durch das Intranet sollte auch versucht werden, auf die zunehmende Informationsflut mit einer Komprimierung und Vorauswahl von Informationen zu reagieren und so die Informationsversorgung der Mitarbeiter/-innen zu verbessern. Ziel war es auch, über das Intranet Arbeitsabläufe zu optimieren und somit die Effizienz des Unternehmens zu erhöhen.

Im SBZ bestanden gute Voraussetzungen für das Projekt, denn die Pflegeplanung und -dokumentation wird bereits seit 2005 über das EDV-gestützte Dokumentationssystem ›Heimbis‹ durchgeführt. Durch die Nutzung des Systems verfügten die Mitarbeiter/-innen über einschlägige Erfahrungen. Auf den Stationen, in der Verwaltung und bei den Führungskräften in der Hauswirtschaft gab es bereits EDV-Arbeitsplätze. Durch die Betreuung des Systems und die Schulungsmaßnahmen zu dessen Anwendung bestanden ausgezeichnete Kooperationsbeziehungen zu dem externen Systemadministrator, Andreas Winkler.

Außerdem wurde in regelmäßig stattfindenden Gesprächen zwischen der Einrichtungsleitung und dem Vertreter der Pflegekasse im Kreis Aachen, Manfred Wüller, der Kontakt zum INQA-Projekt ›Regionale Netzwerke Pflege‹ (RNP) hergestellt, einem Pilotprojekt, das von Oktober 2005 bis September 2007 im Kreis Aachen durchgeführt wurde. Über die Anbindung an das RNP-Projekt wurde das SBZ unter anderem durch die fachliche Begleitung der Projektgruppensitzungen durch Günther Pauli und durch die Durchführung und Auswertung von Befragungen unterstützt. Gemeinsam wurde Ende Dezember 2006 ein Projektfahrplan festgelegt.

Vorgehensweise

Die Projektgruppe traf sich am 17. Januar 2007 zu ihrer konstituierenden Sitzung. Ihr gehörten der Verwaltungsdirektor, der Pflegedienstleiter, eine Mitarbeiterin für die interne Qualitätssicherung, zwei Gruppenleitungen, der Systemadministrator, eine Verwaltungsmitarbeiterin und der externe Begleiter an. Sie traf sich zunächst in 14-tägigem Abstand und später monatlich. Hier wurden u. a. Ziele festgelegt und überprüft, Präsentationsveranstaltungen und Befragungen geplant und der Informationsfluss nach innen und außen organisiert.

Die Ziele, die mit dem Intranet erreicht werden sollten, bezogen sich auf

- Schichtübergreifende Informationssicherung für alle
- Ausweitung der Fachkompetenz
- Beschleunigung der Informationswege
- Gleichheit beim Informationszugang
- Zeitersparnis durch Filterung der Informationsflut
- Optimierung der Arbeitsabläufe, effektivere Ressourcennutzung durch Kosten-Nutzen-Verbesserung

Im Rahmen einer Eingangsbefragung, die im Februar 2007 mit einem standardisierten Fragebogen durchgeführt wurde, wurden Basisinformationen über den Wissenstransfer im SBZ und den Umgang mit Wissen erhoben. Sie dienten zum einen als Grundlage für den Aufbau des Intranet. In den ›Redaktionssitzungen‹ der Projektgruppe einigte man sich auf die Struktur des Intranets und auf Inhalte, die eingestellt wurden. Durch die ergänzende Rückkoppelung mit der operativen Führungsebene in den Wohnbereichen und weitere, zwischenzeitliche Abstimmungen zwischen dem Pflegedienstleiter, dem Qualitätsmanagementbeauftragten und Systemadministrator wurde die zielgruppen-gerechte, passgenaue und rasche Anpassung des Intranets sichergestellt. Zum anderen wurden die Ergebnisse der Befragung genutzt, um andere Formen der Kommunikation und des Wissenstransfers zu optimieren. So wurde in der Projektgruppe beispielsweise auch eine Systematisierung und Optimierung von Teamsitzungen angeregt.

Im September 2007 wurde die Zwischenbefragung durchgeführt, mit der vornehmlich das Intranet SBZ-Wissen bilanziert werden sollte. 63 % der Mitarbeiter beteiligten sich an der Befragung und bestätigten unter anderem eine verbesserte Informationsverbreitung und eine große Zufriedenheit mit dem Informationsumfang und der Auswahl und Darstellung der Themen. Insgesamt gab es bei den Ergebnissen in mehreren Punkten unterschiedliche Einschätzungen zwischen Vollzeit- und Teilzeitmitarbeitern. Deutlich wurde auch, dass die Pflegekräfte bislang am ehesten vom Intranet profitieren.

Die Ergebnisse gaben Aufschluss über weitere Entwicklungsmöglichkeiten. So wurden

beispielsweise Fortbildungsangebote für den Bereich Küche und über die Ernährung älterer Menschen als auch Themen wie Umgang der Kollegen untereinander, Umgang mit Bewohnern und Angehörigen, Konfliktreduzierung oder Selbstpflege gewünscht.

Ergebnisse und Effekte

Durch das Intranet haben sich Informationswege verbessert und sind Arbeitserleichterungen realisiert worden. Die Informationen stehen in übersichtlicher Form zur Verfügung. Potenziell sind relevante Informationen zu jeder Zeit verfügbar, und die Entwicklung wird von den Mitarbeitern wahrgenommen und geschätzt.

Einige weitere Ergebnisse und Effekte im Überblick:

- Die Anwender wurden von vornherein in die Entwicklung einbezogen, auch um den späteren Transfer zu erleichtern.
- Die Startseite des Intranets ist gleichzeitig der Bildschirmschoner. Alle aktuellen Informationen laufen als News-Ticker über den Bildschirm.
- Die Mitarbeiter/-innen schätzen das Intranet als einen Beitrag zur Verbesserung der Informationsvermittlung (schriftliche Vermittlung wichtiger und aktueller Informationen, Reduzierung der »Zettelwirtschaft«, alle erhalten dieselben Informationen, jeder hat täglich Zugriff auch auf Informationen anderer Bereiche, man kann andere besser informieren und erspart sich viele Telefonate)
- Es werden Änderungen des individuellen Verhaltens beschrieben (z. B. häufigere und gezielte Nutzung, da ja immer neue Informationen übermittelt werden; Schriftform gewinnt an Bedeutung gegenüber dem Telefon, weil man den Kollegen erreicht, wenn er Zeit hat und nicht unter Druck steht).
- Das Intranet wird zum selbständigen Lernen genutzt.
- Die Häufigkeit der Zugriffe wird erfasst und ausgewertet, um Interesse an einzelnen Themen zu dokumentieren und die inhaltliche Ausrichtung zu optimieren. Dadurch können auch wichtige Impulse in den Bereichen Mitarbeiterführung und Personalentwicklung abgeleitet werden.
- Die Rahmenbedingungen für erweiterte Zugangsmöglichkeiten zum Intranet werden Zug um Zug ausgebaut (z. B. PC-Arbeitsplatz in der Bibliothek).
- Die Ergebnisse der Befragungen im Projektverlauf wurden auch genutzt, um Besprechungen, Fortbildungen und weitere Formen des Wissenstransfers insgesamt zu reflektieren und zu verbessern.

Inwieweit sich die (pflegerische) Praxis durch den Wissenstransfer verbessert, ist weiter zu überprüfen. Durch das gut ausgebaute Qualitätsmanagement und Controlling bestehen dafür optimale Voraussetzungen.

Erfolgsfaktoren

»Es war von vornherein eine Sache, die rund gelaufen ist, und wir haben keinen Zeitdruck empfunden.« so ein Resümee des Verwaltungsdirektors.

Das Projekt »SBZ – Wissen« wurde innerhalb eines Jahres umgesetzt. Das war auch aufgrund der bereits vorhandenen personellen, qualifikatorischen und infrastrukturellen Voraussetzungen möglich und nicht zuletzt durch die gute Kooperation mit dem Systemadministrator. Das Projektmanagement, die externe Unterstützung sowie die Einbindung in das Regionale Netzwerk Pflege waren weitere unterstützende Bedingungen. Intern wurde das Projekt umfassend kommuniziert, und es wurde durch eine gute Pressearbeit, in Zusammenhang mit dem RNP und Heimleitertreffen auch nach außen getragen.

Bereits zu Projektbeginn war die Verstetigung nach Abschluss des Projektzeitraums mitbedacht worden: Der Aufbau des Intranets wird beispielsweise im Rahmen einer Projektarbeit reflektiert, die Elke Verhaegen, Wohnbereichsleitung im SBZ, in einer Weiterbildung beim Amt für Altenarbeit des Kreises Aachen erstellt. Damit wird eine weitere Möglichkeit erschlossen, aus den Erfahrungen zu lernen und sie für andere Projekte zu nutzen.

Denkbar ist für die SBZ-ler übrigens auch, ihr (Erfahrungs-) Wissen über den intranet-gestützten Wissenstransfer anderen Einrichtungen als Dienstleistung anzubieten.

»Hemmende« Faktoren

Die guten infrastrukturellen Voraussetzungen galten bei Projektbeginn vornehmlich für den Pflegebereich und in der Verwaltung. Auch die Inhalte des Intranets sind bislang noch eher »pflegelastig«.

Für die Weiterentwicklung und -verbreitung sind noch lizenz- und urheberrechtliche Fragen zu klären.

Fazit

»Menschen bemühen sich um ihre eigenen Ziele, aber nicht um Ziele, die andere für sie gesteckt haben.« (Lydia Hall)

Sowohl die Homepage als auch das Pflegeleitbild des Senioren- und Betreuungszentrums des Kreises Aachen (SBZ) sind mit diesem Zitat der Pflegewissenschaftlerin Lydia Hall überschrieben. Die Organisation, die Umsetzung und die Ergebnisse des Projektes »SBZ-Wissen« tragen dazu bei, dass Wissenstransfer im SBZ unter Einbeziehung des Intranets zu einem Ziel für immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird.

Darüber hinaus stellt man sich auch weiterhin zusammen mit anderen regionalen und überregionalen Partnern in Projekten den weiteren Herausforderungen, die – beispielsweise in Zusammenhang mit Aspekten des demografischen Wandels – bezogen auf die Bewohner und bezogen auf die Beschäftigten anstehen. Und für die Umsetzung der Anforderung »lebenslanges Lernen« ist im SBZ durch das Intranet ein fruchtbarer Boden bereitet worden.

Kooperationspartner

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln, Günther Pauli
 AOK – Rheinland, Manfred Wüller
 INQA – Regionales Netzwerk Pflege, Aachen
 (www.pflege-regio-aachen.de.server445-han.de-nserver.de/index.php?id=202)

Ansprechpartnerin im Unternehmen

Peter Gaida, Pflegedienstleitung
 Telefon 02403 703-220
 Telefax 02403 703-307
 E-Mail p.gaida@sbz-eschweiler.de

Dipl. Kfm. Bernhard Müller, Verwaltungsdirektor
 Senioren- und Betreuungszentrum des Kreises Aachen
 Johanna-Neumann-Str. 4
 52249 Eschweiler

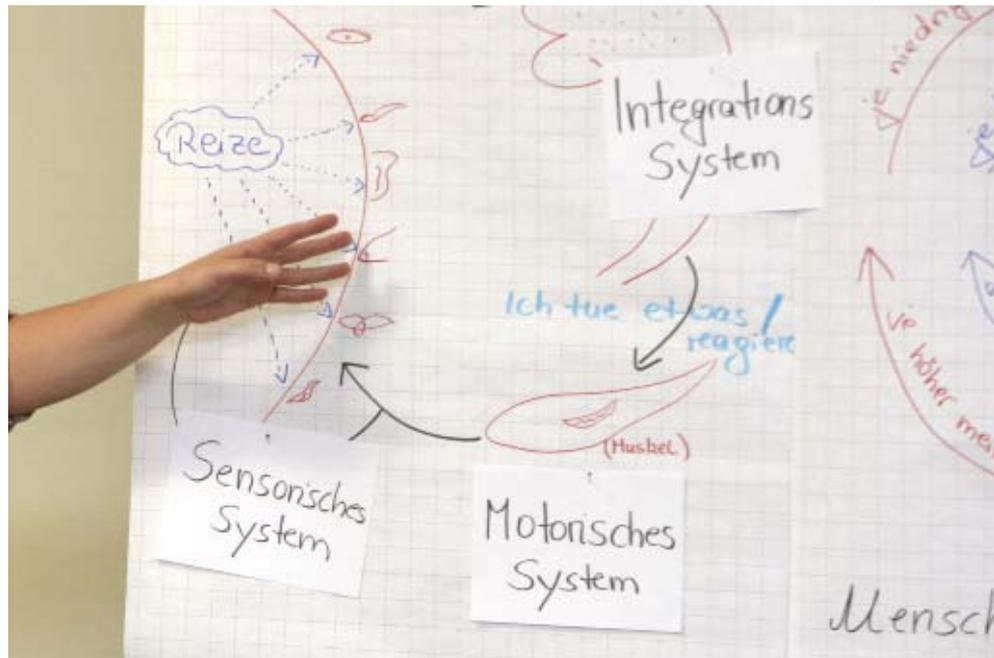
Telefon 02403 703-0
 Telefax 02403- 703-307
 E-Mail b.mueller@sbz-eschweiler.de
www.sbz-eschweiler.de

Weiterführende Informationen/Literatur

Elke Verhaegen, Wissenstransfer in der Pflege. SBZ – Wissen – Schön Bescheid zu wissen. 2007 (Hausarbeit, über die Verfasserin erhältlich)

8

Zusammenfassung



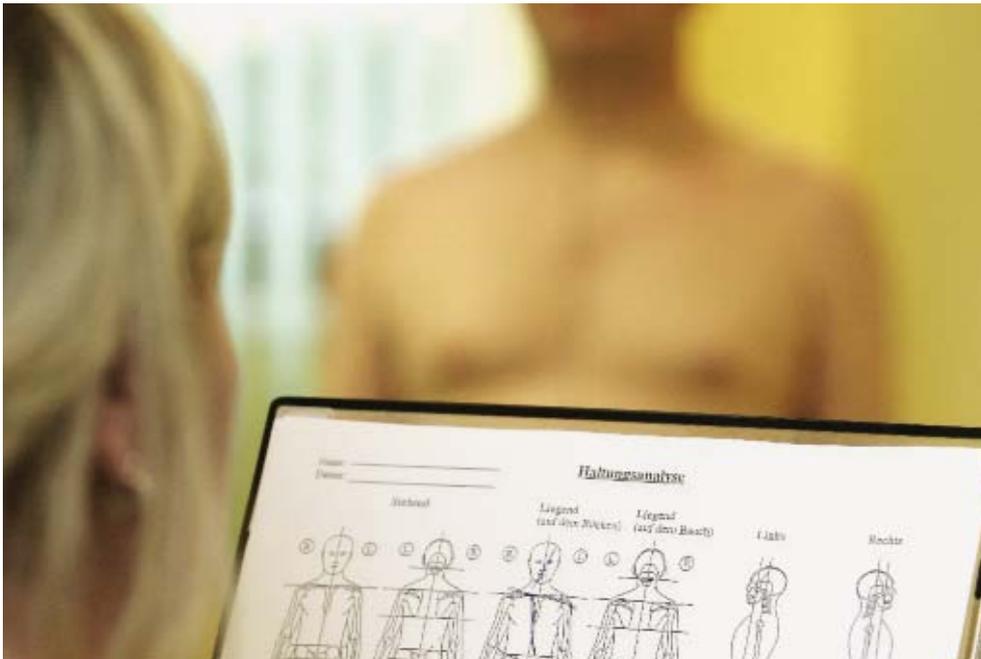
Die Entwicklungsdynamik im Gesundheitswesen und seine Ökonomisierung hinterlassen Spuren: Sie ist für Beschäftigte aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen potenziell mit zusätzlichen Anforderungen, neuen Aufgaben und Rollen, mit dem tatsächlichen oder befürchteten Verlust traditioneller Werte und Orientierungen, mit Arbeitsplatzwechsel und/oder Zukunftsangst hinsichtlich der Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens verknüpft. In allen hier skizzierten Praxisbeispielen aus dem Krankenhausbereich hat es beispielsweise in den letzten Jahren Fusionen und /oder Trägerwechsel gegeben, die zum Teil intern erhebliche Auswirkungen hatten.

Hinzu kommen Anforderungen, die sich aus veränderten Patientenerwartungen und Konfliktmustern, infolge des demografischen Wandels und aus einem veränderten Krankheitspanorama ergeben. Die Rahmenbedingungen, in denen Pflege stattfindet sowie die pflegerischen Tätigkeiten selbst haben sich dementsprechend bereits stark ausdifferenziert und werden sich in den nächsten Jahren noch weiter verändern.

Umso wichtiger ist, dass Pflegenden und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen lernen und erleben, dass und wie sie Innovationen (mit-) gestalten können, dass lebensbegleitendes Lernen nicht nur ein Schlagwort ist, und dass es auch neue Werte und Orientierungen gibt, für die sich ein Engagement lohnt.

Die hier vorgestellten Projekte waren – zum Teil schon vor vielen Jahren – in verschiedener Hinsicht richtungsweisend:

- demografische Entwicklung und bereits seit längerem bestehende Versorgungsdefizite wurden aufgegriffen und neue Dienstleistungen und Angebotsstrukturen entwickelt
- bereichs- und organisationsübergreifende Kooperationen im Sinne der Patienten wurden initiiert, lange bevor das beispielsweise im Rahmen der Integrierten Versorgung gesetzlich verankert und refinanzierbar wurde
- die Ansprüche von Beschäftigten an ihre Arbeit und eine gute Versorgung von Patienten und Bewohnern wurden ernst genommen und Raum und Unterstützung für Entwicklungsprozesse geboten
- Impulse und Unterstützung von außen wurden wahr- und aufgenommen und somit auch verdeutlicht, wie wichtig es ist, sorgsam mit eigenen Ressourcen umzugehen
- es wurden Wissen und Know how verbreitet und Kompetenzen ausgebildet
- die Stärkung von Mitarbeiter/-innen wurde nicht als Bedrohung sondern als ein Merkmal für die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens insgesamt verstanden



In den vergangenen Jahren sind die Rahmenbedingungen für Innovationen einerseits besser geworden. Das gilt zum Beispiel bezogen auf eine Ausweitung von Unterstützungsangeboten durch Kassen und Unfallversicherer, verbunden mit einer besseren Abstimmung der Unterstützungsangebote. Auch scheint die Sensibilität in der Öffentlichkeit dafür zu wachsen, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung im Krankheitsfall und im Alter keine Selbstverständlichkeit ist, sondern vielfältiger Weichenstellungen bedarf.

Gleichzeitig wird andererseits in den Einrichtungen immer deutlicher, dass über Patienten-/Bewohner- und Mitarbeiterorientierung allein nicht sichergestellt wird, welche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sich am Markt behaupten. Die vielschichtigen und oft divergierenden Einflüsse und Anforderungen, die mit Trägerwechseln verbundenen und / oder im Zuge von Fusionen getroffenen Entscheidungen und der Kulturwandel führen in Einrichtungen zu sehr widersprüchlichen Entwicklungen, zu Resignation und Frustrationen sowie zu dem Erleben, dass bereits Erreichtes zur Disposition gestellt wird.

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

Dabei wurde auch deutlich, dass erfolgreiche Projekte immer auf eine differenzierte Betrachtung dessen aufbauen, 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 sowohl Unternehmensleitungen und Vorgesetzte als auch die Mitarbeiter 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. Aber es bedeutet, dass im Projektverlauf jeder bereit sein muss, 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. Welche hohe Bedeutung Fort- und Weiterbildung und andere Formen des Wissenstransfers in und für erfolgreiche Veränderungen haben, wurde in allen Praxisbeispielen deutlich.

Neben den institutionellen Rahmenbedingungen waren Motive und Impulse für die



Projekte zum Teil unterschiedlich. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass die Vorhaben meistens von Anfang an komplex waren, oder es rasch wurden. Somit verdeutlichen aber auch alle ausgewählten Beispiele, dass sich ein ›Mehrwert‹ für gute Praxis immer auf mehreren Ebenen zeigt.

Mit einer Ausnahme spielte die Unterstützung durch externe Partner zumindest für einen gewissen Zeitraum bei jedem der ausgewählten Beispiele eine große Rolle. Die Fähigkeit und Fertigkeiten, Projekte zu initiieren und zu steuern haben diejenigen, die heute in der Pflege und in anderen Berufsgruppen Verantwortung für ihre Mitarbeiter 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 fachliche und individuelle Unterstützung und Begleitung. Die Zusammenarbeit mit externen Partnern zeichnet sich dabei zum einen durch hoch spezialisierte Unterstützungs- und Beratungsleistungen aus, und sie ist immer eine Kooperation auf Zeit, in der Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird.

Bezogen auf die Systematisierung, auf die Berichterstattung und die Evaluation von Praxisprojekten zeigt sich inzwischen eine größere Sensibilität und Professionalität; ein Grund dafür liegt sicher in dem Stellenwert, den Qualitätsförderung und Qualitätsmanagement heute in den Einrichtungen 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 von wichtigen Entscheidungs- und Meinungsträgern im Unternehmen, positive Veränderungen zu erreichen
- die Absicht, Ergebnisse zur Verbesserung von Organisationsabläufen oder andere Maßnahmen der Organisationsentwicklung zu unterstützen
- die Schaffung oder Nutzung hilfreicher Strukturen und Prozesse sowie die Bereitstellung von Ressourcen
- die Einbeziehung der Führungskräfte und die Partizipation der Mitarbeiter
- die Verknüpfung der Reduzierung von Belastungen mit anderen Themenfeldern
- eine guter Informationsfluss und Öffentlichkeitsarbeit
- die Überzeugung, dass Fehler für weitere Verbesserungen genutzt werden können



Zentrale gesundheitsförderliche Potentiale 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 im Projektverlauf realisiert.

Unser Fazit: Es gibt vielfältige Impulse, die aufgegriffen und deren Bearbeitung gesundheitsförderlich gestaltet werden kann. Die Grundlagen für ein strukturiertes und systematisches Vorgehen sind ebenso bekannt wie die zentralen Handlungsfelder; diese Erkenntnisse werden aber keineswegs selbstverständlich angewendet.

Die Partizipation und das Empowerment von Mitarbeiter/-innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen sind entscheidend dafür, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung und in der Organisationsentwicklung eine win-win-Situation entsteht. Der Abbau von Belastungen und die Gesundheitsförderung sind Wettbewerbsfaktor und entscheiden mit über die Innovationskraft, Konkurrenzfähigkeit und Attraktivität einer Einrichtung, sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst als auch für die Patienten, Bewohner und Klienten.

INQA-Berichte

- 1 Anwendungssichere chemische Produkte
- 2 Beispielsammlung ›Gute Praxis‹: Fehlbelastung am Arbeitsplatz (vergriffen)
- 3 Leitfaden zur erfolgreichen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb – Schwerpunkt: Muskel-Skeletterkrankungen
- 4 Die Zukunft der Büroarbeit
- 5 Gesünder arbeiten in Call Centern
- 6 Handlungsleitfaden für das betriebliche Gesundheitsmanagement in Versorgungsunternehmen
- 7 Handlungshilfe Unterweisung: Führen, Beteiligen, Erkennen und Vermindern von psychischen Belastungen
- 8 Seminarkonzeption – Betriebliche Gesundheitsförderung
- 9 Erfolgsfaktor Gesundheit– Tagungs-Bericht zum INQA-Personalforum am 11. November 2004 in Berlin
- 10 Gute Mitarbeiterführung – Psychische Fehlbelastung vermeiden
- 11 Qualität der Arbeit verbessern – Psychische Fehlbelastung im Betrieb vermeiden
- 12 Gesund Pflegen im Krankenhaus
- 13 Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege
- 14 Gute Lösungen in der Pflege
- 15 Fit For Job – Teilprojekt ›Arbeitsmedizinische Aspekte‹
- 16 Gesund Pflegen in der Altenpflege
- 17 Lebenslanges Lernen
- 18 Mehr Ältere in Beschäftigung – Wie Finnland auf den demographischen Wandel reagiert
- 19 Was ist gute Arbeit?
- 20 Fit For Job – Abschlussbericht
- 21 Gute Arbeit im Büro?!
- 22 Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur – Vision oder Erfolgsstory? Frühjahrstagung 2006
- 23 Arbeitsschutz bringt Aufschwung – Merkblätter zum Arbeits -und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege
- 24 Mobile Learning
- 25 Unternehmenskultur und Wirtschaftlicher Erfolg
- 26 Neue Qualität des Bauens: Entwicklungen – Erfahrungen – Praxishilfen
- 27 Demographie-Werkstatt Deutschland
- 28 Was ist gute Arbeit – Arbeit im Generationenvergleich
- 29 Lernförderliche Unternehmenskulturen
- 30 Unterweisen – Lehren – Moderieren
- 31 Den Wandel gestalten!

Gute Ideen verbinden.

Zu hoher Krankenstand, alternde Belegschaften, Einführung neuer Technologien? Vor solchen und anderen Herausforderungen standen viele Unternehmen – und haben vorbildliche Lösungen gefunden.

Profitieren Sie von diesen Erfahrungen und dem Know-how anderer! Die **INQA-Datenbank Gute Praxis** sammelt Vorbildliches rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Leistungsstarke Suchfunktionen sorgen dafür, dass Sie schnell die passenden Antworten auf Ihre Fragen erhalten:

Telefon 030 51548-4231 und -4215

Fax 030 51548-4743

E-Mail gutepraxis.inqa@baua.bund.de

Internet <http://gutepraxis.inqa.de>



**Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**

Friedrich-Henkel-Weg 1–25 44149 Dortmund
Telefon +49 (0)231 9071-2250 Fax +49 (0)231 9071-2363
inqa@baua.bund.de
www.inqa.de

**Thematischer Initiativkreis Gesund Pflegen
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**

Proschhübelstraße 8 01099 Dresden
Telefon +49 (0)351 5639-5443 Fax +49 (0)351 5639-5210
gesundpflegen@baua.bund.de
www.inqa-pflege.de