



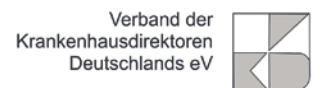
Bundesministerium  
für Gesundheit

# Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus

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







# Vorwort



Die Arbeitsbedingungen für die Pflege im Krankenhaus müssen attraktiver werden. Denn aktuelle Prognosen zeigen, dass sich die Fachkräftesituation auf dem deutschen Arbeitsmarkt gerade auch im Gesundheitswesen weiter verschärfen wird. Gleichzeitig

wird die Arbeitsverdichtung insbesondere im Pflegedienst der Krankenhäuser momentan immer spürbarer. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf lässt zudem im Krankenhausalltag vielfach zu wünschen übrig. Dies alles sind keine optimalen Voraussetzungen, um mehr Nachwuchs für den Pflegeberuf zu gewinnen und Personal längerfristig an die Einrichtungen zu binden. Weil aber eine hochwertige Versorgung im Krankenhaus ohne qualifiziertes Pflegepersonal in ausreichender Zahl nicht zu sichern ist, sind dringend Konzepte gefragt, die die Herausforderungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aufgreifen. Wir müssen erreichen, dass wieder mehr Menschen gern in der Pflege im Krankenhaus arbeiten.

Mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit wurden deshalb in den letzten drei Jahren beispielhafte Modelle zur Weiterentwicklung der pflegerischen Aufgaben und zur Arbeitsorganisation im Krankenhaus zusammengetragen und auf einer Internetplattform veröffentlicht ([www.pflege-krankenhaus.de](http://www.pflege-krankenhaus.de)). Alle Modelle wurden in der Versorgung entwickelt und werden in Krankenhäusern bereits erfolgreich eingesetzt. Deshalb sind sie zur Nachahmung gut geeignet, müssen allerdings an die spezifischen Verhältnisse eines Krankenhauses angepasst werden. Die wichtigsten Informationen hierzu finden Sie nun auch in dieser Broschüre. Darunter sind z. B. Modelle, die durch Aufgabenneuordnung Entwicklungsperspektiven für besonders qualifiziertes Pflegepersonal eröffnen. Andere zeigen Lösungen für ein lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege auf oder erleichtern mit unterschiedlichen Angeboten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Vorteile, die sich für

die Beschäftigten, die Krankenhäuser, aber auch für die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch solche Maßnahmen ergeben können, sind vielfältig und beeindruckend.

Es gibt also unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bereits viele Möglichkeiten, die Arbeitssituation in der Krankenhauspflege zu verbessern. Die Verantwortlichen in den Krankenhäusern müssten diese allerdings verstärkt nutzen und die Beschäftigten sollten sie aktiv einfordern. Im Ergebnis kann die Umsetzung solcher Modelle dann zu einer sogenannten „Win-win-Situation“ führen. Für die Pflegenden erhöht sich die Berufszufriedenheit. Und die Krankenhäuser, die in ihren Einrichtungen für mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen Sorge tragen, haben deutlich bessere Chancen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal.

Damit wir das Ziel erreichen, insgesamt mehr junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und erfahrene Pflegekräfte im Beruf zu halten, ist es erforderlich, dass sich noch mehr Krankenhäuser auf den Weg machen und die Weichen in ihren Einrichtungen für die Zukunft neu stellen.

Greifen Sie deshalb die Anregungen dieser Broschüre auf, um auch in Ihrem Krankenhaus die notwendigen Veränderungen einzuleiten!

Annette Widmann-Mauz  
Parlamentarische Staatssekretärin

# Vorwort



Die Sicherung einer ausreichenden Zahl von gut ausgebildeten Pflegekräften ist eine der zentralen Herausforderungen für unser Gesundheitswesen insgesamt und für die Krankenhäuser im Besonderen. Sie tragen maßgeblich die Aus- und Weiterbildung und

prägen die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen. Die Attraktivität des Pflegeberufs und dessen Perspektiven im Krankenhaus weiter zu steigern, haben die Krankenhäuser als wichtige Aufgabe längst erkannt.

Die Internetplattform [www.pflege-krankenhaus.de](http://www.pflege-krankenhaus.de) zeigt eindrucksvoll, dass die Krankenhäuser in den letzten Jahren vielfältige Initiativen ergriffen haben, um auch in Zukunft attraktive Arbeitgeber sein zu können. Dabei werden alle Instrumente einer modernen mitarbeiterbezogenen Personalpolitik eingesetzt. Die Familienfreundlichkeit spielt hierbei eine besondere unternehmensstrategische Rolle. Eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung bildet dafür wiederum die wichtigste Voraussetzung. Fast 20 von Hundert der Krankenhäuser bieten bereits eine betriebliche Kinderbetreuung in unterschiedlichen Formen (u. a. betriebseigene Kinderkrippen) an. Weitere familienfreundliche Maßnahmen mit sehr hohem Verbreitungsgrad in den Krankenhäusern sind vor allem die Arbeitszeitflexibilisierung, die betriebliche Elternzeit sowie Arbeitseinsätze und Kontakthalteprogramme während der Elternzeit. Insofern sind die Krankenhäuser mit ihren Unterstützungsangeboten für Eltern oder Kinder im Rahmen einer familienorientierten Personalpolitik weit aus engagierter als viele andere Wirtschaftszweige.

Neben dem Themenkomplex „Familienfreundlichkeit“ werden auf der Internetplattform noch zwei weitere Themenfelder, die die zentralen Herausforderungen für die Pflege im Krankenhaus abbilden, aufgegriffen. Zum einen handelt es sich um die Optimierung von Prozessabläufen. Der Focus ist hierbei auf die Kernkompetenzen der Pflegekräfte gerichtet. Die Modelle der Kranken-

häuser zeigen, dass die Versorgung im Krankenhaus verbessert und zugleich die Zufriedenheit des Pflegepersonals nachhaltig erhöht werden kann. Zum anderen ist dies der Themenkomplex „Lebensphasengerechtes Arbeiten“. Die Krankenhäuser sind im Gesundheitswesen der größte Ausbilder und Arbeitgeber im Bereich „Pflege“. Deshalb ist es richtig und wichtig, dass die Krankenhäuser neben der gezielten Nachwuchsförderung demografieorientierte Personalentwicklungskonzepte anwenden, die sich mit den beruflichen Lebensphasen der Pflegekräfte befassen und somit dazu beitragen, die gut qualifizierten und erfahrenen Pflegekräfte länger als bisher im Beruf zu halten.

Das Projekt „Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ wurde drei Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Diese Praxismodelle sind richtungsweisend, da sie zahlreiche und vielerlei Nachahmungen in den Krankenhäusern ausgelöst haben. Selbstverständlich ist dieser Prozess noch lange nicht abgeschlossen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) wird die Plattform fortan mit eigenen Mitteln betreiben.

Ergänzend zur IT-Plattform soll diese Broschüre den großen Fundus nachahmenswerter Beispiele für eine zukunftsweisende moderne Personalpolitik den Beteiligten noch besser zugänglich machen, damit noch mehr davon in der Praxis umgesetzt wird.

Georg Baum  
Hauptgeschäftsführer – Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

# Inhalt

Vorwort Bundesministerium für Gesundheit .....	4
Vorwort Deutsche Krankenhausgesellschaft .....	5
<b>1 Das Projekt .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Neue Arbeitsteilung und Prozessgestaltung .....</b>	<b>11</b>
2.1 Einführung von Case Management .....	11
2.2 Therapiemanagement durch den Pflegedienst .....	13
2.3 Neuordnung von Aufgaben unter Einführung neuer Berufsgruppen .....	15
2.4 Einführung Patientenmanagement .....	17
2.5 Serviceassistenten: Qualifizierte Hotelfachkräfte übernehmen Aufgaben im Patienten-Service.....	19
2.6 Klinischer Einsatz und Integration von Bachelorstudenten und -absolventen.....	20
2.7 Flächendeckende Einführung von Servicekräften .....	21
2.8 Einführung von Primärer Pflege .....	22
2.9 Ersteinschätzung der Patienten in der Zentralen Notaufnahme durch Pflegende .....	24
2.10 Applikation von Zytostatika .....	26
2.11 Altenpflegerinnen betreuen Patienten mit kognitiver Einschränkung .....	28
2.12 Implementierung von erweiterter Pflegepraxis .....	30
2.13 Aufbau einer „Ambulanz chronische Wunden“ .....	32
2.14 Ersteinschätzung und Behandlungspfade in der Zentralen Notaufnahme .....	34

### **3 Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf ..... 37**

3.1	Balance Familie und Beruf – Kinder und Senioren .....	37
3.2	Implementierung von Teilzeitmodellen .....	39
3.3	Familiengerechtes Krankenhaus .....	40
3.4	Erfolgsfaktor Familie .....	42
3.5	Zertifizierung im Bereich „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ .....	44
3.6	Familienbewusste Personalpolitik .....	46
3.7	Pflegekräfte in der Pflegesituation .....	48
3.8	Erfolgsfaktor Familie – Auf die Lebensumstände der Mitarbeiter zugeschnittene Arbeitsbedingungen .....	49
3.9	Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit als strategisches Unternehmensziel .....	51
3.10	Ausbildung in Teilzeit .....	54

### **4 Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege ..... 56**

4.1	Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus .....	56
4.2	Von der Altersstrukturanalyse zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen .....	57
4.3	Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege .....	59
4.4	Einführung der Zertifizierung nach Managementanforderungen der Berufsgenossenschaften .....	60
4.5	„GePP“ – Gesund Psychiatrisch pflegen .....	62
4.6	3P – Pflege dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln .....	63
4.7	Älter werden in der Pflege – Entwicklung und Erprobung betrieblicher Strategien .....	65
4.8	demogAP: Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege .....	67
4.9	FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege .....	70
4.10	Altersgerechtes Personalmanagement .....	72
4.11	Entwicklung von Demografiestabilität durch Lernen im Team vor Ort .....	73
4.12	Bildung eines Teams mit Young Nurses .....	75

# 1 Das Projekt

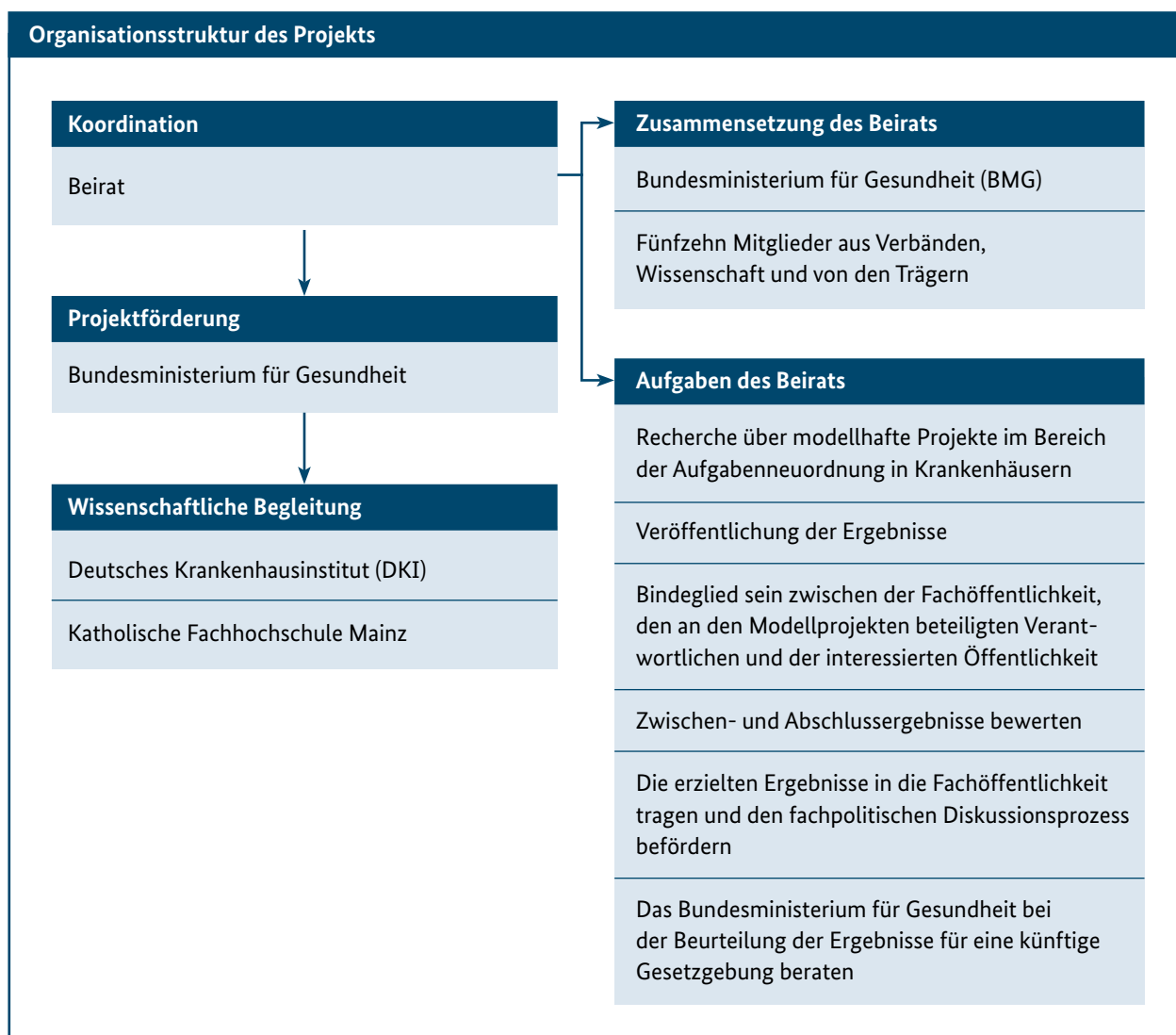
## Weichen für die Zukunft neu stellen!

Krankenhäuser leisten einen entscheidenden Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung. Fachkräftemangel, knappe finanzielle Ressourcen und der demografische Wandel stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes vor neue Herausforderungen.

## Den Wandel gestalten

Entscheidend ist deshalb, den Wandel mitzugestalten. Es gilt, die Arbeitsabläufe im Krankenhaus so zu verändern, dass sie in erster Linie dem Wohl der Patientinnen und Patienten dienen und zugleich den Einsatz personeller

und wirtschaftlicher Ressourcen verbessern. Um den gesundheitspolitischen Anforderungen auch künftig gerecht zu werden, müssen sich Krankenhäuser verstärkt den globalen und lokalen Veränderungen anpassen und Weichen für die Zukunft stellen. Dabei kommt neuen, innovativen Konzepten der Arbeitsorganisation eine zentrale Rolle zu: Eine Optimierung der Prozessabläufe, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf und Instrumente zur Verbesserung der Formen lebensphasengerechten Arbeitens sind unverzichtbare Bausteine dieses Prozesses.





### BMG-Beirat baut den Dialog weiter aus

Der BMG-Beirat, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern maßgeblicher Verbände im Gesundheitswesen, gestaltet diesen Prozess mit: Im Rahmen des Projekts „Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ sind zahlreiche Modell-Projekte in Krankenhäusern identifiziert und in dieser Broschüre in Form von Modellbeschreibungen der Häuser zusammengetragen worden. Sie sollen als Anregung dienen, die Veränderungsprozesse mitzugestalten. Sie erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Vielmehr muss im Einzelfall von den Krankenhäusern geprüft werden, inwieweit die Modelle – ganz oder teilweise – übertragen werden können.

Dabei sind insbesondere die rechtlichen Voraussetzungen für die jeweilige Projektdurchführung bzw. Organisationsmaßnahme zu klären. Hierzu gehört vor allem bei Modellen zur Aufgabenneuordnung auch eine Vereinbarung mit dem Haftpflichtversicherer der Klinik, dahin gehend, dass der Versicherungsschutz auch für Schäden im Rahmen der betreffenden Maßnahme besteht.

Der BMG-Beirat baut den Dialog zwischen Krankenhaus, Politik, Wirtschaft und Forschung weiter aus und unterstützt den notwendigen Entwicklungsprozess für bessere Bedingungen der Pflege im Krankenhaus.

### Der BMG-Beirat



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger. Die DKG wurde 1949 gegründet und beschäftigt in der Geschäftsstelle in Berlin 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in zehn Abteilungen an allen Fragestellungen rund um das Krankenhaus. Ihr gehören 28 Mitgliedsverbände von Krankenhausträgern an.  
Internet: [www.dkgv.de](http://www.dkgv.de)



Der Deutsche Pflegerat (DPR) als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen ist Partner der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung und vertritt die Belange des Pflege- und Hebammenwesens in Deutschland. Der DPR hat das Ziel, die Positionen der Pflegeorganisationen zu koordinieren und deren politische Durchsetzung zu steuern.

Internet: [www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)



Die Bundesärztekammer (BÄK) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern vertritt die Bundesärztekammer die berufspolitischen Interessen der rund 420.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit.

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



Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. versteht sich als Gesprächspartner für verantwortliche Führungskräfte in den Krankenhäusern und vertritt die gesundheits- und krankenhauspolitischen Belange der deutschen Krankenhäuser in der Öffentlichkeit.

Internet: [www.vkd-online.de](http://www.vkd-online.de)



Mit rund 2,1 Millionen Mitgliedern ist die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) eine der größten freien Einzelgewerkschaften der Welt. Der Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vertritt mit etwa 345.000 Mitgliedern als größter Fachbereich in ver.di u. a. die Interessen der Pflegeberufe.

Internet: <http://gesundheit-soziales.verdi.de/>



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) ist seit 1953 auf dem Gebiet der Forschung, Beratung, Fortbildung und Evaluation im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig. Es wird von Verbänden und Institutionen der Krankenhauswirtschaft getragen. Aufgabe der Deutsches Krankenhausinstitut GmbH ist die Beratung von Krankenhäusern und die Durchführung von Seminaren und Konferenzen. Internet: [www.dki.de](http://www.dki.de)



Die Katholische Fachhochschule (KFH) Mainz ist eine staatlich anerkannte Fachhochschule, die ihre Aufgaben

in Lehre, Forschung und Weiterbildung in christlicher und gesellschaftlicher Verantwortung wahrnimmt. Zu den Kernaufgaben der KFH Mainz gehören anwendungsbezogene Lehre, Forschung und Weiterbildung. Sie wurde 1972 gegründet und liegt in Trägerschaft der fünf katholischen (Erz-)Diözesen Köln, Limburg, Mainz, Speyer und Trier. Internet: [www.kfh-mainz.de](http://www.kfh-mainz.de)

#### Weitere Informationen im Internet

Weitere Informationen zum Projekt „Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ und zu den in dieser Broschüre vorgestellten Modell-Projekten finden Sie auf der Website [www.pflege-krankenhaus.de](http://www.pflege-krankenhaus.de). Dort haben Sie auch die Möglichkeit, Fragen an den Beirat des Projekts zu stellen ([www.pflege-krankenhaus.de/das-projekt/fragen-an-den-beirat](http://www.pflege-krankenhaus.de/das-projekt/fragen-an-den-beirat)).



# 2 Neue Arbeitsteilung und Prozessgestaltung

Der soziodemografische Wandel hat große Auswirkungen auf das künftige Arbeitskräfteangebot für Krankenhäuser und erfordert eine neue Aufgabenteilung bei den patientennahen Berufsgruppen. Im Pflege- und Funktionsdienst führt dies kontinuierlich zur Erweiterung von Kompetenzen und beruflichen Perspektiven. Beispiele aus der Praxis zeigen, dass Modelle zur Aufgaben Neuordnung die Versorgung im Krankenhaus verbessern und zugleich die Zufriedenheit des Personals erhöhen können.

## 2.1 Einführung von Case Management

Im Klinikum Lüdenscheid wurde seit 2005 sukzessive ein Case Management eingeführt. Durch die Umsetzung des Expertenstandards „Entlassmanagement“ sowie begleitender Maßnahmen und durch die Etablierung von Case Managerinnen und Managern wurde eine Entlastung des Personals auf Station erreicht. Durch einen kontrollierten Ressourceneinsatz und der Reorganisation von Prozessen konnten zudem Kosten eingespart werden – bei einer gleichzeitig verbesserten Patientenversorgung.

### Projektanlass

Ab Januar 2005 wurde im Klinikum Lüdenscheid mit der Umsetzung des Projektes „Kostensenkung und Ertragssteigerung“ begonnen. Das Teilprojekt „Entlassmanagement/Case Management“ wurde unter die Leitung der Pflegedirektion gestellt.

Neben der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement waren auch wirtschaftliche Gründe für die Einführung von Case Management bestimmend. Drastische Kürzungen zwangen die Kliniken, die durchschnittliche Verweildauer zu reduzieren. Das Risiko für die Patienten, entlassen zu werden, weil die Grenzverweildauer erreicht war, stieg somit an. Der vorhandene Pflegebedarf der einzelnen Patienten oder soziale Aspekte blieben dabei häufig unberücksichtigt.

Wichtiges Anliegen des Entlassmanagements/Case Managements wurde somit eine bestmögliche Patienten-

steuerung durch einen kontrollierten Ressourceneinsatz. Schritt für Schritt sollten die Elemente, die das Steuerungsverfahren Case Management bietet, eingeführt werden.

### Projektumsetzung

Das Case Management wurde sukzessive auf der Patienten- und der Systemebene eingeführt. Die Geschäftsführung unterstützte die Einführung nachhaltig. Die für die Einführung und Umsetzung des Case Managements erforderlichen Mittel wurden bereitgestellt. Auf der Patientenebene erfolgte die Implementierung des Case Managements auf kooperationswillige Abteilungen. Nur so ist gewährleistet, dass die erforderliche Akzeptanz für die Mitarbeiter des Case Managements vorliegt. Das Case Management muss von der ärztlichen Leitung mitgetragen werden. Hilfreich hierfür ist eine Darstellung der Kosten und des Nutzens der Etablierung des Case Managements. Förderlich sind darüber hinaus eine klare Aufgabensetzung und die Errichtung dazu erforderlicher Strukturen. Als persönliche Voraussetzungen für die Mit-



### Märkische Kliniken GmbH – Klinikum Lüdenscheid

#### Ansprechpartnerin

Sabine Peer, Leitung Case Management  
E-Mail: [sabine.peer@klinikum-luedenscheid.de](mailto:sabine.peer@klinikum-luedenscheid.de)

#### Maßnahme

Einführung Case Management



arbeiter im Case Management sind formale Autorität und fachliche Kompetenz unabdingbar.

Der Expertenstandard „Entlassmanagement“ wurde umgesetzt, der Standards zur Feststellung des Pflegebedarfs (Assessment), zur Planung, Durchführung und Bewertung (Evaluation) der durchgeführten Tätigkeiten beinhaltet. Der Case Manager nimmt an den Visiten auf Station teil. Weitere Aufgabe ist das Monitoring der Verweildauern. Es wurde ein Meldeverfahren für Patienten mit nachstationärem Versorgungsbedarf etabliert.

In den Abteilungen erfolgt eine Entlastung der Ärzte und des Pflegepersonals durch den Einsatz der Case Manager. Festgelegte Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner haben zu einer verstärkten Transparenz im Leistungsgeschehen geführt. Durch Verfahrensweisungen gibt es eine klare Aufgabenregelung. Administrative Aufgaben im Zusammenhang mit Patienten, die ein erhöhtes Risiko von Versorgungsdefiziten aufweisen und daher der Unterstützung bedürfen, werden von Case Managern betreut. Das Aufgabenfeld reicht von der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln, über die Organisation von Plätzen in Alten- und Pflegeheimen bis hin zur Durchführung von Patientengesprächen, die um die sozialen Belange kreisen. Für Ärzte und Pflegekräfte verbleibt durch diese Entlastung mehr Zeit, um sich um die Patienten zu kümmern. Es hat sich herausgestellt, dass durch die Arbeit des Case Managements viele Informationen sowohl bei Angehörigen und Patienten als auch bei den Ärzten und Pflegekräften zeitnäher als früher vorhanden sind.

Es erfolgte eine Zusammenlegung der entlassrelevanten Bereiche und die Entwicklung standardisierter Organisationsabläufe mit festgelegten Verantwortlichkeiten und der Zuordnung zu Ansprechpartnern. Die Case Manager entscheiden nicht über den Entlasstermin, beraten aber die behandelnden Ärzte hinsichtlich der Möglichkeit der weiteren Versorgung. Zusammen mit Patienten und Angehörigen werden Entscheidungen hinsichtlich der weiteren krankenhausexternen Versorgung getroffen. Fallgruppen der Sozialarbeit wurden eingeführt.

Auf der Systemebene wurde die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten sowie stationären Nachsorgern institutionalisiert. Niedergelassene Ärzte melden vor der stationären Behandlung schon Patienten mit verstärktem Behandlungs- und Nachsorgebedarf. Das Case Management faxt ein oder zwei Tage vor der Entlassung des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt den Status des Patienten (z. B. benötigte Pflegemittel, Anschlussheilbehandlung). Damit der niedergelassene Arzt weitere Informationen einholen kann, enthält dieses Fax auch die Telefonnummer des behandelnden Krankenhausarztes. Altenheime melden von sich aus freie Plätze an das Klinikum, sodass für den Case Manager weniger Rechercheaufwand entsteht.

#### **Projektbeurteilung**

Rückblickend hat sich die Einführung des Case Managements als sehr erfolgreich herausgestellt, wie Mitarbeiterzufriedenheits- und Patientenbefragungen belegen. So beurteilen die leitenden Ärzte das Case Management

mit der Note 1,6. In einer Patientenbefragung gaben 94 % der befragten Patienten an, dass sie sich in einer ähnlichen Situation erneut an das Case Management wenden würden.

Case Management lohnt sich nicht nur in Hinblick auf ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht. Neben der hohen Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen, Einweisern und der klinischen Fachabteilungen, sind eine Entlastung der Pflege und der Ärzte, eine pünktliche Entlassung und die Vermeidung von Wiederaufnahmen durch Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung als Erfolge des Case Managements zu nennen.

## 2.2 Therapiemanagement durch den Pflegedienst

An der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie der Alexianer Köln GmbH wird das Therapiemanagement für die nicht ärztlichen oder psychologischen Therapien von Pflegekräften durchgeführt. Die Ärzte kennzeichnen diejenigen Therapien, an denen die Patienten nicht teilnehmen sollen. Patienten werden an der Auswahl der für sie hilfreichen Angebote beteiligt. In sogenannten „Schnupperangeboten“ (zwei bis drei Versuchstermine) können sie die verschiedenen Methoden kennenlernen und prüfen. Ihre Erfahrungen werden in die Therapieplanung miteinbezogen. Beraten und unterstützt werden sie dabei von den Pflegekräften.

### Projektanlass

Im Jahr 2007 wurde wiederholt festgestellt, dass es Überlappungen von Arbeitsschritten bei der Therapieplanung der Patienten gab. Es bestand Optimierungsbedarf im Arbeitsablauf an der Schnittstelle zwischen Pflegedienstmitarbeitern und Ärzten. Die vorherrschende Situation führte zu Unzufriedenheit bei Patienten über Therapieausfälle und bedeutete Mehrarbeit für den Pflegedienst durch Re- bzw. Umorganisation der Therapiepläne in ständiger Absprache mit den anordnenden Ärzten. Zudem klagten die Ärzte über Arbeitsüberlastung durch

die häufige Umorganisation der Therapien, denn das bedeutete auch für sie einen weiteren Arbeitsaufwand. Bei einer Erörterung des Problems auf der Führungsebene (ärztliche und pflegerische Leitung) wurde beschlossen, diesem zu begegnen, indem die Pflegedienstmitarbeiter das Therapiemanagement übernehmen, denn die erfahrenen Pflegekräfte waren auch fachlich erheblich besser dazu qualifiziert, den Patienten bestimmte Therapien zu erklären, als junge Ärzte. Dadurch konnten die Patienten noch stärker als bisher kooperativ in den Planungsprozess miteinbezogen werden und vor allem profitierte die Wahlfreiheit der Patienten, die im Konzept des Hauses eine wichtige Rolle spielt.

### Projektumsetzung

Vor der Prozessveränderung ordneten die Ärzte die Therapien für die Patienten an und der Pflegedienst übernahm die Ablauforganisation. Gemäß dem Konzept unseres Hauses, das Präferenzen der Patienten stark berücksichtigt, gab es immer wieder Anfragen von Patienten nach anderen Therapien, da die Zusammenstellung der



**Alexianer Köln GmbH – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Köln**

#### **Ansprechpartner**

Gerhard Daniels, Pflegedienstleiter  
E-Mail: g.daniels@alexianer-koeln.de

#### **Maßnahme**

Therapiemanagement durch den Pflegedienst

für sie angeordneten Therapien nicht ihren Vorstellungen und Neigungen entsprach. Dies hatte oft mit unzureichenden Informationen über die Therapien zu tun und verursachte häufig einen erheblichen Arbeitsaufwand, da zunächst immer Rücksprache mit dem behandelnden Arzt über den Therapiewechsel gehalten werden musste, um dann bestehende Ressourcen anderer Therapeuten zu erfragen. Zusätzlich entstand natürlich eine Verzögerung bei der Teilnahme der Patienten an der Therapie.

Durch den Einsatz der Pflegedienstmitarbeiter als qualifizierte „Therapiemanager“ sollte eine bessere Umsetzung des kooperativen Konzepts der Klinik und eine Prozessoptimierung im Arbeitsablauf erreicht werden. Diese Optimierung resultiert aus der großen Patientennähe der pflegerischen Mitarbeiter und dem damit verbundenen effizienteren Informationstransfer. Zusätzlich sollte durch die Stärkung der Wahlfreiheit mittels kompetenterer Information eine höhere Verbindlichkeit (und somit Compliance) der Patienten bei der Therapie erreicht werden.

Die behandelnden Ärzte kennzeichnen nunmehr diejenigen Therapien, an denen die Patienten nicht teilnehmen sollen. Das Therapiemanagement umfasst alle Angebote der Ergotherapie: kreative Ergotherapie, Arbeitstherapie (Training im Bereich EDV/Büro, Schreinerei, Gärtnerei, Hauswirtschaft etc.), sensorische Integration und darüber hinaus Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie sowie Ernährungsberatung usw. Die ärztlichen und psychologischen Therapieangebote werden dagegen von dem behandelnden Arzt erläutert und dann nach Absprache mit den Patienten angeordnet.

Die Bezugspersonen des Pflegedienstes informieren die Patienten in einem ausführlichen Beratungsgespräch über die verschiedenen Therapieformen, deren Nutzung und wo bzw. ob die Therapie sie eventuell überfordern könnte. Die Patienten berichten von ihren Vorlieben und Neigungen und im gemeinsamen Gespräch werden sie bei der Wahl ihrer Therapien vom Pflegedienst unterstützt. Auf Nachfragen kann auf diese Weise sofort eingegangen werden. So erstellen die Mitarbeiter des Pflegedienstes gemeinsam mit den Patienten den individuellen Therapieplan, den diese dann ausgehändigt bekommen.

Die therapeutische Gesamtverantwortung liegt selbstverständlich weiterhin bei dem behandelnden Arzt. Die Mitarbeiter der übrigen Berufsgruppen behalten ihre Durchführungsverantwortung.

Die Organisation der Therapien läuft über ein klinikweites EDV-System, auf das auch die Therapeuten zurückgreifen. Die Patienten haben während zwei bis drei Versuchsterminen („Schnupperangebot“) Zeit, sich endgültig für ein individuelles Therapieprogramm zu entscheiden. Sollten sie dann doch später eine andere Therapie wünschen, können die Mitarbeiter des Pflegedienstes dies entsprechend den Ressourcen der jeweiligen Therapeuten über das EDV-System schnell und unbürokratisch organisieren.

Sämtliche Therapien, Informationen über die Patienten oder Veränderungen ihres Zustands werden in eine bereichsübergreifende Verlaufsdokumentation (elektronische Patientenakte) eingetragen. Zugang zu dieser Dokumentation hat das gesamte Behandlungsteam.

Die pflegerischen Mitarbeiter sind nunmehr für das Therapiemanagement unter der Maßgabe der ärztlichen Vorgaben verantwortlich. Die Therapeuten erhalten seit Einführung der Maßnahme Patienten nicht mehr bloß durch technische Vermittlung durch den Pflegedienst vom Ärztlichen Dienst, sondern direkt vom Pflegedienst zugewiesen. Vor allem für die Sporttherapeuten war wichtig, dass bei jedem Patienten medizinische Kontraindikationen durch den behandelnden Arzt klar benannt wurden, sodass bestimmte Therapien ärztlich ausgeschlossen wurden.

### **Projektbeurteilung**

Eine im Jahr 2009 durchgeführte Mitarbeiterbefragung zeigte überwiegend positive Bewertungen der Arbeitsmöglichkeiten. Jährliche Patientenbefragungen zeigten zudem, dass die Zufriedenheit der Patienten mit dem Therapieangebot gestiegen ist, obwohl das Angebot selbst nicht verändert wurde. Entscheidend ist, dass die Patienten durch das kooperative Behandlungskonzept und die Stärkung ihrer Wahlfreiheit ein individuelles Therapieangebot erhalten.

Die pflegerischen Mitarbeiter werden durch Einführung des pflegerischen Therapiemanagements stärker in ihrer Fachkompetenz wahrgenommen und erhalten ein zusätzliches Maß an Handlungsmöglichkeiten. In der Vergangenheit war die Beteiligung am Therapiemanagement für die pflegerischen Mitarbeiter eher administrativer Natur. Mit der Einführung der neuen Verfahrensweise wurde der Aufgabenbereich interessanter. Das beratende Gespräch über die verschiedenen Therapieangebote ist fester Bestandteil bei der Erstellung der Pflegeanamnese und wird im Rahmen der Bezugspflegegespräche evaluiert.

Eine wesentliche zeitliche Entlastung für die Mitarbeiter des Pflegedienstes hat es selbstverständlich nicht gegeben. Aber durch die veränderten Abläufe wird die eigene Tätigkeit vermehrt als sinnvoll erlebt.

## 2.3 Neuordnung von Aufgaben unter Einführung neuer Berufsgruppen

Angesichts zunehmender Expansionserfordernisse, gleichzeitigem Ärztemangel und dem Bedürfnis, Pflegekräfte zu entlasten, ist die Idee zur Umstrukturierung der Aufgabenverteilung in den Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach gewachsen. Es erfolgte eine kritische Betrachtung der traditionellen Aufgabenzuordnung zu den einzelnen Berufsgruppen und die Neustrukturierung nach entsprechender Analyse. Im Nachgang wurde die Aufgabenzuordnung auf den bettenführenden Stationen neu strukturiert. So wurden u. a. neue Berufsgruppen in der Leitstelle (Sekretariat) und im Service geschaffen. Der Zuständigkeitsbereich der Pflegekräfte (Übernahme patientennaher Tätigkeiten von den Ärzten) konnte erweitert werden, da die neuen Berufsgruppen ihrerseits Aufgaben von der Pflege erhielten. Die flächendeckende Einführung der neuen Struktur in allen 27 Stationen der Klinik wurde erreicht.

### Projektanlass

Der Pflegedirektor hat nicht nur die Personalverantwortung im Pflege- und Funktionsdienst, sondern auch



### Kliniken Maria Hilf GmbH, Mönchengladbach

#### Ansprechpartner

Thomas Huppers, Pflegedirektor  
E-Mail: thomas.huppers@mariahilf.de

#### Maßnahme

Restrukturierung der Aufgaben in den bettenführenden Stationen unter Einführung neuer Berufsgruppen

die finanzielle Verantwortung für das entsprechende Personalbudget. Dieses bildet die Grundlage, Organisationsveränderungen verantwortlich zu entwickeln und umzusetzen.

Neben der erhofften Entlastung der Pflegekräfte war die Erkenntnis eines bevorstehenden Pflegepersonalmangels, insbesondere aber der Wunsch nach Qualitätsverbesserung, ausschlaggebend für dieses Projekt. Beginn der Maßnahme war im April 2007. Seitdem wurden 70 (aktuell 77) Service-Kräfte (arbeiten 7 Tage in der Woche) und 60 (aktuell 61) Leitstellen-Mitarbeitende (arbeiten 5–6 Tage in der Woche) eingestellt.

#### Projektumsetzung

Es erfolgte eine Einführung neuer Arbeitsgruppen innerhalb der Station mit einer Neustrukturierung der Aufgabenzuordnung. Durch die Reorganisation gibt es nun fünf Arbeitsgruppen innerhalb der Station, die unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen.

- Die Stationskoordinatoren (Stationsleitung) koordinieren die verschiedenen Arbeitsgruppen. Sie haben eine

Vorgesetztenfunktion für die Arbeitsgruppenmitglieder „Pflege“, „Service“ und „Leitstelle“ inne. Zu den Aufgaben zählen u. a. die Dienstplanverantwortung für die Arbeitsgruppen, die Sicherstellung der Personalerfordernisse aller Arbeitsgruppen, die Ausfallorganisation, die Belegungs-/Bettendisposition der Station, Einleitung des Entlassmanagements, Unterstützung des reibungslosen Prozessablaufs, Teilnahme an Visiten und Übergaben.

- Die Leitstelle als Sekretariat, welche durch Medizinische Fachangestellte besetzt ist, erfüllt administrative Aufgaben wie den Empfang und Information der Patienten und Angehörigen, den Telefon-, Fax- und E-Mail-Verkehr, die Terminkoordination bzw. die Auftragerstellung für Untersuchungen. Außerdem erfolgt hier die Kodierung der vorbereiteten pflegerelevanten Nebendiagnosen. Die Möglichkeit der zeitnahen Kurzarztbriefschreibung ist in Planung.
- Die Arbeitsgruppe „Service“ führt alle Tätigkeiten im Bereich Hotelleistungen durch. Beispielsweise gehört zu den Aufgaben das tägliche Bettenmachen bei mobilen Patienten sowie die Reinigung des Patienten Umfelds. Sie ist zuständig für die Ausstrahlung der Station in Sachen Ordnung und Sauberkeit. Zentrales Aufgabengebiet ist die Verantwortung für die gesamte Speisenversorgung. Von der täglichen individuellen Speisewunscherfassung bis hin zur Vorbereitung (Brote zubereiten, Kaffee brühen), Präsentation und Abräumen der Tablett. Möglich ist auch die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, wenn keine pflegerische Kompetenz erforderlich ist.
- Die Arbeitsgruppe „Pflege“ übernimmt klassische Pflegeaufgaben wie die Pflegeplanung, -dokumentation, die Grund- und Behandlungspflege. Durchgängig aber auch Tätigkeiten aus dem bisherigen ärztlichen Aufgabenspektrum. Die Blutabnahmen, das Legen von Venenverweilkanülen und Magensonden, schwierige Verbandwechsel, Medikamentengabe aller Applikationsformen (inkl. i.v. Injektionen) nach Positivliste u. v. m.



- Ärzte diagnostizieren und therapieren die Patienten der zugehörigen Organisationseinheit. Hierzu zählen nicht delegierbare Tätigkeiten wie die Aufnahmeuntersuchung und Anamnese, die Untersuchungsanordnung zur Diagnosestellung und Festlegung der Therapie. Darüber hinaus erfolgt die Dokumentation in der Patientenakte. Weiterhin haben sie die Verantwortung für die Einhaltung der Patientenpfade und die Verlegungs- bzw. Entlassentscheidung. Die Verschlüsselung der Diagnosen und die Codierung nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups bzw. DRG) obliegt ebenfalls dem Ärztlichen Dienst.

Eine Reihe von Aufgaben wurde neu zugeordnet. So übernimmt die Pflege diverse Tätigkeiten vom Ärztlichen Dienst. Ebenso entlasten die Leitstellen den Ärztlichen Dienst, aber auch den Pflegedienst. Der gesamte hauswirtschaftliche Teil der Stationsarbeit wird von der Pflege auf die Servicemitarbeiter übertragen.

Es wurden hausinterne Aus-, Fort- und Weiterbildungen entwickelt, die auf die Aufgabenfelder der neuen Berufsgruppen (Leitstelle und Service) zugeschnitten sind. Sukzessive werden alle Mitarbeiter in diesen Bereichen geschult. Die Schulungen sind verpflichtend für alle Mitarbeiter. Themen der Ausbildung zur Fachkraft für Servicetätigkeiten im Krankenhaus sind u. a. Hygiene, Umgangsformen, Krankenhausküche, Leitbild der Klinik etc.

Weiterbildung ist für die Leitstellen-Mitarbeitenden ebenfalls verpflichtend. Themen dort sind u. a. das Kran-



kenhausinformationssystem, das Verhalten am Telefon, die Aktenführung etc.

Die Fortbildung der Pflegekräfte in Bezug auf die Übernahme der Tätigkeiten aus dem Ärztlichen Dienst wurde dezentral in den Stationen durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den ärztlichen Mitarbeitern haben die Stationskoordinatoren diese organisiert und durchgeführt. Die Pflegekräfte müssen Befähigungsnachweise für die Übernahme der neuen Aufgaben erbringen, die zur Personalakte kommen. Dazu wird ein E-Learning-Programm absolviert und mit einer Prüfung abgeschlossen. Parallel wird die praktische Durchführung der neuen Aufgabe, z. B. das Legen einer Magensonde oder einer Venenverweilkanüle, die Blutabnahme etc. von Ärzten oder einer bereits befähigten Pflegekraft geschult, begleitet und geprüft. Für sämtliche Schulungen werden nach einem Jahr Refresher-Kurse angeboten.

#### Projektbeurteilung

Das Programm wurde innerhalb der Klinik zur freiwilligen Teilnahme ausgeschrieben. Der Zuspruch war so groß, dass bereits nach 1,5 Jahren alle 27 Stationen der Klinik in das Projekt involviert waren. Mittlerweile sind 80–85 % der Sollstellen der neuen Berufe (Leitstelle und Service) besetzt.

Neu eingerichtete Stellen sind grundsätzlich Teilzeitstellen, damit der erforderliche Schichtbetrieb gewährleistet werden kann. Um den Bedarf einer Station an Service-Kräften abzudecken, sind bis zu vier Mitarbeiter erforderlich. Für die Leitstellenbesetzung sind bis zu drei Mitarbeiter notwendig.

Die Neuverteilung der Aufgaben wurde entsprechend der Fähigkeiten der Mitarbeiter vorgenommen. Dadurch konnten eine höhere Motivation und eine bessere Qualität erreicht werden. Mit gleichem Budget werden mehr Mitarbeiter beschäftigt, da die jeweiligen übernehmenden Berufsgruppen preisgünstiger sind als die bisherigen Aufgabenerbringenden. Die eingesparten Personalkosten verbleiben in der Pflegedirektion und werden zur Personalvermehrung verwendet.

## 2.4 Einführung Patientenmanagement

Im Städtischen Klinikum Karlsruhe gGmbH wurde ein zweistufig konzipiertes, klinisches Patientenmanagement eingeführt. Mithilfe dessen wird die Optimierung und Koordination aller zur Patientenversorgung notwendigen Prozesse erreicht.

#### Projektanlass

Ziel ist es, eine Reorganisation der primärversorgungsbezogenen Prozesse zu erreichen. Hierzu werden alle quantitativen und qualitativen Belegungsanforderungen einer Abteilung besser mit den vorhandenen personellen und technischen Ressourcen abgestimmt und die patientenbezogenen Belange stärker bei der Stationsorganisation berücksichtigt.

Durch die Bündelung dieser administrativen Organisationssaufgaben können die Ärzte und das direkt in der Patientenversorgung arbeitende Pflegepersonal von bestimmten Tätigkeiten entlastet werden.

Im Rahmen einer Multimomentstudie wurde beispielsweise festgestellt, dass Pflegekräfte nur 35 % ihrer Zeit



#### Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

##### Ansprechpartner

Josef Hug, Pflegedirektor

E-Mail: josef.hug@klinikum-karlsruhe.de

##### Maßnahme

Einführung Patientenmanagement

direkt an Patienten aufwenden und die restliche Zeit mit administrativen Tätigkeiten verbringen.

### Projektumsetzung

Mit der Einführung des Patientenmanagements soll eine Optimierung und Koordination aller zur Patientenversorgung notwendigen Prozesse erreicht werden. Das klinische Patientenmanagement im Städtischen Klinikum Karlsruhe gGmbH ist zweistufig aufgebaut. Es gibt das „Zentrale Patientenmanagement“ für eine ganze Abteilung und das „Dezentrale Patientenmanagement“ auf jeder Station dieser Abteilung.

Ziel des „Zentralen Patientenmanagements“ ist die Koordination und Optimierung der Aufnahmestrukturen und -prozesse. Zu den Aufgaben des „Zentralen Patientenmanagements“ gehören u. a.

- die Planung und Steuerung aller internen und externen Patientenaufnahmen, -verlegungen und -entlassungen in einer Fachabteilung, in Abstimmung mit dem „Dezentralen Patientenmanagement“ der einzelnen Stationen dieser Abteilung und dem für die Patientenaufnahmeentscheidung zuständigen bzw. verantwortlichen Arzt,
- die Klärung bzw. Abstimmung (ggf. Erhebung) der vorstationären Situation der Patienten, des geplanten diagnostischen und therapeutischen Vorgehens sowie der Aufnahmedringlichkeit,
- eine quantitativ und qualitativ ausgewogene Belegungssteuerung der Stationen in der Fachabteilung durch die tägliche Abstimmung mit dem „Dezentralen

Patientenmanagement“ dieser Stationen und der Zentralen Notaufnahme(-station).

Zu den organisationsbezogenen Aufgaben des „Dezentralen Patientenmanagements“ gehören u. a.

- die Abstimmung der quantitativen und qualitativen Gesamtbelegung der Station. Die Planung, Steuerung und Anweisung von Patientenaufnahmen und -entlassungen,
- die interne Klärung bzw. Abstimmung mit dem „Zentralen Patientenmanagement“ bezüglich der vorstationären Situation, des geplanten diagnostischen und therapeutischen Vorgehens der aufzunehmenden Patienten,
- die Abstimmung, Steuerung und Planung des weiteren Behandlungsverlaufs und der daraus resultierenden Verweildauer für die Patienten,
- die Koordination aller an der Prozesssteuerung beteiligten internen und externen Leistungserbringenden sowie das frühzeitige Einschalten des Patientenberatungsdienstes bei Patienten, die ein geplantes Entlassmanagement benötigen.

Auf jeder Station ist eine examinierte Pflegekraft in der Funktion des Patientenmanagers für alle Patienten zuständig. Eine Besonderheit ist, dass die Funktion des Patientenmanagers dieser Pflegekraft jeweils für einen längeren Zeitraum (mind. eine Woche) zugeteilt wird, um Informationsbrüche zu vermeiden, die Versorgungsqualität zu verbessern und Kontinuität für alle Beteiligten herzustellen.

Die Zuständigkeiten zwischen Patientenmanagern und den sonstigen Pflegekräften auf der Station sind klar und deutlich formuliert. Es liegen Funktionsbeschreibungen sowohl für das „Zentrale“ als auch das „Dezentrale Patientenmanagement“ vor.

Das „Dezentrale Patientenmanagement“ wurde flächendeckend in allen Stationen eingeführt.

### Projektbeurteilung

Das in die Regelversorgung übernommene Modell des zweistufigen klinischen Patientenmanagements ist sehr



erfolgreich. Die Arbeitsabläufe sind heute strukturierter, transparenter und effizienter als früher. Die Ärzte und sonstigen Pflegekräfte können sich wieder stärker der direkten Patientenversorgung widmen, da sie durch das Patientenmanagement von administrativen Aufgaben entlastet werden.

## 2.5 Serviceassistenten: Qualifizierte Hotelfachkräfte übernehmen Aufgaben im Patienten-Service

Am Universitätsklinikum Heidelberg werden qualifizierte Hotelfachkräfte nach einer spezifischen Schulung im stationären Speisenmanagement und Patienten-Service eingesetzt. Durch das neue Berufsprofil sollen das Pflegefachpersonal entlastet, die Patienten- und Serviceorientierung gestärkt und die Patientenzufriedenheit verbessert werden.

### Projektanlass

Die derzeitige Personalmarktentwicklung und Aufgabenverdichtung veranlasste den Vorstand der Universitätsklinik Heidelberg, nach neuen Lösungsansätzen in Hinblick auf Aufgabenrestrukturierung bzw. -verlagerung in den stationären Bereichen („Heidelberger Weg“) zu suchen. In diesem Zusammenhang entstand die Idee, Serviceassistentinnen und Serviceassistenten für das stationäre Speisenmanagement und den Patientenservice zu qualifizieren und einzusetzen, um damit den Pflegedienst von Tätigkeiten aus der Hauswirtschaft, dem Service und dem Speisenmanagement zu entlasten. Zwischenzeitliche Versuche, Mitarbeiter des Versorgungsdienstes als Serviceassistenten zu qualifizieren und einzusetzen, führten allerdings zu negativen Erfahrungen.

### Projektumsetzung

In einer schriftlich dokumentierten Tätigkeitsbeschreibung wurden Tätigkeitsmerkmale, Verantwortungsgebiete und organisatorische Über- und Unterstellung festgehalten. Parallel dazu entwickelte die Akademie



### Universitätsklinikum Heidelberg

#### Ansprechpartner

Edgar Reisch, Pflegedirektor

E-Mail: edgar.reisch@med.uni-heidelberg.de

#### Maßnahme

Einsatz von Hotelfachkräften als Serviceassistenten in den stationären Bereichen, ausgenommen Intensivstationen

für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH eine Weiterbildungsmaßnahme für die Zusatzqualifikation zur Serviceassistentin bzw. zum Serviceassistenten. Zugangsvoraussetzung für die Qualifizierungsmaßnahme ist eine abgeschlossene Hotelfachausbildung.

### Projektbeurteilung

Die Projektunterstützung durch den Klinikumsvorstand und das Interesse der Pflegedienstleitungen an der Maßnahme erwiesen sich als förderlich für das Gelingen des Projekts. Die Hotelfachkräfte wurden nach erfolgreichem Abschluss der Zusatzqualifikation im Service für Patienten direkt in den stationären Bereichen eingesetzt. Es fand keine Pilotphase statt. Anfängliche Vorbehalte gegenüber den Serviceassistenten von Seiten der Pflegefachkräfte lösten sich nach positiven Erfahrungen auf.



Systematische Evaluationsergebnisse liegen keine vor. Beobachtungen weisen auf positive Reaktionen der Patienten auf die Serviceassistenten hin: Das patienten- und serviceorientierte Verhalten der Hotelfachkräfte trägt dazu bei, dass die Patienten sich stärker als Kunden mit ihren Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen fühlen. So findet die individuelle Menüauswahl, das professionelle Servieren der Speisen ebenso Zuspruch wie die Zubereitung von frischem Obst. Edgar Reisch, Pflegedirektor der Universitätsklinik Heidelberg betont, dass für den Einsatz als Serviceassistentin bzw. -assistent nur qualifizierte Hotelfachkräfte in Frage kommen. Sie verfügten über die richtige Einstellung und das professionelle Auftreten. Durch sie bekomme der Prozess der Speisenbestellung und -servierung eine bedeutende Rolle und der Pflegedienst werde entlastet und könne sich auf seine Kernaufgaben konzentrieren.

## 2.6 Klinischer Einsatz und Integration von Bachelorstudenten und -absolventen

Ausgangspunkt dieses Projekts der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (medbo) war der Einsatz von Bachelorstudierenden, die nach dem Abschluss der Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern in die zweite Studienphase kamen. Ziel war es, aktuelles Fachwissen mit dem Erfahrungswissen der Pflegenden auf den Stationen produktiv zu verbinden, Entwicklungs- und/oder Veränderungsbedarf zu erkennen und daraus definierte Arbeitsaufträge für die akademisch qualifizierte Pflegefachperson zu entwickeln.



**Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (medbo) – KU (Anstalt des öffentlichen Rechts), Bezirksklinikum Regensburg**

### **Ansprechpartnerin**

Felicitas Klein, Projektleitung, stv. Leitung  
des Pflegedienstes  
E-Mail: felicitas.klein@medbo.de

### **Maßnahme**

Klinischer Einsatz und Integration von Bachelorstudenten und -absolventen



### Projektanlass

Ausgangspunkt dieses Projekts war der zu planende erste Einsatz von Bachelorstudierenden im Oktober 2010, die nach dem Abschluss der Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern in die zweite Studienphase kamen. Ziel war es, eine einheitliche Struktur für den Einsatz der Bachelorstudierenden in der gesamten Einrichtung zu schaffen. Die Überlegungen betrafen sowohl den Einsatz der Bachelorstudierenden in der Studienphase nach der Ausbildung als auch die späteren Einsatzmöglichkeiten nach dem Studienabschluss. Das erstellte Konzept fokussiert den Einsatz der Bachelorstudierenden in der zweiten Studienphase, also den Zeitraum von eineinhalb Jahren.

### Projektumsetzung

Im Auftrag der Leitung des Pflegedienstes wurde zur Erstellung des Konzepts eine Projektgruppe gebildet – bestehend aus der Projektleitung, zwei Bereichsleitungen, der Leitung der Berufsfachschule für Krankenpflege sowie einem Pflegewissenschaftler. Diese Projektgruppe erstellte das Konzept als verbindlichen Leitfaden für die gesamte Einrichtung. Die Verantwortung für die Umsetzung in der Praxis liegt bei der Projektleitung und den Pflegedienstleitungen der einzelnen Kliniken.

Kernpunkt des Konzepts ist der geplante Einsatz von Bachelorstudierenden. Innerhalb der eingesetzten Klinik

durchlaufen sie verschiedene Stationen, um den gesamten Behandlungs- und Pflegeprozess der Patienten kennenzulernen. Besonderes Augenmerk erfahren dabei die angewandten pflegerischen Interventionen, gerade auch im interdisziplinären Zusammenspiel. Während der Einsatzzeit auf Station stehen dem Bachelor die jeweilige Stationsleitung und ein Praxisanleiter als Ansprechpartner zur Verfügung. Darüber hinaus sind strukturierte Gespräche geplant. Durch die strukturierte Begleitung und die geplanten Gespräche soll die Integration der Bachelorstudierenden auf den Stationen gesichert werden. Über das Modell eines flexiblen Arbeitszeitkontos wird den Studierenden ermöglicht, Präsenzzeiten an der Hochschule und Arbeitszeiten in der Klinik zu vereinbaren.

### Projektbeurteilung

Zusammenfassend ist es ein Projekt, das darauf abzielt, pflegewissenschaftliches Wissen im klinischen Arbeitsalltag zu verankern und dabei gemeinsam mit den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen eine fachlich fundierte Patientenversorgung zu erzielen. Eine Projektbeurteilung steht noch aus.

## 2.7 Flächendeckende Einführung von Servicekräften

Die Leistungsverdichtung durch die Einführung des Systems mit Klassifikation nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups bzw. DRG) und damit der Druck, sich verändern und anpassen zu müssen, führte im Klinikum Fürth zum Einsatz von Servicekräften auf allen Stationen des Klinikums. Die Übertragung von Tätigkeiten auf geschulte Servicemitarbeiterinnen und -mitarbeiter führte zu einer Verbesserung der Servicequalität. Nach einer Pilotphase von drei Monaten wurde das Projekt flächendeckend auf allen Stationen realisiert.

### Projektanlass

Erstes Ziel war es, die Pflegenden zu entlasten, um mehr Zeitressourcen für die gestiegenen Anforderungen im pflegerischen Kernarbeitsbereich zu haben. Ein zwei-



### Klinikum Fürth

#### Kontakt

E-Mail: [pflagemanagement@klinikum-fuerth.de](mailto:pflagemanagement@klinikum-fuerth.de)

#### Maßnahme

Einführung hauswirtschaftlicher Servicekräfte

tes Ziel war es, die Servicequalität für alle Patienten zu verbessern.

#### Projektumsetzung

Zur Analyse der ausgliederbaren Tätigkeiten in der Pflege wurden Studierendengruppen aus der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg eingesetzt.

Es wurden Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile sowie ein Schulungskonzept für Servicekräfte erstellt. Die Planstellen wurden außerhalb des pflegerischen Stellenplans zusätzlich geschaffen. Die Servicekräfte sind der Stationsleitung zugeordnet. Das Aufgabengebiet der Servicekräfte umfasst den Bereich Speisenversorgung, Menüerfassung, Aufrüstung der Patientenzimmer und -betten, Auffüllarbeiten und im eingeschränkten Rahmen auch Reinigungsarbeiten.

Schon nach einer Pilotphase von drei Monaten auf zwei Pilotstationen wurde das Projekt „Einsatz von Servicekräften“ flächendeckend auf allen Stationen realisiert.

#### Projektbeurteilung

Es fanden zwei Erhebungen von Studierenden zum Umsetzungsgrad statt. Dieser stellte sich als hoch heraus. Eine weitere Evaluation fand im Rahmen der Patientenbefragungen zum Thema Servicequalität statt. Diese zeigte eine deutliche Verbesserung der einschlägigen Zufriedenheitswerte nach der Umsetzung des Projekts.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten sind die Servicekräfte überwiegend gut auf den Stationen integriert. Die Bewertung von Seiten der Stationsleitungen ist durchweg positiv, die Reaktionen der Pflegenden zum Einsatz der Servicekräfte sind unterschiedlich. Teilweise werden die Servicekräfte nun als unentbehrlich erlebt, teilweise wird die Übernahme von Servicetätigkeiten zum „Luftholen“ im stressigen Arbeitsalltag vermisst.

## 2.8 Einführung von Primärer Pflege

Das Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg begann im Jahr 1993 mit der Umstellung des Klinikbetriebs auf prozessorientierte Abläufe, wobei der Gesamtprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung auf den Prüfstand gestellt wurde. Dadurch entstand das prozessorientierte Krankenhaus.

Zuerst wurde eine Neustrukturierung der elektiven Patientenaufnahme (ZPA) und der Notaufnahme unter Ergänzung eines zentralen Belegungsmanagements (ZBM) vorgenommen, woraus sich ein integratives Aufnahmekonzept mit dem Ziel einer massiven Verweildauerverkürzung entwickelte. Die Veränderungen haben konventionelle Strukturen grundlegend verändert, Ressourcen geschont, Planbarkeit verbessert und vor allem die Patienten in den Mittelpunkt gestellt. Des Weiteren wurde das Pflegeorganisationssystem der Primären Pflege implementiert, woraus sich ein professionelles und kontinuierliches Fallmanagement auf der Stationsebene bildete. Das Pflegesystem wurde auf allen Stationen und der Intensivstation eingeführt. Darüber hinaus wurde auch die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen völlig neu definiert.



### Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

#### Ansprechpartner

Michael Frank, Direktor des Pflege- und Patientenmanagements  
E-Mail: mfrank@caritasstjosef.de

#### Maßnahme

Einführung des Pflegeorganisationssystems der Primären Pflege als ein Modul eines umfassenden Reorganisationsprozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung

#### Projektanlass

Nachdem das Caritas-Krankenhaus St. Josef in den Jahren 1992 und 1993 Millionendefizite zu verzeichnen hatte, wurde eine externe Firma mit einem Optimierungsgutachten beauftragt und ein kontinuierlicher Organisationsentwicklungsprozess angestoßen. Die Prozesse des Krankenhauses wurden grundlegend analysiert und sukzessive verändert. Nach der Zentralisierung der Patientenaufnahme und des Belegungsmanagements wurde deutlich, dass die Prozessorientierung auch die Stationen betreffen muss. Die fehlende Kontinuität der Patientenversorgung wurde unter anderem durch eine Messung der pflegerischen Ansprechpartner eines Patienten eruiert. Ein Patient mit einem ca. 12-tägigen Aufenthalt hatte ca. 14 Pflegefachkräfte als Ansprechpartner. Zu dieser Zeit arbeiteten die Pflegefachkräfte im System der Bereichspflege, wo die Verantwortung und Kontinuität in der pflegerischen Versorgung nicht im Vordergrund

standen. Zudem kam es häufig zu Informationsdefiziten, da Absprachen im therapeutischen Team nicht koordiniert wurden.

Die Klinikleitung entwickelte den Grundsatz, den Pflegedienst nicht nur als Kostenfaktor sondern als Erfolgsfaktor zu betrachten. Es wurden zur Einführung der Primären Pflege strategische Grundsatzentscheidungen getroffen, bei denen die Stationsleitungen eine wichtige Rolle im prozessorientierten Krankenhaus einnahmen, da sie die Mitarbeiter in die Veränderungsprozesse einbanden und begleiteten. Die Stationsleitungen wurden zu den Prozesstreibern. Jede examinierte Pflegefachkraft kann als Primäre Pflegekraft arbeiten und den Aufgabenbereich des Fallmanagers und damit auch Prozessverantwortung übernehmen.

#### Projektumsetzung

Bei der Projektumsetzung hat sich die Direktion für Pflege- und Patientenmanagement (DPP) an den Grundsatzentscheidungen und den Kernelementen des Systems der Primären Pflege nach Marie Manthey orientiert. Damit die Stationsleitungen die dafür erforderliche Führungskompetenz erhalten, wurden sie von einer Arbeits- und Organisationspsychologin während der gesamten Projektphase geschult und beraten. Im gesamten Krankenhaus wurde eine Führungskultur entwickelt, um die Mitarbeiter zu befähigen, selbst Entscheidungen zu treffen, diese zu verantworten und Rechenschaft dafür abzulegen (Empowerment). Außerdem wurde im Pflegedienst „Management by Objectives“ eingeführt und mit den Stationsleitungen Jahresziele vereinbart, die an Prämien gekoppelt sind. Die Stationsleitungen samt Mitarbeitern sollen ihre tägliche Arbeit an ihren Zielen ausrichten und so im Sinne der betriebswirtschaftlichen Prozessstrategie arbeiten. Die Ziele werden am Jahresende durch die Mitarbeiter der Direktion für Pflege- und Patientenmanagement überprüft. Der prozentuale Anteil der Prämienausschüttung richtet sich nach dem Erreichungsgrad der einzelnen Ziele.

Die Direktion für Pflege- und Patientenmanagement erstellte im Jahr 2004 die Gesamtprojektplanung für die Einführung des Pflegesystems der Primären Pflege. Auf dieser Grundlage wurden individuelle Planungen für die

Stationen in Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen angepasst. Entsprechend des Grundsatzes des Empowerments wurden spezielle Strukturen für die organisatorische Umsetzung des Pflegesystems der Primären Pflege auf den Stationen geschaffen. Dazu wurden Planungsgruppen auf den Stationen etabliert. In geheimer Wahl wurden drei bis vier Mitarbeiter einer Station in die Planungsgruppe gewählt. Die Mitglieder der Planungsgruppe vertreten das gesamte Team und erarbeiten mit allen Mitarbeitern Lösungsvorschläge für die Einführungsschritte. Dadurch wurde die Primäre Pflege für jede Station maßgeschneidert umgesetzt. Die Stationsleitungen wurden intern durch die DPP begleitet und gecoacht.

Damit jede Pflegefachkraft als Primäre Pflegekraft das Fallmanagement übernehmen kann, wurde ein spezielles Personalentwicklungsprogramm aufgesetzt, welches verschiedene Module, wie beispielsweise die Entwicklung von Beratungsexpertisen oder Grundlagenschulungen zu den diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups bzw. DRG), enthält. Außerdem wurden im Rahmen der prozessorientierten Aufgabenverteilung Servicekräfte und Kodierassistenten auf den Stationen eingesetzt.

Die Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege des Caritas-Krankenhauses St. Josef wurde in



die Überlegungen des Systemwechsels einbezogen. Inzwischen wurde ein auf die Primäre Pflege bezogenes Curriculum entwickelt und umgesetzt.

### Projektbeurteilung

Die Durchdringung des Pflegesystems der Primären Pflege auf den Stationen wird regelmäßig mit dem Instrumente zur Erfassung des Pflegesystems (IzEP) gemessen. Bei der letzten Messung erlangten alle Stationen einen Wert von über 75 %. Nur eine Station erlangte 85 %, wobei der angestrebte Wert der Direktion für Pflege- und Patientenmanagement bei 90 % liegt. Patientenbefragungen durch das Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) und die Techniker Krankenkasse ergaben ein positives Ergebnis hinsichtlich der Patientenzufriedenheit. Die Zufriedenheit der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege zur Einführung und Ausbildung in der Primären Pflege wird mit einem Fragebogen ermittelt. Die Stationen bekommen die Ergebnisse der Auswertung und erhalten somit Hinweise zu Verbesserungspotenzialen. Mitarbeiterbefragungen werden alle vier Jahre durchgeführt, bei denen auch Fragen zur Primären Pflege integriert sind.

## 2.9 Ersteinschätzung der Patienten in der Zentralen Notaufnahme durch Pflegende

In der interdisziplinären Notaufnahme im Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim wird die Behandlungsdringlichkeit der Patientinnen und Patienten mittels des Manchester-Triage-Systems (MTS) durch Pflegende festgestellt.

### Projektanlass

Nach einer Zusammenlegung verschiedener Krankenhäuser in Bad Mergentheim stiegen die Patientenzahlen in der Notaufnahme des Caritas-Krankenhauses erheblich. Nachdem es im Jahr 1997 noch ca. 8.000 Patientenkontakte waren und seit 2002 eine interdisziplinäre Notaufnahme eingerichtet wurde, stiegen sie sukzessive bis zu momentan ca. 23.000 Patientenkontakten im Jahr.





### Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH

#### Ansprechpartner

Frank Feinauer, Pflegedirektor  
E-Mail: frank.feinauer@ckbm.de

#### Maßnahme

Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit mittels Manchester-Triage-System im Zentrum für Notaufnahme durch Pflegende

Um diesen Patientenstrom strukturiert, systematisch und risikominimiert leiten zu können, wurde im multiprofessionellen Team nach Lösungen gesucht. Eine Arbeitsgruppe bildete sich aus den pflegerischen Leitungen der zentralen Notaufnahme sowie Oberärztinnen und Oberärzten verschiedener Disziplinen. Beim 1. Deutschen Symposium Zentrale Notaufnahme 2004 in Hamburg ([www.bag-zna.de](http://www.bag-zna.de)) erhielten die Mitglieder der Arbeitsgruppe Informationen über verschiedene Lösungsansätze, unter anderem auch über das MTS. Ein leitender Pfleger, ein Lehrer für berufliche Weiterbildung und ein Oberarzt ließen sich zum MTS-Anwender schulen. In Zusammenarbeit mit dem klinikinternen Schulungszentrum wurden anschließend die Mitarbeiter der Zentralen Notaufnahme (ZNA) geschult, jedoch konnte wegen eines Trägerwechsels des Klinikums, der 2006 vorgenommen wurde, nicht direkt mit der Umsetzung begonnen werden.

#### Projektumsetzung

Nachdem auch von dem neuen Direktorium Unterstützung für die Umsetzung signalisiert wurde, begannen im April 2007 zwei Mitarbeiter, mit dem MTS zu arbeiten. Sie führten die Risikoeinschätzungen selbstständig durch und steuerten aufgrund der Behandlungsdringlichkeiten der einzelnen Patienten den gesamten Prozess. Sie bestimmten aufgrund der Ergebnisse der Einschätzung die Raumbelastung, die Behandlungsreihenfolge und die Fachdisziplin des zu informierenden Ärztlichen Dienstes.

Die Patienten wurden von den Pflegenden direkt angesprochen, die Behandlungsdringlichkeit wurde erfasst. Bei hoher Dringlichkeit wurde eine Behandlung sofort in die Wege geleitet. Das Ergebnis war so überzeugend, dass entschieden wurde, künftig das gesamte Team danach arbeiten zu lassen. Dazu wurden alle pflegenden Mitarbeiter der ZNA innerhalb des Hauses ein zweites Mal geschult. Es wurde darauf geachtet, dass das pflegerische Team aus Mitarbeitern zusammengesetzt ist, die in unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen Erfahrungen gesammelt haben. Zudem sollten sie mindestens drei Jahre Berufserfahrung mitbringen, da die Anwendung des MTS auf umfangreiches medizinisch-pflegerisches Fachwissen aufgebaut ist.

Zusätzlich wurden die Arbeitszeiten an die Verläufe des Patientenzustroms angeglichen, räumliche Veränderungen durchgeführt und die EDV-Anwendung an neue Erfordernisse angepasst. Die anfängliche multiprofessionelle Arbeitsgruppe wurde in einen ständigen Qualitätszirkel umgewandelt. Verbesserungen werden kontinuierlich angestrebt und umgesetzt.

#### Projektbeurteilung

Die Pflegenden erlangen durch die Anwendung des MTS eine hohe Entscheidungssicherheit. Die Wartezeiten in der ZNA konnten gesenkt werden. Da keine Aufnahme-Station vorhanden ist, ist ein schnelles Arbeiten vonseiten der Ärzte notwendig.

Bei der regelmäßigen Überprüfung der Einschätzungen wurde zuletzt eine Quote von 97,5 %ige Richtigkeit der Einschätzungen nach MTS erlangt. Eine 100 %ige Sicherheit kann nicht erreicht werden, da bei manchen



Patienten nicht alle benötigten Informationen zugänglich sind. Eine wissenschaftliche Evaluierung ist nicht erfolgt. Inzwischen schulen die pflegerischen Mitarbeiter viele Klinikmitarbeiter anderer Krankenhäuser in der Anwendung des MTS.

## 2.10 Applikation von Zytostatika

Die Abteilung Hämatologie/Onkologie der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg blickt auf eine lange Tradition der Applikation von Zytostatika durch das Pflegepersonal zurück. Bereits in der Mitte der 90er-Jahre wurde dies in der hoch spezialisierten Fachabteilung umgesetzt.

Intravenös zu verabreichende Zytostatika, die auf einer Positivliste aufgeführt sind, werden durch examinierte Pflegekräfte appliziert. Die Qualifizierung der examinierten Pflegekräfte ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine rechtssichere Delegation von Aufgaben.

### Projektanlass

Die Zytostatika-Therapien in der Abteilung I des hämatologisch-onkologischen Fachbereichs sind sehr komplex, zeit- und personalaufwändig. Die Prozesse von der Zubereitung bis hin zur Applikation der Zytostatika wurden im Rahmen einer Prozessoptimierung analysiert. Die Ist-Analyse zeigte Schnittstellenproblematiken zwischen dem Ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst auf. Ein

typisches Problem war, dass die Pflegekräfte die Infusion und die Patienten vorbereitet hatten, die Infusion schon angeschlossen war, aber der Arzt, der die Applikation durchführen sollte, nicht immer sofort abkömmlich war. Dies bedeutete für die Pflegekräfte, dass sie nicht nur Wartezeiten in Kauf nehmen mussten, sondern auch nach dem Arzt suchen mussten. Das nahm erhebliche zeitliche Ressourcen in Anspruch. Die Patienten hatten ebenfalls aufgrund der langen Wartezeiten Nachteile. Für die Ärzte, die anderweitig beschäftigt waren, war diese Situation auch nicht befriedigend. In diesem Kontext entstand die Idee, die Zytostatika-Applikation in den Verantwortungsbereich der Pflegekräfte zu legen.

### Projektumsetzung

Intravenös zu verabreichende Zytostatika, die auf einer Positivliste aufgeführt sind, werden durch examinierte Pflegekräfte appliziert.

Im Vorfeld der Projektumsetzung wurde eine rechtliche Klärung der Zytostatika-Applikation durch examinierte Pflegekräfte durchgeführt. Danach ist das Tätigwerden



### Universitätsklinikum Freiburg

#### Ansprechpartner

Matthias Naegele, Pflegeexperte, Medizinische Klinik, Abteilung I, Hämatologie/Onkologie  
E-Mail: [matthias.naegele@uniklinik-freiburg.de](mailto:matthias.naegele@uniklinik-freiburg.de)

#### Maßnahme

Applikation von Zytostatika durch examinierte Pflegekräfte



der Pflegekräfte an bestimmte Bedingungen geknüpft, die im Rahmen des Projekts auch alle eingehalten wurden und werden. So müssen die Patienten ihr Einverständnis zur Zytostatika-Gabe seitens einer Pflegekraft erklären. Die Erreichbarkeit des behandelnden Arztes muss gewährleistet sein. Eine schriftliche Anordnung des zuständigen Arztes muss auf dem Chemotherapieprotokoll vorliegen. Auf diesem Protokoll ist die Delegation an das Pflegepersonal nochmals aufgeführt.

Die Medizinische Universitätsklinik Freiburg hat eine Haftpflichtversicherung für alle dienstlichen Aufgaben ihrer Mitarbeiter abgeschlossen. Über eine entsprechende detaillierte Dienstanweisung zählt die Zytostatika-Gabe zu den dienstlichen Aufgaben. Die Mitarbeiter sind bei der Ausführung ihrer dienstlichen Tätigkeiten gegen einfache und grobe Fahrlässigkeit versichert.

Eine der wichtigsten Voraussetzung ist die Qualifizierung der examinierten Pflegekräfte durch interne Schulungen. Examinierte Pflegekräfte müssen bestimmte Bedingungen erfüllen, bevor sie Zytostatika applizieren dürfen. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört, dass sie mindestens eine einjährige Berufserfahrung vorweisen müssen. In der Fachabteilung, in der Zytostatika-Gaben verabreicht werden, müssen sie mindestens ein halbes Jahr tätig sein. Die Stationsleitung nimmt eine Eignungsprüfung vor und muss einer Schulung zustimmen.

Die Übernahme der Applikation ist erst nach einer theoretischen Schulung und einem Praxischeck möglich. Inhalte der Schulung sind u. a. die pflegerischen Aspekte der Zytostatika-Gabe, die Pharmakologie von Zytostatika,

Komplikationen bei der Verabreichung sowie Kenntnisse über onkologische Notfälle.

Im Anschluss an die theoretische Schulung erfolgen drei Praxischecks. Inhalte der Praxischecks sind u. a. die Applikation von drei verschiedenen stationsspezifischen Zyklen unter Anleitung, die Kenntnisse über die Grenzen der Durchführungsverantwortung, Überwachung der Patienten gemäß den zu erwartenden Begleiterscheinungen sowie die Einbeziehung der Patienten und die Berücksichtigung der korrekten Applikation sowie die grundpflegerische Versorgung und die psychische Betreuung.

Nach Durchlaufen dieser Grundschulung und der Praxischecks findet ein Abschlussgespräch statt und durch die Unterschrift des zuständigen Oberarztes und der Stationsleitung sind die Mitarbeiter berechtigt, Zytostatika-Gaben zu übernehmen.

Vom Tag des Grundkurses an durchläuft die Pflegekraft ein modulares Schulungskonzept. Hierbei handelt es sich um eine Vorlesungsreihe, die unterschiedlichste Themen, die in Verbindung mit der Applikation von Zytostatika stehen, behandelt. Jeder Mitarbeiter, der bereits den Grundkurs und die Erstqualifikation durchlaufen hat, muss alle zwei Jahre nachweisen, dass er an vier Veranstaltungen teilgenommen hat. Damit verlängert sich die Qualifikation um weitere zwei Jahre.

Die Pflegekräfte übernehmen über ihre sonstigen Tätigkeiten hinaus im Rahmen dieses Projekts vor allem das gründliche Inspizieren des intravenösen Zugangs und das Einschätzen der Eignung des venösen Zugangs für eine Zytostatika-Therapie. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die korrekte Lage des Zugangs.

### **Projektbeurteilung**

Das Projekt ist aus Sicht der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg äußerst erfolgreich. Bei rund 10.000 Zytostatika-Applikationen und einem angenommenen Zeitaufwand von drei Minuten je Applikation kommt ein Mehraufwand von rund 500 Stunden pro Jahr auf die Pflegekräfte der Abteilung zu. Dem steht aber eine deutlich verminderte Wartezeit auf den Arzt entgegen. Für die Ärzte liegt ebenfalls eine Entlastung vor, da sie anderen

Tätigkeiten nachkommen können und nicht gezwungen sind, die Applikation von Zytostatika selbst durchzuführen. Auf Patientenseite ist ebenfalls eine Verbesserung festzustellen, da unnötige Wartezeiten durch Schnittstellenprobleme entfallen.

## 2.11 Altenpflegerinnen betreuen Patienten mit kognitiver Einschränkung

Im St. Franziskus-Hospital in Münster betreuen fünf Altenpflegerinnen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen vor, während und nach einer Operation. Dieses Geriatrieteam wird ärztlich geleitet und ist der Klinik für Anästhesie angegliedert.

### Projektanlass

Insbesondere Patienten mit höherem Lebensalter sind in der postoperativen Phase gefährdet, ein Delir zu entwickeln. Dies verlängert den Krankenhausaufenthalt und ist verbunden mit der Gefahr andauernder kognitiver Einschränkungen, Institutionalisierung und hoher Mortalität. Diese Ausgangslage führte zu einem ersten vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Projekt mit dem Titel „Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs“. Eingestellt wurden drei Altenpflegerinnen, welche hochaltrige Patienten vor allem in der perioperativen Phase als verlässliche Bezugspersonen begleiten. Die angstreduzierende Betreuung der Patienten ermöglicht schonende Narkoseformen, z. B. eine Spinalanästhesie ohne den Einsatz von Benzodiazepinen bei Ersatz einer Endoprothese des Hüftgelenks, sodass deren delirogene Wirkung vermieden wird.

Zwischen 2003 und 2008 wurden ca. 2.500 Patienten in dieser Form betreut. Es zeigt sich, dass die Delir-Raten überzeugend niedrig waren (z. B. erlitten Patienten mit einer hüftgelenksnahen Oberschenkelfraktur in 7–10 % ein Delir vs. 44–60 %, die in der Literatur angegeben werden). Die neue Berufsgruppe hat sich inzwischen etabliert und genießt von Ärzten sowie Pflegenden Wertschätzung.



### St. Franziskus-Hospital Münster

#### Ansprechpartnerin

Dr. Simone Gurlit, Leitung Geriatrieteam  
E-Mail: [simone.gurlit@sfh-muenster.de](mailto:simone.gurlit@sfh-muenster.de)

#### Maßnahme

Altenpflegerinnen betreuen Patienten mit kognitiver Einschränkung

Neben einer veränderten Narkoseführung konnten weitere Risikofaktoren für das Erleiden eines Delirs identifiziert werden. Es wurde festgestellt, dass das Risiko für z. B. unfallchirurgische Notfallpatienten, ein Delir zu erleiden, besonders hoch ist. Entscheidend dabei ist, wie ausgeprägt die kognitive Einschränkung vor dem Krankenhausaufenthalt ist und dass eine fremde Umgebung und erzwungene Untätigkeit zum Verlust von alltagspraktischen Fähigkeiten führen.

Aus diesen Erkenntnissen entstand ein zweites Projekt, welches als Leuchtturmprojekt Demenz „Risiko ‚Operation‘ bei vorbestehender kognitiver Einschränkung“ vom BMG gefördert wurde.

#### Projektumsetzung

Nachdem der Schwerpunkt der Tätigkeit des Geriatrieteams bisher im perioperativen Setting lag, wurde der Aufgabenbereich nun ausgeweitet. Das Team wurde von bisher drei auf fünf Mitarbeiterinnen aufgestockt. Anhand einer Vergleichsstudie wurde untersucht, welche Auswir-

kungen gezielte Maßnahmen auf ältere Patienten (65+) einer unfallchirurgischen Station mit kognitiven Einschränkungen haben. Es wurden alle unfallchirurgischen Notfallpatienten, bei denen eine Operation durchgeführt werden sollte, mittels TFDD – Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung – und Uhrentest bei Aufnahme und Entlassung getestet. Bei Hinweisen auf unter den gegebenen Bedingungen vorliegende kognitive Einschränkungen wurden die Patienten in das Betreuungsprogramm aufgenommen. Zu den Maßnahmen gehörten neben der bereits etablierten perioperativen Begleitung engmaschige Besuche der Patienten durch die Altenpflegerinnen auf der peripheren Station. Unabhängig vom Stellenplan der Pflegenden, jedoch in enger Abstimmung mit den Pflegenden der Station, versuchten die Altenpflegerinnen die Patienten zu fordern und zu fördern. Je nach Bedarf konnte das eine Unterstützung beim Essen, bei der Mobilisation, ein Gedächtnistraining oder ein anderes Beschäftigungsangebot sein.

Durch regelmäßige Fallbesprechungen auf den peripheren Stationen mit Vertretern aus dem Geriatrieteam, der Physiotherapie, dem Sozialdienst, dem Pflegerischen Dienst und der Ärztlichen Leitung des Geriatrieteams konnten die gesamten Abläufe optimiert werden. Nach dem Grundsatz „heim statt Heim“ wurde die frühzeitige Entlassung in die heimische Umgebung damit gefördert, dass vom Krankenhaus aus eine hochfrequente Physiotherapie für zu Hause organisiert wurde.

In der Vergleichsklinik wurden Patienten mit den gleichen Einschlusskriterien identifiziert. Mit ihnen wurden die gleichen kognitiven Tests durchgeführt, es fand jedoch keine spezifische Intervention statt. Nach sechs Monaten wurden die teilnehmenden Patienten beider Kliniken in ihrem jeweiligen Lebensumfeld aufgesucht und deren postoperativer, gesundheitlicher Verlauf verglichen.

### Projektbeurteilung

Die Ergebnisse der Vergleichsstudie zeigen, dass sich die Interventionen sowohl ökonomisch als auch in Bezug auf die Versorgungsqualität positiv auswirken. Die zusätzlichen Kosten durch die spezielle Begleitung durch das Altenpflegeteam konnten durch Liegezeitverkürzungen

mehr als kompensiert werden. Nach Projektende wurde das Screening aller unfallchirurgischen Notfallpatienten und Risikopatienten, die für eine elektive Operation angemeldet sind, und die Betreuung der Patienten durch das Geriatrieteam auf den Stationen als Regelangebot beibehalten. Die zwei zusätzlichen Altenpflegerinnen wurden übernommen. Voraussetzung für das Screening ist, dass die Patienten über 65 Jahre alt sind oder bereits eine entsprechende Vorgeschichte der Patienten bekannt ist. Durch die regelmäßigen Fallbesprechungen auf den Peripherstationen entstand ein Problembewusstsein, wodurch interdisziplinäre Abläufe optimiert und weitere Projekte von der Pflege initiiert werden konnten. Durch die umfassende Sensibilisierung zum Thema Demenz hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit etabliert, wichtig natürlich für eine Klinik, die keine gesonderte geriatrische Station aufweist. Inzwischen ist das Angebot regional so bekannt, dass sich sowohl Hausärzte und Fachärzte als auch Altenheime oder Angehörige speziell bei Anmeldung auf dieses Betreuungsangebot beziehen.



## 2.12 Implementierung von erweiterter Pflegepraxis

Im Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf werden seit 2010 sieben klinische Pflegeexpertinnen und -experten beschäftigt, welche in der Arbeitsweise der erweiterten Pflegepraxis auf den einzelnen Abteilungen integriert sind und somit zur Weiterentwicklung der Pflege beitragen sollen.

### Projektanlass

Auf den drohenden Fachkräftemangel in der Berufsgruppe der Pflegenden reagiert das Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf mit dem Einsatz von hoch qualifizierten Pflegenden.

Angelehnt an das Konzept der Magnetkrankenhäuser in den USA hat das Florence-Nightingale-Krankenhaus sich



### Kaiserswerther Diakonie – Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf

#### Ansprechpartner

Sebastian Dorgerloh, Pflegedirektor  
E-Mail: dorgerloh@kaiserswerther-diakonie.de

#### Maßnahme

Implementierung von erweiterter Pflegepraxis

entschieden, das Konzept der erweiterten Pflegepraxis zu implementieren. Das Magnetprogramm in den USA wurde vom American Nurses Credentialing Center (ANCC) Mitte der 1980er-Jahre entwickelt, um Einrichtungen anzuerkennen, die exzellente Pflege gewährleisten. Es wurden Standards formuliert, welche es ermöglichen, zu exzellenten Patienten-Outcomes beizutragen. Dazu gehören ein zielgerichtetes Qualifizierungskonzept und Bedingungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Eine Möglichkeit, hoch qualifizierte Pflege zu gewährleisten, ist die sogenannte erweiterte Pflegepraxis. Sie beschreibt die Arbeitsweise von hochschulisch ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegefachpersonen. Drei Charakteristika und mögliche Aufgabengebiete zeichnen die erweiterte Pflegepraxis aus:

- Spezialisierung auf die Gesundheits- und Krankheitsprobleme einer bestimmten Patientengruppe oder eines Fachgebietes.
- Erweiterung der bestehenden Pflegepraxis und die Entwicklung neuer Kompetenzen der Pflege in Bildung, Forschung und Praxis.
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Pflege durch Prüfung und Auswertung pflegerischer Aktivitäten, besonders durch die Fähigkeit, bestehendes Wissen kritisch zu hinterfragen und zu analysieren.

### Projektumsetzung

Die Einstellung der klinisch tätigen Pflegeexperten erfolgte mit Master-, Bachelor- oder Diplomabschluss. Die Anforderungen an die klinischen Pflegeexperten bezogen sich einerseits auf den wissenschaftlichen Abschluss, wobei alle Pflegeexperten mit Bachelor- und Diplomabschluss inzwischen im Masterstudiengang verortet sind, und andererseits auf eine langjährige Praxiserfahrung und Expertise in einem speziellen klinischen Bereich. Ganz bewusst wurden gleich mehrere Pflegeexperten eingestellt, damit sie sich als Gruppe wahrnehmen und gegenseitig unterstützen können. Die Pflegeexperten nahmen frei werdende Stellen an, andere Stellen wurden dafür nicht gestrichen oder in Stellen für Hilfskräfte umgewandelt. Die Fachkraftquote beträgt im gesamten Haus 99 %.

Die Vergütung der klinisch tätigen Pflegeexperten erfolgt analog zu dem erlangten universitären Abschluss. Sie



arbeiten in enger Zusammenarbeit mit der pflegerischen Abteilungsleitung und den Stabsstellen der Pflegedirektion, z. B. in der beruflichen Bildung und im Team der Stabsstelle Pflegeentwicklung, und unterstützen den Aufbau einer wissenschaftlich basierten, nachhaltigen und wirksamen Pflege in der jeweiligen Abteilung.

Im Zuge einer Umstrukturierung wurde 2009 in den meisten Abteilungen die Hierarchiestufe der Stationsleitungen aufgelöst. Die Abteilungsleitungen sind für ca. 33 bis 40 Mitarbeiter zuständig, sie werden von extern in ihrer Rollenfindung gecoacht. Auch die Rolle der Mitarbeiter hat sich verändert, der einzelne Mitarbeiter übernimmt mehr Verantwortung. Ziel ist es, flächendeckend Primary Nursing einzuführen.

Die Pflegeexperten, die von den Mitarbeitern als fachliche Führungskräfte wahrgenommen werden sollen, erhalten Coaching und Begleitung bei der Kompetenzklärung.

Die Arbeitsschwerpunkte der Pflegeexperten unterscheiden sich in den einzelnen Abteilungen. Sie hatten zunächst die Aufgabe, sich mit einem generalistischen Ansatz in den Abteilungen einzuarbeiten. In der klinischen Komponente ihrer Arbeitszeit (50 %) übernehmen sie verantwortlich die Pflege von Patienten, die einer komplexen pflegerischen Versorgung bedürfen. Hier wird davon ausgegangen, dass Mitarbeiter der Pflege gerne

„am Modell“ lernen und somit schon durch die Anwesenheit der Pflegeexperten die Kompetenz des Gesundheitsteams gefördert wird.

In ihrer Theoriezeit (ebenso 50 % ihrer Arbeitszeit) ist Raum für interne und externe Netzwerkarbeit, pflegewissenschaftliche Forschung und Publikationen. Nach etwa zwei Jahren, in denen sich tragfähige Kommunikationsstrukturen entwickelt haben, beginnt nun eine Zeit, in der gezielt abteilungsbezogene Projekte zwischen Abteilungsleitung, Pflegedirektion und klinischen Pflegeexperten entschieden werden. Diese Projekte werden in Projektgruppen (ca. vier bis acht Mitarbeiter einer Abteilung) unter Leitung der klinischen Pflegeexperten umgesetzt. Der entwickelte konzeptionelle Rahmen dient den klinischen Pflegeexperten als Orientierungshilfe und wird parallel zu entstehenden Fragestellungen im Umsetzungsprozess optimiert. In der psychiatrischen Abteilung wird z. B. ein professionelles Deeskalationsmanagement eingeführt, und ein pflegerisches Leistungs- und Interventionsspektrum an der Schnittstelle zwischen (teil-)stationärer und außerstationärer psychiatrischer Versorgung wird im Düsseldorfer Norden etabliert. In der pneumologischen Abteilung stehen krankheits- und gesundheitsbezogene edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung) zur Entwicklung und Unterstützung von Selbstmanagementstrategien der Patienten mit COPD im Vordergrund.

### **Projektbeurteilung**

Zu Beginn des Projekts taten sich an manchen Stellen personelle Lücken auf, da zwar sieben Pflegeexperten eingestellt wurden, diese aber nur in 50 % ihrer Arbeitszeit „traditionelle“ Pflege leisteten. Heute ist der Zugewinn durch die Pflegeexperten für die Pflegenden in den Abteilungen deutlich spürbar und sie berichten positiv von der Zusammenarbeit mit ihnen. Pflegeexperten verändern schon alleine dadurch die Wirklichkeit, dass sie anders hinterfragen und anders kommunizieren. Auf dieser Grundlage können neue und weiterführende Konzepte und Handlungsweisen entwickelt und erprobt werden. Die Karriereplanung der Pflegenden in Bezug auf fachliche Themen hat insgesamt zugenommen. Die Pflegedirektion reagiert mit gezielten Personalentwicklungsmaßnahmen darauf.

Da die Pflegeexperten zu einem Zeitpunkt eingestellt wurden, als noch keine entsprechenden organisatorischen Strukturen vorhanden waren, erschien es sinnvoll und wichtig, Rückhalt in der eigenen Berufsgruppe zu erarbeiten. Sich als kleine Gruppe der Pflegeexperten zu erleben und sich gegenseitig unterstützen zu können, war dabei hilfreich.

Die Notwendigkeit zusätzlicher finanzieller Ressourcen wird vom Pflegemanagement damit erklärt und gesichert, dass auf die qualitativ hochwertigen pflegerischen Interventionen hingewiesen wird, die nur durch die Zusammenarbeit mit den klinischen Pflegeexperten entwickelt werden konnten und können. Im Dreieck „Qualität – Mitarbeiter – Ökonomie“ wirkt sich die Arbeit der Pflegeexperten sowohl auf die Qualität als auch auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter aus, was wiederum Auswirkungen auf die Ökonomie, in Form einer stabilen Zuweiserrate, hat.

Es hat sich gezeigt, dass die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis eines tief greifenden Organisationsentwicklungsprozesses bedarf und immer Teil einer Gesamtstrategie sein muss – vor allem in Bezug auf die Frage, wo sich die Berufsgruppe der Pflegenden hin entwickeln soll. Ein systemischer Blick auf Führung und Rolle ist notwendig – deshalb erhielten sowohl die Abteilungsleitungen als auch die klinischen Pflegeexperten ein externes Rollencoaching.

Die Akquise geeigneter Mitarbeiter gestaltete sich anfangs schwierig. Die Einstellung weiterer klinischer Pflegeexperten ist geplant. Originäre Aufgabe des Managements ist es, für die Bereitstellung der Ressourcen zu sorgen, die Bedarfe der Mitarbeiter zu erkennen, sie zu unterstützen und zu schützen. Ein Anforderungsprofil wurde mit den eingestellten klinischen Pflegeexperten erarbeitet. Im Nachhinein wäre es aus Sicht des Pflegedirektors sinnvoll gewesen, mehr Zeit für eine Konzeptentwicklung einzuplanen.

## 2.13 Aufbau einer „Ambulanz chronische Wunden“

Am Kreiskrankenhaus Frankenberg wurde eine pflegerisch geleitete „Ambulanz chronische Wunden“ eingerichtet. Dies ist ein Beispiel dafür, dass auch in einem eher kleinen Krankenhaus ein solches Projekt realisierbar ist. 2012 vom Wundsiegel ICW e. V. zertifiziert, hat die Ambulanz ihren Schwerpunkt auf einer regionalen Vernetzung und Koordination verschiedener Dienste entwickelt.

### Projektanlass

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden erfolgte ursprünglich uneinheitlich. Angeregt durch bundesweite Anstrengungen, die darauf abzielen, die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zu verbessern und die u. a. zur Gründung der „Initiative Chronische Wunde e. V.“ (ICW e. V.) führte, engagierte sich eine Angehörige des Pflegeberufes (Lehrerin für Pflegeberufe, Praxisanleiterin) mit dem Ziel, ein systema-



### Kreiskrankenhaus Frankenberg gGmbH

#### Ansprechpartnerin

Ida Verheyen-Cronau

E-Mail: [i.verheyen-cronau@krankenhaus-frankenberg.de](mailto:i.verheyen-cronau@krankenhaus-frankenberg.de)

#### Maßnahme

Aufbau einer „Ambulanz chronische Wunden“



tisches, pflegerisches Wundmanagement zu entwickeln. Durch verschiedene Schulungen wurde das pflegerische Know-how entwickelt, eine Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten initiiert, eine systematische Vorratshaltung von Verbandsmaterial angestoßen und so schrittweise ein Wundmanagement aufgebaut. Dieses Angebot galt primär nur für stationäre Patienten. Nach der Entlassung konnten diese Patienten nicht weiterbehandelt werden, da für eine ambulante Versorgung keine rechtlichen Voraussetzungen bestanden. Als von den entlassenen Patienten jedoch mehrfach der Wunsch geäußert wurde, auch ambulant vom Wundteam weiterbehandelt zu werden, beantragte die Leiterin des Wundteams ein Projekt mit dem Ziel, eine „Ambulanz chronische Wunden“ aufzubauen, die über angemessene Räumlichkeiten verfügt, sowie eine Klärung der Kompetenzen hinsichtlich der Behandlungsrichtlinien. Diese Ambulanz sollte zuständig für alle stationär aufgenommenen Patienten mit chronischen Wunden sein und darüber hinaus Patienten auch ambulant versorgen.

#### **Projektumsetzung**

Das Projekt Aufbau einer „Ambulanz chronische Wunden“ nutzte bestehende Strukturen. Von einem Wundteam, welches anfangs mit einem „Köfferchen“ über die Stationen lief, wurde eine Ambulanz, die in eigenen Räumlichkeiten professionelle Wundbehandlung durchführt. Der Entwicklungsprozess dauerte ungefähr sechs Jahre und umfasste neben spezifischer Qualifizierung der Mitarbeiter des Wundteams Abstimmungen hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandmaterials, intensive Überzeugungsarbeit bei ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern sowie Netzwerkarbeit.

Der Raum wurde auf höchstem technischen und hygienischen Niveau eingerichtet. Dort ist unter anderem eine ultraschallassistierte Wundreinigung möglich oder eine Wunddusche mit durch einen Sterilfilter gereinigtem Wasser durchführbar. Mit multiresistenten Bakterien wie dem MRSA-Erreger (Methicillin-Resistenter Staphylococcus Aureus) infizierte Patienten werden in einem gesonderten Raum behandelt, der mit einem eigenen Zugang ausgestattet ist. Seit ca. 2009 können Patienten, die von einem Facharzt überwiesen werden, in der Wundambulanz behandelt werden. Im Wundteam arbeiten vier

pflegerische Wundexperten mit Zusatzqualifikation nach der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW e. V.), welche zudem alle langjährige chirurgische Erfahrung haben. Die Leiterin des Wundteams hat zusätzlich die Ausbildung zur „Pflegetherapeutin Wunde ICW“ absolviert. Während der Sprechzeiten der „Ambulanz chronische Wunden“ ist im Hintergrund der ebenfalls einschlägig weitergebildete Oberarzt (Chirurg) ansprechbar, der bei offenen Fragen gerufen werden kann.

#### **Projektbeurteilung**

Die zertifizierte, pflegerisch geleitete „Ambulanz chronische Wunden“ zeichnet sich durch besondere Merkmale aus: Die Pflegenden verstehen sich als Koordinatoren, welche die Patienten im gesamten Verlauf betreuen. Auch wenn die Patienten ggf. wegen eines anderen Problems in stationäre Behandlung müssen, werden sie vom Wundteam betreut. Auf Rezidive kann mit großer Flexibilität sofort reagiert werden. Gleichzeitig wird die Einbindung aller angrenzenden Disziplinen, wie Chirurgie, Sanitätshaus, Apotheke, Dermatologie, Radiologie und ambulante Pflegedienste, vom Wundteam koordiniert. Voraussetzung dafür ist eine systematische Netzwerkarbeit, wie sie auch vom ICW e. V. Wundsiegel erwartet wird.

Eine Auftaktveranstaltung für ein regionales Versorgungsnetzwerk fand bereits statt. Die „Ambulanz chronische Wunden“ ist in der Region gut bekannt und akzeptiert, sie wird Patienten sowohl von Hausärzten und Fachärzten als auch von Krankenkassen empfohlen. Ca. 40 vom Fachärztlichen Dienst überwiesene Patienten werden im Jahr hier behandelt, beraten und begleitet. Bisher kann die Ambulanz allerdings nicht kostendeckend arbeiten. Dass die Patienten nur von Fachärzten überwiesen werden können, wird als Manko empfunden. Für eine Krankenkasse sind inzwischen Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen worden, durchgehende Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) werden angestrebt. Zukünftig wird die Kostenabrechnung der Ambulanz über das an das Krankenhaus angegliederte Medizinische Versorgungszentrum erfolgen.

Die Akzeptanz im eigenen Haus ist hoch, gleichwohl konnten Vorbehalte noch nicht vollständig ausgeräumt

werden. Das Ziel, einen Standard zu etablieren, der besagt, dass alle Patienten mit chronischen Wunden einmal dem Wundteam vorgestellt werden müssen, konnte noch nicht ganz erreicht werden. Ca. 90 % der Patienten mit chronischen Wunden werden in der Ambulanz gemeldet. Insgesamt kann die „Ambulanz chronische Wunden“ im letzten Jahr ca. 1.000 Patientenkontakte aufweisen. Als weitere Besonderheit der Wundambulanz ist die Nähe zum Schulzentrum für Pflegeberufe zu nennen. Die Mitarbeit der Schüler an einer Studie zur Wirksamkeit von Kompressionsverbänden ermöglichte ihnen einen Zugang zur Professionalisierung der Pflege durch Theorie-Praxis-Transfer auf hohem Niveau. Für die Erstellung eines Posters zur Studie wurde dem Studienteam, zu dem neben Frau Kerstin Protz und Kristina Heyer (beide aus Hamburg) auch Frau Verheyen-Cronau zählte, der „Deutsche Wundpreis der ICW e. V.“ (3. Platz) verliehen.



#### Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

##### Ansprechpartnerin

Dr. Petra Wilke, Chefärztin Zentrale Notaufnahme  
E-Mail: [petra.wilke@klinikumffo.de](mailto:petra.wilke@klinikumffo.de)

##### Maßnahme

Ersteinschätzung in der Zentralen Notaufnahme

## 2.14 Ersteinschätzung und Behandlungspfade in der Zentralen Notaufnahme

In der Zentralen Notaufnahme des Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH waren seit 2006 jährliche Anstiegsraten von 7 % der Patientenkontaktszahlen zu verzeichnen. Patientinnen und Patienten wurden einer unstrukturierten, nicht standardisierten Ersteinschätzung durch das administrativ aufnehmende pflegerische Fachpersonal unterzogen. Auf der Grundlage einer ausführlichen Problem- und Ursachenanalyse wurden Anfang 2009 konkrete Anforderungen zur Verbesserung der Situation definiert und umgesetzt. Die Kombination des Einsatzes von EDV-gesteuerten patientenorientierten Behandlungspfaden und der Ersteinschätzung durch hoch qualifizierte Pflegekräfte ist äußerst erfolgreich. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist erheblich verbessert und die Anzahl der Patientenbeschwerden ist deutlich reduziert worden.

### Projektanlass

Die seit 2006 ansteigenden Patientenkontaktszahlen führten dazu, dass in stark frequentierten Phasen in der Zentralen Notaufnahme des Klinikum Frankfurt (Oder)

GmbH keine Übersichtlichkeit der Abläufe und der Behandlungsdringlichkeit von Patienten gegeben war. Eine juristischen Aspekten standhaltende Dokumentation von Vitalparametern, Behandlungsabläufen etc. lag nur eingeschränkt vor; ein Schmerzstandard existierte nicht, selten wurden Patienten zeitgerecht und adäquat analgetisch versorgt. Durch fehlende Datenerfassung (Schmerz-Scoring vor und nach der Behandlung) war eine Evaluierung seitens des Schmerzmanagements nicht möglich. Hohe Arbeitsdichte, Patientenunzufriedenheit sowie nicht definierte Prozessabläufe bildeten u. a. die Ursache für zunehmende Demotivation der Mitarbeiter.

Patientenbeschwerden aufgrund zu langer Warte- und Aufenthaltsdauern eskalierten. Zusätzlich bestand eine erhebliche Unzufriedenheit des zuweisenden rettungsdienstlichen Personals, bedingt durch unstrukturierte Voralarmierungen und ÜbergabeprozEDUREN. Die nahtlose Versorgungskette präklinischer – klinischer Versorgung im Bereich der Schnittstelle Notaufnahme gestaltete sich suboptimal. Zudem führten fehlende interdisziplinäre leitlinienkonforme Standardvorgehensweisen (Standard Operating Procedures bzw. SOPs) bei hohen Fluktuationsraten im ärztlichen Bereich mitunter zu defizitären

Versorgungsabläufen. Lange Wartezeiten, Kommunikationsdefizite, suboptimale Ressourcenverwendung in labordiagnostischen und bildgebenden Bereichen waren die Folge.

### Projektumsetzung

Auf der Grundlage einer ausführlichen Problem- und Ursachenanalyse wurden Anfang 2009 konkrete Anforderungen zur Verbesserung der Situation definiert. Für die Zielbereiche „Risikomanagement“, „Patientenversorgung“ und „Kennzahlen/Prozessanalyse“ wurden Anforderungen vorgegeben. Den Anforderungen entsprechend wurde ein EDV-Programm zusammen mit einer Software-Firma entwickelt.

Das Programm basiert auf einem als Einstiegs-Score verwendeten symptomorientierten Ersteinschätzungssystem mit direkter Anknüpfung von leitliniengerechten Behandlungsempfehlungen durch flexible, patientenorientierte Behandlungspfade als prozessorientiertes Instrument. Die standardisierte Ersteinschätzung kann eine Dringlichkeit, Priorität und Behandlungsreihenfolge empfehlen und im Rahmen des Risikomanagements die Entscheidungen nachvollziehbar und dokumentiert abbilden. Die Krankheitsschwere wird nach definierten Parametern, Entscheidungskriterien und Indikatoren ermittelt und empfohlen. Umgesetzt wurde ein 5-stufiges Ersteinschätzungssystem mit hoher Sensitivität, Spezifi-

tät, Reliabilität und Validität. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Empfehlung eines standardisierten Vorgehens: Nach einheitlichem Muster werden die einzelnen Schritte des Behandlungspfades angezeigt und dienen dem Arzt als Empfehlung – die Therapiefreiheit des Arztes wird nicht angetastet.

Neben dem ursprünglich an das Manchester-Triage-System (MTS) angelehnte Ersteinschätzungsverfahren wurde die standardmäßige Erhebung von Vitalparametern implementiert und ergänzend mit der Behandlungspriorität aus dem Emergency Severity Index (ESI) verknüpft.

Die Umsetzung der symptomorientierten Ersteinschätzung erfolgte nach zweitägiger Schulung aller 18 examinierten Pflegekräfte. Voraussetzung für die Schulung war, dass die examinierten Pflegekräfte mindestens ein Jahr in der Notaufnahme tätig waren. Im Rahmen dieser Schulung werden u. a. der Ablauf einer Ersteinschätzung, die Schmerzeinschätzung sowie Kenntnisse über den Massenansturm von Schwerverletzten vermittelt. Hierbei erfolgt nicht nur eine Vermittlung von theoretischem Wissen, sondern es erfolgen auch praktische Übungen mit Fallbeispielen. Inhalte sind außerdem juristische Fragestellungen der Einschätzung und der Bedeutung der Dokumentation. Alle Pflegekräfte werden darüber hinaus im Jahresturnus weiter geschult, um die Qualität der Ersteinschätzung ständig hoch zu halten.



Im Rahmen der Ersteinschätzung durch Pflegekräfte erhalten die Patienten anhand der Behandlungsdringlichkeit eine Farbkodierung. Die Abstufung reicht hier von „sofortige Behandlung“ über „dringend“ bis hin zu „nicht dringend“.

### **Projektbeurteilung**

Die Kombination der von EDV-gesteuerten patientenorientierten Behandlungspfaden und die Ersteinschätzung der Patienten durch hoch qualifizierte Pflegekräfte ist äußerst erfolgreich. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist deutlich verbessert worden. Die Anzahl der Patientenbeschwerden reduzierte sich um die Hälfte auf nunmehr 0,5 Beschwerden pro Monat.

Monatlich werden randomisiert 2 % aller Patienten durch die pflegerischen Ersteinschätzungs-Beauftragten auf Validität und vollständige Dokumentation evaluiert. Zusätzlich erfolgte ärztlicherseits jährlich eine Auswertung von 2.300 Patienten (Fallzahl eines Monats), inwieweit die

Ersteinschätzung pflegerischerseits mit dem ärztlichen Untersuchungsbefund sowie der Aufnahmediagnose und der daraus resultierenden klinischen Behandlungsdringlichkeit korrelierte. Die Auswertung ergab unter Kombination von MTS/ESI eine Sensitivität von 96 % sowie eine Spezifität von 99 %.

Das Projekt ist auch wirtschaftlich sinnvoll, da durch die Verbesserung der Prozesse unnötige Diagnosen und Therapien vermieden werden. Die Personalbindung in der Zentralen Notaufnahme konnte verbessert werden. Die Effizienz einer strukturierten differenzialdiagnostischen Herangehensweise zeigt sich ökonomisch insbesondere in einer Reduktion der Verweildauer von stationär aufgenommenen Patienten: Fehlbelegungen wurden vermieden, durch zielgerichtete Diagnoseabläufe wurden die „richtigen“ Aufnahmediagnosen gestellt und Patienten bereits in der Notaufnahme ohne Unterbrechung der Behandlungskette intensivmedizinisch betreut (z. B. bei non-invasiver Beatmung).

# 3 Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf

Für Krankenhäuser wird es angesichts des wachsenden Fachkräftemangels immer wichtiger, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gewährleisten. Die Familienphasen mit Kindern als auch die Betreuung von Angehörigen stehen hierbei im Fokus. Neue Konzepte zur Arbeitsorganisation sind für viele Pflegenden entscheidend, um Familie und Beruf miteinander vereinbaren zu können. Dabei ist vor allem Flexibilität von allen Beteiligten gefragt. Auf diese Weise können Familie, Freizeit und berufliche Interessen leichter in Einklang gebracht werden.

## 3.1 Balance Familie und Beruf – Kinder und Senioren

Das Städtische Klinikum Wolfenbüttel versucht seit einigen Jahren, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Balance von Familie und Beruf zu ermöglichen. Die Verantwortlichen gehen dabei von einem weit gefassten Familienbegriff aus, so können Familienbezüge sowohl Partnerschaften mit Kindern als auch nachbarschaftliche oder wohngemeinschaftliche Kontakte umfassen.



### Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH

#### Ansprechpartner

Ralf Harmel, Pflegedirektor  
E-Mail: ralf.harmel@khwf.de

#### Maßnahme

Balance von Familie und Beruf – Kinder und Senioren

#### Projektanlass

Seit 2005 gibt es in Wolfenbüttel ein „Lokales Bündnis für Familie“, in dem das Klinikum, verschiedene kommunale Institutionen (Familien- und Kinderservicebüro, Seniorenservicebüro, Jugendamt, Gesundheitsamt), Schulvertreter und die Aufsicht für Kindertagesstätten (Kitas) miteinander vernetzt sind. Es werden verschiedene Aktionen gemeinsam geplant und durchgeführt. Dazu gehören Ferienaktionen, Besuche der Kita-Kinder im Klinikum und beim Rettungshubschrauber oder Besuche von Krankenhausmitarbeitern in den Kitas ebenso wie Tage der offenen Tür des Klinikums und Führungen für Kinder. Diese Aktionen werden auch als Teil des Marketings verstanden, da durch eine Öffnung des Klinikums eventuell bestehende Barrieren reduziert werden können.

In Bezug auf Arbeitszeiten und Einsatzgebiete wurde innerbetrieblich versucht, auf individuelle Bedürfnisse der Mitarbeiter, die entweder Kinder oder Senioren zu betreuen hatten, einzugehen. Zu diesem Zeitpunkt fehlte aber noch ein Gesamtkonzept.

Im Jahre 2008 entschlossen sich die Pflegedirektion und andere mit diesem Thema betraute Personen, die Aktivitäten und Projekte zur Ausbalancierung von Familie und Beruf innerhalb des Klinikums systematischer anzugehen. Das Städtische Klinikum Wolfenbüttel wurde Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ und nimmt seither an der Kampagne des Marburger Bundes „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ teil.

#### Projektumsetzung

Die Aktivitäten des Klinikums zum Thema „Balance von Familie und Beruf“ beziehen sich sowohl auf das oben erwähnte kommunale Netzwerk als auch auf innerbetriebliche Erleichterungen für Mitarbeiter. Die einzelnen Angebote werden von einer offenen Projektgruppe initiiert, geplant und begleitet. Offen bedeutet hier, dass Interessierte auch temporär bei der Projektgruppe mitarbeiten können. Von einer Verpflichtung von Vertretern eines jeden Bereichs des Klinikums wurde Abstand genommen. Wichtig bei der Besetzung der Projektgruppe ist das persönliche Engagement. So sind in der Projektgruppe sowohl ständige Mitarbeiter aktiv als auch solche, die z. B. aus einer persönlichen Betroffenheit heraus

zeitweilig mitarbeiten wollen. Die Mitglieder der Projektgruppe besuchen regelmäßig Austauschtreffen des Netzwerks „Erfolgsfaktor Familie“. Leiter der Projektgruppe ist Pflegedirektor Ralf Harmel, welcher sich hier vor allem als Sprachrohr in der Geschäftsführung versteht, so kann er die Ideen der Projektgruppe der Geschäftsführung zeitnah vermitteln. Mittlerweile sind verschiedene Ideen realisiert worden.

### **Patenschaften**

Mitarbeiter, deren familiäre Umstände sich durch Elternschaft ändern, wird eine sog. Patenschaft angeboten. Mitglieder der Projektgruppe übernehmen die Patenschaften und suchen den Mitarbeiter auf. Der Kontakt wird stets persönlich hergestellt und findet grundsätzlich in der Arbeitszeit statt. Wenn jedoch Gründe bestehen, wenn z. B. Mitarbeiter nicht arbeitsfähig sind, dann wird auch privat außerhalb der Arbeitszeit der Kontakt hergestellt. Die Patinnen und Paten klären den Unterstützungsbedarf, erläutern die Unterstützungsangebote und leiten mögliche Maßnahmen ein. Die Angebote sind breit gefächert und reichen von der Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten über eine Vermittlung von Betreuungsstellen bis hin zum beratenden Gespräch, bei dem eventuell bestehende Wünsche und Ängste, den beruflichen Werdegang betreffend, reflektiert werden können. Die Entwicklung von individuell angepassten Arbeitsbedingungen, wie Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit, bedarfsgerechte Dienstzeiten oder der kurzfristige Einsatz in anderen Bereichen wird, wenn der Mitarbeiter einverstanden ist, in der Projektgruppe beraten und dann von den direkten Vorgesetzten umgesetzt.

### **Mittagessen zum Mitnehmen**

Nachdem von einigen Mitarbeitern rückgemeldet wurde, dass für ein geregeltes, häusliches Mittagessen die Übergabezeiten hinderlich seien, entstand die Idee, Mittagessen zum Mitnehmen anzubieten. Bei einer Befragung gaben ca. 20 Mitarbeiter an, sie würden dieses Angebot in Anspruch nehmen, also werden die erforderlichen Bedingungen nun dafür geschaffen. An der Essensausgabe der hauseigenen Küche können demnächst selbst zusammengestellte Portionen erworben und in speziellen Styroporbehältnissen mitgenommen werden.

### **Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder**

Auslöser für dieses Projekt waren Rückmeldungen von Mitarbeitern, dass die Betreuung ihrer Kinder an Brückentagen und in den Ferien manchmal problematisch sei. Eine hausinterne zeitweise Betreuung der Kinder sollte geschaffen werden. Da für die Betreuung der Kinder kein externes Personal eingestellt, die Betreuung aber solide aufgestellt werden sollte, entschied sich das Klinikum, eigene Mitarbeiter im Rahmen der Kindertagespflege (§§ 22 bis 26 Aches Buch Sozialgesetzbuch) zu sogenannten Tagespflegepersonen schulen zu lassen. Bisher haben fünf Mitarbeiter diese Schulung absolviert. Für einen zusätzlichen Lehrgang gibt es weitere Bewerber. Das Klinikum finanziert die Schulung, die Mitarbeiter setzen die dafür notwendige Zeit ein. Die geschulten Mitarbeiter führen dann die Betreuungsangebote in den Räumen des Klinikums durch. Die Betreuungszeit wird als reguläre Arbeitszeit bewertet. 2012 wurde eine Woche als Testlauf in den Ferien und an den sog. Brückentagen angeboten. Seit 2013 werden kontinuierlich über das ganze Jahr verteilt Zeiten der Betreuung angeboten.

Die Idee, eine Kita in Kooperation mit anderen schichtarbeitenden Institutionen (Polizei, Feuerwehr) zu etablieren, erwies sich als nicht durchführbar, da eine dafür notwendige Förderung nicht zustande kam. Eine eigene Kita im Haus würde nicht genügend angenommen werden, da die Mitarbeiter des Klinikums teilweise längere Fahrzeiten zu ihrem Arbeitsplatz in Kauf nehmen, aber eine wohnortnahe Unterbringung ihrer Kinder bevorzugen.

### **Pflegeberatung für Mitarbeiter**

Die Mitarbeiter der hausinternen Sozialberatung bieten Angestellten, die Angehörige pflegen, Beratungen an. Je nach Bedarf beinhalten diese die Informationsweitergabe zu den unterschiedlichen Betreuungsangeboten bis hin zur Vermittlung von Plätzen für stationäre Pflege.

### **Projektbeurteilung**

Insgesamt werden die Ergebnisse der Projektarbeit als sehr positiv erlebt. Durch die lokale Vernetzungsarbeit ist die Präsenz von Kindern und Jugendlichen, auch von Mitarbeitern, in der Klinik alltäglich geworden. Das Prinzip der Patenschaften in Verbindung mit der Projektgruppe ermöglicht den Betroffenen schnelle, individuell

angepasste Lösungen, die über den kurzen Dienstweg abgeklärt werden können, da sowohl Vertreter der Personalabteilung und des Betriebsrats Mitglieder der Projektgruppe sind.

Der Verzicht der Projektgruppe, sich als „Closed Shop“ zu organisieren, ermöglicht ein breites Bündnis, was von den ständigen Mitgliedern zwar Flexibilität und kontinuierliche Reflexion erfordert, jedoch immer wieder auch neue Impulse mit sich bringt.

2011 wurde dem Klinikum beim „FamilienfreundlichkeitsCheck“ des Netzbüros „Erfolgsfaktor Familie“ bescheinigt, dass es auf dem richtigen Weg ist. Das Audit „Beruf und Familie“ wurde 2012 absolviert und das Zertifikat der berufundfamilie gGmbH wurde 2013 erteilt.

## 3.2 Implementierung von Teilzeitmodellen

Familienfreundliches Personalmanagement ermöglicht individuelle Familienplanung und Karrierekonzeption. Seit 2006 werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Helios St. Elisabeth Klinik Hünfeld individuelle Arbeitszeitmodelle und spezielle Angebote zum beruflichen Wiedereinstieg angeboten. Diese Form der Personalführung zielt bewusst darauf ab, die Beschäftigten in der Familien- und Freizeitplanung zu unterstützen und gleichzeitig die berufliche Karriereentwicklung zu fördern.

### Projektanlass

Beginnen hatte alles mit dem verstärkten Wunsch nach Teilzeit beim ärztlichen Personal. Dabei brachten die Mitarbeiter in vielen Fällen selbst Vorschläge ein, wie sie sich eine Stelle mit anderen interessierten Kollegen sinnvoll teilen können. Aus Sicht der Klinikleitung waren die Arbeitszeitmodelle von Anfang an eine reine Organisationsfrage, die voraussetzt, dass gewisse Arbeitsabläufe wie Sprechstunden, Patienteneinbestellung, Terminierung der Funktionsdienste und Operationsplanung mit der Dienstplanung abgestimmt werden.



### HELIOS Kliniken GmbH – Helios St. Elisabeth Klinik Hünfeld

#### Ansprechpartnerin

Daniela Becker, Geschäftsführerin  
E-Mail: [daniela.becker@helios-kliniken.de](mailto:daniela.becker@helios-kliniken.de)

#### Maßnahme

Kontaktprogramm während beruflicher Pause

### Projektumsetzung

Zusammen mit der Personalabteilung entwickelten und berechneten Geschäftsführung und Ärztliche Leitung 2006 unterschiedliche Teilzeitkonzepte und Arbeitszeitmodelle. Diese wurden noch im gleichen Jahr erfolgreich in die Praxis umgesetzt. Anfänglich erforderte dies bei Vorgesetzten und Kollegen große Überzeugungsarbeit. „Natürlich ist es immer eine Teamentscheidung“, sagt Geschäftsführerin Daniela Becker. „Zur Erhaltung von Akzeptanz muss offen besprochen werden, wie die momentane Lage aussieht und welche Lösungsansätze möglich sind.“

Angesprochen von den Modellen fühlen sich hauptsächlich Familien, die berufliche Karriere und die Betreuung von Familienmitgliedern zeitlich aufeinander abstimmen müssen, sei es wegen der Betreuungszeiten der Kinder oder dem Wunsch nach mehr Freizeit. Dabei werden die Konzepte mehr von Frauen in Anspruch genommen als von Männern. Die Mitarbeiter tragen ihr Anliegen an den Vorgesetzten oder an die Geschäftsführung heran.

Dies kann im Rahmen der jährlichen Mitarbeitergespräche oder während des Bewerbungsgesprächs sein. Gemeinsam wird dann überlegt, wie die Arbeitsreduktion aussehen soll und durch wen die Stunden aufgefangen werden können.

Neben den Arbeitszeitmodellen gibt es seitens der Klinik auch spezielle Angebote zum beruflichen Wiedereinstieg während und nach der Elternzeit. So stellt die Gemeinde Hünfeld den Mitarbeitern der St. Elisabeth Klinik Betreuungsplätze für Kinder zur Verfügung. Wer den Wunsch hat, vor Ablauf der Elternzeit an den Arbeitsplatz zurückzukehren, wird von HELIOS Kliniken mit einem monatlichen Betreuungszuschuss von 100 Euro unterstützt. Auch besteht die Möglichkeit, während einer Berufspause an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Die Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen Mitarbeitern in einer beruflichen Pause und Klinik wird durch die Zustellung der monatlich erscheinenden Mitarbeiterzeitung, Einladungen zum jährlichen Betriebsausflug und zu den Mitarbeiterversammlungen gefördert.

### Projektbeurteilung

Rückblickend wirken sich die Arbeitszeitmodelle besonders positiv auf die Stellenauslastung aus und sind so ein gutes Marketing-Argument. An der St. Elisabeth Klinik sind 60 % des Ärztlichen Dienstes Frauen. Sie können auf diese Weise neben der Familie auch ihre berufliche Karriereplanung fortsetzen. Durch die auf die persönlichen Bedürfnisse abgestimmten Teilzeitmodelle arbeiten die Mitarbeiter motivierter und effizienter und weisen geringere krankheitsbedingte Fehlzeiten auf. Förderlich ist vor allem, dass gerade Frauen, die in Teilzeit arbeiten und zu Hause eine Familie haben, in Familie und Beruf von Haus aus gut strukturiert sind.

Als besonders gelungen zu betrachten sind die von Beginn an erfolgreiche Umsetzung der Konzepte und die mittlerweile hohe Akzeptanz. Auf die Frage, was sie rückblickend anders machen würde, antwortet die Geschäftsleitung der Klinik: „Von Anfang an in den Teams für Verständnis werben und zeigen, dass es funktioniert, wenn man gut organisiert ist, und in der Öffentlichkeit dafür werben.“

## 3.3 Familiengerechtes Krankenhaus

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat seit einigen Jahren ein ganzes Bündel von Maßnahmen eingesetzt, um ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Forschenden und den Studierenden mit Kindern eine bessere Abstimmung zwischen Kindererziehung, Familie und Beruf bzw. Studium zu ermöglichen. Die Maßnahmen reichen von der Regelbetreuung von Kindern über die Notfallbetreuung, Maßnahmen zum Wiedereinstieg von Pflegekräften bis hin zur aktiven Förderung von Ärztinnen nach der Kinderphase.

### Projektanlass

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des Wertewandels in der Gesellschaft will sich die Medizinische Hochschule Hannover als attraktive Arbeitgeberin und Ausbildungsstätte positionieren. Durch familiengerechte Strukturen und eine familienbewusste



### Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

#### Ansprechpartnerin

Dr. Bärbel Miemitz, Gleichstellungsbeauftragte der MHH und Projektleitung für das „audit familien-gerechte hochschule“

E-Mail: [gleichstellung@mh-hannover.de](mailto:gleichstellung@mh-hannover.de)

#### Maßnahme

Familiengerechtes Krankenhaus



Kultur sollen nicht nur hoch motivierte Studierende und exzellente Wissenschaftler angezogen, sondern auch die Rekrutierung von qualifiziertem Krankenhauspersonal erleichtert werden. Zufriedenheit, Motivation und Bindung an die Medizinische Hochschule Hannover sollen bei Beschäftigten und Studierenden gestärkt werden und den Leistungen in Lehre, Forschung und Krankenversorgung zugutekommen.

### Projektumsetzung

Die Medizinische Hochschule Hannover bietet eine Vielzahl von Maßnahmen an, um eine familiengerechte Beschäftigung bzw. ein familiengerechtes Studium zu ermöglichen.

Ein zentraler Punkt stellt die ständige Verbesserung der Kinderbetreuung für Beschäftigte und Studierende dar. Wichtiger Baustein ist die Regelbetreuung der Kinder. Die Medizinische Hochschule Hannover bietet insgesamt 380 Plätze, davon ca. 150 Plätze für Kinder unter drei Jahren, in unterschiedlichen Einrichtungen und Modellen an. Kennzeichen der Regelbetreuung sind die großzügigen Öffnungszeiten und die hohe Qualität mit musikalischer und bilingualer Frühförderung.

Seit Oktober 2008 besteht die Möglichkeit, eine Kinder- notfallbetreuung zu nutzen. Diese Betreuung greift, wenn die regelmäßige Betreuung kurzfristig, z. B. wegen Erkrankung einer Betreuungsperson, ausfällt. Eine Betreuung erfolgt zwischen 5:45 und 19:00 Uhr, auch am Wochenende. Bis zu 15 Nutzungstage pro Kind und Jahr stehen den Beschäftigten und Studierenden zur Verfügung. Die Kosten für die Betreuung werden von der Medizinischen Hochschule Hannover übernommen, wenn die Notfallbetreuung aus dienstlichen oder studienbedingten Gründen in Anspruch genommen werden muss.

Darüber hinaus findet in Kooperation mit externen Dienstleistern und den anderen Hannoverschen Hochschulen seit 2007 eine Kinderbetreuung in den Sommer-, Herbst- und Osterferien statt.

Seit Mitte 2010 läuft das Projekt „Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege“. Ziel ist es, verbesserte Bedingungen für den Wiedereinstieg von Mitarbeitern in



der Gesundheits- und Krankenpflege nach einer familienbedingten Auszeit zu schaffen, die Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Pflege in Schichtarbeit und Familie zu optimieren und die Rückkehrenden fachlich und überfachlich auf ihre Berufstätigkeit vorzubereiten. Der Übergang von familienbedingtem Sonderurlaub in die Berufstätigkeit erfolgt nicht abrupt, sondern fließend. Die Pflegekräfte können sich nach und nach wieder an die fachlichen, psychischen und physischen Herausforderungen im Pflegealltag gewöhnen. Überfachliche Workshops sollen die persönlichen Kompetenzen schulen. Die Teilnehmer erhalten neun fachliche und überfachliche Fortbildungen (200 Stunden), in denen sie auf die speziellen Anforderungen der Pflege der Medizinischen Hochschule Hannover vorbereitet werden. Inhalte dieser Fortbildungen sind z. B. der Umgang mit Dokumentations- und EDV-Software, Pflegeorganisationsformen und Pflegewissenschaft, Reanimationstechniken, aber auch Grundkenntnisse des Pflegemanagements und der Pflegefinanzierung. Einige Fortbildungen orientieren sich an dem spezifischen Pflegewissen einzelner Fachgebiete, z. B. „Spezielle Pflege in der Onkologie“. Jede Wiedereinsteigerin und jeder Wiedereinsteiger kann während der Fortbildungsveranstaltungen ein zusätzliches, für die Teilnehmer kostenloses, Kinderbetreuungsangebot nutzen. Ein ähnliches Projekt wurde auch für den Wiedereinstieg von Technischen Assistentinnen und Assistenten eingeführt, das beim „Internen Arbeitsmarkt“ angesiedelt ist.

Speziell für die Förderung von Ärztinnen wird das Instrument der leistungsorientierten Mittelvergabe mit Familienorientierung (Familien-LOM<sup>4</sup>) eingesetzt. Dieses Instrument soll Kliniken einen Anreiz bieten, Ärztinnen

nach der Geburt eines Kindes weiterzubeschäftigen und Mütter in ihrer Karriereentwicklung zu fördern. Familien-LOM in Höhe von 12.000 Euro wird an MHH-Kliniken ausbezahlt, wenn eine Ärztin ein Kind bekommt und innerhalb eines Jahres an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt. Die Mittel kann die Klinik nach eigenem Ermessen verwenden.

Ein weiteres Themenfeld stellt die Pflege von Angehörigen dar. Hierzu wird interessierten Studierenden und Beschäftigten regelmäßig ein Workshop angeboten. Neben den Rechten und Pflichten der Beschäftigten mit pflegebedürftigen Angehörigen werden auch die verschiedenen rechtlichen Bedingungen und Möglichkeiten im Rahmen der Pflege-, Kranken- und Rentenversicherung geschildert.

#### Projektbeurteilung

Rückblickend waren die vielen einzelnen Maßnahmen, die ergriffen wurden, sehr erfolgreich. Die Akzeptanz der Instrumente ist bei den Mitarbeitern sehr hoch. Das Ziel des familiengerechten Krankenhauses wird von der Leitung der Medizinischen Hochschule nachdrücklich ideell, personell und auch finanziell unterstützt. Durch eine Sensibilisierung von Vorgesetzten für familiengerechte Strukturen konnte ein Kulturwandel in Gang gesetzt werden.

### 3.4 Erfolgsfaktor Familie

Ziel der Projekte war die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Hammer Krankenhäusern sowie deren Positionierung als attraktive Arbeitgeber. Im Rahmen des Projekts „Krankenhaus – Familie“ wurden mit allen teilnehmenden Krankenhäusern Projekte und Maßnahmen entwickelt. Jedes Krankenhaus musste auch ein Projekt für alle anderen Krankenhäuser anbieten. Die Projekte leisten einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Sicherung des Fachkräftebedarfs.

#### Projektanlass

Eine im Jahr 2007 von der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen initiierte Mitarbeiterbefragung bzgl. des Kinderbetreuungsbedarfs (Bedarfsanalyse) zeigte, dass Verbes-

serungen in diesem Bereich durchaus gewünscht wurden. Es ergab sich ein geringer Bedarf im Bereich 3 bis 6 Jahre, vorrangig für Kinder mit Randzeitenbetreuung, aber ein hoher Bedarf für Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren. Anfängliche Belegplatzverhandlungen mit Kindertagesstätten in der Umgebung scheiterten an dem unzureichenden Platzkontingent vor Ort. In der Folge wurde eine eigene betriebliche Kindertagesbetreuung konzipiert, Startschuss für das Projekt „Die kleinen Strolche“.

2005 hat die Stadt Hamm das strategische Leitprojekt „Familienfreundliche Stadt Hamm“ initiiert. Zentrale Fragestellung war: „Wie kann man Familienfreundlichkeit von Unternehmen unterstützen?“ Im März 2008 erfolgte eine Einladung des Familienbüros und der Wirtschaftsförderung Hamm zu einem ersten Austausch aller Hammer Krankenhäuser.

Im Rahmen des folgenden Projekts „Krankenhaus – Familie“ – gefördert aus Mitteln des Europäischen Fonds



#### St. BARBARA-Klinik Hamm GmbH – St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen

##### Ansprechpartnerin

Dr. Birgit Sauer, Leiterin Elternschule und Gesundheitszentrum

E-Mail: [bsauer@barbaraklinik.de](mailto:bsauer@barbaraklinik.de)

##### Maßnahme

Kinderbetreuung, haushaltsnahe Dienstleistungen

für regionale Entwicklung und des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration – wurden gemeinschaftlich mit allen Hammer Krankenhäusern familienfreundliche Projekte und Maßnahmen entwickelt. Neben hausübergreifenden gemeinschaftlichen Maßnahmen (deren Beteiligung nicht zwingend war), konnte jedes Krankenhaus auf Basis einer umfassend angelegten Bedarfsanalyse eigene, hausindividuelle Lösungsansätze aufgreifen.

Seit Anfang 2008 ist die St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen außerdem Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“. Im Juni 2010 wurde sie für ihre familienfreundlichen Maßnahmen mit dem Dortmunder Personalmanagement-Prädikat „New Deals 2010“ ausgezeichnet.

### Projektumsetzung

Wichtige Zielsetzungen der beiden Projekte „Die kleinen Strolche“ und „Krankenhaus – Familie. Hammer Krankenhäuser gestalten familienfreundliche Rahmenbedingungen für ihre Beschäftigten“ waren eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Hammer Krankenhäusern sowie die Positionierung als attraktiver Arbeitgeber. Die Projekte leisten einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Sicherung des Fachkräftebedarfs.

### Projekt „Die kleinen Strolche“

Die St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen unterhält eine eigene Verbundtagespflege, die drei Minuten Fußweg von der Klinik entfernt liegt. 0- bis 3-jährige Kinder können dort montags bis freitags von 5.30 bis 21.30 Uhr durch Tagesmütter betreut werden. Die Betreuungszeit sollte aus pädagogischen Gründen jedoch neun Stunden am Tag nicht überschreiten. „Die kleinen Strolche“ sind ganzjährig geöffnet (außer an den Werktagen zwischen Weihnachten und Neujahr).

Die Gruppe umfasst acht Regelplätze sowie einen Platz für Notfallbetreuung, z. B. wenn die eigene Tagesmutter oder andere Betreuungspersonen verhindert oder erkrankt sind (Voraussetzung ist, dass niemand sonst die Betreuung übernehmen kann). Der Start erfolgte im November 2008 mit zwei Kindern, aber bereits im Februar 2009 wurden sechs Kinder in der Gruppe betreut.



Mittlerweile ist die Gruppe ausgebucht und Mitarbeiter melden ihr Kind teilweise schon in der Schwangerschaft an, um sicher einen Platz zu bekommen. Folgeanmeldungen für Geschwisterkinder zeigen die große Zufriedenheit der Eltern mit dem Betreuungsangebot.

Darüber hinaus bietet die Elternschule der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen allgemeine Beratung über und Weitervermittlung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten an.

### Projekt „Krankenhaus – Familie“

Das Projekt besteht aus den Schwerpunkten „Kinderbetreuung“, „haushaltsnahe Dienstleistungen“, „Work-Life-Balance“ und „Pflege von Angehörigen“ sowie „Beratungsqualifizierung“.

Eine Reihe von Maßnahmen und Projekten wurden eingeführt. Hierzu zählen u. a.:

- Eine Datenbank für haushaltsnahe Dienstleistungen: im Umkreis von 50 km wurden gemeinnützige und übergreifende Anbieter für verschiedene haushaltsnahe Dienstleistungen (z. B. Fensterputzer, Gärtner) gesucht und in die Datenbank aufgenommen; diese Datenbank ist im Intranet für alle Mitarbeiter verfügbar; teilweise werden Sonderaktionen der einzelnen Dienstleister angeboten, wie z. B. eine Sommeraktion der Gärtner zu stark vergünstigten Konditionen.
- Wäsche-Service (Schwerpunkt haushaltsnahe Dienstleistungen): Ein gemeinnütziges Unternehmen bietet

einen Wäsche- und Bügelservice an. Die Wäscheabgabe und -abholung erfolgt in der Klinik.

- **Babysitter-Schulung (Schwerpunkt Kinderbetreuung):** An drei Nachmittagen erfolgt eine fundierte Ausbildung (z. B. Säuglingspflege, pädagogische Hintergründe) für junge Menschen ab 13 Jahren. Die ausgebildeten Babysitter werden in einer Vermittlungskartei – sortiert nach Alter oder Wohnort – geführt, die im Intranet von allen Mitarbeitern aufgerufen werden kann.
- **Ferienbetreuung (Schwerpunkt Kinderbetreuung):** Seit den Osterferien 2010 wird regelmäßig in allen Schulferien außer Weihnachten eine Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder aller Krankenhäuser angeboten (in Form von Ferienfreizeiten oder Inhouse-Betreuungen).
- **Essensservice (Schwerpunkt haushaltsnahe Dienstleistungen):** Seit Juli 2009 können alle Speisen der Mitarbeiter-Cafeteria mit geringem Aufpreis zum Mitarbeiterpreis auch mit nach Hause genommen werden.
- **Eltern-Kind-Café (Schwerpunkt haushaltsnahe Dienstleistungen):** Ebenfalls seit Juli 2009 gibt es die Möglichkeit, das Angebot der Mitarbeiter-Cafeteria auch mit Kindern oder sonstigen Familienangehörigen zu nutzen. Schulkinder können z. B. direkt nach Schulschluss alleine bis zur Klinik kommen und sich hier mit Mutter und/oder Vater treffen, um gemeinsam das Mittagessen einzunehmen und – unter Aufsicht der Eltern – zu spielen, lesen oder malen. Für diesen Zweck wurde eigens ein kleiner Speiseraum mit Spielecke eingerichtet. Auch Hochstühle und ein Fläschchenwärmer stehen in der Mitarbeiter-Cafeteria bereit.

#### **Projektbeurteilung**

Die mit den Projekten verbundenen Ziele wurden erreicht. Es liegt eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern vor. Die Wahrnehmung reicht über das Krankenhaus hinaus. So machen neue Mitarbeiter z. B. bei Einstellungsgesprächen ihre Zusage davon abhängig, ob ein Betreuungsplatz bei den „Kleinen Strolchen“ zugesagt wird. Es ist gelungen, die Interessen der Mitarbeiter und des Arbeitgebers so auszurichten, dass alle Seiten zufrieden sind und profitieren.

Im Rahmen des Projekts „Krankenhaus – Familie“ wurde viel erreicht. Die Initiierung derartiger Projekte ist aber

oft sehr zeitintensiv, sodass nicht alle Ziele in dem gesetzten Zeitrahmen bis Dezember 2010 erreicht werden konnten. Der Zusammenhalt der Häuser hat sich jedoch erheblich verbessert und an der Umsetzung familienfreundlicher Maßnahmen wird auch über das Projektende hinaus in allen Hammer Krankenhäusern weitergearbeitet.

### **3.5 Zertifizierung im Bereich „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“**

Betriebliche Angebote familienfreundlicher Maßnahmen haben am Klinikum Kassel eine lange Tradition. Mit der Einführung des Zertifizierungsverfahrens der Hertie-Stiftung „audit berufundfamilie“ fördert die Gesundheit Nordhessen Holding AG am Klinikum Kassel die systematische Weiterentwicklung des Unterstützungsangebots zu einer Gesamtstrategie, die die Balance zwischen Arbeitswelt und individueller Lebensgestaltung begünstigt und gelebtes Familienbewusstsein in die Unternehmenskultur integriert.

#### **Projektanlass**

Die derzeitige Arbeitsmarktsituation macht es zunehmend schwieriger, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insbesondere für den Pflegedienst und den Ärztlichen Dienst zu finden. Unter diesen Voraussetzungen hat die Gesundheit Nordhessen Holding AG in den vergangenen Jahren eine Anzahl an familienfreundlichen Modellen entwickelt, die den mehr als 75 % weiblichen Beschäftigten des Klinikums Kassel eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen und gleichzeitig für das Unternehmen die Chancen zur Gewinnung von qualifizierten Mitarbeitern erhöhen.

Zu den Unterstützungsangeboten dieser familienfreundlichen Personalpolitik gehören individuelle Teilzeitkonzepte, Arbeitszeitkonten, flexible Arbeitszeitregelungen, Freistellungs- und Beurlaubungsmöglichkeiten sowie die Erweiterung der Betreuungsplätze der seit 1973 bestehenden betriebseigenen Kita mit betrieblich angepassten



### Gesundheit Nordhessen Holding AG – Klinikum Kassel

#### Ansprechpartnerin

Beate Sippel, Referentin des Personalvorstands  
E-Mail: beate.sippel@gesundheit-nordhessen.de

#### Maßnahme

Zertifizierung im Bereich „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“

Öffnungszeiten. Dass die Angebote von den Beschäftigten gut angenommen werden, zeigt, dass rund die Hälfte der Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst in Teilzeit arbeitet und die Nachfrage stetig steigt. Zudem ist eine zunehmende Inanspruchnahme von Teilzeitkonzepten und familiär bedingten Berufspausen bei den männlichen Mitarbeitern zu beobachten.

Mit der Einführung des Auditverfahrens der Hertie-Stiftung „audit berufundfamilie“ als Managementinstrument entschloss sich die Unternehmensleitung 2009, die bereits etablierten Maßnahmen durch einen Abstimmungsprozess in der Struktur- und Prozessqualität und unter Konsentierung der Belange des Betriebs und der Interessen der Mitarbeiter zu optimieren und weiterzuentwickeln. Durch Re-Auditierungen nach dem Konsolidierungsverfahren werden neben der Entwicklung neuer Maßnahmen bereits bestehende Maßnahmen zu einem Gesamtkonzept zusammengeführt, das Grundlage für die

weitere Entwicklung einer nachhaltigen familienbewussten Unternehmenskultur ist.

#### Projektumsetzung

Grundlage der Erstzertifizierung ist eine Bestandsaufnahme bereits bestehender Maßnahmen, die anhand von acht Handlungsfeldern – „Arbeitszeit“, „Arbeitsorganisation“, „Arbeitsort“, „Informations- und Kommunikationspolitik“, „Führungskompetenz“, „Personalentwicklung“, „Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen“, „Service für Familie“ – betrachtet werden und aus denen sich dann das betriebsindividuelle Potenzial ableiten lässt.

Der Projektverlauf erfolgte nach den Zeitvorgaben des Zertifizierungsverfahrens der Hertie-Stiftung. In einer Vorbereitungszeit von sechs Monaten wurden Strukturdaten mit thematischem Bezug und der Status quo bereits vorhandener familienfreundlicher Maßnahmen erhoben. Danach startete das Auditierungsverfahren mit einem Strategie-Workshop, an dem Führungskräfte und Entscheidungsträger aller repräsentativen Berufsgruppen des Unternehmens teilnahmen. Ziel des Strategie-Workshops war die Festlegung der zeitlichen und inhaltlichen Rahmenbedingungen. In einem weiteren Schritt wurde eine Projektgruppe mit Vertretern aus verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen gebildet, die auch hinsichtlich Alter, Geschlecht und Familienstand repräsentativ für die Mitarbeiterstruktur des Unternehmens war. Diese Projektgruppe erarbeitete in einem Auditierungs-Workshop anhand des Kriterienkataloges konkrete weiterführende Ziele und Maßnahmen und erstellte einen Umsetzungsplan. Die Erteilung des Grundzertifikats erfolgte nach einer Begutachtung der gesetzten Ziele und Maßnahmen, die nun in den folgenden drei Jahren umzusetzen sind. Nach dieser Zeit werden diese in einer Re-Auditierung erneut überprüft.

#### Projektbeurteilung

Alle Ziele, die sich das Unternehmen im Rahmen der Zertifizierung 2010 gesteckt hatte, konnten erreicht werden. Das wurde auch im aktuellen Re-Auditierungsverfahren durch die berufundfamilie gGmbH bestätigt. Grundsätze der familienorientierten Personalführung wurden in die Führungsleitlinien aufgenommen, ebenso wurde das Thema in den Mitarbeitergesprächen verankert. Fami-



lienbewusste Aspekte wurden in die Pflichtfortbildungsveranstaltungen für Führungskräfte integriert, fast 200 Personen konnten dadurch in den letzten beiden Jahren erreicht werden. Ein strukturiertes Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm für Beschäftigte, die eine familienbedingte Freiphase benötigen, wurde erfolgreich umgesetzt, ca. 20 % der Beschäftigten nutzen diesen Service des Unternehmens. In der Kita wurde als zusätzliche Maßnahme eine Elternbefragung durchgeführt, das vorhandene pädagogische Konzept wurde optimiert und Elternwünsche integriert. Arbeitszeitmodelle konnten weiterentwickelt und um zusätzliche Dienstzeiten, z. B. schichtergänzende Dienste (Kurzdienste) ergänzt werden. In der Pflege gibt es in einigen Bereichen Wunschdienstpläne. Im Ärztlichen Dienst konnte die Teilzeitquote auf fast 20 % gesteigert werden, hier gibt es jedoch noch Entwicklungsmöglichkeiten. Eine detaillierte Handlungsanweisung zur Umsetzung von Teilzeitwünschen unterstützt Beschäftigte und Vorgesetzte.

Der Anteil an Vätern, die Elternzeit in Anspruch nehmen, konnte ebenfalls gesteigert werden. Dennoch möchte das Krankenhaus Väter vermehrt in das Thema einbinden.

Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden zunehmend von Bewerbern nachgefragt, an erster Stelle werden hier der Wunsch nach einem Kita-Platz sowie nach Teilzeitmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeitmodellen genannt. Das Engagement des Klinikums Kassel hat positive Auswirkungen auf die Mitarbeiter-Akquise und Mitarbeiter-Bindung, dies zeigt

sich insgesamt in einer geringen Fluktuation und wenigen offenen Stellen. Diese Kontinuität beeinflusst wiederum die Qualität der Patientenversorgung und damit auch die Zufriedenheit der Patienten. In einer Mitarbeiter- und Patientenbefragung, die im Jahr 2014 stattfinden wird, werden ganz bewusst Fragen zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie integriert, um die Auswirkungen der vorhandenen Maßnahmen zu evaluieren.

Mittlerweile hat sich das Thema „Familie und Beruf“ zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Unternehmenskultur entwickelt. Es wird jedoch auch künftig eine Herausforderung sein, über 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr eine hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Bedürfnisse der Beschäftigten nach Teilzeitangeboten und planbarer Freizeit angemessen zu berücksichtigen, um eine dauerhafte Bindung an das Unternehmen zu sichern.

### 3.6 Familienbewusste Personalpolitik

Das Allgemeine Krankenhaus Celle widmet sich seit einigen Jahren im Rahmen des Projekts „Beruf und Familie“ einer familienbewussten Personalpolitik. Standen zunächst Projekte im Zusammenhang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Kindern im Vordergrund, so zeigt sich zunehmend ein Bedarf auch im Bereich der Pflege von Angehörigen. Zu den unterstützenden Maßnahmen für pflegende Angehörigen zählen neben der Möglichkeit zur kurz- oder längerfristigen Freistellung, Schulungen zur Pflege von Angehörigen sowie die Vermittlung von Unterstützungsangeboten.

#### Projektanlass

Im Rahmen einer familienorientierten Personalpolitik wurde das Projekt „Beruf und Familie“ in Angriff genommen. Es stellte sich heraus, dass die ursprüngliche Konzentration auf Mitarbeiter mit Kindern zu kurz griff. Ein Familienbegriff, der nur Eltern und Kinder einschließt, ist zu eng gefasst. Mitarbeiter mit zu pflegenden Ange-



### Allgemeines Krankenhaus Celle

#### Ansprechpartner

Olaf Schauer, Geschäftsbereichsleiter Personal und Finanzen  
E-Mail: [olaf.schauer@akh-celle.de](mailto:olaf.schauer@akh-celle.de)

#### Maßnahme

Unterstützung von Mitarbeitern, die Angehörige pflegen

hörigen kämpfen oftmals mit den gleichen Problemen wie Mitarbeiter mit Kindern. Allerdings erhält die Pflege von Angehörigen nicht die gleiche Wertschätzung wie die Erziehung von Kindern. Hinzu kommt, dass die Pflegebedürftigkeit der Angehörigen häufig kurzfristig entsteht und so Vorbereitungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter fehlen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der Alterung auch der Krankenhausmitarbeiter wurde rasch erkannt, dass die Pflege von Angehörigen ein Problemfeld darstellt, welches in Zukunft noch stärker in den Fokus rücken wird.

#### Projektumsetzung

Das Allgemeine Krankenhaus Celle beschäftigt eine sogenannte Familienbeauftragte. Sie vermittelt den Mitarbeitern interne und externe Unterstützungsangebote. So wird beispielsweise der Kontakt zum Sozialdienst hergestellt oder der ambulante Pflegedienst des Krankenhausträgers eingeschaltet. Darüber hinaus werden Tagespflegeangebote vermittelt.

Kurzfristige Freistellungen bis zu 14 Tagen für pflegende Mitarbeiter sind unproblematisch möglich. Aber auch längerfristige Freistellungen sind selbstverständlich. Mitarbeiter, die dies in Anspruch nehmen, werden nach der Freistellung wieder auf ihrem ursprünglichen Arbeitsplatz eingesetzt.

Das Allgemeine Krankenhaus Celle bietet in Kooperation mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) Celle und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) Celle seinen Mitarbeitern kostenlose Pflegekurse an. Experten der DAK Celle, des DRK Celle, des Allgemeinen Krankenhauses Celle und der Gesundheitsakademie informieren über Themen wie „Aus Krankenkassensicht: Alles rund um die Pflege“, „Hilfe bei der Körperpflege“, „Notfälle im häuslichen Umfeld“ oder „Begleitung in Krisen: Schwere Krankheiten, Sterbebegleitung etc.“. Die Kosten für den Kurs übernehmen die Pflegekassen. Zusätzlich zu den grundlegenden Pflegekursen werden ebenfalls kostenfrei themenspezifische Kurse angeboten, z. B. für pflegende Angehörige von Demenzkranken.

Die Führungskräfte wurden hinsichtlich der Problematik von pflegenden Angehörigen sensibilisiert. Neben der Vermittlung der gesetzlichen Grundlagen wurde insbesondere Wert auf den adäquaten Umgang mit Mitarbeitern gelegt, die Angehörige pflegen. Die Führungskräfte sollen bei allen Mitarbeitern Akzeptanz für die Nöte und Bedürfnisse von pflegenden Kollegen schaffen.

### Projektbeurteilung

Die Akzeptanz der verschiedenen Maßnahmen ist hoch. Die verschiedenen Angebote werden von den Mitarbeitern in Anspruch genommen. Das gilt nicht nur für die Freistellungen, sondern auch für die Pflegekurse, die immer ausgebucht sind. Das Interesse der Mitarbeiter an dieser Thematik ist groß.

## 3.7 Pflegekräfte in der Pflegesituation

Im Katharinen-Hospital Unna wird die Familie als Ganzes gesehen, sodass sowohl die Familienphasen mit Kindern als auch die Betreuung und Pflege von Angehörigen betrachtet werden. Eine Förderung der pflegenden Angehörigen findet in den beiden Bereichen „Beratung und Hilfen“ sowie „Arbeitszeitregelungen“ statt. Vielfältige Maßnahmen wie Schulungen, Serviceangebote oder Freistellungen werden ergriffen, um die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem betrieblichen Krankenhausalltag in Einklang zu bringen.

### Projektanlass

Das katholische Katharinen-Hospital in Unna hat sich zur Förderung der Familie verpflichtet. Ziel ist es, die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter mit dem betrieblichen Ablauf und Alltag zu vereinbaren.

Anlass für weitere Maßnahmen waren die Erfahrungen einzelner Mitarbeiter, die Angehörige pflegten und ihre Probleme offen gegenüber der Krankenhausleitung ansprachen. Aufgrund der Altersstruktur und des Frauenanteils im Pflegedienst war davon auszugehen, dass weitere Mitarbeiter in eine ähnliche Problemlage geraten würden. Gerade im Pflegebereich entsteht für die Mitarbeiter aufgrund ihrer professionellen Erfahrung ein Erwartungsdruck, ihre Angehörigen selbst zu pflegen. Allerdings übernahmen auch Mitarbeiter aus anderen Bereichen des Krankenhauses ebenfalls die Pflege von Angehörigen.

Im Jahr 2009 wurde am Projekt „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ teilgenommen. In einer Mitarbeiterbefragung



### Katharinen-Hospital gGmbH Unna

#### Ansprechpartner

Jutta Kappel, Personalleitung  
E-Mail: [j.kappel@katharinen-hospital.de](mailto:j.kappel@katharinen-hospital.de)

#### Maßnahme

Pflegekräfte in der Pflegesituation

bei Pflegekräften wurde die Ausgangssituation erfragt und darauf aufbauend ein Maßnahmenkatalog erstellt.

### Projektumsetzung

Das Katharinen-Hospital Unna setzte unterschiedliche Instrumente und Maßnahmen ein, um Mitarbeiter mit zu pflegenden Angehörigen zu unterstützen. Diese Maßnahmen können in zwei Gruppen aufgeteilt werden: „Beratung und Hilfen“ sowie „Arbeitszeitregelungen“. Grundsätzlich sind die Hilfestellungen und Maßnahmen vergleichbar mit denen für die Mitarbeiter in der Familienphase mit Kindern. Allerdings zeigen sich auch einige Abweichungen.

Als niederschwelliges Beratungsinstrument wurde ein „Ratgeber für pflegende Angehörige, Mitarbeiter und Mitarbeiter des Katharinen-Hospital Unna“ entwickelt, der u. a. interne Ansprechpartner, Hinweise auf Unterstützungsangebote und eine Checkliste für pflegende Angehörige enthält. Pflegenden Angehörigen erhalten einen pflegerischen Basiskurs im Rahmen von eigens dafür konzipierten Seminaren. Darüber hinaus werden Kurse für Kinästhesie, familiäre Pflege, Stressmanagement



und Selbstpflege angeboten. Der krankenhauseigene Sozialdienst unterstützt die Mitarbeiter bei den relevanten (pflege)rechtlichen Fragestellungen sowie bei der Vermittlung von Kontakten.

Das Katharinen-Hospital Unna gehört zum Katholischen Hospitalverbund Hellweg, zu dem auch Wohn-, Alten- und Pflegeheime zählen. Die Mitarbeiter werden bei der Vergabe von Altenheim- und Kurzzeitpflegeplätzen bevorzugt behandelt. Vielfältige Serviceangebote wie u. a. die Ausleihe von pflegerischen Hilfsmitteln oder ein Pflegemittelpersonalverkauf werden angeboten.

Ein weiterer Aspekt betrifft die psychologische Unterstützung der Mitarbeiter. Diesbezüglich bietet das Katharinen-Hospital Unna eine psychologische Hotline und eine Beratung durch den hauseigenen Psychologen an.

Im großen Bereich der Arbeitszeitregelungen wird eine verlässliche und langfristige Dienstplangestaltung angestrebt, die die Belange des Krankenhausbetriebs und die Interessen der Mitarbeiter austariert. In Notfallsituationen ist eine spontane Arbeitsbefreiung jederzeit möglich. Eine auch befristete Reduzierung der Arbeitszeit wird den Mitarbeitern ermöglicht. Im Rahmen des Pflegezeitgesetzes erfolgt nach individueller Absprache eine Freistellung. Darüber hinausgehende Freistellungen und unbezahlter Sonderurlaub mit einer Arbeitsplatzgarantie sind ebenfalls möglich.

Unterstützend ist die Sensibilisierung der Führungskräfte und Kollegen für die Sorgen und Nöte der Mitarbeiter, die



Angehörige pflegen. Schließlich erfolgt auch eine praktische Hilfestellung durch Kollegen.

#### **Projektbeurteilung**

Die vielfältigen Maßnahmen finden eine sehr hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern. Das Thema „Pflege von Angehörigen“ ist heute nicht mehr so tabuisiert wie noch vor einigen Jahren. Das Vertrauensverhältnis der Kollegen untereinander und zu den Führungskräften ist gewachsen.

### **3.8 Erfolgsfaktor Familie – Auf die Lebensumstände der Mitarbeiter zugeschnittene Arbeitsbedingungen**

Die Schön Klinik Neustadt arbeitet durch eine Vielzahl von Maßnahmen kontinuierlich darauf hin, konkret auf die Lebensumstände ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugeschnittene Arbeitsbedingungen zu schaffen. Diese reichen von individuellen Arbeitszeitmodellen über die Ermöglichung der Kinderbetreuung, auch in den Ferien, und der Förderung des Wiedereinstiegs in das Berufsleben bis hin zu einem Familienservice und ein auf die Belange der Mitarbeiter zugeschnittenes, betriebliches Gesundheitsmanagement.

#### **Projektanlass**

Eine hohe Mitarbeitermotivation und die gezielte Entwicklung der Beschäftigten gehören zum Selbstverständnis der Schön Klinik Neustadt. Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt, die zu familienfreundlichen Arbeitsplätzen beitragen sollen. Einen konkreten, zeitlich fest zu terminierenden Projektanlass gab es nicht. Stattdessen wurden die Ideen und die Anregungen der Mitarbeiter immer wieder aufgegriffen, um Verbesserungen in der Work-Life-Balance herzustellen. Hilfreich hierbei war die Teilnahme am deutschlandweiten Wettbewerb „Great Place to Work“, da hier von unabhängiger Stelle u. a. eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt wurde.



### Schön Klinik Verwaltung GmbH – Schön Klinik Neustadt in Holstein

#### Ansprechpartnerin

Jeannine Kloor, Marketing und PR  
E-Mail: jkloor@schoen-kliniken.de

#### Maßnahme

Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, Kinderbetreuung, Wiedereinstieg in das Berufsleben

#### Projektumsetzung

Zur Verbesserung der Lebensqualität in der Berufsausübung wurden sehr unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt, die an verschiedenen Punkten ansetzen. Hier einige Beispiele:

- An individuelle Lebensumstände angepasste Arbeits- und Teilzeitmodelle: Den Mitarbeitern wird die Möglichkeit geboten, auf ihre individuellen Lebensumstände zugeschnittene Arbeits- und Teilzeitmodelle wahrzunehmen. In den Abteilungen wird gemeinsam über die gewünschten Modelle gesprochen. Gerade bei Schichtdiensttätigkeiten wie in der Pflege ist das kein einfaches Unterfangen. Es wird dann beispielsweise nach Möglichkeiten gesucht, Mitarbeiter auch teilweise in anderen Bereichen einzusetzen. So können z. B. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger einen Teil ihrer Arbeitszeit weiter auf Station arbeiten, also in einem Bereich, der relativ starre Einsatzzeiten erfordert. Einen anderen Teil ihrer Arbeitszeit können

sie aber auch in einem anderen Bereich tätig sein, in dem sie ihre Arbeitszeit flexibler einteilen können (u. a. Medizincontrolling, Aufbereitung von Patientenakten).

- Erweiterte Kinderbetreuungszeiten und Bau einer Kindertagesstätte: Dass Krankenhäuser eine Kinderbetreuung für ihre Mitarbeiter anbieten, ist an sich nichts Ungewöhnliches. Die Schön Klinik Neustadt hat es durch mehrere Maßnahmen geschafft, die Kinderbetreuungssituation für ihre Mitarbeiter deutlich zu verbessern. Die Betreuungszeiten des frequentierten Kindergartens wurden erheblich ausgeweitet. Für die zusätzlichen Zeiten außerhalb der Kernbetreuungszeit können die Eltern ihre Kinder schon ab 5:45 Uhr in professionelle Obhut geben. Die Kosten für diese zusätzlichen Stunden übernimmt die Klinik. Das Angebot gilt für Kinder von drei Monaten bis zum Schuleintritt.

In Zusammenarbeit mit der Stadt Neustadt in Holstein wird auf dem Gelände des Krankenhauses ein Betriebskindergarten errichtet, der Ende 2013 seinen Betrieb aufnehmen soll. Hier werden die gleichen Betreuungszeiten angeboten wie in dem schon bestehenden Kindergarten.

In vielen Fällen besteht für berufstätige Eltern ein Problem bei der Unterbringung ihrer Kinder in einem Kindergarten, wenn das Krankenhaus in einer anderen Stadt liegt als ihr Wohnort. Die Schön Klinik Neustadt hat daher mit der Stadt Neustadt in Holstein vereinbart, dass sowohl in dem bestehenden als auch in dem neu zu errichtenden Kindergarten „Fremdkommunen-kinder“ untergebracht werden dürfen. Das entlastet die



Eltern von zusätzlichen Wegen, um ihre Kinder in die Betreuung zu bringen.

Daneben bietet die Schön Klinik Neustadt ihren Mitarbeitern in den Sommerferien werktags eine ganztägige Kinderbetreuung, ebenfalls mit den erweiterten Betreuungszeiten, an.

- Individuelle Vereinbarung zum Wiedereinstieg in das Berufsleben: Gängige Praxis in der Schön Klinik Neustadt wie auch in anderen Krankenhäusern ist der enge Kontakt zu Mitarbeitern, die in Elternzeit sind. Hier wird versucht, die Bindung an das Krankenhaus aufrechtzuerhalten. Daneben geht die Schön Klinik Neustadt aber auch einen neuen Weg zur Rekrutierung neuer Mitarbeiter. Hierbei geht es um Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte, die entweder in anderen Krankenhäusern tätig waren oder die nach Ausbildung bzw. Studium nicht berufstätig waren. Bei der Rekrutierung solcher Mitarbeiter steht nicht das Anforderungsprofil der vakanten Stelle im Vordergrund, sondern die Frage, wie und wo man die neuen Mitarbeiter abholen muss, um sie für die offene Stelle zu qualifizieren. Das bedarf zunächst einmal einer Investition in die Mitarbeiter seitens des Arbeitgebers. Für die schon vorhandenen Mitarbeiter in den Abteilungen und Stationen heißt das darüber hinaus auch, Geduld bei der Einarbeitung der neuen Mitarbeiter aufzubringen. Die Akzeptanz der Kollegen ist also gefordert. Und diese wird in der Schön Klinik Neustadt auch aufgebracht.

#### Projektbeurteilung

Die Mitarbeiterbefragungen im Rahmen des Wettbewerbs „Great Place to Work“ zeigen eine hohe Akzeptanz der familienfreundlichen Maßnahmen der Schön Klinik Neustadt. Aus den dort gegebenen Anregungen entstehen weitere Projekte, die nach und nach umgesetzt werden. Eine Vielzahl weiterer Maßnahmen (z. B. „Mittagessen to go“, Familienservice als Beratungsangebot zur Unterstützung bei der Organisation von beispielsweise der Pflege von Angehörigen, ein betriebliches Gesundheitsmanagement oder die Behandlung von Mitarbeitern und ihren Familien als Privatpatienten) wird von den Mitarbeitern gut angenommen.

### 3.9 Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit als strategisches Unternehmensziel

Das Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster bietet traditionell seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viele Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit. Als Besonderheit hat das FEK in seiner strategischen Zielplanung explizit das Ziel aufgenommen „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten gerne im FEK“, wozu auch die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf zählt.

#### Projektanlass

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie setzt entsprechende Rahmenbedingungen voraus. Sie hängt aber auch davon ab, ob individuelle Bedürfnisse berufstätiger



#### FEK – Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH

##### Ansprechpartnerin

Susann Czekay-Stohldreier, Stabsstelle  
Personalentwicklung  
E-Mail: susann.czekay-stohldreier@fek.de

##### Maßnahme

Familiengerechtes Arbeiten als strategisches Unternehmensziel

Mütter und Väter und betriebliche Notwendigkeiten in Einklang gebracht werden können. Im FEK werden deshalb bereichs- und klinikspezifische Lösungen bevorzugt.

Als kommunales Krankenhaus bietet das FEK seinen Mitarbeitern traditionell viele Möglichkeiten, zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels und der gleichzeitig zunehmenden Bedeutung der Work-Life-Balance insbesondere bei jüngeren Mitarbeitern, wurde im Rahmen der strategischen Zielplanung des FEK, 2010 explizit das Ziel „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten gerne im FEK“ aufgenommen. Ein wichtiger Aspekt dieser Zielsetzung ist die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf. Auf der Grundlage von erhobenen Strukturdaten (Altersstrukturanalyse, Bedarf und Nutzung von Kinderbetreuungszeiten, Bedarf an Teilzeitarbeitsmöglichkeiten etc.) wurde ein Maßnahmenplan erarbeitet. Nach einem Abgleich des bisherigen Umsetzungsstands erfolgte eine Priorisierung der noch zu bearbeitenden Themen. Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie wird dabei als ein Prozess verstanden, den es ständig zu prüfen und weiterzuentwickeln gilt.

### Projektumsetzung

Einen Auszug aus der strategischen Zielplanung des FEK zum Ziel „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten gerne im FEK“ zeigt die Tabelle auf Seite 53.

Da das FEK auf abteilungsspezifische Lösungen setzt, war ein zentraler Bestandteil des Maßnahmenkatalogs die Sensibilisierung und Schulung der Führungskräfte, die im Rahmen dieses Konzepts eine wesentliche Schlüssel-funktion einnehmen. 2011 wurden berufsgruppenübergreifende Führungskräftequalifizierungen zum Thema „Gesund und motivierend führen“ im FEK durchgeführt. Aus diesen Schulungen ging ein durch die Führungskräfte eigenständig organisierter Stammtisch hervor, den diese nutzen, um sich über neue Herausforderungen und Probleme und alltagspraktische Lösungsmodelle auszutauschen. Parallel gelang es dem 6K-Klinikverbund – einem Zusammenschluss von sechs kommunalen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein – Fördermittel über den Europäischen Sozialfonds (ESF) für das Projekt „Kompetenznetz Krankenhäuser SH“ einzuwerben. In



diesem Rahmen werden bis 2014 über 600 Führungskräfte sowie Mitarbeiter des 6K-Klinikverbunds klinik- und berufsgruppenübergreifend in Schlüsselkompetenzen, wie z. B. Kommunikation, Konfliktmanagement, Stressmanagement oder kollegialer Beratung geschult werden.

Gegenwärtig werden im FEK folgende Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie umgesetzt:

- Sichere Kinderbetreuung
- Individualisierte Teilzeitbeschäftigung

Teilziel	Umgesetzte Maßnahme bzw. begonnene Umsetzung	Jahr
Führungskräfte sind qualifiziert und nehmen ihre Verantwortung entsprechend der Führungsleitlinien wahr	Durchführung einer Mitarbeiterbefragung mit Schwerpunktteil Bewertung der direkten Vorgesetzten und der Führungs- und Unternehmenskultur – Präsentation und Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen in allen Abteilungen	2011 bis 2012
	Führungskräfte Schulung „Gesund und motivierend führen“	2011
	Führungskräftequalifizierung im Rahmen eines ESF geförderten 6K-Projekts „Kompetenznetz Krankenhäuser“	2012 bis 2014
	Aufnahme der Themen „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ sowie „Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben“ in die Mitarbeitergespräche	2012
Ausbau der Kinderbetreuung	Befragung der Beschäftigten zum Bedarf an Kinderbetreuungsplätzen und Öffnungszeiten	2012
	Erweiterung der Krippenplätze um 20 Plätze	2011
Verbesserung der Planbarkeit von Arbeitszeiten	Erarbeitung eines Konzepts zur weiteren Verbesserung des Ausfallmanagements (Moderation und Beratung des Projekts durch Prof. Dr. Knut Daahlgard, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät für Wirtschaft und Soziales)	2012
Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation und Zusammenarbeit insbesondere im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst	Förderung der Schlüsselqualifikationen der Mitarbeiter im Rahmen eines ESF-geförderten 6K-Projekts „Kompetenznetz Krankenhäuser“	2012 bis 2014
Mitarbeiter fühlen sich gut informiert	Auswertung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	2011
	Regelmäßige Information über relevante Themen: Mitarbeiterzeitung, Intranet, „6K-Telegramm“, Betriebsversammlung	Läuft bereits
	Regelmäßige Information durch Geschäftsführung an Führungskräfte und Führungskräfte an Mitarbeiter	Läuft bereits
Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement weiterentwickeln	Intensivierung der Zusammenarbeit mit Sozialversicherungsträgern	2011
	Systematisierung der Zusammenarbeit zwischen Integrationsteam, Führungskräften und Personalabteilung	2011

### 3.10 Ausbildung in Teilzeit

Die Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard in Münster bietet seit 2012 eine Teilzeitausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an. Die Teilzeitausbildung richtet sich an Bewerberinnen und Bewerber mit Kindern bzw. Alleinerziehende. Anstelle einer dreijährigen Ausbildung wird das Curriculum auf vier Jahre verteilt. Insbesondere im praktischen Teil der Ausbildung wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch familienfreundliche Arbeits- und Urlaubszeiten ermöglicht.

#### Projektanlass

Für die Einführung einer Teilzeitausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sprachen mehrere Gründe. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird in naher Zukunft der Anteil der Hochbetagten, die möglicherweise stationär behandlungsbedürftig sind, deutlich zunehmen. Auf der anderen Seite wird der Anteil der jungen Menschen, die gegebenenfalls zu einer Ausbildung im Gesundheitswesen bereit sind, abnehmen. Der schon heute erkennbare Fachkräftemangel auch im Pflegebereich wird sich verstärken, sodass innovative Ideen notwendig sind, um einem Mangel zu begegnen. Dazu gehört u. a. auch das Ausschöpfen eines bisher brachliegenden Bewerberpotenzials, welches gute Chancen bietet, längerfristig im Beruf zu verbleiben.

Ein damit verbundener Projektanlass stellt die Stärkung des Schulstandorts dar. Ohne eine ausreichende Zahl von Auszubildenden wird auch eine Schule für Gesundheitsberufe in Zukunft Probleme bekommen.

#### Projektumsetzung

Seit April 2012 wird an der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard in Münster eine Teilzeitausbildung zur staatlich examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger angeboten. Das Angebot umfasst 25 Ausbildungsplätze. Die Ausbildung ist inhaltlich völlig identisch mit dem regulären dreijährigen Angebot. Sie dauert vier Jahre und der Unterricht in der Zentralschule sowie die Dienstzeiten der kooperierenden Krankenhäuser wurden den Bedürfnissen der neuen Zielgruppe angenähert, um eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten,



#### Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard GmbH, Münster

##### Ansprechpartner

Gregor Uphoff, Schulleiter

E-Mail: [gregor.uphoff@zfg-muenster.de](mailto:gregor.uphoff@zfg-muenster.de)

##### Maßnahme

Teilzeitausbildung Gesundheits- und Krankenpflege

Zielgruppe für die Teilzeitausbildung sind Bewerberinnen und Bewerber mit Kindern und Alleinerziehende. Dies können fachfremde Wiedereinsteiger ins Berufsleben sein oder Personen, die aus familiären Gründen keine Ausbildung absolvieren konnten. Wichtig für alle Bewerberinnen und Bewerber ist allerdings das Vorhandensein eines festen sozialen Netzes, welches sich im Bedarfsfall um die Kinder kümmern kann. Denn auch die Teilzeitauszubildenden dürfen nur eine bestimmte Anzahl von Fehlzeiten aufweisen, um zur Prüfung zugelassen zu werden.

Auf die 25 Ausbildungsplätze haben sich 100 Personen beworben. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden liegt bei 31 Jahren.

Der theoretische Unterricht findet als Blockunterricht in der Zeit zwischen 8:00 und 13:15 Uhr statt. Gestaltungsbedürftig ist im Wesentlichen der praktische Teil der Ausbildung. Das betrifft die Anpassung des Urlaubs an die Schulferien, die Regelungen zum Wochenenddienst und vor allem den Schichtdienst mit der entsprechenden Gestaltung der Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten der Auszubildenden entsprechen einer 75 %-Stelle mit einer 5-Tage-Woche. Früh- und Spätschichten sind vorgesehen. Bei der Frühschicht haben die Auszubildenden die Wahlmöglichkeit zwischen der frühen Frühschicht von 6:00 bis 12:17 Uhr oder der späten Frühschicht von 8:00 bis 14:17 Uhr. Je die Hälfte der Auszubildenden nimmt eine der beiden Schichten wahr. Die Spätschicht dauert von 13:00 bis 19:17 Uhr. Nachtdienste sind außerhalb der gesetzlichen Regelungen (acht Nächte in drei Jahren) nicht zu leisten. Ein Wochenenddienst ist einmal im Monat vorgesehen.

Die Organisation des theoretischen Unterrichts löste eine Zusatzbelastung der Lehrkräfte und der räumlichen Kapazitäten aus, da die Teilzeitausbildung als zusätzlicher Kurs durchgeführt wird. Für die familiengerechte Gestaltung der Arbeitszeiten musste in den Krankenhäusern Überzeugungsarbeit geleistet werden. Als klarer Vorteil

für die Krankenhäuser stellte sich heraus, dass sie über 25 zusätzliche Auszubildende verfügen. Aufgrund ihrer persönlichen Situation ist davon auszugehen, dass die Teilzeitauszubildenden eher im Beruf und im jeweiligen Krankenhaus verbleiben als ihre jungen Kollegen in der Vollzeitausbildung.

### **Projektbeurteilung**

Die Teilnehmer des Teilzeitkurses sind engagierte und hoch motivierte Auszubildende unterschiedlichen Alters. Sie zeichnen sich durch mehr Lebenserfahrung aus, die ihnen besonders in der pflegerischen Beziehung zum Patienten zugutekommt. Auch wenn der Spagat zwischen Familie und Ausbildung in den praktischen Phasen aufgrund des Schichtdienstes nicht immer einfach für die Auszubildenden ist, lernen sie jedoch dadurch, sich gut zu organisieren und Absprachen zu treffen.



# 4 Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege

Angesichts der hohen Belastung, der Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind, und einer geänderten Altersstruktur des Pflegepersonals, gewinnt die Entwicklung von Perspektiven für einen berufslebenslangen Verbleib in der Pflege zunehmend an Bedeutung. Demografieorientierte Personalentwicklungskonzepte befassen sich mit beruflichen Lebensphasen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Altersstufen und zeigen mitarbeiterorientierte Lösungsansätze auf.

## 4.1 Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Auf der Basis einer systematischen Analyse und Bewertung der vorhandenen Arbeitsorganisation konnten durch die Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen von Workshops einige Empfehlungen für organisatorische Veränderungen abgeleitet werden.



**Ev. Luth. Diakonissenanstalt Flensburg –  
Diakonissenkrankenhaus Flensburg**

### **Ansprechpartner**

Stephan Jatzkowski, Qualitätsmanagement  
E-Mail: jatzkowskist@diako.de

### **Maßnahme**

Ermittlung alters- und alternsgerechter  
Arbeitsbedingungen

### **Projektanlass**

Das Diakonissenkrankenhaus Flensburg und die Universität Flensburg arbeiteten schon zusammen am Thema „Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze“ als das Bundesministerium für Arbeit und Soziales diese Projektinitiative ausschrieb. Unter der Federführung der Universität bewarben sich beide Partner erfolgreich um die Förderung. So entstand das Projekt „GAbi (Gestaltung arbeitsgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim)“.

Auf der Basis einer Analyse und Bewertung der vorhandenen Arbeitsorganisation sollten mit Blick auf ein altersgerechtes Arbeiten Vorschläge zur Optimierung der vorhandenen Arbeits- und Organisationsstrukturen entwickelt werden. Gleichzeitig war eine Qualifizierung der Mitarbeitenden mit besonderer Berücksichtigung älterer Beschäftigter vorgesehen.

### **Projektumsetzung**

Schon in der konkreten Vorbereitung wurde deutlich, dass es nicht nur um altersgerechte, sondern insbesondere auch um alternsgerechte Arbeitsbedingungen geht. Im Fokus standen somit nicht nur die Älteren, sondern gerade auch die Jüngeren und die Prävention. Während der Analysephase wurden u. a. folgende Instrumente eingesetzt: zwei Mitarbeiterbefragungen, 68 strukturierte Tätigkeitsbeobachtungen an Arbeitsplätzen, Experteninterviews und Motivationsinterviews. Daneben wurden spezifische Instrumente wie Altersstrukturanalysen oder Pflegehilfsmittelanalysen durchgeführt.

Es ergaben sich insgesamt nur wenige altersspezifische Unterschiede. Während ältere Mitarbeiter größere Probleme bei der Bewältigung von Schichtarbeit haben, lagen bei jüngeren Mitarbeitern größere Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor. Vielfach wurden die gleichen Belastungen und Stressoren von allen Altersgruppen genannt. Hierzu zählten u. a. der hohe Zeitdruck, die häufigen Unterbrechungen der Arbeit, Rückenprobleme oder fehlende Informationen, wenn sie benötigt werden.

Im Anschluss an die Analysephase wurden insgesamt 18 Workshops durchgeführt, um Verbesserungen ein-





zuleiten. Aus den Analysen und den Workshops wurden Empfehlungen für organisatorische Veränderungen abgeleitet und Maßnahmen umgesetzt. Zum Beispiel wurden ein zweiteiliger Workshop „Stress lass nach“ und eine Rückenschulung am Arbeitsplatz etabliert. In anderen Workshops wurden Verbesserungsmaßnahmen für einzelne Themen (z. B. Lärm) oder für einzelne Bereiche (z. B. für die Zentrale Notaufnahme) erarbeitet. Eine Reihe von Veränderungen wurde von den Mitarbeitern als wichtig und gut eingeschätzt. Besonders gut angenommen wurden die schon erwähnten Stressworkshops, die jetzt schon zum dritten Mal gelaufen sind.

#### Projektbeurteilung

Dieses Projekt hat innerhalb der Diakonissenanstalt Flensburg das Bewusstsein für die Brisanz der altersdemografischen Entwicklung deutlich intensiviert. Die Analyse der Arbeitsbedingungen und die Ableitung von Handlungsempfehlungen zeigten den Beteiligten auf, dass vielfach durch kleine organisatorische Veränderungen schon bessere Arbeitsbedingungen zustande kommen können. Obwohl es schwieriger war, die Mitarbeiter zur Teilnahme an den Workshops zu begeistern (als Hinderungsgründe wurden in der Regel die hohe Arbeitsbelastung und der damit verbundene Zeitmangel angeführt), konnten einige Veränderungen insbesondere vor Ort erreicht werden. Leider dauerte die Analysephase länger als geplant, sodass für die Bearbeitung und Umsetzung größerer Themen kaum Zeit blieb. Am Ende des Projekts blieben dementsprechend eine Reihe von Empfehlungen zu acht Themengruppen (Demografischer Wandel, Informatorische Erschwerungen, Zeitdruck,

Unterbrechungen, Stolpersteine, Flexible Übergänge in den Ruhestand, Erhalt der Gesundheit und Lebenslanges Lernen) zur eigenen Bearbeitung übrig. Das Diakonissenkrankenhaus Flensburg wird diese Empfehlungen Schritt für Schritt prüfen und gegebenenfalls umsetzen.

## 4.2 Von der Altersstrukturanalyse zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Aufgrund von Problemen bei der Stellenbesetzung wurden im Evangelischen Krankenhaus Zweibrücken verschiedene Ansätze zur langfristigen und strategischen Personalplanung entwickelt. Altersstrukturanalysen und Arbeitsbewältigungs-Coaching der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienten als Grundlage für die Einführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Gesundheit der Mitarbeiter sowie der Führung des Krankenhauses.



#### Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e. V. – Evangelisches Krankenhaus Zweibrücken

##### Ansprechpartner

Stephan Schreiner, Personalleiter  
E-Mail: s.schreiner@evkhzw.de

##### Maßnahme

Altersstrukturanalyse und Arbeitsbewältigungs-Coaching als Grundlage für verbesserte Arbeitsbedingungen



### Projektanlass

Aufgrund der zunehmenden Probleme bei der Stellenbesetzung wurden verschiedene Ansätze und Konzepte entwickelt, um die sich abzeichnenden Probleme lösen zu können. Neben professionalisierten Personalplanungsprozessen wurde eine Altersstrukturanalyse durchgeführt, um die kommenden Personalbedarfe abschätzen zu können.

### Projektumsetzung

Ausgangspunkt war eine Altersstrukturanalyse, aufgrund derer die demografischen Herausforderungen und der langfristige Personalbedarf unter Berücksichtigung der Krankenhausziele abgeleitet werden konnten. Um weiterhin die schon hohe Personalbindung auch mit einem älter werdenden Personalstamm zu erhalten, wurden die Gesundheit, die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter in den Fokus der Maßnahmen gesetzt. Alle Instrumente, die diese Zielsetzung unterstützen, sollten an die Altersstruktur des Evangelischen Krankenhauses Zweibrücken angepasst werden.

In Zusammenarbeit mit dem Projekt „ZENITplus“ und gefördert mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) wurde daher ein Arbeitsbewältigungs-Coaching zunächst für Pflegekräfte durchgeführt. Mit insgesamt 54 Mitarbeitern wurde das Coaching durchgeführt. Die Kernbereiche des Coachings betreffen die Arbeitsbedingungen, die Führung und Arbeitsorganisation des Krankenhauses, die Kompetenz/Qualifikation und die individuelle Gesundheit der Mitarbeiter. Im Anschluss daran wurde ein

Workshop durchgeführt, um die Ergebnisse der Altersstrukturanalyse und des Arbeitsbewältigungs-Coachings zu diskutieren und erste Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbewältigung abzuleiten. Es ergaben sich in den folgenden vier Bereichen Ansatzpunkte: betriebliche Gesundheitsförderung, Verminderung/Kompensation körperlicher und seelischer Arbeitsbelastungen, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten nach Erkrankung bzw. bei körperlichen Beeinträchtigungen sowie der Wunsch nach besserer Führung. Eine Reihe von Einzelmaßnahmen konnte daraus entwickelt werden.

Im Januar 2009 wurde eine Steuergruppe konstituiert, die sich um ein strukturiertes betriebliches Gesundheitsmanagement kümmern sollte. In Kooperation mit einer Krankenkasse wurden Projekte zum gesunden Arbeiten im Krankenhaus durchgeführt. Von den Mitarbeitern wurden viele Vorschläge für ein gesundheitsbewusstes Arbeiten gemacht. Im Rahmen eines Gesundheitszirkels werden die Vorschläge und ihre Umsetzung behandelt.

Bei den von den Mitarbeitern genannten problematischen Arbeitsbedingungen wurde, wenn möglich, schnellstmöglich Abhilfe geschaffen. Im Hinblick auf seelische Arbeitsbelastungen wird eine Supervision angeboten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die im Krankenhaus tätigen kirchlichen Seelsorger anzusprechen. Der Sozialdienst wurde angewiesen, seine Kompetenzen auch für die Mitarbeiter einzusetzen.

Ein betriebliches Eingliederungsmanagement wurde eingeführt. Hierzu wurden die Führungskräfte geschult, um auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter eingehen zu können. Geplant ist eine weitere Schulung zur Führung von Rückkehrergesprächen.

Um eine Sensibilisierung für den demografischen Wandel und das älter werdende Personal zu erreichen, wurde ein Führungskräfte-Training durchgeführt. Mittelfristiges Ziel ist es, Führungsleitlinien zu entwickeln, die ein situatives Führen je nach Alter der Mitarbeiter erlauben.

### Projektbeurteilung

Die Dringlichkeit der Maßnahmen zeigt sich u. a. an einem Ergebnis des Arbeitsbewältigungs-Coachings: Nur

ein Drittel der Mitarbeiter kann sich unter den derzeitigen Bedingungen vorstellen, bis zum regulären Rentenalter im Krankenhaus zu verbleiben.

Um die bisher hohe Personalbindung zu erhalten, war es notwendig, die Maßnahmen durchzuführen und entsprechende Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter umzusetzen. Auch wenn nicht alle Vorschläge umgesetzt werden können, ist es doch erkennbar, dass die Mitarbeiterzufriedenheit gestiegen ist.

### 4.3 Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege

Im Städtischen Klinikum Karlsruhe wurde das bisher bundesweit einmalige Projekt „Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegedienst – LAP®“ initiiert. Kern des Projekts sind Verbesserung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit als Voraussetzung für ein berufslebenslanges Arbeiten im Pflegedienst sowie die Anhebung der Attraktivität der Pflegeberufe, um motivierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen.



#### Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

##### **Ansprechpartner**

Josef Hug, Pflegedirektor  
E-Mail: josef.hug@klinikum-karlsruhe.de

##### **Maßnahme**

Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege

#### **Projektanlass**

Angesichts des demografischen Wandels in Deutschland kommt es prospektiv zu einer veränderten Altersstruktur. Zeitgleich wird dies Auswirkung auf den berufslebenslangen Verbleib von Arbeitnehmern in der Arbeitswelt nach sich ziehen. Dies hat konkrete Konsequenzen für den Pflegedienst.

Die Effekte der demografischen Entwicklung werden auf das Städtische Klinikum in der Zukunft in mehrerer Hinsicht Auswirkungen haben. So werden der medizinische Fortschritt und die insgesamt steigende Lebenserwartung sowohl die Fallzahl wie auch die Fallschwere beeinflussen. Im Rahmen der kontinuierlichen Personalgewinnung und Personalerhaltung sowie der im Pflege- und Funktionsdienst in hohem Maße vorhandenen Personalentwicklungsmaßnahmen wird eine ständige Analyse der Gesamtpersonalplanung durchgeführt. Die Zahl der Mitarbeiter, insbesondere im medizinischen Bereich (Ärzte und Pflegekräfte), wird voraussichtlich zunehmen. Dem steht gegenüber, dass die Anzahl der zur Verfügung stehenden Nachwuchskräfte im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst begrenzt ist.

#### **Projektumsetzung**

Ausgehend von der demografischen Entwicklung, die die Patienten und die Mitarbeiter betrifft, und von der aktuellen Diskussion über die Gesundheitsberufe und die Situation im Krankenhaus, ist es dem Städtischen Klinikum Karlsruhe ein zentrales Anliegen, insbesondere für Pflegekräfte berufliche Perspektiven über einen gesamten Lebenszeitraum zu entwickeln.

Um die Zahl der Mitarbeiter in Zukunft zu halten, sind in allen beruflichen Lebensphasen Maßnahmen notwendig, um berufliche, private und persönliche Perspektiven in Einklang zu bringen. Hierzu ist es notwendig, dass man sich nicht nur mit der Problematik älter werdender Mitarbeiter (im Alter von über 50 Jahren) beschäftigt, sondern die gesamte berufliche Lebensperspektive betrachtet.

Die Zeitspanne eines beruflichen Lebens im Pflegedienst reicht heute von 17 bis 67 Jahren. Diese gesamte Zeitspanne wird im Städtischen Klinikum in fünf Lebensphasen von je einer Dekade unterteilt. Unter diesem Fokus



werden Schwerpunkte bezüglich der beruflichen und persönlichen Entwicklung lebensphasengerecht bearbeitet. Vom Einstieg in die Ausbildung bis zur Zielerreichung und Überleitungsphase in den Ruhestand wird eine durch aktives Handeln von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite berufliche Entwicklung projiziert und permanent an die gesetzlichen, ökonomischen und medizinischen Rahmenbedingungen angepasst.

Das entsprechende Projekt „Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegedienst“ wurde in einer zentralen Informationsveranstaltung, an der 350 Pflegekräfte teilnahmen, vorgestellt.

Für jede der fünf unterschiedlichen Lebensphasen wurde ein Workshop mit Pflegekräften in der entsprechenden Altersgruppe durchgeführt. Themen dieser Workshops waren die physische und psychische Leistungsfähigkeit, die Arbeitsplatzgestaltung, die Aufgaben des Städtischen Klinikums Karlsruhe sowie eigene Initiativen der Mitarbeiter.

Die Auswertung der Workshops zeigt Gemeinsamkeiten in der Arbeitsbelastung und in der Beurteilung der Arbeitsplatzgestaltung, aber auch signifikante Unterschiede. Insofern sind lebensphasengerechte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

In einer Mitarbeiterbefragung können alle Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Vorstellungen äußern.

Weitere Schwerpunkte des Projekts sind u. a. die weitere Verbesserung der Arbeitszeit- bzw. Kernzeitregelungen, die Verbesserung des Arbeitsklimas, der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder die Entwicklung von Stationspartnerschaften und -patenschaften zur Rotation, ein dauerhafter Arbeitsplatzwechsel sowie eine Individualberatung mit persönlicher Zielsetzung ab einem Alter von 47 bzw. 57 Jahren.

Zu jedem dieser Schwerpunkte wurden Arbeitsgruppen gebildet, die das Thema vertiefen und altersgruppenspezifische Lösungsmöglichkeiten erarbeiten sollen.

#### **Projektbeurteilung**

Es konnten für jede der Altersgruppen spezifische Probleme herausgearbeitet werden. Deutlich wurde aber auch, welche altersgruppenübergreifenden Belastungen existieren. Insofern wurde den Führungskräften verdeutlicht, dass für jede Lebensphase unter Umständen andere Dinge wichtig sind und sie entsprechend darauf zu reagieren haben.

## **4.4 Einführung der Zertifizierung nach Managementanforderungen der Berufsgenossenschaft**

In fünf Einrichtungen der Arbeitsgemeinschaften katholischer Krankenhäuser Rheinland-Pfalz und Saarland fand eine Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ein bestehendes Qualitätsmanagementsystem statt – nach den Managementanforderungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Arbeitsschutz (MAAS-BGW). Es wird im Rahmen einer Zertifizierung, z. B. nach den Verfahren der proCum Cert GmbH und der Kooperation für Transparenz und Qualifikatät im Gesundheitswesen (KTQ), alle drei Jahre parallel durch die Berufsgenossenschaft zertifiziert.

#### **Projektanlass**

- Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz u. a.
- Profilbildung als attraktiver Arbeitgeber

### Projektumsetzung

Im Rahmen eines Projekts wurde die Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ein bestehendes Qualitätsmanagementsystem in fünf Einrichtungen der Arbeitsgemeinschaften katholischer Krankenhäuser Rheinland-Pfalz und Saarland bearbeitet und umgesetzt. Die erste Zertifizierung im Rahmen des Projekts erfolgte im Krankenhaus Maria Hilf in Daun. Alle beteiligten Einrichtungen besaßen schon ein Qualitätsmanagementsystem und waren nach den Verfahren der proCum Cert GmbH plus KTQ oder nach dem Deutschen Institut für Normung (DIN EN ISO), zertifiziert.

Das Projekt wurde von einem Berater der Berufsgenossenschaft begleitet. Zu Beginn wurden interne Audits zum Thema Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit durchgeführt. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse wurden in gemeinsamen Workshops und Schulungen der fünf Einrichtungen bearbeitet. Teilnehmer dieser Schulungen



**Diözesan-Caritasverband Trier e. V. –  
Arbeitsgemeinschaften katholischer Krankenhäuser  
Rheinland-Pfalz und Saarland**

#### Ansprechpartner

Thomas Jungen  
E-Mail: [jungen-t@caritas-trier.de](mailto:jungen-t@caritas-trier.de)

#### Maßnahme

Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz

waren unter anderem die Beauftragten für Qualitätsmanagement, Sicherheitsbeauftragte, Mitarbeiter des Katastrophenschutzes, Hygienebeauftragte und Betriebsärzte. Kernpunkte der Schulungen und Workshops waren die Erarbeitung und Dokumentation von Verfahrensrichtlinien zum Thema Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, die in Qualitätsmanagement-Handbüchern festgehalten wurden. Diese Workshops hatten eine doppelte Funktion. Sie stellten einerseits eine Qualifizierungsmaßnahme für die beteiligten Mitarbeiter dar, andererseits boten sie ein Forum für einen einrichtungsübergreifenden Austausch.

Die erarbeiteten Inhalte und festgeschriebene Verfahrensrichtlinien zu den einzelnen Themengruppen wie Arbeitssicherheit, Gefährdungspotenzial und Gesundheitsfürsorge waren die Bausteine, um in den einzelnen Einrichtungen die Zertifizierungsreife für die zusätzliche Zertifizierung nach MAAS-BGW zu erreichen. Anschließend wurde vom externen Berater ein Abschlussaudit durchgeführt, um den Grad der Zertifizierungsreife festzustellen, aber auch um Verbesserungspotenziale rechtzeitig vor einer möglichen Zertifizierung erkennen und bearbeiten zu können.

Eine der fünf Einrichtungen konnte sich schon parallel zur Zertifizierung nach der proCum Cert GmbH und der KTQ nach MAAS-BGW zertifizieren, bei den anderen Einrichtungen stehen die Rezertifizierungen und damit die Doppelzertifizierung mit MAAS-BGW noch aus.

### Projektbeurteilung

Auch wenn der zeitliche und damit auch finanzielle Aufwand durch die benötigten Sitzungen des Lenkungsausschusses und vor allem durch Schulungen und Workshops beträchtlich waren, ziehen die Beteiligten eine positive Bilanz des Projekts. Ein schon gut aufgestelltes Konzept zum Thema Arbeitssicherheit konnte durch das Erstellen von Verfahrensrichtlinien noch ergänzt werden, Sicherheitslücken wurden erkannt und abgebaut. Qualifizierungsmaßnahmen zum Thema Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheit wurden parallel durchgeführt. Insgesamt konnte das Bewusstsein für diese Fragestellungen in den Einrichtungen neu belebt werden.

## 4.5 „GePP“ – Gesund Psychiatrisch Pflegen

Eine anonymisierte Arbeitsunfähigkeitsanalyse der Rheinessen-Fachklinik Alzey deckte das vermehrte Auftreten psychischer Erkrankungen in der Berufsgruppe der Pflegenden auf. Daraus entstand die Frage, was die Klinik als Arbeitgeber tun kann, um gesundheitsfördernd einzugreifen.

### Projektanlass

Eingebunden in die strategische Zielsetzung des Landeskrankenhauses (Anstalt des öffentlichen Rechts), dem Träger der Rheinessen-Fachklinik, die Attraktivität der Arbeitsplätze zu erhöhen, wurden der Bedarf und die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung analysiert. Eine anonymisierte Arbeitsunfähigkeitsanalyse der bei der Krankenkasse „AOK“ versicherten Mitarbeite-



### Rheinessen-Fachklinik Alzey

#### Ansprechpartner

Frank Müller, Pflegedirektor  
E-Mail: f.mueller@rfk.landestkrankenhaus.de

#### Maßnahme

„GePP“ – Gesund Psychiatrisch Pflegen. Gesundheitsförderung durch Etablierung gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen

rinnen und Mitarbeiter der Klinik deckte das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen in der Berufsgruppe der Pflegenden auf. Dies ist eine Beobachtung, die sich auch mit der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsgründe anderer Krankenkassen und anderer Einrichtungen deckt.

Daraus entstand die Frage: Gibt es arbeitsplatzbezogene Aspekte, die zur Entstehung dieser Erkrankungen beitragen und welche Veränderungsmöglichkeiten bestehen?

Da potenziell gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren wie häufige Veränderungsprozesse, Drei-Schicht-Arbeitssystem, Doppelhierarchie und Unterbrechungen im Arbeitsfluss nicht wesentlich zu verändern sind, lag das Hauptaugenmerk auf einem gesundheitsfördernden Ansatz, der sich an salutogenetischen Vorstellungen orientiert.

### Projektumsetzung

Die weitergehende Analyse zeigte, dass sich psychische Belastungen für die Beschäftigten häufig aus unklaren Verantwortungsbereichen und -zuordnungen sowie einer nicht ausreichend zielgerichteten internen Kommunikation ergeben.

In Anlehnung an arbeitspsychologische Erkenntnisse sollte das gesundheitsförderliche Potenzial genutzt werden, das in der Verfügbarkeit von Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen, in Verantwortungsübernahme und Partizipation steckt. Dazu wurde das in der Rheinessen-Fachklinik bereits vorhandene Bezugspflegesystem mit der Bezeichnung „RokoKom“ (Rollenverteilte kontinuierliche Kommunikation) genutzt. Kernelement dieses Systems ist die patientenbezogene Prozessbegleitung durch Personen aus dem Bereich der Pflege. Diese Prozessbegleitung erstreckt sich auf den gesamten Behandlungsverlauf. Der Prozessbegleiter erstellt die Pflegeplanung, kann für den Patienten multiprofessionelle Teambesprechungen einberufen und ist dort auch für die Vorstellung des Patienten zuständig. In der Regel fungiert eine Pflegeperson für drei bis vier Patienten als Prozessbegleiter.

Die Prozessbegleiter verfügen über eine dreijährige Krankenpflegeausbildung und sind vollzeitbeschäftigt. Ausschlaggebend für die Übertragung der Funktion



waren jedoch die persönliche Eignung und die Motivation der Mitarbeiter.

Als zentrale Größe zur Erreichung arbeitsförderlicher Strukturen wurde die Stationsleitungsebene identifiziert. Das heißt, den Ansatzpunkt des Projekts bildeten die Stationsleitungen. Diese wurden in einer fünftägigen Fortbildung für diese Aufgabe geschult und hatten zudem die Möglichkeit, sogenannte Coachingleistungen zur eigenen Unterstützung abzurufen.

#### Projektbeurteilung

Die Effekte dieses Projekts werden in einem Kontrollgruppendesign untersucht. Die Evaluationsergebnisse stehen noch aus.

## 4.6 3P – Pflege Dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekts wurde am Alice-Hospital in Darmstadt mit den professionell Pflegenden ein partizipativer Problemlösungsprozess entworfen, mit dessen Hilfe erfolgreich Gesundheitskompetenzen entwickelt werden können. Diese befähigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Belastungen zu erkennen und zu bewerten, daraus Strategien zu ent-

wickeln, ihre Wirksamkeit zu reflektieren und Gesundheitsroutinen abzuleiten. Ziel sind Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit.

#### Projektanlass

Gesundheitsförderung hat am Alice-Hospital in Darmstadt seit der Gründung der Klinik vor mehr als 125 Jahren einen hohen Stellenwert für die Zufriedenheit und zur Motivation der Mitarbeiter. Entsprechend wurden zahlreiche Maßnahmen über die Jahre hinweg entwickelt. Dies sind zum einen seit mehr als zehn Jahren betrieblich organisierte Maßnahmen der klassischen Gesundheitsförderung, zu denen Sportgruppen, Kurse zu Entspannungstechniken, die Vorhaltung eines Sportcenters sowie das Angebot einer individuellen Beratung durch einen betriebszugehörigen Gesundheitsberater zählen. Hausinterne Veranstaltungen wie die Gesundheitstage geben den Beschäftigten die Möglichkeit, sich über gesunde Lebensweisen zu informieren und weitere Angebote der Gesundheitsförderung kennenzulernen.



#### Alice-Hospital Darmstadt

##### Ansprechpartner

Manfred Fleck, Öffentlichkeitsarbeit/Marketing  
E-Mail: manfred.fleck@alice-hospital.de

##### Maßnahme

„3P – Pflege Dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln“. Partizipative Prävention in der Pflege als Teil eines Gesundheitsförderungskonzepts

Ein weiterer Aspekt zur Gesundheitsförderung bezieht sich auf eine gesunde Ernährung. 2007 hat deshalb das Klinikum als erstes Krankenhaus in Deutschland damit begonnen, seine Küche auf die Prinzipien der Slow-Food-Philosophie umzustellen.

Obwohl die Beschäftigten ein grundsätzliches Interesse an angebotenen Maßnahmen signalisieren, zeigt die Erfahrung, dass die Teilnahme an den bestehenden Angeboten, bezogen auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter, nur gering ausfällt. Gerade das Pflegefachpersonal als größte Berufsgruppe ist nicht nur hohen emotionalen Belastungen und unregelmäßigen Arbeitszeiten ausgesetzt. Parallel zu bewältigende Prozesse, Abweichungen vom geplanten Arbeitsalltag, Konflikte mit anderen Berufsgruppen und, seit Einführung des neuen Vergütungssystems, eine zunehmende Arbeitsverdichtung führen zu Überforderung, Stress und Unzufriedenheit, die eine geringe Verweildauer im Beruf und einen hohen Krankenstand nach sich ziehen.

Unter diesen Voraussetzungen entstand bei der Klinikleitung die Idee für einen neuen Ansatz der Gesundheitsförderung, der eine umfassende Anzahl der Mitarbeiter erreicht, den Umgang mit Stress- und Belastungssituationen verbessert und nachhaltig die eigene Gesundheit der Mitarbeiter sowohl im beruflichen Umfeld als auch im privaten Lebensbereich fördert und erhält.

### Projektumsetzung

„3P – Pflege dich selbst!“ ist ein vom BMBF gefördertes Forschungsprojekt zwischen den Projektpartnern Alice-Hospital Darmstadt, den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, der Hochschule RheinMain in Wiesbaden und dem schwedischen Unternehmen Fritz Change AB. Die Projektkonzeption geht von der Grundannahme aus, dass Pflegenden selbst eine geeignete Methode entwickeln können, mit der sie Gesundheit fördern und Stress im Alltag reduzieren. Dazu wurde gemeinsam mit Pflegenden einer Forschungsstation des Alice-Hospitals in einem Lern- und Entwicklungsprozess von zwei Jahren ein Konzept erarbeitet, das diese befähigt, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln. Das Konzept beruht auf zwei tragenden Säulen, den „Gesund-



heitshebeln“ und dem „Entlastungsprozess“. Die Gesundheitshebel verstehen sich als Kompetenzfelder, die für die Pflegearbeit als relevant zum Aushebeln oder Verändern von Belastungen empfunden werden. Sie können jederzeit ergänzt oder weiterentwickelt werden. Zu den sechs Gesundheitshebeln gehören „Prioritätensetzung“, „Handhabung von Abweichungen“, „Kommunikation und Zusammenarbeit“, „Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen“, „Handhabung von Qualitätsvorgaben“ und „Handhabung von Beanspruchung“. Der Entlastungsprozess ist die zentrale Methode zum partizipativen Lösen von Belastungssituationen im Team. In regelmäßigen Team- oder stationsübergreifenden Treffen werden aktuell als Belastung empfundene Situationen von den Mitarbeitern mithilfe einer Einstufungsskala erfasst, bewertet und anhand der Gesundheitshebel zugeordnet. Im nächsten Schritt des Entlastungsprozesses werden innerhalb des Teams Lösungsmaßnahmen erarbeitet und die Rahmenbedingungen für eine praktische Umsetzung festgelegt. Nach Erprobung des Lösungswegs im Arbeitsalltag wird dieser bei einem nächsten Treffen bewertet und gegebenenfalls entsprechend angepasst.

Der Entlastungsprozess ist nicht nur als Problemlösungsprozess zu sehen, sondern auch als Lernprozesses zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen. Die Beteiligten lernen, Belastungen frühzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden sowie den adäquaten Umgang mit Problemen, aber auch darüber hinaus neue Formen der Arbeitsgestaltung und eine offene Kommunikation untereinander und mit den anderen Berufsgruppen. Die Teilnahme an



den „Entlastungstreffen“ ist freiwillig und steht allen Mitarbeitern offen. Mithilfe einer Gesundheits-Scorecard können Präventionserfolge anhand von Indikatoren gemessen und ausgewertet werden.

Während des Projektverlaufs erfolgte die Übertragung des Konzepts in die Organisation phasenweise durch Einführung in unterschiedlich strukturierte Abteilungen und Einrichtungen. Speziell ausgebildete Gesundheitskoordinatoren sind für die Organisation und Durchführung der Entlastungstreffen innerhalb der Teams zuständig. Durch die Übernahme des Konzepts in das Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflegeschule werden auch Auszubildende an den Umgang mit Belastungssituationen herangeführt und entsprechend geschult.

#### **Projektbeurteilung**

Eine Beurteilung des Projektmanagement-Verfahrens in Form einer Evaluationsstudie erfolgte durch die Evangelische Fachhochschule Darmstadt. Als besonders erfolgreich ist die Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit im Pflegedienst seit Implementierung des Partizipationsansatzes zu sehen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Belastungen durch den Entlastungsprozess reduziert werden können und Belastungen als Teil der Arbeitssituation und nicht mehr als persönlicher Fehler empfunden werden. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass bei der Umsetzung des Entlastungsprozesses mit einfachen Themen und nicht mit konflikträchtigen Themen begonnen werden sollte, da eine mangelnde Bereitschaft anderer Berufsgruppen an der Lösung von Belastungssituationen besteht.

Durch die phasenweise Übernahme des Projekts in die Regelversorgung unterschiedlich strukturierter Abteilungen, konnte das Konzept zu einem einrichtungsunabhängigen Ansatz weiterentwickelt werden. Die Übernahme der Gesundheits-Scorecard in der Regelversorgung hat sich aufgrund ihrer Komplexität nicht durchgesetzt. Alle weiteren Anteile des Konzepts wurden jedoch erfolgreich in den Abteilungen implementiert.

Die Entwicklung partizipativer Verhaltensweisen und die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen setzt voraus, dass Entschei-

dungskompetenzen an die Mitarbeiter übertragen werden. Manfred Fleck, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit und Marketing am Alice-Hospital, betont, dass die Übertragung von der Geschäftsleitung und von Vorgesetzten gewünscht und bewusst erfolgen sollte. Nur wenn dieser Entscheidungsfreiraum den Beschäftigten eingeräumt wird, lässt sich das Konzept erfolgreich umsetzen.

## **4.7 Älter werden in der Pflege – Entwicklung und Erprobung betrieblicher Strategien**

Die langfristige Bewältigung der steigenden Anforderungen wird in Zukunft verstärkt mit alternden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht werden müssen. Schon heute gilt es aber, die Belastung der Mitarbeiter zu senken und die Akzeptanz dieser Mitarbeiter zu stärken. Auf einer Pilotstation des Gesundheitszentrums Evangelisches Stift St. Martin Koblenz, die aufgrund einer Altersstrukturanalyse ausgewählt worden ist, wurden Maßnahmen umgesetzt, um genau für diese beiden Problembereiche Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und umzusetzen.

#### **Projektanlass**

Am Anfang stand die Feststellung, dass die Mitarbeiter des Stiftungsklinikums Mittelrhein (SKM) mit 45,2 Jahren im Durchschnitt älter sind als die Beschäftigten der Partner-Krankenhäuser im bundesweiten CLINOTEL-Krankenhausverbund. Zusätzlich findet man die älteren Mitarbeiter gehäuft in bestimmten Bereichen bzw. Stationen des Krankenhauses. Allein im SKM in Koblenz werden die Patienten täglich von 330 Pflegekräften versorgt. Es fehlen Lösungen, wie die Beschäftigten länger leistungsfähig bleiben können. Aufgrund eines erwartbaren Rückgangs des Ausbildungsvolumens ist das Klinikum zudem auf die älteren Beschäftigten mehr denn je angewiesen. Bereits jetzt sind allerdings hohe Ausfallzeiten aufgrund der Arbeitsbelastungen zu verzeichnen.



**Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH –  
Gesundheitszentrum Evangelisches Stift  
St. Martin Koblenz**

**Ansprechpartnerin**

Renate Hülsmann, Koordinatorin für  
Gesundheitsförderung  
E-Mail: rhuelsmann@stiftungsklinikum.de

**Maßnahme**

Belastungsreduzierung in der Pflege, gesteigerte  
Wertschätzung für ältere Mitarbeiter

**Projektumsetzung**

Im Rahmen eines Pilotprojekts in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und dem Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) Nürnberg wurde eine Altersstrukturanalyse durchgeführt. Für das Projekt wurde eine Station ausgewählt, deren Mitarbeiter einen Altersdurchschnitt von 50 Jahren haben und durch die interdisziplinäre Belegung mehrerer Fachabteilungen besonderen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. Das Projekt wurde von einem Steuerkreis koordiniert, der aus Mitgliedern des Arbeitskreises Gesundheit des SKM und den Kooperationspartnern von BGW und f-bb bestand. Gefördert wurde das Projekt von der Robert Bosch Stiftung.

Zentrales Anliegen der Projektverantwortlichen war es, Lösungen für die Bewältigung steigender Arbeitsanforderungen bei alternden Belegschaften zu finden. Neben der

Sensibilisierung der Führungskräfte und der Ärzte stand die Senkung physischer und psychischer Belastungen durch die Erhöhung von Handlungskompetenzen der Pflegenden im Fokus. Dabei sollte durch das partizipative Vorgehen bei Problemanalyse und Maßnahmenableitung die Motivation der Mitarbeiter steigen und die Kommunikation zwischen Führungskräften und Pflegenden verbessert werden.

Als Auftakt wurde in einem Mitarbeiter-Workshop, unter Ausschluss der Führungskräfte, eine demografiebezogene Arbeitssituationsanalyse durchgeführt. Dabei wurden besondere Probleme bei der Arbeitsorganisation und dem Führungsverhalten der Vorgesetzten festgestellt. Aus diesen Ergebnissen wurden Ziele für die Pflegekräfte und für die Gruppe der Führungskräfte und Ärzte abgeleitet.

Als Ergebnisse des Projekts wurden „Klinikgespräche“ von Pflegedienstleitung, Stationsleitungen, Ärztlichem Dienst und evtl. der Pflegedirektion etabliert. Aus den formulierten Zielen wurden weitere Maßnahmen entwickelt, die Änderungen in z. B. der Arbeits- und Ablauforganisation, Organisationsstruktur, Aufgabenteilung und Patientenaufnahme/Case Management beinhalteten. Unter den durchgeführten Maßnahmen für das Pflegepersonal findet man z. B. Anschaffen von Trage- und Transporthilfen, individuelle physiotherapeutische Schulungen zur Lagerung und zum Heben von Patienten, regelmäßige Gesundheitsgespräche („Dialog Gesundheit“) über u. a. Gesundheitsverhalten, Arbeitsbelastung und Stressbewältigung und spezielle Fortbildungen, z. B. zum Thema Burn-out. Im Rahmen des „Dialog Gesundheit“ erhielten die Pflegekräfte das Angebot eines 20-minütigen Physio-Checks durch eine Physiotherapeutin und Sportwissenschaftlerin. Die Ergebnisse fließen in ein darauf folgendes Ergonomicoaching mit den Mitarbeitern der Station ein. So kann eine Anleitung ergonomischer Arbeitshaltungen und Bewegungen – z. B. beim Umlagern, Mobilisieren und Bettenschieben – auf Grundlage der persönlichen körperlichen Voraussetzungen durchgeführt werden.

Zusätzlich sind Schulungen für die Leitungsebene beispielsweise im Bereich Gesundheitsgespräche, veränderte Arbeitsorganisation oder Sensibilisierung des Führungs-

verhaltens geplant. Erkenntnisse aus den Umsetzungen werden auf weitere Stationen übertragen. Längerfristig ist geplant, die Maßnahmen demografieabhängig bei Bedarf auf anderen Stationen einzusetzen.

Durch ein übergreifendes Personalmanagement wird unter dem Titel „SKM-life“ ein lebensphasenorientiertes Karriere- und Entwicklungsmodell für die Mitarbeitenden eingeführt. Das Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitsgespräche wird Bestandteil der Ziel- und Fördergespräche sein. Im „Leitfaden Gesundheit“ sind Methoden guter Praxis, Toolboxes und Handlungshilfen allen Führungskräften und Mitarbeitenden zugänglich. Expertenteams aus Physiotherapie, Sportwissenschaft, Ergotherapie, Psychologie, Arbeitsschutz und Medizin können bei Bedarf von den Führungskräften zur Umsetzung von Maßnahmen hinzugezogen werden. Für die Identifizierung hoch belasteter Bereiche stehen Gefährdungsbeurteilungen zu psychosozialen und körperlichen Belastungen sowie Ergebnisse aus regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen zur Verfügung. Für die frühzeitige Identifizierung von körperlichen und psychischen Belastungen werden die Intervalle betriebsärztlicher Untersuchungen ab 40 Jahren verkürzt und zusätzliche Instrumente zur objektiven Erfassung der empfundenen Arbeitsbelastung wie Arbeitbewältigungsindex (ABI) bzw. Work Ability Index (WAI) eingesetzt.

#### Projektbeurteilung

Die erfolgreiche Identifikation personalpolitischer Risiken durch die Untersuchung ist insbesondere wichtig für das zukünftige Personalmanagement der Klinik. Die



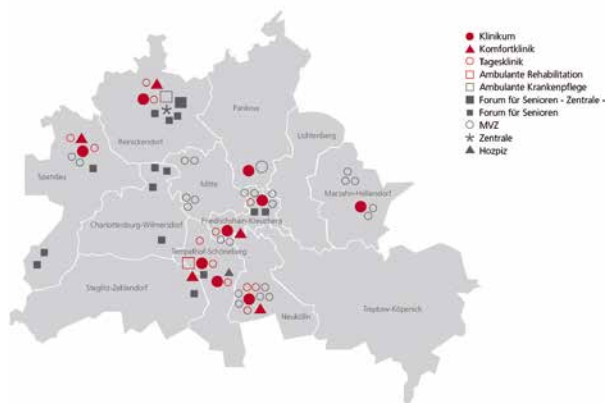
Entwicklung organisatorischer Verbesserungsstrategien und die Sensibilisierung der Führungskräfte zur Demografie-Thematik sind bereits auf einem guten Weg. Besonderer Einsatz ist noch bei der Stärkung individueller Handlungskompetenz bei den Pflegekräften im Umgang mit Belastungen und der Motivationsförderung bei Pflegekräften erforderlich. Als besonders gelungen zu betrachten ist vor allem die Wertschätzung, die das Pflegepersonal in Bezug auf seine Arbeit und Person durch dieses Projekt erfahren hat. Wichtig ist auch der besondere Einblick, den der Ärztliche Dienst in die Ressourcen und Belastungen des Teams erhalten hat. Das Image und die Attraktivität der Station für Nachwuchskräfte konnten verbessert werden. Nun müssen geeignete Maßnahmen und Hilfestellungen entwickelt und bereitgestellt werden, um die Nachhaltigkeit der Umsetzungen sicherzustellen. Es war wichtig mit externer Unterstützung zu arbeiten, weil dadurch die Aufmerksamkeit für das Projekt, das Commitment und die Akzeptanz größer ist.

## 4.8 demogAP: Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege

Durch die soziodemografischen Entwicklungen werden die Anzahl der kranken Menschen und die Zahl der Ein-Personen-Haushalte steigen. Dies zieht einen erhöhten Pflegebedarf nach sich. Dem steht eine sinkende Zahl von potenziellen Auszubildenden in Pflegeberufen und eine alternde Belegschaft gegenüber. Ziel ist es, eine praktische und anwendungsorientierte Handlungshilfe zu entwickeln, die den Kliniken eine systematische Förderung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht.

Das Projekt: demogAP „Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege“ ist ein Projekt des Förderschwerpunkts „Demografischer Wandel in der Pflege – Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften“ im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Es wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und fachlich

#### Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin



#### Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

##### Ansprechpartner

Thorsten Rosenbäck, Projektkoordinator/Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
E-Mail: thorsten.rosenbaeck@vivantes.de

##### Maßnahme

Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege (demogAP) – Nachhaltige und breitenwirksame Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung einer langen Beschäftigungsfähigkeit in Pflegeberufen

begleitet durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Der Projektnehmer ist die Technische Universität Dresden, Institut für Technische Logistik und Arbeitssysteme. Der Projektnehmer erarbeitet zusammen mit drei Unternehmen, die über Expertise auf dem Feld der Förderung von Beschäftigungsfähigkeit in der Pflege verfügen, die Konzeption angestrebter Produkte.

Diese angestrebten Produkte sind:

- Ein Analyseinstrument zur qualifizierten Bewertung der demografischen betrieblichen Situation mit Handlungsempfehlungen („DemoCheck Pflege“).
- Eine Zusammenstellung von bewährten Werkzeugen, Handlungsempfehlungen, Maßnahmen und Best-Practice-Beispielen zur demografiefesten Arbeitsgestaltung in der Pflege („Toolbox“).

- Qualifizierung von Unternehmensangehörigen zu Multiplikatoren, die im Rahmen des Projekts spezifisches demografisches Know-how und Methodenkompetenz erwerben (Ausbildungskonzept „Demografie- und GesundheitsCoach Pflege“).
- Handlungsempfehlungen für demografiesensible Tätigkeiten und Arbeitsumgebungen in der Pflege (Demografiegerechte Tätigkeitsprofile).
- Bestehende Konzepte der Arbeitslogistik in Unternehmen der Pflege werden für die Aufnahme in die Toolbox erweitert und angepasst (Modulare Umsetzungsbausteine zur demografiegerechten Arbeitsgestaltung).

Die Toolbox in Verknüpfung mit dem DemoCheck soll perspektivisch in ein computergestütztes Programm umgewandelt und allen pflegenden Gesundheitseinrichtungen in der Bundesrepublik zur Verfügung gestellt werden. Die wissenschaftlichen Projektpartner sind neben der konzeptionellen Arbeit auch mit der Unterstützung und wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzungsphase bei den drei beteiligten Pflegeeinrichtungen betraut. Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH ist der Praxispartner aus dem Bereich der Krankenhauspflege.

##### Projektanlass

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist bei der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH schon lange Thema. Sie ist Mitglied in der „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ und kann eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen vorweisen. Bisher gibt es unter anderem Projekte wie Deeskalationstraining für Rettungsstellen und psychiatrische Kliniken, das Projekt „Rücken aktiv für Pflegende“, bei dem es um ihre Haltung zu ihrem Beruf und um eine aktive Herangehensweise an ihre berufliche Situation geht, wie z. B. einen bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit, Selbsthilfeverhalten und dem Erlernen von gezielten Techniken. Es gibt Angebote zur Stressprophylaxe, Unterstützung im Fitnesscenter, Betriebssportgruppen, einen Projektbereich zur gesunden Ernährung und ein Seminar, welches sich gezielt an Mitarbeiter ab 50 Jahren richtet. Außerdem wird großer Wert auf die Schulung der Führungskräfte gelegt. Durch die Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Berlin und der Techniker Krankenkasse gelingt es der Vivantes Netzwerk

für Gesundheit GmbH, diese Maßnahmen in größerem Umfang zu gestalten und gleichzeitig externes Know-how zu integrieren.

Das Thema Demografie wurde in den letzten Jahren immer wichtiger. Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH hat in der Berufsgruppe der Pflegenden einen Altersdurchschnitt von 44 Jahren. Damit stellt sich die Frage, wie es möglich ist, dass Pflegenden, die im Schichtdienst arbeiten, in der Lage sind, bis zum 65. bzw. bis zum 67. Lebensjahr zu arbeiten. Trotz eines hohen Problembewusstseins im Unternehmen gibt es noch nicht ausreichend befriedigende Lösungen, mit dieser Problematik umzugehen.

#### **Projektumsetzung**

Im Unternehmen der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH gibt es eine breite Unterstützung von der Geschäftsführung für das Projekt.

Auf der Arbeitsebene wurden drei Pilothäuser ausgewählt. Pro Klinik wurde die Stelle eines sogenannten Demografie- und Gesundheitscoaches (DGC) ausgeschrieben. Diese Stellen sind auf die Projektzeit von zwei Jahren befristet. Es wurden Mitarbeiter ausgesucht, die die Strukturen des Unternehmens kennen.

Diese DGC wurden nun gemeinsam mit den DGC der anderen Praxispartner geschult. Die DGC haben die Aufgabe, den Prozess der Umsetzung auf der Basis des mit der Direktionsebene und dem Controlling durchgeführten DemoChecks auf den Stationen zu begleiten. Die



Maßnahmen und Handlungsempfehlungen werden in vorhergehenden Workshops, gemeinsam mit den Mitarbeitern anhand der Analyse von Unterstützungsmöglichkeiten des Unternehmens und der Toolbox erarbeitet. Sie sind also bei der Überprüfung der Praxistauglichkeit und der Entwicklung der Instrumente maßgeblich beteiligt.

Als Ansprechpartner für das Stationsteam und für die Leitung der Station sind sie Kommunikatoren zu den Leitungsebenen bis hin zum Lenkungsausschuss. Hierzu steht ihnen eine Kerngruppe mit multiprofessioneller Besetzung aus den Bereichen Personalentwicklung/Changemanagement, Betriebsärztlichem Dienst, Pflege- und Betreuungsmanagement, der Mitarbeitervertretung und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter als unterstützendes Gremium zur Seite.

Der DemoCheck ist aufgeteilt in zwei Bereiche, der eine Bereich ist ein reiner Kennzahlenteil, der andere ist ein reiner Fragenteil, der schwerpunktmäßig an die Führungsebene gerichtet war. Der Fragenteil hat vier große Handlungsbereiche: Führung/Kommunikation, Personalentwicklung, Arbeitsorganisation und betrieblicher Gesundheitsschutz. Konkret werden hier Fragen zu den Belastungen der Mitarbeiter gestellt, zur Heranführung von Mitarbeitern – wie werden sie beworben, wieweit kann berücksichtigt werden, dass es eine gute Altersverteilung in den stationären Bereichen gibt –, aber auch Fragestellungen zur Führungskultur und Arbeitsorganisation. Im Verlauf des Projekts wurde dazu übergegangen, die Mitarbeiter direkt mit einzubeziehen und zu befragen.

In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass dieses Demografieprojekt nicht ausschließlich auf den Aspekt älterer Mitarbeiter auszurichten ist. Es müssen alle Mitarbeiter angesprochen werden, da es in gewisser Weise darum geht, einen Grundsatz zu vermitteln, dass jeder einzelne Mitarbeiter etwas für die eigene Arbeitszufriedenheit tun muss.

Zwischen den Projektpartnern, also den verschiedenen Begleitunternehmen, und den Praxispartnern findet ein regelmäßiger Austausch statt, welcher von der übergeordneten Steuerungsgruppe der Technischen Universität Dresden organisiert wird.

### Projektbeurteilung

Die gesamte Maßnahme wird auf unterschiedlichen Ebenen evaluiert. Neben einer regelmäßigen internen Evaluation findet zum gesamten Förderschwerpunkt auch eine durch die BAuA beauftragte externe Evaluation statt. Auf der Ebene des gesamten Projektverlaufs wird die Zufriedenheit der Praxispartner, inklusive der DGC, erfragt. Die ausgebildeten Demografie- und Gesundheitscoaches der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH sind hoch motiviert, nach ihrer abgeschlossenen Ausbildung nun in die praktische Umsetzung und Entwicklung der Instrumente einzusteigen.

Auf der Ebene der Instrumente wird durch regelmäßige Evaluation analysiert, wo Anpassungsbedarf besteht. Bisher wurde der DemoCheck über einen Prätest in einer Klinik der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH erfolgreich evaluiert.

Eine hohe Bedeutung hat der Erfahrungsaustausch der Praxispartner im Rahmen der gemeinsamen Ausbildung der DGC und während der Treffen der übergeordneten Steuerungsgruppe, gerade wegen der unterschiedlichen Praxisfelder von Krankenhauspflege, Heimpflege und ambulanter Pflege, was als sehr bereichernd erlebt wird.

## 4.9 FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege

### Projektanlass

Seit ungefähr vier Jahren besteht ein umfassendes Bewegungsprogramm im Universitätsklinikum Freiburg. Bei diesem Programm wird pro Station aus den Reihen der Pflegenden ein Bewegungstrainer geschult, der in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Physiotherapeuten die Bewegungsabläufe der Patienten analysiert und entsprechende physiologische Unterstützung der Pflegenden mit allen Mitarbeitern der Station einübt. Zusätzlich haben alle Beschäftigten des Universitätsklinikums Freiburg die Möglichkeit, sich in berufsbezogenen Fragen Unterstützung in Form von Supervision, Coaching und arbeits- und organisationspsychologischer Beratung



### Universitätsklinikum Freiburg

#### Ansprechpartnerin

Jorun Thoma, Projektkoordinatorin FRESH  
E-Mail: jorun.thoma@uniklinik-freiburg.de

#### Maßnahme

FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege. Gemeinsames Präventionsprogramm des Freiburger Universitätsklinikums und der Deutschen Rentenversicherung Bund

zu holen. Der Supervisionsdienst wirkt darüber hinaus auch in der Konzeption und Gestaltung guter Arbeits- und Rahmenbedingungen mit. Durch Rückmeldungen dieses Supervisionsdienstes wurde festgestellt, dass es zusätzlich zu dem Bewegungsprogramm, welches auf die körperlichen Belastungen der Pflegenden reagiert, einen Bedarf an Unterstützung gibt, der auf die psychischen Belastungen der Pflegenden eingeht.

### Projektumsetzung

Nachdem es zu einem Kontakt zwischen dem Freiburger Universitätsklinikum und der Deutschen Rentenversicherung Bund gekommen ist, wurde schnell deutlich, dass das Anliegen des Klinikums gut mit dem Rahmenkonzept zur Prävention der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammenpasst. Innerhalb dieses Rahmenkonzepts mit dem Titel „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern – Betsi“ bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund Arbeitnehmern einen teilstationären Aufenthalt in einer Verbundklinik an, um frühzeitig und vorbeugend

auf eine drohende Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe im Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit eingehen zu können.

In einer Arbeitsgruppe wurden nun bereits bestehende Präventionsangebote des Klinikums mit dem spezifischen Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zusammengeführt und ein passgenaues Präventionsangebot für die Pflegenden entwickelt. Als Kooperationspartner konnte das Rehazentrum Bad Dürrenheim, Klinik Hüttenbühl, eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bund gewonnen werden. Zum konkreten Präventionskonzept „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse - GUSI“ der Deutschen Rentenversicherung Bund, welches auf dem Rahmenprogramm „Betsi“ aufbaut, gehören spezielle arbeitsmedizinische und persönlichkeitspsychologische Tests, die vor und nach der entsprechenden Intervention durchgeführt werden.

Auf der Ebene der Intervention wurden folgende Komponenten zusammengefügt: Hinführung zu einem individuell angepassten Ausdauertraining, Körperwahrnehmungsübungen, Entspannungsverfahren, Anleitung zum richtigen Heben und Stärken der Rückenmuskulatur, Anleitung zu gesunder, genussvoller Ernährung und das Erlernen einer besseren Selbstregulation durch Erarbeitung eines für die Teilnehmer passenden persönlichen Haltungsziels auf der Grundlage eines ressourcenorientierten Selbstmanagement-Trainings mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM). Dieses persönliche Haltungsziel integriert sowohl bewusste Handlungsmotive als auch unbewusste Bedürfnisse und hilft den Teilnehmern,



selbstgesetzte Ziele auf der Handlungsebene in Beruf und Alltag auch umzusetzen. Wesentlich hierfür ist die Steigerung der Selbstwirksamkeit, die neben der Ressourcenorientierung die Handlungsfähigkeit und den Handlungsspielraum der Teilnehmer im Sinne eines „Selbstmanagements“ erweitert.

Organisatorisch besteht das Programm aus verschiedenen Phasen, wobei die teilstationäre Phase in der Klinik Hüttenbühl im Zentrum steht. Die Teilnehmer sind gemeinsam in einem Hotel untergebracht und gehen zu den Anwendungen in die Klinik. Die Pflegenden werden hierfür vom Arbeitgeber freigestellt, finanziert werden die Anwendungen samt der Unterbringung im Hotel von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bei der anschließenden Verstetigungsphase im Universitätsklinikum werden sieben Folgetermine angeboten. Das Ziel dieser Phase ist es, das Erlernte aus der teilstationären Phase in den Alltag einzubauen und unter Anleitung weiter daran zu arbeiten. Hierbei geht es sowohl um eine Vertiefung der Selbstmanagementkompetenzen als auch darum, arbeitsplatznah und zusammen mit den anderen Gruppenmitgliedern und Kollegen in Bewegung zu bleiben.

Um an diesem Programm teilnehmen zu können, müssen sich die Pflegenden bei der extra für dieses Programm eingerichteten Koordinierungsstelle des Freiburger Universitätsklinikums schriftlich bewerben. Von einem kleinen Gremium wird überprüft, ob die Arbeitnehmer, die sich beworben haben, für das Programm in Frage kommen. Die Pflegenden müssen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund versichert sein, und es kann nur ein Pflegender einer Station pro Gruppe teilnehmen. Pflegende aller Hierarchiestufen können gleichermaßen teilnehmen. Bei einer körperlichen Untersuchung und einem Gespräch durch den Betriebsarzt wird die Leistungsfähigkeit und eine Präventionsfähigkeit überprüft, da eine gewisse körperliche Fitness Voraussetzung für das Programm ist. Da es sich um ein Präventionsprogramm handelt, dürfen noch keine massiven gesundheitlichen Beschwerden vorliegen. Bei einem Vorbereitungstermin in der Klinik Hüttenbühl werden zusätzlich die arbeitsmedizinischen und persönlichkeitspsychologischen Tests durchgeführt. Pro Durchlauf können 12 bis 15 Pflegende teilnehmen.

### Projektbeurteilung

Die Kooperation wird insgesamt als sehr gelungen betrachtet.

Das Zusammenführen der verschiedenen Vorstellungen der Kooperationspartner war nicht immer einfach, aber gelang letztendlich.

Dass die Teilnehmenden gemeinsam in einem Hotel untergebracht sind, stellte sich als sehr positiv heraus, dadurch ergab sich die Möglichkeit, dass sich die Teilnehmenden besser kennen lernen konnten.

Das Programm wurde verschiedentlich beworben und für die erste Gruppe, die von Januar bis Mai 2011 stattfand, haben sich ausreichend Pflegende angemeldet.

Eine wissenschaftliche Evaluation wird momentan vorbereitet.

## 4.10 Altersgerechtes Personalmanagement

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden entschied sich bei dem Projekt „Altersgerechtes Personalmanagement“ aktiv mitzuarbeiten, um sich dem dringlichen Thema demografischer Wandel zu stellen, nachdem die Küpper Sozialforschung 2010 an die Klinik herangetreten war. Die aktive Beteiligung der Zielgruppe, weibliche Mitarbeiter ab einem Alter von 50 Jahren („50+“), war Bestandteil des Projekts.

### Projektanlass

Der prozentuale Zuwachs älterer Beschäftigter ist in den neuen Bundesländern besonders hoch. Sachsen hat den zweithöchsten Altersdurchschnitt aller Bundesländer. Um die Bereitschaft und Fähigkeit älterer Mitarbeiterinnen zu erhöhen, bis zum Rentenalter erwerbsfähig zu bleiben, beteiligte sich das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an einem mehrschichtigen Projekt, das nicht nur die Zielgruppe 50+ mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Qualifizierung direkt anspricht, sondern auch die Leitungsebenen für die Frage altersgerechter Arbeitsbedingungen sensibilisiert.



### Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

#### Ansprechpartner

Dr. Thomas Hurlebaus, Leiter Geschäftsbereich Personal  
E-Mail: bianca.benjak@uniklinikum-dresden.de  
(Sekretariat)

#### Maßnahme

Altersgerechtes Personalmanagement: Weibliche Beschäftigte 50+ in belastungsintensiven Berufen

### Projektumsetzung

Im ersten Schritt wurde eine Steuerungsgruppe aus Vertretern der Personalabteilung, der Pflegedienstleitung, der Weiterbildungsstätte, des Betriebsärztlichen Dienstes und der Gleichstellungsbeauftragten gebildet. Das Projekt wurde maßgeblich durch den Vorstand des Universitätsklinikums sowie durch den Personalrat unterstützt und gefördert. Zu Beginn des Projekts wurde eine Altersstrukturanalyse erstellt, eine Ausgangsanalyse eruierte die schon bestehenden gesundheitsfördernden Angebote. Anhand dieser Erkenntnisse entwickelte die Steuerungsgruppe erste gezielte Maßnahmen, wie z. B. Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen für diese Thematik und zum Ausbau gesundheitsfördernder Konzepte. Gesundheitsförderung wurde in einem umfassenden Sinn verstanden. Neben klassischen Angeboten (Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, Ernährungseminare etc.) wurde auch die Dienstplangestaltung, die Unternehmenskultur und das intergenerationelle Wissensmanagement als Teil der Gesundheitsförderung interpretiert.



Der teilpartizipative Ansatz des Projekts sah vor, weiterführende Maßnahmen in Arbeitsgruppen zu erarbeiten. Hierfür wurden nun die Mitarbeiter 50+ in das Projekt einbezogen: Im Mai 2011 wurde eine Ideenwerkstatt veranstaltet, bei der von den Beteiligten Ideen entwickelt wurden, die sich teilweise mit denen der Steuerungsgruppe deckten und teilweise neu waren. Aus dem Ideenpool wurden einzelne Vorschläge ausgewählt und direkt umgesetzt, andere mit Mitarbeitern 50+ in berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen weiterverfolgt. Themen der Arbeitsgruppen waren: Altersgerechte Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote, Altersgerechte Mitarbeitergespräche, Arbeitsklima und Unternehmenskultur und gesundheitsfördernde Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung. Bei einer Abschlussveranstaltung wurden die Ergebnisse den Mitarbeitern präsentiert.

#### Projektbeurteilung

Das Gesamtprojekt wurde gut von den Mitarbeitern angenommen, jedoch war die Beteiligung der Mitarbeiter 50+ nicht so rege wie erwartet. Anfangs beteiligten sich ca. 35 Frauen an den Arbeitsgruppen, gegen Ende erhöhte sich die Zahl. Verschiedene Ideen sind schon in der Umsetzung. Dazu gehören zusätzliche Angebote im klinikumseigenen Gesundheitszentrum oder spezifische Qualifizierungsangebote. Der intergenerationelle Erfahrungsaustausch mittels eines Mentoringprogramms konnte nicht erfolgreich umgesetzt werden. Eventuell hätte dieses Programm einer besonderen klinikumsinternen Begleitung bedurft.

Die Mitarbeiter, die sich in den Arbeitsgruppen engagierten, erlebten einen persönlichen Gewinn. Sie wurden ernst genommen, gehört und fassten mit der Zeit Mut, ihre Sichtweisen einzubringen.

Zu einer Abschlussveranstaltung wurden Mitarbeiter eingeladen, die bisher nicht in die Arbeitsgruppen involviert waren, sie fungierten als Kontrollgruppe bei der Überprüfung des Bekanntheitsgrades des gesamten Projekts. In Gruppengesprächen wurde das Projekt reflektiert. Es stellte sich heraus, dass der Bekanntheitsgrad der umgesetzten Maßnahmen auch in der Kontrollgruppe hoch war.

Zusammenfassend zeigte sich, dass es einer Vielzahl von Maßnahmen bedarf, um ein altersgerechtes Personalmanagement zu entwickeln und zu etablieren. Der teilpartizipative Ansatz erwies sich als sehr fruchtbar. Eine systematische Evaluation steht noch aus.

## 4.11 Entwicklung von Demografiestabilität durch Lernen im Team vor Ort

Eingebettet in einen ausführlichen Strategieprozess der Geschäftsführung und der oberen Leitungsebene hat sich das Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie AdÖR in Klingenmünster entschlossen, ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einzuführen.



### Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie AdÖR, Klingenmünster

#### Ansprechpartnerin

Birgit Fuchs, Einrichtungsleiterin der Einrichtung  
„Betreuen – Fördern – Wohnen“  
E-Mail: infobfw@pfalzklitorium.de

#### Maßnahme

Zukunftsfähigkeit der Arbeit am Pfalzklitorium,  
betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

### Projektanlass

2007 wurde in Zusammenarbeit mit der Technischen Beratungsstelle Rheinland-Pfalz im Rahmen des Projekts „Demografiestabiles Pfalzklitorium“ eine umfangreiche Altersstrukturanalyse durchgeführt. Aufgrund des demografischen Wandels werden 2018 im Pfalzklitorium mindestens 50 % der Belegschaft über 50 Jahre alt sein, die über 60-Jährigen werden mit ungefähr 10 % vertreten sein (bisher mit ca. 0,1 %). Der Vorstand entschloss sich daraufhin, zwei Prozesse zu starten: Der Prozess „Lernen lernen“ wurde Bottom-up angestoßen, die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde Top-down begonnen.

Das Pfalzklitorium, auf 13 Standorte verteilt, ist ein Verbund von sehr unterschiedlichen Einrichtungen. Dazu gehören u. a. die stationäre Akutpsychiatrie, Tagesstätten und ambulant betreute Wohnangebote. Da sich die Einrichtungen teilweise stark unterscheiden, sollte ein flexibles betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt werden, welches auf die einrichtungsspezifischen und teamspezifischen Gegebenheiten eingehen kann. Aus dem Projekt „Lernen lernen“ erwuchs die Erkenntnis, dass es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders wichtig ist, im Team vor Ort zu lernen. Für das BGM bedeutet dies, einen Ansatz zu entwickeln, der der Vielfalt im Team Rechnung trägt und nicht nur die Gruppe 50+ umfasst.

Jenseits des Teamansatzes ist die Möglichkeit zu individueller Fortbildung weiterhin gegeben.

### Projektumsetzung

Zur Entwicklung von Strukturen zum gewünschten Lernen im Team, wurden in einem ersten Schritt in allen Einrichtungen BGM-Beauftragte ernannt. Je nach Größe der Einrichtung variiert die Anzahl der BGM-Beauftragten bisher zwischen zwei und drei Personen. Die Funktion der BGM-Beauftragten wird von Personen „der Basis“ übernommen. Zur besseren Akzeptanz und aufgrund der internen Kenntnis von Problemstellungen wurden bewusst keine Führungskräfte für diese Aufgabe ausgewählt. Diese ca. 20 BGM-Beauftragten bilden eine eigene Fachgruppe, welche von der Mitarbeiterin für das Gesundheitsmanagement geleitet wird. Die

Fachgruppe bildet den Rahmen, innerhalb dessen die BGM-Beauftragten ihre Rolle und Aufgaben reflektieren und weiterentwickeln können. Zielsetzung ist, dass die BGM-Beauftragten nach einer gezielten Qualifizierung in den einzelnen Bereichen Gesundheitszirkel leiten. In den Gesundheitszirkeln soll nach dem salutogenetischen Ansatz gearbeitet werden, Arbeitsprozesse sollen reflektiert und Einflussmöglichkeiten eruiert werden. Beim Kampagnenstart im Mai 2012 wurden ca. 550 Mitarbeiter in kleinen Veranstaltungen in den einzelnen Einrichtungen über das BGM informiert. Im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds geförderten Projekts werden die BGM-Beauftragte, Führungskräfte und Mitarbeiter zu Themen der Gesundheitsförderung weitergebildet.

### Projektbeurteilung

Die Rückmeldungen der Beteiligten (BGM-Beauftragte, Mitarbeiter, Führungskräfte) sind breit gefächert. Die Ersteinschätzung reicht von Zuversicht und der Bereitschaft, sich auf den Prozess einzulassen über Angst vor Überforderung bis hin zu Zweifeln, ob über diesen Weg tatsächlich nachhaltige Veränderungen erreicht werden können. Es fanden sich schnell Mitarbeiter für die Aufgabe der BGM-Beauftragten. Eingebettet in einen übergreifenden Strategieprozess der Geschäftsführung wird der BGM-Prozess von der oberen Führungsebene unterstützt. Das Konzept der nachhaltigen Implementierung des BGM ist momentan noch nicht evaluiert. Sein Erfolg hängt von der Beteiligungsquote sowie von der Erarbeitung gesundheitsförderlicher Strukturen ab. Der Kampagnenstart war insofern sehr erfolgreich, als dass ca. 550 Mitarbeiter bei Informationsveranstaltungen erreicht wurden.



## 4.12 Bildung eines Teams mit Young Nurses

Zum 1. April 2012 wurden auf zwei Stationen des Zentrums für Behindertenmedizin des Krankenhauses Mara, einem Standort des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, zwei generationenspezifische (Pflege-)Teams gebildet. Das Team der einen Station wurde ausschließlich mit jungen Pflegenden besetzt, das Team der anderen Station mit älteren Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Die Entwicklung von lebensphasengerechten Arbeitsbedingungen erfordert eine Vielfalt an Ideen und Vorgehensweisen. Bei diesem Modell handelt es sich um ein Beispiel, das insbesondere die junge Generation in den Blick nimmt.

### Projektanlass

Vor dem Hintergrund der Beobachtung, dass innerhalb einer kurzen Zeit drei junge, gerade examinierte Pflegefachpersonen das Haus verlassen wollten, suchte der Pflegedirektor nach neuen Wegen, um jungen Pflegenden ein attraktives Arbeitsumfeld anzubieten. Wie in anderen Krankenhäusern auch, fehlt im Krankenhaus Mara auf vielen Stationen der Mittelbau, also Pflegenden im Alter zwischen 35 und 45 Jahre. Manche Stationen sind altersmäßig gut durchmischt, auf anderen sind die meisten oder teilweise sogar alle Pflegemitarbeiter über 50 Jahre alt. Auch wenn im Krankenhaus Mara kein offener Konflikt entstand, prallen doch oftmals Welten aufeinander, auf der einen Seite die erfahrenen Pflegepersonen, im Alter ab 47 Jahren, auf der anderen Seite die junge Generation. Die unterschiedlichen Lebenswelten zeigen sich u.a. in den Vorstellungen zur Teampflege (z. B. Kegeln versus Besuch eines mexikanischen Restaurants). Das Evangelische Krankenhaus Bielefeld bietet verschiedene Aktivitäten der Gesundheitsförderung und flexible Arbeitszeiten, um es älteren Pflegenden zu erleichtern, im Beruf zu bleiben. Neu sind nun Überlegungen zum Thema: Wie können Pflegenden, die der jungen Generation angehören, gehalten werden? Auf der Grundlage einer Literaturrecherche fanden sich vielversprechende Projekte im Ausbildungssektor, in denen Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und -schüler für eine begrenzte Zeit eine Station leiten. Eine Beschreibung



**Bodenschwingsche Stiftungen Bethel –  
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH  
und Krankenhaus Mara gGmbH Bielefeld**

### Ansprechpartner

Christoph Schmidt, Pflegedirektor  
E-Mail: susanne.grosse@evkb.de (Sekretariat)

### Maßnahme

Bildung eines Teams mit Young Nurses

eines Projekts, bei dem Young Nurses dauerhaft ein Stationsteam bilden, wurde nicht gefunden. Trotz einiger offener Fragen, wurde die Idee, eine Station nur mit jungem Pflegepersonal zu besetzen, umgesetzt. Aus zwei durchmischten Teams zweier Stationen der Behindertenmedizin sollte ein Team mit erfahrenen und eines mit jungen Mitarbeitern gebildet werden.

### Projektumsetzung

Nachdem die Entscheidung zu diesem Projekt gefallen war, fand – als noch zusätzliches Pflegepersonal benötigt wurde – gezielt die Akquise junger Pflegefachpersonen statt. Es wurden Pflegeschüler, die kurz vor dem Abschluss der Ausbildung standen und gerade examinierte Pflegenden zur Mitarbeit eingeladen. Sowohl für das Team der erfahrenen Pflegemitarbeiter als auch für das Team der Young Nurses wurden mehrere Klausurtage durchgeführt. Mit dem Team der Erfahrenen wurde ein Austausch

darüber angeregt, was die Trennung für sie bedeutet, mit dem Team der Young Nurses wurden verschiedene Themen bearbeitet, wie Pflegeorganisation, Kommunikationsstrukturen, Art der Dienstübergaben, Visiten, Arbeitszeiten, Pausen, Gestaltung des Arbeitsplatzes, Teamentwicklung. Ganz bewusst wurden die Themen angesprochen, jedoch keine Lösungen vorgegeben. Die jungen Pflegenden sollten selbstbestimmt Veränderungen entwickeln.

Zum 1. April 2012 starteten die zwei neu zusammengesetzten Teams. Die Young Nurses haben keine Teamleitung. Die zuständige Abteilungsleitung erstellt die Dienstpläne, die stellvertretende Abteilungsleitung übernimmt die Teamkoordination. Im gesamten Krankenhaus, also auch auf den Projektstationen, wird seit 2009 in einer Form der Primären Pflege gearbeitet, ca. zwei Drittel der Pflegefachpersonen sind geschulte Primäre Pflegefachkräfte. Zwei der Primären Pflegefachkräfte übernehmen jeweils drei Wochen lang diese Rolle für ca. zehn bis zwölf Patienten. Danach wechselt die Zuständigkeit. Eine externe pflegewissenschaftliche Begleitung durch eine Professorin für Pflegewissenschaft und eine externe Supervision zur Rollenfindung wurde dem Team angeboten, mit der Absprache, dass das Team selbst diese Angebote einfordern muss. Diese sind bisher noch nicht in Anspruch genommen worden.

Zu Beginn musste umfangreiche Aufklärungsarbeit geleistet werden. Bedenken gegenüber dem Projekt kamen von ärztlicher Seite, von der Krankenpflegeschule und den erfahrenen Pflegemitarbeitern. Auf die Bedenken des Ärztlichen Dienstes, das fehlende Erfahrungswissen betreffend, wurde mit unterschiedlichen Maßnahmen zur Risikominimierung reagiert. In einer Klausurtagung wurden die Young Nurses intensiv darauf vorbereitet, was in kritischen Fällen zu tun sei, wo Hilfe geholt werden kann und wie es zu bemerken ist, dass Hilfe gebraucht wird. Die Station wurde schließlich mit der jüngsten Oberärztin und den jüngsten Assistenzärzten besetzt. Die Bedenken der Krankenpflegeschule betrafen die Situation der Praxisanleitung von Schülern. Diese Bedenken konnten rasch ausgeräumt werden, da erfahrungsgemäß gerade frisch examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit dem neuesten Stand der Lehre



eng verbunden sind. Die erfahrenen Pflegemitarbeiter äußerten Bedenken hinsichtlich ihrer eigenen Situation. Einerseits gab es Verunsicherung und Irritation in Bezug auf das Thema Wertschätzung, andererseits regte es auch in diesen Teams Diskussionen zu Veränderungsbedarf an.

### **Projektbeurteilung**

Nach einer sechsmonatigen Projektumsetzung ist zu beobachten, dass die Patientensicherheit gewährleistet und die Arbeitszufriedenheit bei den Young Nurses hoch ist. Ein Vergleich der Fehlzeiten der momentanen Besetzung in diesem Zeitraum mit den Fehlzeiten der vorherigen Besetzung des gleichen Zeitraums im Jahr 2011 ergab eine Reduzierung von 6,7 % auf 3,6 %. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Station entwickelt sich kollegial. Diesem Projekt zeitlich vorgelagert, wurde im gesamten Haus eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Der Block zur Arbeitszufriedenheit soll in den nächsten Monaten wiederholt werden.

Die jungen Pflegefachpersonen können sich erfolgreich organisieren. Gleichwohl wird die Tendenz sichtbar, dass sie sich eine Teamleitung für koordinierende Aufgaben wünschen. Interessant ist, dass die angebotenen Freiräume, selbstbestimmt Veränderungen, z. B. der Dienstzeiten anzustoßen, bisher kaum genutzt wurden. Bisher wurden bauliche Veränderungen des Dienstzimmers durchgeführt und die farbliche Gestaltung der Station verändert.

Die Bewerberlage für die Station mit dem jungen Pflegeteam ist besonders gut. Momentan finden Vorbereitungen für ein weiteres Young Nurses-Team, diesmal auf

einer geriatrischen Station des evangelischen Krankenhauses Bielefeld, statt. Die Einschätzung älterer Pflege-  
mitarbeiter, dass dieses Projekt ein Ausdruck mangelnder  
Wertschätzung ihren Leistungen gegenüber sei, konnte  
nicht gänzlich ausgeräumt werden. Andererseits wurden  
durch das Projekt auch fruchtbare Diskussionen ange-  
regt, wie sich das Team der Erfahrenen organisatorisch  
neu ausrichten könnte. Es ist geplant, mit diesem Team

im nächsten Jahr einen Veränderungsprozess zu star-  
ten. Den Projektverantwortlichen ist bewusst, dass das  
Projekt „Young Nurses“ nur einen Impuls für die Gegen-  
wart geben kann. Es ist nicht geplant, den momentanen  
Altersdurchschnitt zu erhalten. Im Team der Erfahrenen  
werden nach Austritt älterer Kollegen junge Pflegende  
nachrücken und auch das Team der Young Nurses wird  
sich durch persönliche Lebenswege verändern.

---

# Impressum

**Herausgeber:**

Bundesministerium für Gesundheit  
11055 Berlin  
www.bundesgesundheitsministerium.de

**Stand:**

August 2013, 1. Auflage

**Druck:**

Görres-Druckerei und Verlag GmbH,  
Neuwied

**Gestaltung:**

MasterMedia GmbH,  
Hamburg, Berlin

**Bildnachweis:**

Titel: Universitätsklinikum Essen; S. 10 u. 57: Diakonissenkrankenhaus Flensburg/Michael Staudt; S. 13: Gerhard Daniels; S. 15 u. 16: Detlef Ilgner; S. 17, 18, 59 u. 60: Städtisches Klinikum Karlsruhe/Petra Geiger; S. 19 u. 20 (oben): Universitätsklinikum Heidelberg; S. 20 (unten): medbo/Frank Hübner; S. 21: medbo; S. 25 u. 26 (oben): Reiner Pfisterer; S. 26 (unten), 27, 70 u. 71: Universitätsklinikum Freiburg; S. 28 u. 29: St. Franziskus-Hospital Münster; S. 30: aeropics Hochstativ- und Luftaufnahmen; S. 34 u. 35: Klinikum Frankfurt (Oder); S. 39: Helios St. Elisabeth Klinik Hünfeld; S. 43: tmv-kommunikation Kamen; S. 48 u. 49: Katharinen-Hospital Unna; S. 50: Schön Klinik; S. 56: Diakonissenkrankenhaus Flensburg/Marcus Dewanger; S. 69: Vivantes/Monique Wüstenhagen; S. 75: Reinhard Elbracht; S. 76: Veit Mette; alle anderen Bilder: BMG

**Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:**

Bestell-Nr.: BMG-G-11040  
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de  
Telefon: 030 / 18 272 2721  
Fax: 030 / 18 10 272 2721  
Schriftlich: Publikationsverversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock

**Gender-Hinweis:**

In dieser Publikation werden – aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Platzmangels – nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

# Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

## Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

## Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

## GP\_aktuell

Der Newsletter „GP\_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

## Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014  
E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Telefon: 030 / 18 272 2721  
Fax: 030 / 18 10 272 2721  
Schriftlich: Publikationsversand der  
Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock

## Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
[www.in-form.de](http://www.in-form.de)



## Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 **030 / 340 60 66 – 01**


## Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 **030 / 340 60 66 – 02**


## Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030 / 340 60 66 – 03**

## Fragen zur Suchtvorbeugung

 **02 21 / 89 20 31\***

## Beratungsservice für Gehörlose

 **030 / 340 60 66 – 07** Telefax

**030 / 340 60 66 – 08** ISDN-Bildtelefon

**030 / 340 60 66 – 09** Schreibtelefon

\* BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung,  
Mo.–Do. 10 bis 22 Uhr, Fr.–So. 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.