



Alice Salomon Hochschule Berlin  
Fachhochschule für Soziale Arbeit,  
Gesundheit, Erziehung und Bildung



## 6. PraxisForum PflegeQualität



**23. November 2007**



Tagungsunterlagen

## 6. PraxisForum PflegeQualität

|  |    |
|--|----|
| Programm .....   | 1  |
| 6. PraxisForum PflegeQualität .....  | 2  |
| Internationale und nationale Entwicklung der Gesundheitsförderung<br>in der Pflege- Ottawa- Charta (Nadine Röder, ASFH) .....            | 2  |
| Wie sieht es in der Praxis aus? Ergebnisse des BGW-Gesundheitsreports &<br>der NEXT-Studie (Andrea Notroff, Martina Schmidt, ASFH) ..... | 3  |
| Zauberwort Mitarbeiterorientierung (Immo Schach, ASFH) .....   | 4  |
| Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung<br>(Andrea Boss, Thomas Moser, ASFH) .....  | 5  |
| Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten<br>Marcus Welzel (Immanuel-Krankenhaus, Rheumaklinik Berlin-Wannsee) .....            | 10 |
| Gesundheitsförderung im Pflegeheim (Dr. Sven Boschan, Motio) .....   | 16 |

## **Programm**

10.00 –10.20 Uhr

### **Begrüßung**

Prof. Dr. Christine Labonté-Roset (ASFH) *angefragt*  
Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová (ASFH),  
Prof. Dr. Heike Dech (ASFH)  
Claus Bölicke (DBfK, LV Berlin-Brandenburg e. V.)

10.20 –11.00 Uhr

### **Gesundheitsförderung in der Pflege**

Nadine Röder (ASFH)

11.00 –11.45 Uhr

### **Wie sieht es in der Praxis aus?**

### **Ergebnisse des BGW-Gesundheitsreports & der NEXT-Studie**

Andrea Notroff, Martina Schmidt (ASFH)

12.00 –12.45 Uhr

### **Zauberwort Mitarbeiterorientierung**

Immo Schach (ASFH)

12.45 –13.30 Uhr

### **Best-Practice-Modelle der Gesundheitsförderung**

Andrea Boss, Thomas Moser (ASFH)

14.00 –14.45 Uhr

### **Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten**

Marcus Welzel (Immanuel-Krankenhaus  
Rheumaklinik Berlin-Wannsee)

14.45 –15.30 Uhr

### **Gesundheitsförderung im Pflegeheim**

Dr. Sven Boschan (Motio)

15.30 –15.45 Uhr

### **Verabschiedung**

Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová (ASFH)  
Prof. Dr. Heike Dech (ASFH)  
Susanne Ritter (DBfK, LV Berlin-Brandenburg e.V.)

## **6. PraxisForum PflegeQualität**

In diesem Jahr werden im 6. PraxisForum PflegeQualität die Mitarbeiter/innen als Garanten guter Pflege in den Mittelpunkt gerückt. Im Fokus steht dabei das Thema „Gesundheitsförderung in der Pflege“. Beruflich Pflegende sind verschiedenen physischen psychischen und strukturellen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt. Vorhandene Ressourcen zur Vermeidung oder Verminderung dieser Belastungen werden bisher nur wenig genutzt, obwohl Mitarbeitergesundheit und Pflegequalität in enger Verbindung miteinander stehen. Gesunde und motivierte Mitarbeiter könnten für Einrichtungen des Gesundheitswesens künftig ein strategisch entscheidendes und bestandssicherndes Merkmal sein. Im Rahmen des 6. PraxisForum PflegeQualität werden unterschiedliche Ansätze gesundheitsfördernder Maßnahmen vorgestellt sowie die Möglichkeiten und Probleme der konkreten Umsetzung. Die Auseinandersetzung wird Ansätze zur Realisierung verdeutlichen und Anregungen für die praktische Umsetzung in der alltäglichen Arbeit aufzeigen. Das PraxisForum PflegeQualität ist eine Veranstaltung der ArbeitsGruppe PflegeQualität im DBfK, LV Berlin-Brandenburg e.V. in Kooperation mit der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. In diesem Jahr findet darüber hinaus eine inhaltliche Kooperation mit Studierenden der ASFH statt, die sich in ihrer Projektgruppe mit der Gesundheitsförderung in der Pflege auseinandersetzen und nun ihre Ergebnisse der Fachöffentlichkeit vorstellen möchten.

### **Internationale und nationale Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Pflege- Ottawa- Charta**

Um sich mit Gesundheitsförderung für Pflegekräfte intensiv beschäftigen zu können, muss ein Blick in die geschichtliche internationale sowie nationale Entwicklung gewagt werden.

Wo kommt der Begriff „Gesundheitsförderung“ her?

Was soll/ muss Gesundheitsförderung beinhalten?

Wie ist das Prinzip der Gesundheitsförderung entstanden?

Wie soll/ muss Gesundheitsförderung umgesetzt werden?

All diese Fragen gilt es im Vorfeld zu beantworten.

Maßgeblich beteiligt war und ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihren Sonderorganisationen der Vereinten Nationen, die sich politisch mit internationalen Gesundheitsfragen auseinandersetzen.

Bereits 1977 verabschiedete die WHO zusammen mit ihren Mitgliedsstaaten auf der 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf/ Schweiz eine zielorientierte Zukunftsvision. Hierin wurde das wichtigste soziale Ziel der Regierungen und der WHO festgehalten: die Schaffung eines gesundheitlichen Niveaus für alle Bewohner der Welt, welches ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

Damit wurde die Grundlage für die Gesundheitsförderung geschaffen.

1986 wurde daher auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa/ Kanada ein Konzept zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“ entwickelt und als Ottawa- Charta verabschiedet. Dies ist der erste Meilenstein für die Gesundheitsförderung.

Die Ottawa- Charta gilt als Umsetzungsstrategie des Ziels „Gesundheit für alle“ und definiert erstmalig den Begriff Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Die internationale und nationale Entwicklung der Gesundheitsförderung zeigt auf, dass es sich um einen langwierigen Prozess handelt. Ausschlaggebend und förderlich war die Ottawa- Charta.

Es gilt nun die Umsetzungsstrategie im eigenen Unternehmen zu implementieren und den Mitarbeitern somit den Weg zum gesundheitsförderlichen Handeln auch außerhalb des Unternehmens zu ebenern.

Nadine Röder

27 Jahre

examinierte Krankenschwester (Abschluss 2002)

Studentin im 7. Semester Pflege/ Pflegemanagement ASFH Berlin

## **Ressourcen und Probleme in der Pflege- Ergebnisse der DAK- BGW Gesundheitsreporte 2005/ 2006**

Hohe Fehlzeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie demotiviert und überarbeitet wirkende Pflegekräfte, so zeigen es uns die Medien, senken dramatisch die Versorgungsqualität. Einrichtungen sollten daher bestrebt sein, die Qualität der Pflege sowie die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Kontext zu sehen und zu entwickeln. Die Abhängigkeiten von Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit sind signifikant. (vgl. Gesundheitsreporte 2005/2006)

Prinzipiell sind die Pflegekräfte mit ihrem Beruf äußerst zufrieden. Diese Arbeitszufriedenheit ergibt sich oftmals aus dem Gefühl heraus etwas Gutes bzw. Sinnvolles zu tun, aber auch durch die Weiterentwicklung der persönlichen, sozialen und fachlichen Kompetenzen, welche in der Pflege möglich sind.

Nichtsdestotrotz werden die tatsächlichen Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz sowie die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes beklagt.

Die erhöhten Fehlzeiten, Leistungsminderungen sowie Rückgang der Betreuungs- und Versorgungsqualität sind Auswirkungen von verschlechterten Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingtem Stress. Darüber hinaus ist in den Einrichtungen der Pflege deutlich zu erkennen, dass die verminderte Fluktuation bei älteren Mitarbeitern die Arbeitszufriedenheit verstärkt, hingegen ist bei den jungen Pflegekräften die Arbeitszufriedenheit stabil, jedoch wird diese Stabilität von einer sehr hohen Fluktuation gehalten. (vgl. Nextstudie).

Aus diesem Grund ist die strukturelle, soziale und personelle Ressourcenförderung in der Pflege als Möglichkeit zu sehen, arbeitsbedingte Belastungen zu reduzieren, um die Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern und die Versorgungsqualität der Patienten aufrechtzuerhalten.

Diese Förderungen müssen keine außerordentlichen kostenintensiven Schritte beinhalten. Die Ressourcennutzung in der Pflege zielt größtenteils auf die Umstrukturierung der Rand- bzw. Rahmenbedingungen sowie die Unterstützung der Personalentwicklung ab. Aus diesem Grund sind oftmals Implementierungen von Arbeitsgemeinschaften und Überarbeitungen von Kommunikationskonzepten sowie

Entwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten erste Maßnahmen hinsichtlich der Partizipation von Mitarbeitern. Erhalten Mitarbeiter innerhalb ihrer Einrichtung Anerkennung und Unterstützung sowie die Möglichkeit der Partizipation, werden Arbeitszufriedenheit und somit auch die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter gesteigert. Dementsprechend wird die Versorgung der Patienten optimiert und die Versorgungsqualität verbessert. Dies hat zur Folge, dass der Leistungsstand und das öffentliche Ansehen der Einrichtung steigen.

|  |
|--|
| Andrea Notroff examinierte Krankenschwester<br>Studentin im 7. Semester Pflege/ Pflegemanagement ASFH Berlin |
|--|

### **Zauberwort Mitarbeiterorientierung?**

Vor dem Hintergrund des demographisch- soziostrukturellen Wandels und den sich daraus ableitenden veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, vollzieht sich ein fortschreitender Abbau von Personalkapazitäten in der professionellen Pflege. Die veränderte Finanzierungsgrundlage führt vor allem in Krankenhäusern durch erhöhte Fallzahlen bei kürzerer Verweildauer zu einer Verdichtung von Arbeitsanforderungen. Angesichts dieser Entwicklung wird die Aufrechterhaltung hoher Pflegequalität zunehmend problematisch. Besonders weil sie als Ausdruck der Patientenorientierung einen wichtigen Wettbewerbsfaktor darstellt.

Allerdings werden Einrichtungen des Gesundheitsmarktes künftig nicht nur auf ausgewiesene Patientenorientierung angewiesen sein, sondern ihren Blick verstärkt auf ihre Mitarbeiter richten müssen, um den Anspruch einer hochwertigen Versorgung überhaupt erheben zu können. So macht der demografische Wandel auch vor der Arbeitswelt keinen Halt. Eine Tendenz zum Fachkräftemangel ist international bereits ein bedeutsames Problem. Die Tatsache veränderter Altersstrukturen in Pflegeberufen wirft einerseits die Frage auf, wie ältere Mitarbeiter bei Erhalt von Leistungsfähigkeit und -bereitschaft im Beruf gehalten werden können. Sie beinhaltet andererseits, angesichts des heraufgesetzten Rentenalters, auch eine Dimension gesellschaftlicher Verantwortung, derer sich Arbeitgeber nicht entziehen dürfen.

Vor Allem aber sind Leistungsfähigkeit und Motivationslage der Mitarbeiter wichtig für die Gewährleistung hoher Patientenorientierung durch hohe Pflegequalität. Pflege ist als Dienstleistung am und mit Menschen in hohem Maße abhängig von der Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion. Positive Interaktionsqualität wird dabei nur von Mitarbeitern zu erzielen sein, deren motivationale sowie psycho-physische Verfassung diese dazu in die Lage versetzt. Abhängig ist dies vor allem von der Qualität des Arbeitslebens. Von Mitarbeitern als kohärent und sinnvoll gestaltbar empfundene Arbeitsstrukturen, gekennzeichnet durch Handlungsspielraum, soziale Unterstützung und Transparenz, werden in spiegelbildlicher Form von Patienten und Klienten als kontinuierliche und patientenorientierte Leistungsprozesse wahrgenommen. Organisationsstruktur und -kultur müssen dabei so ausgestaltet werden, dass handlungsregulatorische Kompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiter gestärkt und gefördert werden um veränderten Belastungsprofilen in angemessener Weise entgegenzutreten zu können.

Die Kernstrategie der Orientierung am Mitarbeiter soll hierbei Mittel und Weg sein, diese Zielsetzung zu erreichen. Dabei wird diese im Zusammenhang mit dem Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements betrachtet, da dieser sich dem Ideal der

Humanisierung und Demokratisierung von Arbeitswelten in umfassender Weise zu nähern scheint. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist als integrativer Ansatz zu verstehen, der die klassische Prävention um salutogenetische Prinzipien erweitert und sich am Leitbild der "gesunden Organisation" orientiert. Diese ist bestrebt kunden- wie mitarbeiterorientiert zu sein und deren Gesundheitspotenziale zu verwirklichen. Dieser Zielsetzung wird im Sinne einer gezielten Organisationsentwicklung Ausdruck verliehen. Zugrunde liegt hierbei ein gewandeltes Gesundheitsverständnis, welches nicht vorrangig die Identifikation von krankmachenden Einflüssen, sondern die Frage nach dem Entstehen von Gesundheit und deren Erhalt betont. Gesundheit wird in diesem Sinne als soziale, psychische und körperliche Kompetenz verstanden, deren Potenziale dem Individuum eine angemessene und persönlichkeitsförderliche Situationsbewältigung ermöglichen. Sie ist gleichermaßen Ressource und Ziel einer Unternehmenspolitik die versucht, Arbeitsprozesse durch Handlungsspielräume und positive Organisations- und Führungskultur gesundheitsfördernd zu gestalten.

Allerdings findet auch Gesundheitsförderung ihre Vorbehalte: Voraussetzung für den Erfolg ist, dass sich die Philosophie gesundheitsfördernder Programme in Form verhältnisorientierter Maßnahmen in der Organisationsstruktur manifestiert und sich nicht in bloßer Rhetorik und verhaltensorientierten Maßnahmen erschöpft. Zudem stellen Arbeitswelten immer Zwangssysteme dar. Vollständige Kontrolle und Selbstbestimmung über eigene Gesundheitspotenziale lassen sich innerhalb dieser nicht realisieren, weil sie letztendlich der Zweckbestimmung von Unternehmen unterworfen werden. Autonomie ist damit keine menschliche Grundbedingung, sondern wird geleitet und instrumentalisiert von ökonomischen Zielsetzungen. Ein höheres Maß an Handlungs- und Entscheidungsspielraum bedeutet im Gegenzug auch eine Dezentralisierung von Verantwortungsstrukturen, die ihrerseits neue Belastungsprofile generiert und letztendlich unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung das ursprüngliche Ziel verbesserter Arbeitsbedingungen verfehlen könnte.

|   |
|---|
| Immo Schach<br>examinierter Krankenpfleger<br>Student im 7. Semester Pflege/ Pflegemanagement ASFH Berlin |
|---|

## **Praxisbeispiel Gesundheitsförderung**

Projekt „ Reduzierung psychischer Fehlbelastungen von Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung“ , Havellandklinik **Nauen**

Die Havellandklinik Nauen verfügt über 8 Fachbereiche mit insgesamt 341 Betten sowie 480 Beschäftigten, davon ca. 250 im Pflegedienst. Die Klinik gehört dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser an.

Es wurde von der Geschäftsführung ein Plenum für die Gesundheitsförderung gegründet, unter Einbindung des Betriebsrats.

Hauptziel des Projekts war die Erfassung psychischer Fehlbelastungen.

Es gibt Bereiche, die besonders durch hohe psychische Belastungen gekennzeichnet sind. Das sind folgende Bereiche:

Intensivtherapie  
Notfallversorgung  
Operativer Bereich  
Anästhesie

Methodisches Vorgehen:

Vorstellung des Projekts auf den einzelnen Bereichen. Gleichzeitig Durchführung von Einzelinterviews mit den Stationsleitungen und deren Stellvertretungen. Danach Tätigkeitsbeobachtungen auf allen Bereichen im Früh-, Spät- und Nachtdienst sowie dem Bereitschaftsdienst.

Ergebnisse:

Insgesamt 58,7 % der Befragten haben ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster, was langfristig zu ernsthaften, arbeitsbedingten Erkrankungen führen kann.

Weiteres Vorgehen:

Bildung von stationsübergreifenden Gesundheitszirkeln. Aus den Diskussionen in den Gesundheitszirkeln werden kurz- und langfristige Maßnahmen der Intervention abgeleitet.

Konzeptuell sollte sich der Gesundheitsförderungsprozess auf den gesamten Pflegebereich beziehen und auch auf den ärztlichen Bereich übertragen werden.

Andrea Boss, seit 1978 Krankenschwester, 1996 – 1994 OP- Schwester im Krankenhaus Neukölln, 1994 – 1996 Weiterbildung zur Lehrkraft für Krankenpflegeberufe, 1996 – 1998 Lehrkraft an verschiedenen Krankenpflegesschulen in Berlin, 1998 – 2001 Fortbildungsbeauftragte im Krankenhaus Moabit; Weiterbildung zur Kinästhetiktrainerin für die Stufe 1 und 2, seit 2002 Pflegedienstleiterin im KATHARINENHOF am Dorfanger, einer Pflegewohnanlage für Menschen mit Demenz; 2002 – 2003 Lehrgang zur Heranbildung von verantwortlichen Pflegefachkräften für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nach § 80 SGB XI, Studentin im 7. Semester des Studienganges Pflegemanagement an der Alice-Salomon- Fachhochschule in Berlin

Andrea Boss  
KATHARINENHOF am Dorfanger  
Pflegewohnanlage für Demenzkranke  
Ernst-Thälmann-Str.29a  
15370 Fredersdorf  
Ruf: 033439 / 53000  
Fax: 033439 / 5300999  
boss@katharinenhof.net

## Praxisbeispiel Gesundheitsförderung

### Effekte von Primary Nursing auf Gesundheitsförderung und Mitarbeiterzufriedenheit

Ein Beitrag für das „6. PraxisForum PflegeQualität“ am 23.11.2007 in Berlin.

Beruflich Pflegende sind in ihrer Arbeit verschiedenen Belastungen ausgesetzt. Diese bewegen sich im personellen, sozialen sowie im strukturellen Bereich. Der Beitrag beschäftigt sich mit der Frage welchen Einfluss «Primary Nursing» (PN) auf Mitarbeiterzufriedenheit und Gesundheitsförderung haben kann.

PN bietet, im stationären wie auch im ambulanten Bereich, verschiedene Möglichkeiten die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erhöhen. Zwischen der Zufriedenheit der Mitarbeiter und einem Konzept der Gesundheitsförderung, das auf die Einbeziehung personeller, sozialer und struktureller Ressourcen in der Pflege zielt, steht ein positives Verhältnis.

Aufbau des Vortrags: Nach einer kurzen Definition von PN soll anhand von fünf Kriterien der WHO (World Health Organisation) dargestellt werden, in welcher Weise PN gesundheitsförderlich wirken kann. Den fünf zentralen Begriffe «Empowerment», «Partizipation», «Ganzheitlichkeit», «Gleichberechtigung», «Intersektorale Zusammenarbeit» und «Nachhaltigkeit» werden dazu mögliche Effekte von PN zugeordnet. Fünf Studien aus dem englischsprachigen Raum unterstützen die Hauptpunkte der Argumentation.

Um das Thema einer gesundheitsförderlichen Praxis zugänglich zu machen werden im Folgenden einige kritische Punkte diskutiert. Diese beziehen sich auf Aspekte der Implementierung, Stellenbesetzung sowie den Konkurrenzdruck innerhalb der Einrichtungen. Zuletzt werden anhand der Praxis eines Berliner Krankenhauses verschiedene Effekte von PN plastisch dargestellt.

Fazit: PN können verschiedene Effekte zugeordnet werden, die sich positiv auf die sozialen, personellen und strukturellen Ressourcen der Pflege auswirken. In Hinsicht auf die Thematik ist PN mit verschiedenen Risiken verbunden, die in der betrieblichen Praxis berücksichtigt werden müssen.

Die Thesen werden im Anschluss des Vortrags zur Diskussion gestellt.

(Key Words: Primary Nursing; Gesundheitsförderung; Mitarbeiterzufriedenheit)

#### Grundlegende Prinzipien gesundheitsförderlicher Projekte

Eine europäische Arbeitsgruppe der WHO, die sich mit der Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen beschäftigt, beschreibt in ihrer Arbeit sieben Grundsätze an denen sich effektive und nachhaltige Projekte der Gesundheitsförderung orientieren sollten.

Zu diesen gehören: Empowerment, Partizipation, Ganzheitlichkeit, Gleichberechtigung, Intersektorale Zusammenarbeit und Nachhaltigkeit (Rootman, I; Goodstadt, M.; et al. 2001). Die oben genannten Grundsätze beziehen sich auf gesundheitsförderlichen Projekte im Makro-Bereich sowie auf der lokalen Ebene.

Als Projekt gehen wir in diesem Vortrag von zwei grundsätzlichen Zusammenhängen aus:

Zwischen der Einführung von innovativen Pflegekonzepten, wie etwa dem PN, und der Zufriedenheit der Mitarbeiter besteht ein positiver Zusammenhang.

Mitarbeiterzufriedenheit und Gesundheitsförderung stehen in einem wechselseitigen Verhältnis.

#### Definition Primary Nursing

Als PN bezeichnet man ein Pflegesystem aus dem angloamerikanischen Raum, bei dem eine Pflegeperson, die Primary nurse (Pn), alle pflegerischen Dienstleistungen für einen Pat. über 24 h einschätzt, plant, organisiert, koordiniert, evaluiert und sie während ihrer Dienstzeit auch am Patientenbett durchführt. Einzelne direkte Pflegemaßnahmen können an eine sogenannte Associated nurse delegiert werden. Das System des PN hat vielerorts bereits das System der Gruppenpflege ersetzt. Die Vorteile des PN liegen in der größeren personellen Kontinuität für den Patienten, einer höheren Verantwortlichkeit auf Seiten der Pflegeperson und einer stärkeren Patientenorientierung, die eine umfassendere, individuellere u. besser koordinierte Pflege mit höherer Berufszufriedenheit für die Pflegeperson erlaubt (leicht abgewandelt nach: Georg J.; Frohwein, M. 2001).

#### Implikationen der WHO-Begrifflichkeit auf das Konzept Primary Nursing

**Empowerment:** PN verlagert die Gesamtverantwortung der Patientenbetreuung auf die einzelne Pflegekraft. Das professionelle Handeln der Pflegekraft wird dadurch aufgewertet. Das Ergebnis der täglichen Bemühungen wird spürbar und ist besser zu evaluieren. In der hierarchischen Struktur des interdisziplinären Teams findet eine Rollenveränderung in Hinsicht auf mehr Autonomie statt.

**Partizipation:** Durch die Aufwertung der Rolle der einzelnen Pflegekraft partizipiert die Pflegekraft mehr an den Entscheidungen des Teams. Hierarchische Strukturen werden nivelliert. Die Stationsleitung nimmt eher Aufgaben des Stationsmanagements oder bestenfalls einer Pflegeexpertin ein. Aufgrund der ihr auferlegten Gesamtverantwortung wird die Pn zum Anwalt der Interessen des Patienten. Die Pn partizipiert dadurch mehr an getroffenen Entscheidungen innerhalb des Teams. und delegiert in eigener Entscheidung.

**Ganzheitlichkeit:** Die geleistete Pflege wird, im Vergleich zu den Konzepten Bereichs- oder Funktionspflege, als kontinuierlicher Prozess wahrgenommen. Arbeitsabläufe werden selbst geplant, durchgeführt und evaluiert. Im Pflegeprozess findet keine unnötige Spezialisierung auf beispielsweise technische Fähigkeiten statt. Die Pflegekraft bringt so ein mehr an persönlichem Können und Fähigkeiten ein. Personelle und soziale Ressourcen der Pflegekraft werden gefördert.

**Gleichberechtigung:** Durch die bisher aufgezählten Punkte wird die Rolle der Pflegekraft im gemeinsamen Team mit anderen Pflegekräften, sowie im Team mit anderen Gesundheitsdienstleistern aufgewertet. Ausgeprägt hierarchische Strukturen werden nivelliert. Die Pflegekraft hat einen gleichberechtigteren Zugang zur Entscheidungsfindung.

**Nachhaltigkeit:** Abhängig von den Faktoren Mitarbeiterschulung und ständiger kritischer Begleitung des Konzepts PN ist von einer nachhaltigen Wirkung auf das Verhältnis zum Patienten, zum Team sowie auf das eigene Rollenverständnis auszugehen.

#### Vier ausgewählte Studien zu PN:

Reed (1988) beschreibt einen positiven Einfluss auf die Qualität der Pflege. Pflegende arbeiten mit einem kohärenten Philosophie der Pflege („philosophy of nursing“), dies führe zu einem Anstieg der Arbeitszufriedenheit.

Mc Mahon (1990) beschreibt eine signifikante Verbesserung der Kommunikation zwischen den Kollegen im Vergleich zu hierarchisch strukturierten Einrichtungen. Die

Kommunikation wird als gemeinschaftlicher wahrgenommen. Pflegerische Interventionen werden häufiger diskutiert als in herkömmlichen Einrichtungen.

Melchior et al. (1999) beschreibt dass Pns autonomer und patientenorientierter arbeiten. Sie brauchen weniger persönliche Erholungsphasen und empfinden die eigene Arbeit als weniger komplex.

PN wird oft als Schlüssel für viele Probleme der Berufsgruppe gesehen. In Bezug auf das britische Gesundheitssystem (British National Health Service) beschreibt Bowers (1989) einige mögliche Gründe für die enorme Popularität von PN: Neben der Idee einer an die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Pflege, spielen dabei Statusfragen, sozialer Wandel und das Verhältnis zu neuen politischen und sozialen Werten, das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden sowie andere mikropolitische Aspekte eine Rolle.

Melchior und Philipsen et al. (1996) beschreiben einen Rückgang der Mitarbeiterfluktuation auf psychiatrischen Stationen, die PN anwenden.

### **Kritische Aspekte**

Die Einführung von PN in stationären und ambulanten Einrichtungen ist zunächst mit einem erhöhten Arbeitsaufwand für die Pflegenden verbunden. Höhere Verantwortung, veränderte Rollenansprüche sowie eine höhere Arbeitsdichte können zunächst zu erhöhten sozialen und strukturellen Belastungen der Mitarbeiter führen.

Die Einführung von PN kann mit Statusverlust und De-Qualifizierung auf Seiten der Associated nurses sowie einem veränderten Skill-Mix innerhalb der Einrichtung einhergehen. In Hinsicht auf das Thema Gesundheitsförderung spielt dieser Punkt eine besondere Rolle. Die sozialen und strukturellen Belastungen auf Seiten möglicherweise eingesetzter Pflegehelfer sind in der Regel besonders hoch.

PN kann den Konkurrenzdruck innerhalb des Teams verstärken und so die sozialen Belastungen einzelner verstärken.

Im Besonderen wird im deutschsprachigen Bereich vermehrt auf das Schreckgespenst einer „24h-Betreuung“ hingewiesen.

Praxisbeispiel: St. Gertrauden Krankenhaus (Berlin)

Zunächst: Langer und beschwerlicher Weg der Implementierung.

Pflegende nehmen eine individuellere Bindung an den Patienten wahr.

Pflegende nehmen ein kohärenteres Gefühl in Bezug auf die eigene Arbeit wahr

Verbesserung der internen Kommunikation im Krankenhaus, sowie im Team.

Bisher keine Veränderung des Skill-Mix auf den Stationen.

### Literatur

Mc Mahon R. (1990): Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchical ward management structures. J Adv Nurs 15(2):232-9.

Melchior, M.-E.; Halfens, R.J.G. (1999): The effects of primary nursing on work-related factors. J Adv Nurs 29(1):88-96.

Melchior, M.; Philipsen H.; et al. (1996): The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. Journal of Advanced Nursing 24 (4), 694–702.

Reed, S. (1988): A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. J Adv Nurs. 13(3):383-95.


Rootman, I; Goodstadt, M. et al. (2001): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications European Series, No. 92.

Thomas Moser  
- Geb. 1975  
- Ausbildung zum Krankenpfleger 1997-2000  
- Seither Tätigkeit als Krankenpfleger im Anästhesiebereich  
- Studium Pflege/Pflegemanagement Alice-Salomon-Fachhochschule seit 2004

Thomas Moser  
Hornstr. 6  
10963 Berlin  
thomas-moser@directbox.com

## Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten

**Die Werte der  
Immanuel Diakonie  
Group**



**Diese 18 Werte sind seit März 2003  
verbindliche Grundlage aller Einrichtungen  
der Immanuel Diakonie Group:**


1. Die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung unserer Patienten und Bewohner ist unser höchster Wert. Unser ganzheitliches Verständnis von Gesundheit mit ihren physischen, psychischen und sozialen Komponenten schließt Maßnahmen einer systematischen Gesundheitsförderung im Behandlungsprozess ein.
2. Wir achten die Würde und das Selbstbestimmungsrecht unserer Patienten und Bewohner in allen Lebenssituationen.
3. Wir begegnen unseren Patienten, Bewohnern und ihren Angehörigen mit besonderer Freundlichkeit.
4. Wir anerkennen und berücksichtigen bei unseren Patienten und Bewohnern die unterschiedlichen Bedürfnisse, Werte, Weltanschauungen und Kulturen einschließlich der von Migranten und ethnischen Minderheiten.
5. Unsere einfühlsame Zuwendung gilt allen Patienten und Bewohnern und in besonderem Maße solchen in kritischen Situationen und Sterbenden.
6. Die Krankenhausseelsorge ist fester Bestandteil unserer präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Dienstleistungen am Patienten und Bewohner.
7. Wir stellen für unsere Patienten, Bewohner und Besucher Räume für Andacht und Gebet zur Verfügung und unterbreiten Veranstaltungsangebote zu Glaubensfragen.
8. Die Gesundheit der Mitarbeiter ist ein wesentliches Anliegen unserer Dienstgemeinschaft.

IMMANUEL  
DIAKONIE  
GROUP

DEM LEBEN ZULIEBE

09. Wir fühlen uns einem kooperativen Führungsstil und einer transparenten Informationspolitik verpflichtet.
10. Wir streben nach einer partnerschaftlichen Kommunikationskultur und guter Teamarbeit.
11. Wir unterstützen die Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter, damit fachliche Kompetenzen erweitert und vorhandene Begabungen gefördert werden.
12. Wir suchen christlich orientierte Mitarbeiter, die die gemeinsamen Ziele mit tragen. Wir respektieren die Entscheidungsfreiheit der Mitarbeiter in Glaubensfragen.
13. Wir verstehen uns, unabhängig von unserem jeweiligen Dienort, als große Dienstgemeinschaft der Immanuel Diakonie Group.
14. Wir wollen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen beitragen.
15. Wir fühlen uns der Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtungen verpflichtet, sowie einem effektiven und effizienten Einsatz der Ressourcen, gemessen am zu erzielenden Gesundheitsgewinn.
16. Wir sichern die ständige Verbesserung und Transparenz der Qualität unserer Leistungen.
17. Wir fördern die Kooperation mit unseren externen Kunden und Partnern, besonders mit den einweisenden Ärzten und den Einrichtungen der uns umgebenden Region. Wir stärken die Zusammenarbeit mit anderen kirchlich-diakonischen Einrichtungen.
18. Wir arbeiten zielstrebig daran, die Grundsätze der Weltgesundheitsorganisation für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in die Struktur und Kultur unserer Einrichtungen zu integrieren.

## Unternehmens- strategie



The infographic features a central large white circle containing the main strategy text. To its right is a smaller white circle with the 'id' logo. Below the central circle are three overlapping white circles, each containing one of the four key themes. The background is a dark olive green with a subtle pattern of overlapping circles.

**Unternehmensstrategie  
der Immanuel Diakonie Group  
auf der Grundlage der  
Balanced Score Card  
in Verbindung mit dem Modell  
„Health Promoting Hospitals“  
und dem Qualitätssicherungs-  
management nach EFQM**

**Die vier Schlüsselthemen  
der Balanced Score Card:**

Höchstmöglicher  
Gesundheitsgewinn  
durch umfassende  
Patientenorien-  
tierung

Prozess-  
optimierung  
und Qualitäts-  
management

Gesundheits-  
fördernde Unter-  
nehmenskultur

Partnerschaften  
und Gesundheits-  
zentren

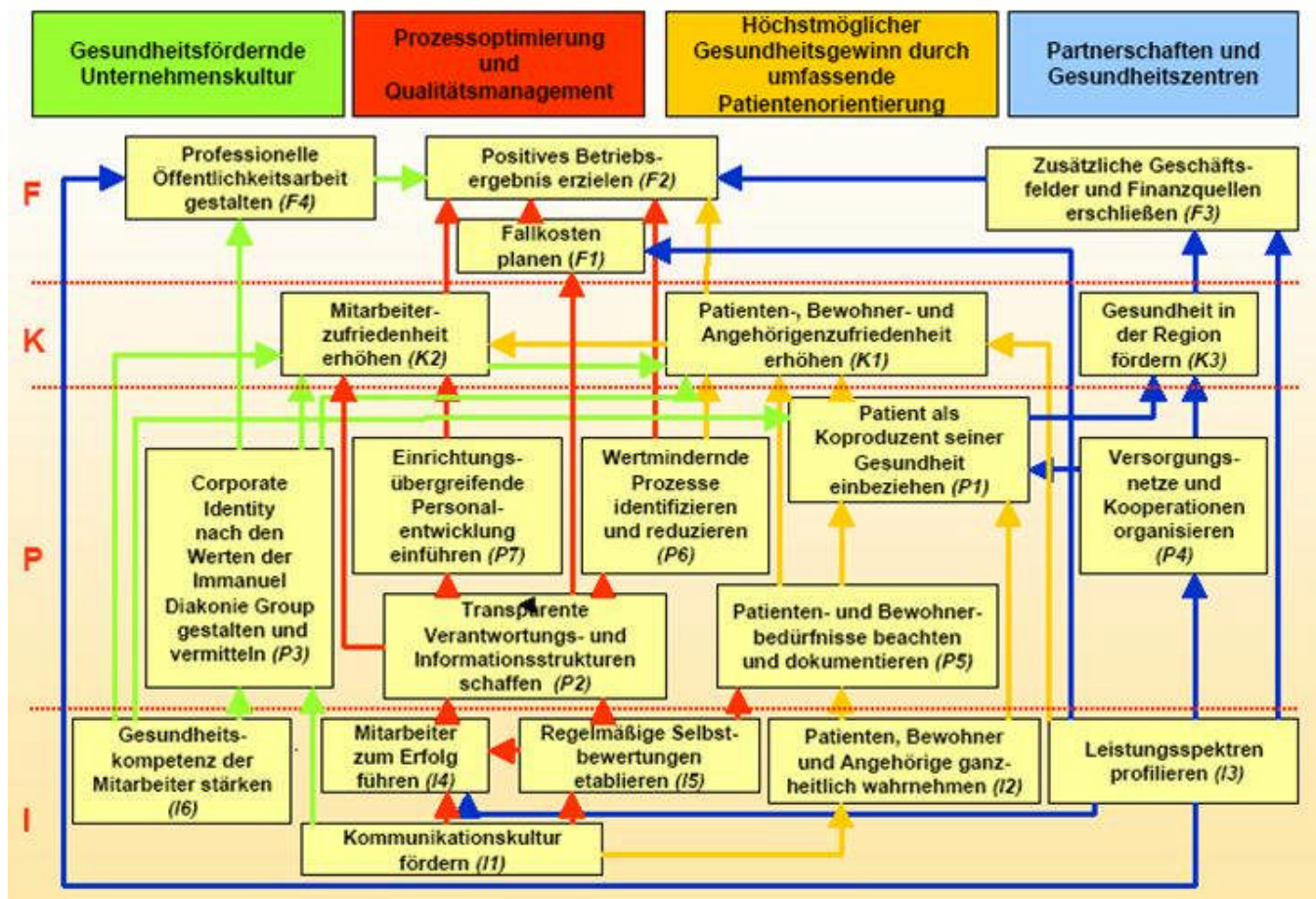
## Der Grundansatz:

Gesundheitsfördernden Einrichtungen gehört die Zukunft,

- denn sie berücksichtigen die Bedürfnisse der Patienten und Bewohner sowie die der Mitarbeiter,
- sie investieren in die Gesundheit der Region und bilden Kooperationen und Allianzen und
- sie erarbeiten sich Wettbewerbsvorteile durch zielgerichtete Weiterentwicklung.

**Die BSC der Immanuel Diakonie Group ist orientiert am Konzept der WHO für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser**

Das bedeutet: Orientierung an folgenden fünf Standards der Gesundheitsförderung im Krankenhaus (WHO 2004).



## Beispiel: Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen (K2)



### Definition:

Die Mitarbeiterschaft soll merken, dass die Immanuel Diakonie Group das physische, psychische und soziale Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter gemäß der Werte der Immanuel Diakonie Group aktiv fördern.

### Anmerkungen:

Eine zufriedene Mitarbeiterschaft ist ein Wert an sich, sowie ein klarer Wettbewerbsvorteil, da auf diesem Wege qualifizierte und engagierte Mitarbeiter gehalten oder neu gewonnen werden können.

### Messgröße:

Zufriedenheitsindex aus Mitarbeiterbefragung.

### Zielwerte:

2005 Konzeption und erste Befragung  
2006 –2008 aus erster Befragung ableiten

### Strategische Aktionen:

AG Mitarbeiterbefragung -Fragebogen optimieren  
(Befragung von externem Institut durchführen und auswerten lassen)

### Sonstige Informationen:

Mitarbeitervertretungen einbeziehen

DEM LEBEN ZULIEBE



## Schulungskonzept

- **grundsätzliche Schulung neuer Mitarbeiter**
  - Organisation regelmäßiger standortübergreifender Schulungen für neue Mitarbeiter differenziert nach den anzuwendenden Programmen und IT-Werkzeugen
  - Verpflichtung zur Teilnahmen und Dokumentation in der Personalakte
  - Verbindliche jährliche Terminplanung
- **projektbezogene Schulungen**
  - Schulungen im Rahmen der Einführung neuer Programme / IT-Werkzeuge
- **Schulungen zu Standardanwendungen (MSOffice)**
  - Angebote des Dienstgebers von Fortbildungsveranstaltungen
  - Dienstgeber übernimmt die Kosten der Fortbildung
  - Dienstnehmer bringt die Zeit dafür ein

DEM LEBEN ZULIEBE

## Strategische Hauptziele für HPH (Health Promoting Hospitals)

- 1. Höchstmögliches Gesundheitsergebnis (Zugewinn an Gesundheit) bei Krankenhauspatienten in den Dimensionen**
  - klinisches Ergebnis einschließlich körperliche Funktionalität optimieren
  - Lebensqualität verbessern
  - Zufriedenheit (Patienten und Angehörige) erhöhen
  - Empowerment (Patienten und Angehörige) entwickeln
- 2. Förderung der Gesundheit der Krankenhaus-Mitarbeiter**
  - menschliches Krankenhaus"kapital" entwickeln
  - Arbeitsumfeld gestalten
  - Lebensqualität verbessern
  - Partizipation fördern
  - Empowerment (Befähigung und Ermächtigung) der Mitarbeiter entwickeln
- 3. Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Einzugsgebiet**
  - Gesundheit in der Nachbarschaft schützen (Ökologisches Krankenhaus)
  - Gesundheitsförderung der Bevölkerung entwickeln helfen
  - zur Verbesserung lokaler/regionaler Gesundheitspolitik beitragen

DEM LEBEN ZULIEBE

## Empowerment von Patienten

Qualitätskriterien könnten sein:

- 1. Informiertheit** (über Diagnostik, Therapie, Behandlungsziel, poststationäres Verhalten usw.)
- 2. Mitentscheidung/** Behandlungsvereinbarung
- 3. Mitarbeit** im Versorgungsprozess
- 4. Mitbeurteilung** der Qualität der erhaltenen Leistungen und des Behandlungsergebnisses
- 5. Empowerment** für **poststationäre Phase**
- 6. Empowerment** für **gesundheitsfördernde Lebensgestaltung**

## Empowerment von Mitarbeitern

Qualitätskriterien, z. B. Befähigung und Ermächtigung zu:

- 1. Informiertheit** über die gesundheitlichen Auswirkungen (auf die Mitarbeiter)
  - von Kommunikation und Kooperation
  - Wahrnehmung von Verantwortung der Berufsgruppen in Teams und zwischen den Arbeitsbereichen
- 2. Gesundheitsfördernde Mitgestaltung** dieser Einflussfaktoren (gesundheitsfördernde Arbeitsatmosphäre und Arbeitsumfeld einschließlich **Mitwirkung** an der gesundheitsfördernden Gestaltung der Personalpolitik und Personalplanung auf der Grundlage von Informiertheit und Transparenz)
- 3. Gesundheitsfördernde Gestaltung** der Arbeitsplätze und -abläufe, der Mitarbeiter-Verpflegung und der persönlichen Lebensführung (Informiertheit und Mitwirkung)
- 4. Förderung** von **Empowerment der Patienten als wichtiger Bestandteil ihrer professionellen Rolle** sowie **Förderung von Empowerment der Bevölkerung**

DEM LEBEN ZULIEBE



IMMANUEL  
DIAKONIE  
GROUP

## Rauchfreiheit

- Verpflichtung gegenüber Patienten und Mitarbeitern eine rauchfreie Umgebung zu schaffen
- Schutz von Nichtrauchern und aktive Unterstützung von Rauchern bei der Tabakentwöhnung
- Gründung der „AG Rauchfrei“
- MV-Beteiligung
- Befragung der Belegschaft (2006)
- Zertifikat gegen das Rauchen in Bronze als Auszeichnung der Umsetzungsstufen der angestrebten Standards (Zertifikate in Gold: vollständiges rauchfreies Krankenhaus und Krankenhausareals)
- ab 01.07.2008 vollständiges rauchfreies Krankenhaus und Krankenhausareals

DEM LEBEN ZULIEBE



IMMANUEL  
DIAKONIE  
GROUP

## Migrantenfreundlichkeit

- Beteiligung für Deutschland als eines von zwölf Krankenhäusern in Europa am EU-Projekt „Migranten freundliches Krankenhaus“ (Pilotprojekt)
- Entgegenwirken folgender Probleme:
  - Übersetzungsprobleme in der klinischen Kommunikation
  - Patienteninformation und -schulung
  - Interkulturelles Kompetenztraining für Mitarbeiter

### Zielsetzung:

- Optimierung der stationären Behandlung von Patienten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund
- Reduzierung von Ungleichheiten der medizinischen Versorgung

### Umsetzung:

- Sprachmittlerliste (23 Sprachen)
- Aufklärungsbögen mehrsprachig
- Namensschilder der Mitarbeiter mit Sprachfähnchen
- Patientenbroschüre mehrsprachig
- Beschilderung in Englisch/Türkisch in Arbeit

DEM LEBEN ZULIEBE

## **Gesundheitsförderung im Pflegeheim**

Steigende Anforderungen und die damit einhergehende Belastungserhöhung im Pflegeberuf bedingen besonders im Hinblick der demographischen Entwicklung Konzepte zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit. Der Vortrag stellt die Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Neben Zielen, Inhalten und Instrumenten, die sich im Pflegebereich bewährt haben, wird anhand eines Praxisbeispiels das Vorgehen prozesshaft dargestellt.