Ergebnisbericht zum Projekt

Democheck Altenpflege RLP

ein Projekt im Rahmen der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege

des

Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

durchgeführt von

der contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Verfasser

Detlef Friedrich

Christopher Rossberg

Dr. Grit Braeseke

Jessica Hernández

Inhaltsverzeichnis

1. Management Summary ____ 4

2. Ausgangslage ____ 6

3. Das Vorgehen ____ 7

3.1 Projektplan ____ 7

3.2 Arbeitspaket 1: Projekt-Konzeptionierung und Online-Tool Anpassung: ____ 7

3.3 Arbeitspaket 2: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: ____ 7

3.4 Arbeitspaket 3: Democheck Altenpflege RLP – Infosnacks: ____ 8

3.5 Arbeitspaket 4: Online Bewertung mit dem „Democheck Altenpflege RLP" ____ 8

3.6 Arbeitspaket 5: Verifizierung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ____ 9

4. Ergebnisse ____ 10

4.1 Ergebnisse des Kurzchecks „Democheck Altenpflege RLP" ____ 12

4.2 Allgemeine Ergebnisse ____ 13

4.3 Vergleich ambulant/stationär ____ 17

4.4 Vergleich Verbandszugehörigkeit ____ 18

4.5 Ergebnisse aus den Beratungen vor Ort ____ 20

5. Bewertung und Empfehlungen ____ 25

5.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement ____ 25

5.2 Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik ____ 28

5.3 Führung ____ 31

5.4 Arbeitsorganisation und -gestaltung ____ 33

5.5 Lebenslanges Lernen ____ 35

6. Wünsche an das Ministerium und Ausblick ____ 38

7. Anhang ____ 40

Tabellen und Anlagenverzeichnis:

Tabelle 1: Verbandszugehörigkeiten der teilnehmenden Einrichtungen 10
Tabelle 2: Größenverteilungen der teilnehmenden Einrichtungen 11
Tabelle 3: Regionale Zugehörigkeiten der teilnehmenden Einrichtungen 11
Tabelle 4: Aufbau „Democheck Altenpflege RLP" 12
Tabelle 5: Priorisierung der Handlungsbedarfe 16
Tabelle 6: Differenzierung Democheck Fragen ambulant/stationär 18
Tabelle 7: Trägerverteilung Democheck-Teilnehmer 19

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Ablauf Beratungstag 9
Abbildung 2: Gesamtergebnisse des Democheck Altenpflege RLP 13
Abbildung 3: Ergebnis Democheck Altenpflege RLP ambulant/stationär 17
Abbildung 4: Verbandszugehörigkeit - Handlungsfeld „Führung" 19
Abbildung 5: Verbandszugehörigkeit - Handlungsfeld „Betriebliches Gesundheitsmanagement" 20
Abbildung 6: Priorisierte Handlungsfelder Online Tool Democheck Pflege 21
Abbildung 7: Priorisierte Handlungsfelder nach Beratung vor Ort 22
Abbildung 8: Wünsche an das Ministerium 38

1. Management Summary

Im Auftrag des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) hat die contec GmbH im Rahmen der Initiative „Attraktive Beschäftigung in der Pflege RLP" und in Kooperation mit der TU-Dresden und dem IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Berlin die „Demografiefestigkeit" von ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege im Rheinland-Pfalz geprüft. Auf Basis der Ergebnisse eines Online-Checks und einer eintägigen Beratung vor Ort wurden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die den Einrichtungen bei der Weiterentwicklung zu einem demografiefesten Unternehmen helfen sollen.

Den rheinland-pfälzischen Einrichtungen wurde dafür das Online-Tool „Democheck Altenpflege RLP" zur Selbstbewertung zur Verfügung gestellt. Von den an der Selbstbewertung teilnehmenden Einrichtungen wurden 21 ambulante und 29 stationäre Einrichtungen ausgewählt, um die Selbstbewertungsergebnisse zu validieren. Für jede der beratenen Einrichtungen wurden im Vorfeld individuelle Kennzahlen erhoben und Vergleichswerte/Benchmarks berechnet. Im Rahmen eines Beratungstages vor Ort wurden die einzelnen Ergebnisse vertieft und spezifische Maßnahmenpläne erstellt.[1]

Als wesentliche Handlungsfelder haben sich die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), die Verbesserung der wertschätzenden und gesundheitsförderlichen Führung sowie die Umsetzung einer demografiefesten und zukunftsorientierten Personalpolitik herausgestellt. Hierbei sind die Handlungsfelder „BGM" und „Führung" in den ambulanten Pflegediensten ausgeprägter als im stationären Bereich, der die Umsetzung einer demografiefesten und zukunftsorientierten Personalpolitik stärker in den Fokus nimmt. Während stationäre Einrichtungen – zum einen aufgrund der personellen Größe und der direkten Leistungserbringung vor Ort – in den letzten Jahren stärker mit den Belastungen der Mitarbeitenden und der Einführung entsprechender Maßnahmen konfrontiert wurden und diese – aufgrund der o.g. Strukturen - einfacher organisieren konnten, wird bei den ambulanten Diensten deutlich, dass durch die primäre externe Leistungserbringung vor Ort beim Kunden eine andere Problemsicht vorherrschte.

[1] Eine Einrichtung hat die Teilnahme kurzfristig aufgrund von Krankheit abgesagt.

Auffallend ist, dass viele Einrichtungen die Beeinflussbarkeit von bestimmten Rahmenbedingungen, die die Belastungen mit bestimmen, als für sie nicht beeinflussbar sehen. Hier ist die Kommunikation von Good-Practice Beispielen notwendig, um deutlich zu machen welche Parameter beeinflussbar sind und welche Aspekte von anderen Einrichtungen unter den gleichen Rahmenbedingungen bereits umgesetzt werden. Der Ruf einer Unterstützung durch die Gestalter der Rahmenbedingungen – Politik und Ministerien – geht daher auch in Richtung der Gestaltung dieser Rahmenbedingungen. Zusätzlich wird der Wunsch nach einer übergreifenden Kommunikation zur Verbesserung des Image der Pflege sowie der Gestaltung einer Entbürokratisierung, einschließlich der Prüfungsbedingungen durch Aufsichtsinstitutionen, laut. Ambulante Einrichtungen wünschen sich – stärker als stationäre - weitere konkrete Maßnahmen zur betrieblichen Weiterentwicklung.

Insgesamt lässt sich auf der Basis der Beratungstage vor Ort festhalten, dass eine Sensibilisierung für die im Projekt fokussierten Handlungsfelder erfolgte, aber für einen strukturierten Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements einschließlich einer gesundheitsförderlichen Führung ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess angestoßen werden muss. Hierfür sind die Kräfte der Gestaltung von Rahmenbedingungen durch das Ministerium, der begleitenden Institutionen der Kranken-/Pflegekassen, der Unfallversicherungsträger und anderen Aufsichtsinstitutionen bis hin zu Verbänden und Trägerstrukturen zu bündeln. Ähnlich der Einführung des Qualitätsmanagements in der Branche ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement für die Zukunft ein wesentlicher Entwicklungsschritt, der einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess erfordert. Hierbei sollten verstärkt auch regionale Kooperationen – z.B. in Sinne gemeinsamer Gesundheitstage und dem Aufbau regionaler Gesundheitszirkel als Coachingkreise – genutzt werden, um für Mitarbeitende in der Pflege und deren Führungskräfte regional erreichbare Angebote zu entwickeln, die die Weiterentwicklung zu attraktiven Arbeitgebern durch die Gestaltung der entsprechenden betrieblichen Arbeitsbedingungen fördern. Auch neue Modelle des Personaleinsatzes im Rahmen der Gesamtversorgungsverträge sollten bei dieser Gelegenheit entwickelt werden, da nur hierdurch neue Modelle der Dienst- und Einsatzplanung langfristig gewährleistet werden können.

2. Ausgangslage

Die demografische Entwicklung in Deutschland und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft hat direkte Folgen für die Branche der Altenpflege. Neben einem steigenden Bedarf an Pflegekräften zählen dazu alternde Belegschaften, steigende Arbeitsanforderungen und dadurch oft vermehrte – arbeitsbedingte – Erkrankungen.

In Rheinland-Pfalz wird es bis 2020 laut den Prognoserechnungen des rheinland-pfälzischen Landesleitprojektes "Fachkräftesicherung Gesundheitsfachberufe" an 9.200 Pflegekräften fehlen, wenn bis dahin nicht stärker in die Fachkräftesicherung investiert wird. Bedingt durch die künftig sinkenden Zahlen an Schulabgängern wird sich diese jedoch nicht mehr alleinig über Ausbildung leisten lassen. Eine umfassendere Auseinandersetzung der Einrichtungen im Bereich der Altenpflege zur Vorbereitung auf die durch die demografische Entwicklung hervorgerufenen Veränderungen ist notwendig. Zu dieser Thematik liegen bereits viele Erkenntnisse und auch Handlungsempfehlungen sowie Good-Practice Beispiele vor.

Da der Handlungsdruck immer größer wird und die Umsetzung in den jeweiligen Betrieben nur langsam voran geht, sollte durch die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) in Rheinland-Pfalz ins Leben gerufene Initiative „Attraktive Beschäftigung in der Pflege RLP" die Umsetzung in den Einrichtungen gefördert werden. Die Initiative unterstützt die Akteure der rheinland-pfälzischen Altenpflege dabei, sich den Herausforderungen und Chancen der demografischen Entwicklung zu stellen. Mit Blick auf das abnehmende Erwerbspersonenpotential ist es essenziell, den bereits Beschäftigten ein gesundes und motiviertes Arbeiten bis zur Rente zu ermöglichen und die Einrichtungen in der Pflege „demografiefest" aufzustellen. Eines der Projekte im Rahmen der Initiative ist der „Democheck Altenpflege RLP", der durch die contec GmbH durchgeführt wurde.

3. Das Vorgehen

3.1 Projektplan

Das Projekt Democheck Altenpflege RLP wurde gemäß Ausschreibung durch die Aufteilung in fünf Arbeitspakete durchgeführt. Die geplanten Arbeitspakete werden im Folgenden beschrieben und deren Ergebnisse und Bewertungen im Anschluss dargestellt.

3.2 Arbeitspaket 1: Projekt-Konzeptionierung und Online-Tool Anpassung:

Zum Start des Projektes wurde in der contec Geschäftsstelle Kornwestheim ein Projektbüro mit projektbezogener Hotline eingerichtet. So wurde von Anfang an eine durchgehende Erreichbarkeit und Präsenz zur Region garantiert. Parallel erfolgte die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente „Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege" (demogAP) und der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA Tool Gesund pflegen) zum Tool „Democheck Altenpflege RLP". Aufgabe des „Democheck Altenpflege RLP" Tools ist es, Pflegeeinrichtungen eine IST-Analyse ihrer derzeitigen Situation zu bieten. Die inhaltliche Anpassung des Online-Tools erfolgte durch die TU Dresden und das IEGUS Institut und orientierte sich an Fragestellungen, die aufgrund der demografischen Entwicklung in Rheinland-Pfalz von besonderem Interesse schienen. Das so entstandene Tool stellt ein Analyseinstrument zur qualifizierten Bewertung der betrieblichen Situation in den fünf Handlungsfeldern „Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik", „Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung", „Führung", „Lebenslanges Lernen" und „Betriebliches Gesundheitsmanagement" dar. Das Online-Tool ist dazu an eine internetbasierte Datenbank, der „Infobox Democheck Altenpflege RLP", gekoppelt, welche erste Handlungshilfen sowie Beispiele guter Praxis enthält. Der „Democheck Altenpflege RLP" adressiert in erster Linie die Führungskräfte der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste in Rheinland-Pfalz, da sie die relevanten Entscheidungsträger sind. Die Fragen des Online-Tools finden sich in der Anlage zum Bericht.

3.3 Arbeitspaket 2: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Ziel des zweiten Arbeitspaketes war die Teilnehmerakquise. Es war eine zweistufige Teilnehmerakquise vorgesehen – Akquise für die Informationsveranstaltungen „Infosnack" und Teilnahme am Online-Tool sowie der Beratung. Dazu erfolgte zusammen mit dem Partner ergo Unternehmenskommunikation GmbH & Co. KG die Entwicklung des Ansprachekonzeptes in Form der Entwicklung eines Projektlogos, eines Werbepaketes mit Flyer, Anschreiben, Internet-Banner und Give-Aways. Eine Projekthomepage mit der Domain www.democheckpflege.de wurde als Informationsplattform

aufgebaut. Diese Materialien sollten die Einrichtungen über das geplante Projekt informieren und zur Teilnahme am Online-Tool „Democheck Altenpflege RLP" und dem anschließenden kostenlosen Beratungstag motivieren. Die Ansprache der ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen fand zudem über Multiplikatoren statt, die Projektinformationen über interne Medien und Pressemitteilungen verbreiteten. Zu diesen gehörten insbesondere die im Projektbeirat eingebundenen Organisationen, Verbandsvertreter, Pflegegesellschaft, Hochschulvertreter, Einrichtungsvertreter, Krankenkassen, Unfallversicherer u.a. Neben den Maßnahmen für die Teilnehmerakquise fanden Mailingaktionen und die Verbreitung von Presseartikeln über hausinterne Medienkanäle und den Fachverlag Vincentz Network GmbH statt. Als Erweiterung der Akquisetätigkeiten fanden eine telefonische Akquise sowie die persönliche Ansprache über die Geschäftsführungen der Verbände statt. Mit ca. 1020 geführten Telefonaten seitens der contec GmbH konnte das Ziel der 50 stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste für eine Beratung vor Ort erreicht werden.

3.4 Arbeitspaket 3: Democheck Altenpflege RLP – Infosnacks:

Zu Beginn des Projektes wurden vier Informationsveranstaltungen, sogenannte Infosnacks, durchgeführt. Die Organisation, Planung und Durchführung der Informationsveranstaltungen erfolgte durch die contec GmbH in Zusammenarbeit mit dem MSAGD und der BGW. Die Veranstaltungen fanden aber keinen großen Zuspruch aus mangelnden zeitlichen Ressourcen der Teilnehmer-Zielgruppe. Es konnten hier nur vereinzelt Teilnehmer für das Projekt gewonnen werden.

3.5 Arbeitspaket 4: Online Bewertung mit dem „Democheck Altenpflege RLP"

Im Arbeitspaket 4 stand die Durchführung und Auswertung des „Democheck Altenpflege RLP" im Vordergrund. Jeder Nutzer des Tools erhielt nach dessen Anwendung umgehend erste Handlungsempfehlungen für die fünf Handlungsfelder, die je nach Bedarf umgesetzt werden können. Nach der Durchführung des Tools konnten sich die interessierten Einrichtungen und ambulanten Dienste um eine Beratung vor Ort bewerben. Hierbei sollten 50 Einrichtungen für die Teilnahme an Projektphase 2, der Beratungen vor Ort, identifiziert werden. Zu Beginn des „Democheck Altenpflege RLP" konnten die Einrichtungen sich zwischen dem Kurz- und dem Langcheck entscheiden (Beide Democheck Versionen sind im Anhang zu finden). Der Vorteil des Langchecks waren vertiefende Fragen zu den jeweiligen Handlungsfeldern und anschließend eine größere Auswahl an Handlungsempfehlungen aus der „Infobox Democheck Altenpflege RLP". In die Auswertung wurde der „Kurz-

check" einbezogen. Die Gesamtauswertung der Democheck-Ergebnisse erfolgte durch die wissenschaftliche Begleitung der TU Dresden und des IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH.

3.6 Arbeitspaket 5: Verifizierung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Im Anschluss an die online Selbstbewertung durch den „Democheck Altenpflege RLP" erhielten 50 interessierte Einrichtungen die Möglichkeit einer Beratung vor Ort, um zu ihren individuellen Handlungsbedarfen aus den Themenfeldern „Demografiefeste Rekrutierungs- und Personalpolitik", „Arbeitsorganisation und -gestaltung", „Lebenslanges Lernen", „Führung" und „Betriebliches Gesundheitsmanagement" beraten zu werden. Der Ablauf des Beratungstages ist in Abb. 1 dargestellt.

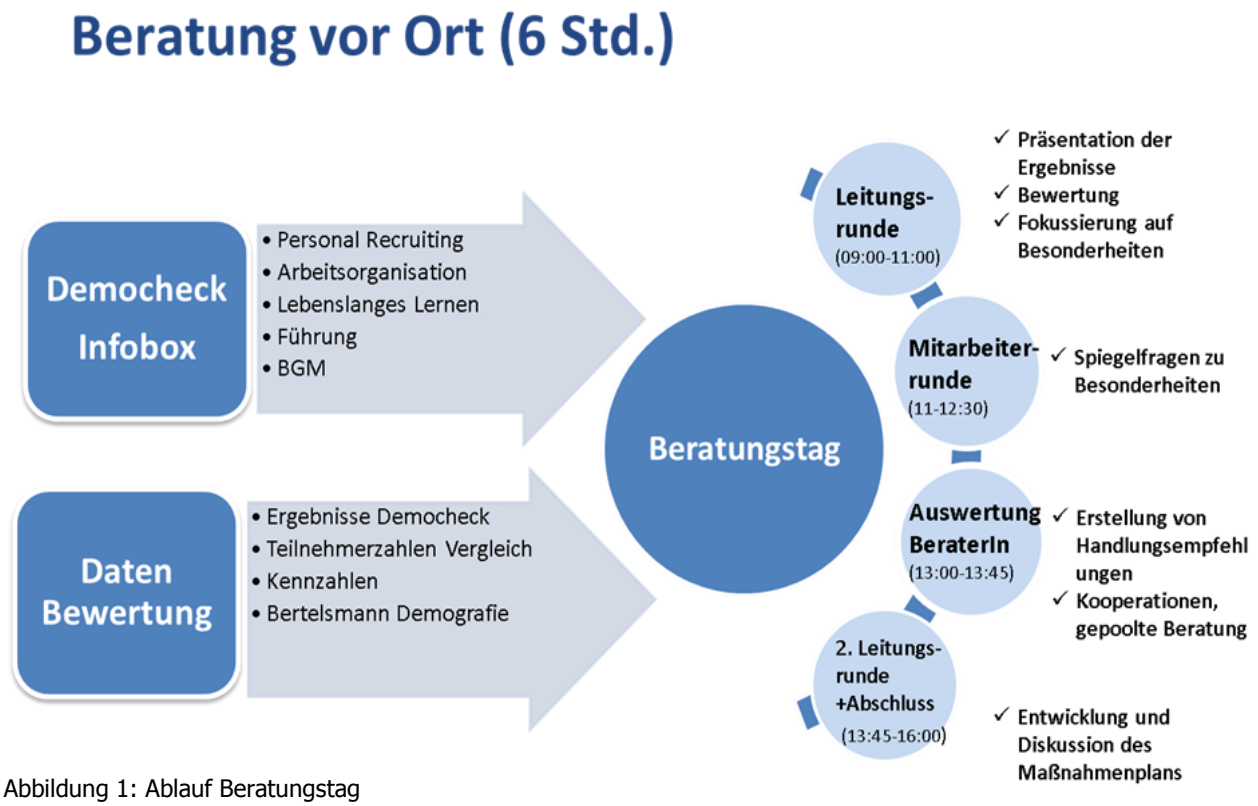


Abbildung 1: Ablauf Beratungstag

Im Vorfeld der Termine wurden Personalkennzahlen der Einrichtungen angefordert und Risiken anhand von Benchmarks und Vergleichsdaten ermittelt. In den Terminen wurden dazu die Ergebnisse der Selbstbewertung und der Kennzahlenanalyse besprochen und reflektiert und gemeinsam mit der Führung (und Mitarbeitenden) Veränderungsbedarfe und Handlungsempfehlungen erarbeitet. Hierbei erfolgte eine Priorisierung der relevanten Themen und die Erstellung eines Zeit- und Maßnahmenplans.

4. Ergebnisse

Insgesamt liegen 62 ausgefüllte und auswertbare Datensätze (37 stationär, 25 ambulant) im Online-Tool Democheck Altenpflege RLP vor. Über 50 Einrichtungen haben sich für eine Vor-Ort-Beratung bzw. Arbeitssituationsanalyse beworben, hiervon wurden wie vereinbart 50 ausgewählt. Aufgrund einer kurzfristigen Absage wurden 49 Termine vor Ort durchgeführt.

Die ausgewählten Einrichtungen haben folgende Zugehörigkeiten zu den Verbandsstrukturen:

Dachverband	ambulant	Stationär
AWO	0	7
Caritas	4	2
Diakonie	1	3
DRK	3 (1 Ausfall)	4
Paritätischer Wohlfahrtsverband	9	6
bpa, Privat, VDAB	4	7
Summe	21	29

Tabelle 1: Verbandszugehörigkeiten der teilnehmenden Einrichtungen

Die Einrichtungen beschäftigen Mitarbeitende in folgenden Größen:

Mitarbeitende	Ambulant	Stationär
0-9	3	-
10-50	12	8
50- 100	4	11
100 -	2 (ein Termin kurzfristig abgesagt)	10

Tabelle 2: Größenverteilungen der teilnehmenden Einrichtungen

Verteilung auf 4 Regionen ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Region	Ambulant	Stationär
Nord	1	9
Ost	6	8
Süd	10 (1 Ausfall)	9
West	4	3
Summe	21	29

Tabelle 3: Regionale Zugehörigkeiten der teilnehmenden Einrichtungen

Obwohl die Gesamtanzahl der angesprochenen Einrichtungen in der Region Nord mit 270 am höchsten aller Regionen ist, ist die Beteiligung der ambulanten Dienste am geringsten. In der Region Ost und Süd wurden 7 bzw. 8% der Einrichtungen zur aktiven Teilnahme erreicht, in den Regionen Nord und West ca. 4%.

4.1 Ergebnisse des Kurzchecks „Democheck Altenpflege RLP"

Um die Vergleichbarkeit der ausgewerteten Daten gewährleisten zu können, wurden die Ergebnisse aus den Antworten des Kurzchecks generiert. Die Kurzfassung des „Democheck Altenpflege RLP" enthält 29 Fragen, die wie folgt aufgebaut sind:

Handlungsfeld	Anzahl Fragen	Antwortmöglichkeiten	Punkte	Höchstpunktzahl
Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	**6**	ja, vollständig	3	18 (0%)
		ja, überwiegend	2	
		ja, ansatzweise	1	
		nein, gar nicht	0	
Arbeitsorganisation und –gestaltung	**5**	ja, vollständig	3	15 (0%)
		ja, überwiegend	2	
		ja, ansatzweise	1	
		nein, gar nicht	0	
Lebenslanges Lernen	**3**	ja, vollständig	3	9 (0%)
		ja, überwiegend	2	
		ja, ansatzweise	1	
		nein, gar nicht	0	
Führung	**3**	ja, vollständig	3	9 (0%)
		ja, überwiegend	2	
		ja, ansatzweise	1	
		nein, gar nicht	0	
Betriebliches Gesundheits-management (1)	**5**	ja, vollständig	3	15 (0%)
		ja, überwiegend	2	
		ja, ansatzweise	1	
		nein, gar nicht	0	
Betriebliches Gesundheits-management (2) Belastungen	**7**	gar nicht	4	28 (0%)
		selten	3	
		gelegentlich	2	
		Oft	1	
		ständig	0	

Tabelle 4: Aufbau „Democheck Altenpflege RLP"

4.2 Allgemeine Ergebnisse

Im Rahmen der Auswertung wurden Punktwerte vergeben, die in der nachfolgenden Darstellung auf Prozentwerte umgerechnet wurden. Die u. g. Daten bedeuten, dass bei 0% die vollständige Erfüllung der Anforderungen anhand der Fragen des Democheck gegeben ist, und 100% den höchstmöglichen Handlungsbedarf markieren. Das bedeutet, dass sich die Einrichtungen in der Regel bei einem Wert von 50% zwischen den Antworten „ja ansatzweise" und „ja- überwiegend" bewegen. Aus dem „Democheck Altenpflege RLP" ergeben sich für die Auswertung der 62 vollständigen Datensätze folgende Handlungsfelder:

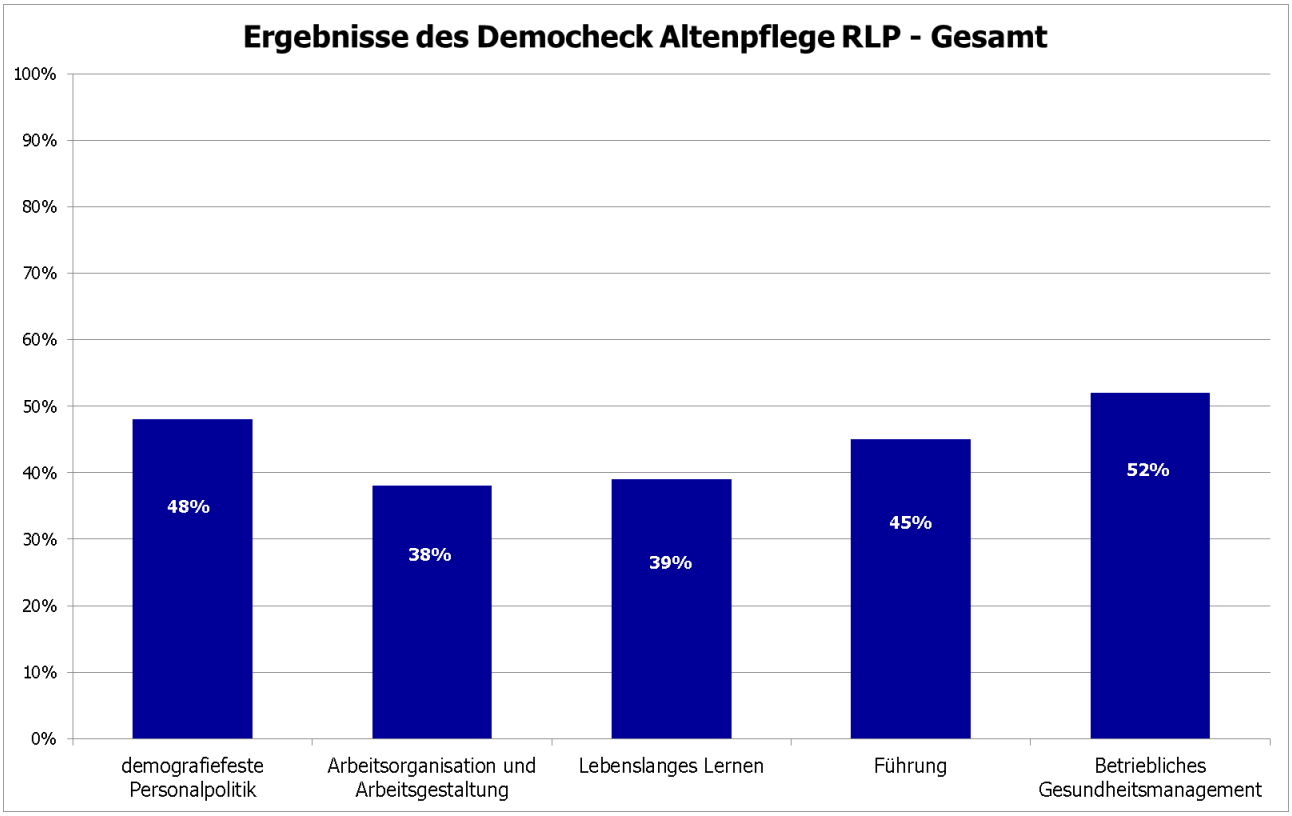
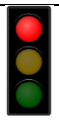
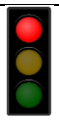
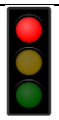
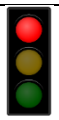
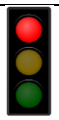
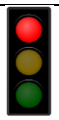


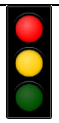
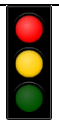
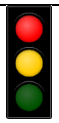
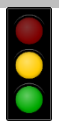
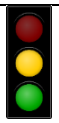
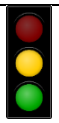
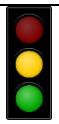
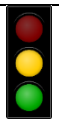
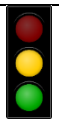
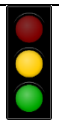
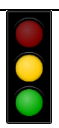
Abbildung 2: Gesamtergebnisse des Democheck Altenpflege RLP

Mit Blick auf die fünf Handlungsfelder ist zu erkennen, dass der Handlungsbedarf bei den 62 teilnehmenden stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten in den Bereichen „Betriebliches Gesundheitsmanagement" und „Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik" am höchsten ist.

Um ein besseres Verständnis der einzelnen Themen aus den Handlungsfeldern zu gewinnen, wurden die 29 Fragen des Kurzchecks in aufsteigender Reihenfolge aufgelistet. Die Fragen mit einem

Ergebnis von bis zu 63% wurden dabei mit einer roten Ampel versehen. Hier besteht laut Democheck der höchste Handlungsbedarf. Eine rot-gelbe Ampel erhielten die Fragen mit einem Wert bis 51%. Auch die Inhalte dieser Fragen lassen erhöhten Handlungsbedarf auf dem Weg zu demografiefesten Arbeitgebern in der rheinland-pfälzischen Pflege annehmen. Aus diesem Grund wurden die Fragen, die eine rote oder rot-gelbe Ampel erhielten mit den ambulanten und stationären Einrichtungen während der Beratungstermine vor Ort schwerpunktmäßig betrachtet und diskutiert. Die Fragen mit einem Ergebnis bis 31% wurden mit einer gelben Ampel versehen, diejenigen mit einem Wert ab 30% mit einer grünen Ampel. Bei diesen Themen besteht der geringste Handlungsbedarf.

	Handlungsfeld	**Fragen-Text**	
34	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Wir führen allein / gemeinsam mit anderen Einrichtungen regelmäßig Gesundheitstage in unserer Region durch.	
29	Führung	Wir führen regelmäßig Befragungen durch und leiten daraus Konsequenzen für die Führungsarbeit ab.	
30	Betriebliches Gesundheitsmanagement	In unserer Einrichtung haben wir ein Rahmenkonzept für betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet und setzen dieses um.	
8	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Es fällt uns leicht, ausreichend geeignete Pflegefachkräfte für unsere Einrichtung/ unseren ambulanten Dienst zu gewinnen.	
54	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu häufiges kurzfristiges Einspringen und Mehrarbeit.	
53	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu hohen Zeitdruck bei der Arbeit?	
43	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Störungen der Arbeitsabläufe?	
35	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern Maßnahmen zur Stressbewältigung (z. B. Supervision, systemische Beratung) und zum Umgang mit psychischen Belastungen an.	

	Handlungsfeld	Fragen-Text	
6	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Unsere Leitungskräfte kennen die Voraussetzungen und Möglichkeiten, um ausländische Pflegekräfte in unserer Einrichtung beschäftigen zu können.	
2	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Unsere Leitungskräfte und Belegschaftsvertreter/innen setzen sich mit dem Thema 'Alter und alternde Belegschaften' aktiv auseinander.	
7	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Es fällt uns leicht, ausreichend geeignete Nachwuchskräfte zur Ausbildung zu gewinnen.	
37	Betriebliches Gesundheitsmanagement	In unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst gibt es ein systematisches betriebliches Eingliederungsmanagement.	
44	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Störungen im Betriebsklima?	
23	Lebenslanges Lernen	Unsere Einrichtung bietet Wiedereinstiegsprogramme (Qualifizierungen) für Rückkehrer an.	
58	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie?	
9	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Unsere Einrichtung versucht, durch regionale Vernetzungen dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken.	
11	Arbeitsorganisation und -gestaltung	Entsprechend der in Mitarbeitergesprächen gewonnenen Erkenntnisse werden Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen abgeleitet.	
13	Arbeitsorganisation und -gestaltung	Es gelingt unseren Leitungskräften weitgehend, den Dienstplan unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensphasen unserer Mitarbeiter/innen zu gestalten.	
46	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit Patienten, Bewohnern bzw. Kunden?	

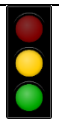
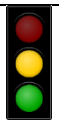
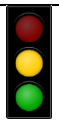
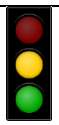
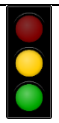
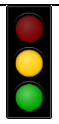
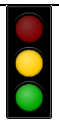
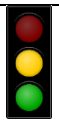
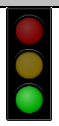
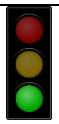
	Handlungsfeld	Fragen-Text	
49	Betriebliches Gesundheitsmanagement / Belastungen	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Wertschätzung seitens der Führungskräfte?	
12	Arbeitsorganisation und -gestaltung	Wir überprüfen regelmäßig – z.B. als Aspekt der Gefährdungsbeurteilung – die Anforderungen und die Belastungen am Arbeitsplatz.	
24	Führung	Unsere Führungskräfte sind zielgerichtet geschult, um ein wertschätzendes Betriebsklima zu gestalten, die Mitarbeiterzufriedenheit und den Einrichtungserfolg zu steigern und setzen dies aktiv um.	
18	Lebenslanges Lernen	Unsere Leitungskräfte kennen konkrete Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und bieten diese den Mitarbeitern aller Berufsgruppen gezielt an.	
10	Arbeitsorganisation und -gestaltung	Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen werden persönliche Belastungen angesprochen.	
22	Lebenslanges Lernen	Unsere Leitungskräfte fördern systematisch den Wissensaustausch zwischen den Mitarbeiter/innen und den unterschiedlichen Generationen, z. B. durch altersgemischte Teams oder Weitergabe von Inhalten aus Fort- und Weiterbildungen.	
16	Arbeitsorganisation und -gestaltung	Unsere Einrichtung nutzt technische Assistenzsysteme zur Entlastung des Personals und zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.	
33	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung werden in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst in der täglichen Praxis genutzt.	
26	Führung	Unsere Leitungskräfte ermutigen die Mitarbeiter/innen, sich an Entscheidungen und Maßnahmen zu beteiligen, die ihre Arbeit, ihren Arbeitsplatz und die Einrichtung/ den ambulanten Dienst betreffen.	
1	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland und die spezifische Situation in unserer Region, die die Pflegebranche in besonderem Maße betreffen, sind unseren Führungskräften bekannt und finden Eingang in strategische Überlegungen.	

Tabelle 5: Priorisierung der Handlungsbedarfe

Ähnlich der Gesamtauswertung des „Democheck Altenpflege RLP" ist auch in dieser Darstellung zu erkennen, dass die teilnehmenden Einrichtungen und Dienste laut ihrer Selbstbewertung im Bereich „Betriebliches Gesundheitsmanagement" (6 von 11 der rot oder rot-gelben Ampeln) und „Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik" (4 von 11 der rot oder rot-gelben Ampeln) die größten Defizite haben. Hierbei werden zu gleichen Teilen sowohl strukturelle Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als auch das Vorhandensein von hohen Belastungsfaktoren genannt.

4.3 Vergleich ambulant/stationär

Betrachtet man die Ergebnisse des „Democheck Altenpflege RLP" differenziert nach ambulanten und stationären Einrichtungen, so lassen sich auf den ersten Blick auf der aggregierten Ebene der Handlungsfelder keine gravierenden Unterschiede erkennen (siehe Abb. 3).

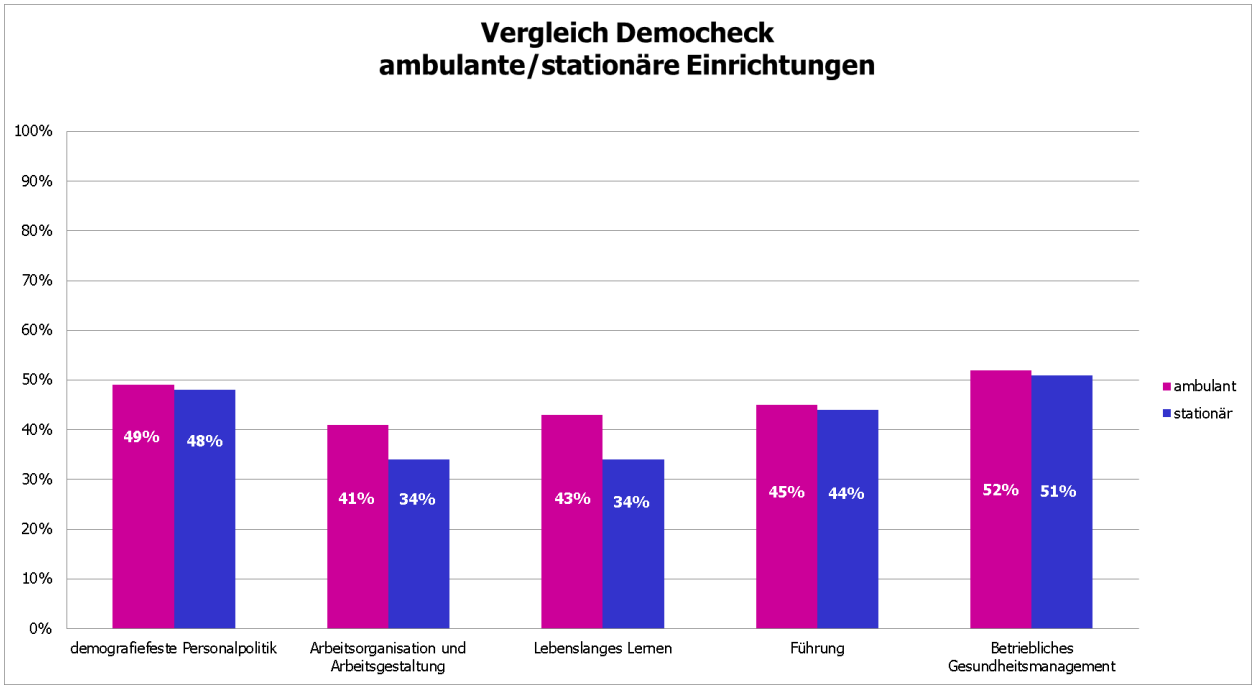


Abbildung 3: Ergebnis Democheck Altenpflege RLP ambulant/stationär

Mit Blick auf einzelne Fragen innerhalb der Kurzfassung des „Democheck Altenpflege RLP" zeigen sich hingegen durchaus Unterschiede. Die folgenden 8 Fragen zeigten die größten Differenzen zwischen den teilnehmenden ambulanten und stationären Einrichtungen:

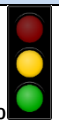
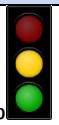
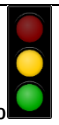
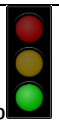
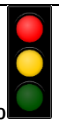
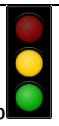
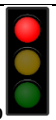
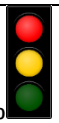
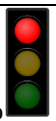
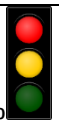
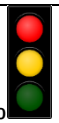
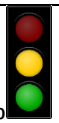
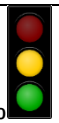
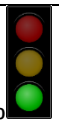
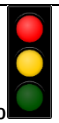
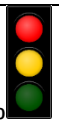
Frage		Ambulant	Stationär
11	Entsprechend der in Mitarbeitergesprächen gewonnenen Erkenntnisse werden Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen abgeleitet	48% 	36% 
16	Unsere Einrichtung nutzt technische Assistenzsysteme zur Entlastung des Personals und zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.	42% 	25% 
23	Unsere Einrichtung bietet Wiedereinstiegsprogramme (Qualifizierungen) für Rückkehrer an.	55% 	37% 
30	In unserer Einrichtung haben wir ein Rahmenkonzept für betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet und setzen dieses um.	78% 	55% 
35	Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern Maßnahmen zur Stressbewältigung (z. B. Supervision, systemische Beratung) und zum Umgang mit psychischen Belastungen an	65% 	49% 
37	In unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst gibt es ein systematisches betriebliches Eingliederungsmanagement.	58% 	42% 
33	Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung werden in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst in der täglichen Praxis genutzt.	42% 	24% 
53	Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu hohen Zeitdruck bei der Arbeit?	54% 	67% 

Tabelle 6: Differenzierung Democheck Fragen ambulant/stationär

Tabelle 7 macht auf Basis der Online-Selbstbewertung durch den „Democheck Altenpflege RLP" deutlich, dass im ambulanten Bereich ein erhöhter Handlungsbedarf gegenüber dem stationären Bereich besteht. Dieses betrifft Themen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement, der persönlichen Entlastungsangebote sowie die Auseinandersetzung mit einem strukturierten Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

4.4 Vergleich Verbandszugehörigkeit

Bei der Teilnahme am Democheck zeigt sich folgende Verteilung der Verbandszugehörigkeit:

Verband	Teilnehmer am Democheck
AWO	7
Caritas	8
Diakonie	8
DRK	7
Paritätischer Wohlfahrtsverband	15
Private Trägerschaft	17

Tabelle 7: Trägerverteilung Democheck-Teilnehmer

Da viele der angesprochenen Themen im Rahmen der Arbeit der Verbände sowohl im Hinblick auf Beratung als auch von Schulungsangeboten transportiert werden, haben wir auffällige Unterschiede analysiert und stellen diese hier zur Information dar.

Betrachtet man die Ergebnisse der Democheck Selbstbewertung auf Verbandsebene, so gibt es in den Handlungsfeldern „Führung" und „Betriebliches Gesundheitsmanagement" Unterschiede in der Einschätzung der Handlungsbedarfe. In den Beratungen vor Ort wurde gerade auf diese Handlungsfelder ein verstärktes Augenmerk gelegt. Deutlich wird, dass gerade private Träger sich hier besser aufgestellt sehen als die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände.

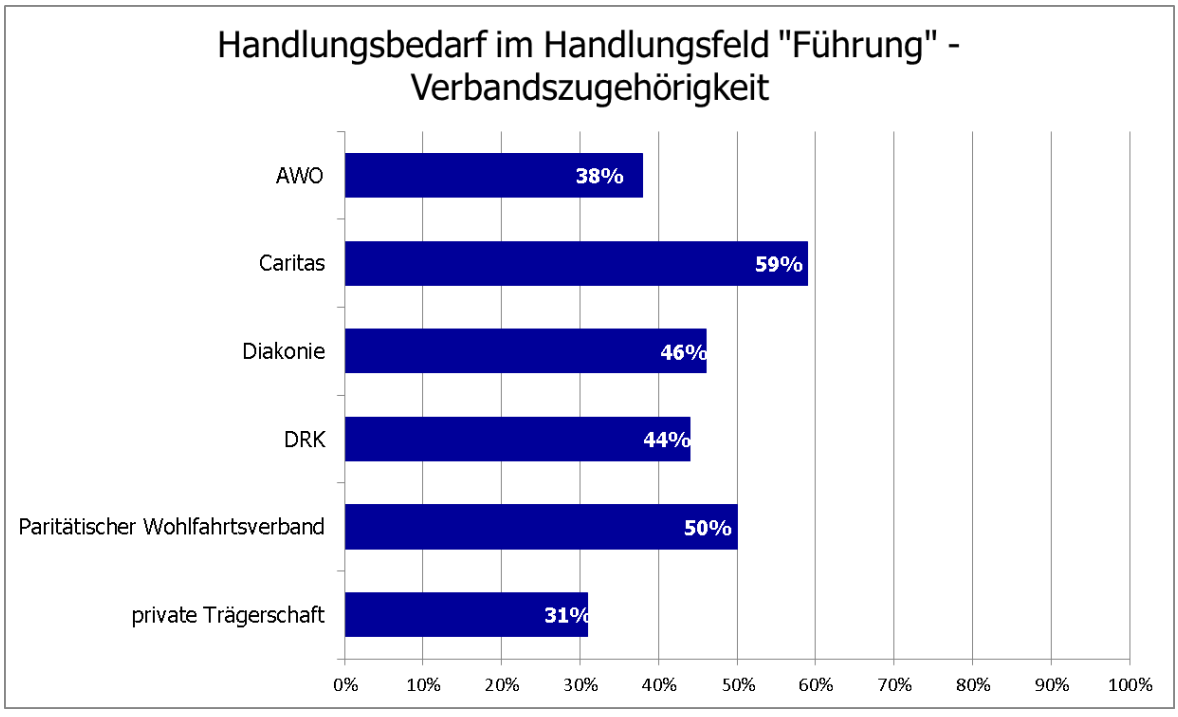


Abbildung 4: Verbandszugehörigkeit - Handlungsfeld „Führung"

Einrichtungen der Caritas und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes sehen im Bereich der Führung einen höheren Handlungsbedarf.

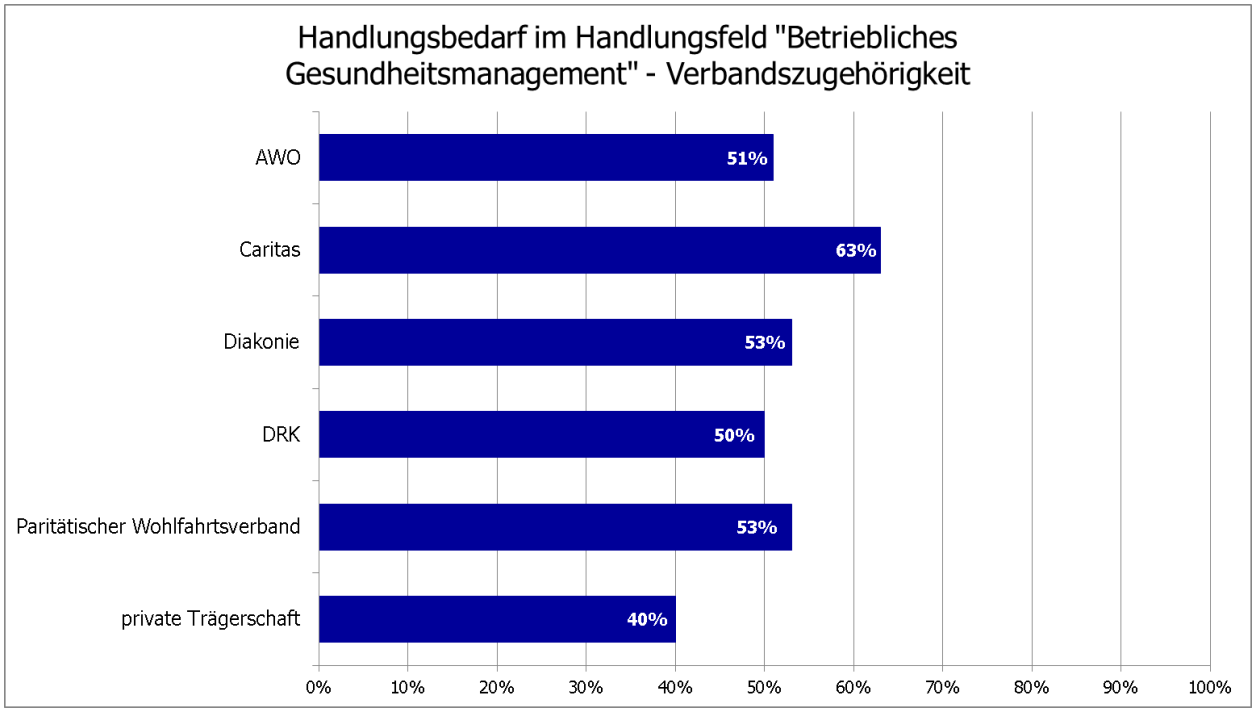


Abbildung 5: Verbandszugehörigkeit - Handlungsfeld „Betriebliches Gesundheitsmanagement"

4.5 Ergebnisse aus den Beratungen vor Ort

Im Punkt 3.6 wurde in der Beschreibung des Arbeitspaketes 5 das Beratungsvorgehen vor Ort dargestellt. In den 50 Beratungsterminen vor Ort sollten die identifizierten Handlungsbedarfe aus der Online-Selbstbewertung verifiziert und vertieft diskutiert werden. Zu Beginn der Beratung wurden mit der Führungsebene die Ergebnisse besprochen und danach in einem separaten Workshop mit den Mitarbeitenden der teilnehmenden Einrichtungen bearbeitet. Dabei wurden zunächst die jeweils aus dem Democheck identifizierten Handlungsfelder mit dem höchsten Handlungsbedarf differenziert diskutiert und anhand der Situationen vor Ort konkretisiert.

Im Anschluss an den Workshop mit den Mitarbeitenden wurden diese Ergebnisse erneut mit der Führung reflektiert. Auf dieser Basis erhielten die teilnehmenden Einrichtungen speziell auf sie zugeschnittene Handlungsempfehlungen zu den von ihnen identifizierten Handlungsfeldern. Diese Priorisierung wird in Abb. 7 im gleichen Format (Differenzierung ambulant/stationär) dargestellt, wie die zuvor identifizierten Schwerpunkte in Abb. 6. Da die Einrichtungen jedoch mehrere Hand-

lungsfelder priorisieren konnten, basieren die verzeichneten Prozentangaben in Abb. 8 auf der Gesamtzahl der Nennungen aller ambulanten bzw. stationären Einrichtungen. Die nachfolgenden Handlungsfelder wurden im Online-Democheck Altenpflege RLP von den Einrichtungen im Rahmen der Selbstbewertung ermittelt.

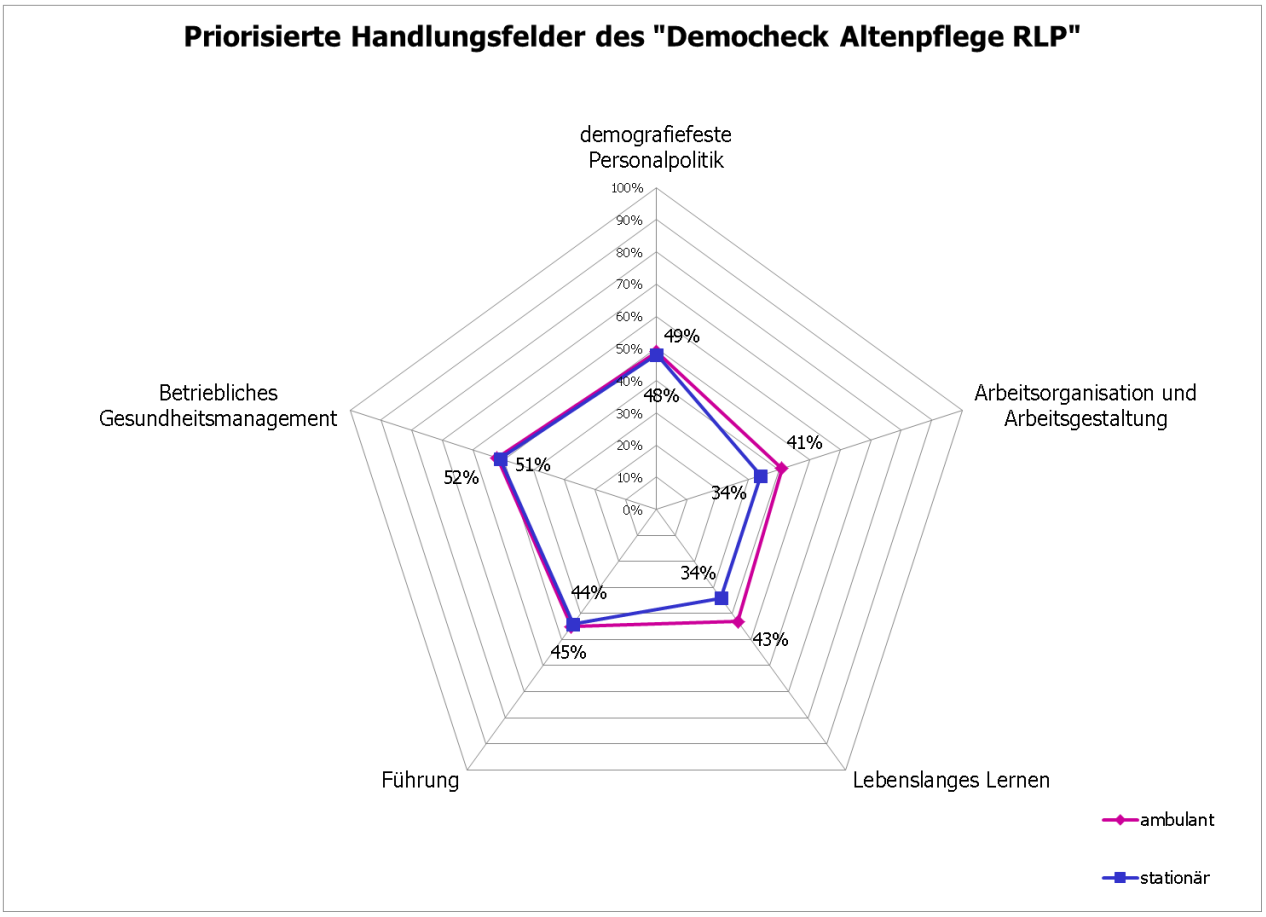


Abbildung 6: Priorisierte Handlungsfelder Online Tool Democheck Pflege

Betrachtet man im Vergleich zu den priorisierten Handlungsfeldern der Online-Selbstbewertung des „Democheck Altenpflege RLP" die aus den Beratungen vor Ort priorisierten Handlungsfelder, ergibt sich eine deutlichere Akzentuierung der Prioritäten in den Handlungsfeldern BGM und Führung.

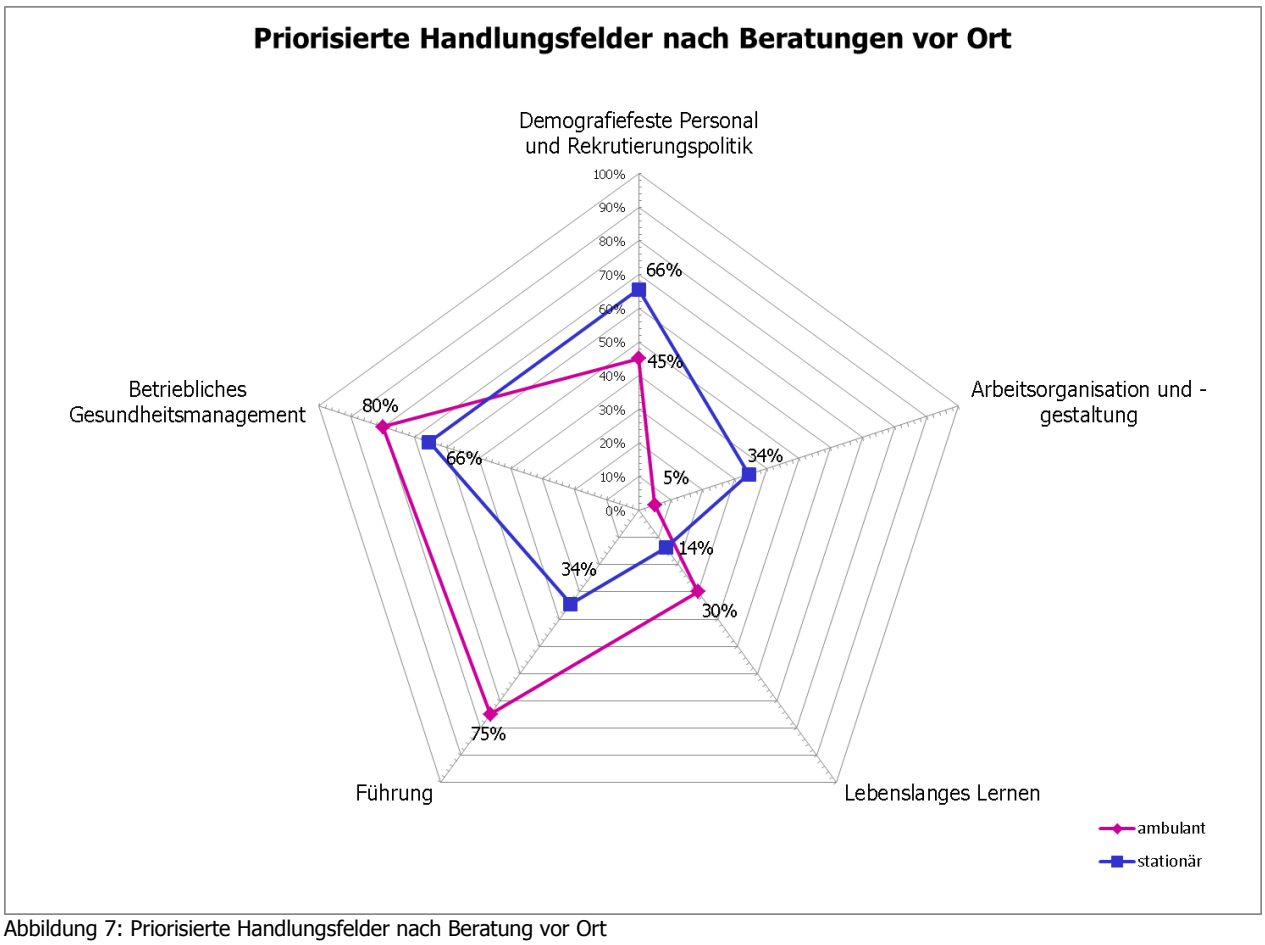


Abbildung 7: Priorisierte Handlungsfelder nach Beratung vor Ort

Oberste Priorität wird hier der Thematik „Betriebliches Gesundheitsmanagement" zugewiesen. Sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Einrichtungen wurden im Democheck in diesem Gebiet die niedrigsten Werte erzielt und damit der höchste Handlungsbedarf ermittelt (ambulant 52% und stationär 51%). Dieses Handlungsfeld erhielt auch nach den Beratungen vor Ort die höchste Priorisierung (ambulant 80% und stationär 66%). 80% der ambulanten und 66% der stationären Einrichtungen sehen hier eine Priorität in der Weiterentwicklung. Das Handlungsfeld, das im Online-Tool den zweithöchsten Handlungsbedarf aufgezeigt hat, war die „Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik" (ambulant 49% und stationär 48%). Im Rahmen der Beratungen wird hier im ambulanten Bereich eine Verschiebung zu Gunsten des Themas der Führung deutlich. 75% der ambulanten Einrichtungen sehen hier einen hohen Handlungsbedarf im Vergleich zu 34% der Nennungen der stationären Einrichtungen. In den Beratungen vor Ort wurden bei den ambulanten Einrichtungen Führungsfragestellungen deutlich, die zu einer höheren Bewertung geführt haben. Die Entwicklung einer „Demografiefesten Personal- und Rekrutierungspolitik" bleibt im ambulanten und stationären Sektor mit ambulant 45% und stationär 66% bei einer ho-

hen Priorität. Das Thema Arbeitsorganisation und -gestaltung nimmt in der Priorisierung vor Ort in der ambulanten Pflege keinen hohen Stellenwert ein (5%), während ein priorisierter Handlungsbedarf bei 34% der stationären Einrichtungen gesehen wird. An letzter Stelle der fünf Handlungsfelder stand sowohl im Democheck als auch nach den Beratungen vor Ort bei den stationären Einrichtungen das Thema „Lebenslanges Lernen" (ambulant 30% und stationär 14%).

Es kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse aus den Beratungen vor Ort und die Ergebnisse des „Democheck Altenpflege RLP" keine auffälligen Differenzen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen in der Online-Bewertung der Handlungsfeldern zeigen, dass aber in den ambulanten Diensten in den Beratungen vor Ort eine deutlichere Sensibilisierung insbesondere zum Thema BGM und Führung erfolgt ist. Hierzu trugen auch die direkten Rückmeldungen durch den Einbezug der Mitarbeitenden bei. Diese Rückmeldung findet im stationären Bereich unmittelbarerer und häufiger statt, da hier ist eine höhere Sensibilität für die Bedeutung der Arbeitsorganisation aufgrund der besseren Beeinflussbarkeit vorhanden ist. Für die Verifizierung des Online-Tools bedeutet dies, dass das Tool geeignet ist, die Einrichtungen für die behandelten Themen zu sensibilisieren. Insbesondere im ambulanten Sektor ist jedoch eine persönliche Form der Auseinandersetzung hilfreich, um kritische und wichtige Punkte der Führung deutlicher zu reflektieren.

Im Anschluss an den Beratungstermin erhielten die Einrichtungen die angepasste Präsentation einschließlich der vor Ort erhobenen Ergebnisse sowie eine individuelle Maßnahmenplanung einschließlich des Verweises auf Handlungshilfen zu den jeweiligen Themen.

Im Rahmen einer Nachbewertung wurden alle Einrichtungen noch einmal um eine kurze Bewertung der Beratungstermine gebeten. 25 Einrichtungen haben wir mit der nachträglichen Online-Befragung erreicht.

Frage Skala: 1-6; 1: Trifft vollständig zu …. bis ….. 6: trifft überhaupt nicht zu	**Bewertung (Skala 1-6)**
Die Erkenntnisse und ausgearbeiteten Maßnahmen sind sinnvoll und können umgesetzt werden.	2,25
Die Art der Ausführung/Umsetzung der Vor-Ort-Beratung war angemessen.	1,21
Das Vorgehen war transparent und nachvollziehbar.	1,64
Die Zusammenarbeit war offen und vertrauensvoll.	1,0
Ich werde/wir werden den Democheck Altenpflege RLP uneingeschränkt weiterempfehlen.	1,0

Bei der Auswertung zeigt sich, dass die Umsetzung von Empfehlungen an manchen Stellen noch Skepsis hervorruft bzw. die Umsetzung als schwierig angesehen wird. Insgesamt wurden die Beratungstermine vor Ort sehr positiv beurteilt. Das folgende Zitat aus der nachträglichen Online- Befragung bestätigt noch einmal die unmittelbar nach den vor Ort Beratungen an die BeraterInnen gegebenen Rückmeldungen:

„Ich danke den Beraterinnen für die nette Gesprächsatmosphäre und vor allem, dass sie sich getraut haben mir offen und ehrlich ihre Meinung zu sagen. Weiter so!" und *„Für diesen einen Tag konnten wir viel Wissenswertes mitnehmen*".

5. Bewertung und Empfehlungen

Die nachstehende Tabelle gibt noch einmal die Priorisierung der Handlungsfelder nach den Beratungsterminen in der ambulanten und stationären Pflege wider.

	Ambulant		**Stationär**	
1	Betriebliches Gesundheitsmanagement	80%	Betriebliches Gesundheitsmanagement	66%
2	Führung	75%	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	66%
3	Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	45%	Führung	34%
4	Lebenslanges Lernen	30%	Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung	34%
5	Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung	5%	Lebenslanges Lernen	14%

Im Folgenden werden die priorisierten Handlungsfelder einer Bewertung unterzogen, Herausforderungen für die Einrichtungen/Dienste aufgezeigt und Empfehlungen für die Träger/Verbände, sowie das Ministerium benannt.

5.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Bewertung:

Die Beratungstermine vor Ort in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten spiegelten das Ergebnis des Online-Fragebogens wider - *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)* existiert kaum und hat eine hohe Priorität für die Verantwortlichen. Die Führungskräfte erhoffen sich aus der Einführung eines BGM die Krankheitsquoten zu senken und Mitarbeitende länger beschäftigungsfähig zu halten. Die Vorstellungen für die praktische Umsetzung umfassten hauptsächlich das Angebot von Fitness- und Schulungsangeboten. Weitere Aspekte wie z.B. Ernährung, Angebote für psychische Belastungen, gesundes Führen und Einsatz von Hilfsmitteln lagen überwiegend nicht im Fokus der Leitungskräfte in Bezug auf ein BGM. *Wissen und Kompetenzen für die Implementierung eines BGM sind aktuell eher rudimentär vorhanden*.

Einrichtungen die bereits ein BGM eingeführt haben, sehen die *Schwierigkeiten in der Aktivierung der Mitarbeitenden zur Teilnahme an Angeboten*. Schichtdienst, die körperlich anstrengende Arbeit und die Trennung von Freizeit und Beruf führen zu einer eher geringen Teilnahme an den Angeboten und *desillusionieren die Initiatoren* zunehmend.

Führung wird kaum als Aspekt des BGMs gesehen. Das Thema *Gesundheit*, z.B. als zentralen Punkt *in Mitarbeiterjahresgesprächen einfließen zu lassen findet kaum Anwendung*.

Ein weiterer Aspekt des Handlungsfeldes ist der Umgang mit und das Management von Belastungen für Mitarbeitende. Die häufigsten Klagen der Mitarbeitenden bezogen sich auf das häufige Einspringen, Mehrarbeit und den hohen Zeitdruck bei der Arbeit. *Hinter diesen Themen verbergen sich zentrale Aspekte der Arbeitsorganisation, die zur Reduktion von Belastungen und somit zur Gesunderhaltung der Mitarbeitenden beitragen können*, wie z.B. die Optimierung von Arbeitsabläufen und die Dienstplangestaltung. Die *Führungskräfte, sowie die Mitarbeitenden sehen die Belastungen weitestgehend den, als schlecht empfundenen, Rahmenbedingungen der Pflege geschuldet und somit außer Reichweite Ihrer Handlungs- und Lösungskompetenzen*.

Ein Unterschied zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen gibt es bezogen auf dieses Handlungsfeld nicht.

Zentrale Merkmale:

- BGM existiert kaum und hat hohe Priorität
- Erwartungen: Krankheitsquote senken und Mitarbeitende beschäftigungsfähig halten
- Praktische Vorstellungen umfassen hauptsächlich Sport- und Fitnessangebote und nicht Ernährung, Angebote für psychische Belastungen, gesundes Führen
- Wissen & Kompetenzen für die Implementierung sind eher rudimentär vorhanden
- Führung wird kaum als Aspekt des BGMs gesehen
- Thema Gesundheit fließt kaum in Mitarbeitergespräche ein
- Belastungen resultieren aus Sicht der Führungskräfte aus den schlechten Rahmenbedingungen der Pflege

Herausforderungen:

Im Großteil der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen fehlt das Wissen über die Inhalte und Möglichkeiten eines BGMs, sowie Kompetenzen zum Aufbau eines BGMs und Ideen zur Reduktion von Belastungen. Des Weiteren werden fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen als Hindernis gesehen, weswegen die Einrichtungen ihre Träger und Verbände in der Verantwortung sehen.

Good-Practice Beispiel

Ein Verband der Freien Wohlfahrtspflege hat als Träger von 14 Alten- und Pflegeheimen auf der Verbandsebene ein Projekt zur Gesundheitsförderung aufgelegt. Das Programm mit den drei Säulen Ernährung, Entspannung und Bewegung wird in Kooperation mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, BSV (Behinderten- und Rehabilitationssportverband Rheinland-Pfalz e.V.) und dem TVM (Turnverband Mittelrhein e.V.) umgesetzt. Es gibt verschiedene Angebote für die Mitarbeitenden wie z.B. Nordic Walkinggruppen, Gymnastikgruppen, regelmäßige Newsletter mit Ernährungs- und Entspannungstipps.

Empfehlungen für die Einrichtungen und Verbände:

- ➔ Führungskräfteweiterbildung im Bereich „Gesundheit & Führung" und Aufbau eines BGM – „Führerschein BGM" als Zertifikat mit Zahlung einer Zulage für Führungskräfte
- ➔ BGM als Projekt aufsetzen und einrichtungsübergreifend spezifische Handlungsleitfäden entwickeln und gemeinsam mit den Einrichtungen in Kooperation mit dem Ministerium oder Sozialversicherungsträgern umsetzen (Analogie zur Entwicklung QM)
- ➔ Bildung von Kooperationen mit regionalen Dienstleistern und anderen Einrichtungen um regionale Kompetenzen und Unterstützungsangebote zu entwickeln, die die Implementierung eines BGM unterstützen (siehe auch Coachingkreise unter Punkt Führung)
- ➔ Eine engere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der BGW zu diesem Thema sollte angestrebt werden (Abstimmung von gemeinsamen Themen und Angeboten)
- ➔ Angebote zur Reduktion von Belastungen und Aufbau von Gesundheitskompetenzen können in Kooperation mit ortsansässigen Beratungsstellen und Gesundheitsdienstleistern entwickelt werden

Empfehlungen an das Ministerium

- ➔ Internetplattform/Infobroschüre – als Ideengeber für die Dienste/Einrichtungen
- ➔ Vortragsreihe in Rheinland-Pfalz zum Aufbau von BGM in Einrichtungen in Kooperation mit Krankenkassen, Unfallversicherung und Unterstützung der Bildung regionaler Kooperationen (Anschubfinanzierung, Netzwerkaufbau einschließlich Berichtswesen)
- ➔ Ausbildungsförderung für Gesundheitscoaches in den Einrichtungen
- ➔ Integration eines BGM in Analogie/Ergänzung zum QM im §15 Abs. 2 des LWTG und Sicherstellung der Refinanzierung der notwendigen Kosten des BGM bei den Leistungsträgern

5.2 Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik

Bewertung:

Das Handlungsfeld *Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik* belegte bei der Priorisierung der Handlungsfelder Platz 3 bei ambulanten Diensten und Platz 2 bei den stationären Einrichtungen. Dies ist mit dem unterschiedlich hohen Personalbedarf (siehe Tabelle 3) der Dienste/Einrichtungen zu erklären. Stationäre Einrichtungen sehen sich häufiger vor der Herausforderung, neues Personal zu rekrutieren, da eine höhere Kopfzahl zur Versorgung der Bewohner notwendig ist. Dementsprechend ergab sich eine höhere Priorisierung der Thematik.
In diesem Handlungsfeld zeichneten sich im Laufe der Beratungstermine vier große Themenblöcke ab: Personalgewinnung; die Auseinandersetzung mit dem Thema „Alter und alternde Belegschaft"; Nachwuchsgewinnung und Beschäftigung internationaler Fachkräfte.

Das Personalmarketing vieler Einrichtungen/Dienste ist schwach ausgeprägt und findet hauptsächlich über Stellenanzeigen in Printmedien statt. Viele Mitarbeitende finden den Weg hauptsächlich über Mundpropaganda und über die Arbeitsagentur zu den Einrichtungen/Diensten. *Das Bewusstsein über die Stärken als Arbeitgeber und eine Formulierung darüber sind selten vorhanden*. Die Nutzung der eigenen Homepage und weiterer Online-Medien (z.B. Stellenbörsen, Social-Media) zur Personalgewinnung findet wenig Anwendung. *Die heutige Bedeutung des Internets für die Personalsuche und zur Darstellung einer Arbeitgebermarke spiegelt sich in den Einrichtungen/Diensten selten wider*.

Die *Beschäftigung internationaler Pflegefachkräfte* findet hauptsächlich nur durch innereuropäische Migration (z.B. Osteuropa, Südeuropa) statt und *folgt bei fast keinem Träger einer Systematik*. Themen wie „Integration" und „Diversity Management" spielen derzeit keine Rolle. Aktuell sehen viele Träger den Schwerpunkt eher in der Gewinnung von inländischen Auszubildenden, eine Auseinandersetzung mit der Deckung des zukünftigen Bedarfs findet nicht statt.

Das Thema „*Alter und Alternde Belegschaft*" ist den Leitungskräften zum Großteil bewusst, es *fehlen aber konkrete Strategien und Handlungskonzepte für einen den kompetenzorientierten Einsatz älterer Mitarbeitender und den Umgang mit älteren, leistungsgeminderten Mitarbeitenden*. Teilweise werden heute Arbeitsschwerpunkte bei leistungsgeminderten Mitarbeitenden in die Beratung, das Qualitätsmanagement oder die Betreuung verlegt. Dies funktioniert allerdings nur begrenzt, da es hier nicht genug Funktionen zu besetzten gibt. Alternsgerechte Arbeitsbedingungen, die die

Arbeitsbewältigungsfähigkeit berücksichtigen und eine lebensphasenorientierte Beschäftigung ermöglichen, sind Zukunftsmusik. Die *regelmäßige Auswertung hierzu benötigter Kennzahlen und Alterstrukturanalysen findet kaum statt*.

Die Nachwuchsgewinnung und Ausbildung von Pflegefach- und -hilfskräften ist unterschiedlich ausgeprägt. Ambulante Dienste haben aufgrund ihrer Größe und eines geringeren Bedarfs weniger Ausbildungsstellen. Stationäre Einrichtungen bemessen der Ausbildung vermehrt eine hohe Bedeutung für die zukünftige Personalgewinnung bei. Es wird festgestellt, dass die Qualität der Auszubildenden in puncto soziale Kompetenz, Lernbereitschaft und Motivation immer mehr abnimmt. *Die Arbeit der Praxisanleiter in den Einrichtungen/Diensten wandelt sich somit von der reinen praktischen Wissensvermittlung hin zu einer Erziehungs- und Lernbegleitung bei jungen Menschen*. Die Besetzung der Ausbildungsplätze gelingt den meisten Einrichtungen momentan recht gut, allerdings brechen einige Auszubildende aufgrund falscher Vorstellungen die Ausbildung auch wieder ab. Problematisch ist zudem die *Übernahme der Auszubildenden*, da nach der Ausbildung oft *keine Vollzeitstelle* zur Verfügung steht, obwohl dies zum Beginn eines selbständigen Lebens nach der Ausbildung gewünscht wird.

Zentrale Merkmale:

- Personalmarketing nicht ausgebaut
- Bewusstsein über Stärken als Arbeitgeber und Vermarktung kaum ausgeprägt
- Online-Medien (z.B. eigene Homepage) zur Personalsuche werden kaum angewendet
- Beschäftigung von internationalen Pflegekräften nur innereuropäisch
- Integration und Diversity spielen derzeit keine Rolle
- Keine Strategien und Handlungskonzepte für die Beschäftigung älterer Mitarbeitenden vorhanden
- Veränderung der Praxisanleitung zur Erziehungs- und Lernbegleitung von jungen Auszubildenden

Herausforderungen:

Im Bereich der Personalgewinnung fehlt dem Großteil der Einrichtungen/Dienste das Wissen, das Bewusstsein und teilweise die Kompetenz sich als Arbeitgeber nach außen zu verkaufen. Investitionen ins Personalmarketing (z.B. Zielgruppen- und generationenangepasste Homepage, bessere Stellenanzeigen, Arbeitgeberflyer) werden aus Kostengründen eher gemieden. Zum Thema „Alter und alternde Belegschaft" fehlen Wissen und Ideen zum Umgang mit älteren Mitarbeitenden.

Die intensive Ausbildungsbegleitung und der damit verbundene Mehraufwand stellen die Einrichtungen/Dienste vor ein Finanzierungsproblem, da dies nicht in der aktuellen Pflegesatzvergütung Berücksichtigung findet. Außerdem erschwert die öffentliche negative Meinung über die Pflege und die schlechten Arbeitsbedingungen (z.B. Leistung/Vergütungs-Verhältnis, Zeitdruck, etc.) die Gewinnung von geeignetem Nachwuchs.

Bei der Beschäftigung von internationalen Pflegekräften sehen die Einrichtungen/Dienste eher die Träger/Verbände, sowie die Politik zum Handeln verpflichtet.

Good-Practice Beispiel:
Ein stationärer Träger von drei Pflegeheimen in der Nähe von Trier beschäftigt eine Sozialpädagogin als Ausbildungscoach für die Auszubildenden mit 10 Wochenstunden pro Einrichtung. Der Ausbildungscoach begleitet die Auszubildenden zusätzlich zu den Praxisanleitern in den Wohnbereichen mit Angeboten zur Entwicklung beruflicher Kompetenzen (z.B. Selbstorganisation, Zeitmanagement, Kommunikation) bei privaten Problemen in der Ausbildung und Angeboten wie Lernstammtischen. Durch diese enge Begleitung stellt der Träger eine gute Ausbildung sicher und die Einrichtung ist mit diesem Angebot zu einem attraktiven Ausbildungsbetrieb in der Pflege für Schüler im Umland geworden.

Empfehlungen für die Einrichtungen und Verbände:

- ➔ Grafische und inhaltliche Weiterentwicklung der bestehenden Personalmarketingtools (z.B. Stellenanzeigen, Homepage) und Ergänzung um weitere Personalmarketingtools (z.B. Arbeitgeberflyer, Social-Media)
- ➔ Entwicklung von Maßnahmen für die Nachwuchsgewinnung (z.B. Vernetzung mit Schulen, Beteiligung an Ausbildungsmessen).
- ➔ Implementierung regelmäßiger Leitungsrunden mit dem Themenschwerpunkt „Alternde Belegschaft und alternsgerechtes Arbeiten" mit der Auswertung von Demografiekennzahlen (z.B. Krankheitsquote nach Altersgruppen, Altersstrukturanalyse, etc.) zur Entwicklung von individuellen Maßnahmen zum Erhalt der individuellen Leistungsfähigkeit.
- ➔ Definition und stärkere Kommunikation der Stärken als Arbeitgeber, in allen personalmarketingrelevanten Medien (insbesondere auf der eigenen Homepage) und bei den eigenen Mitarbeitern, bzw. bei Bewerbern.

- ➔ Verstärkung der Begleitung von Auszubildenden (z.B. Praxisanleiter, Ausbildungscoaches)
- ➔ Überarbeitung der Homepages mit Implementierung eines Stellenmarktes für BewerberInnen
- ➔ Konzeptentwicklung und Projektumsetzung für die Beschäftigung von internationalen Pflegefachkräften

Empfehlungen an das Ministerium:

- ➔ Implementierung eines (virtuellen) Kompetenzzentrums „Gesund Pflegen" mit anderen Beteiligten (Krankenkassen, Unfallkasse, BGW, Verbände), z.B. durch die Einrichtung einer zentrale Anlaufstelle im Internet oder Hotline an die sich Führungskräfte wenden können und Informationen, Wissen und Coaching zum Thema „Gesund Pflegen" erhalten.
- ➔ Implementierung von Coachingkreisen zur Umsetzung von Beschäftigungsmodellen für ältere Mitarbeitende (Arbeitsorganisation, Führung, Gesundheit, Fortbildung)
- ➔ Verstärkte Förderung der Begleitung von Auszubildenden (z.B. mehr refinanzierte Stellenanteile für Praxisanleiter, Ausbildungscoaches)
- ➔ Modellprojekte in Kooperation mit Verbänden zur Vorbereitung der Beschäftigung internationaler Pflegefachkräfte (Vielfalt, Integration)

5.3 Führung

Bewertung:

Das Handlungsfeld *Führung* belegte bei der Priorisierung der Handlungsfelder Platz 2 bei den ambulanten Diensten und Platz 3 bei den stationären Einrichtungen (gemeinsam mit Arbeitsorganisation- und -gestaltung). Eine Erklärung für die Gewichtung ergibt sich eher aus der hohen Bedeutung des Handlungsfeldes *Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik* für die stationären Einrichtungen, als aus mangelndem Bedarf im Bereich Führungsthemen.

Im Handlungsfeld *Führung* lag der Schwerpunkt auf dem Thema „wertschätzendes Betriebsklima". Hinter diesem Schlagwort verbirgt sich eine Kommunikationsebene zwischen Führungskräften/Mitarbeitenden und zwischen Mitarbeitenden/Mitarbeitenden, sowie das Führungsverhalten und die Anerkennung der Leistungen der Mitarbeitenden von Seiten der Führungskräfte. Die Ausprägungen und Interpretationen waren von Dienst zu Dienst und Einrichtung zu Einrichtung recht unterschiedlich. Von glücklichen Mitarbeitenden über fehlendes Lob und Anerkennung bis hin zu

ernsthaften Krisen deckten die Beratungstermine verschiedene Aspekte des Themas ab. Folgende Auffälligkeiten konnten festgestellt werden:

- Viele Einrichtungen führen keine regelmäßigen Jahres-/Entwicklungsgespräche mit den Mitarbeitenden
- Wenige Führungskräfte – und Leitungsteams haben das Thema *Wertschätzung der Mitarbeitenden* dauerhaft auf der Agenda
- Von den Mitarbeitenden als wertschätzende Führungskräfte eingeordnete Leitungen haben deutlich niedrigere Krankheitsquoten in ihren Bereichen
- Wahrnehmung von Mitarbeitenden und Führungskräften gehen teilweise auseinander, was auf unzureichende Kommunikation zurückzuführen ist
- Wenige Führungskräfte machen regelmäßig Fort- und Weiterbildungen zu dem Thema
- Führungskräfte nehmen individuelles Coaching und Begleitung in schwierigen Situationen wenig bis gar nicht in Anspruch

Die Führungskräfte gaben an, dass das Thema für sie wichtig ist und sind sich Großteils der Wirkung ihres Führungsstils bewusst. Dem Thema wird eine hohe Bedeutung beigemessen, allerdings fehlt es oft an Zeit für Fortbildungen oder die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema „wertschätzende Führung".

Herausforderungen:
Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Führung geht bei vielen Führungskräften oft im Alltagsgeschäft unter. Regelmäßige Fortbildungen oder Reflexionen zum Führungshandeln in Einrichtungen finden aufgrund von „angeblich" fehlenden Zeitressourcen kaum statt.

Good-Practise-Beispiel:
Die Krankheitsquote einer Sozialstation in Kaiserslautern mit einer sehr bedachten, wertschätzenden Pflegedienstleitung, die großen Wert auf die Partizipation der Mitarbeitenden sowie einen starken Teamzusammenhalt legt, lag bei 0,6%. Das wertschätzende Betriebsklima führt zudem zu einer hohen Anzahl an Bewerbern, die in dieser Sozialstation arbeiten möchten.

Empfehlungen für die Einrichtungen und Verbände:

- ➔ Nutzung des Projektes „Führung in Einrichtungen der Altenhilfe" des IWAK – derzeit Projektumsetzung
- ➔ Einführung von Jahres-/Entwicklungsgesprächen für Mitarbeitende
- ➔ Schulung von Führungskräften in der Thematik Mitarbeitergespräche und Unterstützung bei der Implementierung von Mitarbeitergesprächen in den Einrichtungen
- ➔ Investitionen in die Entwicklung der Führungskompetenzen und Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Führung
- ➔ Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung eines wertschätzenden Betriebsklimas
- ➔ Entwicklung von Führungsgrundsätzen und Managementaudits zur Entwicklung einer Arbeitgebermarke
- ➔ Ausbau individueller Coachings für Führungskräfte

Empfehlungen an das Ministerium:

- ➔ Implementierung von regionalen Coachingkreisen – Entwicklung von Führungskräftepartnerschaften zwischen Sozial Einrichtungen und Wirtschaft (kollegiales Coaching)
- ➔ Ausbau einer regionalen Dialogebene zwischen Aufsichtsinstitutionen (insb. MDK/Heimaufsicht) und Führungskräften (Aufbau einer Vertrauenskultur)

5.4 Arbeitsorganisation und -gestaltung

Bewertung:

Das Handlungsfeld *Arbeitsorganisation und -gestaltung* hat im Democheck Altenpflege RLP den Schwerpunkt auf der Erkennung von und den Umgang mit Belastungen, die durch mangelhafte Arbeitsorganisation entstehen. Ein weiterer Punkt betrifft eine lebensphasenorientierte Dienstplanung, die die Anforderungen „Beruf und Familie" sowie „Ältere Mitarbeitende" fokussiert.

In den ambulanten Diensten erhielt dieses Handlungsfeld eine Priorisierung von 5%. Der Grund hierfür liegt in der dezentralen Arbeitsverrichtung in Form von Touren, in denen jeder Mitarbeitende selbst die Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung bestimmt und Führungskräfte Belastungen in der jeweiligen Arbeit vor Ort beim Kunden nicht unmittelbar mitbekommen und beeinflussen können. In der stationären Pflege erhielt das Handlungsfeld eine Priorisierung von 34%. Die Begründung liegt im komplexeren System der Arbeitsorganisation der stationären Pflege. Die Organisation des Personaleinsatzes, die Schnittstellenprobleme und die Störungen des Arbeitsablaufes stellen Mitarbeitende und Führungskräfte vor große organisatorische Herausforderungen und füh-

ren zu Belastungen seitens der Mitarbeitenden. Eine Erfassung dieser Belastungen, z.B. durch Mitarbeitergespräche findet in kaum einer Einrichtung systematisch statt. Das Problem liegt hierbei auch, aus Sicht der Führungskräfte, in den schwer beeinflussbaren Faktoren, wie z.B. Dokumentationsaufwand, erhöhte Krankenstände und Ansprüche der Angehörigen.

Ähnlich verhält es sich mit einer lebensphasenorientierten Dienstplanung, in welcher die verschiedenen Lebensphasen (z.B. höheres Alter, Mütter) der Mitarbeitenden Berücksichtigung finden. Die wenigsten Einrichtungen/Dienste reagieren hier mit der notwendigen Flexibilität, welche sich Bewerber und Mitarbeitende wünschen. Beispielsweise durch das Festhalten an den festen Pflegezeiten im Frühdienst, unabhängig davon ob dies den Gewohnheiten der Bewohner/Patienten entspricht, ist ein späterer Dienstbeginn für Mütter nicht möglich. Ältere Mitarbeitende, welche manche Dienste aufgrund der Arbeitsverdichtung als starke Belastung empfinden, können aufgrund fehlender Flexibilität nur bedingt in der Dienstplanung berücksichtigt werden.

Zentrale Merkmale:

- Komplexere Strukturen und höhere Herausforderungen in der Arbeitsorganisation in der stationären Pflege
- Keine systematische Erfassung von Belastungen bei den Mitarbeitenden
- Schwer beeinflussbare Faktoren führen zu Belastungen (z.B. hoher Dokumentationsaufwand)
- Wenig Flexibilität bei der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen

Herausforderungen:

Die Arbeitsorganisation und -gestaltung ist wesentlich durch die Führungskräfte zu realisieren. Gestaltungsspielräume werden aufgrund der Rahmenbedingungen nur bedingt wahrgenommen. Ein systematischer Prozess der kontinuierlichen Verbesserung auf Basis einer systematischen Erfassung von Gefährdungen und Belastungen ist zu entwickeln, um Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen umzusetzen. Dies erfolgt Mangels zeitlicher Ressourcen nicht. Im Bereich der Dienstplanung wird die Umstellung auf andere Arbeitszeitmodelle, aufgrund des Aufwandes und fehlender Kompetenzen gescheut. Zukunftsmodelle eines veränderten Dienstplaneinsatzes zur alternsgerechten Beschäftigung benötigt auch die Umsetzung neuer Rahmenbedingungen, wie sie durch Gesamtversorgungsverträge geschaffen werden könnten. Das Thema gesundheitsförderliche Dienst- und Einsatzplanung wird für eine zukünftige Beschäftigung unter Berücksichtigung der Ar-

beitsbewältigungsfähigkeit und Familienorientierung eine der größten Herausforderungen der Branche.

Good-Practice Beispiel:
Eine kleinere Sozialstation hat für Mitarbeiterinnen mit Kindern sogenannte Mütter-Touren eingeführt. Diese Touren wurden mit Patienten belegt, die jeweils erst ab 8 Uhr versorgt werden. Dadurch konnten zwei Mitarbeiterinnen gewonnen werden, welche speziell einen Pflegedienst mit diesem Arbeitszeitmodell gesucht hatten.

Empfehlungen für die Einrichtungen und Verbände:

- ➔ Entwicklung von neuen Dienst- und Einsatzplanungsmodellen und verstärkte Schulung und Beratung
- ➔ Systematische Erfassung von Belastungen im Arbeitsalltag der Mitarbeitenden (auch im ambulanten Bereich), z.B. durch Arbeitssituationsanalysen, Mitarbeitergesprächen, Mitarbeiterumfragen
- ➔ Entwicklung von Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation (Ergonomie) zur Reduktion von Belastungen
- ➔ Kompetenzerweiterungen der Führungskräfte in der Erprobung neuer Dienstplanmodelle

Empfehlungen an das Ministerium:

- ➔ Modellprojekte für alternative mitarbeiterfreundliche Dienstplanmodelle fördern
- ➔ Personaleinsatz im Rahmen der Gesamtversorgungsverträge flexibilisieren (in Kooperation mit Pflegekassen und Aufsichtsinstitutionen)
- ➔ Informationsveranstaltungen zur Reduktion von Belastungen in der Pflege veranstalten

5.5 Lebenslanges Lernen

Bewertung:

Das Handlungsfeld *Lebenslanges Lernen* erhielt bei den ambulanten Diensten in der Priorisierung 13% und bei stationären Einrichtungen 7%. Schwerpunkte im Democheck bildeten die Fragen nach dem Fort- und Weiterbildungsangeboten, die Förderung des systematischen, generationenübergreifenden Wissensaustauschs zwischen den Mitarbeitenden und das Angebot von Wiedereinstiegsprogrammen.

Es ist festzuhalten, dass in den Diensten/Einrichtungen das Thema regelmäßige Fortbildung ein wichtiges und präsentes Thema ist. In fast allen Einrichtungen/Diensten haben die Mitarbeitenden die Möglichkeit neben den Pflichtfortbildungen der MDKs, noch Inhouse- oder externe Fortbildungen zu besuchen. Das Thema Weiterbildung wird unterschiedlich gehandhabt, jedoch falls der Bedarf in der Einrichtung vorhanden ist, werden stets eigene Mitarbeitende zu Weiterbildungen, wie z.B. Wohnbereichsleitung, PDL, QMB, Palliativ Care etc. geschickt und nicht extern besetzt. Fort- und Weiterbildungsbedarfe der Mitarbeitenden werden unterschiedlich erhoben. (z.B. Befragung der Mitarbeitenden zum Jahresbeginn, Festlegung seitens der PDL).

Der systematische, generationenübergreifende Wissensaustausch zielt darauf ab, langfristig und nachhaltig Wissen, auch beim Ausscheiden von Mitarbeitenden, in den Einrichtungen zu halten. Die Multiplikation von angeeignetem Wissen durch Fortbildungen ist mittelmäßig in den Diensten/Einrichtungen ausgeprägt. Ein festes Format für einen systematischen Austausch von Wissen haben die wenigstens Einrichtungen. Der Aspekt des generationenübergreifenden Wissensaustauschs wird nicht bewusst gesteuert. Eine gezielte Besetzung von Teams nach dem Kriterium der altersgemischten Teams findet nicht statt. Das Angebot von Wiedereinstiegsprogrammen für die Gruppen der Berufsrückkehrer (z.B. Pflegekräfte aus der Elternzeit, ehemalige Pflegekräfte die länger nicht im Beruf tätig waren, Langzeitkranke) finden zum großen Teil eher Anwendung in Einarbeitungskonzepten und im Rahmen der gesetzlichen, betrieblichen Eingliederung.

Zentrale Merkmale:

- Breites Fortbildungsangebot für die Mitarbeitenden
- Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende nach Bedarf der Einrichtung
- Multiplikation von Fortbildungswissen ist mittelmäßig
- Kein festes Format für den systematischen Austausch von Wissen
- Keine Steuerung des generationenübergreifenden Wissensaustausches
- Keine gezielte Besetzung von Teams nach dem Kriterium altersgemischte Teams
- Wiedereinstiegsprogramme in Form von Einarbeitungskonzepten und betrieblicher Eingliederung sind vorhanden

Herausforderungen:

Dieses Handlungsfeld ist für Führungskräfte weitestgehend durch die vorhandenen Fort- und Weiterbildungsangebote abgedeckt. Die Schaffung von Formaten zum generationenübergreifenden Wissensaustausch ist nicht präsent und priorisiert. Einige Führungskräfte sehen dieses Thema als konfliktbelastet, da oft aktuelleres Schulwissen bei jungen Mitarbeitenden gegenüber Erfahrungswissen der älteren Mitarbeitenden steht.

Good-Practice Beispiel:

Eine stationäre Einrichtung hat in ihren Teamsitzungen der Wohnbereiche einen festen Bestandteil für die Multiplikation von Wissen aus externen Fortbildungen eingeplant. Fachkräfte, die Fortbildungen besucht haben, sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in einem Kurzvortrag ihr gelerntes Wissen den Kollegen vorzustellen.

Empfehlungen für die Einrichtungen und Verbände:

- ➔ Schaffung von Formaten zur Multiplikation von Wissen (Mitarbeitende schulen Mitarbeitende)
- ➔ Aktive Auseinandersetzung mit der Thematik generationenübergreifender Wissensaustausch - Kompetenzorientierte Lerntandems (ältere und jüngere Mitarbeitende) einführen
- ➔ Entwicklung und Kommunikation systematischer Wiedereinstiegsprogramme für Berufsrückkehrende

Empfehlungen an das Ministerium:

- ➔ Preis für innovatives Wissensmanagement in der Altenhilfe ausschreiben
- ➔ Systematische regionale Rekrutierungsprogramme und Fortbildungsprogramme mit der Arbeitsagentur für Wiedereinsteiger aufbauen
- ➔ Kontinuierliche Fortbildungsprogramme für Pflegefachkräfte in Elternzeit mit den Einrichtungen regional entwickeln

6. Wünsche an das Ministerium und Ausblick

Im Rahmen der Beratungstage vor Ort haben wir – unsystematisch – nach Wünschen an das Ministerium gefragt. Die Antworten haben wir anschließend zusammengefasst, mit dem Ergebnis der folgenden Schwerpunkte:

- Maßnahmen der Entbürokratisierung und Überwachung durch den MDK
- Imagebildende Maßnahmen und Entlohnung der Mitarbeitenden
- Unterstützung der Einrichtungen – Umsetzungsbegleitung von Maßnahmen (z.B. BGM), Förder- und Modellprojekte, Führungskräftecoaching

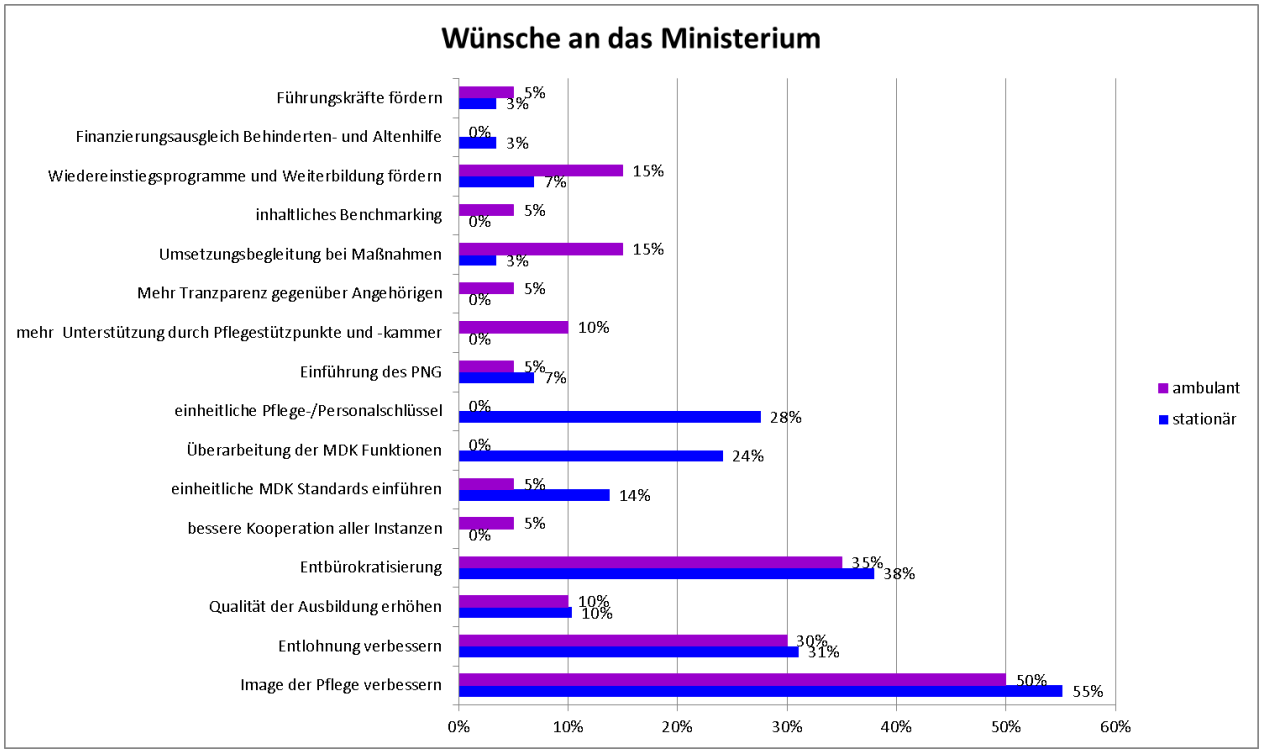


Abbildung 8: Wünsche an das Ministerium

Die wesentlichen Wünsche an das Ministerium betreffen die Imagebildung der Pflege – über 50% der Einrichtungen - sowie Nennungen zum Thema Entbürokratisierung und MDK – über 50% der stationären Einrichtungen (ohne Doppelnennungen). Ambulant sind dies 35%. Insbesondere im ambulanten Bereich ist der Ruf nach konkreter Unterstützung – Wiedereinstiegsprogramme 15%; Führungskräfteförderung 5%, Umsetzungsbegleitung bei Maßnahmen 15% – deutlich höher als im stationären Bereich.

Im Rahmen der Nachbefragung haben wir nach den Ressourcen zur Umsetzung der notwendigen Weiterentwicklung gefragt. Über 70% der Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, können die Entwicklung mit eigenen Ressourcen bewältigen. 30% sehen hier Schwierigkeiten aufgrund von Zeit (12%), Finanzen (12%) und Kompetenz (6%). Primär wünschen sich die Einrichtungen Schulungsmaßnahmen, an zweiter Stelle die Beratung vor Ort und an dritter Stelle die Unterstützung im Projektmanagement.

In Bezug auf regionale Kooperationen wären 86% der Betriebe bereit mit anderen Einrichtungen gemeinsame regionale Gesundheitstage durchzuführen. 50% der Betriebe würden gemeinsam mit anderen Einrichtungen eine gepoolte Beratung in Anspruch nehmen. Weitere 33% würden diese Beratungsform in Anspruch nehmen, wenn keine Mitbewerber dabei wären.

Schlusswort

Die kommenden Herausforderungen der Altenpflege sind nur durch ein gemeinsames und konzertiertes Handeln zu bewältigen. Hierbei sind sowohl neue Wege der Beschäftigung und Arbeitsgestaltung zu ermöglichen als auch bestehende Belastungen durch bürokratische Herausforderungen kontinuierlich abzubauen. Eine Imagestärkung des Berufes kann nur durch gemeinsames Wirken erfolgen. Hierbei sind die Einrichtungen gefordert, ihre internen Rahmenbedingungen in Kooperation mit ihren Verbands- und Trägerstrukturen zu verbessern und auch neu zu gestalten. Dazu wurden in diesem Projekt Schwerpunkte und Handlungsempfehlungen identifiziert. Erst dann wird eine gemeinsame Kommunikation im Sinne Arbeitgebermarke und Imagebildung zielführend. Um ein Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen ist noch ein langer Weg zu beschreiten. Hierzu sind gemeinsame Ziele der Partner zu definieren und im Sinne eines Masterplanes umzusetzen.

7. Anhang

Regionale Clusterung Rheinland-Pfalz

Region	Kreisfreie Stadt	Landkreis	**Absoluter Pflegebedarf 2009** Pflegeprognose 2030 der Bertelsmann Stiftung	**Absoluter Pflegebedarf 2030** Pflegeprognose 2030 der Bertelsmann Stiftung	Anstieg	**Altenpfleger ausgebildet 2010** Branchenmonitoring Altenpflege
Nord	Koblenz		3.261	4.147	886	1
		Rhein-Lahn-Kreis	3.272	4.228	956	0
		Altenkirchen	4.319	5.770	1.451	7
		Ahrweiler	3.952	5.743	1.791	19
		Neuwied	5.634	7.783	2.149	42
		Westerwaldkreis	5.512	7.853	2.341	39
		Mayen-Koblenz	5.868	8.213	2.345	20
Ost		Birkenfeld	2.593	3.279	686	28
		Kusel	2.253	2.948	695	0
	Worms		1.898	2.821	923	11
		Donnersberg	2.038	2.967	929	17
		Alzey-Worm	3.032	4.664	1.632	25
	Mainz		3.975	5.778	1.803	31
		Bad Kreuznach	4.625	6.611	1.986	17
		Mainz-Bingen	3.969	6.444	2.475	0
Süd	Frankenthal		1.001	1.326	325	0
	Neustadt a,d.W		1.217	1.618	401	0
	Pirmasens		1.467	1.884	417	0
	Zweibrücken		1.071	1.495	424	16
	Landau		1.341	2.066	725	19
	Kaiserslautern		2.129	2.860	731	0
		Südwestpfalz	2.538	3.364	826	0
	Speyer		1.445	2.326	881	0
	Ludwigshafen		3.342	4.284	942	25
		Südl.Weinstraße	2.553	3.536	983	12
		Kaiserslautern	2.645	3.668	1.023	13
		Bad Dürkheim	3.180	5.085	1.905	0
		Germersheim	2.796	4.781	1.985	12
		Rhein-Pfalz-Kreis	3.284	5.576	2.292	0
West	Trier		2.209	2.732	523	20
		Vulkaneifel	2.138	2.798	660	24
		Eifelkreis	2.827	3.558	731	18
		Cochem-Zell	2.477	3.236	759	12
		Bernkastel-Wittlich	2.882	3.739	857	0
		Rhein-Hunsrück	3.313	4.459	1.146	14
		Trier-Saarburg	3.518	5.310	1.792	21

Fragen des Democheck Altenpflege RLP – Kurz- und Langfassung

F-Text	F-Nr.
Demografiefeste Personal- und Rekrutierungspolitik	
Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland und die spezifische Situation in unserer Region, die die Pflegebranche in besonderem Maße betreffen, sind unseren Führungskräften bekannt und finden Eingang in strategische Überlegungen.	1
Unsere Leitungskräfte und Belegschaftsvertreter/innen setzen sich mit dem Thema 'Alter und alternde Belegschaften' aktiv auseinander.	2
Das Thema "Demografischer Wandel", speziell auch in Rheinland Pfalz, hat in unserer Personalstrategie eine hohe Bedeutung.	3
Für unser Unternehmen werden aktuelle und differenzierte Personalstatistiken geführt, aus denen die Altersstruktur der Mitarbeiter/innen sowie ihr Tätigkeitsfeld in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst ersichtlich sind.	4
Unsere Leitungskräfte achten bei den Personalentscheidungen auf einen ausgewogenen Altersmix im Einsatzbereich, auch wenn sich dieser nicht immer mit dem vorhandenen Personal und der Bewerberlage umsetzen lässt.	5
Unsere Leitungskräfte kennen die Voraussetzungen und Möglichkeiten, um ausländische Pflegekräfte in unserer Einrichtung beschäftigen zu können.	6
Es fällt uns leicht, ausreichend geeignete Nachwuchskräfte zur Ausbildung zu gewinnen.	7
Es fällt uns leicht, ausreichend geeignete Pflegefachkräfte für unsere Einrichtung/ unseren ambulanten Dienst zu gewinnen.	8
Unser Unternehmen versucht durch regionale Vernetzungen dem Fachkräftemangel entgegen zuwirken.	9
Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung	
Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen werden persönliche Belastungen angesprochen.	10
Entsprechend der in Mitarbeitergesprächen gewonnenen Erkenntnisse werden Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen abgeleitet.	11
Wir überprüfen regelmäßig - z.B. als Aspekt der Gefährdungsbeurteilung - die Anforderungen und die Belastungen am Arbeitsplatz.	12
Es gelingt unseren Leitungskräften weitgehend, den Dienstplan unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensphasen unserer Mitarbeiter/innen zu gestalten.	13
Unsere Leitungskräfte bieten unseren Mitarbeiter/innen die Möglichkeit an, ihre Arbeit abwechslungsreich zu gestalten.	14
Unsere Personalstruktur ermöglicht es, dass unsere Personaleinsatzplanung flexibel auf unter-	15

schiedliche Arbeitsaufkommen, d.h. Arbeitsspitzen reagieren kann.	
Unser Unternehmen nutzt technische Assistenzsysteme zur Entlastung des Personals und zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.	16
Lebenslanges Lernen	
Unsere Leitungskräfte bieten den Mitarbeiter/innen Qualifizierungsmaßnahmen an.	17
Unsere Leitungskräfte kennen konkrete Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und bieten diese den Mitarbeitern aller Berufsgruppen gezielt an.	18
Es existieren altersbezogene Analysen über die Nutzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in unserer Einrichtung/ unserem ambulantem Dienst.	19
Unsere Mitarbeiter/innen haben hohes Interesse an Weiterqualifizierung.	20
Unsere Leitungskräfte stellen durch gezielten und organisierten Wissensaustausch sicher, dass das Wissen und die Erfahrung ausscheidender Beschäftigter erhalten bleiben.	21
Unsere Leitungskräfte fördern systematisch den Wissensaustausch zwischen den Mitarbeiter/innen und den unterschiedlichen Generationen, z. B. durch altersgemischte Teams oder Weitergabe von Inhalten aus Fort- und Weiterbildungen.	22
Unser Unternehmen bietet Wiedereinstiegsprogramme (Qualifizierungen) für Rückkehrer an.	23
Führung	
Unsere Führungskräfte sind zielgerichtet geschult, um ein wertschätzendes Betriebsklima zu gestalten, die Mitarbeiterzufriedenheit und Unternehmenserfolg zu steigern und setzen dies aktiv um.	24
In unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst werden jährlich strukturierte Mitarbeiterführungsgespräche durchgeführt.	25
Unsere Leitungskräfte ermutigen die Mitarbeiter/innen, sich an Entscheidungen und Maßnahmen zu beteiligen, die ihre Arbeit, ihren Arbeitsplatz und die Einrichtung/ den ambulanten Dienst betreffen.	26
Anweisungen durch Führungskräfte werden in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst in geeigneter Weise für alle Mitarbeiter/innen zugänglich gemacht.	27
Die Zufriedenheit mit dem Umgang zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern wird in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst regelmäßig ermittelt.	28
Wir führen regelmäßig Befragungen durch und leiten daraus Konsequenzen für die Führungsarbeit ab.	29
Betriebliches Gesundheitsmanagement	
In unserer Einrichtung haben wir ein Rahmenkonzept für betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet und setzen dieses um.	30
Ergonomische Aspekte werden bei der Gestaltung der Arbeitsplätze berücksichtigt.	31

Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung stehen in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst in ausreichender Menge zur Verfügung.	32
Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung werden in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst in der täglichen Praxis genutzt.	33
Wir führen allein/ gemeinsam mit anderen Unternehmen regelmäßig Gesundheitstage in unserer Region durch.	34
Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern Maßnahmen zur Stressbewältigung (z. B. Supervision, systemische Beratung) und zum Umgang mit psychischen Belastungen an.	35
Die (in Fragen 34 und 35 angesprochenen) verhaltenspräventiven Angebote zur körperlichen und psychischen Entlastung kommen bei den Mitarbeitern in unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst gut an.	36
In unserer Einrichtung/ unserem ambulanten Dienst gibt es ein systematisches betriebliches Eingliederungsmanagement.	37
Wie häufig werden Sie mit folgenden Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst konfrontiert? Hautprobleme	38
Wie häufig werden Sie mit folgenden Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst konfrontiert? Muskel- und Skelett-Schmerzen	39
Wie häufig werden Sie mit folgenden Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst konfrontiert? Infektionen	40
Wie häufig werden Sie mit folgenden Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst konfrontiert? psychische Beschwerden	41
Wie häufig werden Sie mit folgenden Beschwerden als Ausdruck arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst konfrontiert? Schlafstörungen	42
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Störungen der Arbeitsabläufe?	43
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Störungen im Betriebsklima?	44
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Aggressivität der Patienten, Bewohner bzw. Kunden und Angehörigen?	45
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit Patienten, Bewohnern bzw. Kunden?	46
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Kommunikation	47

zwischen den Berufsgruppen und Hierarchiebenen?	
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Wertschätzung seitens der Angehörigen und Patienten?	48
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Wertschätzung seitens der Führungskräfte?	49
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung?	50
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Umgang mit dementen Patienten, Bewohnern bzw. Kunden?	51
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch Umgang mit psychisch beeinträchtigten Patienten, Bewohnern bzw. Kunden?	52
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu hohen Zeitdruck bei der Arbeit?	53
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu häufiges kurzfristiges Einspringen und Mehrarbeit.	54
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch hohen Dokumentationsaufwand?	55
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch unangemessene Bezahlung?	56
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch zu geringe Verantwortung?	57
Wie häufig klagen Ihre Mitarbeiter/innen über Belastung durch mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie?	58