



**IMPULSVORTRAG: PFLEGEKRÄFTE
AM LIMIT?! – HÖCHSTE ZEIT FÜR
PRÄVENTION U.
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

Prof. Dr. Martina Hasseler,
Ostfalia HaW, Fakultät
Gesundheitswesen

WAS IST BGM UND BGF? - INTEGRIERTE DEFINITION

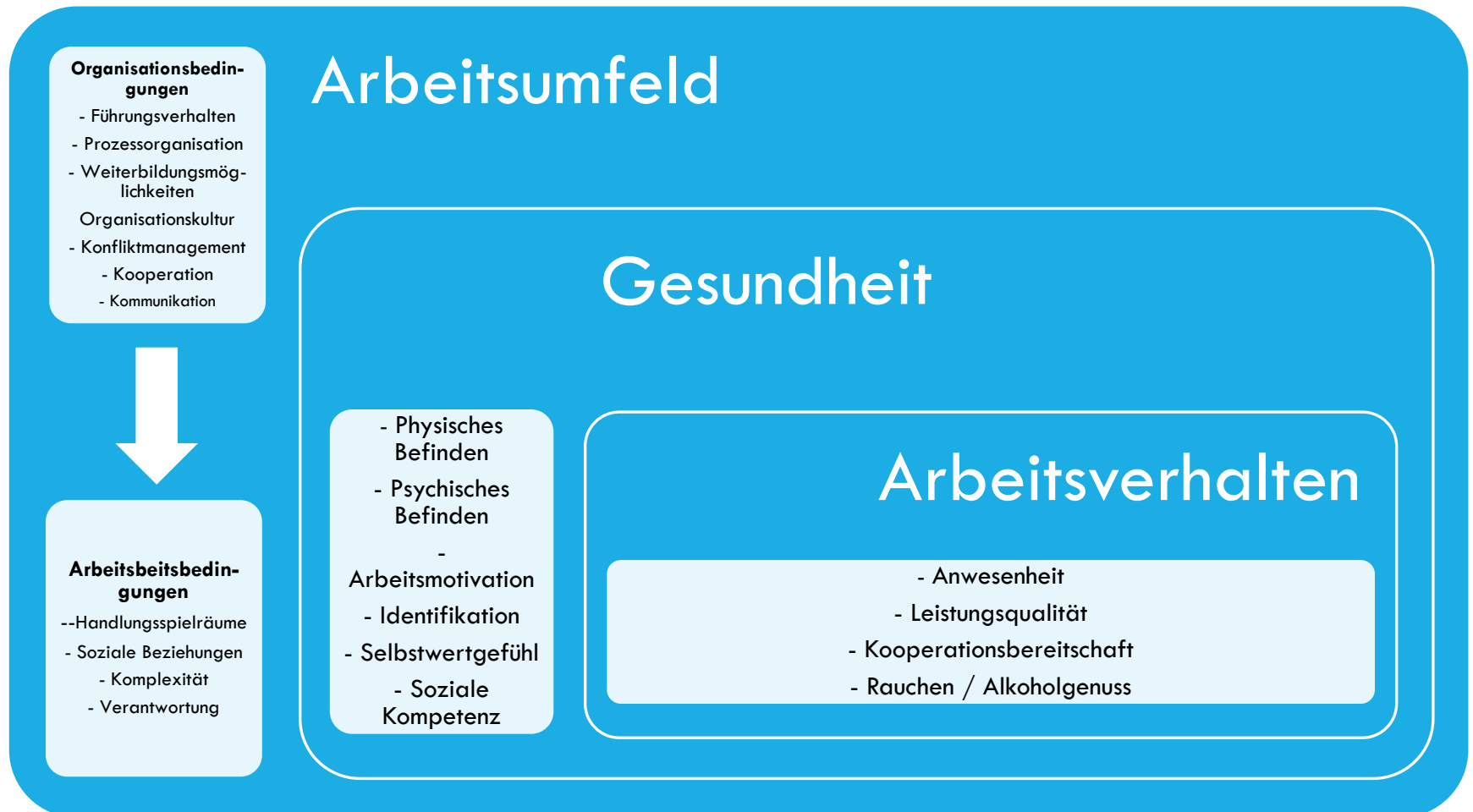
*„Das ganzheitliche, integrierte betriebliche Gesundheitsmanagement beschäftigt sich mit allen Prozessen und Maßnahmen, die darauf abzielen, dass **physisch, psychische und sozial gesunde** Mitarbeiter in einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung ihre individuellen Leistungspotenziale nachhaltig entfalten. Das umfasst zum einen **miteinander verzahnte Maßnahmen**, um ihre **Gesundheit dauerhaft und selbstverantwortlich zu fördern**, um ihren Gesundheitszustand im Arbeitsalltag zu bewahren und um die Mitarbeiter in **akuten Krankheitssituationen zu unterstützen**. Zum anderen gehört dazu die **Verankerung des Kriteriums der Gesundheitsförderlichkeit** in der Strategie, der Kultur, den Strukturen und Prozessen des Unternehmens. Das impliziert die **Zusammenarbeit mit allen Funktionsbereichen**, die institutionalisiert Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeiter nehmen.“ (DGFP 2014:24)*

QUALITÄTSKRITERIEN FÜR BGF

1. BGF ist eine Führungsaufgabe (Management wird eingebunden, Integration in Unternehmenspolitik, Bereitstellung von ausreichenden finanziellen u. personelle Ressourcen)
2. Mitarbeiter an Planung u. Durchführung von BGF beteiligen
3. BGF beruht auf umfassendes Gesundheitsverständnis
4. BGF beruht auf Analysen u. kontinuierlicher Verbesserung
5. BGF wird professionell, dauerhaft u miteinander verknüpft (z.B. innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit)
6. Nutzen von BGF wird auf Basis geeigneter Indikatoren bewertet

(<http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>, letzter Zugriff: 10.12.2015)

ZUSAMMENHANG ARBEIT U. GESUNDHEIT (HUBER 2010:70)



BGM ALS FÜHRUNGSAUFGABE

- Einbindung BGM als Organisations- und Personalentwicklung
- Einbindung in Unternehmensziele, Unternehmensentscheidungen u. Organisationsprozesse
- Gesundheit von Mitarbeitern als Unternehmenspriorität

Aufgaben:

- Überarbeitung Unternehmensphilosophie im Sinne BGM (Schaffung Kultur Wertschätzung, Anerkennung gemeinsamer Werte u. Regeln)
- Qualifizierung Unternehmensleitung u. weiterer Positionen zu Gesundheitsmanagement
- Konzeption, Implementierung u. Evaluation langfristiges BGM unter Beteiligung Mitarbeiter
- Prüfung Nachhaltigkeit durch Evaluation

BGM ALS FÜHRUNGSAUFGABE

- Befragungen zeigen, dass Mitarbeiter BGM als wertschätzend empfinden, wenn sie an Ausgestaltung konkreter Maßnahmen beteiligt werden,
- Orientierung an Mitarbeiterinteressen stattfindet
- Betriebliche Interessen als hilfreich u. nicht als Druck empfunden werden

(Fuchs-Frohnhofen & Bessing 2012)

- Führungsstile Einfluss auf Patientenoutcomes in Langzeitpflege
- Empowerment, bessere Arbeitsbedingungen, positive Arbeitsgruppe, angemessene Kommunikation, Unterstützung, unterstützende Managementstile, Anerkennung etc. Einfluss auf Qualität d. Versorgung

(André et al. 2013)

PERSONALMANAGEMENT U. BGM/BGF

„Personalmanagement beschäftigt sich mit allen personellen Fragen im Unternehmen und stellt eine strategische Führungsaufgabe dar. Dies beinhaltet die Beteiligung an der Formulierung betrieblicher Strategien und der Gestaltung der Führungsstruktur (...) Zu den **Gestaltungsaufgaben gehört neben der** Mitarbeiterführung auch die Systemgestaltung, die sich bspw. mit der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und der Personalentwicklung befasst (.) ergänzen sich Personalmanagement und BGM in diesen Bereichen“ (Huber 2010:68).

„**BGM** bezeichnet in diesem Verständnis alle **Managementtätigkeiten mit dem Ziel, eine festgelegte betriebliche Gesundheitspolitik** durch die **Planung, Organisation, Durchführung und Überprüfung von Maßnahmen sowie Programmen der Gesundheitsförderung** und des Arbeitsschutzes zu realisieren.“ (Huber 2010:699).

PERSONALENTWICKLUNG U. BGM/BGF

„Unter Personalentwicklung werden **alle planmäßigen und zielgerichteten Maßnahmen** verstanden, die die **individuellen und beruflichen Ressourcen der Mitarbeiter fördern**. Somit steht die **Personalentwicklung** in sehr **engem Zusammenhang** mit den **Zielen der BGF** (...). Für die Mitarbeiter bedeutet eine Verbesserung ihrer Qualifikation durch Personalentwicklungsmaßnahmen eine wichtige personale Ressource, um Belastungen, die sich aus den Aufgabenanforderungen ergeben, besser bewältigen zu können (...). Denn in der Gewährung von Personalentwicklungsmaßnahmen spiegeln sich die Wertschätzung der Leistungen des Mitarbeiters und seine Bedeutung für das Unternehmen wider.“ (Huber 2010:77)

PERSONALMANAGEMENT – BGM / BGF

D.h. modernes Personalmanagement muss Maßnahmen der BGM u. BF in Unternehmenszielen, Unternehmensentscheidungen und Organisationsprozesse einbinden

Führungskräfte „produzieren“ Gesundheit durch:

- Gestaltung von Arbeitsaufgaben (Anforderungen u. Ressourcen müssen ausgeglichen werden)
- Gestaltung Arbeitsbedingungen (Arbeitsbelastungen anpassen u. Arbeitsorganisation effektiver gestalten)
- durch Vermittlung Sinnhaftigkeit d. Arbeit
- durch Mitarbeitergespräche

(Artz & Rieger 2013)

BEZUGSRAHMEN FÜR BGM IN UNTERNEHMEN

Gesundheitsmanagement-Strategie

- Kulturelle Voraussetzung f. Umsetzung; strategische Ziele formuliere; BGM im Wertekanon d. Unternehmens; Etablierung eines gesundheitsförderlichen Führungsverständnisses;

Ziele d. BGM in Ziele d. Unternehmens

- Unternehmensziele zum Thema Gesundheit formulieren u./o. Gesundheit als Subthema bei spezifischen Zielen

BEZUGSRAHMEN FÜR BGM IN UNTERNEHMEN

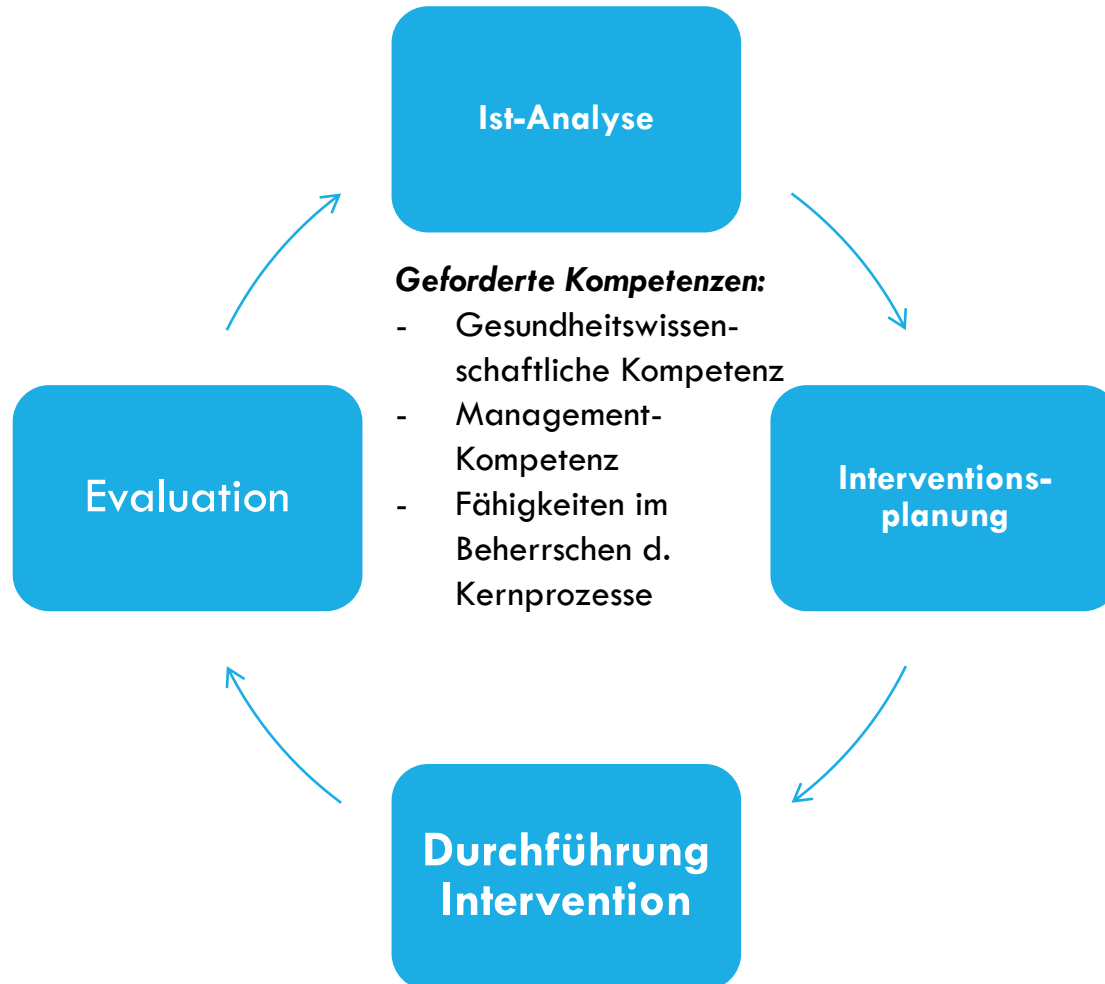
Governance

- Voraussetzungen f. strukturelle Umsetzung geschaffen; Verantwortung u. Richtlinien formuliert / festgesetzt

Gesundheitsmanagement-Controlling / Kommunikation

- Kennziffern für Zielerreichung werden festgelegt, erhoben u. ausgewertet;
- Ergebnisse u. Maßnahmen werden kommuniziert;

SCHRITTE U. PROZESS BGM



SCHRITTE U. PROZESSE

Ist-Analyse: welche Situation? Welche gesundheitsförderlichen Potenziale im Unternehmen? (Fehlzeitenreduktion o.a.)

Z.B. durch Befragung mit etablierten Befragungsinstrumenten, z.B. Arbeitssituationsanalyse (qualitative Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel, Workability-Index u.w.m.)

IST-ANALYSE – SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- Hohe physische u. psychische Belastungen (Burnout, Arbeitsunzufriedenheit) d. Pflegekräfte
- Hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten
- Hoher Workload
- Problematische Arbeitsorganisation
- Höhere Gefahr Gratifikationskrisen
- Pflegeberuf als Sackgasse – fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Konkurrenzdenken u. Ängste
- Geistige Unterforderung
- Geringe Partizipation in Entscheidungen
- Geringe Autonomie
- Rollenkonflikte & Moral Distress
- Höhere Wechselbereitschaft bei unter 35-jährigen (Zimber 2011; Siegrist 2011; Faller & Reinboth 2011; iga Report 17)

IST-ANALYSE – SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- Für Unternehmen entsprechend zu analysieren mit standardisierten Messinstrumenten (z.B. WAI, Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ für Messung v. Belastungen, POQA – Personal and Organizational Quality Assessment zur Selbsteinschätzung von psychologischen und organisationalen Arbeitsplatzaspekten u.v.m.)
- Untersuchung Fehlzeiten, Präsentismus, Unfallstatistiken, Belastungsfaktoren, Gefährdungsanalysen

IST-ANALYSE – SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- **Studie von Faller & Reinboth (2011):** Belastungen von Pflegepersonal in 6 Altenpflegeeinrichtungen im Kontext von Organisationsbedingungen
- **Stichprobe:** 125 TN (35% Rücklaufquote)
- **Befragungsinstrumente** COPSQ, Skala Körperbeschwerden aus Fragebogen zur Erfassung Gesundheitsverhalten
- Gesundheitsindikator Burnout mit „Konflikt Arbeit- u. Privatleben“, „Führungsqualität“, „Entwicklungsmöglichkeiten“, „Rollenkonflikte“
- Schlechtere Ergebnisse subjektive Gesundheit u. körperliche Beschwerden in Gruppe der < 40jährigen und 40-50 jährigen (schlechterer Werte in höherer Altersgruppe)
- **Fazit d. Autoren:** Burnout als Warnsignal für Organisationskonstellationen; sinnvoll: beschäftigtenorientierte Dienstplangestaltung, Verbesserung Führungsverhalten, Klärung von Rollenkonflikten;
- Organisationsbezogene Klärung von Anliegen u. Entwicklung von Ansätzen

SCHRITTE U. PROZESSE

Interventionsplanung: Auswahl von Zielen – was soll erreicht werden (veränderte Fehlzeiten, weniger Krankheitstage o.a.), für Untersuchung von Wirksamkeiten, Auswahl von Maßnahmen (Maßnahmen bilden Ziele ab); ggf. Workshops einrichten; Partizipation aller Beteiligten; Klärung von Fragen:

- Was soll mit Einführung BGM erreicht werden?
- Welche organisatorischen Probleme können sich ergeben?
- Wie sollen erreichte Ziele gemessen werden?
- Welche Akteure sollen einbezogen werden?
- Welche finanziellen Mittel stehen zur Verfügung?
- Welche Datenerhebung und Zielgrößen?
- Welche Messzeiträume?

INTERVENTIONSPLANUNG - SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- **Mögliche Maßnahmen – Ansatzpunkte:**
 - a) Beseitigung/Verringerung von Belastungen
 - b) Verfügbare Ressourcen ausbauen

Durch

- *Organisationale Ressourcen:* Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum, Partizipationsmöglichkeiten
- *Soziale Ressourcen:* Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner, andere Personen
- *Personale Ressourcen:* Gesundheitsbewusstsein, Selbstmanagementfähigkeit, Konfliktfähigkeit, günstige Bewältigungsstile

(Zimber 2011:309f)

INTERVENTIONSPLANUNG - SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- **In Langzeitpflege folgende Möglichkeiten:**
 - *Arbeitsbedingungen* verändern durch Dienstregelungen und entsprechende Absprachen, transparente Kommunikationsregelungen...
 - *Unterstützung der MA* im Umgang mit Anforderungen u. Belastungen
 - *Möglichkeiten, Fähigkeiten u. Kompetenzen einsetzen zu können*, erweiterte Tätigkeitsspielräume ermöglichen; lernförderliche Arbeitsgestaltung (Autonomie, Selbstgestaltung)
 - *Institutionelle Ressourcen*: Einsatz von Hilfsmitteln, Einfluss der MA auf Arbeitsabläufe, soziale Unterstützung durch das Team
 - *Individuelle Ressourcen*: berufliche Handlungskompetenzen erweitern bspw. durch Qualifizierungsmaßnahmen

(Zimmer 2011)

INTERVENTIONSPLANUNG - SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

■ Zu beachten:

- Viele Maßnahmen setzen auf Verhaltensprävention
- einzelne Elemente häufig nicht miteinander verknüpft (z.B. Qualifizierungsmaßnahmen zu Bewegungen von Patienten, Heben und Tragen, Rückenschulungen) u. Verhältnisse in Arbeitsumgebung
- häufig wird vergessen, dass Lernen Zeit u. Wiederholung benötigt
- Anwendung von Maßnahme von Motivation d. MA abhängig

„Präventionsmaßnahmen müssen also ganzheitlich konzipiert und implementiert werden, um nachhaltige Effekte zu erreichen (...). Das heißt, sie müssen Maßnahmen auf der Ebene der technischen Voraussetzungen, der Organisation und der Person integrieren. Nur ein ganzheitliches Konzept des Gesundheits- und Arbeitsschutzmanagements, das von Führungsebene mitgetragen wird und in das die Beschäftigten aktiv einbezogen werden, kann dazu beitragen, arbeitsbedingte Belastungen im Pflegebereich erfolgreich entgegenzuwirken.“ (iga.report 17:34)

INTERVENTIONSPLANUNG - SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

- **Gemäß Literaturfolge Kennzeichen von Kliniken mit geringer Fluktuation:**
 - Partizipation d. Beschäftigten bezogen auf die eigene Arbeit
 - Autonomie im beruflichen Handeln
 - Vorgesetzte kommen ihren Führungsaufgaben in hoher Qualität nach (Wertschätzung, Feedback, problemlösungsorientierte Unterstützung)
 - Gutes soziales Klima und Zusammenhalt in allen Bereichen der Zusammenarbeit
 - Vermeidung einer Überlast durch quantitative Arbeitsanforderungen
 - Altersgerechte Arbeitsorganisation
 - Ermöglichung von Qualifizierung und beruflicher Entwicklung
 - Gewährleistung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

(iga.Report 17:34; Casey et al. 2010))

INTERVENTIONSPLANUNG - SKIZZIERTER ERKENNTNISSE AUS D. LITERATUR

Jobrotation:

- Pflegekräfte werden für Weiterbildung frei gestellt u. von Pflegenden ersetzt (Erziehungszeit, arbeitslos, auf Suche nach Veränderung)

Weitere Maßnahmen:

- Qualifizierung, angemessene Honorierung, Work-Life-Balance (z.B. Familienfreundlichkeit, flexible Arbeitszeiten, Begleitung nach Ausbildung über längeren Zeitraum, abhängig von Stärken in Positionen einsetzen, Kinderhort, Nurse-Friendly-Hospital/Home care..., Weiterbildung, Karrieremöglichkeiten/Personalentwicklung, Wertschätzung, Feedback, „Zuerst-die-Mitarbeiter-Haltung), Verantwortung für Projekte u. Personen, klare Rollen-/Stellenbeschreibungen, Einarbeitungskonzepte, Leistungen wie Massagen o.a.

SCHRITTE U. PROZESSE

Intervention: Zuständigkeit für Intervention und Kontrolle gewährleisten, Seminare für Führungskräfte (Sensibilisierung für das Thema), BFM muss Teil d. Führungskultur werden, mitarbeiterorientiert, zielorientiert, transparent im Angebot z.B. warum, wieso, weshalb diese Angebote...)

Evaluation: Überprüfung Wirksamkeit d. Maßnahmen (Bspw. an Kennzahlen, Zufriedenheitsbefragungen, Fluktuation...)

MÖGLICHE INDIKATOREN ZU BEWERTUNG VON BGM/BGF IN UNTERNEHMEN

Fehlzeiten

Arbeitsunfälle

Fluktuation

Teilnahmequote

**Work Ability
Index**

**Reduktion
Präsentismus**

....

STRATEGIE: EMPOWERMENT

- **Empowerment** als Strategie für „*Pflegekräfte behalten*“ und „*Pflegekräfte gewinnen*“
- Blick auf Pflege von Defizitorientierung hin zu Ressourcenorientierung
- Ressourcenorientierte Rahmenbedingungen in der Pflege eruieren
- Empowerment als Konzept für eine stärkende und ressourcenorientierte professionelle Pflege
- Impliziert Konsens, Partizipation, „geteilte Entscheidungsfindung“, Offenheit, Zusammenarbeit
- Kontrolle über individuelle Situation
- Gegenseitiger Respekt u. gegenseitiges Vertrauen

EMPOWERMENT FÖRDERNDE ELEMENTE

- Empowerment im Zusammenhang mit Führungsstil von Vorgesetzten (Zurmehly et al. 2009; Cummings et al. 2010)
- **Führungsstil/- kompetenzen** beeinflusst Wahrnehmung von Pflegenden an Entscheidungen in wichtigen Punkten teilnehmen zu können (Manojlovich & Laschinger 2007)
- **Managementstil:** Leitungen sind ansprechbar, beraten mit/beziehen Personal ein, schätzen Arbeit, transformationale Führungsstile, effektive Kommunikation, kooperative Arbeitsbeziehungen, Förderung von selbständiger Entscheidungsfindung u. Entscheidungsteilnahme (Heath et al. 2004 Duffield et al. 2010; Cummings et al. 2010)
- Autonomie und Kompetenzen einbringen können (Unter- u. Überforderung vermeiden)

EMPOWERMENT FÖRDERNDE ELEMENTE

- Erfolgsfaktoren erfolgreicher Berufswechsler i.d. Pflege:
 - Personen zeigen hohes Maß an Eigeninitiative
 - Selbstgesteuertes Lernen
 - Eigenaktive Tätigkeits- u. Unternehmenswechsel
 - Aufgreifen v. institutionellen Angeboten zur beruflichen Qualifizierung
- (iga Report 17:28)



Ressourcen u. Stärken d. Personen

STRATEGIE: EMPOWERMENT



STRATEGIE EMPOWERMENT

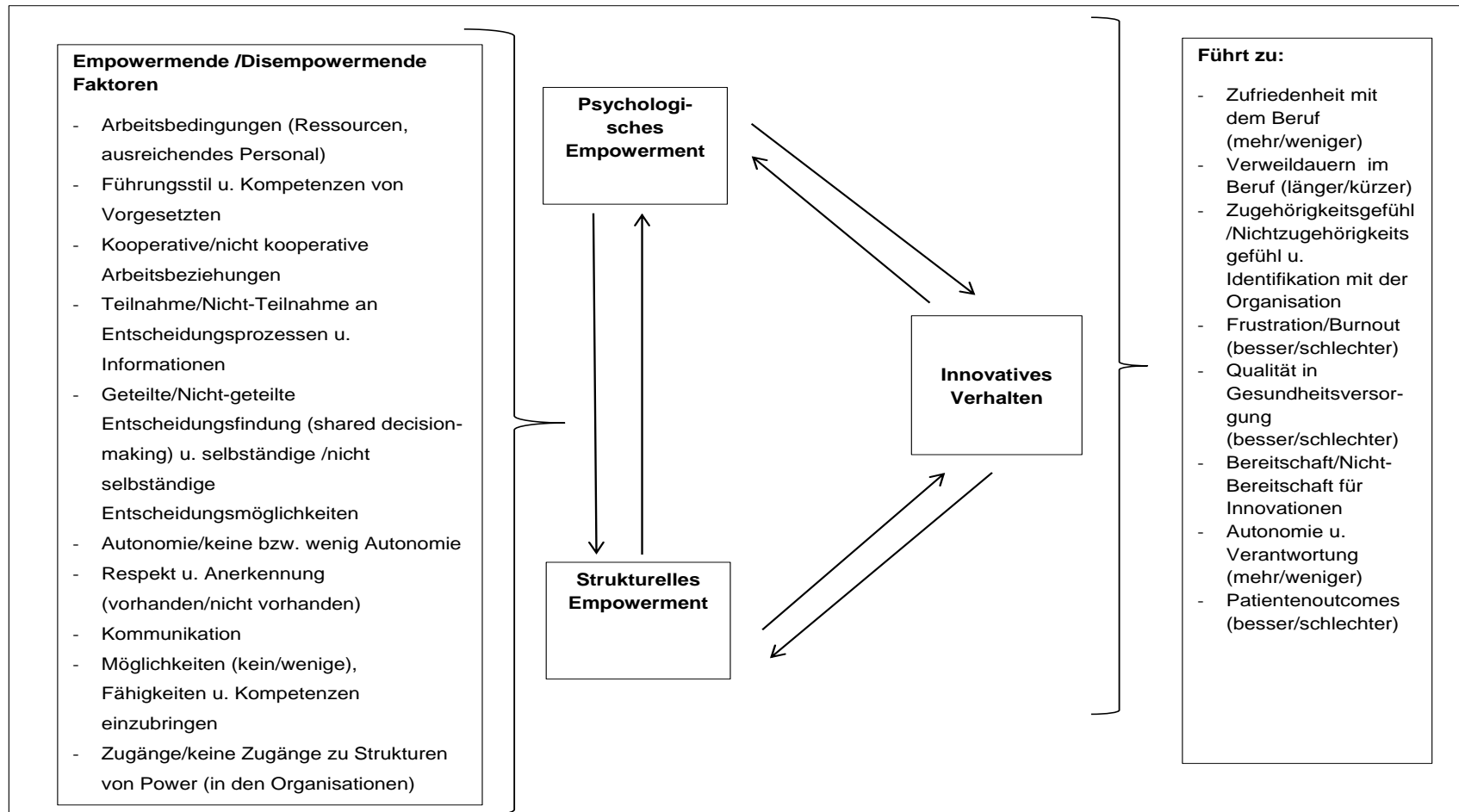
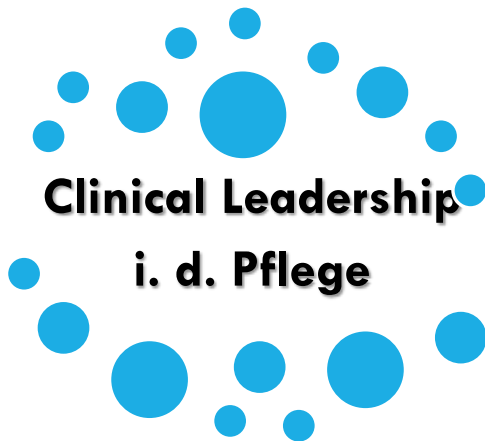


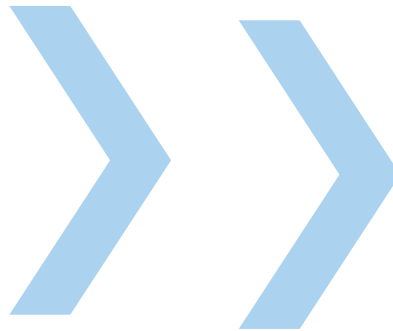
Abb. 2 Empowerment für und in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung)

STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE



Angelsächsisches Konzept

Prinzip: gute „leader“
gewährleisten gute
Gesundheitsver-sorgung



**Bedeutung:
praktische
Leitung/Ver-
antwortung für
qualitativ
hochwertige
Versorgung**

- **Pflegende als „change agents“ in Gesundheitsversorgung mit der Fähigkeit**
- evidenzbasierte Lösungen zu formulieren und umzusetzen,
- an Erarbeitung u. Umsetzung von Richtlinien u. Standards mitzuwirken,
- deren Effekte zu evaluieren,
- Verantwortung für ihre Maßnahmen zu übernehmen,
- sowie diese zu begründen
- Stellen akademische Expertise u. klinische Erfahrung zur Verfügung

STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE

Begriff & Konzept „*Clinical leadership*“ international diskutiert

Nicht eindeutig definiert

„...the ability to develop a workplace culture that values learning and innovation, change management and team development; involves the people who deliver care in the decision making about improving care delivery systems and processes, and focusses on the needs of the patients as central to the safe and quality of care delivery.“ (Ferguson et al. 2007)

STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE

Stellen Expertise zur Verfügung mit der
Konsequenz, dass Kollegen/innen eine hohe
Qualität in der Versorgung erzielen

Ziel:

optimale
personenzentrierte Pflege
Qualitativ hochwertige
Pflege
Kultur der Innovation
kreieren
Exzellente Pat./Klienten
etc. Versorgung/Pflege

Schlüsselaktivität: Praxis
zu verändern

*Clinical leader übernehmen
Verantwortung u. sind in
der Lage, ihre Maßnahmen
u. Aktionen zu begründen
u. zu verteidigen*

STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE

CL-Aktivitäten - Hinweise aus Literatur:

- übernehmen eine mehr teamorientierte Herangehensweise
- integrieren patienten-fokussierte Perspektive
- übernehmen eher neue Maßnahmen u. Instrumente
- koordinieren Aktivitäten d. multidisziplinären Teams
- sind Praxisexperten
- Unterstützen Innovationen, die die Outcomes der Pflege verbessern
- Sichern u. entwickeln Qualität
- demonstrieren Effektivität pflegerischer Interventionen
- implementieren Best Practice
- schätzen Bedarfe ein, evaluieren Outcomes
- Ermöglicht evidenz-basierte Praxis

(Cook 2001; Davidson et al. 2006; Ferguson et al. 2007; Clinical Leadership Programme Australia 2008; Elliott et al. 2012; McNamara et al. 2011; Casey 2010)

STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE

- **Notwendige Fähigkeiten u. Kompetenzen**



STRATEGIE: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE

Hauptaufgaben:

- Organisatorische Veränderungen durchführen
- Klinische Expertise in der direkten Versorgung anbieten
- Forschungsprogramme durchführen
- Durchführung evidenz-basierter Praxis bei Kollegen/innen fördern
- Berater zwischen Forschern, Praktikern u. Management u. Administration fungieren
- Innovationen in der Praxis durchführen, wie bspw. Expertenstandards

AUSBLICK

- Pflege in allen Settings u. Sektoren am Anfang strukturierter Umsetzung von BGM u. BGF (Deutscher Verein für öffentliche u. private Fürsorge 2012)

„Vereinzelten Maßnahmen, z.B. Rückenschule“ sind ohne gesundheitsfördernde Gesamtstrategie und ohne Einbindung in die alltägliche Arbeitsorganisation wirkungslos.“
(Deutscher Verein für öffentliche u. private Fürsorge 2012:15)

- Demografiemanagement
- Alternsmanagement (z.B. altersgerechte Arbeitsplätze)
- Empowerment u. stärkere Professionalisierung d. Pflege (bspw. durch Konzepte wie Clinical Leadership)
- Personalmix
- Erweiterte u. neue Tätigkeitsfelder (erweitertes Pflegeverständnis)
- Vereinbarkeit von Familie u. Beruf
- Mehr Einflussmöglichkeiten auf Arbeitsbedingungen, wie z.B. Dienstplan, Arbeitszeiten (z.B. erhöht Zufriedenheit)

AUSBLICK

Empfehlung Bräunig & Kohstall (o.J.:69f) für erfolgreiche Umsetzung entsprechender BGM/BGF-Maßnahmen:

Assessment

Individuelle Risikobeurteilung, Einbindung bestehender Strukturen, ursachenorientierter Ansatz

Partizipative Ansätze

Beschäftigte werden aktiv in Gestaltung von Arbeitsplatz u. –aufgaben einbezogen

Organisatorische Ansätze

z.B. Abwechselnde Tätigkeiten, Vermeidung ständiger Unterbrechungen, Förderung von sozialem Austausch, Gewährleistung eine ausreichenden Beschäftigungssicherung

AUSBLICK

Empfehlung Bräunig & Kohstall (o.J.:69f) für erfolgreiche Umsetzung entsprechender BGM/BGF-Maßnahmen:

Mehrdimensionales Präventionskonzept

Verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze werden miteinander verknüpft

Zielgruppe

Alle Altersgruppen und alle Tätigkeitsbereiche werden berücksichtigt

Kontinuierliche Weiterführung u. Erfolgskontrolle

Kurzfristige Maßnahmen u. Interventionen möglich, langfristiges BMG wird empfohlen

VORAUSSETZUNGEN

- gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation)
- BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen u. in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration)
- alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: *Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse* (Projektmanagement)
- BGF beinhaltet sowohl *verhaltens-* als auch *verhältnisorientierte* Maßnahmen, verbindet Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit) (Esslinger et al. 2010:32)
- Differenzierte Kennzahlen (für Ist-Analyse u. Messung v. Zielerreichung)
- Angemessene Botschaften über professionelle Pflege (modernes Verständnis v. professioneller Pflege)

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen
Schwerpunkt Gerontologische Pflege / Gesundheitswissenschaften

Rothenfelder Str. 10
38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8922 23250

Fax: 05361 8822 23251

Home Office: 0441 35070873

Home Office: Hansa-Ring 13, 26133 Oldenburg

Mobil: 0162 9698980

Web: www.ostfalia.de/cms/de/pws/hasseler/index.html