



# Fachkräftemangel

Wie Pflegeeinrichtungen für Pflegeprofis attraktiver werden

Franz Wagner

**Viele Pflegeeinrichtungen in Deutschland beklagen einen dramatischen Fachkräftemangel, die Gründe sind nicht zuletzt auch strukturell verankert. Wie kann eine Einrichtung dennoch qualifizierte Fachkräfte gewinnen, halten und ein interessanter Arbeitgeber sein? Wie lassen sich Nachwuchskräfte für den Pflegeberuf begeistern und wie lässt sich der Pflegeberuf attraktiv gestalten?**



Die Bundesagentur für Arbeit zählt die Pflegeberufe zu den Mangelberufen; eine Situation, die seit Jahren den Sektor der Altenpflege spiegelt und seither auch Anlass für vielfältige und anhaltende fachpolitische und politische Debatten liefert. So dauert es in der Altenpflege aktuell im Durchschnitt 171 Tage, bis eine Stelle wieder besetzt werden kann (Gesundheits- und Krankenpflege 146 Tage), wie es die Bundesagentur für Arbeit 2017 in ihrer Fachkräfteengpassanalyse festgestellt hat. In verschiedenen Befragungen wurde der Anteil der Pflegefachpersonen, die an einen Berufsausstieg denken, erschreckend hoch identifiziert (DBfK 2009; Hasselhorn et al. 2005).

In diesem Beitrag geht es um Ansätze, die in den USA erfolgreich in vergleichbarer Situation in den 1980er-Jahren für Krankenhäuser entwickelt wurden. In den sogenannten Magnet®-Hospitälern wird durch einen Fokus auf exzellente Führung, Beteiligung aller Hierarchieebenen bei Entscheidungen und durch den Blick auf Ergebnisse ein Arbeitsklima geschaffen, welches die Einrichtung im Wettbewerb mit anderen Arbeitgebern attraktiv macht. Es soll dargestellt werden, dass diese Ansätze auch für die deutschen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eine hilfreiche Orientierung sein können.

## 1 Aktuelle Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen

Zentrale Grundlage guter Versorgung bieten die Qualität (z. B. die Zufriedenheit der gepflegten Menschen oder das Ausbleiben unerwünschter Ereignisse) und der Personalschlüssel. Erstere wird durch eine zeitgemäße, den Anforderungen entsprechende Qualifizierung und einen angemessenen Skillmix der Pflegenden gewährleistet. Letzterer ist – nicht nur in Deutschland – Anlass für anhaltende Debatten. An der Schnittstelle von beiden ist in der Langzeitpflege die sogenannte Fachkraftquote zu platzieren. Bisher wird der Qualifikationsmix als Teilaspekt der Fachkraftquote

lediglich an einem Kriterium festgemacht: Mindestens 50 Prozent der pflegerisch tätigen Mitarbeitenden müssen eine dreijährige Ausbildung im Heilberuf Pflege haben. Was unter, aber auch was über dieser Schwelle liegt, wird zumindest formal nicht weiter konkretisiert. Es braucht ein neues Verfahren, um eine differenziertere Personaleinsatzplanung vornehmen zu können. Das derzeit laufende Projekt zur Entwicklung und Erprobung

## Drei Kernaussagen

In der Pflege herrscht schon heute Personalmangel, insbesondere bei den qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Bedarf an Pflegefachkräften steigt, gleichzeitig ist der Anteil der Pflegefachpersonen, die an einen Berufsausstieg denken, erschreckend hoch. Selbst ohne den prognostizierten künftigen Mehrbedarf ist die Herausforderung groß, allein den heutigen Personalstand zu erhalten.

Kurz- bis mittelfristig geht es vor allem darum, vorhandenes Personal zu binden, die Fluktuation bis hin zur Berufsflucht zu reduzieren, Rahmenbedingungen, Berufsimago und die Berufsausbildung zu verbessern: Menschen müssen für den Beruf interessiert und gut qualifiziert werden.

In den 1980er-Jahren wurde in den USA erfolgreich ein Ansatz für Krankenhäuser entwickelt, die sich in einer vergleichbaren Situation befanden. In den sogenannten Magnet®-Hospitälern werden exzellente Führung, die Beteiligung aller Hierarchieebenen bei Entscheidungen sowie der Blick auf Ergebnisse in den Fokus genommen und ein Arbeitsklima geschaffen, das die Einrichtung im Wettbewerb mit anderen Arbeitgebern attraktiv macht. Diese Ansätze können auch für die deutschen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eine hilfreiche Orientierung sein.



**Der heutige  
Fachkräftemangel  
in der Pflege wird  
weiter steigen und  
perspektivisch  
auch nicht wieder  
verschwinden.**

eines analytischen Personalbemessungsverfahrens wird hoffentlich zu einer deutlichen Verbesserung führen. Beide Faktoren spielen eine große Rolle für die Zufriedenheit der professionell Pflegenden und damit für die Attraktivität eines Arbeitsplatzes beziehungsweise Arbeitgebers. In der Pflege herrscht schon heute verbreitet Personalmangel, insbesondere bei den qualifizierten Mitarbeitenden. Der große Unterschied beim derzeitigen und perspektivisch steigenden Mangel ist allerdings, dass er – anders als in der Vergangenheit – nicht wieder verschwinden wird.

Die Personalschlüssel sind nicht adäquat zu den Versorgungsbedarfen der Menschen mit einem Pflegebedarf. Für den stationären Bereich der Langzeitpflege wurden die Schlüssel auf Landesebene vor Jahren normativ und ohne pflegfachliche Begründung festgelegt und seither fortgeschrieben. Daraus resultiert auch der große Unterschied zwischen den Bundesländern bei den Personalvorgaben. In der ambulanten Langzeitpflege ist die Organisation der Touren eine Herausforderung. Insbesondere im ländlichen Raum machen Fahrtzeiten einen großen Anteil der Arbeitszeit aus.

Die Prognosen über den zukünftigen Mitarbeiterbedarf in der Pflege variieren stark, bewegen sich aber alle im sechsstelligen Bereich. Angesichts des deutlichen Anstiegs des Bevölkerungsanteils mit höherem Lebensalter bei gleichzeitigem Rückgang des Anteils von jungen erwerbstätigen Menschen und Berufseinsteigern sind hohe Zahlen plausibel. Grundsätzlich sind aber Bevölkerungsprognosen über längere Zeiträume mit Vorsicht zu bewerten, da gravierende Entwicklungen (wie z. B. Krisen oder ein Zuwachs an Zuwanderern) nicht vorhersehbar sind. Problematisch an den Prognosen zum Pflegebedarf ist vor allem, dass sie auf einer Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsstrukturen, aber auch der derzeitigen Pflegequoten beruhen.

Aber selbst ohne den prognostizierten Mehrbedarf ist es schon eine große Herausforderung, allein den heutigen Personalstand zu erhalten. Mit einer kurz- bis mittelfristigen Perspektive kommt es sehr darauf an, vorhandenes Personal zu binden, die Fluktuation bis hin zur Berufsfucht zu reduzieren und die Berufsausbildung sowie -einmündung zu verbessern. In der Summe geht es also darum, Menschen für den Beruf zu interessieren, sie gut zu qualifizieren (Stichwort: lebenslanges Lernen) und Rahmenbedingungen zu schaffen, die ihnen eine Berufsausübung bis zum Renteneintritt möglich und individuell erstrebenswert machten. Eine zentrale Rolle hat hier die Leitungsperson einer Einrichtung.

## 2 Ursachen für einen Berufsausstieg

Gründe für einen Berufsausstieg aus den Pflegeberufen sind vielfältig, hier soll mit einigen Stichwörtern nur ein Überblick skizziert werden:

- **Personalknappheit**

Die Ursachen sind vielfach beschrieben und an erster Stelle werden meist die Arbeitsbedingungen genannt. Zentral ist hier die Personalausstattung, also die Anzahl von Pflegebedürftigen oder Patienten, die von einer Pflegefachkraft versorgt werden. Durch die unzureichenden Personalschlüssel erleben Pflegefachpersonen häufig eine enorme Diskrepanz zwischen dem eigenen fachlichen Anspruch und ihrem Potenzial sowie dem, was umgesetzt werden kann. Viele Pflegefachpersonen monieren zudem, dass ihnen die Zeit für die Betreuung der zu Pflegenden nicht ausreicht.

- **Vergütung**

Sie spielt eine zentrale Rolle. Und um eine Annäherung der leistungsgerechten Bezahlung zwischen Pflegefachpersonen in tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen, hat der Gesetzgeber im ersten und dritten Pflegestärkungsgesetz mit den Änderungen in den §§ 84 Abs. 2 und 89 Abs. 1 geregelt, dass auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflöhnen von den Kostenträgern als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Dies soll insbesondere nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen ermutigen, Einzelverhandlungen zu führen, um die Löhne bis auf Tarifniveau steigern zu können (KKF Verlag, 2017). Die Träger der Einrichtungen sind aber verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und auf Verlangen auch nachzuweisen.

Inwieweit diese Regelung von den Trägern genutzt wird, bleibt abzuwarten. Eine entsprechende gesetzliche Regelung für Krankenhäuser steht noch aus, für Pflegedienste in der häuslichen Krankenpflege (HKP) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mit der Formulierung in § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 SGB V eine gesetzliche Regelung bereits abgebildet. Problematisch ist jedoch, dass in der Langzeitpflege deutlich weniger verdient wird als in der Krankenhauspflege (Ost: –28,9 Prozent, West: –18,2 Prozent) (IAB 2015). Dies kann durch den Personalmangel in allen Sektoren dazu führen, dass weniger Pflegefachpersonen aus dem Krankenhausbereich in die



Altenpflege wechseln oder Mitarbeitende aus der Langzeitpflege eine Stelle im Krankenhaus vorziehen. Allerdings zeigt der relativ große Anteil von Pflegefachpersonen mit dem Berufsabschluss Gesundheits- und Krankenpflege, die in der Langzeitpflege arbeiten, dass der Verdienst vielfach nicht der primäre Entscheidungsfaktor für einen Versorgungssektor ist. Erwähnen muss man auch, dass der hohe Anteil an Teilzeitarbeit in Verbindung mit relativ niedrigen Gehältern verbreitet zur Altersarmut führen wird.

- **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Die schwierige Vereinbarkeit privater und beruflicher Anforderungen ist eine weitere Ursache für die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufes. Schichtarbeit, Arbeitszeiten sowie häufige Änderungen am Dienstplan beeinträchtigen das soziale Leben außerhalb der Arbeitszeit und stellen Familien und insbesondere Alleinerziehende vor erhebliche organisatorische Herausforderungen. Dieses Problem ist seit Jahrzehnten bekannt und vielfach immer noch ungelöst.

- **Berufsbild in der Öffentlichkeit**

Das in der Gesellschaft verbreitete negative Bild von Pflegebedürftigkeit per se, aber vor allem das von stationären Pflegeeinrichtungen wirkt demotivierend.

Interessant ist, dass es trotz der oben genannten ausgewählten Faktoren nicht wenige Pflegefachpersonen gibt, die in ihrem Beruf zufrieden scheinen. Auch hier ist davon auszugehen, dass dies mit der Qualität der Führung in Zusammenhang gebracht werden kann. Auch ist die Pflege hilfe- und pflegebedürftiger Menschen per se eine attraktive und interessante Aufgabe. Wenn Pflegemodelle, Methoden und Techniken in angemessenen Rahmenbedingungen zur Anwendung kommen können, führt dies zu einer professionellen Berufsausübung und kann zu einer größeren Zufriedenheit bei den Pflegefachpersonen beitragen.

Die Fachlichkeit in den Fokus zu rücken, wird durch die Gesetzgebung und durch untergesetzliche Aktivitäten unterstützt, so zum Beispiel durch die Einführung der entbürokratisierten Pflegedokumentation (SIS) oder auch durch die neue Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Auch ein gutes betriebliches Gesundheitsma-

nagement, das den Umgang mit den hohen psychischen und körperlichen Belastungen aufnimmt, führt oft zu einer höheren Berufszufriedenheit.

### 3 Magnetkräfte – was Pflegeeinrichtungen attraktiv macht

In der 3Q-Studie, einer Langzeitstudie zu attraktiven Einrichtungen der stationären Altenhilfe und deren Prädiktoren, untersuchte die Universität Wuppertal von 2007 bis 2009 die Arbeitsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit in mehr als 50 Altenpflegeeinrichtungen (Schmidt et al. 2012). Der Fokus richtete sich dabei auf die Qualität der Arbeit, die Qualität der Pflege und die Qualität der Organisation (3 Q), da diese sich gegenseitig beeinflussen. Bei den Arbeitsbedingungen waren es vor allem die Menge der Arbeit und Zeit für Gespräche mit Bewohnern, die mit einer hohen Attraktivität korrespondierten.

In den Ergebnissen der Studie unterschied sich die Bewertung der Führungsqualität zwischen attraktiven und unattraktiven Einrichtungen deutlich. Mit dem Instrument regelmäßiger (in der Studie jährlicher) Mitarbeiterbefragungen wurde offenbar die Sensibilität der Einrichtungsleitungen für die Themen Arbeitsbelastung und Arbeitsressourcen erhöht (Hasselhorn 2011).

Die 3Q-Studie war teilweise inspiriert von den Erkenntnissen mit Magnet®-Hospitälern in den USA. Dort gab es in den 1980er-Jahren verbreitet einen kritischen Pflegepersonalmangel in Krankenhäusern. Allerdings hatten einige Kliniken trotz des nationalen Mangels keine Probleme damit, Mitarbeitende zu binden beziehungsweise neue zu finden. In einer Studie wurde untersucht, woran das lag (McClure et al. 1983).

Es wurden 14 Faktoren identifiziert, die eine besondere Rolle spielen. Diese wurden als Magnetkräfte bezeichnet. Faktoren, die Pflegefachpersonen wie ein Magnet an die Einrichtung ziehen und sie an sie binden. Insbesondere die Qualität der Führung durch die oberste pflegerische Leitung wurde als ein wichtiges Element identifiziert. Außerdem spielten noch die Möglichkeit zur Mitbestimmung („Shared Governance“) und die Orientierung an den Ergebnissen pflegerischen Handelns („Nurse sensitive patient outcomes“) eine bedeutsame Rolle.

Auf der Grundlage der Studienergebnisse wurde ein Programm entwickelt, mit dem seit 1993 Exzellenz in der Pflege einer gesamten Einrichtung identifiziert und ausgezeichnet wird. Mit der Auszeichnung ist nicht nur

**Verfügt eine Einrichtung über sogenannte Magnetkräfte, wird sie als besonders attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen und es fällt ihr leichter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an sich zu binden oder zu finden.**



Exzellenz in der Pflege verbunden, sondern auch die berechtigte Erwartung, dadurch ein besonders attraktiver Arbeitgeber zu sein.

Rund 400 US-Kliniken sind derzeit berechtigt, das Prädikat „Magnet®-Hospital“ zu führen. Das sind etwa neun Prozent der Kliniken in den USA. Anders als bei Zertifizierungen auf der Basis von Qualitätsverfahren und -standards geht es bei Magnet um Exzellenz, also um die Besten der Besten. Die Auszeichnung ist hoch begehrt. In einer Vielzahl von Studien ist belegt, dass die Pflegequalität in Magnet-Kliniken besser ist als die im Durchschnitt aller Kliniken in den USA. Das Programm wurde in den USA und mit dem Fokus auf die dortigen Gesundheitseinrichtungen (es ist nicht auf Krankenhäuser beschränkt) konzipiert. Mittlerweile wurde aber bewiesen, dass es global eingesetzt werden kann. Es gibt inzwischen Magnet®-Hospitals im Libanon, in Australien, Kanada, Saudi-Arabien und Belgien; Kliniken in Brasilien, Großbritannien und Jordanien bereiten sich derzeit auf die Anerkennung vor.

## 14 Magnetkräfte (Forces of Magnetism)

1. Qualität der pflegerischen Führung
2. Organisationsstrukturen
3. Managementstil
4. Personalpolitik und -programme
5. Professionelles Pflegemodell
6. Qualität der Versorgung
7. Qualitätsverbesserung
8. Beratung und Ressourcen
9. Autonomie
10. Beziehungen zwischen Gemeinde und Gesundheitseinrichtung
11. Pflegende als Lehrende
12. Image der Pflege
13. Interdisziplinäre Beziehungen
14. Professionelle Entwicklung

Jeder dieser Begriffe umfasst ein komplexes Bündel an Verhaltensweisen, Strukturen und Strategien, die sich auch auf die Langzeitpflege übertragen lassen (ANCC, 2017).



## 1. Qualität der pflegerischen Führung

Gute pflegerische Führung ist verbunden mit einer kompetenten Pflegedienstleitung, aber auch mit den anderen Pflegefachpersonen in Leitungsfunktionen, die sich in der täglichen Arbeit für eine hohe Qualität der Arbeit und als Fürsprecher und Unterstützer von Betroffenen und Mitarbeitenden einsetzen. In der Literatur wird dies allgemein mit einem transformationalen Führungsstil beschrieben. In Deutschland bedeutet dies auch, die formalen Anforderungen an die pflegerischen Leitungen deutlich anzuheben. Die Anforderungen an die Führung eines Pflegedienstes oder eines Pflegeheimes verlangen eine Hochschulqualifikation im Management und zugleich fundierte Kenntnisse über die wissenschaftlichen Grundlagen der Pflege.

## 2. Organisationsstrukturen

Die Hierarchien in Magnetinstitutionen sind flach und es ist möglichst viel Entscheidungsbefugnis dezentralisiert. Organisationsstrukturen sind flexibel. Pflegefachpersonen sind stark in Entscheidungsfindungen involviert („Shared decision making“) und die Pflege ist Mitglied in der obersten Leitungsebene einer Einrichtung.

## 3. Managementstil

Die Mitwirkung der Mitarbeitenden wird gefördert. Die Führungspersonen sind sichtbar und ansprechbar. Die gegenseitige Rückmeldung ist über alle Hierarchieebenen erwünscht (z. B. Peer-Review). Dies dürfte angesichts der Größe der durchschnittlichen Einrichtung in der Langzeitpflege eine geringere Herausforderung darstellen als in deutschen Krankenhäusern.

## 4. Personalpolitik und -programme

Die Einrichtung bietet attraktive Arbeitsbedingungen. Personalentwicklung und Karrierechancen innerhalb der Einrichtung haben einen hohen Stellenwert. Die Personalpolitik sorgt für eine sichere Arbeitsumgebung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und gute Pflegequalität. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in Entscheidungen zur Personalpolitik einbezogen.

## 5. Professionelles Pflegemodell

Das Pflegemodell der Einrichtung sichert den Pflegefachpersonen die Zuständigkeit und Verantwortung für und die Autonomie bei der (direk-



**14 Faktoren spielen eine besondere Rolle, jeder dieser Faktoren umfasst ein umfangreiches Bündel an Verhaltensweisen, Strukturen und Strategien.**

ten) Pflege. Das Pflegemodell sichert auch die Kontinuität der Versorgung über Versorgungsgrenzen hinweg. In Deutschland besteht hierzu in allen Versorgungssektoren Nachholbedarf. Es heißt zwar oft „Wir pflegen hier nach Orem oder Krohwinkel ...“. Das bedeutet aber nicht unbedingt, dass das Modell tatsächlich gelebt wird. Dies ist auch eine Bildungsfrage, der sich Lehrende, Lernende und Führungspersonen stellen müssen.

### 6. Qualität der Versorgung

Eine gute Pflegequalität ist das höchste Anliegen von Leitenden und der Einrichtung. Die Führung ist verantwortlich, Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu guten (und messbaren) Ergebnissen bei den zu Pflegenden führen. Die Pflegefachpersonen selbst bewerten die Versorgungsqualität als sehr gut. Das Ringen um die richtigen Indikatoren für gute Pflege beschäftigt alle Akteure seit Jahren. Es gibt einen Diskurs um die geeigneten Indikatoren. In Magneteinrichtungen gibt es ein breites Spektrum von (pflegesensitiven) Ergebnisindikatoren, Zufriedenheit der Gepflegten und Zufriedenheit der Pflegefachpersonen, mit denen die Qualität gemessen wird. In Deutschland wird in der Pflegepraxis häufig eine Diskrepanz zwischen dem, was für Dritte „objektiv gemessen“ wird und der erlebten Qualität vor Ort verspürt. Insofern ist es wichtig, Qualität nicht nur anhand von Kriterien zu messen, die andere definiert haben, sondern auch für interne Zwecke Qualitätsindikatoren festzulegen und die Ergebnisse transparent zu machen.

### 7. Qualitätsverbesserung

Magnet-Einrichtungen verfügen über Verfahren zur Qualitätsmessung und über Qualitätsmanagementprogramme. Erklärter Selbstanspruch ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

### 8. Beratung und Ressourcen

Eine hohe Expertise einschließlich Spezialisierung ist in der Einrichtung als Ressource vorhanden, das gilt insbesondere für Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation für erweiterte und vertiefte Pflegepraxis. Hier besteht in der Pflege in Deutschland insgesamt, aber besonders in der Langzeitpflege Nachholbedarf. Zum einen müssen mehr Spezialisierungen für die Langzeitpflege entwickelt beziehungsweise geöffnet werden. Aber es müssen angesichts der hochkomplexen Versorgungsbedarfe auch Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss einschließlich Mastergrad in der direkten Pflege wirken.

## 9. Autonomie

Pflegefachpersonen bestimmen eigenverantwortlich pflegerische Interventionen und setzen diese basierend auf Kompetenzen, Erfahrung und Wissen um. Sie beachten dabei professionelle Standards und wirken auf Augenhöhe mit anderen Berufen zusammen. In der Langzeitpflege in Deutschland besteht diese Autonomie weitgehend, da die Pflege zumindest in SGB XI die Leitdisziplin darstellt.

## 10. Beziehungen zwischen Gemeinde und Gesundheitseinrichtung

Magnet-Einrichtungen verstehen sich als Teil der Gemeinde. Sie engagieren sich deshalb über die Grenzen der Einrichtung hinaus beispielsweise für vulnerable Gruppen oder beteiligen sich an Aktivitäten in ihrem Umfeld. In der deutschen Langzeitpflege könnten sich die Einrichtungen noch deutlich mehr für ihr Umfeld öffnen und so Begegnungsräume und Vernetzungen schaffen.

## 11. Pflegende als Lehrende

Wissen weiterzugeben und Lernen zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, wird als wichtige Aufgabe gesehen. Dies gilt für Lernende und Studierende sowie für Klienten und Klientinnen gleichermaßen. Ein besonderes Augenmerk gilt hierbei der Praxisanleitung und der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Aber auch Programme für Patientenedukation für unterschiedliche Zielgruppen werden angeboten.

## 12. Image der Pflege

Professionelle Pflege wird von den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen als wertvoll und unverzichtbar für die Erfüllung des Versorgungsauftrags angesehen. Pflege ist an den Prozessen der gesamten Einrichtung beteiligt.

## 13. Interdisziplinäre Beziehungen

Gute Zusammenarbeit hat einen hohen Stellenwert in Magnet-Einrichtungen. Gegenseitiger Respekt basiert auf der Haltung, dass alle Beteiligten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung leisten. Für Konflikte (zwischen den Berufsgruppen) gibt es etablierte Verfahren.



#### 14. Professionelle Entwicklung

Die persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeitenden wird gefördert und hoch bewertet. Die Karriereplanung einschließlich Fort-, Weiterbildung und Studium wird durch Förderprogramme unterstützt.

Für die Anerkennung als Magnet®-Einrichtung gibt es aufbauend auf den Magnetkräften etwa 100 Standards, anhand derer überprüft wird.

Auf andere Weise entwickelt und nicht mit dem Ziel einer formalen Anerkennung von Exzellenz hat die AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule in Freiburg Schlüsselfaktoren erfolgreicher Personalarbeit in der Langzeitpflege beschrieben (ddn 2017).

#### Schlüsselfaktoren erfolgreicher Personalarbeit (AGP Sozialforschung, Evangelische Hochschule Freiburg)

1. (Vor allem) Frauen brauchen Arbeitszeit- und Lebenszeitmodelle
2. Auf die Dienstplangestaltung muss Verlass sein
3. „Work-Life-Balance“ fördern heißt Freiräume schaffen
4. Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inhouse-Trainings zur Qualifizierung anbieten
5. (Neues) Wissen muss man auch anwenden können
6. Gute Arbeit braucht gute Führung
7. Bürokratie und Kontrolle deutlich zurückfahren!
8. Attraktive Vergütung als Voraussetzung für die Zukunft der Langzeitpflege
9. Assistenzberufe als eigenständige Berufsfelder etablieren
10. Stabile Arbeitsplätze anbieten – existenzsichernd und armutsfest
11. Gesundheitsförderung: Es geht um mehr als um Rückenprobleme
12. Arbeitsplätze gendersensibel gestalten
13. Ältere Beschäftigte gezielt fördern
14. Primär lokal und regional: der Arbeitsmarkt für Langzeitpflege

Keiner dieser Faktoren ist wirklich überraschend oder gar revolutionär. Viele Aspekte davon sind sicherlich in der täglichen Praxis bereits anzutreffen. Es ist aber doch ernüchternd, dass nach den regelmäßig wiederkehrenden Pflegepersonalmangelperioden der Vergangenheit dies immer

noch die Themen sind, auf die nach wie vor hingewiesen und an denen gearbeitet werden muss. In den folgenden Ausführungen sollen einige Faktoren, die einen Arbeitsplatz in der (Langzeit-)Pflege attraktiv machen, genauer beleuchtet werden. Sie finden sich auch im Kriterienkatalog des Magnet®-Programms wieder (vgl. Magnetkräfte).

Diese Faktoren sind:

15. Führungsqualität
16. Professionalität
17. Arbeitsbedingungen in der Pflege
18. Karrieremöglichkeiten in der Pflege

Alle vier Aspekte sind stark miteinander verknüpft, weshalb die Abgrenzung zwischen ihnen manchmal nicht ganz eindeutig ist.

### 3.1 Führungsqualität

Wie bereits erwähnt spielt die Führungskompetenz eine zentrale Rolle für die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und damit für Mitarbeiterbindung beziehungsweise Fluktuation. Als idealer Führungsstil wird im Kontext der Magnet®-Hospitäler eine transformationale Führung beschrieben. „Ein transformationaler Führungsstil (zeichnet sich) dadurch aus, dass die Führungskraft Mitarbeiter inspiriert, Visionen aufzeigt, intellektuell anregt und auf die individuellen Besonderheiten der Betroffenen eingeht“ (Wirtschaftslexikon24.com). Anschaulich wird das in einem Zitat, das Antoine de Saint-Exupery zugeschrieben wird: „Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.“

Transformationale Führungspersönlichkeiten schaffen ein Arbeitsklima, in dem die Pflegefachpersonen wirksam arbeiten wollen. Charakteristika, Eigenschaften und Verhalten einer Führungsperson beeinflussen die Arbeitsumgebung und somit gleichermaßen die Kultur, die Produktivität und damit letztendlich die Leistungsfähigkeit einer Organisation (Wolf et al. 2011). Der erste Schritt für den Erfolg ist es, eine gemeinsame Vision pflegerischer Arbeit und Ziele zu entwickeln, die für die Pflegefachpersonen und andere Berufsgruppen, die an der Pflegeversorgung beteiligt sind, relevant ist. Die Aufgabe der Führungsperson bei der Erreichung der Vision ist es vor allem, das Ziel nicht aus dem Auge zu verlieren. Aber auch



**Den meisten Einfluss auf die Motivation der Mitarbeitenden hat das Führungsverhalten ihrer direkten Vorgesetzten.**

zu unterstützen, zu ermutigen, alternative Strategien zu entdecken oder die richtige Person zu finden, die weiterhelfen kann. Die Transformation einer Einrichtung zur Verwirklichung der Vision ist eine herausfordernde Aufgabe. Sie benötigt die breite Unterstützung aller Beteiligten, inklusive der obersten Leitungsebene einer Einrichtung.

Transformationale Führungskompetenz ist aber nicht nur bei der obersten Leitung gefragt. Auf allen Ebenen einer Einrichtung werden Führungskompetenzen benötigt. Das Führungsverhalten einer Wohnbereichs- oder Stationsleitung hat für die Arbeitssituation und Motivation der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig sogar mehr Relevanz als die der Einrichtungsleitung. Die rechtlichen Anforderungen an die Qualifizierung einer Leitungsperson im Bereich SGB XI sind seit Langem überholt. Sie müssen dringend auf ein akademisches Niveau angehoben werden. Ein solches Studium mit Schwerpunkt Management würde die Leitenden mit dem Instrumentarium ausstatten, die betriebswirtschaftlichen Anforderungen ebenso wie die Führungsaufgaben besser zu bewältigen. In den Magnet®-Hospitälern wird für Pflegedirektorinnen und -direktoren ein Masterabschluss verlangt. Der Trend in den USA geht inzwischen Richtung DNP (Doctor of Nursing Practice).

Teil guter Führung ist auch, Talente bei den Mitarbeitenden zu entdecken und zu fördern – bis hin zur Planung der eigenen Nachfolge. Gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern müssen Perspektiven und Ziele für die berufliche Weiterentwicklung besprochen und Wege dahin vereinbart werden. Dies kann sich sowohl auf fachliche (horizontale) als auch auf hierarchische (vertikale) Karriereziele beziehen. Grundlage hierfür sind regelmäßige Mitarbeiter(förder)gespräche, aber auch Peer-Reviews.

Die Auszeichnung als Magnet®-Hospital basiert auf festgelegten Standards, die in einer Einrichtung überall operationalisiert vorliegen müssen, und auf der Messung von Outcomes. Zu den Outcomes gehören die regelmäßige Evaluierung der Patientenzufriedenheit zu vorgegebenen Aspekten und auch eine differenzierte Messung der Mitarbeiterzufriedenheit. Diese Ergebnisse müssen mehrheitlich besser als der Durchschnitt der gewählten (nationalen) Vergleichsgruppe sein. Zu den abgefragten Führungsthemen in den Magnet®-Hospitälern gehören die Erreichbarkeit und die Ansprechbarkeit der Pflegeleitung: Ist sie im Arbeitsbereich präsent? Kennt sie die Situation vor Ort? Kann sie von allen Mitarbeitenden ohne große Hürden angesprochen werden? Steht sie hinter dem Team? Kann

sie die Anforderungen der Versorgungspraxis mit den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Einklang bringen?

Auf der Ebene von Abteilungs- oder Wohnbereichsleitungen ist die Verantwortung enorm gestiegen. Angesichts knapper personeller und materieller Ressourcen leistet Führung hier einen besonderen Beitrag zur Qualität der Pflege. Die Bewerberauswahl legt den Grundstein dafür. Eine entsprechende Qualifizierung für die Führungsaufgaben muss durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sichergestellt werden. Und es müssen Freiräume für die Führungsaufgaben geschaffen werden. Es muss sichergestellt werden, dass auch Wohnbereichs- und Stationsleitungen für ihre Leitungsaufgaben freigestellt werden und sie diese nicht neben der direkten Pflege erbringen müssen.

Neben der Kompetenz der Führungsperson spielt auch die Möglichkeit, an Entscheidungen mitzuwirken, eine große Rolle. In Magnet-Einrichtungen sind typischerweise in den meisten Arbeitsgruppen und Komitees Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Hierarchieebenen und, soweit dem Auftrag angemessen, interdisziplinär vertreten.

Vor einigen Jahren hat sich die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) mit guter Führung in der Pflege befasst (2010). Sie identifiziert in einer Handlungshilfe neun Erfolgsfaktoren.

### Neun Erfolgsfaktoren guter Führung in der Pflege nach der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

1. Führungskompetenz
2. Neue wertvolle Mitarbeiter erkennen und gewinnen
3. Den Einstieg neuer Führungskräfte erfolgreich gestalten
4. Wertschätzung der Motivation
5. Konstruktiv kritisieren
6. Besprechungen erfolgreich gestalten
7. Mitarbeiterentwicklungsgespräch
8. Leitlinien für eine produktive Fehlerkultur
9. Trennungsgespräche fair gestalten und durchführen

Hier wird vor allem die Kommunikation betont. Wertschätzung äußern, mit Kritik positiv umgehen, Besprechungen erfolgreich gestalten, mit Mitarbeitenden über deren Zukunft sprechen und der Umgang mit Feh-



lern sind Aufgaben der Leitung. Mit deren Umsetzung kann sie einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den Arbeitsplatz attraktiv zu machen. Auch im Magnet®-Programm wird der Sichtbarkeit und Zugänglichkeit der obersten pflegerischen Leitung besondere Bedeutung beigemessen.

### 3.2 Professionalität

Pflegefachpersonen haben einen Heilberuf erlernt und sind hoch motiviert. Anderen Menschen helfen zu wollen, ist immer noch ein weit verbreitetes Motiv für die Berufswahl und potenzielle Quelle der Berufszufriedenheit. Allerdings erfahren schon viele Schülerinnen, Schüler und Studierende während der Qualifizierung, dass der Versorgungsalltag mit ihrer Motivation und ihren Idealen oft nicht in Einklang zu bringen ist.

Wie schon in der 3Q-Studie festgestellt, ist die Qualität der (eigenen) Arbeit ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Bewertung der Qualität der (eigenen) Arbeit hängt einerseits von intrinsischen Faktoren ab, wie zum Beispiel Berufsmotivation oder den in der Ausbildung entwickelten ethischen und fachlichen Maßstäben für den Beruf. Andererseits spielen extrinsische Faktoren eine große Rolle, wie beispielsweise die Arbeitsbelastung (unter anderem Personalausstattung), Möglichkeit, die vorhandenen Kompetenzen umzusetzen, Wertschätzung des Beitrags der Pflege zur Versorgung sowie Anerkennung für die geleistete Arbeit.

Pflegende erleben häufig eine Entwertung ihrer Kompetenz durch Dritte, wenn zum Beispiel administrative Aufgaben (Dokumentation) einen höheren Stellenwert zu haben scheinen als die Zeit für die Pflege der Pflegebedürftigen entsprechend der eigenen fachlichen Kompetenzen und Standards. Das chronische ethische Dilemma, zwischen dem, was aus professioneller Sicht erforderlich wäre und wofür Pflegefachpersonen qualifiziert sind, mangels personeller Ressourcen oder falsch gesetzter Prioritäten nicht umsetzen zu können, ist Hauptquelle der Demotivierung bis hin zum Burn-out oder zu einem Cool-out, womit ein Prozess der moralischen Desensibilisierung beschrieben wird (Kersting 2013).

Pflegefachpersonen wollen einen Arbeitsplatz, an dem sie ihre Vorstellungen von guter Pflege verwirklichen können, wo sie Raum und Gestaltungsfreiheit dafür haben. Gute Pflege ist aber nicht nur eine Leistung Einzelner, sondern braucht Kolleginnen und Kollegen und eine Leitung mit ähnlichen fachlichen Leitideen und Qualitätsansprüchen.



Pflegefachpersonen wollen ihre eigenen Leistungen bewerten und diese gerne auch extern darstellen können. Dafür braucht es aber objektive und bedeutsame Verfahren und Maßstäbe, die die tatsächlich erbrachte pflegerische Leistungsqualität erfassen. Der aktuelle Diskurs um ein geeignetes indikatorengestütztes Gesamtverfahren in der Qualitätssicherung der Pflegeversicherung führt hoffentlich zu einem solchen aussagekräftigen Ergebnis. Ein Träger mit guten Ergebnissen würde seine Mitarbeitenden zufriedener machen und wäre auch ein attraktiver Arbeitgeber für neue Bewerberinnen und Bewerber. Eine Möglichkeit der Bemessung von Qualität sind pflegesensitive Outcomes wie zum Beispiel Stürze oder auch Befragungen zur Zufriedenheit der Klienten.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde die Fachlichkeit der Pflege betont und muss nun in der Umsetzung auch in der Leistungserbringung deutlich gestärkt werden. Auch wurde mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ein sinnvoller Schritt unternommen. Beides kann aber nur nachhaltig erfolgreich sein, wenn die fachlichen Grundlagen für ein professionelles Niveau pflegerischer Arbeit bei den Pflegefachpersonen vorliegen. Gerade die Entbürokratisierung zeigt, dass Autonomie und die damit verbundene Übernahme der Verantwortung zugelassen, gefördert und gefordert werden muss.

Allerdings sind Pflegenden häufig auch politisch schlecht oder gar nicht informiert oder interessiert. „Die da oben“ entscheiden zwar maßgeblich wie „wir hier unten“ arbeiten müssen. Aber es scheint aus Sicht vieler Pflegenden keine Möglichkeit zu geben, irgendetwas daran zu ändern. Die große Pflegerevolution ist – bisher - ausgeblieben. Allerdings gab es in den letzten Jahren einige Grassroot-Bewegungen wie beispielsweise „Pflege liegt am Boden“, die versucht haben, gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Misere in der Pflege zu gewinnen. Der Erfolg war bisher aber eher begrenzt.

Dabei ist es schon ein Gebot im Selbstverständnis als Profession und basierend auf dem berufsethischen Kodex, sich für eine adäquate Versorgung einzusetzen; dies nicht nur wegen der eigenen Arbeitsbedingungen, sondern aus der Verantwortung gegenüber den Menschen, die sich den Pflegefachpersonen anvertrauen.

Es bleibt ein Bildungsauftrag im Rahmen von Aus- und Weiterbildung, das Eintreten für die eigene Profession zu befördern. Zuletzt haben die jahrelangen Bemühungen um eine Selbstverwaltung der Pflegenden zur

**Pflegende sind politisch häufig wenig interessiert und oft auch schlecht informiert. Aus ihrer Sicht scheint es wenige Möglichkeiten zu geben, an ihrer Situation etwas verändern zu können.**



Errichtung (bzw. deren Vorbereitung) von Pflegekammern in drei Bundesländern geführt. Gesetzlicher Auftrag der Pflege(berufs)kammern ist es, die Gesellschaft vor schlechter Pflege zu schützen, indem sie durch diese selbst für die Berufsangehörigen des Heilberufs Pflege Regulierungen festlegt, wie zum Beispiel eine Berufsordnung oder Weiterbildungsregelungen. Als positive Nebeneffekte sind zu erwarten, dass durch die Pflegekammern gesellschaftlich und politisch die Perspektive der Pflegenden stärker wahrgenommen und gewichtet wird. In die Berufsgruppe hinein ist zu hoffen, dass durch die Kammermitgliedschaft eine stärkere Politisierung der Mitglieder erfolgt.

Autonomie ist ein essenzieller Bestandteil professionellen pflegerischen Handelns. Nur wenn Pflegefachpersonen die volle Entscheidungshoheit über ihre Domäne haben, können sie das eigene Potenzial zum Wohle der versorgten Menschen voll ausschöpfen. Diese Autonomie der Profession ist implizit und explizit Grundlage des Magnet®-Ansatzes. Das reicht vom konzeptionellen Modell der Pflege einer Einrichtung bis zur Rolle der Leitung auf der obersten Führungsebene.

### 3.3 Rahmenbedingungen in der Pflege

Arbeitsbedingungen werden vor allem durch das Verhältnis von zu erledigender Arbeit zu vorhandenen personellen Ressourcen definiert. Hier gibt es in der Langzeitpflege eine deutliche Schiefelage zuungunsten der Anzahl und Qualifikation pflegerischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege erfolgt in den Bundesländern auf der Grundlage fortgeschriebener Zahlen, die in einem Verhandlungsverfahren vereinbart werden. Diese unterscheiden sich – fachlich nicht begründbar – zwischen den Bundesländern erheblich. Die zur Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen zur Verfügung stehende Personalmenge liegt derzeit in dem Bundesland mit dem höchsten Personalschlüssel im Mittel um 25 Prozent über der Personalmenge in dem Bundesland mit dem niedrigsten Personalschlüssel (DBfK 2016). Eine weitere Stellschraube bei der Personalausstattung in der stationären Versorgung ist die Fachkraftquote. Auch diese wurde nicht fachlich begründet mit 50 Prozent als Mindestquote durch die Länder festgelegt. Vielfach wird sie inzwischen aber als Norm verstanden und zum Teil auch aufgeweicht (indem auch nichtpflegerische Berufe einbezogen werden) oder geduldet unterschritten (zum Beispiel weil freie Stellen nicht besetzt

**Die Grundlagen zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege unterscheiden sich zwischen den Bundesländern erheblich. Das ist fachlich nicht begründbar.**

werden können). Für den Krankenhausbereich ist nachgewiesen, dass eine bessere Personalausstattung in der Pflege zu besseren Patientenoutcomes führt (Zander und Busse 2010). Ein vergleichbarer Effekt kann für die Langzeitpflege unterstellt werden.

Bis zum Jahr 2020 läuft derzeit ein durch das PSG II initiiertes Projekt auf Basis des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit; hier geht es darum, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben.

Es ist zunehmend schwierig, freie Stellen in der Pflege zu besetzen. Das gilt für die stationäre wie die ambulante Pflege gleichermaßen. Das hat bereits zu Aufnahmestopps geführt. Allerdings wäre es bei aller Kritik an der Fachkraftquote fatal, diese angesichts der skizzierten Entwicklung einseitig aufzuheben. Angesichts der hohen Teilzeitquote in der (Langzeit)pflege und der hohen Quote von Berufsaussteigern gibt es ein erhebliches Potenzial, das kurz- bis mittelfristig durch eine spürbare Verbesserung der Rahmenbedingungen und Effekte der bereits eingeleiteten politischen Initiativen ausgeschöpft werden könnte.

Arbeitsbedingungen definieren sich aber nicht nur durch die Personalausstattung, sondern auch durch die strukturellen und organisatorischen Vorgaben in der Einrichtung. Hierzu gehört als wichtiges Element die Dienstplangestaltung. Der Dienstplan und die Dienstzeiten spielen eine große Rolle für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine ausgewogene Work-Life-Balance. Häufig werden Dienstpläne nicht eingehalten, weil bei Ausfällen Kolleginnen oder Kollegen kurzfristig einspringen müssen. Das lässt sich aber auch anders gestalten, indem zum Beispiel Springerpools geschaffen werden. Manchmal sind aber auch Arbeitszeiten oder Arbeitsspitzen durch Änderungen im Tagesablauf (zum Beispiel die Verschiebung von Essenzeiten) zu entschärfen.

### 3.4 Karrieremöglichkeiten in der Pflege

Pflege ist ein sehr vielseitiger Beruf mit einer Vielfalt an Einsatzbereichen und Entwicklungsmöglichkeiten. Häufig wird Karriere ausschließlich als hierarchischer Aufstieg, also weg von der direkten Versorgung pflegebedürftiger Menschen, verstanden. Aber es gibt in der Pflege eine große Bandbreite von Spezialisierungen, die über Zusatzqualifikationen bis hin zu einem aufbauenden Studium reichen können. Aus dem Blickwinkel



eines Arbeitgebers ist es interessant, guten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu bieten, die für die jeweilige Einrichtung relevant sind und die Pflegenden möglichst lange an die Einrichtung binden. Mitarbeitergespräche sollten immer mit Perspektive auf die Personalentwicklung geführt werden. Alle Spezialisierungen erfordern eine zusätzliche Qualifizierung. Dieses Erfordernis kann auf rechtlichen Vorgaben beruhen (z. B. Praxisanleiter/-in) oder es ist Bestandteil der Anerkennung durch eine Fachgesellschaft für bestimmte Leistungsangebote (z. B. Diabetesberatung). Die Qualifizierungserfordernisse können von wenigen Tagen bis zu mehreren Wochen, im Fall eines Studiums sogar Jahren reichen.

Zwischen Arbeitgeber und Mitarbeitenden ist auszuhandeln, in welcher Form die Einrichtung Unterstützung gewährt. Dies reicht von einer (teilweisen) Freistellung unter Fortzahlung der Bezüge bis hin zur Übernahme der Kosten der Spezialisierung. Der Umfang der Unterstützung hängt vom Interesse des Arbeitgebers an der Bindung der oder des Mitarbeitenden oder der Priorität der angestrebten Spezialisierung für den Betrieb ab.

#### 4 Fazit

In Zeiten des Fachkräftemangels in fast allen Branchen der Wirtschaft und insbesondere in der Pflege sowie bei dem zu erwartenden Mehrbedarf durch die demografische Entwicklung haben Mitarbeitergewinnung und -bindung einen hohen Stellenwert für alle Arbeitgeber. Eine längere Berufsausübung – im Idealfall bis zur Erreichung des Renteneintrittsalters – und eine längere Bindung an einen Arbeitgeber sind nicht nur aus der Versorgungsperspektive, sondern auch wirtschaftlich interessant. Denn eine Stelle neu besetzen zu müssen ist teuer. Leider sind dies Aufwendungen, die nur bedingt in den Bilanzen auftauchen, da sie Opportunitätskosten darstellen.

Es gibt eine Reihe von Ansatzmöglichkeiten, die Arbeit in der Pflege attraktiver zu gestalten. Die Ausführungen in diesem Beitrag fokussieren vor allem den Bereich der Langzeitversorgung. Sie sind aber weitgehend auch auf den Bereich der Akutversorgung anwendbar. Neben der Einsicht in die zugrunde liegenden Problematiken ist die Bereitschaft zur Veränderung und zur Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen Voraussetzung für die Umsetzung. Insgesamt sind diese Ansätze prioritär zu verfolgen, bevor Einschnitte in die Versorgungsqualität als scheinbar alternativlos

akzeptiert werden. Es sind immer die gleichen und vermeintlich billigeren Alternativen, die als Lösungsvorschläge kolportiert werden: beispielsweise Absenkung der Anforderungen an die Berufsausbildung; Absenkung der Fachkraftquote; Anwerbung aus anderen (wirtschaftlich schwächeren) Ländern; Ablehnung eines Flächentarifvertrages.

Aus Sicht der Pflegenden ist der Mangel aber auch positiv zu betrachten, da die Arbeitgeber sich notgedrungen in einen Wettbewerb begeben müssen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und an sich zu binden. Immer seltener bewerben sich Pflegende um eine Stelle, sondern mittlerweile bewerben sich potenzielle Arbeitgeber um zukünftige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das hat heute schon Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Bewerberinnen und Bewerber angesprochen werden, bis hin zu überdurchschnittlichen oder übertariflichen Zusatzleistungen und Anreizsystemen. Nicht vergessen werden darf, dass die beste Werbung für einen Arbeitgeber zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. Insgesamt gibt es aber bei all diesen Faktoren immer noch eine riesige Variationsbreite in Deutschland, von unterdurchschnittlich bis zu exemplarisch.

Alle diese positiven Faktoren finden sich implizit und explizit in den Magnet®-Einrichtungen. Der Magnet®-Ansatz ist auch auf unser System übertragbar, auch wenn die Hürden für eine Anerkennung unbestritten hoch sind. Aber selbst wenn eine Anerkennung als Magnet®-Einrichtung nicht angestrebt wird, sind die Ideen und die einzelnen Qualitätsstandards des Modells ein ausgezeichneter Leitfaden hin zu exzellenter Pflege und exzellenten – und damit begehrten – Arbeitsplätzen. Schwerpunkte einer solchen Anwendung müssten eine Investition in die Führungsperson und die Führungskultur einer Einrichtung sein.

Das benötigt das Zusammenwirken aller Akteure, vom Träger einer Einrichtung bis hin zur Selbstverwaltung, um zum Beispiel die Qualifikationsanforderungen der Pflegeleitung anzupassen. Die Stimme der Betroffenen – Bewohner und Bewohnerinnen, Patientinnen und Patienten sowie der pflegerischen Mitarbeitenden – müssen mehr Gewicht erhalten. Der erste Schritt dazu sind regelmäßige, aussagekräftige Zufriedenheitsbefragungen. Und nicht zuletzt muss pflegerische Qualität messbar und darstellbar werden. Hier ist ein besonderer Schwerpunkt auf pflegesensitive Outcomes zu legen, weniger auf Struktur- oder Prozessqualität.

**Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, den Pflegeberuf und seine Rahmenbedingungen attraktiver zu gestalten.**



Der Pflegeberuf gehört zu einem der schönsten und vielfältigsten Berufe überhaupt. Es gibt in jeder Generation genügend Menschen, die sich für eine Berufstätigkeit in diesem Bereich interessieren. Das Interesse ließe sich in Anwerbung für den Beruf ummünzen, wenn die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit verbessert würden. Diese Investition ist es auf jeden Fall wert. Denn der Pflegeberuf ist gesellschaftlich unverzichtbar und Grundlage für die wirtschaftliche und soziale Prosperität unserer Gesellschaft. Deshalb ist es auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass eine Berufstätigkeit in der Pflege wieder attraktiver und lohnenswert wird.

## Literatur und Quellen

**ANCC – American Nurse Credentialing Center (2018):** Forces of Magnetism; <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/history/forces-of-magnetism/>

**DBfK – Deutscher Pflegeverband für Pflegeberufe (2009):** Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps; [www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_2009.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf)

**DBfK – Deutscher Pflegeverband für Pflegeberufe (2016):** Position des DBfK zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege; [www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Personalbemessung-in-stationaerer-Altenpflege-2016-05-30.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Personalbemessung-in-stationaerer-Altenpflege-2016-05-30.pdf)

**ddn – Das Demographie-Netzwerk (2017):** Schlüsselfaktoren erfolgreicher Personalarbeit in der Langzeitpflege; [www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user\\_upload/Startseite/final\\_AGP\\_Broschu\\_re\\_Schlu\\_\\_selfaktoren.pdf](http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Startseite/final_AGP_Broschu_re_Schlu__selfaktoren.pdf)

**Hasselhorn, H.-M. et al. (2005):** Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

**Hasselhorn, H.-M. (2011): 3Q-Studie:** Für mehr Qualität in der Altenpflege. Interview mit Sascha Schmidt, Bergische Universität Wuppertal. *baua: Aktuell*, Heft 3, 6–7

**IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2015):** Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Studie im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für die Pflege; [www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27\\_Studie\\_zu\\_den\\_Entgelten\\_der\\_Pflegeberufe.pdf](http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf)

**INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010):** Gute Führung in der Pflege. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.); [www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh2-fuehrung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh2-fuehrung.pdf?__blob=publicationFile)

**Kersting (2013):** „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt: Mabuse-Verlag

**McClure, M. L. et al. (1983):** Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, Missouri : American Academy of Nursing

**KKF Verlag (Hrsg.) (2017):** SGB XI PflegeVG-Handbuch Soziale Pflegeversicherung, 12. Auflage. Altötting

**Schmidt S. G. et al. (2012):** 3Q-Studie: Zusammen erfassen, was zusammen gehört – Abschlussbericht. ; [www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/zusammenfassen-was-zusammengehört-abschlussbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/zusammenfassen-was-zusammengehört-abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile)

**Wirtschaftslexikon24.com (2018):** Transformationale Führung; [www.wirtschaftslexikon24.com/e/transformationale-fuehrung/transformationale-fuehrung.htm](http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/transformationale-fuehrung/transformationale-fuehrung.htm)

**Wolf, G., Zimmermann, D., Drenkard, K. (2011):** Transformational Leadership. In: Drenkard K., Wolf G., Morgan S. H. (Hrsg.) *Magnet®: The Next Generation – Nurses Making the Difference*. Silver Spring: ANCC, 31–42

**Zander, B., Busse, R. (2010):** Auf dem Weg zu zufriedenen Pflegekräften. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, Jg. 49, Heft 5, 496–498

Letzter Abruf aller Internetquellen: 26. März 2018