

Inhaltsverzeichnis

	Seitenzahlen
Abkürzungsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	3
1. Einführung	4
2. Status quo des deutschen Krankenhauswesens	7
3. Der Pflegedienst in deutschen Krankenhäusern	
3.1 Personalsituation der Pflegekräfte	10
3.2 Auswirkungen des Pflegepersonalabbaus	11
4. Magnetkrankenhäuser - Erfolgsrezept aus den USA	
4.1 Retrospektive	14
4.2 Strategien der Magnetkrankenhäuser	
4.2.1 Engagement des Managements für Pflege und Pflegekräfte	18
4.2.2 Gute Führung in der Pflege	20
4.2.3 Angemessene Gehälter und Vergünstigungen	21
4.3 Magnet Recognition Program	26
4.4 Das Magnetkrankenhaus „Poudre Valley Hospital“	29
5. Krankenhäuser mit Magnetstatus vs. Krankenhäuser ohne Magnetstatus	33
6. Fazit	
6.1 Zusammenfassung	36
6.2 Schlussbetrachtungen	38
7. Literaturverzeichnis	43

Abkürzungsverzeichnis

AAN – American Academy of Nursing

ANA - American Nurses Association

ANCC - American Nurses Credentialing Center

DRG – Diagnosis Related Groups

ICN – International Council of Nurses

INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit

KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz

MRP – Magnet Recognition Program

PDL – Pflegedienstleitung

PVH – Poudre Valley Hospital

Abbildungsverzeichnis

Seitenzahlen

Abbildung 1:

NEXT. Nurses early exit study 6

Abbildung 2:

Stationäre Versorgung 1991 – 2007. Einrichtungen, Betten und
Patientenbewegungen 9

Abbildung 3:

Einschätzung Versorgungskapazität 13

Abbildung 4:

Umfeld der pflegerischen Arbeit, Personalausstattung und Arbeitsergebnisse:
ein konzeptionelles Model 20

Abbildung 5:

Aufwand und Belohnung? 1 25

Abbildung 6:

Aufwand und Belohnung? 2 26

Abbildung 7:

The 5 Model Components 28

Abbildung 8:

Poudre Valley Hospital 30

1. Einführung

„Veränderungen muss man mit Veränderungen begegnen. Wer sich Veränderungen entgegenstemmt, wird früher oder später zerstört, wie der härteste Fels in der Brandung. Wer sich allerdings mit der Strömung treiben lässt, der läuft Gefahr, irgendwann im Sturm auf die Klippen geworfen zu werden und dort zu zerschellen.“

Auch die deutschen Krankenhäuser sind nicht vor Veränderungen gefeit, um die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen erfolgreich zu überstehen. Seit einigen Jahren werden die deutschen Krankenhäuser durch die ständigen Gesundheitsreformen zu erheblichen Änderungsmaßnahmen gezwungen (vgl. Franke, 2007, S.11ff). Durch die Einführung des neuen Abrechnungssystems der DRG`s lastet seit dem 01.01.2004 auf den Krankenhäusern ein enormer Leistungsdruck. Seit diesem Zeitpunkt zählt nicht mehr die Dauer, die ein Patient ein Bett belegt, sondern die Pauschale, die ein Krankenhaus für diesen „Fall“ erhält. Die Hauptdiagnose des Arztes stellt die Grundlage für die Pauschale dar. Neben dieser neuen Finanzierungsgrundlage gab es zahlreiche Kostendämpfungsgesetze, aufgrund dessen im Pflegebereich erhebliche Einsparungen getätigt wurden. Die Folge ist, dass immer weniger Krankenhauspersonal für die Versorgung einer ansteigenden Anzahl von Patienten zur Verfügung steht. Weiterhin hat sich durch die Einführung der DRG`s die Verweildauer der Patienten im Klinikum von 11,4 auf 8,6 Tage verkürzt. Somit ist neben der Personalreduktion eine zunehmende Arbeitsverdichtung zu verzeichnen (vgl. Katholischer Krankenhausverband, 2007, S. 25). Die Qualität der Patientenversorgung leidet unter dieser Situation. Beispielsweise konnte anhand mehrerer Studien nachgewiesen werden, dass ein Zusammenhang zwischen der mangelnden Patientenversorgung und den unerwünschten Auswirkungen für Patienten besteht (vgl. Isfort et al., 2007, S.4f).



Abbildung 1: NEXT. Nurses early exit study (URL₃)

Die Karikatur soll verdeutlichen, dass die Krankenhäuser den falschen Weg bestreiten. Durch die schlechten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte wird dieser Beruf immer unattraktiver, wodurch ein Pflegekräftenotstand droht.

Die Zeitschrift *Die Schwester/Der Pfleger* ist eine von vielen, die auf diese Problematik aufmerksam macht. In dem Artikel „Der Preis der Überforderung“ erzählt die Krankenschwester Nina G. von ihrem Berufsalltag. Obwohl sie findet, dass dies ein schöner Beruf ist, hat sie gekündigt, da der wachsende Arbeitsdruck und somit auch die Angst einen schwerwiegenden Fehler zu begehen, überwiegen. Als Berufsschullehrerin für kosmetische Berufe will sie noch mal ganz von vorne anfangen (vgl. Schulte, 2009, S. 76).

Es wird deutlich, dass neben einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger immer mehr Fluktuationstendenzen der Pflegekräfte zu verzeichnen sind. Hinzu kommt, dass aufgrund des zunehmend schlechten Images kaum ein Jugendlicher den pflegerischen Beruf in Betracht zieht. Der sehr niedrige Personalschlüssel, die damit verbundenen physischen und psychischen Belastungen sowie die vergleichsweise schlechte Bezahlung machen diesen Berufszweig für die guten Schulabgänger unattraktiv (vgl. Deutscher Pflegerat, 2009).

In Zukunft müssen die Arbeitnehmer, welche den Schlüssel zum Erfolg eines Unternehmens darstellen, wieder in den Vordergrund rücken. Neben zahlreichen

politischen Veränderungen bedarf es aber auch des Engagements der Krankenhäuser sich aus dem „Schwitzkasten“ der Gesundheitspolitik zu befreien, um eine hohe Qualität ihrer Dienstleistung zu gewährleisten sowie einen drohenden Pflegenotstand zu umgehen.

Aufgrund der zuvor angesprochenen aktuellen Erkenntnisse und Diskussionen habe ich mich für das folgende Thema entschieden:

„Magnetkrankenhäuser – Eine Strategie zur Umgehung des drohenden Pflegekräftenotstandes?!“

Das Modell der Magnetkrankenhäuser hat seine Wurzel in den USA. Magnetkrankenhäuser ziehen qualifizierte Pflegekräfte an und binden diese an ihr Haus, wodurch eine qualitativ hohe Patientenversorgung ermöglicht wird (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1080ff).

Folgende These steht im Mittelpunkt dieser Ausarbeitung:

„Das Konzept des Magnetkrankenhauses bietet für deutsche Krankenhäuser die Möglichkeit qualifizierte Pflegekräfte an das Haus zu binden sowie neue qualifizierte Pflegekräfte zu rekrutieren, um den zukünftigen Pflegekräftenotstand abzuwenden.“

Bevor auf dieses Konzept näher eingegangen wird, erfolgt in Punkt 2 ein Überblick über das deutsche Krankenhauswesen. Die aktuelle und zukünftige Pflegepersonalsituation in deutschen Krankenhäusern wird im Gliederungspunkt 3 betrachtet, um die Herausforderung der Krankenhäuser zu verdeutlichen. Der Inhalt des Hauptteils bezieht sich auf die „Magnetkrankenhäuser – Erfolgsrezept aus den USA“. Eine Gegenüberstellung von herkömmlichen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit Magnetstatus folgt im Punkt 5. Abschließend werden die wichtigsten Aussagen zusammengefasst und ein Ausblick zu dieser Thematik gegeben.

2. Status quo des deutschen Krankenhauswesens

Krankenhäuser sind Dienstleistungsunternehmen, die folgende Leistungen anbieten: „Diagnose, Therapie, Betreuung, Versorgung und Unterbringung“. Die Behandlung kann voll-, teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erfolgen. Im stationären Sektor wird eine Unterteilung zwischen Akut- und Sonderkrankenhäusern vorgenommen. Akutkrankenhäuser versorgen Patienten mit vorübergehenden Krankheiten, die eine verhältnismäßig kurze Verweildauer aufweisen. Sonderkrankenhäuser weisen eine Spezialisierung auf, entweder auf bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen. Hierzu zählen beispielsweise psychiatrische Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken. In der Regel sind hier Patienten mit chronischen Krankheiten und einer langen Verweildauer vorzufinden (vgl. Schmidt-Wilke, 2004, S. 25f). Krankenhäuser werden nach folgenden Kriterien unterteilt: Trägerschaft, Versorgungsstufe, Aufgaben und Größenklasse. Personen, Institutionen oder Körperschaften sind Krankenhausträger, die ein Krankenhaus betreiben bzw. besitzen. Unterschieden wird zwischen privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern. Oft sind Ärzte einer entsprechenden Fachrichtung oder Kapitalgesellschaften private, Länder, Kreise, Gemeinden oder Zweckverbände hingegen öffentliche Krankenhausträger. Träger gemeinnütziger Krankenhäuser sind Kirchen und freie Wohlfahrtsverbände (vgl. Nagel, 2007, S. 138f).

In den letzten Jahren ist die Anzahl der deutschen Krankenhäuser und der dort zur Verfügung stehenden Betten stetig gesunken, obwohl die Anzahl zu behandelnder Patienten kontinuierlich ansteigt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008, Fachserie 12 Reihe 6.1.1) sind 2007, im Gegensatz zu 1991, insgesamt 324 Krankenhäuser weniger zu verzeichnen.

Jahr	Krankenhäuser			Patientenbewegung ¹⁾			
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt		Fallzahl	Berechnungs-/Belegungstage	durchschnittliche	
		Anzahl	je 100 000 Einwohner ²⁾			Anzahl	in 1 000
1991	2 411	665 565	832	14 576 613	204 204	14,0	84,1
1992	2 381	646 995	803	14 974 845	198 769	13,2	83,9
1993	2 354	628 658	774	15 191 174	190 741	12,5	83,1
1994	2 337	618 176	759	15 497 702	186 049	11,9	82,5
1995	2 325	609 123	746	15 931 168	182 627	11,4	82,1
1996	2 269	593 743	725	16 165 019	175 247	10,8	80,6
1997	2 258	580 425	707	16 429 031	171 837	10,4	81,1
1998	2 263	571 629	697	16 847 477	171 802	10,1	82,3
1999	2 252	565 268	689	17 092 707	169 696	9,9	82,2
2000	2 242	559 651	681	17 262 929	167 789	9,7	81,9
2001	2 240	552 680	671	17 325 083	163 536	9,4	81,1
2002	2 221	547 284	664	17 432 272	159 937	9,2	80,1
2003	2 197	541 901	657	17 295 910	153 518	8,9	77,6
2004	2 166	531 333	644	16 801 649	146 746	8,7	75,5
2005	2 139	523 824	635	16 539 398	143 244	8,7	74,9
2006	2 104	510 767	620	16 832 883	142 251	8,5	76,3
2007	2 087	506 954	616	17 178 573	142 893	8,3	77,2

¹⁾ Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle.

²⁾ Bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung.

Abbildung 2: Stationäre Versorgung 1991 – 2007. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen. (Statistisches Bundesamt, 2008, Fachserie 12 Reihe 6.1.1)

Anhand der Abbildung wird deutlich, dass es 1997 insgesamt 2411 Krankenhäuser in Deutschland gab, 2007 waren es noch 2087. Die Anzahl der aufgestellten Betten sank von 665.565 (1991) auf 506.954 (2007). Demgegenüber steht die ansteigende Anzahl der Patienten. 1997 wurden 14.576.613 Patienten in deutschen Krankenhäusern behandelt. Im Jahr 2007 waren es bereits 17.178.573, Tendenz steigend.

Trotz gestiegener Patientenzahl und gleichzeitig sinkender Anzahl von Krankenhäusern ist die Bettenauslastung von 81,4% (1991) auf 77,2% (2007) zurückgegangen. Dies ist auf die geringer werdende Anzahl von Belegungstagen zurückzuführen, da sich durch die DRG-Einführung die Verweildauer der Patienten von durchschnittlich 14 Tage auf 8,3 reduzierte (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008, S. 7)

Zum Vergleich: Eine 85% Bettenauslastung gilt als wirtschaftlich wünschenswert (vgl. Baumann, 2006, S. 24f).

Der wichtigste Grund für die Abnahme der Krankenhausanzahl ist die Veränderung der Einzugsgebiete, verursacht durch eine erhöhte Konkurrenz der Häuser untereinander, einer erhöhten Mobilität der Bevölkerung sowie dem veränderten Ansehen der Krankenhäuser (vgl. Fleßa, 2007, S. 54).

Um als Krankenhaus bei dem intensiven Wettbewerb um Patienten nicht auf der Strecke zu bleiben, wird auf Verbesserungen der Ergebnisqualität der gesundheitlichen Versorgung sowie auf wirtschaftliches Handeln ein besonders großes Augenmerk gelegt (vgl. GEK, 2006, S. 2). Damit die Kliniken ihre Effizienz steigern, werden Kostensenkungsmaßnahmen angewendet. Zunächst wurde sich auf Programme zur Kostensenkung des medizinischen Sachbedarfs gestützt (vgl. Schmidt, 2008, S. 5). Rationalisierungsvertreter stellten jedoch fest, dass 70% der Krankenhauskosten durch das Personal entstehen. Lediglich 18% der Kosten wird durch das Verbrauchsmaterial verursacht. Demnach ist für sie der vermeintlich logische Schluss, Kostensenkungsmaßnahmen beim Bestand des Krankenhauspersonals anzusetzen. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass das Personal die Erfolgsgrundlage eines Unternehmens darstellt (vgl. von Eiff et al., 2007, S.74). Trotz dieser Tatsache rückten nach und nach Programme zur Senkung der Personalkosten in den Fokus der Krankenhäuser. Dadurch, dass das Pflegepersonal die mengenmäßig größte Berufsgruppe in den Kliniken darstellt, werden hier die größten Personaleinsparungen getätigt. Beispielsweise werden offene Stellen, die durch die Fluktuation entstanden sind, nicht wieder besetzt. Die Folge ist, dass die gleiche Arbeitslast auf weniger Arbeitskräfte verteilt wird. Diese Mehrbelastung geht mit einer zunehmenden Überbelastung der Pflegekräfte einher (vgl. Schmidt, 2008, S. 5). Dies wirkt sich wiederum negativ auf der Ergebnisqualität der erbrachten Krankenhausleistung aus.

3. Der Pflegedienst in deutschen Krankenhäusern

3.1 Personalsituation der Pflegekräfte

Der anhaltende Bettenabbau in den Krankenhäusern, die Zunahme der Behandlungsfälle, die Verkürzung der Verweildauer, die zunehmende Alterung der Gesellschaft, die Verbreitung von chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen haben zur Folge, dass es immer mehr ältere, multimorbide Patienten gibt, die in einer kürzeren Zeit versorgt werden müssen (vgl. Riechmann et al., 2009, S. 139).

Trotz dieser Tatsachen werden seit 1996 Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser im erheblichen Umfang abgebaut. Bis 2006 waren es insgesamt mehr als 50.000 Arbeitsplätze. 1991 betrug die Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst der deutschen Krankenhäuser insgesamt 326.082. Bis 1995 stieg diese Anzahl auf 350.571 Vollzeitkräfte an. Ab 1996 sinkt diese Zahl stetig, von 349.423 auf lediglich 299.328 (2006). Dies stellt einen Personalabbau von -14,6% dar. Nach einer „Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser“ der Fachhochschule Hannover ergibt sich für das Jahr 2006 eine Unterbesetzung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern von ungefähr 65.000 Vollzeitkräften. Da der Stellenabbau nach 2006 fortgesetzt wurde, wird mittlerweile mit einer Unterbesetzung von 70.000 Vollkräften gerechnet (vgl. Simon, 2008, S. 3ff). Selbst wenn diese 70.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst geschaffen werden, besitzt Deutschland im internationalen Vergleich immer noch deutlich weniger Vollzeitkräfte als andere Industrienationen wie Frankreich, die Schweiz oder die Vereinigten Staaten. Um mit ihnen in der gleichen Liga spielen zu können, müsste Deutschland ungefähr 150.000 bis 180.000 Vollzeitpflegekräfte mehr beschäftigen (vgl. Simon, 2009, S. 50f).

Nach einer Meinungsumfrage des deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe sind 82,5% der Pflegekräfte überzeugt, dass die Personalausstattung im eigenen Arbeitsbereich nicht ausreichend ist. Pro Schicht versorgt eine Pflegekraft im Durchschnitt 12 Patienten. 66,8% werden mehrmals in der Woche bis täglich mit widersprüchlichen Arbeitsanweisungen konfrontiert. Weiterhin werden sie zu spät oder unzureichend informiert, beispielsweise über geplante Therapiemaßnahmen oder durchzuführende Untersuchungen. Darüber hinaus geben mehr als 50% der befragten Pflegekräfte an, dass es fast nie geregelte und unvollständige Pausen gibt. Aufgrund der

schlechten Arbeitsbedingungen geben 69,2% zu, dass sich die Pflegequalität im vergangenen Jahr verschlechtert hat (vgl. Deutscher Pflegerat 1, 2009). In Bezug auf den prognostizierten Fachkräftemangel spielt die Attraktivität des Arbeitsplatzes unter dem Aspekt der Personalgewinnung eine große Rolle. Es gilt: Umso attraktiver der Arbeitsplatz wahrgenommen wird, desto besser stehen die Chancen qualifiziertes Fachpersonal anzuwerben (vgl. Riechmann et al., 2009, S. 142).

3.2 Auswirkungen des Pflegepersonalabbaus

Personalreduzierung geht immer mit der Rationierung von bestimmten Leistungen einher. Leistungen können jedoch nicht unentwegt reduziert werden, denn dadurch sinkt die Qualität dieser Leistung (vgl. Isfort et al., 2007, S. 12).

Dass dieser Stellenabbau nicht ohne Folgen bleibt, ist daher abzusehen. Weniger Pflegekräfte müssen für mehr Patienten sorgen, wodurch die Qualität der Versorgung sinkt.

Im Pflege-Thermometer 2007, eine repräsentative Untersuchung leitender Pflegekräfte, wird auf den Zusammenhang von mangelnder Pflegeversorgung und unwillkommener Auswirkungen für die Patienten aufmerksam gemacht. Eine mangelhafte pflegerische Versorgung hat häufiger eine erhöhte Mortalität, verspätete Hilfe im Notfall und Komplikationen wie Stürze oder decubital ulcera zur Folge. Die leitenden Pflegekräfte sollten die Entwicklungen der letzten zwei Jahre rückblickend beurteilen.

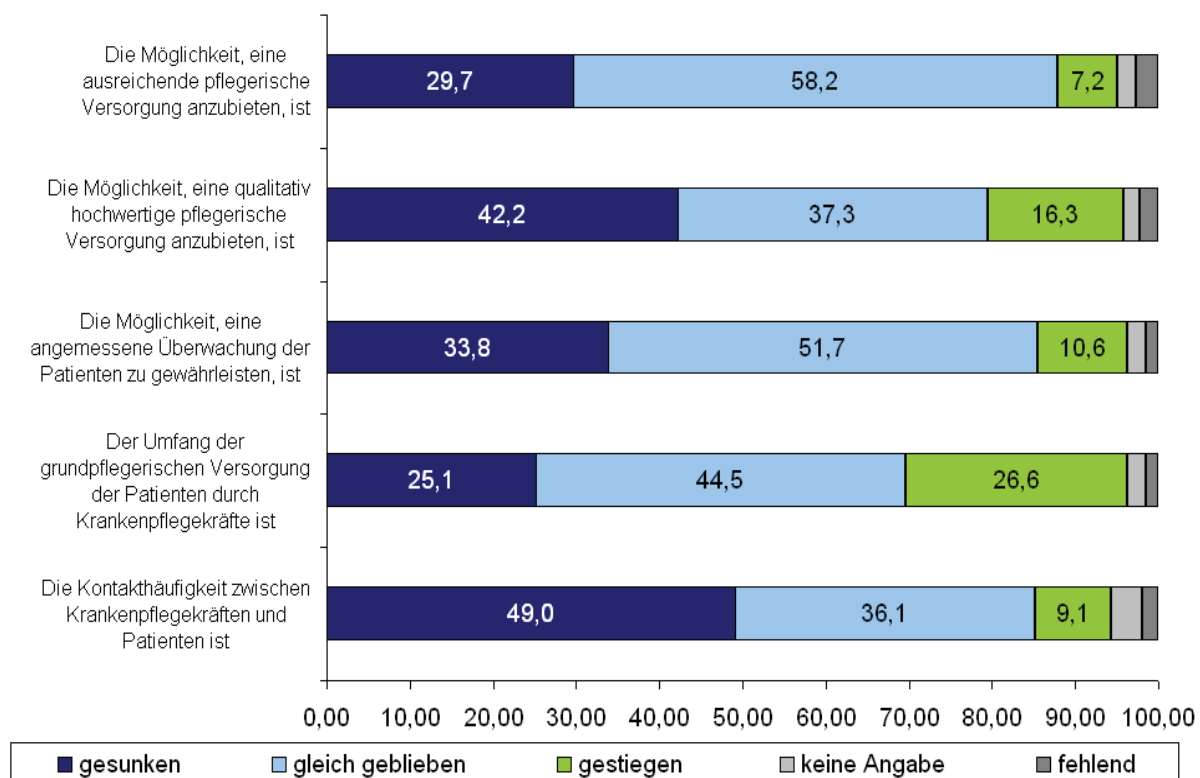


Abbildung 3: Einschätzung Versorgungskapazität (Isfort et al., 2007, S. 37).

Ein Ergebnis dieser Befragung ist in Abbildung 1 zu sehen. Die Abbildung zeigt auf, dass die angespannte Personalsituation einen direkten Einfluss auf die Patientenversorgung ausübt. Beispielsweise können nur 1/3 der Einrichtungen, die an dieser Studie teilnahmen, eine ausreichende grundpflegerische Versorgung gewährleisten. Ungefähr 40% der Pflegedirektionen gestehen sich ein, dass die Möglichkeit qualitativ hochwertig zu pflegen in den letzten Jahren gesunken ist. Weiterhin weisen ca. 30% darauf hin, dass sogar die Möglichkeit einer angemessenen Patientenüberwachung oft nicht gegeben ist. Auch der Umfang der grundpflegerischen Versorgung ist um rund 25% gesunken. Weiterhin hat sich die Kontakthäufigkeit zwischen Pflegekräften und Patienten um 50% reduziert, obwohl dies die Bedingung für eine regelmäßige Krankenbeobachtung darstellt (vgl. Isfort et al., 2007, S. 4ff).

Aus diesem Stellenabbau resultiert jedoch nicht nur eine mangelnde Patientenversorgung, sondern auch eine enorme Überbelastung der Pflegenden, welche oftmals in Berufsflucht endet. Laut den Ergebnissen einer Studie der Gmünder Ersatzkasse (2004) geben 47% der in Akutkrankenhäusern beschäftigten

Krankenschwestern und -pfleger an, dass sie über einen Berufswechsel nachgedacht haben. Folgende Gründe sind hierfür für sie ausschlaggebend:

- Bedingungen gestatten keine gute Pflege mehr: 70,9%
- fühle mich ständig überlastet und ausgebrannt: 48,5%
- möchte mich innerhalb der Pflege beruflich weiterentwickeln: 29%
- sonstige Gründe: 23,9%
- möchte mich außerhalb der Pflege beruflich weiterentwickeln: 22,4%
- es geht aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr: 15%

Es ist ersichtlich, dass vor allem infolge schlechter Arbeitsbedingungen, z.B. weniger Personal für eine ansteigende Anzahl von Patienten, keine gute Pflege mehr erbracht werden kann. Pflegenden denken somit des Öfteren über einen Berufswechsel nach, obwohl 96,7% der Befragten angeben, dass die Pflege der richtige Beruf ist. Weiterhin berichten 88,5%, dass die Arbeit interessant und abwechslungsreich ist. 66,3% erfahren durch die Arbeit eine starke persönliche Bestätigung. Trotz dessen sind viele Pflegenden unzufrieden, was vor allem auf die ungünstigen betrieblichen Umstände zurückzuführen ist (vgl. GEK, 2004, S. 69ff).

In Deutschland entwickelt sich ein gefährlicher Mangel an Pflegekräften. Die Gründe hierfür sind vielseitig, aber eines ist sicher, nämlich dass eine ungesunde Arbeitsumgebung Pflegekräfte oft zur Berufsflucht treibt. Es gilt Umgebungen zu schaffen, die Pflegekräfte anziehen und halten können (vgl. URL₁₀, S. 4). Im Moment werden in Deutschland jedoch gegenteilige Arbeitsumgebungen geschaffen, in denen die Ziele und Bedürfnisse von Pflegekräften keine Berücksichtigung erfahren.

Aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen verschlechtert sich auch das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit seit Jahren kontinuierlich. Wie zuvor schon erwähnt ist dieser Beruf aufgrund der physischen und psychischen Belastung, dem niedrigen Personalschlüssel und der vergleichsweise schlechten Bezahlung für die guten Schulabgänger unattraktiv. Kaum ein Jugendlicher zieht einen pflegerischen Beruf in Betracht, höchstens wenn sie ihre gewünschten Ausbildungsplätze nicht erreichen. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass der Pflegeberuf unter den 25 meistgenannten nicht akademischen Wunschberufen nicht vorzufinden ist. Weiterhin gibt es sogar

Eltern, die ihren Kindern verbieten einen pflegerischen Beruf zu ergreifen (vgl. Deutscher Pflegerat 2, 2009). Hinzu kommt, dass in den nächsten Jahren die Berentung vieler Pflegekräfte ansteht. Das heißt, dass in Zukunft das Problem der Akquise von Pflegepersonal an Schärfe gewinnen wird. Im Moment besteht noch ein Überfluss an Pflegekräften, aber in ein paar Jahren wird ein Mangel an qualifiziertem Personal vorherrschen (vgl. Hommel, 2007, S.52). Nicht nur Deutschland, sondern auch viele andere Länder sind von diesem Problem bereits betroffen. Beispielsweise wurde errechnet, dass in England jeder vierte Schulabgänger den Pflegeberuf erlernen müsste, um den Bedarf im Land zu decken. Annahmen zufolge wird in Deutschland eine ähnliche Situation eintreten (vgl. Deutscher Pflegerat, 2009). Aufgrund dessen ist es schon jetzt notwendig über geeignete Strategien zur Überwindung des Pflegenotstandes nachzudenken. Das Konzept der Magnetkrankenhäuser stellt eine solche Strategie dar.

4. Magnetkrankenhäuser - Erfolgsrezept aus den USA

4.1 Retrospektive

Vor ungefähr 30 Jahren war in den USA eine ähnliche Situation, wie heute in Deutschland, zu verzeichnen. Damals war dieser Zustand der Startschuss für eine neue Generation von Kliniken - den Magnetkrankenhäusern.

„Ihr Ziel: hoch qualifizierte Pflegekräfte anzuwerben und zu halten.

Ihr Weg: der Pflege die Rolle im Genesungsprozess der Patienten zu geben, die ihr zusteht.

Die Folgen: bessere Ergebnisse für Patienten und zufriedeneres Pflegepersonal.“

Auch in den USA wurden aufgrund der DRG-Einführung und der Ökonomisierung des Gesundheitssektors qualifizierte und erfahrene Pflegekräfte reduziert und oftmals durch Hilfskräfte ersetzt. Die Folge war, dass eine Vielzahl von Pflegekräften ihren Beruf verließ. Häufig waren sie allein, mit einer Schar von Hilfskräften, und sollten Patienten in hochakuten Situationen versorgen. Aufgrund der hohen Belegungsrate mit pflege-

und überwachungsbedürftigen Patienten, einer Reduktion der Verweildauer sowie einer gleichzeitigen Personalreduktion im Pflegebereich konnte die tägliche pflegerische Versorgung nur unzureichend gewährleistet werden. Weiterhin gaben die Pflegekräfte der USA als Gründe für das Verlassen der Krankenhäuser häufig an, dass sie ihr bisheriges erworbenes Wissen auch anwenden möchten, z.B. in Beratungen, wofür oftmals keine Zeit war. Ebenso konnten viele nicht mehr damit leben, nach Schichtende zu wissen, dass ein Großteil der Patienten unterversorgt ist (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1080f). Durch diese Zustände war die Pflege mit keinem guten Image behaftet, wodurch sich immer weniger US – Bürger dafür entschieden, diesen Beruf zu ergreifen. Die Pflege wurde mit Stress, harter körperlicher Arbeit, wenig Verantwortung und relativ wenig Gehalt verbunden (vgl. Hommel, 2007, S.51).

In dieser schwierigen Zeit fiel jedoch auf, dass einige Krankenhäuser nicht von dieser Personalfucht und häufigem Personalwechsel betroffen waren. Im Gegensatz dazu zogen sie die Pflegekräfte förmlich an und konnten diese auch an sich binden. Die American Academy of Nursing ging diesem Phänomen nach (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1081f). 1983 führte sie eine landesweite Studie zu den Krankenhäusern durch. Im Zentrum standen zwei wichtige Fragen:

„Welche Faktoren in der Krankenhausorganisation und im Pflegedienst lösen diesen „Magnetismus“ aus?

Welche Kombination von Variablen braucht man für einen Pflegedienst im Krankenhaus, in dem die berufliche und persönliche Zufriedenheit des Pflegepersonals so hoch ist, dass die Mitarbeiter sich von diesem Krankenhaus angezogen fühlen und dort dauerhaft beschäftigt sein möchten?“

Aus den Ergebnissen der Studie wurden die „Kräfte des Magnetismus“ geboren. Durch diese Schlüsselemente zum Anwerben und Halten von qualifizierten Pflegekräften entstand die Idee der Magnetkrankenhäuser (vgl. Hommel, 2007, S. 51). Insgesamt nahmen 163 Krankenhäuser an der Befragung teil. Von ihnen erhielten 41 Krankenhäuser, aufgrund ihrer Fähigkeit qualifiziertes Personal zu gewinnen und an

sich zu binden, den Status „Magnetkrankenhaus“ (vgl.URL₂). Folgende 14 Kräfte wurden für die Magnetkrankenhäuser identifiziert:

1. „*Profil der Pflegedienstleitung*“: Sie zeichnet sich durch ihre Kompetenz, Erfahrung und Risikobereitschaft aus. Ihre Pflege- und Führungsphilosophie ist transparent. Weiterhin unterstützt und spricht sie für das Pflegepersonal.
2. „*Organisationsstruktur*“: Es herrschen flache Hierarchien, das heißt, dass Entscheidungen auf der Stationsebene getroffen werden. Die Pflege (PDL) agiert auf Augenhöhe, ist also im obersten Führungsgremium vertreten.
3. „*Managementstil*“: Die Pflegekräfte, die sich in den Führungspositionen befinden, sind nicht unnahbar. Sie können jederzeit angesprochen werden. Das Pflegepersonal wird dazu ermutigt ihre Meinung zu äußern. Somit wird der ständige Informationssaustausch groß geschrieben.
4. „*Personalpolitik*“: Die Schichtrotationen sind minimiert und die Gehälter sind wettbewerbsfähig. Beruf und Familie sind gut miteinander vereinbar. Weiterhin gibt es Aufstiegsmöglichkeiten. Die Personalpolitik erfolgt unter Einbeziehung des Personals.
5. „*Professionelle Pflegemodelle*“: Den Pflegenden wird eine hohe Verantwortung in der Patientenpflege übertragen. Als „Primary Nurses“ haben sie ihre Handlungen zu verantworten.
6. „*Pflegequalität*“: Die Pflegekräfte führen die Pflege in hoher Qualität aus. Die Verantwortung der Führungskräfte liegt darin eine Umgebung zu schaffen, in der qualitativ hochwertig gepflegt werden kann.
7. „*Ständige Qualitätsverbesserung*“: Eine ständige Qualitätsverbesserung wird als erstrebenswert angesehen. In die Programme zur Qualitätssteigerung sind die Pflegenden zu integrieren (vgl. Hommel, 2007, S. 50).
8. „*Beratung und Ressourcen*“: Die Gesundheitsversorgenden Organisationen stellen adäquate Ressourcen und Unterstützung bereit. Die Organisationen unterstützen die Pflegenden zusätzlich bei der Teilnahme in Berufsorganisationen und beim Informationsaustausch unter Kollegen in der Gemeinschaft (übersetzt nach: URL₁).

9. „*Autonomie*“: Auf der Grundlage von professionellen Pflegestandards arbeiten Pflegende selbstständig.
10. „*Interdisziplinäres Arbeiten*“: Die kollegiale Zusammenarbeit ist durch einen respektvollen Umgang gekennzeichnet.
11. „*Pflegende als Lehrer*“: Das Lehren und Anlernen soll mit jeder pflegerischen Arbeit verbunden werden.
12. „*Professionelle Entwicklung*“: Für die Pflegenden stehen Schulungen jeglicher Art und Karrieremodelle zur Verfügung. Die persönliche und professionelle Weiterentwicklung werden hoch geschätzt.
13. „*Bild der Pflege*“: Die anderen Berufsgruppen stufen die Arbeit der Pflegenden als essentiell ein. Pflegende stellen einen wesentlichen Bestandteil der Krankenhausorganisation sowie –leistung dar.
14. „*Gemeindeorientiert*“: Magnetkrankenhäuser sind in der Gemeinde präsent und sind durch ein hohes Ansehen gekennzeichnet (vgl. Hommel, 2007, S. 50).

Nachdem sich durch die Studie der American Academy of Nursing die charakteristischen Merkmale der Magnetkrankenhäuser herauskristallisierten, wurden durch eine Nachfolgestudie 3 Strategien ausgemacht, um Pflegekräfte anzuziehen und zu halten. Die Strategien lauten wie folgt: „Engagement des Managements für Pflege und Pflegekräfte“, „gute Führung in der Pflege“ sowie „angemessene Gehälter und Vergünstigungen“. Auf diese Strategien wird im Folgenden näher eingegangen (vgl. URL₁₀, S.9).

4.2 Strategien der Magnetkrankenhäuser

4.2.1 Engagement des Managements für Pflege und Pflegekräfte

Nach Stadelhofer (2001, S. 15ff) wird unter dem Terminus „Management“ die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung von Unternehmen verstanden. Demnach ist Management überall dort zu verzeichnen, wo eine bestimmte Anzahl von Menschen unter einer Leitung auf die Erreichung bestimmter Ziele hinarbeitet. Management in einem Krankenhaus bedeutet:

„Mitarbeiter/innen und Führungskräfte [...], materielle Mittel, Prozesse und Systeme so zu koordinieren, dass im Rahmen geeigneter Strukturen und Abläufe und in den Grenzen und Möglichkeiten der gesetzlichen Bestimmungen bestimmte, gewollte Ergebnisse erzielt werden.“

Anhand des Zitates wird deutlich, dass gute Ergebnisse nur erzielt werden können, wenn das Management hierfür die notwendigen Voraussetzungen, beispielsweise in struktureller oder personeller Hinsicht, schafft.

Magnetkrankenhäuser sind gekennzeichnet durch ein hohes Engagement des Managements für Pflege, Anerkennung der professionellen pflegerischen Praxis, eine transparente Führung sowie eine autonome Handlungsweise der Pflege. Dem Management dieser Krankenhäuser gelingt es wirtschaftliche, professionelle und ergebnisorientiertes Arbeiten zu vereinen. Anhand der nachfolgenden Abbildung wird dies deutlich.

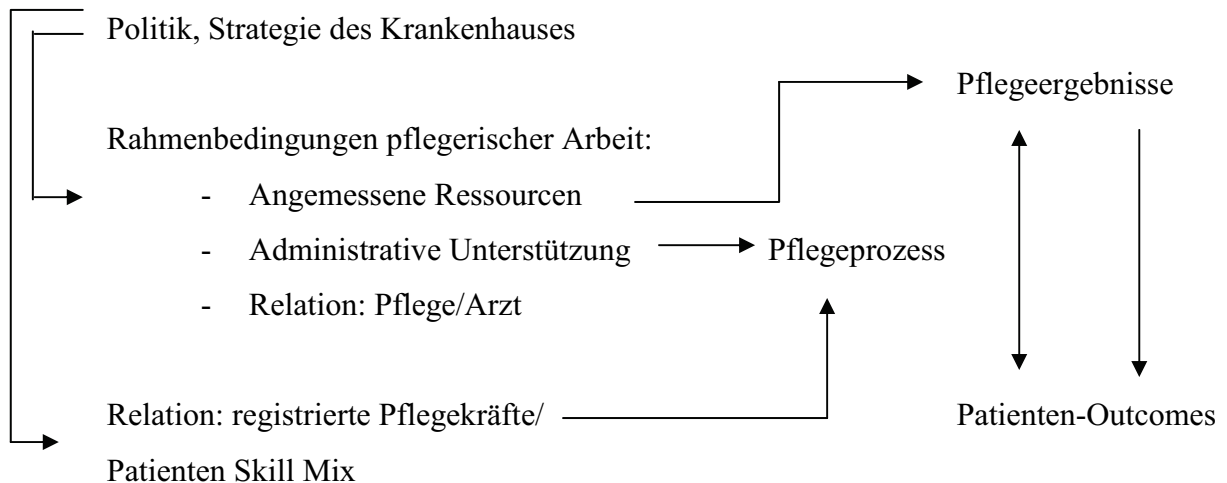


Abbildung 4: Umfeld der pflegerischen Arbeit, Personalausstattung und Arbeitsergebnisse: ein konzeptionelles Modell (nach Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1082)

Das Management der Magnetkrankenhäuser ist durch folgendes gekennzeichnet:

- Bereitstellung einer starken Führung (siehe 4.2.2)
- Wandelbares Management (siehe 4.3)
- Schaffung und Erhaltung von Vertrauen in der gesamten Organisation
- Berücksichtigung der Arbeitnehmer bei der Entscheidungsfindung, welche die Arbeitsplanung und Arbeitsabläufe betreffen
- Investition in Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. Page, 2004, S.150).

Die Wichtigkeit dieser Eigenschaften wird durch den ICN belegt.

Der ICN hat zum Internationalen Tag der Krankenpflege ein Praxisbuch zum Thema „Arbeitsplatz Pflege: Mit Qualität arbeiten – mit Qualität pflegen“ veröffentlicht. Das Handbuch macht auf die Notwendigkeit von positiven Arbeitsumgebungen aufmerksam und gibt Empfehlungen um bessere Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu schaffen. Anhand mehrerer Studien kann aufgezeigt werden, dass autonomes und eigenverantwortliches Handeln in Korrelation zur Zufriedenheit der Pflegekraft mit ihrer Arbeit steht. Weiterhin wurde festgestellt, dass sich auch Attribute wie Führung und Teamarbeit positiv auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte auswirken. Außerdem

senkt ein größerer Spielraum bei der Entscheidungsfindung die Fluktuationsrate der Pflegekräfte. Wenn das Mitspracherecht der Pflegekräfte bei der Versorgung von Patienten eingeschränkt ist, wird das Gefühl gestärkt, dass ihr Fachwissen nicht gewürdigt wird. Diese Tatsache führt wiederum dazu, dass sich die Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber verringert. Das Engagement des Managements ist für eine positive Arbeitsumgebung von großer Bedeutung. Ein Unternehmen wird durch die Mitarbeiter anhand der Handlungen der Führung und/ oder des Vorstandes beurteilt. Wenn Pflegekräfte in einer positiven Umgebung arbeiten, steigt ihr Engagement und sie kündigen seltener. Wenn die Werte der Mitarbeiter mit denen der Einrichtung übereinstimmen, werden bessere Leistungen gezeigt und es besteht eine größere Arbeitszufriedenheit. Das Management muss dafür sorgen, dass Mittel für Weiterbildungen, Zeit und Anreize für Mitarbeiter zur Verfügung stehen (vgl. URL₁₀, S. 4f, S. 10, S. 25).

4.2.2 Gute Führung in der Pflege

Untersuchungen, die in den Magnetkrankenhäusern durchgeführt wurden, zeigen auf, dass Pflegekräfte durch eine positive Arbeitsumgebung ihre Arbeitskraft voll entfalten, autonom handeln und initiativ sein können. Bei einem guten Arbeitsklima äußern die Pflegekräfte eine größere Arbeitszufriedenheit, welches mit einer Verbesserung des Befindens der Patienten einhergeht. Im Pflegebereich gefährdet ein schlechtes Arbeitsklima den Patienten, als auch das Pflegepersonal, wodurch das Risiko für Burnout und Fehlzeiten steigt (vgl. URL₁₀, 25f). Eine solch positive Arbeitsumgebung kann erreicht werden, indem eine Führungskraft nicht als Kontrolleur, sondern als Trainer/Ansprechpartner fungiert und ein Mitarbeiter nicht als Weisungsempfänger, sondern als Partner gesehen wird (vgl. Nolte, 2009, S. 43).

„Die Führungskräfte nehmen ihre Führungsaufgabe gegenüber ihren Mitarbeitern wahr, indem sie zwischen den Bedürfnissen ihrer Mitarbeiter und den Anliegen des Krankenhauses vermitteln und damit dazu beitragen, dass die Mitarbeiter jene Leistungen hinsichtlich Quantität und Qualität erbringen, die zum Erreichen des Unternehmenszieles erforderlich sind. Sie tragen durch spezifische Führungsleistungen zu einer möglichst langfristigen Bindung der Mitarbeiter an das Krankenhaus bei.“ (Naegler, 2008, S.48)

Im Gesundheitswesen ist die Qualität der Dienstleistung zum größten Teil von der Produktivität der Mitarbeiter abhängig. Folglich wirken sich Probleme im Personalbereich direkt auf den Erfolg bzw. Misserfolg eines Unternehmens aus (vgl. König, 2008, S. 3).

Anhand von empirischen Studien kann nachgewiesen werden, dass Führungskräfte einen zentralen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter ausüben. Beispielsweise wurden die Vorgesetzten einer Abteilung, in der die Mitarbeiter hohe Fehlzeiten aufwiesen, in eine andere Abteilung mit wenigen Fehlzeiten versetzt. Nach einiger Zeit war auch in dieser Abteilung eine hohe Anzahl von Fehlzeiten zu verzeichnen. Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass sich Führungsstile, die sich an den Mitarbeitern selbst und deren Mitwirkung orientiert, belastungs- und fehlzeitenreduzierend auswirken. Ein Führungsstil, der sich lediglich an der Aufgabe und nicht am Mitarbeiter orientiert (autoritärer Führungsstil), bewirkt den Gegensatz (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2004, S. 11f). Einerseits können Führungskräfte helfen Arbeitsbelastungen zu reduzieren. Andererseits können sie Ressourcen fördern, indem die Mitarbeiter unterstützt werden, sich aktiv an Entscheidungen zu beteiligen und ihnen Handlungsspielräume geboten werden. Zu einer guten Führung gehört eine offene Kommunikation, Empathie, eine frühzeitige Informationsweiterleitung, Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche, nach Meinungen fragen und diese berücksichtigen, gute Arbeit loben sowie bei Schwächen Möglichkeiten der Verbesserung aufzuzeigen (vgl. Nolte, 2009, S. 42).

Die INQA zeigt in ihrer Broschüre „Gute Führung in der Pflege“ auf, welche Kompetenzen eine gute Führungskraft auszeichnet:

1. „*Personale Kompetenz*“:

Sie ist einerseits durch die Fähigkeit zur Selbstkritik gekennzeichnet. Andererseits beinhaltet sie die Entwicklung produktiver Einstellungen, Werthaltungen und Ideale. Bei der Auswahl der zu erledigenden Aufgaben müssen Prioritäten gesetzt werden. Demnach stützen sich die Mitarbeiter auf wenige, jedoch hoch relevante, Ziele. Die Entwicklung sowie das Vorleben einer kundenorientierten Einstellung sind gerade in Einrichtungen des Gesundheitswesens von enormer Wichtigkeit. Die personale Kompetenz der Führungskräfte beinhaltet außerdem die realistische Einschätzung der Qualität der erbrachten Dienstleistung, um hier erfolgreich agieren zu können.

2. „*Aktivitäts- und Handlungskompetenz*“:

Diese Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, die persönlichen Ideale und Werte, das Wissen und Können etc. aktiv umzusetzen. Somit müssen klare Vorstellungen zur Gestaltung der Dienstleistung vorliegen. Auf dieser Grundlage können die, zusammen mit den Mitarbeitern entwickelten, Ziele verfolgt werden. Um diese zu erreichen besteht die Aufgabe der Führungskräfte darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, Ressourcen zur Verfügung zu stellen sowie die Mitarbeiter zu unterstützen.

3. „*Fachlich – methodische Kompetenz*“:

Die Führungskräfte sind mit fachlichem und methodischem Know-how ausgerüstet, um auch schwierige Situationen bzw. Probleme zu meistern. Führungskräfte müssen sich mit ihren Mitarbeitern über anstehende Veränderungen austauschen und sie dahingehend unterstützen, mit diesen Veränderungen umzugehen. Weiterhin ist es wichtig, die Kompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiter zu kennen und zu berücksichtigen. Darüber sind die Führungskräfte Ansprechpartner, nicht nur für die arbeitsbezogenen, sondern auch privaten Probleme.

4. „*Sozial – kommunikative Kompetenz*“:

Diese Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit mit anderen zu kommunizieren, kooperieren und auseinanderzusetzen. Ebenso zählt die realistische Einschätzung der Stärken und Schwächen des eigenen Arbeitsbereiches hierzu (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2008, S. 7f).

Als positives Beispiel für die Umsetzung eines guten Führungsstils kann das Pflegezentrum Mainterrasse herangezogen werden. Hier bewerten sich die Mitarbeiter einmal monatlich selbst, nach vorher zusammen erarbeiteten Kriterien. Hierzu zählen beispielsweise selbstständiges Arbeiten, betriebswirtschaftliches Denken oder gelebte Herzlichkeit. Die Selbsteinschätzung des Mitarbeiters wird anschließend mit dem Eindruck des Vorgesetzten verglichen. Dadurch, dass sich die Mitarbeiter oft eher schlecht einschätzen, erhalten viele von ihnen ein positives Feedback. Somit kommen Differenzen schnell zum Vorschein. Weiterhin können die Pflegenden mit so genannten Ideenblättern Verbesserungsvorschläge einbringen. Nach einer Überprüfung und Bewertung erhalten die besten Ideen eine Belohnung, beispielsweise einen Musicalbesuch. Die Folge sind motivierte Mitarbeiter, die regelmäßig Verbesserungsideen einbringen und eine hohe Identifikation mit dem Unternehmen aufweisen (vgl. Nolte, 2009, S. 43).

4.2.3 Angemessene Gehälter und Vergünstigungen

Obwohl das Pflegepersonal in den deutschen Krankenhäusern, neben Österreich, mit 52 Krankenhausentlassungen pro Pflegekraft im Jahr die höchste Personalproduktivität aufweist, verdienen sie keineswegs mehr als ihre ausländischen Kollegen. Das Gegenteil ist der Fall, denn obwohl sie die höchste Produktivität aufweisen, besitzen sie das geringste Gehaltsniveau. Im Jahr 2002 erhält eine Vollzeitkraft jährlich rund 37.000 Euro. Mit diesem Einkommen liegt Deutschland im internationalen Vergleich im unteren Drittel. Spitzenreiter ist die USA. Hier verdient eine Vollzeitkraft im Durchschnitt rund 51.000 Euro jährlich (vgl. Salfeld et al., 2009, S. 6f).

Anhand einer Befragung von vier deutschen Krankenhäusern wurde bei 389 Pflegenden das Verhältnis zwischen Einsatz (Effort) und Belohnung (Reward) untersucht. Johannes Siegrist entwickelte diesen Fragebogen. Er fand heraus, dass diejenigen an ungesundem Stress leiden, die das Gefühl haben mehr in ihren Beruf zu investieren, als sie Belohnung erfahren. Diese Situation wird von ihm als Effort Reward Imbalance oder Gratifikationskrise bezeichnet. Die Ergebnisse der Befragung zeigen auf, dass jede

fünfte Pflegeperson das Verhältnis zwischen Arbeit/Anstrengung und Ertrag/Belohnung negativ einschätzt. Sie haben also das Gefühl mehr zu investieren als herauszubekommen. Belohnung bezieht sich hierbei jedoch nicht nur auf Geld, sondern auch auf Anerkennung und Karrierechancen (vgl. Schulz et al., 2009, S. 16).

Es besteht demnach ein Ungleichgewicht, welches anhand der nachfolgenden Abbildung verdeutlicht wird.

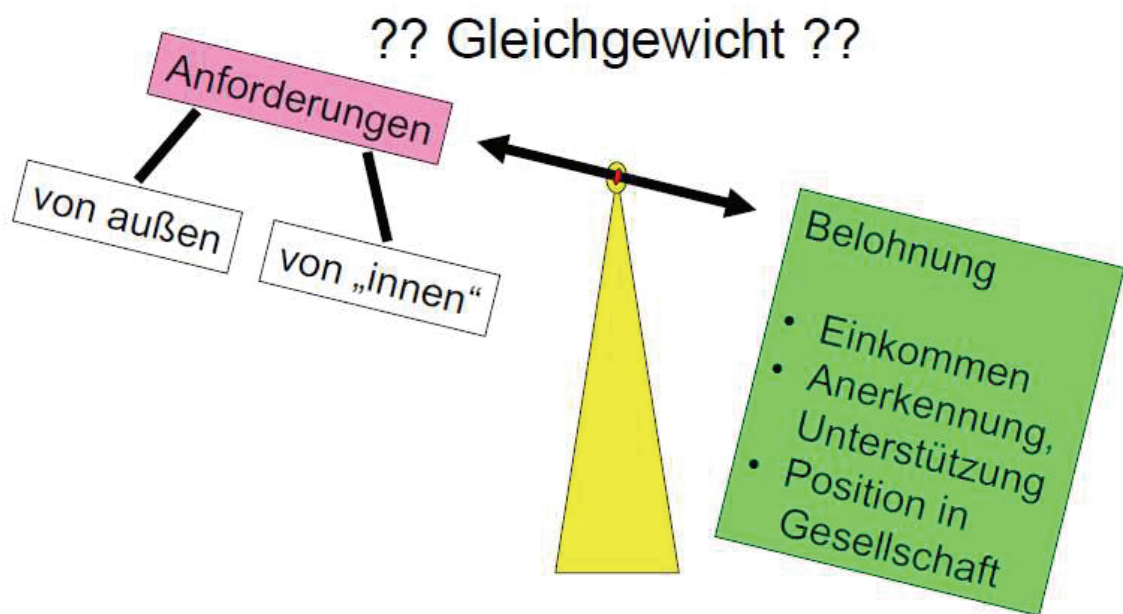


Abbildung 5: Aufwand und Belohnung? 1 (URL₃)

Cheryl L. Mee (URL₈, 2006, S. 50f) fand anhand einer Befragung der Pflegekräfte in den USA heraus, dass Magnetkrankenhäuser keine besseren Gehälter zahlen als die anderen Krankenhäuser. Bei den 11% der befragten Personen, die angaben in Magnetkrankenhäusern zu arbeiten, beträgt das durchschnittliche Einkommen \$ 50,100. Dies ist geringer als das durchschnittliche Einkommen der Pflegekräfte, die nicht in Magnetkrankenhäusern arbeiten. Dies beträgt \$ 51,100. Die Magnetkrankenhäuser gleichen dieses Defizit jedoch durch die guten Arbeitsbedingungen und die Zusatzleistungen wieder aus. Beispielsweise erhalten 33% der Befragten, die in Magnetkrankenhäusern arbeiten, Bonuszahlungen wie Urlaubsgeld. In den anderen Krankenhäusern gaben 26% an, solche Zusatzzahlungen zu erhalten. 86% der Pflegenden in Magnetanlagen teilten weiterhin mit, dass sie Schichtzulagen

erhalten, beispielsweise Nachtzuschläge. Weiterhin erhalten 80% eine Rückerstattung der Studiengebühren oder des Schulgeldes. 63% bekommen beim erfolgreichen Abschluss ihrer Fortbildung, Weiterbildung, Zusatzqualifikation etc. eine Rückerstattung ihres eingesetzten Geldes. 25% gaben an, dass sie finanzielle Unterstützung für die Kinderbetreuung erhalten. Dies stellt nur einen geringen Teil der Zusatzleistungen dar, die Pflegekräfte in Magnetkrankenhäusern erhalten. Eine Pflegekraft äußerte während der Befragung folgendes: „Another hospital in my city pays nurses a higher salary, but my hospital is the preferred employer because of better working conditions.“

Dies zeigt auf, dass das jährliche Einkommen der Pflegekräfte nicht das einzige bzw. nicht den wichtigsten Bestandteil der Arbeitszufriedenheit ausmacht. Zusatzleistungen und gute Arbeitsbedingungen gleichen das etwas geringere Gehalt wieder aus.

Bei den Pflegenden in den Magnetkrankenhäusern besteht ein Gleichgewicht zwischen den Anforderungen und der Belohnung. Das bedeutet jedoch nicht, dass Lohndumping durchgeführt wird. Ganz im Gegenteil, die Gehälter sind wettbewerbsfähig.

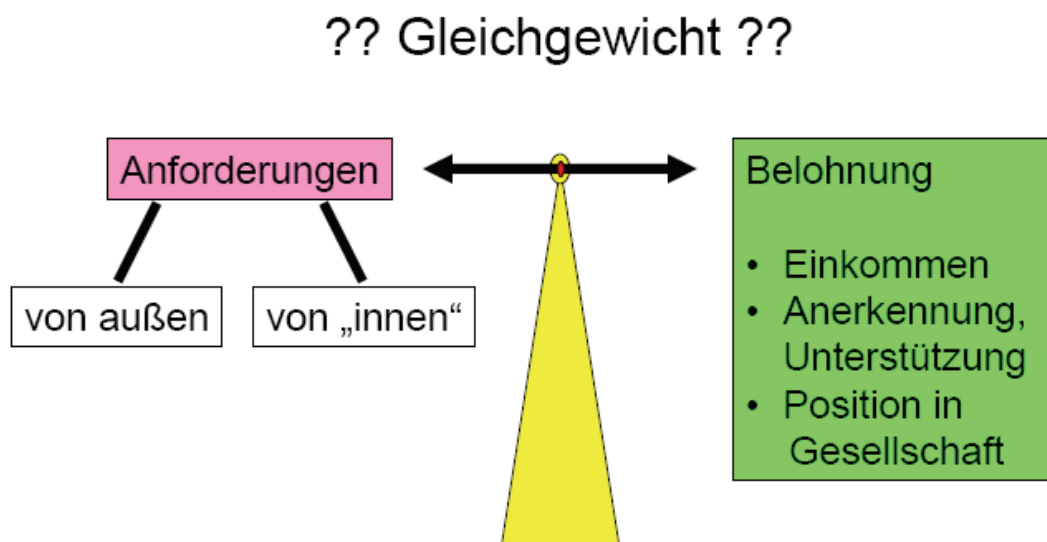


Abbildung 6: Aufwand und Belohnung? 2 (URL₃)

4.3 Magnet Recognition Program

1990 wurde das Magnet Recognition Program durch die AAN ins Leben gerufen. Dieses Programm sollte den Stellenwert der Pflege im Krankenhaus deutlich erhöhen und das öffentliche Image der Pflegeberufe verbessern. Im darauf folgenden Jahr wurde das American Nurses Credentialing Center gegründet, dessen Aufgabe darin besteht mittels eines Zertifikates Krankenhäuser als Magnetkrankenhäuser auszuzeichnen (vgl. Hommel, 2008, S. 51). 1994 wurde das erste Krankenhaus nach diesem Verfahren zertifiziert. Es wird von Magnetkrankenhäusern der 1. und der 2. Generation gesprochen. Die Magnetkrankenhäuser der 1. Generation stellen die 41 Krankenhäuser dar, die 1983 aus der Untersuchung von 163 Krankenhäusern in den USA hervorgingen. Die 2. Generation umfasst demnach alle Magnetkrankenhäuser nach 1983. Seit 1998 ist das Zertifizierungsverfahren auch auf stationäre Einrichtungen und seit 2000 auf Gesundheitseinrichtungen anzuwenden.

Durch das MRP gelingt es Gesundheitsorganisationen mit hervorragenden Pflegeleistungen ausfindig zu machen. Die Organisationen werden nach Qualitätsindikatoren und den pflegerischen Standards, die durch die American Nurses Association definiert sind, beurteilt. Wenn die Forderungen erfüllt sind, wird Magnet Status erreicht. Dieser Status währt vier Jahre. Danach muss eine neue Evaluation durchgeführt werden (vgl. Slee, 2008, S. 332).

Die aktuellste Version des MRP wurde im September 2008 veröffentlicht. Dieses neue Modell wurde einerseits entwickelt, um der pflegerischen Praxis und Forschung einen Rahmen bereitzustellen, nach dem sie sich richten können. Andererseits enthält dieses Modell einen Leitfaden durch die Organisationen die Magnet Anerkennung erreichen können. Das Modell besteht aus 5 „model Components“, die auf der Grundlage der 14 Kräfte des Magnetismus entstanden sind. Es legt ein großes Augenmerk auf das Messen von Ergebnissen und erlaubt eine rationellere, somit also zeitsparendere, Dokumentation als zuvor.

Es handelt sich um folgende 5 Komponenten:

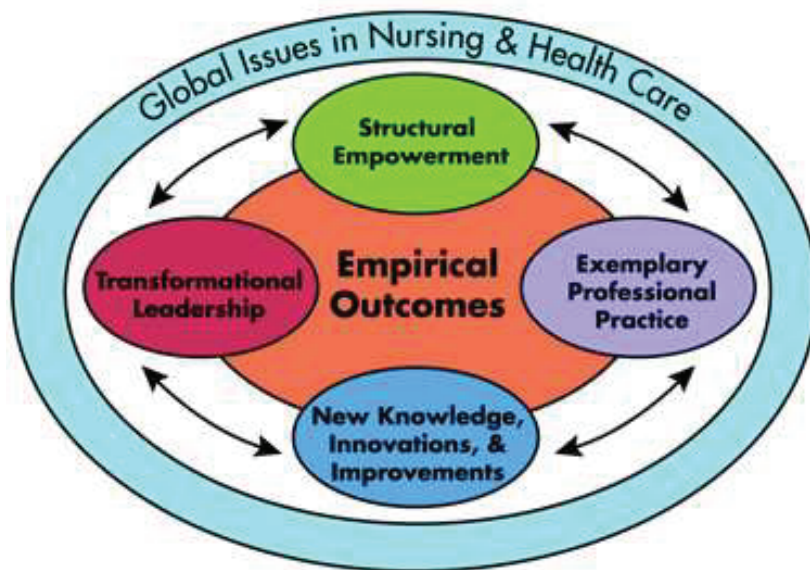


Abbildung 7: The 5 Model Components (vgl. URL₄)

1. „*Transformational Leadership*“:

Diese Komponente zeigt, dass Magnetkrankenhäuser einer Führung bedürfen, die wandelbar ist. Das heutige Umfeld der Gesundheitsversorgung erfährt eine intensive Umgestaltung. Vor dieser Umgestaltung war die Führung auf Sicherung und Wachstum ausgerichtet. Heutzutage müssen die Führungskräfte dafür sorgen, dass sich die Werte, Überzeugungen und Verhaltensweisen der Organisation wandeln. Es ist einfach Menschen zu führen, die das Unternehmen verlassen wollen. Der „transformational leader“ muss jedoch Menschen führen, die benötigt werden, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden. Hierzu werden Visionen, Einfluss, klinisches Wissen und eine sehr gute Fachkompetenz bezüglich der professionellen pflegerischen Praxis benötigt (vgl. URL₄).

Grundlegend ist festzuhalten, dass eine Führung auf der Beziehung zwischen dem Führer und den Anhängern, in diesem Fall den Angestellten, beruht. Die Aufgabe einer guten Führung besteht darin, die Bedürfnisse und Ziele sowohl der Angestellten, als auch der Führer, zu identifizieren und darauf einzugehen. Der „transformational leadership“ ist im Wesentlichen eine Beziehung, die auf gegenseitigem Ansporn beruht, wodurch die Erwartungen bzw. Ziele beider Berücksichtigung erfahren. Erreicht wird dies, indem die Führenden eine Verbindung zu den Geführten aufnehmen. Dies beinhaltet die Schaffung von formalen, andauernden Mechanismen, die die

wechselseitige Kommunikation sowie den Austausch von Ideen und Informationen unterstützt. Einerseits versuchen die Führenden die Wünsche, Bedürfnisse und Beweggründe der Geführten zu verstehen und zu befriedigen. Andererseits ist es auch wichtig, dass sie ihre Erwartungen sowie ihre Ziele den Angestellten gegenüber äußern. Durch diesen ständigen Informationsaustausch können die Führungskräfte ihren Führungsstil auf die Präferenzen, Erwartungen und Potentiale der Geführten oder auf die gemeinsamen Motive, Werte und Ziele ausrichten (vgl. Page, 2004, S.109ff).

2. „*Structural Empowerment*“:

Solide Strukturen und Prozesse, die durch eine einflussreiche Führerschaft entstehen, bieten eine innovative Umgebung, wo starke professionelle Praxis florieren kann. Weiterhin werden die Aufträge, Visionen und Werte zum Leben erweckt, wodurch Ergebnisse erreicht werden, die von der Organisation von enormer Wichtigkeit sind. Hierfür bedarf es einer starken Beziehung bzw. Partnerschaft zwischen den Institution und den Angestellten. Durch eine Vielzahl von Strukturen und Programmen kann sich das Personal entwickeln, gelenkt und ermächtigt werden, den besten Weg einzuschlagen, um die Ziele der Organisation und wünschenswerte Ergebnisse zu erreichen.

3. „*Exemplary Professional Practice*“:

Eine Magnet-Organisation basiert auf dem Grundgedanken einer musterhaften, professionellen, pflegerischen Praxis. Dies bedarf eines umfassenden Verständnisses der Rolle der Pflegenden. Um ihrer Rolle, beispielsweise gegenüber den Patienten oder der Gemeinde gerecht zu werden, muss ihr Wissen auf den neusten Erkenntnissen beruhen.

4. „*New Knowledge, Innovation & Improvements*“:

Eine starke Führung, professionelle Fachkräfte und eine vorbildliche Praxis sind Bausteine einer Organisation, die Magnet Anerkennung besitzt. Sie stellen jedoch nicht die endgültigen Ziele dar. Magnet-Organisationen haben eine ethische und professionelle Verantwortung gegenüber der Patientenversorgung und der Profession in Bezug auf neues Wissen, Neuerungen und Verbesserungen.

5. „Empirical Quality Results“:

In diesem Zusammenhang besteht für die Zukunft nicht die Frage danach, was die Institution tut oder wie sie es tut, sondern was sie von anderen Institutionen unterscheidet. Organisationen mit Magnet Status sind in der einzigartigen Position Pioniere der Zukunft zu werden, indem sie Lösungen einer Vielzahl von Problemen des heutigen Gesundheitssystems aufzeigen. Das Benchmarking wird die guten Ergebnisse, beispielsweise in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung oder die Arbeitsbedingungen, aufzeigen (vgl. URL₄).

4.4 Das Magnetkrankenhaus „Poudre Valley Hospital“



Abbildung 8: Poudre Valley Hospital (URL₅)

Eine Hospitantin der Robert Bosch Stiftung hat das Magnetkrankenhaus Poudre Valley Hospital im US-Staat Colorado besucht. Sie ging der Frage nach, wie sich die typischen Charakteristika der Magnetkrankenhäuser in der Praxis darstellen. Wie sieht eine „gute Arbeitsumgebung für Pflegekräfte“ aus? Was ist mit „autonomer Arbeitsplatz“ und „partizipativer Führungsstil des Managements“ gemeint? (vgl. Schmitz, 2008, S. 1086)

Das PVH verfügt über 241 Betten und bietet eine breite Palette von diagnostischen Tests, Behandlungen und Operationen. Es ist auf die Bereiche Orthopädie, Neurologie, Chirurgie, Gewichtsverlust sowie die Behandlung von Krebs spezialisiert. Weiterhin bietet es verschiedene Dienstleistungen für Familien und Frauen an. Das Krankenhaus besitzt eine Reihe von Auszeichnungen für die Pflege und für die Dienstleitungen, die von den Patienten und Familien in Anspruch genommen werden. Beispielsweise zählt das PVH seit 5 Jahren zu den „Top 100 Hospitals“ und seit 2000 besitzt es die Anerkennung als Magnetkrankenhaus. Weiterhin erhält dieses Krankenhaus einen Zuschuss von der Robert Wood Johnson Foundation, um Möglichkeiten zu identifizieren, die die erfahrenen Krankenschwestern an das Haus binden. Neben ihnen erhalten in diesem Bundesstaat nur noch 10 weitere Kliniken diese Förderung. Darüber hinaus ist es eines von 50 Krankenhäusern, die nach innovativen Wegen forschen, um die Betreuung am Bett zu gewährleisten. Das Projekt wird von der American Organization of Nurse Executives und der Robert Wood Johnson Foundation gesponsort (vgl. URL₇).

Wie zuvor schon erwähnt konnte die Klinik im Jahr 2000 Magnetstatus erreichen. Durch die sich anschließenden Re-Zertifizierungen vergleicht das Management regelmäßig die Ziele mit den tatsächlichen Ergebnissen. Die Ziele des Unternehmens wurden vom Management durch eine „Stärken/Schwächen- und Chancen/Risiko-Analyse“, kurz SWOT-Analyse, herausgearbeitet. Weiterhin erarbeitete das Management Visionen für den Auftrag und die Werte des Unternehmens. Diese Formulierungen stellen die Arbeitsgrundlage für die Beschäftigten des Magnetkrankenhauses dar. Die Transparenz der Unternehmensziele wirkt als Motivationsträger (vgl. Schmitz, 2008, S. 1086f). Auf der Internetseite des Poudre Valley Hospitals ist für jedermann ersichtlich, welchen Auftrag, welche Visionen und Werte dieses Krankenhaus besitzt.

Mission

“The mission of Poudre Valley Health System is to be an independent, non-profit organization, providing innovative, comprehensive care of the highest quality and exceeding customer expectations.”

Vision

“The vision of Poudre Valley Health System is to provide world-class health care.”

Values

“In pursuing this mission, we adhere to the following values: Quality - Compassion - Confidentiality - Dignity/Respect - Equality - Integrity” (vgl. URL₅)

Ebenfalls wurden Neuerungen im Bereich des Pflegepersonals durchgeführt. Vor der ersten Zertifizierung arbeiteten die Pflegeabteilungen nicht kostendeckend. Je nach Situation wurden auf Zeitarbeitskräfte zurückgegriffen, was sehr kostenintensiv war. Um die hohe Fluktuationsrate zu verringern wurde das „Balanced Staffing Model“ eingeführt. Es ist ein Arbeitszeitmodell dem ein Personalpool zugrunde liegt. Kurzfristige Personalausfälle können durch klinikinterne Pflegekräfte kompensiert werden. Somit kann das Pflegepersonal der jeweiligen Belegungsauslastung angepasst werden, wodurch auf den vermehrten Einsatz von Pflegekräften verzichtet werden kann. Die Bereitstellung eines guten Personalschlüssels wird ebenso als wichtig erachtet. Auf der Pflegestation beträgt er 1:4,5 (Pflegekraft: Patient) und auf der Intensivstation 1:1. Durch diese Maßnahmen konnte die Fluktuationsrate gesenkt werden. Das Management hat in Zusammenarbeit mit den Pflegekräften das „STAR-Modell“ entwickelt. Hier steht der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen. Er ist in den Pflegeprozess integriert. Durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit kann eine hohe Qualität der Dienstleistung erfolgen. Um dies zu gewährleisten wird weiterhin großen Wert auf eine gute inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit gelegt (vgl. Schmitz, 2008, S. 1086f). Des Weiteren sind die Pflegekräfte in Komitees vertreten, in denen sie bei der Erarbeitung der Pflegeabläufe, Familien- und Patientenberatung beteiligt sind. Darüber hinaus besitzen sie den Vorsitz in den Stationspezifischen Pflegequalitätsarbeitsgruppen und in dem Prüfungskomitee für Pflegequalität. Ein großes Augenmerk wird auf die Investition in das „Humankapital“ gelegt. Das Management stellt finanzielle Ressourcen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bereit und beteiligt sich an den Kosten des Ausbildungsprogramms. In Magnetkrankenhäusern steht Professionalität an oberster Stelle. Die Pflegequalität wird regelmäßig beurteilt und weiterentwickelt, einerseits mit Hilfe des Evidenced Based Practice und andererseits

durch die Evaluation der klinischen Studienergebnisse des Patient Care Coordinator sowie Clinical Coordinator (URL₆, S. 2f). Evidenced Based Practice in der Pflege bedeutet, dass die Pflege und auch die Entscheidungen, die Pflegenden treffen, auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Beweisstand der Pflegeforschung basieren (vgl. Burn et al., 2003, S. 532).

Das Poudre Valley Hospital trägt weiterhin zur Zufriedenheit der Personals durch folgende Instrumente bei: individuelle Zusatzleistungen, individuelles Zeitarbeitsmodell, Gewinnausschüttung sowie ein spezielles Bezahlungs- und Anerkennungssystem. Für die Pflegekräfte sind die monatlichen Meetings, das Engagement und die Teilnahme an der Dienstplangestaltung selbstverständlich. Der Arbeitgeber räumt ihnen hierfür eine Freistellung ein (URL₆, S. 2f).

Ein weiteres Projekt des PVH ist die Einführung eines neuen Aufgabenbereiches für die Pflegekräfte. Ein „i.v.-Team“ ist seit dem für das Leben und Versorgen aller venösen Zugänge in der Klinik verantwortlich. Durch eine spezielle Schulung für Pflegekräfte konnte dies verwirklicht werden. Einerseits stellt dies eine Entlastung der Pflegenden dar und andererseits kann eine bessere Versorgung der Patienten erreicht werden. PVH zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass das Management den direkten Kontakt zu seinen Mitarbeitern sucht. Beispielsweise wird monatlich eine Besprechung zwischen dem Management und den Angestellten initiiert. Bei diesem Treffen informieren der Geschäftsführer und der Pflegedirektor das Personal über die operativen Zahlen des Unternehmens, über aktuelle Projekte und Ergebnisse. Über notwendige Veränderungen im Unternehmen wird diskutiert, wobei stets die Fragen und Vorschläge der Beschäftigten berücksichtigt werden. Die Pflegekräfte dieses Magnetkrankenhauses heben hervor, dass sie sich durch die Besprechungen aktuell informiert fühlen, was sich wiederum positiv auf ihre Motivation auswirkt. Um eine entspannte Kommunikationsplattform zu erreichen, organisiert das Management regelmäßig ein Barbecue, bei dem der persönliche Kontakt des Managements zu den Beschäftigten im Vordergrund steht (vgl. Schmitz, 2008, S. 1088). Durch die Transparenz der Krankenhaus Kennzahlen und der gemeinsamen Erarbeitung von Zielen und Tätigkeiten, wird bei den Angestellten eine gute Akzeptanz von bevorstehenden Veränderungen erreicht. Nach Meinung der Hospitantin stellt das Konzept des Magnetkrankenhauses ein adäquates Instrument dar, um Pflegekräfte zu motivieren und für die Übernahme

von Verantwortung zu begeistern. Dadurch kann dem Patienten auf hohem Niveau Dienstleistungen angeboten werden (URL₆, S. 6,13).

5. Krankenhäuser mit Magnetstatus vs. Krankenhäuser ohne Magnetstatus

Nach Linda Aiken sind Magnetkrankenhäuser der Beweis dafür, dass der Aufbau eines professionellen Arbeitsumfeldes die Lösung für die Flucht aus dem Pflegeberuf darstellt. Das Konzept der Magnetkrankenhäuser zeigt über zwei Jahrzehnte, dass es möglich ist hoch qualifizierte Pflegekräfte anzuwerben und zu halten. Weiterhin liefert sie in ihrer langjährigen Forschungsarbeit den wissenschaftlichen Beweis dafür, dass Magnetkrankenhäuser bedeutsam höhere Patientenergebnisse als Nicht-Magnetkrankenhäuser erreichen (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1083f). Somit bietet dieses Konzept nicht nur Vorteile für das Personal, sondern auch für die Patienten.

In den Krankenhäusern, die die Magnet-Eigenschaft aufweisen, ist eine höhere Arbeitszufriedenheit und Engagement der Pflegekräfte zu verzeichnen (vgl. Upenieks, 2003, S. 44). Weiterhin bestehen bei ihnen geringere Burnout-Raten. Die zum Positiven veränderten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in den Magnethäusern führen dazu, dass sich die Fluktuationsrate und die Anzahl unbesetzter Stellen verringert (vgl. URL₁₀, S.9).

Es wurden zwei Studien durchgeführt, die sich mit der Patientenmortalität auseinandersetzen. In den späten Achtzigern wurden in den USA 39 Magnetkrankenhäuser mit 195 Nicht-Magnetkrankenhäusern in Bezug auf die Sterblichkeitsrate der Patienten verglichen. Es stellte sich heraus, dass die Sterblichkeitsrate bei Magnetkrankenhäusern um 4,6% geringer war. In einer zweiten Studie wurden Patienten mit AIDS in Magnetkrankenhäusern und Nicht-Magnetkrankenhäusern mit oder ohne so genannte AIDS-Einheiten (Abteilungen, die auf Patienten mit diesem Krankheitsbild spezialisiert sind) verglichen. Es wurde festgestellt, dass diese Patientengruppe in Magnetkrankenhäusern eine geringere Sterblichkeitsrate aufweisen als in den restlich untersuchten Krankenhäusern, unabhängig von der Existenz der AIDS-Einheiten (vgl. Page, 2004, S.148).

Zurückzuführen ist dieses Ergebnis auf die Anzahl der Pflegekräfte. Es wurde herausgefunden, dass eine zusätzliche Pflegekraft pro Tag die Sterberate innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus um 50% reduziert. Wenn lediglich eine Viertel-Pflegekraft mehr vorhanden sein würde, bedeutet dies ein Absinken der Mortalitätsrate um 20%. Nicht nur diese, sondern auch viele andere Studien belegen, dass ein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und dem Gesundheitszustand von Patienten besteht. Dennoch sind noch weitere internationale Studien notwendig, um Argumente für eine sichere Personalausstattung zu bekommen. Diese Forschungen werden durch internationale und regionale Foren des ICN gefördert (vgl. Anonymus, 2006, S. 247ff). Anlässlich der Forschungsergebnisse zu den Magnetkrankenhäusern fordern die Pflegekräfte in den USA seit einigen Jahren eine gesetzliche Festschreibung von einer „Pflegekraft/Patienten-Relation“. Der Schweregrad der Erkrankung der Patienten und der Pflegebedarf soll dabei Berücksichtigung erfahren. Unter dem Motto „Save Staffing Save Lives“ („Sichere Personalausstattung sichert Leben“) versucht die ANA Strategien gegen den absehbaren Personalmangel zu entwerfen und ein richtiges „Pflegekraft/Patienten-Relation“ herauszufinden. In Kalifornien wurde 2005 eine mindestens 1:5 Relation (Pflegekraft: Patient) sowie eine Fachkräftequote von mindestens 50% gesetzlich festgelegt. Obwohl noch über die richtigen Relationen diskutiert wird, bleibt jedoch unbestritten, dass die Personalqualifikation Auswirkungen auf die Komplikations- und Überlebensraten der Patienten hat (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1084). Weiterhin sind in den Magnetkrankenhäusern, durch das insgesamt höhere Qualifikationsniveau der Pflegekräfte, weniger Komplikationen in der Patientenversorgung zu verzeichnen. Es werden deutlich weniger Pharma- und Diagnostikausgaben verursacht. Auch komplikationsbedingte negative Patientenberichte werden somit verhindert (vgl. Müller-Wolff, 2008, S. 1094).

Auf einen weiteren positiven Faktor von Magnetkrankenhäusern macht Wilfried von Eiff (2007, S.44f) aufmerksam. Er sagt, dass diese Krankenhäuser in der Lage sind mehr Patienten an sich zu ziehen, als ihre Kapazität überhaupt zulässt. Dadurch wird der Grundstein für zukünftige Budgetausweitungen durch die Kostenträger gelegt. Sie können aufgrund ihres guten Rufes Sponsorengelder einwerben, um beispielsweise ihr Dienstleistungsangebot zu verbessern oder um ihr Personal weiterzubilden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Kostendeckelung im Gesundheitswesen wird diese Form

der Finanzmittelbeschaffung in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen. Beispielsweise wirbt das St. Joseph`s Hospital in Phoenix rund 11 Millionen Dollar durch Sponsoring ein. Das Great Ormand Street Hospital in London warb 2002 circa 22 Millionen Pfund an Sponsorengeldern ein, wodurch in neue medizintechnische Geräte investiert werden konnte.

Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie hat 2003 ein wissenschaftliches Gutachten bezüglich des Pflegenotstandes in Österreich herausgebracht. Unter anderem befassen sie sich mit den Faktoren, die eine kurze Berufsverweildauer fördern und somit zum Pflegekräftenotstand beitragen. Es werden 3 Einflüsse unterschieden. Zum einen die spezifischen Belastungen aus der durchzuführenden Tätigkeit. Pflegende sind täglich unterschiedlichen Belastungsformen ausgesetzt, angefangen bei der Lagerung schwerer Patienten bis hin zur täglichen Konfrontation mit Krankheit und Tod. Andererseits ist die Arbeit der Pflegenden durch belastende organisatorische Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Somit tragen unter anderem „Probleme der Organisationskultur, der Führung und des Arbeitsklimas“, „zu hohe Gesamtbelastung“, „unattraktive, belastende Arbeitszeiten“ oder „schlechte Vereinbarkeit Beruf und Familie“ zum vorzeitigen Verlassen des Pflegeberufes bei. Weiterhin bestehen belastende Einflüsse aus dem gesellschaftlichen Umfeld, welches unter anderem durch einen erhöhten Pflegebedarf oder durch knappe finanzielle Mittel geprägt sind (vgl. URL⁹, S. 7f).

Anhand der 14 Kräfte des Magnetismus wird ersichtlich, dass das Konzept der Magnetkrankenhäuser an diesen Faktoren, die den Berufsausstieg fördern, ansetzt und versucht diese zu beheben. Die Magnetkriterien „Professionelle Pflegemodelle“ oder „Professionelle Entwicklung“ zeigen, dass die Institutionen von ihren Pflegenden verlangen, nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu arbeiten. Hierzu zählen unter anderem auch Modelle zum gesundheitsförderlichem Arbeiten oder Strategien zur Bewältigung der beruflichen Anforderungen. Weiterhin wird ein besonders großer Wert auf die Gestaltung der Arbeitsumgebung gelegt, beispielsweise indem Pflegende in Entscheidungen mit einbezogen werden oder bei der Ausübung der transparenten Führungskultur. Um die belastenden Einflüsse aus dem gesellschaftlichen Umfeld zu minimieren versuchen Magnetkrankenhäuser ihre finanziellen Mittel

aufzubessern, beispielsweise durch Sponsorengelder. Darüber hinaus versuchen sie dem erhöhten Pflegebedarf durch ein angemessenes Patient-Pflegekraft-Verhältnis nachzukommen. Dies ist nur ein kleiner Auszug an Beispielen, wodurch sich die Magnetkrankenhäuser von den herkömmlichen Krankenhäusern abgrenzen. Ihr Erfolg im Anwerben und Halten von qualifiziertem Pflegepersonal wird auch anhand des Gliederungspunktes 4.2. „Strategien der Magnetkrankenhäuser“ deutlich.

6. Fazit

6.1 Zusammenfassung

Durch die vermehrte Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern sowie den gestiegenen Wünschen der Patienten müssen gerade jetzt die Pflegekräfte besonders qualifiziert und motiviert sein. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: „Innere Kündigung, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Fluktuation, Berufsausstieg und frühzeitige Berentungen nehmen zu“. Darüber hinaus fehlen Nachwuchspflegekräfte, da aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen sich immer mehr Jugendliche gegen den Pflegeberuf entscheiden. In diesen Zeiten sollten sich die Krankenhäuser fragen, ob sie ihre Wettbewerbsvorteile verlieren, wenn sie nicht die beruflichen Belastungen der Pflegenden erkennen und notwendige Abhilfen schaffen, um die qualifizierten Pflegekräfte im Haus zu halten (vgl. Determann et al., 2007, S. 337ff).

Die Akquise von gut qualifiziertem Pflegepersonal in Deutschland wächst und demnach steigt das Interesse an dem Konzept der Magnetkrankenhäuser zunehmend. Um einem zukünftigen Pflegekräftenotstand im Krankenhaus aus dem Weg zu gehen, muss heute schon über erforderliche Strategien diskutiert werden. Hierfür ist es entscheidend, den Arbeitsplatz Krankenhaus für Pflegekräfte attraktiv zu gestalten (vgl. Hommel, 2007, S. 51f).

Das Erfolgsrezept der Magnetkrankenhäuser besteht aus einer Kombination aus folgenden drei Strategien: „Engagement des Managements für Pflege und Pflegekräfte“, „Gute Führung in der Pflege“ und „Angemessene Gehälter und Vergünstigungen“. Die Aufgabe des Managements in den Krankenhäusern besteht darin, für die Pflegekräfte

eine positive Arbeitsumgebung zu schaffen. Hierfür ist es notwendig ihr Fachwissen anzuerkennen und durch weitere Bildungsmaßnahmen zu fördern, ihnen mehr Mitspracherecht in Bezug auf die Patienten sowie bei Entscheidungen, die das Unternehmen betreffen, einzuräumen. Weiterhin müssen ausreichend Ressourcen, beispielsweise in personeller und materieller Hinsicht, bereitgestellt werden. Wenn von „Guter Führung in der Pflege“ gesprochen wird, ist die Kompetenz der Führungskräfte gemeint. In Magnetkrankenhäusern werden sie nicht als Kontrolleure, sondern als Partner angesehen. Ihr partizipativer Führungsstil ist durch eine offene Kommunikation und Empathie gekennzeichnet. Ebenso fällt in ihren Aufgabenbereich das Aufzeigen von Stärken, aber auch Schwächen, die zusammen mit den Mitarbeitern analysiert und beseitigt werden. Die dritte Strategie der Magnetkrankenhäuser ist „Angemessene Gehälter und Vergünstigungen“. Grundgedanke ist hierbei, dass ein Gleichgewicht zwischen den Anforderungen und der Belohnung besteht. Die Pflegenden in den Magneteinrichtungen erhalten keineswegs mehr Gehalt als Mitarbeiter anderer Institutionen. Nach Aussage der veröffentlichten Recherchen verdienen sie teilweise sogar weniger. Durch Bonuszahlungen wie Urlaubsgeld, Schichtzulagen, Übernahme der Ausbildungskosten bei erfolgreichem Abschluss und zusätzlicher finanzieller Unterstützung, zum Beispiel für die Kinderbetreuung, grenzen sich Magnetkrankenhäuser von den herkömmlichen Krankenhäusern in den USA ab.

Ihr „Geheimnis“ besteht darin, dass die Arbeit der Pflegekräfte hoch geschätzt wird und als ein wichtiger Bestandteil der zu erbringenden Dienstleistung angesehen wird. Dies wird anhand folgender Strukturen deutlich: Pflegende sind in den Komitees vertreten, unter anderem dort, wo die Stationsabläufe erarbeitet werden oder die Pflegequalität überprüft wird. Es finden regelmäßig Qualitätsprüfungen statt, die Interventionsmaßnahmen definieren. Für neue Mitarbeiter gibt es Einarbeitungskonzepte, damit sie sich schneller und besser in dem Unternehmen zurechtfinden. Magnetkrankenhäuser unterstützen die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, einerseits indem sie Gelder bereitstellen und andererseits indem sie die Mitarbeiter für diese Zeit von der Arbeit freistellen. Auch die Führungspersonen nehmen regelmäßig an Weiterbildungen teil, beispielsweise bezüglich der Thematik Kommunikation. Durch die transparente Führungskultur sowie den flachen Hierarchien können die Pflegenden zum ständigen Informationsaustausch jederzeit Kontakt zur

Führungsspitze aufnehmen. Das spezielle Anerkennungssystem und die Zusatzleistungen tragen weiterhin zu einer attraktiven Arbeitsumgebung bei. Ein großer Pluspunkt der Magnetkrankenhäuser ist der angemessene Personalschlüssel, beispielsweise besteht auf den ITS-Stationen eine 1:1 Betreuung (URL₆, S. 7ff).

Magnetkrankenhäuser zeigen auf, dass durch das Schaffen einer professionellen Arbeitsumgebung, die Berufsflucht der Pflegenden abgewendet werden kann (vgl. Smerdka-Arhelger, 2008, S. 1084).

6.2 Schlussbetrachtungen

Abschließend möchte ich auf meine eingangs gestellte These zurückkommen:

„Das Konzept des Magnetkrankenhauses bietet für deutsche Krankenhäuser die Möglichkeit qualifizierte Pflegekräfte an das Haus zu binden sowie neue qualifizierte Pflegekräfte zu rekrutieren, um den zukünftigen Pflegekräftenotstand abzuwenden.“

Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik der Magnetkrankenhäuser stimme ich der These zu. Das Konzept ist aus einer ähnlichen Situation in den USA entstanden, die sich in Deutschland beginnt abzuzeichnen. Gemeint ist der drohende Pflegekräftenotstand. Um ausreichend und gut qualifiziertes Pflegepersonal im Unternehmen zu halten sowie zu akquirieren, bedarf es eines attraktiven Arbeitsplatzes. Das Konzept der Magnetkrankenhäuser stellt hierfür eine geeignete Methode dar.

Aufgrund der Unterschiede im Gesundheitswesen beider Länder sowie der unterschiedlichen Ausbildung bzw. Qualifikation der Pflegekräfte ist das Konzept nicht eins zu eins auf Deutschland übertragbar. Muss es aber auch nicht. Das Konzept sollte auf die Situation in Deutschland angepasst werden. Die Krankenhäuser müssen sich die Frage stellen, wodurch es ihnen gelingt, dass Pflegekräfte gerne in ihrem Haus arbeiten. An erster Stelle geht es darum der zunehmenden Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken. Dies kann beispielsweise durch so genannte Service-Assistenten erreicht werden, die bereits des Öfteren in deutschen Krankenhäusern vorzufinden sind. Sie übernehmen

unter anderem die Aufgaben der Essenbestellung und Essenverteilung. Einerseits werden die Pflegekräfte entlastet, wodurch sie sich anderen Aufgaben widmen können. Andererseits profitieren die Patienten an dem Mehr an Zuwendung. Weiterhin bedarf es einer guten Kommunikationskultur zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen. Entscheidungen müssen häufiger in interdisziplinären Teamsitzungen getroffen werden, beispielsweise indem Sozialarbeiter, Physiotherapeuten oder Psychologen an den Übergaben der Pflegenden teilnehmen. Die Magnetkriterien können auch bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden, indem mehr auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter geachtet wird. Ein häufiger Wechsel von Früh- und Spätschichten ist zu vermeiden und es sollte versucht werden freie Tage sinnvoll einzuplanen, zum Beispiel durch ein verlängertes Wochenende. Das Konzept der Magnetkrankenhäuser zeigt, dass kleine Projekte Großes bewirken können.

In Deutschland sind, wie zuvor schon angedeutet, bereits Ansätze von Magnetkrankenhäusern durchaus zu finden. Einerseits verfolgen in Zeiten des intensiven Wettbewerbs viele Krankenhäuser Marketingstrategien, nicht nur um Patienten, sondern auch Personal anzuziehen. Durch Internetseiten oder den veröffentlichten Qualitätsberichten werben einige Krankenhäuser bereits als Magnetkrankenhäuser ihrer Region. Weiterhin sind flexible Dienstzeitmodelle anzutreffen. Auch in dem Krankenhaus, in dem ich arbeite, werden auf einigen Stationen die Schichtzeiten an die Mitarbeiterbedürfnisse angepasst, beispielsweise indem nicht alle morgens um 6.00 Uhr zur Frühschicht anfangen, sondern manche Mitarbeiter erst zum F₂ (8.00 Uhr) oder F₃ (9.00 Uhr) Dienst kommen. Aus meiner Erfahrung heraus weiß ich, dass regelmäßig (einmal im Monat) Meetings stattfinden, beispielsweise zwischen den Stationschwestern oder zwischen den Bereichspflegedienstleitungen. Weiterhin besteht durch das Beschwerdemanagement die Möglichkeit Stärken und Schwächen herauszufiltern und diese entsprechend weiterzuleiten. Aus den analysierten Schwächen können Verbesserungen abgeleitet werden. In meinem Praxissemester bestand einer meiner Aufgaben darin, die Beschwerden der Patienten und Mitarbeiter auszuwerten. Die gewonnenen Daten wurden an die jeweiligen Stationen weitergeleitet, in der Annahme, dass sie dort in den Stationsbesprechungen vorgestellt und ausgewertet werden. Durch meine Arbeit auf Station weiß ich jedoch, dass dies oft unter den Tisch fällt. Es ist unter anderem darauf

zurückzuführen, dass sich viele Pflegekräfte persönlich angegriffen und nicht verstanden fühlen. Somit bedarf es einerseits mehr Aufklärung hinsichtlich des Beschwerdemanagements. Pflegende müssen begreifen, dass es nicht darum geht jemanden anzuprangern, sondern um zu schauen, wo die Fehlerquellen liegen, um diese beseitigen zu können. Andererseits bedarf es Kontrollmechanismen, um nachzuvollziehen, ob die Informationen wirklich weitergeleitet werden oder nicht. Kritiken, die die Einrichtung und nicht spezielle Stationen betreffen, zum Beispiel Probleme bezüglich der Orientierung im Haus, werden sofort verbessert. In Sachen Kommunikationskultur ist es wichtig, dass Entscheidungen transparent gemacht werden. Oft wird hierbei auf das Intranet zurückgegriffen. Während meines Praxiseinsatzes konnte ich jedoch kaum feststellen, dass während der Arbeitszeit auf das Intranet zugegriffen wurde. Zusätzlich wären Informationsveranstaltungen sowie die Verteilung von Infoblättern von Vorteil. Durch die gesetzliche Pflicht, ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus einzuführen, ist ein wichtiger Schritt getan. Hierdurch werden regelmäßig Qualitätsprüfungen durchgeführt sowie unter anderem Projekte zum Wissenstransfer, zur Prozessoptimierung oder der Strukturierung von Arbeitsabläufen durchgeführt. Negativ hervorzuheben ist dennoch, dass Pflegende selten an Projekten zur Qualitätsverbesserung teilnehmen, wodurch sich ihre Motivation hinsichtlich neuer Projekte in Grenzen hält.

Trotz der guten Ansätze bestehen in Deutschland jedoch noch Probleme, die es gilt zu beseitigen. Die geringe Personalquote trägt dazu bei, dass Dienstpläne oft nur funktionieren, wenn niemand ausfällt. Aufgrund des hohen Krankenstandes und der gestiegenen Fluktuationsrate müssen Pflegende häufig für andere Mitarbeiter „einspringen“, wodurch das Gefühl verstärkt wird, immer dann arbeiten zu müssen, wenn andere frei haben. Weiterhin gibt es keinen vorgeschriebenen Personalschlüssel für Stationen, somit gestaltet es sich schwierig festzulegen, wie viele Pflegekräfte auf den Stationen benötigt werden und für wie viele Patienten eine Pflegekraft zuständig sein sollte. In den Nachtschichten sind Pflegende meistens allein, wodurch in Stress- oder Akutsituationen eine optimale Versorgung aller Patienten häufig nicht möglich ist. Ein weiteres großes Problem in deutschen Krankenhäusern besteht meines Erachtens in der dominanten Stellung des Arztes sowie dem geringen Professionalisierungsgrad der Pflegekräfte. Hierzulande bestehen die Aufgaben der Pflegenden in der Assistenz der

ärztlichen Verrichtungen sowie der Ausführungen ärztlicher Verordnungen. Die Ausbildung ist lediglich auf diese Tätigkeitsbereiche ausgerichtet. Dadurch, dass die Zugangsvoraussetzungen der Gesundheits- und Krankenpflege nicht mehr der Real-, sondern der Hauptschulabschluss ist, werden diese Tätigkeitsbereiche und somit der Verantwortungsbereich noch mehr verkleinert. In den USA findet die Krankenschwester/-pfleger Ausbildung hingegen an Colleges und Universitäten statt. Somit haben sie einen anderen Wissensstand und arbeiten mit den Ärzten als Partner zusammen. Sie tragen eine hohe Eigenverantwortung.

In einem viertel Jahr bin ich selbst examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Nach der Auseinandersetzung mit der Thematik der Magnetkrankenhäuser habe ich mir die Frage gestellt, wie zufrieden ich mit meinem Beruf bin und was sich ändern müsste, um zufriedener zu werden. Obwohl ich mich noch in der Ausbildung befinde, muss ich zugeben, dass ich oft so geschafft nach Hause komme, dass es mir schwer fällt mich zu motivieren, den nächsten Tag wieder zur Arbeit zu gehen. Mich belastet, dass durch das ständige Einspringen für andere Mitarbeiter die geplante Freizeit oft verloren geht. Hinzu kommt, dass alles als selbstverständlich angesehen wird. Aufgrund der Überbelastung herrscht auf den Stationen oft kein gutes Klima unter den Kollegen, weil jeder Angst hat, sich mehr „aufzuopfern“ als andere. Viele, die ich kennen gelernt habe, wollen nach der Ausbildung erst gar nicht in einem Krankenhaus arbeiten oder sind nach wenigen Jahren schon wieder aus dem Beruf ausgestiegen. Aus Gesprächen mit Gesundheits- und Krankenpflegerinnen habe ich erfahren, dass die Arbeit auf Station angenehmer wäre, wenn es ein stabiles Team sowie mehr Lob und aufbauende Worte gäbe. Sehr wichtig sind die Berücksichtigung der Meinung, die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung und die Anerkennung der Arbeit der Mitarbeiter. Vor der Wende erhielten die Schwestern beispielsweise Zusatzzahlungen, wenn sie oft für andere Mitarbeiter eingesprungen sind. Diese wurden jedoch abgeschafft.

Um meine Arbeit abzuschließen möchte ich Linda Aiken, Direktorin der School of Nursing der University of Pennsylvania und Begründerin des Magnetkrankenhauses, zitieren. Sie sagte folgendes:

“Nurses feel personally responsible for providing safe and effective care, ...”. If they are working in an environment where they can’t control the resources to meet patient’s needs, there is no way to do a good job.” (URL₁₁)

Mit anderen Worten: Wenn für Pflegekräfte nicht die Ressourcen, die sie für eine optimale Patientenversorgung benötigen, bereitgestellt werden, werden viele ihren Arbeitsplatz verlassen. Krankenhäuser sollten somit in Zeiten des intensiven Wettbewerbs und des zunehmenden Bedarfes an Pflegekräften diese Tatsache berücksichtigen und dementsprechend reagieren. Hierfür stellen die Magnetkrankenhäuser ein Vorbild dar, an denen sich andere Häuser orientieren können und von denen gelernt werden kann.

7. Literaturverzeichnis

Bücher:

Burn, N. et al.: Pflegeforschung verstehen und anwenden. Urban & Fischer Verlag: München. 2003

Fleßa, S.: Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. Springer Verlag: Berlin/Heidelberg. 2. Auflage, 2007

Franke, D. H.: Krankenhaus – Management im Umbruch. Konzepte – Methoden – Projekte. W. Kohlhammer Druckerei GmbH & Co. KG: Stuttgart. 1. Auflage, 2007

Gabler/MLP: Berufs- und Karriere-Planer. Wirtschaft 2008/2009. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/ GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden. 11. Auflage, 2008

GEK – Gmünder ErsatzKasse: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Asgard-Verlag: St. Augustin. 2006

Hasselhorn, H.-M. et al.: Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NIWL: Stockholm. 2003

Naegler, H.: Personalmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin. 2008

Nagel, E.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Deutscher Arzt-Verlag GmbH: Köln. 2007

Page, N.: Keeping patients safe. Transforming the work environment of nurses. The National Academy Press: Washington. 2004

Salfeld, R. et al.: Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg. 2. Auflage, 2009

Schmidt-Wilke, J.: Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund zielfunktionsabhängiger Informationsverwendung. Deutscher Universitätsverlag-Verlag/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden. 2004

Simon, M.: Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen - Auswirkungen. Hans Huber Verlag: Bern. 1. Auflage, 2008

Slee, D.A. et al.: Slee`s Health Care Terms. Jones and Bartlett Publishers: Sudbury. Fifth Edition, 2008

Stadelhofer, E.: Klinik-Management. Leitung, Führung, Marketing. Schlütersche GmbH & Co. KG: Hannover. 2001

Von Eiff, W. et al.: Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen“. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. 2. Auflage, 2007

Zeitschriften/Broschüren:

Anonymus: Das Personal ist unser Kapital der Zukunft. In: Pflege Aktuell. 05/06

Baumann, L.: Bettenauslastung in den meisten Fachabteilungen der Krankenhäuser trotz Bettenabbau rückläufig. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. 02/06

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Gute Führung in der Pflege. Druck Verlag Kettler: Bönen. 1.Auflage, 2008

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Mitarbeiterorientiertes Führen und

soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Lausitzer Druck- und Verlagshaus GmbH:
Bautzen. 2. unveränderte Auflage, 2004

Determann, M.M. et al.: Hilfen für die Pflegenden zu Bewältigung beruflicher Belastungen. Mit qualifiziertem Personalmanagement dem Personal- und Pflegenotstand vorbeugen. In: Der Onkologe. 04/07

Deutscher Pflegerat 1: Umfrage unter Pflegekräften. Personalsituation in Kliniken wird von vielen als „dramatisch“ eingestuft. In: PflegePositionen (Teilbeilage in Heilberufe). 03/09

Deutscher Pflegerat 2: Ernüchternde Bilanz. Arbeitsbedingungen in der Pflege unattraktiv für Schulabgänger. In: PflegePositionen (Teilbeilage in Heilberufe). 02/09

Hommel, T.: Einfach anziehend. In: Heilberufe. 08/07

Isfort, M. et al.: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip): Köln. 2007

Katholischer Krankenhausverband (KKVD): Studie bestätigt Forderungen der Kliniken: Politik muss Personalsituation verbessern. In: Die Schwester/ Der Pfleger. 09/07

König, S.: Führung beeinflusst die Arbeitsleistung. In: conZepte. Informationen, Standpunkte und Diskussionen aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. 03/08

Krankhausgesellschaft NRW: Patientenversorgung in NRW-Krankenhäusern gesichert! In: Die Schwester/ Der Pfleger. 09/07

Nolte, A.: Schlechte Stimmung? Mitarbeitergesundheit ist Chefsache. In: Heilberufe. 04/09

Riechmann, M. et al.: Patientenversorgung im Krankenhaus aus der Sicht der Mitarbeiter. In: Das Krankenhaus. 02/09

Schmidt, E.-M.: Arbeitsbelastung in der stationären Krankenversorgung. In: conZepte. Informationen, Standpunkte und Diskussionen aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. 03/08

Schmitz, M.-L.: Zu Besuch in einem Magnet Krankenhaus. In: Die Schwester/ Der Pfleger 12/08

Schulte, D.: Der Preis der Überforderung. In: Die Schwester/Der Pfleger. 01/09

Schulz, M. et al: Viel Arbeit und wenig Geld. In: Heilberufe. 02/09

Simon, M.: 70.000 Pflegekräfte zu wenig in Krankenhäusern. Modellrechnung. In: Die Schwester/ Der Pfleger. 01/09

Smerdka-Arhelger, I.: Magnetkrankenhäuser in den USA. Magnet für motivierte Pflegekräfte. In: Die Schwester/Der Pfleger. 12/08

Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. 2008

Statistisches Bundesamt: Krankenhauslandschaft im Umbruch. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10.Dezember 2008 in Berlin. 2008

Müller-Wolff, T.: Personalbindung in den USA. Blick über den großen Teich. In: Die Schwester/Der Pfleger. 12/08

Upenieks, V.: What`s the attraction to Magnet hospitals? In: Nursing Management. 02/03

Internetquellen:

URL₁: <http://www.aft.org/pubs-reports/healthwire/issues/marchapril07/magnetism.htm>

Anonymus: The Forces of Magnetism. In: Healthwire. März/April 2007. (Stand: 08.04.2009)

URL₂: <http://www.entrepreneur.com/tradejournals/article/168512990.html>

Trofino, J.: Magnet recognition: the Nobel Prize for nursing practice. In. Nevada Rnformation. Mai 2007 (Stand: 21.04.2009)

URL₃ : http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm

Hasselhorn, H.-M. et al. : Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal - Ergebnisse der NEXT-Studie. September 2006 (Stand: 05.05.2009)

URL₄: <http://nursecredentialing.org/Documents/Magnet/NewModelBrochure.aspx>

ANCC: A New Model for ANCC`s Magnet Recognition Program. September 2008 (Stand: 26.08.2009)

URL₅:https://vic.pvhs.org/portal/page?_pageid=333,387360&_dad=portal&_schema=PORTAL&pagid=44

Poudre Valley Health System: Mission, Vision, Values & History. 2009 (Stand: 26.08.2009)

URL₆: http://g-plus.dmz.uni-wh.de/downloads/Bericht_Kugler_Abstract_Endversion.pdf

Schmitz, M.-L.: Erfahrungsbericht. Zum Hospitationsaufenthalt im Rahmen des internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit der Robert Bosch Stiftung. (Stand: 27.08.2009)

URL₇: https://vic.pvhs.org/portal/page?_pageid=333,377468&_dad=portal&_schema=PORTAL&pagid=29

Anonymus: Poudre Valley Hospital. 2009 (28.08.2009)

URL₈: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=671823>

Mee, C.L.: Nursing 2006. Salary Survey (Stand 11.10.2009)

URL₉: http://lbimings-archiv.lbg.ac.at/berichte/pnoe_gutachten.pdf

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie: Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. 2003

(Stand: 13.10.2009)

URL₁₀: <http://www.dbfk.de/download/download/IND%20Kit%202007%20DBfK%2007-04-03.pdf>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. et al.: Arbeitsplatz Pflege. Mit Qualität arbeiten = mit Qualität pflegen. 2007 – Originalfassung in Englisch: International Council of Nurses (2007) (Stand: 14.10.2009)

URL₁₁: http://www.investigatorawards.org/downloads/research_in_profiles_iss12_feb2005.pdf

Aiken, L.: Improving Patient Safety: The Link Between Nursing and Quality of Care. 2005 (Stand: 24.10.2009)