

Aus dem Bereich der Theoretischen Medizin

Zentrum Allgemeinmedizin

Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes,

Homburg/Saar

**Das Modell der Magnetkrankenhäuser -
Eine Lösung für den Fachkräftemangel auch in Deutschland? - Ein
Ländervergleich und Übertrag in eine Forensischen Psychiatrie**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines

Doktors der Theoretischen Medizin

MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2022

vorgelegt von:

Rudolph Daniela

geb. am 05.01.1970 in Quierschied

Tag der Promotion: 28.01.2022

Dekan: Uni.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Johannes Jäger
Prof. Dr. med. Wolfgang Retz
Prof. Dr. med. Eva Möhler

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	3
Translation	5
1. Prolog.....	7
1.1 Problembeschreibung und Vorgehensweise der Arbeit.....	8
1.1.1 Personalnot in der Pflege: Retrospektiv und Vorausschau.....	10
1.1.2 Pflegenotstand und dessen Einflussfaktoren.....	10
1.1.3 Patientenzufriedenheit vs. Patientensicherheit	13
1.2 Rechtliche Grundlagen.....	14
2. Magnetkrankenhaus	16
2.1 Entstehung und Entwicklung der Magnetkrankenhäuser	16
2.1.1 Ursprüngliche Zielsetzung und Internationalisierung.....	17
2.2 Das Magnetmodell.....	19
2.2.1 14 Forces of Magnetism.....	19
2.2.2 Die 5 Komponenten des ANCC-Models	20
3. Studiendesigns	22
3.1 Literaturrecherche	22
3.2 Quantitative Querschnittstudie	24
4. Wissenschaftliche Fragestellung und Ziel der Untersuchung.....	25
4.1 Hypothesen.....	25
4.2 Arbeitszufriedenheit	26
4.2.1 Mitarbeiterzufriedenheit	27
4.3 Ausbildungs- und Weiterbildungsstand.....	31
4.3.1 Pflegeausbildungen im Vergleich: USA, Europa und Deutschland	31
4.3.2 Bildungsstand im Vergleich: USA, Europa und Deutschland	35
4.4 Patienten-Outcome.....	38
5. Überprüfung der Hypothese.....	42
6. Zwischenfazit	44
7. Implementierung von Magnetparametern in die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie	
45	
7.1 Vorstellungen des Maßregelvollzugs des Saarlandes.....	45
7.2 Problembeschreibung.....	46
7.3 Ausgangssituation	46
7.3.1 Datenerhebung	47

7.3.2	Interventionsmaßnahmen	50
8.	Fazit	59
9.	Ausblicke	61
	Literaturverzeichnis	63
	Abbildungsverzeichnis	69

Abstract

In Deutschland leiden zahlreiche Krankenhäuser darunter, kaum noch Pflegepersonal rekrutieren und somit eine gute Patientenversorgung garantieren zu können. Jedoch gibt es Ausnahmehäuser, die ein ausgearbeitetes Konzept anwenden, um Pflegekräfte zu gewinnen und ihr Personal an sich zu binden. Es stellt sich die folgende Frage: Was machen diese Krankenhäuser anders, als andere?

Durch meine Arbeit in vielen verschiedenen Kliniken ist dieses Problem immer wieder in verschiedener Intensität aufgetaucht - somit auch in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP). Das Pflegepersonal ist sowohl die größte, als auch eine der gefragtesten Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Ohne sie ist ein Krankenhaus nicht überlebensfähig. Im Zuge dieser Dissertation werden deshalb die Entwicklung des Pflegenotstandes und dessen Ursachen aufgezeigt. Die Entwicklung wird nicht nur induktiv, sondern auch deduktiv beleuchtet. Hierbei liegt ein besonderer Fokus auf der Personalgewinnung, der Personalbindung, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Behandlungsqualität. Diese Faktoren nehmen einen wichtigen Stellenwert in der Beantwortung der Kernfrage der Dissertation ein.

Der Beginn der vorliegenden Arbeit zeigt die Problematik unseres Gesundheitssystems auf. Die konkrete Vorgehensweise besteht darin, im weiteren Verlauf den derzeitigen Stand des Personalmanagements und die hieraus entstehenden Folgen plakativ darzustellen. Die ersten Kapitel der Arbeit gehen dabei auf Begriffsklärung, gesetzliche Rahmenbedingungen und mögliche Ansätze der Problembewältigung ein. Im Zuge dessen findet ein Transfer zum Magnetmodell der USA statt, wo dieses Personal-Problem seit den 1980er Jahren teils erfolgreich angegangen wurde. Hierbei wird auf folgende drei Hypothesen eingegangen:

Steigt die Mitarbeiterzufriedenheit?

Verbessert sich der Aus- und Weiterbildungsstatus?

Zeigt das Patientenoutcome bessere Ergebnisse?

Methodisch basiert die Dissertation im ersten Teil auf einer Literaturrecherche in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken in Deutschland, Europa und den USA. Im weiteren Verlauf wird eine Datenerhebung in der eigenen Klinik durchgeführt und ausgewertet.

Im Rahmen der vorliegenden Doktorarbeit wird der Werdegang des Magnetmodells in Europa ebenso wie in Deutschland in Zusammenhang mit den verschiedenen Kliniken dargestellt, die sich auf den Weg zu einer angedachten Zertifizierung in Deutschland gemacht haben. Hierzu entstand ein Austausch mit den Kliniken in Ulm, Freiburg, Glantal, Münster, Köln, Regensburg und Antwerpen. Mittels

mehrfacher Umfragen und Studien seitens dieser Einrichtungen wurden über einen längeren Zeitraum verschiedene Parameter analysiert und anschließend ausgewertet. Hierzu wurden jeweils Vergleiche zwischen den USA, Europa und Deutschland angestellt.

Die Erkenntnis aus dem Vergleich zeigt auf, dass das Modell des Magnetkrankenhauses in den USA wissenschaftlich bewiesen funktioniert und zu einer besseren Patientenversorgung, einer höheren Arbeitszufriedenheit und somit zu einer geringeren Mitarbeiterfluktuation geführt hat. Im Vergleich mit Europa und Deutschland konnte festgestellt werden, dass sich das Modell in den USA nur schwer auf Europa und Deutschland übertragen lässt, da die Ausbildungssysteme, das Selbstverständnis von Pflege und das Gesundheitssystem sehr unterschiedlich sind. Doch trotz aller Unterschiedlichkeit werden viele Parameter des Magnetmodells auch in den Kliniken diesseits des Atlantiks mit Erfolg umgesetzt und führen nachweislich zu besseren Ergebnissen.

Das anschließende Kapitel setzt sich mit diesen Erkenntnissen auseinander und überträgt die hieraus resultierenden Parameter auf die Forensische Psychiatrie im Saarland. Zu diesen zählen Weiterbildungen, Modernisierungen sowie verbindliche Regelungen mit einer guten Kommunikationsstruktur. Hierbei werden in den Bereichen Organisationsstruktur, Mitarbeiterstruktur und Patienten-Outcome Interventionsmaßnahmen implementiert, die zur Verbesserung der Problemstellung beitragen sollen. Leider ist hierbei ein Benchmark mit anderen Forensiken nicht möglich, da das Magnetmodell bislang nur in Akuthäusern implementiert wurde. Auch ein messbarer Erfolg kann aufgrund der Interventionsmaßnahmen nur vermutet werden, da es hierzu bislang keine valide Erhebung gibt. Dies wäre somit ein in die Zukunft gerichteter Auftrag, sowohl Patienten- als auch Mitarbeiterbefragungen in regelmäßigen Zyklen zu erheben, um hieraus verbindliche Aufträge generieren zu können.

Translation

In Germany, numerous hospitals suffer from the fact that they are hardly able to recruit nursing staff and thus, guarantee good patient care. However, there are exceptional hospitals that use a developed concept to recruit nurses and retain their staff. The question that arises is the following: What makes these hospitals so different from others?

Due to my work in many different clinics, this problem has repeatedly arisen in different intensity. Thus, also in the Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP). The nursing staff is the largest and one of the most sought-after professional groups in the health care system. Without them, a hospital is not able to survive. In the course of this dissertation the development of the nursing crisis and its causes will be described. The development is not only illuminated inductively, but also deductively. A special focus is placed on personnel recruitment, personnel retention, employee satisfaction and quality of treatment, all of which are important factors in answering the core question of the dissertation. To begin with, this dissertation will show the problems of our health system.

The concrete approach is to present the current state of human resources management and the consequences of this. Therefore, the first chapters of this dissertation deal with term clarification, legal basic conditions and possible starting points for a problem solution. In the course of this, a transfer to the magnet model of the USA will be conducted. Stateside, this problem has been tackled partly successfully since the 1980s. The following three hypotheses are discussed:

Does the employee satisfaction increase?

Do the levels of education and training improve?

Does the patient outcome show better results?

Methodologically, the first part of the dissertation is based on a literature research in cooperation with various clinics in Germany, Europe, and the USA. In the further course of the thesis, a data collection in the Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie is carried out and evaluated.

In the context of the dissertation, the values of the magnetic model, both in Europe and in Germany, will be presented in connection with the various German clinics that have set out on this path to a planned certification. To this end, an exchange with the clinics in Ulm, Freiburg, Glantal, Münster, Cologne, Regensburg and Antwerp was established. Said clinics are currently implementing parameters characteristic for magnet hospitals, or already have that status (as is the case in Antwerp). By means of multiple surveys and studies on the part of these institutions, various parameters were analyzed and

subsequently evaluated over a long period of time. Comparisons were made between the USA, Europe and Germany.

The findings from these comparisons show that the US American model of the magnetic hospital has been scientifically proven to work. It has consequently led to better patient care, higher job satisfaction and, thus, to a lower employee turnover. In comparison with Europe and Germany, it was found that the US American model is difficult to transfer to Europe and Germany. The reason: the educational systems, the self-image of nursing and the health care system are very different. However, despite all the differences, many parameters of the magnetic model are successfully implemented in the clinics and demonstrably lead to better results.

The following chapter deals with these findings and transfers the resulting parameters, such as further training, modernization, binding regulations with a good communication structure, to Forensic Psychiatry in Saarland. In this context, intervention measures are implemented in the areas of organizational structure, staff structure, and patient outcome, which should contribute to the improvement of the problem. Unfortunately, a benchmark with other forensic departments is not possible because the magnetic model has only been implemented in acute hospitals so far. Also, a measurable success can only be assumed due to the intervention measures, as there is no valid survey to this day. Therefore, it would be a future-oriented task to collect patient and employee surveys in regular cycles in order to generate binding orders.

1. Prolog

Der Grund eines erhöhten Pflegebedarfs in Europa liegt in der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft und der damit verbundenen Multimorbidität der Bevölkerung. Dabei leistet das Pflegepersonal den größten Beitrag zur Gesundheits- und Krankenversorgung, und das oft ohne den angemessenen Respekt und eine angemessene Entlohnung. Die meisten Länder leiden zunehmend an einem Mangel an Pflegepersonal, wobei die Lage in den Entwicklungsländern besonders prekär ist. Diese Tatsache hat uns das Jahr 2020 wie selten zuvor vor Augen geführt.

Die größte Schwierigkeit besteht nach wie vor in der Rekrutierung und der Bindung von Pflegefachkräften. Gründe für diese Situation sind vor allem das Bevölkerungswachstum, der medizinisch-technische Fortschritt, eine alternde Bevölkerung und ein höheres Anspruchsdenken der Menschheit. Zu beachten ist des Weiteren die Alterspyramide bei den Pflegekräften. In den nächsten Jahren werden viele von diesen Pflegekräften das Rentenalter erreicht haben. Zusammenfassend kann man sagen, dass es zwei Hauptgründe für Fachkräftemangel in der Pflege gibt – Personalknappheit und Personalfluktuation (Karagiannidis, et al., 2020, S. 4).

In Europa werden im Gesundheitswesen für Personalkosten etwa 70 Prozent veranschlagt (Karagiannidis, et al., 2020, S. 4) In Anbetracht dieser Zahlen ist Personal ein hohes Gut, das es zu halten und erhalten gilt (Wiskow, Albrecht, & De Pietro, 2010, S. 3). Aus diesem Grund kann sich das Gesundheitswesen eine hohe Personalfluktuation nicht leisten. Die Rekrutierung von Fachkräften ist kostspielig und zeitintensiv. Deshalb ist es wichtig und sinnvoll, sowohl jene positiven, als auch negativen Faktoren zu berücksichtigen, die die Fluktuation beeinflussen. So muss (idealerweise) ein Arbeitsumfeld geschaffen werden, das Pflegekräfte an ein Unternehmen bindet. Auch müssen neue Anreize geboten werden, die neu ins Erwerbsleben eintretende Pflegekräfte anziehen (Shader, Broome, Broome, West, & Nash, 2001, S. 210).

Es ist wichtig, langfristig in personelle Ressourcen zu investieren. Ein nachhaltiges Personalmanagement dient zur Sicherstellung der pflegerischen Ergebnisqualität und soll eine Reduktion der Fluktuationszahlen bewirken. Gewohnte Versorgungsstrukturen werden den Herausforderungen, wie die demographische Bevölkerungsentwicklung, Multimorbidität, die Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und Personalmangel, nicht mehr gerecht. Wir stehen in der Pflicht, unserer Gesellschaft ein patientenorientiertes, kontinuierliches, standardisiertes, sektorübergreifendes und interdisziplinäres Behandlungskonzept zu gewährleisten. Fakt ist, dass Pflegeberufe die größte Berufsgruppe im Krankenhaus darstellen. Deshalb ist die Pflege als wichtiger Dreh- und Angelpunkt für die Steuerung der Versorgungsprozesse zu sehen. Allerdings gibt es in vielen deutschen und auch europäischen Kliniken an dieser Stelle akuten Nachholbedarf. Eine Tatsache, die uns die Corona-Pandemie in erschreckender und absoluter Weise verdeutlicht hat und dies nach wie vor

tut. Denn: Pflegepersonal, vor allem ein motiviertes und angemessen behandeltes und entlohntes, war selten wichtiger, als in diesen Zeiten.

Für die Steuerung dieser wichtigen Versorgungsprozesse wird in den USA bereits seit gut 40 Jahren der Ansatz des Magnetkonzepts von vielen *Chief Nurse Executives* (leitenden Pflegepersonen) als Wegweiser beziehungsweise organisationaler Rahmen für Exzellenz in der Pflegepraxis formuliert (Drenkard, 2010, S. 263). Das Konzept Magnetkrankenhaus stellt neben dem Primary Nursing und der Gesundheitsförderung ein wichtiges integratives Modell zur Weiterentwicklung der Arbeitssituation der Pflegeberufe dar. Gerade in Zeiten von Personalmangel, schlechter gesetzlicher und struktureller Rahmenbedingungen sowie einer andauernden Pandemie ist dieses Modell für alle europäischen Gesundheitssysteme interessant. Fakt ist: Das Corona-Virus konnte sich in den USA nicht wegen mangelnden Personals so rasant ausbreiten, sondern unter anderem aufgrund fehlender Intensivbetten. Zum Vergleich: In Deutschland verhält es sich umgekehrt. Hier ist eine (bislang) ausreichende Anzahl an Intensivbetten vorhanden, nicht aber ausreichend Pflegefachpersonal.

Der Magnetkrankenhausstatus wird in der Literatur häufig als ein gewünschtes Ziel für Krankenhäuser bezeichnet, die eine kosteneffiziente und imageverbessernde Restrukturierung anstreben (Wagner, 2005, S. 5). Die Gesundheitssysteme in den USA und Europa lassen sich zwar nicht direkt miteinander vergleichen. Dennoch können vor allem die europäischen Kliniken vom amerikanischen Modell lernen. Dabei soll deutlich werden, welche Parameter in Kliniken Mitarbeiter bindet und das Patienten-Outcome verbessern. Im Anschluss daran wurde versucht, einige wesentliche Eckpunkte in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie zu implementieren, um eine größere Mitarbeiterbindung zu erreichen und eine bessere Patientenversorgung zu gewährleisten.

1.1 Problembeschreibung und Vorgehensweise der Arbeit

Immer mehr Pflegestellen können hierzulande derzeit nicht neu besetzt werden. Im Wettbewerb um qualifiziertes Personal wird daher die Klinik punkten, die attraktive Arbeitsbedingungen bietet und sich so von der Konkurrenz unterscheidet. Aber womit ziehen Krankenhäuser potenzielle Mitarbeiter an und können sie dauerhaft an sich binden?

Der Pflegeberuf stellt die Mitarbeiter vor Herausforderungen, die sowohl positiv, als auch negativ wirken können. Pflegekräfte nehmen in der Versorgung von Patienten im Krankenhaus eine wichtige Rolle ein. Sie versorgen und betreuen kranke Menschen rund um die Uhr, über das ganze Jahr und diese Bedingungen können belastend wirken. Nicht zuletzt setzen sie gerade aktuell ihre eigene Gesundheit tagtäglich aufs Spiel - dabei stellt die Gesundheit der Pflegekräfte doch eine zentrale Ressource im

Krankenhaus dar (Gerstner, Dohm, & Wilhelm, 2008, S. 5). In der Vergangenheit zeigte sich, dass es Kliniken gab, die als interessantere und attraktivere Arbeitgeber galten und genau deshalb verständlicherweise eine höhere Anzahl passender Bewerbungen erhielten. Die Motive hierfür lagen in den Rahmenbedingungen, die zu einer minimalen Fluktuationsrate und einer hohen Mitarbeiterbindung führten. Dies wirkt sich nach wie vor auch immer auf die Qualität der Arbeit und somit auch auf die Patientensicherheit und -zufriedenheit aus. Erfahrene, qualifizierte und wertgeschätzte Mitarbeiter beherrschen ihre Arbeit sicherer und sind deutlich motivierter. Sie fühlen sich als Teil des Unternehmens und übernehmen gerne mehr Verantwortung. Krankenhäuser, die für ihr Personal sorgen, ihnen Wertschätzung entgegenbringen und für ihr Wohlergehen sorgen, haben es leichter, qualifiziertes Personal zu finden und auch zu binden. Für eine Klinik ist es sehr bedeutend, einen Pool mit qualifizierten Kandidaten aufzubauen. Damit dies gelingt, muss der Ruf eines Unternehmens von überzeugender Aussage sein. Denn je interessanter ein Arbeitgeber ist, desto kapitaler ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich entsprechend geeignete Bewerber finden. Die bedeutendste Aussage für den ‚guten Ruf‘ sind die Mitarbeiter selbst: Zufriedene Mitarbeiter, die überzeugt von ihrem Arbeitsplatz erzählen, sind die beste Empfehlung. Sie sind das Aushängeschild für ein Krankenhaus. Die Investitionen für den Rekrutierungsprozess lohnen sich nur, wenn man im Anschluss konsequent und ständig an der Mitarbeiterbindung arbeitet, welches im Magnetmodell so umgesetzt wird. Ohne Pflegepersonal ist ein Krankenhaus nicht überlebensfähig. Pflegefachkräfte brauchen Wertschätzung und Gehör, damit sie ihr volles Potenzial entfalten können und die Patientenversorgung auch in Zukunft gesichert ist (Lehwald, 2019, S. 9)

Im Zuge dieser Dissertation werden die Entwicklung des Pflegenotstandes und dessen Ursachen aufgezeigt. Die Entwicklung wird nicht nur induktiv, sondern auch deduktiv beleuchtet. Hierbei liegt ein besonderer Fokus auf der Personalgewinnung, der Personalbindung, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Behandlungsqualität. Diese Faktoren nehmen einen wichtigen Stellenwert in der Beantwortung der Kernfragen der Dissertation ein.

Der erste Teil der Arbeit dient der Einleitung, in dem die Problematik unseres Gesundheitssystems aufgezeigt wird. Die konkrete Vorgehensweise besteht darin, im weiteren Verlauf den derzeitigen Stand des Personalmanagements und die hieraus entstehenden Folgen plakativ darzustellen. Die ersten Kapitel der Arbeit gehen dabei auf Begriffsklärung, gesetzliche Rahmenbedingungen und mögliche Ansätze der Problembewältigung ein. Im Zuge dessen findet ein Transfer zum Magnetmodell der USA statt, wo dieses Personal-Problem seit den 1980er Jahren teils erfolgreich angegangen wird. Hieraus werden verschiedene Hypothesen entwickelt, die es zu be- oder widerlegen gilt. Im Rahmen der Dissertation wird der Werdegang des Magnetmodells in den USA dargestellt. Er wird daraufhin in Zusammenhang mit verschiedenen Kliniken in Europa und Deutschland, die eine Magnet-Zertifizierung planen, gesetzt.

Mittels mehrfacher Umfragen und Studien wurden über einen längeren Zeitraum verschiedene, hierfür relevante Parameter analysiert und anschließend ausgewertet.

Das anschließende Kapitel setzt sich mit diesen Ergebnissen auseinander und überträgt die hieraus resultierenden Erkenntnisse auf die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie. Hierbei werden spezifische forensische Probleme aufgegriffen und in einen Lösungsansatz übergeleitet. Solche Interventionsmaßnahmen sind der erste Schritt zu einer besseren Patientenzufriedenheit, einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit und somit auch zu einer größeren Mitarbeiterbindung.

Schließlich soll nach der Zusammenfassung und der kritischen Würdigung noch ein Ausblick auf die zukünftige Personalentwicklung im Gesundheitswesen angestellt werden.

1.1.1 Personalnot in der Pflege: Retrospektiv und Vorausschau

Der Pflegenotstand ist nicht nur in Deutschland für die Gesellschaft sehr belastend. Alleine die ausgedehnten politischen Wortgefechte über das Thema lassen erkennen, dass wir uns ernstlich mit dem Thema auseinandersetzen müssen. Denn: Deutschland altert schneller als vorherberechnet. Die Anzahl der Pflegebedürftigen und multimorbiden Patienten wird in den nächsten Jahren rasant ansteigen. Schon heute sind die Einrichtungen Krankenhaus und Pflegeheim komplett aus- und überlastet. Wirtschaftspolitische Schwerpunkte waren in der Vergangenheit dafür verantwortlich, dass viele Stellen im Gesundheitssystem abgebaut und weniger Pflegefachkräfte ausgebildet wurden. Heute fehlen diese Fachkräfte in der Medizin und vor allem in der Pflege. Laut der Gewerkschaft ver.di fehlten 2017 bereits rund 70.000 Fachkräfte in der Krankenpflege sowie 40.000 weitere in der Altenpflege. Die Vorhersage des Deutschen Pflegerats liegt bei 300.000 fehlenden Pflegekräften bis zum Jahr 2030, davon 200.000 allein in der Altenpflege. Damit wächst die Belastung für die Pflege ins Unermessliche. Verbunden mit einem größtenteils schlechten Verdienst, verliert der Beruf heutzutage immer mehr an Attraktivität – das hat uns vor allem dieses Jahr deutlich vor Augen geführt. Durch die mangelnde Personalausstattung und die daraus resultierende Dauerbelastung jedes einzelnen kommt es zu steigenden Ausfallzeiten. Dies sorgt für eine erhöhte Flucht aus dem Pflegeberuf. Die ablehnende Haltung diesem Berufsbild gegenüber wird weiterhin steigen (proSenio, 2020).

1.1.2 Pflegenotstand und dessen Einflussfaktoren

Demnach muss der Beruf der Pflege interessanter und somit abwechslungsreicher gestaltet werden. Nur so kann *ad infinitum* dafür gesorgt werden, dass angemessen viele Pflegekräfte für eine bedarfsgerechte Pflege in Deutschland zur Verfügung stehen. Das Beispiel „Corona“ zeigt uns allen immer noch, wie

wertvoll und bedeutend medizinisches Personal ist. Um dies zu erreichen, muss ein Umdenken in Gesellschaft und Politik erfolgen.

Neben einer anerkennenden Bezahlung gehören Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und eine Selbstverwaltung der Pflegeberufe im Gesundheitswesen dazu. Das bedeutet, dass Pflegeberufe selbst entscheiden, was Pflege und Betreuung sind und wie sie diese Disziplinen konstruieren und definieren möchten. Dadurch bewahren sie die Bevölkerung vor inadäquater Pflege.

Durch das Mitspracherecht der Pflegeberufe sind die Mitarbeiter zufriedener, da sie sich anerkannter und ernstgenommener fühlen. Pflegefachkraft ist ein psychisch und körperlicher anspruchsvoller Beruf. Daher ist hier ein wohldurchdachtes Verhältnis zwischen beruflichen Anforderungen und privaten Bedürfnissen, eine sogenannte *Work-Life-Balance*, elementar wichtig. Durch die hohen und verschiedenen Belastungen im Beruf können die meisten Pflegenden ihn ab dem 60. Lebensjahr nicht mehr allumfänglich ausüben. Das Problem Pflegenotstand wird nicht postwendend und ohne große Inventionen und Umstrukturierungen zu beheben sein. Um einen ersten Schritt in diese Richtung machen zu können, sind deswegen Veränderungen der bisherigen Strukturen unumgänglich (proSenio, 2020).

Trotz Pflegestellenförderprogrammen sind die Folgen des Personalmangels bereits heute schon abzusehen. Dies reicht von Arbeitsverdichtungen für das verbleibende medizinisch/pflegerische Personal und damit verbundener übersteigender Frustration und höheren Fluktuationsraten bis hin zu einer degressiven Qualität der Patientenversorgung. Dabei stellt der Fachkräftemangel nicht nur die deutsche Krankenpflegelandschaft vor Probleme.

Auch verschiedene andere EU-Länder sehen sich zunehmend mit einer verstärkten Pflegekrise bei einem wachsenden Patientenaufkommen konfrontiert. Eine der umfangreichsten internationalen Pflegestudien der letzten Jahre ist die RN4Cast-Studie (*Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*), die kollationierend in 12 Ländern die pflegerische Arbeitsumgebung, die Arbeitsbelastung, die Arbeitszufriedenheit, die Versorgungsqualität und den Personaleinsatz (Personalbesetzung und Ausbildung/Weiterbildung) beleuchtet hat. Sie zeigte, dass durchschnittlich mehr als 25 Prozent der europäischen Pflegekräfte aus Akutkrankenhäusern mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden sind, wobei sich die Resultate zwischen den Ländern zum Teil gravierend voneinander abgrenzten. So zeigte sich, dass zum Beispiel in Deutschland 37 Prozent der Pflegedienstmitarbeiter unzufrieden mit ihrem Job sind. Diese Unzufriedenheit resultierte bei 20 bis 50 Prozent der europäischen Pflegekräfte (in Deutschland bei 36 Prozent) sogar in dem Gedanken, den Arbeitsplatz innerhalb des nächsten Jahres verlassen zu wollen, sowie bei 9 Prozent darin (in Deutschland 16 Prozent), allgemein den Pflegeberuf aufzugeben und sich einen Job exklusiv der Pflege zu suchen (Aiken L. H., et al., 2014, S. 1824ff.).

Als signifikante Gründe für diese hohe Wechselbereitschaft deutscher Pflegekräfte hat die RN4Cast-Studie folgende Umstände identifiziert:

1. Eine unzureichende Personalbesetzung
2. Burn-Out
3. Eine schlechte Arbeitsumgebung
4. Fehlendes Lob & Anerkennung
5. Eine schlechte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflege
6. Fehlende Entscheidungsbefugnisse
7. Unattraktive Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Die Umstände lassen sich ebenfalls mit einer Reihe internationaler Pflegestudien untermauern, die sich mit der schwindenden Attraktivität des Pflegeberufs, hohen Fluktuationsraten und Strategien für erfolgreiche Retention auseinandergesetzt haben (Currie, 2012, S. 1180ff.). Dabei taucht besonders die fehlende Arbeitszufriedenheit als einflussreicher, konsistenter Einflussfaktor für eine erhöhte Wechselbereitschaft und Fluktuation auf. Auch spielen hier besonders bei jüngeren Pflegekräften die psychosozialen Dimensionen der Arbeitsumgebung sowie die fehlende Identifikation mit dem Arbeitgeber und dem beruflichen Umfeld eine wichtige Rolle (Van der Heijden, et al., 2010, S. 434ff.). Da die Arbeitsplatzzufriedenheit jedoch nicht nur von externen Einflüssen abhängt, wie zum Beispiel der Arbeitsumgebung oder einem schlechten Arbeitsklima unter Kollegen oder mit anderen Berufsgruppen, sondern häufig auch von individuellen Motiven, zum Beispiel karrierespezifischen, ethischen und generations-, alters- und lebensstilspezifischen, ist Fluktuation mit allgemeingültigen Strategien oft nur bis zu einem bestimmten Grad vermeidbar (Goldman, 2010, S. 233ff.). Aus diesem Grund empfehlen immer mehr Studien eine Vielzahl an Maßnahmen. Mit Hilfe dieser soll flexibel auf die spezifischen Problemstellungen in den jeweiligen Krankenhäusern eingegangen werden können. Zudem soll mit diesen Rahmenbedingungen in der Pflege bewirkt werden, dass ein Wechselwunsch gar nicht erst aufkommt (Price, 2009, S. 11ff.).

Die Ursachenforschung betrachtet demzufolge das „Warum“, sowohl des Pflegemangels, als auch das „Warum“ Pflegekräfte unzufrieden sind, und leitet dementsprechend Handlungsempfehlungen für die Praxis ab. Was definitiv zu großen Teilen noch verbessert werden muss, ist das „Wie“. WIE können in der Praxis erfolgreich erprobte Lösungsstrategien, die nachhaltig das pflegerische Arbeitsumfeld in den Krankenhäusern verbessern und somit die Zufriedenheit des Pflegepersonals erhöhen, implementiert werden? (Zander, 2017, S. 52ff.). Dieser Frage wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Dissertation nachgegangen. Zunächst erfolgt ein Überblick über Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit. Diese beiden Faktoren können als mitentscheidende Faktoren für eine attraktive Klinik angesehen

werden. Das hier gewonnene, externe Input untermauert einmal mehr die Wichtigkeit, die Ansicht zu Pflegepersonal und dem Pflegeberuf neu zu definieren.

1.1.3 Patientenzufriedenheit vs. Patientensicherheit

Auf der anderen Seite dieser „Krankenhaus-Medaille“ steht das Thema Patientensicherheit. Dieses findet im deutschen Gesundheitswesen große Aufmerksamkeit. Gerade in Zeiten von Corona fordern Patienten zu Recht, dass sie gut und sicher versorgt werden – das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt dies mit gesetzlichen Qualitätsvorgaben. Parallel hierzu ist eine überzeugende Fehlerkultur zwingend notwendig. Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, den Patienten die Chance zu geben, Beschwerden zu äußern. Im Anschluss sind diese dann auszuwerten, Fehler und Risiken in der Behandlung zu minimieren und aufzuarbeiten. Nur so können Fehlerquellen beseitigt werden.

Patientenerfahrungen in Bezug auf ihren Krankenhausaufenthalt werden auch in Deutschland immer häufiger als zentrale Informationsquelle für die Qualität der Krankenhausversorgung herangezogen. Bis etwa in die 2000er Jahre waren von den Krankenhäusern persönlich initiierte bzw. beauftragte Befragungen zur Patientenzufriedenheit Schwerpunkt der Aktivitäten in der Disziplin der Qualitätssicherung. In der gegenwärtigen Zeit beschäftigen sich viele Akteure aus vielfachen Gründen mit dem Thema Patientenzufriedenheit. Die Krankenkassen, die Krankenhäuser selbst, externe Dienstleister zur Erstellung und Durchführung von Patientenbefragungen und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sind nur einige, die an dieser Stelle genannt werden können. Der Fokus liegt dabei auf der Messung und Illustration von Aspekten der qualitätsrelevanten Abläufe und patientenbezogenen Ergebnisqualität. Ohne die Möglichkeit eines Rückbezugs auf den Grund der Krankenhausaufnahme, werden in flächendeckend angelegten Befragungen Patientenerlebnisse abgefragt. Deren Resultate werden primär in Krankenhaussuchportalen publiziert und können bei der Auswahl eines Krankenhauses unter Berücksichtigung weiterer Portalinformationen für die Bürger eine nützliche Unterstützung sein. Die umfangreichste und seit dem Jahr 2011 kontinuierlich in fünf Wellen pro Jahr laufende Patientenbefragung ist die mit Hilfe des PEQ-Instruments (*Patients' Experience Questionnaire*) von den AOKs und der BARMER durchgeführte Befragung. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt für alle Interessierten auf der Weißen Liste (www.weisse-liste.de) und den darauf basierenden Portalen von AOK und BARMER. Eindringlich wird eine fachliche Debatte um die Patientenzufriedenheit als selbständige Dimension geführt. Doyle (Doyle, Lennox, & Bell, 2013) und Kraska (Kraska, Weigand, & Geraedts, 2017, S. 593ff.) fassen zusammen, dass Rückmeldungen der Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt wichtige und wegweisende Einblicke in die Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung liefern können. Patientenzufriedenheit ist des Weiteren als eine unabhängige Qualitätsdimension anerkannt, da ihre Auswertung interne Aspekte der Krankenhausversorgung

berücksichtigt (zum Beispiel Kommunikation, Empathie oder Interaktion), die vielfach (anderweitig) nicht gemessen werden können (Pawils, Trojan, Nickel, & Bleich, 2012, S. 1183ff.).

1.2 Rechtliche Grundlagen

Umfassende gesetzlich verankerte Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben (wie zum Beispiel im Arzneimittel- und Medizinprodukte- sowie im Infektionsschutzgesetz) und Verpflichtungen zur Qualitätssicherung (externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement), zum Beispiel im SGB V, sind eine elementar wichtige Voraussetzung für die Patientensicherheit.

Patientenrechtegesetz

In der medizinischen Versorgung wurde die Patientensicherheit mit dem Patientenrechtegesetz durch grundlegende Anweisungen weiter bekräftigt. Krankenhäuser wurden verpflichtet, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzusetzen. Dadurch wurde gesichert, dass Patientenerlebnisse adäquat ausgearbeitet und für die Entwicklung der Qualität und Patientensicherheit genutzt werden. Der Gemeinsame Bundeszuschuss (G-BA) hat im Jahr 2014 in den Richtlinien zum Qualitätsmanagement charakteristische Handlungsanweisungen zur Erhöhung der Patientensicherheit und spezielle Mindeststandards für ein qualifiziertes Risiko- und Fehlermanagement festgelegt. Das Ziel ist es, Behandlungsfehlern durch ein reformiertes Qualitätsmanagement entgegenzuarbeiten und die Fehlervermeidungskultur somit zu unterstützen. Die Beteiligung von Krankenhäusern an entsprechenden, einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (zum Beispiel Cirs) wird durch indisponible Vergütungszuschläge monetär gefördert. Dies soll das Lernen auch aus unerfreulichen Ereignissen in anderen Häusern fördern (Bundesgesundheitsministerium, 2019).

Krankenhausstrukturgesetz

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden weitere Maßnahmen beschlossen und verabschiedet, die in Zukunft einen Fortschritt für die Patientensicherheit gewährleisten sollen. Von Bedeutung sind hier hauptsächlich die Verzahnung von Qualitätssicherung und Krankenhausplanung sowie die angedachten Qualitätsprüfungen im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Darüber hinaus soll der Gemeinsame Bundesausschuss die Nutzbarkeit der Qualitätsberichte für Patienten weiter vergrößern. Hier wurde ein gesonderter Berichtsteil mit den speziellen patientenrelevanten Informationen, zum Beispiel zur Patientensicherheit, vorgesehen (Bundesgesundheitsministerium, 2019).

Richtlinien und Beschlüsse

Maßnahmen, die zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen, finden sich auch in diversen Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Das Spektrum der Einzelmaßnahmen ist vielfältig. Es reicht von Struktur- und Prozessvorgaben über Mindestmengenfestlegungen bis hin zur kontinuierlichen Erhebung und Bewertung von Indikatoren der Patientensicherheit in der externen stationären Qualitätssicherung. (Bundesgesundheitsministerium, 2019).

2. Magnetkrankenhaus

Definition:

Der Begriff "Magnetkrankenhaus" wurde 1982 von der *American Academy of Nursing* herausgearbeitet, um Krankenhäuser zu beschreiben, die es geschafft, haben Pflegende mit hervorragender Fachkompetenz aufgrund des Arbeitsumfeldes in der Pflege zu gewinnen und zu halten (Buchan, 1999, S. 101).

„A magnet hospital is one that attracts and retains nurses who have high job satisfaction and are able to give quality care.“ (McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 1983, S. 3)

Dr. Feuchtinger indes beschrieb das Magnetkrankenhaus auf einem Pflegekongress 2015 in Ulm wie folgt:

„Ein Haus, in dem Pflegende mit hoher Fachkompetenz exzellente Patientenergebnisse erzielen und die Pflegenden selbst eine große Zufriedenheit und eine geringe Fluktuationsrate aufweisen. Magnetkrankenhaus. Magnethospitäler zeichnen sich durch eine offene Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und einem angemessenen Personalmix aus. Beides zielt darauf ab, das bestmögliche Arbeitsumfeld für die Mitarbeiter und die besten Ergebnisse bei Patienten zu erreichen.“ (Feuchtinger, rku.de, 2015, S. 4)

2.1 Entstehung und Entwicklung der Magnetkrankenhäuser

Bereits im Jahr 1980 konnten in den USA Phänomene festgestellt werden, die den zurzeit auch in Deutschland herrschenden ähneln. Eine größere Arbeitsverdichtung, weiter ansteigende Leistungsanforderungen an das medizinisch-pflegerische Personal, sinkende Motivation bei den Mitarbeitern und eine erhöhte Fluktuation aus den Pflege- und Ärzteberufen spiegeln zurzeit den Zustand in Deutschland wider. Zu Beginn der 1980er Jahre wurde in den USA der Frage nachgegangen, warum es in vielen Kliniken schwierig war, Pflegende zu rekrutieren und zu halten, während es anderen Krankenhäusern gelang, eine minimalere Fluktuation aufzuweisen und stets eine ausreichende Zahl an Pflegekräfte-Bewerbungen zu erhalten. 1983 wurde der Auftrag zu ersten Studien erteilt, die die charakteristischen Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern erforschen sollten. Die Organisation der *American Academy of Nursing* (AAN), unter Federführung von Linda H. Aiken, Pflegeprofessorin aus Gainesville/Florida, führte diese Studien über mehrere Jahre hinweg durch.

Insgesamt nahmen 155 Krankenhäuser an diesen ersten Studien teil. Sie zeigten, dass Pflegekräfte gerne in Krankenhäusern Beschäftigung finden wollten, in denen das Engagement des Pflegemanagements für die Pflege ein wichtiger Bestandteil war. Bei 41 Krankenhäusern wurde eine Art ‚magnetische Anziehungskraft‘ identifiziert. Aus den Erkenntnissen dieser Studie wurde daher ein Magnetanerkennungsprogramm entwickelt. Zu diesem Zweck wurde das ANCC, eine Tochtergesellschaft des AAN, gegründet. Sie ist bis heute Zeit eine noch zertifizierende Einrichtung. Das erste diesen Vorgaben folgende Krankenhaus, ein großes Universitätsklinikum, wurde 1994 in Seattle/Washington als Magnetkrankenhaus ausgezeichnet. (Friedrich & Poigné, 2012, S. 20ff.) zitiert nach (Minihuber, 2013).

2.1.1 Ursprüngliche Zielsetzung und Internationalisierung

Das Magnetprogramm wurde konzipiert, um Institutionen im Gesundheitswesen, die Höchstleistungen in der Krankenpflegepraxis erzielen, anzuerkennen und auszuzeichnen. Mit Unterstützung dieses Programms gelingt es den Magnetkrankenhäusern in den USA bis heute, Pflegekräfte wie ein Magnet anzuziehen, diese dauerhaft ans Unternehmen zu binden sowie Top-Personal aufzuweisen – und das von der Basis bis hin zum Management. Zudem wird eine exzellente Pflege erzielt und damit eine höhere Anzahl an generierten Patienten verzeichnet. Zertifizierte Magnetkrankenhäuser verfügen über ein positives Image in der Außenwirkung, auch aufgrund des nachgewiesenen besseren Patienten-Outcomes. Somit ziehen Magnetkrankenhäuser nicht nur Personal, sondern auch Patienten an. In den USA gibt es 418 Krankenhäuser mit Magnetstatus. Dies entspricht 6,5 Prozent der Kliniken. Weltweit ist es seit dem Jahr 2000 auch in anderen Ländern, einen Magnetstatus zu erwerben (Feuchtinger, 2010).

So war das *Rochdale Infirmary* in Großbritannien das erste europäische und außeramerikanische Magnetkrankenhaus. Die Magnetanerkennungskriterien, welche vom ANCC aufgebaut wurden, sind jedoch USA-spezifisch. Somit handelte es sich beim Rochdale-Projekt um das erste Pilotprojekt des ANCC, das die Übertragbarkeit des Akkreditierungsprogrammes außerhalb der USA testen sollte. Die Kernkriterien wurden dabei nicht verändert. In Bezug auf Antrags-Evidenz-Anforderungen wurden allerdings einige Anpassungen vorgenommen, um die Terminologie, die Praxis, Managementstile und die Datenverfügbarkeit in Großbritannien aufzuzeigen. Hierdurch kam es zu signifikanten Veränderungen des Pflegeumfeldes, vor allem in Bezug auf Pflegeorganisation und Pflegekultur (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008, S. 223ff.). Auch in Russland und Armenien wurde von der ANCC und AIHA (*American International Health Alliance*) ein *Nurse Quality Improvement Program* initiiert. Dabei wurde die *Magnet Twinning Initiative* genutzt, eine Partnerschaft zwischen US-Magnetkrankenhäusern und zwei russischen sowie zwei armenischen Krankenhäusern.

Weltweit gibt es mittlerweile knapp 418 solcher Magnetkrankenhäuser. Die meisten von ihnen befinden sich in den USA, andere in Kanada, in Neuseeland, Australien und im Libanon. In Europa gibt es derzeit nur ein einziges, das Antwerpener Universitätsklinikum. Dieses macht das belgische Krankenhaus zum Pionier in Europa. Bald soll ein weiteres hinzukommen: Die Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm (RKU). Das Universitätsklinikum in Ulm soll von der Ideenentwicklung im Jahr 2013 bis zur Fertigstellung im Jahr 2022 die Magnetzertifizierung erhalten.



Abbildung 1.: 418 anerkannte Magnethospitäler in USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Singapur, Libanon, Saudi-Arabien.

Quelle: https://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf S.8

Eine klare Entscheidung mit der Ausrichtung eines Magnetkrankenhauses in Deutschland haben noch einige Kliniken getroffen. Das Universitätsklinikum Freiburg beschäftigt sich unter Initiative und Engagement von Dr. Johanna Feuchtinger - Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin und Stabsstelle für Qualität und Entwicklung - seit vielen Jahren mit der Qualität der pflegerischen Versorgung anhand der Ansätze des US-amerikanischen Magnet-Konzepts. Ebenso hat das Universitätsklinikum Münster (UKM) erste Grundsteine für eine Zertifizierung nach dem US-amerikanischen Magnet-Programm gelegt. Das Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg hat eine GAP-Analyse zur Entwicklung einer Magnet-Strategie durchgeführt und befindet sich aktuell in der Analyse. Ebenso möchte die Universitätsklinik Köln den Status eines Magnetkrankenhauses erlangen und strukturiert zu diesem Zweck zurzeit ihr gesamtes System um. Auch Franz Wagner, Präsident Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), engagiert sich seit Jahren auf der Basis der Grundprinzipien von Magnet für eine verbesserte Patienten-

und Gesundheitsversorgung. Von 2010 bis 2018 war er Mitglied in der *Commission on Magnet* bei der ANCC. Ohne diese Pioniere hätte die Auseinandersetzung mit den Magnet-Prinzipien in Deutschland und das dadurch entstandene Netzwerk nicht die Bedeutung, die es aktuell innehat (Pflegermanagement, 2019, S. 15).

2.2 Das Magnetmodell

2005 wurde durch das ANCC erstmalig eine Anleitung zusammengestellt, in der 14 *FOMs* (*Forces Of Magnetism*) beschrieben werden. Bei Erfüllung dieser Kriterien können Kliniken das Siegel der „Magnetanerkennung“ erwerben. Amerikanischen Krankenhäusern wird dieses Siegel dann nach einer Auditierung, im Rahmen einer Zertifizierung, von der ANCC verliehen.

2.2.1 14 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 Gesundheitseinrichtungen
11. Pflegende als Lehrende
12. Image der Pflege
13. Interdisziplinäre Beziehungen
14. Professionelle Entwicklung

Im Jahr 2008 wurde aus den 14 Magnetkräften ein neues Anwender-Manual entwickelt. Die 14 Magnetkräfte wurden zu fünf Komponenten des ANCC-Magnetmodels reduziert zusammengefasst (Schmitz, 2008, S. 6). Jede dieser fünf Kategorien enthält ein komplexes Bündel an Verhaltensweisen, Strukturen und Strategien, die sich auch auf die Langzeitpflege übertragen lassen. Im folgenden Abschnitt werden diese fünf Komponenten mit ihrem jeweiligen Maßnahmenkatalog vorgestellt.

2.2.2 Die 5 Komponenten des ANCC-Modells

1. Transformative Führung:

Darunter werden Charakteristika von Pflegeführungskräften zusammengefasst, die Mitarbeiter dazu inspirieren, sich diesem Vorbild anzuschließen. Des Weiteren werden die Mitarbeiter motiviert, sich unter den Pflegeführungskräften gerne weiterzuentwickeln sowie motiviert und selbständig für gemeinschaftlich gesteckte Ziele zu arbeiten. Exzellente kommunikative und klinische Kompetenzen und eine klare Vorstellung der professionellen Rolle der Pflege gehören ebenso hierzu, wie weitere Visionen. Zukünftige Herausforderungen anzunehmen, unternehmensinternen Einfluss einzusetzen, um Strukturen zu verändern sowie die Etablierung einer guten Vernetzung mit anderen Abteilungen und Berufsgruppen charakterisiert die transformative Führung.

2. Strukturelles Empowerment:

Die Pflege ist auf allen Organisationsebenen in Entscheidungsprozesse eingebunden und entscheidet selbständig über ihre Pflegepraxis. Die Mitarbeiter werden permanent in ihrer Weiterentwicklung gefördert und es besteht ein wertschätzendes und respektvolles Miteinander zu anderen Berufsgruppen.

3. Vorbildliche professionelle Praxis:

Das Pflegepersonal arbeitet auf Basis evidenzbasierter und professioneller Pflegemodelle. Jeder hat ein ausgeprägtes Verständnis seiner Rolle, seiner Standards und Aufgaben und kann das gegenüber Patienten und Angehörigen, aber auch innerhalb des multiprofessionellen Teams, eindeutig artikulieren.

4. Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen:

Pflege orientiert sich an den neuesten Erkenntnissen der Pflegeforschung. Um sich auf den neuesten Stand zu bringen, überdenken und korrigieren die Mitarbeiter deshalb fortwährend die einrichtungsinternen Prozesse.

5. Empirische Outcomes:

Kontinuierlich finden Qualitätsprüfungen statt. Das heißt, die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit sowie der Einfluss der Arbeit auf die gesamte Institution werden regelmäßig überprüft und bewertet. Idealerweise dienen diese Messungen auch dazu, sich dem Vergleich mit anderen Einrichtungen zu stellen und Benchmarks festzulegen (Klinik Wissen Management, 2017).

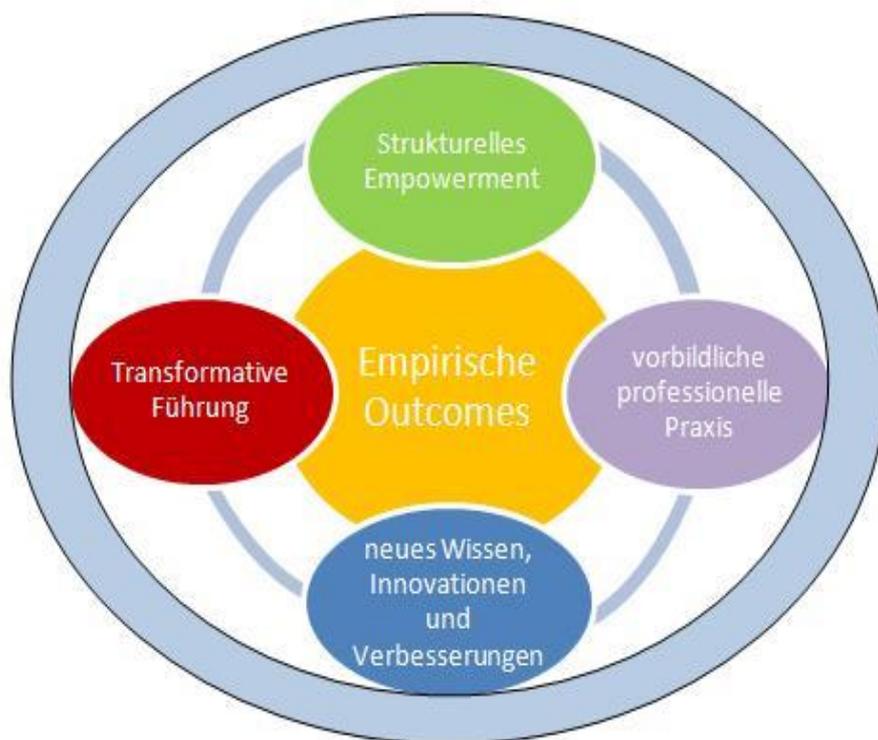


Abbildung 2: Magnet Recognition Programm Modell

Quelle: https://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf 9

3. Studiendesigns

Die Dissertation umfasst zwei Abschnitte der Datensammlung und der Datenerhebung. Der erste Teil bezieht sich auf die Literaturrecherche, retrospektiv zur Hypothesenbeantwortung. Zweck dieser Literaturrecherche ist es, einen Verlauf abzubilden. Dieser soll zeigen, wie der Umgang mit dem Thema Personalmangel im Gesundheitswesen - und hier speziell in der Pflege - in anderen Ländern und in Europa angegangen wird. Es ist wichtig, aus den Erfahrungen anderer Kliniken zu lernen und diese Erkenntnisse - wo möglich - auf das Gesundheitswesen in Deutschland zu übertragen. Hierbei spielen die Parameter Mitarbeiterzufriedenheit, Mitarbeiterführung und Bildungsniveau eine genauso große Rolle wie das Patienten-Outcome. Der zweite Teil stellt die Verbindung zum Praxisbezug her und beinhaltet eine quantitative Querschnittsstudie. In dieser werden aus den Erkenntnissen der Recherchen des ersten Teils Rückschlüsse für das weitere Vorgehen in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie gezogen. Aufgrund dieser Rückschlüsse werden in verschiedenen Bereichen Parameter implementiert, die zu einem besseren Ergebnis beitragen sollen. In der Querschnittsstudie werden im Zeitraum von 2015 bis 2020 implementierte Veränderungsprozesse aufgezeigt und die Entwicklung graphisch dargestellt. Es ist wichtig, herauszufinden, inwiefern diese Veränderungsprozesse Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit, die Mitarbeiterführung, das Bildungsniveau und das Patienten-Outcome hat.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom 01.10.2019 bis 31.10.2020. Die Literaturrecherche wurde zunächst in der Suchmaschine Google Scholar von Google® durchgeführt. (Brandenburg, Panfil, & Mayer, S. 55) Anschließend entschied sich die Verfasserin für die folgenden Datenbanken: CareLit®, CINAHL® Complete, Cochrane Library, PubMed/Medline® und LIVIVO. Die Suchbegriffe für die Literaturrecherche orientierten sich eng am Thema der Dissertation. Die einzelnen Bestandteile der Thematik wurden aufgeteilt und Überbegriffen zugeordnet.

Für die Suche der Literatur wurden die sogenannten *MeSH Terms*, *Medical Subject Headings*, verwandt. Diese ermöglichen durch die hierarchische Struktur des MeSH-Trees die hierarchische Suche nach spezifischen Themen. (Brandenburg, Panfil, & Mayer, S. 178) Außerdem wurden die drei Boole'sche Operatoren AND, OR, NOT eingesetzt. Diese Operatoren fungieren als Verbindungselemente zur Entwicklung von Suchstrategien. Zudem dienen sie der Verbindung von Suchbegriffen (Brandenburg, Panfil, & Mayer, S. 64). Des Weiteren fanden Trunkierungen, sogenannte Platzhalter, Anwendung. Hierbei wird ein Wort an einer Stelle abgebrochen und durch ein Zeichen ersetzt. Dies dient dazu, verschiedene Schreibweisen eines Wortes in die Suche miteinzubeziehen. Dabei wurde das Wort *nurs** eingesetzt, da nach *nurse*, *nurses*, *nursing* etc. gesucht wurde.

Um die Aktualität zu gewährleisten, wurde ein Publikationszeitraum von 2000 bis 2020 ausgewählt. Literatur, die Ergebnisse aus dem Zeitraum vor 2000 beschreibt, wurde in relevanten Ausnahmefällen und je nach Themengebieten dennoch miteinbezogen. Für die Sprache der Literatur wurden Deutsch und Englisch festgelegt, um die sinngemäße Übersetzung sicherzustellen. Dabei wurde darauf geachtet, dass die recherchierte Literatur zu den Suchbegriffen und somit zum Thema passt. Das Setting bezog sich dabei auf Magnetkrankenhäuser in den USA, Europa und Deutschland. Die betreffende Berufsgruppe der Literatur sind die Pflegeberufe. Des Weiteren handelt es sich bei der Literatur um Studien oder wissenschaftliche Erhebungen.

Die Auswahl der Literatur in den Datenbanken CINAHL® und PubMed erfolgte mit den oben genannten Schlüsselwörtern. Am Anfang der Recherche wurden die Studien anhand des Titels und des Abstracts analysiert. Falls Titel und Abstract für die Dissertation von Relevanz waren, wurden die Volltexte angefordert und eine übersichtliche Bewertung der Studien, inklusive Studiendesign, ausgeführt. Die weiteren verbleibenden Studien wurden zuletzt anhand einer kritischen Bewertung beurteilt und in das systematische Review ein- oder aus diesem ausgeschlossen. Die kritische Bewertung der Studien erfolgte in dieser Dissertation nach dem Methodenpapier *FIT Nursing Care* von Panfil & Ivanovic (Panfil & Ivanovic, 2011). Deren Kriterienliste von Interventionsstudien lehnt sich an Behrens & Langer (Behrens & Langer, 2010, S. 228ff.) sowie an das *GRADESystem (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)* (Behrens & Langer, 2010, S. 290ff.) an.

Die Analyse und Bewertung der methodischen Qualität von Studien erfolgte hierbei über ein dreistufiges Verfahren (Panfil & Ivanovic, 2011, S. 3ff.).

- 1) Begonnen wurde mit einer Studienanalyse, beginnend mit der Angabe der Fragestellung bis hin zur Beschreibung der Schlussfolgerung.
- 2) In einem zweiten Schritt wurden die methodischen Einschränkungen beurteilt:
 - Dabei erfolgte zuerst eine ausführliche Bewertung der methodischen Qualität von Interventionsstudien mit je drei Antwortmöglichkeiten: Adäquat (+), Problematisch (?) und Unklar (-) für die Erstellung von Risiko-Ampeln. Diese Beurteilung erfolgte in Anlehnung an die Bewertung von Interventionsstudien von Behrens & Langer (Behrens & Langer, 2010, S. 228ff.).
 - Daraufhin wurde eine zusammenfassende Beurteilung der methodischen Qualität von Interventionsstudien mit je drei Antwortmöglichkeiten festgelegt: Keine, deutliche oder sehr deutliche Einschränkungen bzw. gemäß der Fragestellung und des Publikationsbias‘ unwahrscheinlich, wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich. Diese zusammenfassende Bewertung lehnt sich an das GRADE-System an (Schünemann, Integrative Beurteilung der

Evidenz im Gesundheitswesen, 2009, S. 263ff.) und (Schünemann, Brozek, Guyatt, & Oxmann, 2013).

- 3) Zuletzt wurde das Studienergebnis unter Berücksichtigung der Methodik kurz und prägnant zusammengefasst.

3.2 Quantitative Querschnittstudie

Beim Untersuchungsdesign unterscheidet man zwischen drei grundlegenden Designs:

1. *Experiment (Echtes- und Quasi-Experiment)*
2. *Korrelative Designs*
3. *Einzelfallanalyse und Komparationsforschung*

Dieser Dissertation liegt ein korrelatives Design zugrunde, welches in einer Querschnittstudie (einmalig durchgeführte empirische Untersuchung) durchgeführt wurde. Dabei wurde das statistische Verfahren des korrelativen Designs angewandt, welches sich mit dem Zählen regressions- und faktorenanalytischer Verfahren beschäftigt.

Korrelative Designs dienen der Erforschung von Fragen bzw. Hypothesen in Zusammenhängen (linear oder nicht linear) zwischen psychologischen Variablen in Querschnitts- oder Längsschnittdesigns. Nicht nur im Experiment, sondern auch im korrelativen Design werden Zusammenhänge zwischen Variablen untersucht. Bestimmte Variablen können aus prinzipiellen (Geschlecht), ökonomischen (betriebliches Umfeld) oder ethischen Gründen (Stillen, Erziehung etc.) nicht experimentell analysiert werden. Dabei werden bereits bestehende Zusammenhänge erforscht. Im Gegensatz zum Experiment dürfen Zusammenhänge zwischen Variablen nicht kausal interpretiert werden (Quizlet, 2018).

4. Wissenschaftliche Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Diese Dissertation untersucht die Frage, welche Auswirkungen das Magnetmodell auf das deutsche Krankenhaussystem haben kann. Dabei werden Parameter wie Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit evaluiert. Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen:

- Welche Unterschiede gibt es zwischen deutschen, europäischen und amerikanischen Krankenhaussystemen und deren Ausbildungsmodalitäten?
- Welche Parameter der Magnetkrankenhäuser sind in die deutsche Krankenhaushierarchie zu übertragen?
- Stellt sich hierdurch eine Verbesserung des Patienten-Outcomes ein?
- Welche Rolle spielen dabei die Führungspositionen?
- Was bedeutet dies für die Mitarbeiterzufriedenheit und somit für die Mitarbeiterbindung?

Weitere Fragestellungen, die sich im Anschluss an die Dissertation in einer weiteren Vertiefung generieren lassen, sind beispielsweise folgende:

- Wenn das Magnetmodell Auswirkungen auf die Mitarbeiterbindung hat, wie kann es flächendeckend umgesetzt werden?
- Was bedeutet dies für die Ausbildung von Pflege- und Führungskräften?
- Wo müssen Kliniken umdenken, um Mitarbeiter als kostbares Gut zu erkennen?
- Wie verändert sich das Qualitätsdenken im Rahmen des Magnetmodells?

4.1 Hypothesen

Als erster Schritt der empirischen Untersuchung werden für diese Dissertation als zentral erachtete Fragestellungen und Hypothesen formuliert. Hypothesen sind nachgewiesene Aussagen und geben auf theoretischen Überlegungen basierende Annahmen wieder. Erst durch die Formulierung von Hypothesen wird das Bestätigen oder Widerlegen von Sachverhalten im Rahmen einer Forschung, und dadurch eine wissenschaftliche Erkenntnis, möglich (Ebster & Stalzer, 2002, S. 163).

Alle Hypothesen beziehen sich auf das Implementieren von Bausteinen des Magnetmodells aus den USA in das europäische bzw. deutsche Krankenhaussystem. Dazu zählen unter anderem akademische Abschlüsse und damit ein höherer Bildungsstand der Pflegekräfte, eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit und die Anerkennung seitens der Führungsetage. Hierzu wurden die folgenden drei Thesen entwickelt:

H1: Die Mitarbeiterzufriedenheit steigt.

Die erste Hypothese, die überprüft werden soll, bezieht sich auf alle im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Kliniken, die sich mit dem Thema Magnetkrankenhaus

beschäftigen. Aufgrund vieler Gespräche mit Führungskräften solcher Kliniken ist anzunehmen, dass die Mitarbeiterzufriedenheit seit der Einführung vieler Magnetparameter gestiegen ist. Die Annahme beruht zudem auf der Tatsache, dass sich ein wertschätzender Führungsstil auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt.

H2: Der Bildungs- und Ausbildungsstand verbessert sich.

Die zweite Hypothese nimmt Bezug auf den Bildungsstand der Pflege. Es wird davon ausgegangen, dass die Motivation zu einem höheren Bildungsstand durch eine flachere Hierarchie und mehr Eigenverantwortung steigt. Anzunehmen ist, dass hierfür auch die monetäre und zeitliche Unterstützung des Unternehmens verantwortlich ist.

H3: Das Patienten-Outcome zeigt im Benchmark bessere Ergebnisse

Die dritte Hypothese knüpft an die vorangestellten Hypothesen an, sollten diese sich bestätigen. Demnach gibt es auch Auswirkungen auf das Patienten-Outcome. Hierbei wird davon ausgegangen, dass sich ein positiver Effekt sowohl intern, als auch im Benchmark zeigen wird.

Alle Hypothesen werden in den weiteren Kapiteln bestätigt oder widerlegt. Hierbei werden auch Vergleichsdaten aus anderen Studien anderer Länder dargelegt.

4.2 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit wird allgemein als die affektive Reaktion eines Arbeitnehmers auf seine Arbeit, basierend auf dem Vergleich der faktischen Ergebnisse mit denen der erwünschten Ergebnisse, definiert. Arbeitszufriedenheit wird als vielschichtiges Konstrukt angesehen, das die Gefühle des Mitarbeiters über eine große Anzahl von Faktoren, sowohl intrinsischer als auch extrinsischer Natur, beinhaltet. Mitarbeiter haben unterschiedliche Erwartungen gegenüber ihrer Arbeit (zum Beispiel Bezahlung, Beförderung, Autonomie), die sie verschieden bewerten. Sowohl das Ausmaß, als auch die Bedeutung dieser Bewertung ist sehr individuell. Wenn sich zu viele unerfüllte Erwartungen akkumulieren, wird die Arbeitszufriedenheit schwächer und das Risiko für ein Rückzugsverhalten steigt (Pearson, 1991, S. 517ff.).

Arbeitszufriedenheit in der Pflege wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen unter anderem die Art der Aufgaben und der auszuführenden Arbeit, das Pflegemodell, das Ausmaß an Professionalität bei der Arbeit, das Arbeitsklima, die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Status des Beschäftigten, das Ausmaß an Autonomie bei der Arbeit und das Entgelt (Hinshaw & Atwood, 1984, S. 133ff.). Der Prozess der Einführung eines Pflegemodells ist hierbei wichtiger, als das Modell selbst.

4.2.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die US-amerikanischen Magnetkrankenhäuser wurden als Institutionen erkannt, die in Bezug auf die Mitarbeiterzufriedenheit solidere Messungsergebnisse aufweisen, als herkömmliche Krankenhäuser (Buchan, 1999, S. 101). Die Studie von Kelly (Kelly, McHugh, & Aiken, 2011) in (Minihuber, 2013) zeigte, dass die Unzufriedenheit bei Pflegekräften in Magnetkrankenhäusern, im Vergleich zu durchschnittlichen Krankenhäusern, um 18 Prozent geringer ist. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist deshalb von Bedeutung, weil sich zufriedene Mitarbeiter/innen tendenziell kunden- bzw. patientenorientierter verhalten, als unzufriedene Mitarbeiter/innen (von Eiff, 2007, S. 44ff.) zitiert nach (Minihuber, 2013).

USA:

Wie in anderen Ländern der Welt, hängt die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Krankenhäusern auch in den USA von mehreren Faktoren ab. Diese betreffen die Arbeitsumgebung der Pflegefachkräfte, die Autonomie, die Wertschätzung sowie die Unterstützung. Zu diesem Thema wurden in den vergangenen Jahren mehrere Studien erhoben, die eine eindeutige Darstellung zur Arbeits- und Berufszufriedenheit von Pflegepersonal in Magnetkrankenhäusern wiedergeben. Dabei führen diese Studien eine sehr große Arbeitszufriedenheit auf diverse Ursachen zurück. Ein wichtiger Grund hierfür ist, dass Pflegekräfte in diesen Institutionen über eine hervorragende Handlungsautonomie verfügen und ihr Handeln in der Praxis selbstbestimmt verrichten können. Von großer Wichtigkeit ist die Unterstützung, die das Personal durch ihre Führungskräfte erfährt. Diese motivieren und ermutigen das Personal zu eigenverantwortlichem Denken und Handeln. Durch diese Eigenverantwortung verringert sich auch die Verletzungsrate der Mitarbeiter, was zu einer positiven Arbeitsumgebung beiträgt. Durch die Wertschätzung und durch die individuelle Förderung wird das Bild des Magnetkrankenhauses arrondiert (Kramer & Hafner, 1989).

Die folgende Grafik zeigt, dass die Beziehung von Pflegepersonal zur medizinischen Professur und zum Pflegemanagement in Magnethospitälern deutlich besser ist, als in Nicht-Magnethospitälern. Auch der Personalstand und die damit verbundenen Ressourcen werden in Magnethospitälern deutlich höher eingeschätzt.

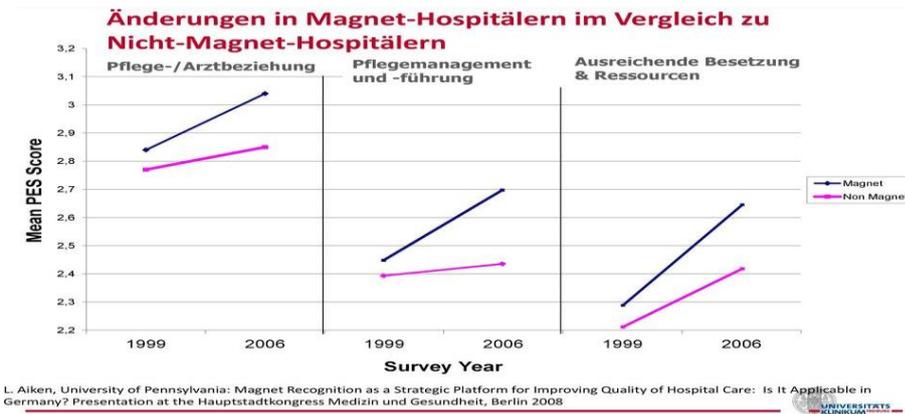


Abbildung 3 Beziehungszusammenhang Pflegepersonal zu Arzt; Management und Ressourcensituation, Quelle: https://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf S. 19

In der folgenden Darstellung ist zu erkennen, dass es bei Pflegenden in den Magnethospitälern signifikant bessere Ergebnisse in der Berufszufriedenheit, in der Burnout-Rate und der Pflegequalität gibt.

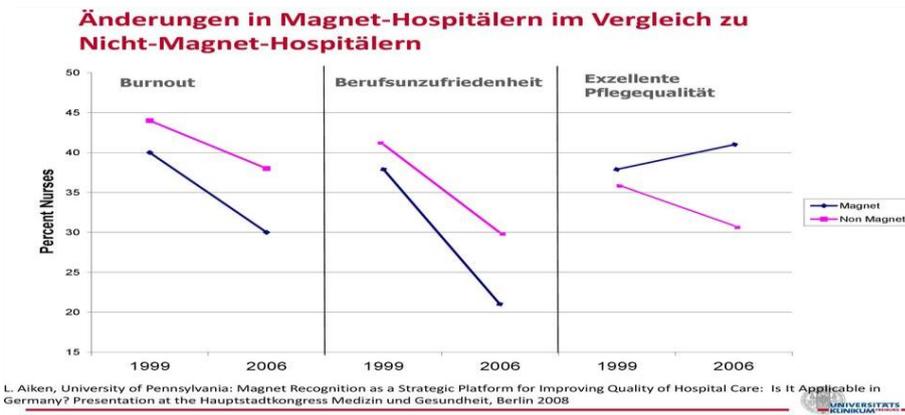


Abbildung 4 Vergleichswerte in der Pflege in Bezug auf Burnout, Berufszufriedenheit und Pflegequalität, Quelle: https://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf S. 19

Europa:

Während die Auswertungen zu US-amerikanischen Magnetkrankenhäusern positive Ergebnisse bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit aufzeigten, liegt die Situation in europäischen Ländern anders. In der Europäischen NEXT-Studie (*Nursery Early Exit Study*, www.next-study.net) werden die Gründe und Umstände des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf untersucht. NEXT fand bis Mitte 2005 in zehn europäischen Ländern statt und wurde von der Europäischen Kommission finanziert (QLK6-CT-2001-00475).

Bezüglich der Arbeitszufriedenheit wurden erhebliche Unterschiede zwischen den teilnehmenden Ländern gefunden (Abb.5). Die Gesamtwerte verdecken möglicherweise individuelle Informationen

über die möglichen Gründe der Unzufriedenheit. Am niedrigsten lagen die Werte in allen Ländern für „psychologische Unterstützung am Arbeitsplatz“ und für die „Zufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen.“ Die höchsten Werte wurden für die „Art und Weise, in der die Fähigkeiten eingesetzt werden“ (DE, BE, FIN, FR, N, SLK) bzw. für die „Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt“ (IT, NL) gefunden. In Polen erhielten „die Art und Weise, in der Fähigkeiten eingesetzt werden“ (M=2,46) und „die Möglichkeit, Patienten die Pflege zu geben, die sie brauchen“ (M=2,47) hohe Werte für Unzufriedenheit. Weiterhin bemerkenswert ist die geringe „Zufriedenheit mit den Zukunftsaussichten der Arbeit“ in Deutschland und der Slowakei (M=2,34 und M=2,23) (Hasselhorn, Müller, & Tackenberg, 2005) in (TU Dresden, 2012).

Die Arbeitszufriedenheit von Frauen war signifikant höher (M=2,65;), als die von Männern (M=2,55). Die Werte für Arbeitszufriedenheit erreichten ihren Tiefpunkt nach 10 bis 15 Dienstjahren, was einem Lebensalter von etwa 30 Jahren entspricht. Die Arbeitszufriedenheit war in diversen Arbeitsbereichen unterschiedlich. So war zum Beispiel die Arbeitszufriedenheit in der ambulanten Pflege höher (M=2,81), als in Pflegeheimen (M=2,65) und in Krankenhäusern (M=2,58). Speziell die Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen führte zu diesen unterschiedlichen Werten. Bei unausgebildetem Personal nahm die Arbeitszufriedenheit mit zunehmendem Ausbildungsniveau leicht ab. Dabei hatten 11 Prozent der Befragten Leitungspositionen und 10 Prozent eine stellvertretende Leitung im Pflegebereich inne. Die Arbeitszufriedenheit scheint mit zunehmender beruflicher Position anzusteigen. Leitungen und stellvertretende Leitungen wiesen von allen Pflegekräften den höchsten Zufriedenheitsgrad auf (M=2,80). Pflegekräfte ohne leitende Position dagegen zeigten sich am wenigsten zufrieden (M=2,59). Durchgängig stellte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen, heraus. Je geringer die Arbeitszufriedenheit, desto höher die Absicht, dieses Berufsfeld zu verlassen (**Abb.6**) (Hasselhorn, Müller, & Tackenberg, 2005).



Abbildung 5 Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit nach Ländern,
Quelle: Hasselhorn, Müller, & Tackenberg, 2005

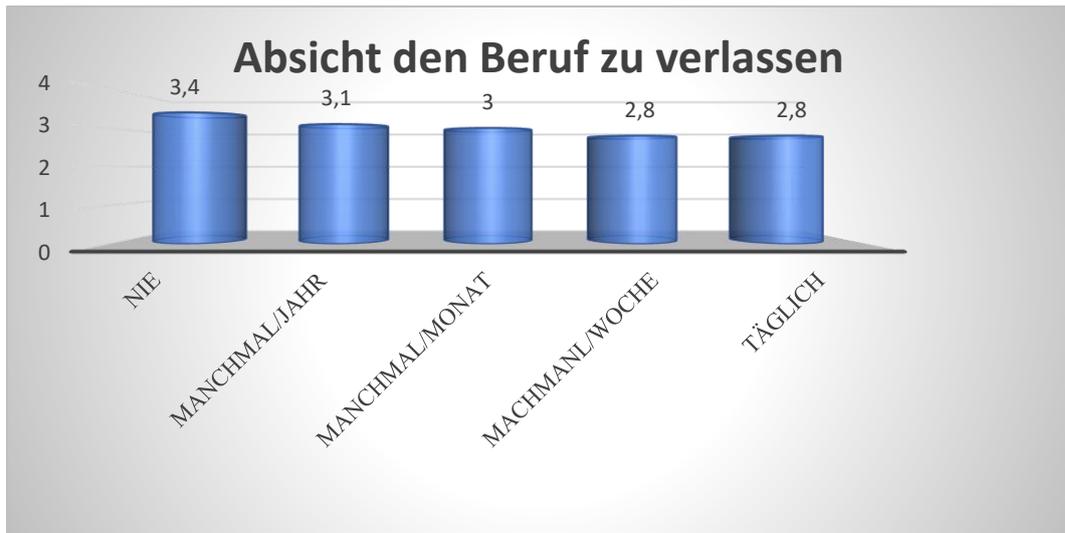


Abbildung 6: Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit und Absicht, den Beruf zu verlassen
 Quelle: Hasselhorn, Müller, & Tackenberg, 2005

Deutschland:

Die Entwicklung in Deutschland zeigt einen riskanten Mangel an Pflegekräften auf. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig, so dass zum Beispiel eine ungesunde und schlechte Arbeitsumgebung Pflegekräfte sehr oft zur Berufsflucht drängt. Daher gilt es, eine Atmosphäre zu schaffen, die Mitarbeiter als angenehm empfinden und sie dem Unternehmen somit erhalten bleiben. Derzeit werden jedoch gegenteilige Rahmenbedingungen hergestellt, in denen Ziele und Bedürfnisse von Pflegepersonal keine Berücksichtigung finden. Diese teils suboptimalen Arbeitsbedingungen wirken sich auch auf das Image der Pflegeberufe in der Bevölkerung aus. Zudem ist dieser Beruf aufgrund der psychischen und physischen Belastung, dem konstanten Personalmangel und der nicht angemessenen Entlohnung für die meisten Menschen unattraktiv. Dementsprechend ist es nicht überraschend, dass die Pflegeberufe nicht unter den 25 meistgenannten nichtakademischen Wunschberufen vorzufinden sind (Deutscher Pflegerat, 2009).

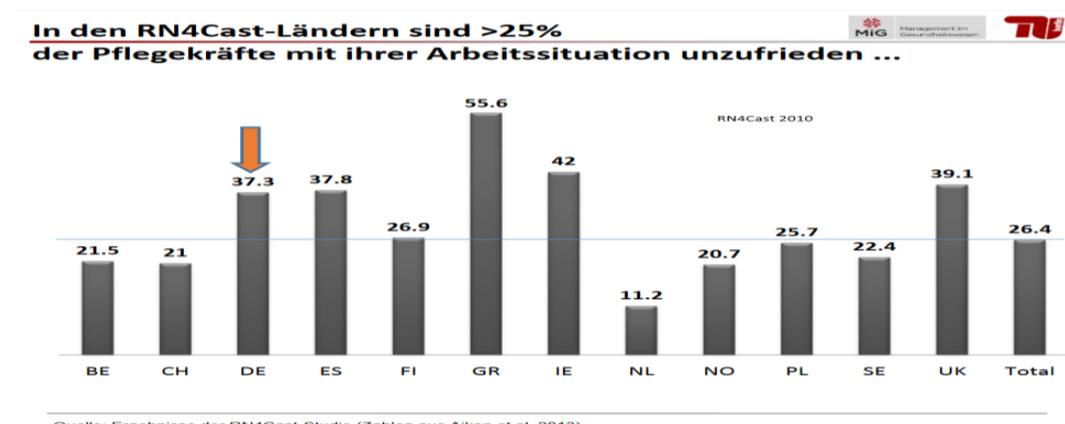


Abbildung 7: Arbeitszufriedenheit in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern
 Quelle: Aiken L. H., et al., 2014

Es kann also Folgendes geschlussfolgert werden: Um ausreichend gut qualifiziertes Pflegepersonal an das Unternehmen zu binden, benötigt es einen attraktiven Arbeitsplatz mit einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit. Die Krankenhäuser müssen sich demnach der Frage stellen, wie sie ihre Organisation für Pflegekräfte attraktiver und somit „magnetischer“ gestalten können. Dabei gilt es, gleichzeitig der zunehmenden Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken. Auch eine höhere Personalquote trägt dazu bei, dass die Dienstplangestaltung Spielraum für Individualität lässt und somit als familienfreundlich deklariert werden kann. Diese Situation gilt es, auszubauen. Denn: Die Entwicklung der RN4 Cast-Studie hat gezeigt, dass es einen prozentualen Anstieg der Mitarbeiterunzufriedenheit in den Jahren 2010 bis 2015 gibt.

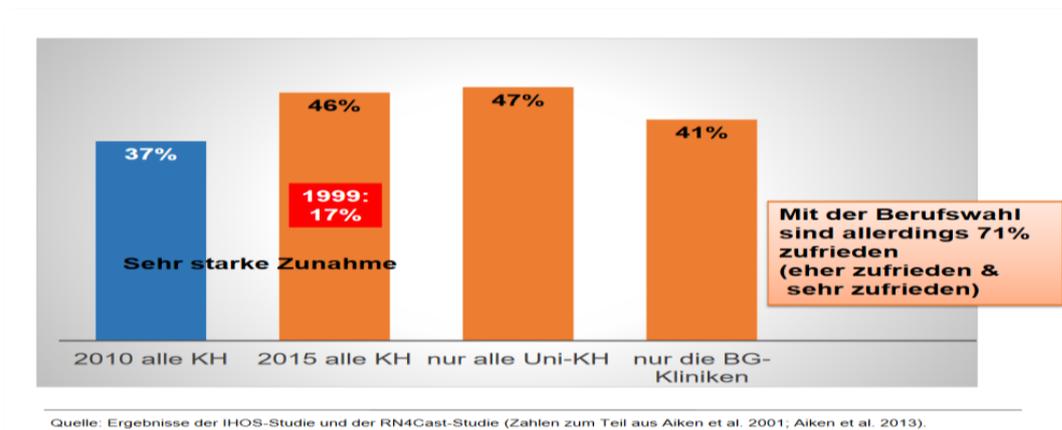


Abbildung 8: Mitarbeiterzufriedenheitsentwicklung
Quelle: Aiken L. H., et al., 2014

4.3 Ausbildungs- und Weiterbildungsstand

Zum besseren Verständnis der Implementierung von Magnetkomponenten werden im Folgenden verschiedene Parameter, die maßgeblich zur Entwicklung der Magnetstrategie beitragen, gegenübergestellt. Hierbei wird deutlich, dass das Modell Magnetkrankenhaus nicht 1:1 auf unser deutsches Gesundheitssystem übertragbar ist. Jedoch wird somit auch deutlich, an welchen Stellschrauben angesetzt werden muss, um eine Verbesserung im deutschen Gesundheitssektor zu erreichen.

4.3.1 Pflegeausbildungen im Vergleich: USA, Europa und Deutschland

Pflegeausbildung und Berufsbezeichnung USA

In den USA gibt es diverse Berufsbezeichnungen für Pflegenden. Die Abschlussbezeichnung *registered nurse* nach abgelegter staatlicher Prüfung ist jedoch für alle Pflegenden gemein. Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten, eine *registered nurse* zu werden:

- *Associate Degree in Nursing (A.D.N.)*: Diese Art der Ausbildung wird von Gemeinden oder Colleges angeboten und dauert zwei bis drei Jahre. 50 Prozent wählen diese Form. Darauf aufbauend kann eine B.S.N.-Ausbildung (*Bachelor of Science Degree in Nursing*) absolviert werden.
- *Diploma Program*: Diese Ausbildung ist an das Krankenhaus gekoppelt, dauert zwei bis drei Jahre und wird nur selten angeboten.
- *Bachelor of Science Degree in Nursing (B.S.N.)*: Ein Drittel wählt diese Ausbildungsform, die von Universitäten angeboten wird und vier bis fünf Jahre dauert. Ein solcher *Bachelors Degree* ist für Aufgaben in der Leitung, Lehre, Forschung und Beratung sowie für Spezialisierungsausbildungen notwendig.

Darüber hinaus gibt es Spezialisierungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel den *Masters Degree* im Pflege- oder Gesundheitsmanagement zur Erlangung der Bezeichnung *Nurse Practitioner (NP)*. Dieser Aufbaustudiengang dauert ein bis zwei Jahre und setzt einen Bachelorabschluss voraus. Überdies gibt es die Möglichkeit, einen *Doctoral Degree* zu erlangen. Die Voraussetzung dafür sind ein B.N.S. Masters Degree, eine RN-Lizenz, praktische Erfahrung und das *Graduate Record Exam*.

Die Pflegeausbildung in den USA ist flexibel, die Grundausbildung kongruent. Eine Spezialisierung auf die Erwachsenen-, Kinder- oder Altenpflege findet erst in den Aufbaustudiengängen statt. Dabei stellen die hohen Kosten für die Studierenden einen großen Nachteil dar. Dennoch verfügen beispielsweise in Boston über 80 Prozent der Pflegekräfte über einen Masterabschluss. (Rappold, 2003, S. 32)

Pflegeausbildung und Berufsbezeichnung in Europa

Auch, wenn das Konzept des Magnetkrankenhauses in Europa noch nicht gänzlich Einzug gehalten hat, ist eine akademische Ausbildung im Pflegebereich in vielen europäischen Staaten seit vielen Jahren möglich und teils auch Standard. Die nachfolgenden acht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union fanden Eingang in die Darstellung der Untersuchung: Dänemark, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden und Spanien. Es gibt in allen der acht erforschten Länder eine Hochschulausbildung zur Pflegefachkraft, die mit einem Bachelor abgeschlossen wird. Die Dauer des Studiums beträgt in der Regel drei Jahre. Dänemark und Spanien bilden die Ausnahme, mit dreieinhalb Jahren Studiendauer in Dänemark und vier Jahren in Spanien. In Österreich gibt es drei grundständige Ausbildungen: Für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die psychiatrische Pflege und die Kinder- und Jugendlichen-Pflege. Da in Großbritannien und in den Niederlanden die Absolventen einheitlich mit *nurse* bzw. *Verpfleegkundige* abschließen, ist ihr späteres Einsatzfeld nicht durch die ausgewählte Vertiefungsrichtung beschränkt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 358).

In den Vergleichsländern existiert eine Vielzahl von Berufsbildern mit einer Qualifizierung unterhalb der Pflegefachkraft. In den meisten Fällen werden diese als Helfer- oder Assistenzberufe bezeichnet. Die meisten der Qualifikationen unterhalb der Pflegefachkraftausbildung werden nach einem Jahr abgeschlossen und enthalten in ihren Bezeichnungen die Begriffe „Helfer/in“ oder „Assistenz“. Einjährige Qualifizierungen gibt es in Österreich, Spanien, Frankreich und im Vereinigten Königreich, wobei es dort auch längere Varianten gibt. In Dänemark dauern die Helferausbildungen ein Jahr und zwei Monate. Darauf aufbauend, erfolgen die Assistentenausbildungen in einem Zeitraum von einem Jahr und 8 Monaten. In den Niederlanden sind die Ausbildungsstufen modular gestaltet, sodass mit einer ersten Qualifikationsstufe in einem Jahr begonnen und weitere Stufen nach zwei bis drei Jahren erreicht werden können. In Schweden gibt es ein dreijähriges Schulprogramm, welches mit erfolgreichem Abschluss zur Pflegeassistentin befähigt. Das Qualifikationsniveau kann aber auch durch verschiedene andere Formate erreicht werden.

Die Qualifizierung zur Pflegefachkraft erfolgt in allen acht untersuchten Ländern an Hochschulen und endet mit dem Bachelorgrad. Lediglich in den Niederlanden und in Österreich bestehen künftig parallele Möglichkeiten, die Fachkraftausbildung an Berufsschulen bzw. an den Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen (Österreich) zu absolvieren. Aufgrund des Bologna-Prozesses gab es in den letzten Jahren bedeutende Veränderungen in Bezug auf die Pflegeausbildungen. Diese wurden in die Hochschulen integriert, soweit noch nicht stattgefunden, und die Abschlüsse auf Bachelor und Master umgestellt. In den acht Vergleichsländern vollzog sich dieser Prozess in den meisten Fällen ab dem Jahr 2007 (zum Beispiel in Schweden und Spanien 2007, Österreich 2008 und Frankreich 2009). In Großbritannien gab es eine Übergangsregelung bis 2013, seitdem werden Pflegefachkräfte ausschließlich an den Universitäten ausgebildet. Der genaue Zeitpunkt der Umstellung in Polen konnte nicht festgestellt werden (Waldhausen, Sittermann-Brandsen, & Matarea-Türk, 2014).

Pflegeausbildung und Berufsbezeichnung Deutschland

In Deutschland unterscheidet man in der Pflege vielfältige Bereiche

- Die Ausbildung des Helferbereichs dauert ein Jahr und umfasst die **Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer**. Diese unterstützen und entlasten die Gesundheits- und Krankenpflege oder die Altenpflege.
- Die Ausbildung zur **Altenpflege** dauert drei Jahre. Altenpflege betreut ältere Menschen, die ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können. Altenpfleger/-innen sind überwiegend in Altenpflegeeinrichtungen und Sozialstationen eingesetzt.

- Wohingegen die **Gesundheits- und Krankenpflege**, deren Ausbildung ebenfalls drei Jahre dauert, als erster Ansprechpartner für Patienten in Krankenhäusern fungiert. Sie ist Vermittler zwischen Arzt und Patient, betreut und versorgt Hilfsbedürftige und assistiert bei Untersuchungen sowie bei Therapien. Außer in Krankenhäusern, sind Gesundheits- und Krankenpfleger auch in Pflege- und Sozialeinrichtungen eingesetzt.
- Die **Gesundheits- und Kinderkrankenpflege** versorgt pflegebedürftige und kranke Babys, Kinder und Jugendliche. Die Aufgabenzuordnung ist ähnlich der Gesundheits- und Krankenpflege, ist allerdings auf die jüngeren Patienten ausgelegt. Die Dauer der Ausbildung entspricht derjenigen der Gesundheits- und Krankenpflege.
- Seit dem 1. Januar 2020 gibt es den neuen Pflegeberuf **Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann**. Die **generalistische Ausbildung** vereint die drei bisherigen Berufsbilder **Altenpfleger/-in**, **Gesundheits- und Krankenpfleger/-in** und **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in** zu einem universellen Berufsbild. Die generalistische Ausbildung vereint künftig fachliche Schwerpunkte aus allen drei bisherigen Pflegebereichen.
- Zu den Pflegeberufen gehört zudem die **Kinderpflege** und **Heilerziehungspflege**. Diese Berufe werden auch als sogenannte sozialpädagogische Assistenten charakterisiert. Sie pflegen, erziehen, unterstützen und betreuen Kinder, Jugendliche und behinderte Menschen mit dem Ziel, ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.
- Zuletzt gibt es noch die Studiengänge Bachelor of Science in Gesundheits- und Krankenpflege oder Bachelor of Science Präventions-, Therapie und Rehabilitationswissenschaften. Diese verbinden wissenschaftliches Denken und praxisnahe Berufsausbildung (*aubi-plus, 2020*).

Im Anschluss an diese Ausbildungsgänge können in Deutschland zusätzliche Qualifikationen erworben werden. Hierbei handelt es sich um weit über 50 verschiedene Abschlüsse. Beispiele hierfür sind: Case Manager, Schmerzmanager, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Fachwirt, Hygienefachkraft, Fachkraft für Intensivmedizin oder für Psychiatrie, Palliative Care, Praxisanleiter und Qualitätsmanager. In Deutschland ist der Anteil studierter Pfleger aktuell verschwindend gering. Jedoch wird die Akademisierung der Pflege kontinuierlich ausgebaut. Aktuell bieten 78 Universitäten, Fachhochschulen und Akademien ein Pflegestudium in Deutschland an. Das Angebot umfasst insgesamt 149 Pflege-Studiengänge, davon 105 Bachelor- und 44 Master- und Pflegestudiengänge (Pfleigestudium.de).

In Deutschland steigt der Druck zur Forcierung von akademischen Ausbildungen im Bereich Gesundheit und Pflege. Dieser entsteht aufgrund der Veränderungen im Berufsfeld in Richtung Professionalisierung, Differenzierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung sowie Kompetenzänderung und -ausweitung. Zudem resultiert er aus der Verpflichtung Deutschlands zur

Umsetzung des Bologna-Prozesses und der Angleichung an internationale Ausbildungsstandards. Auf dem Weg zur Akademisierung des Pflegeberufes bedarf es gravierender Strukturänderungen des bestehenden Ausbildungssystems. Zwar gibt es in Deutschland bereits Pflegemanagement- und Pflegewissenschaftsstudiengänge, jedoch kommen ihre „Früchte“ in der Praxis oft noch nicht zum Tragen. Gerade in der Kompetenz- und Verantwortlichkeitsfrage herrscht oft noch Unklarheit.

4.3.2 Bildungsstand im Vergleich: USA, Europa und Deutschland

USA:

Eine gute Bildung ist die Voraussetzung für die Pflegeautonomie und die Ärzte-Pflegenden-Beziehung. Die Ausbildungsqualität liegt in Magnetkrankenhäusern mit 52 Prozent bedeutend höher, als jene in Nicht-Magnetkrankenhäusern mit nur 31 Prozent. Scores bezüglich Autonomie, Beziehung zu Ärzten/Ärztinnen, Organisationsstruktur und Selbstverantwortung sind ebenfalls essentiell höher. Führungskräfte in Magnetkrankenhäusern üben ihre Tätigkeit im Durchschnitt 14 Jahre aus, in Nicht-Magnetspitälern hingegen nur 10 Jahre (Fribl, 2010, S. 23-24).

Unterstützung in Aus- und Weiterbildung (Kurse, finanzielle Unterstützung) wird als wichtig für die Rekrutierung und den Verbleib von Pflegepersonal im Krankenhaus sowie für eine gute Patientenversorgung und Arbeitszufriedenheit angesehen. Pflegende in Magnetkrankenhäusern erleben mehr Bildungsunterstützung, als Pflegende in herkömmlichen Krankenanstalten.

Magnetkrankenhäuser, die in der Studie von Kelly et al. dargestellt wurden, waren im Vergleich zu konventionellen Krankenhäusern häufiger Lehrinstitutionen und darüber hinaus durch eine hohe Technologie gekennzeichnet (Kelly, McHugh, & Aiken, 2011, S. 428-433).

Laut Monarch haben über 97 Prozent der Magnetorganisationen einen Anschluss zu einer Krankenpflegeschule. Außerdem besuchen in Magneteinrichtungen 92 Prozent des Personals jährlich wenigstens ein Fortbildungsprogramm. 54 Prozent der Pflegenden in einer Führungsposition haben mindestens einen Hochschulabschluss (Monarch, 2002).

Besserqualifizierte Mitarbeiter können laut Lake ein professionelles Arbeitsumfeld erzeugen. Gleichzeitig kann ein professionelles Arbeitsfeld dazu beitragen, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal angezogen wird und in der Einrichtung verbleibt (Lake & Friese, Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics, 2006, S. 2).

Auch wirkt sich ein höheres Ausbildungsniveau positiv auf eine niedrigere Patientensterblichkeit aus. So stellten Aiken et al. in einer Querschnitts-Studie in Pennsylvania fest, dass die Wahrscheinlichkeit der Patientensterblichkeit innerhalb 30 Tagen nach Aufnahme des Patienten sowie die Fehlerrate um 5 Prozent fallen, nachdem der Bachelor-Anteil innerhalb des Pflegepersonals um 10 Prozent gesteigert wurde. (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Siber, 2003, S. 1617-1623).

Europa:

Im Antwerpener Magnetkrankenhaus bemüht man sich beispielsweise um eine kontinuierliche Schulung des Pflegepersonals. Es können sowohl interne, als auch externe Schulungen besucht werden. Des Weiteren wurde das Onboarding-Programm überarbeitet. In diesem Programm werden diejenigen Krankenschwestern berücksichtigt, die sich nach langer Abwesenheit wieder integrieren, sowie Krankenschwestern, die die Krankenhausabteilungen wechseln. Krankenschwestern sind an der Entscheidungsfindung beteiligt. Sie haben verschiedene Möglichkeiten, ihre Meinungen oder Ideen zu teilen. Dies führt nicht nur zu Engagement, sondern ermöglicht auch Innovationen und kontinuierliche Verbesserungen. An der Aufstellung eines Strategieplans für die nächsten Jahre waren sowohl Krankenschwestern als auch Patienten beteiligt. (Van Aken & Van Heusden, 2019, S. 10-11).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als eines der Hauptmerkmale dieser Organisation angesehen. Derzeit wird an neuen Initiativen gearbeitet, um die Zusammenarbeit weiter zu fördern. Krankenschwestern in einem Magnetkrankenhaus sind engagierter und haben eine höhere Arbeitszufriedenheit. Dies gilt auch für die Krankenschwestern des Universitätsklinikums Antwerpen. Die Commitment-Werte sind meist höher als 8 von 10. Auch wenn es um Arbeitszufriedenheit und Umsatz geht, ist die UZA ein Top-Performer. Abschließend kann man die Ergebnisse international vergleichen. So schaffen Krankenschwestern im Antwerpener Magnetkrankenhaus eine Lernumgebung, in der die Schüler willkommen sind und eine qualitativ hochwertige Schulung erhalten. Diese wiederum basiert auf dem Feedback der Studierenden. Aufgrund des herzlichen Willkommens und der angebotenen Lernmöglichkeiten ist das Klinikum ein begehrenswertes Krankenhaus für angehende Krankenschwestern, um ihr Praktikum zu absolvieren (Van Aken & Van Heusden, 2019, S. 10f.).

Deutschland:

Vor Jahren begann die Pflege in Deutschland, die Akademisierung der Pflegeberufe zu forcieren. Heute gibt es erste Krankenhäuser und Kliniken, die das Potenzial dieser akademisch ausgebildeten Pflegekräfte erkannt haben und diese wertschätzend in die Praxis integrieren. Als beispielhaft sei hier das Gesundheitszentrums Glantal genannt. Dies entschied sich im Jahr 2016 für die Durchführung eines umfassenden Change-Prozesses in der Pflege. Der Fachkräftemangel in der ländlichen Region von

Rheinland-Pfalz ist hierbei eines der größten Probleme. Der Change-Prozess zielt darauf ab, zukünftig alle Qualifikationsniveaus in der Pflege in die Pflegepraxis zu integrieren. Das Konzept soll für jedes Qualifikationsniveau die Kompetenzen sowie Kernaufgaben enthalten und klare Grenzen zwischen den diversen Niveaus aufzeigen. In dem Konzept wurden die Kompetenzstufen der Pflegekräfte mit einem Bachelor- oder Masterabschluss integriert (Abb. 9).

Die Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in die direkte Patientenversorgung kann jedoch zu vielfältigen Problemen führen. Ein erfolgreicher Paradigmenwechsel betrifft daher auch die Führungsleitsätze. Die Organisation der Pflege wurde hierzu strukturell zu einer Matrixorganisation umgebaut. Das frische Konzept der Pflege lässt somit ein klares Profil aller Pflegekräfte erkennen. Die Sicherstellung einer qualitativ hohen und evidenzbasierten Versorgung der Patienten ist somit möglich. Ziel der Umstrukturierungsmaßnahmen ist, die pflegerische Versorgung nachhaltig sowohl quantitativ, als auch qualitativ sicherzustellen und das bei einer gleichzeitigen Entlastung des vorhandenen Personals. Durch das neue Konzept wurde auch die bis dahin bestehende Theorie-Praxislücke geschlossen. Seit 2016 stieg die Akademisierungsquote im Gesundheitszentrum Glantal auf acht Prozent an. Damit haben sechs Prozent aller Pflegenden in der direkten Patientenversorgung einen akademischen Abschluss. Seit Umsetzungsbeginn gibt es Bewerbungen aus ganz Deutschland, der Schweiz und auch aus den USA. Auch eigene Mitarbeiter interessieren sich für eine akademische Zusatzqualifikation, da sie klare Rahmenbedingungen mit der dazugehörigen Wertschätzung erfahren. Veränderungen rufen allerdings auch Widerstände hervor, die vor allem durch Verlustängste bei den Stationsleitungen gekennzeichnet wurden, da die fachliche Führung nun von den akademisch ausgebildeten Kräften übernommen wird.

Die Umsetzung des Konzepts hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Pflege. Das Gesundheitszentrum Glantal ist seit dem Jahr 2017 Kooperationspartner der Universität im dualen Bachelorstudiengang „Klinische Pflege“. Mitarbeiter bzw. Pflegepersonal mit einem Masterabschluss übernehmen Lehraufträge an den Universitäten und Hochschulen. Dies erlaubt, den Theorie-Praxis-Transfer in beide Richtungen zu leben. Zum 1. August 2019 wurde mit einer eigenen Krankenpflegeschule am Standort Meisenheim in eine grundständige Krankenpflegeausbildung investiert. Exzellente Rahmenbedingungen beeinflussen so die Weiterentwicklung des Berufsfeldes. Für das gesamte Klinikum wurde als Ziel festgelegt, auf jeder Station in allen Einrichtungen sowohl Pflegekräfte mit einem Bachelor-, als auch mit einem Masterabschluss zu beschäftigen. Für das Gesundheitszentrum Glantal wird eine Akademisierungsquote von mehr als zehn Prozent angestrebt. Dies ist ein deutliches Signal für die Akademisierung in der Pflege (Drube & Ingolf, 2019, S. 26-29).

	Stufe	Funktion	Qualifikation	disziplinarische	fachliche	Anforderungsniveau	Aufgaben	
				Führung durch				
Steigerung der Qualifikation Komplexität der Handlungen, Selbstständigkeit und Verantwortung, Wissenschaftsorientierung	6	Pflegeexperte APN	Gesundheits- und Krankenpfleger mit Masterabschluss – Schwerpunkt Pflege und Berufserfahrung in der Pflege	Pflegedirektion	Leiterin Pflegeentwicklung	selbstständiges und eigenverantwortliches Anwenden von pflegewissenschaftlichen Instrumenten und Methoden	Erweiterte Aufgaben inklusive der Stufen 3, 4 und 5; Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflegepraxis innerhalb des Zuständigkeitsbereiches; Fallsteuerung; Leitung von (Pflegeforschungs-)Projekten; Erstellung von Publikationen; Mitwirkung in Expertennetzwerken; Mentoring für wissenschaftlichen Nachwuchs	
	5	Pflegeexperte	Gesundheits- und Krankenpfleger mit (dualem) Bachelorabschluss – Schwerpunkt Pflege und Berufserfahrung in der Pflege			sicherer Umgang und das Beherrschen von wissenschaftlichen Instrumenten und Methoden; Führungskompetenzen	Erweiterte Aufgaben inklusive der Stufen 3 und 4; fachliche Führung einer Station; Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegepraxis; pflegerische Prozessverantwortung; Beratungs- und Schulungsaufgaben von Patienten und Angehörigen sowie Mitarbeitern im pflegerischen Setting; Aufgaben in der direkten komplexen Patientenversorgung; Qualitätssicherung (Pflegedokumentation, Qualitätssicherungsbögen etc.); Aufgaben in Pflegeforschungsprojekten	
	5	Stationsleitung	Gesundheits- und Krankenpfleger mit (dualem) Bachelorabschluss – Schwerpunkt Pflege oder Weiterbildung zur Stationsleitung und Berufserfahrung in der Pflege			selbstständige Planung und Durchführung des Pflegeprozesses; Führungskompetenzen	Erweiterte Aufgaben inklusive der Stufe 3; Führungsverantwortung für die entsprechende Station, Zusammenarbeit mit der Pflegeexpertenkommission	
	4	Pflegespezialisten	Gesundheits- und Krankenpfleger mit qualifizierter (Fach-) Weiterbildung zu speziellen Aufgaben und Handlungsfeldern in der professionellen Pflege	Pflegeexpertenkommission	selbstständige Planung und Bearbeitung umfassender Aufgaben gemäß Spezialisierung	Erweiterte Aufgaben gemäß Spezialisierung inklusive der Stufe 3; individuelle spezialisierte Pflege mit Beratungs- und Schulungsaufgaben von Patienten und Angehörigen sowie Mitarbeitern; Mentorensysteme je nach Spezialisierung (z. B. Wunde, Schmerz etc.); allgemeine Mitwirkung in praxisnahen Projekten; Mitwirkung in Aus- und Fortbildung		
	3	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Krankenpfleger		selbstständige Planung und Durchführung des Pflegeprozesses	Versorgung des Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses, Erhebung von festgelegten Assessments		
	2	Pflegehilfe	Krankenpflegehelfer		direkte Patientenversorgung nach Anordnung	Aufgaben in der direkten Patientenversorgung im Rahmen der Qualifikation Krankenpflegehilfe		
1	Unterstützungskraft	keine formale Qualifikation vorhanden	Kenntnis über allgemeingültige Regeln (angemessene Kommunikation etc.)		Beschäftigung, Betreuung, Begleitung			
Kompetenzentwicklung				professionelle Haltung		pflegerische Handlungskompetenz		Qualitätsentwicklung

Quelle: Gesundheitszentrum Glantal, Tabelle: HCM

Abbildung 9 Bildungsstand in Deutschland am Beispiel des Gesundheitszentrums Glantal
 Quelle: Gesundheitszentrum Glantal Tabelle HCM

Auch das Klinikum in Ulm setzt auf die Akademisierung in der Pflege. Neben den Pflegeschulen, in denen Krankenhäuser wie das RKU den Pflegenachwuchs selbst ausbilden, gibt es mittlerweile Bachelor- und Master-Studiengänge, die für Führungsaufgaben in der Pflege qualifizieren. Das RKU unterhält dafür beispielsweise Kooperationen mit der Hochschule Neu-Ulm und der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (Maucher, 2018).

4.4 Patienten-Outcome

USA:

In Magnetkrankenhäusern steht der Patient im Zentrum; es besteht eine professionelle Beziehung zwischen den Patienten und der Pflege. Patientensicherheit und -zufriedenheit, sowie größte Versorgungsqualität der Patienten und deren Angehöriger, haben oberste Priorität. Folglich spielt die Outcome-Messung eine wichtige Rolle. Dazu werden zumeist Qualitätskennzahlen der *National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)* herangezogen. Indikatoren sind unter anderem Sturz, Dekubitus, Team-Mix, Pflegestunden pro Patient pro Tag, Schmerzmanagement, nosokomiale Infektionen, Patientenübergriffe und Fixierhäufigkeit. Um ein gutes Outcome zu erzielen, werden die

Aktivitäten in Magnetkrankenhäusern nach dem *Plan-Do-Check-Act-Zyklus* durchgeführt. Es finden monatliche Audits statt, bei denen Patienten zum Beispiel dazu befragt werden, wie sie zum Thema Sturzprophylaxe aufgeklärt und unterwiesen wurden. Die Pflegenden analysieren in den Audits Dokumentationen oder besprechen Fallanalysen von Patienten. Diese Maßnahmen motivieren und zeigen Transparenz (Papst, 2009, S. 12).

Laut Drenkard gibt es darüber hinaus mehrere Studien, die belegen, dass Magnetkrankenhäuser mit einer verminderten Dekubitus-Rate in Verbindung gebracht werden. Zudem treten seltener Infektionen, Harnwegsinfekte und Pneumonien auf (Drenkard, 2010, S. 263-271).

Geringere Patientenstürze sind ein Schwerpunkt in der Ergebnisforschung, um die Patientensicherheit zu beurteilen. Studien zeigen, dass die Sturzrate von Patienten in Magnetkrankenhäusern um fünf Prozent niedriger ist, als in allen anderen vergleichbaren Institutionen. Je höher die Personalausstattung und die Qualifikation des Personals, desto geringer die Stürze und desto weniger Medikationsfehler. Zudem fanden die Studien heraus, dass die Sturzrate auf Intensivstationen um drei Prozent geringer ist, wenn zusätzlich eine staatlich geprüfte Pflegekraft (*registered nurse*) eine Stunde pro Patiententag zur Verfügung steht (Lake, Shang, Klaus, & Dunton, 2010, S. 413 & 416).

Neben der Fachgebietskompetenz hat die langjährige Erfahrung des Pflegepersonals Einfluss auf die Patientenergebnisse. Kendall und Blegen fanden heraus, dass die Häufigkeit eines eintretenden Harnwegsinfektes mit der Erfahrung der Pflegekraft/des Pflegepersonals fällt (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009, S. 106-113). Auch wird besser ausgebildetes Pflegepersonal mit einer geringeren Patientensterblichkeit in Verbindung gebracht (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008, S. 223).

Die quasiexperimentelle Studie von Aiken über Patientenmortalität zeigte eine direkte Korrelation zwischen Patientensterblichkeit und der Pflegeautonomie. Die Mortalitätsrate in den Magnetkrankenhäusern war um 7,7 Prozent niedriger (das entspricht neun Todesfällen weniger pro 1.000 Patienten), als in den Kontrollkliniken. Nach einem Abgleich der Differenzen in Bezug auf die Schwere der Erkrankung der Patienten konnte eine um 4,6 Prozent geringere Sterblichkeitsrate in Magnetkrankenhäusern konstatiert werden (Aiken, Smith, & Lake, 1994, S. 780). In einer Aids-Studie von Aiken konnte bei Aids-Patienten in Magneteinrichtungen eine bis zu 60 Prozent niedrigere Mortalität 30 Tage nach Entlassung festgestellt werden (Aiken L. H., Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999, S. 760-772). Des Weiteren war auch die Verweildauer wesentlich geringer, als in Nicht-Magnetkliniken (Aiken L. H., 2002, S. 72).

Lake et al. untersuchten in 588 Krankenhäusern, ob bei Säuglingen mit einem sehr geringen Geburtsgewicht (zwischen 501 und 1.500g) günstigere Pflegeergebnisse erzielt werden können, wenn

sie in einem vom ANCC ausgezeichneten Krankenhaus behandelt werden. Die Studie zeigte, dass die 7-Tage-Mortalitätsrate signifikant niedriger war. Jedoch konnte kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die 28-Tages-Mortalität oder die Mortalitätsrate während des Krankenhausaufenthaltes nachgewiesen werden (Lake, et al., 2012, S. 1713f.).

Europa:

Das einzige in Europa existierende Magnetkrankenhaus in Antwerpen garantiert, dass die Patienten eine hervorragende Versorgung erhalten, die durch messbare Ergebnisse in verschiedenen Bereichen belegt wird. Ein Beispiel ist die Prävalenz von Druckgeschwüren. Der Prozentsatz beträgt 2,8, was der Hälfte des belgischen Durchschnitts (6 Prozent) und weniger als dem internationalen Durchschnitt für akademische Zentren (3,1 Prozent) entspricht. Aus Sicht des Patienten hat die Magnet-Erkennung eine besondere Bedeutung. Der Patient ist in fachkundigen Händen, da das Pflegepersonal die Möglichkeit hat, an laufenden Schulungen teilzunehmen.

Auch bei der Patientenzufriedenheit wurde ein Unterschied festgestellt. Ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern zeigt, dass die Patienten angeben, dass sich 86 Prozent des Krankenhauspersonals persönlich vorstellen. Im Vergleich: Der flämische Durchschnitt liegt bei 41 Prozent. Internationale Untersuchungen haben des Weiteren gezeigt, dass es in Magnetkrankenhäusern eine niedrigere Sterblichkeitsrate und eine niedrigere Komplikationsrate gibt.

Im Angesicht der Pandemie zeigt die europäische Entwicklung jedoch, was in den Gesundheitssystemen schon seit längerer Zeit „schiefläuft“. Dabei geht es schon immer um die Rationierung und die Priorisierung im Gesundheitswesen. Um möglichst viele Ressourcen von Patienten mit COVID 19 zu aktivieren, leidet die Versorgungsqualität von beispielsweise chronisch und psychisch Kranken enorm darunter. Auch anstehende Routinebehandlungen oder Operationen werden zu Gunsten der Pandemiemaßnahmen abgesagt oder verschoben. Umso mehr wird bewusst, dass die Folgen, die sich hieraus ergeben, für alle Altersgruppen gleichermaßen gelten.

„Vor allem Versorgung chronisch kranker Menschen wird sich durch die aktuelle Situation massiv verschlechtern, weil es jetzt andere Prioritäten gibt“, sagt der niederösterreichische Patientenanwalt Gerald Bachinger. Er kritisiert, dass die primäre Versorgung von Patienten in Österreich „seit Jahren relativ schlecht ist“. Bisher sei das System gerade so über die Runden gekommen, daher „wird uns diese Krise brutal auf die Defizite im System hinweisen“... (Bachinger in Redl, 2020)

Deutschland:

Bei Entscheidungen des Managements wird der Faktor Qualität nicht immer entsprechend berücksichtigt. Jedoch zählen neben den rein wirtschaftlichen Aspekten immer mehr die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Ähnlich wie in den USA, sind dafür auch bei uns qualitative Studien notwendig, um die Auswirkung von Qualität auf den Erfolg von Einrichtungen erkennbar zu machen. Erst die Beweisführung durch repräsentative Studien führte hier zum nachhaltigen Handeln. Die RN4CAST-Studie untersuchte, wie sich organisatorische Merkmale der Krankenhausversorgung auf die Ergebnisse bei der Patientenversorgung auswirken. In Deutschland wurde in der von der TU Berlin durchgeführten Pflegestudie RN4CAST – *Registered Nurse Forecasting* (https://www.mig.tu-berlin.de/menu/research/abgeschlossene_projekte/rn4cast/) unter anderem bestätigt, dass sich die Ergebnisse der pflegerischen Versorgung durch die steigende Unzufriedenheit des Pflegepersonals verschlechtert haben. Etablierte Picker-Befragungen (BQS- Institut für Qualität und Patientensicherheit) liefern Daten, die die Perspektiven der unterschiedlichen Stakeholder im pflegerischen Versorgungsprozess und den Einfluss der Pflege zur Weiterentwicklung der Qualität in Beziehung setzen.

In Zeiten der Coronapandemie wird immer deutlicher, dass zur Bewältigung der Arbeit in der Pflege und zur Erhaltung der Pflegequalität mehr Pflegepersonal erforderlich ist. Hierzu wird sowohl von Seiten der Regierung als auch von Seiten der deutschen Krankenhausgesellschaften mehr Pflegepersonal gefordert. Dieser Ansatz ist eine Erkenntnis, die lediglich erst seit Jahren bekannt ist. Letztendlich stellt sich jedoch die Frage, wo dieses Personal herkommen könnte, da der deutsche Markt an dieser Stelle leer ist. In einer Antwort des Spitzenverbandes der Kassen wurden hierzu die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes bis auf weiteres ausgesetzt, um den Personalmangel so ein wenig zu lindern. Gleichzeitig wurde die Personaluntergrenze vorübergehend ausgesetzt, die jedoch die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten stark einschränkt. Aus diesem Grund liegen zurzeit weder positive, noch negative Ergebnisse zur Patientenversorgungsqualität vor.

5. Überprüfung der Hypothese

In diesem Kapitel sollen die Hypothesen überprüft werden, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Dissertation formuliert wurden.

H1: Die Mitarbeiterzufriedenheit steigt.

Hypothese 1 kann klar bestätigt werden. In den USA ist klar belegt, dass die Umsetzung des Magnetmodells Auswirkung auf die Mitarbeiterzufriedenheit hat. Durch eine sehr hohe Fachkompetenz wird eine exzellente Pflege sichergestellt. Das wiederum trägt einer optimalen Patientenbetreuung bei. Das Magnetmodell zeigt einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Anreizparametern auf der einen Seite und der medizinisch-pflegerischen Qualität und Patientenzufriedenheit auf der anderen Seite. Aufgrund der abgestimmten Versorgungsprozesse des Patienten und durch innovatives Denken steigt die Mitarbeiterzufriedenheit, da Mitarbeiter aktiv am Geschehen beteiligt sind und Einfluss auf das Arbeitsergebnis haben. Hierbei wird auch aufgezeigt, dass sich eine hohe Arbeitszufriedenheit positiv auf die Fluktuationsrate aller Mitarbeiter auswirkt. Auch im einzigen europäischen Magnethospital im belgischen Antwerpen konnte diese Aussage bestätigt werden. Hier wird vor allem der Bezug zur Akademisierung sowie der Fort- und Weiterbildung der Pflege ins Verhältnis zur Mitarbeiterzufriedenheit gesetzt. Es konnte festgestellt werden, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen einem höherem Bildungsstand, einer Zuordnung der Aufgabenfelder und der Mitarbeiterzufriedenheit gibt. In Deutschland selbst gibt es noch kein zertifiziertes Magnetkrankenhaus. In den Kliniken, in denen Parameter des Magnetkonzeptes bereits angewandt werden, konnte jedoch eine erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit festgestellt und dokumentiert werden. Hierbei beruht die Erkenntnis auf den Grundlagen, dass organisatorische und personelle Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die dem Nutzereffekt der Magnetkliniken sehr nahekommen.

H2: Der Bildungs- und Ausbildungsstand verbessert sich.

Auch Hypothese 2 kann - zumindest teilweise - bestätigt werden. In den USA belegen mehrere aufgezeigte Studien, dass sich sowohl der Bildungs-, als auch der Ausbildungsstand nach der Ausrichtung des Magnetmodells signifikant verbessert haben. Dabei wurde festgestellt, dass Pflegekräfte mit einer akademischen Ausbildung bessere pflegerische Ergebnisse in der Versorgung aufweisen. Im europäischen Klinikum konnte diese Erkenntnis aus den USA ebenfalls wissenschaftlich belegt werden. Jedoch kann hier nur auf das Antwerpener Klinikum, welches einen Magnetstatus besitzt, zurückgegriffen werden. Demnach können Veränderungen zu anderen Kliniken hier nur vermutet werden. In Deutschland gibt es nur zwei Kliniken, die einen verbesserten Bildungs- und Ausbildungsstand nachweisen können. Jedoch handelt es sich bei diesen Kliniken nicht um Magnetspitäler. Bislang werden hier nur einige Magnet-Parameter in der Praxis angewendet. Es kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass der Bedarf an qualifiziertem und akademisch ausgebildetem

Pflegepersonal sehr wohl impliziert ist, jedoch die Veränderungsprozesse noch eines Entwicklungskonzepts bedürfen. Des Weiteren kann keine direkte Vergleichbarkeit der Ausbildungsparameter mit dem europäischen Ausland oder den USA gesichert werden. Weiterqualifizierungen und Fachweiterbildungen werden in der EU und im Ausland auf akademischem Niveau angesiedelt, wohingegen in Deutschland dies aktuell nur sehr selten möglich ist.

H3: Das Patienten-Outcome zeigt im Benchmark bessere Ergebnisse.

Hypothese 3 kann sowohl in den USA, als auch in Europa bestätigt werden. Aufgrund der Ergebnisse wird deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsstand, Mitarbeiterzufriedenheit und Patienten-Outcome besteht. Die Pflegequalität wird gemessen, indem die Parameter Infektionsrate, Stürze und Druckulcera Benchmark bessere Ergebnisse indizieren. Auch Indikatoren wie Mortalität und Morbidität weisen im Vergleich bessere Zahlen auf. Lediglich in Deutschland verschlechtert sich laut mehrerer Studien das allgemeine Patienten-Outcome. Die wenig vorhandenen Studien geben nur einen Hinweis darauf, dass eine gute Patientenversorgung aktuell nicht immer gewährleistet werden kann. Dies kann unter Umständen auf die aktuelle Pflegekraft-Situation zurückgeführt werden, deren „Schwachstellen“ speziell in diesem Jahr verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt sind. Auch konnte festgestellt werden, dass eine verbesserte Pflegequalität nur erfolgen kann, wenn hierzu die finanziellen und personellen Ressourcen geschaffen werden. Benchmark-Zahlen zu Kliniken mit Magnetansatz in Bezug zu anderen Kliniken konnten daher nicht nachgewiesen werden, da es hierzu noch keine gesicherten Studien gibt.

6. Zwischenfazit

Die Forschungsfragen beziehen sich alle auf das in den USA entwickelte Magnetmodell. Zu diesem Zweck wurde dieses Modell in den drei geographischen Bereichen USA, Europa und Deutschland verglichen. Im Rahmen der Dissertation wurde im ersten Teil versucht, den Nutzen von Magnetkrankenhäusern mittels Literaturrecherche zu ermitteln. Zahlreiche Studienergebnisse schreiben dem Magnetkonzept positive Auswirkungen zu. Dieses hat sich in einigen Ländern bewährt, um Mitarbeiter- und Patientenergebnisse zu verbessern, sowie dem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken. Gegenüber herkömmlichen Krankenhäusern zeigen sich ein besserer Personalzulauf und eine geringere Fluktuationsrate. Das Pflegepersonal profitiert unter anderem vom guten Arbeitsumfeld, einer guten Ausbildung, der guten Unterstützung seitens des Managements und der hohen Autonomie. Dies zeigt sich in Form von hoher Mitarbeiterzufriedenheit. Schließlich zeigen sich auch Vorteile für die Patienten/Patientinnen, wie zum Beispiel eine geringere Patientenmortalität, weniger postoperative Komplikationen und eine kürzere Aufenthaltsdauer. Geht man der Frage nach, ob die im Begriff „Magnet-Konzept“ enthaltenen Parameter einer qualitativ guten Pflege, des effektiven Personaleinsatzes und der hohen Arbeitszufriedenheit eine universelle Relevanz haben und zu einer Verbesserung der Pflegesituation beitragen, stellt man fest, dass es bisher trotz erster Studien keine aussagekräftige, belastbare Bestandsaufnahme in Deutschland gibt. Es gibt keine grundsätzliche Dokumentation darüber, dass durch eine veränderte Arbeitssituation exzellente Patientenergebnisse oder eine hohe Zufriedenheit der Pflegefachpersonen in Deutschland erzielt wurden. Wohl aber gibt es viele Best-Practice-Beispiele aus einzelnen Einrichtungen, die einen eindeutigen Zusammenhang herstellen. In einzelnen Verbänden lassen sich Vergleiche zwischen den zugehörigen Kliniken und Einrichtungen anstellen (Benchmark), beispielsweise zur kritischen Überprüfung der eigenen Ablaufsystematik, einer konsequenten Personalentwicklung oder der professionellen Vermarktung einzelner Dienstleistungen nach innen und außen. Im Ergebnis werden in Deutschland viele Einzelprojekte zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege initiiert (Van Aken & Van Heusden, 2019, S. 10f.)

7. Implementierung von Magnetparametern in die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie

7.1 Vorstellungen des Maßregelvollzugs des Saarlandes

Forensische Psychiatrie in der engeren Bedeutung beschäftigt sich mit den Fragen, die von Gerichten und Behörden an Psychiater gestellt werden. In einem weiteren Sinne deckt das Fach jenen ausgedehnten Überlappungsbereich zwischen Recht und Psychiatrie ab, der sich sowohl aus den rechtlichen Problemen im Umgang mit psychisch Kranken und Gestörten für Ärzte, Gerichte und Behörden ergibt, als auch aus den medizinischen und psychologischen Problemen dieser Menschen bezüglich ihrer Fähigkeit zu rechtsrelevantem Handeln. Die forensische Psychiatrie ist nach heutigem Verständnis ein Spezialgebiet der Psychiatrie, welches sich mit den fachspezifischen Begutachtungsfragen und mit der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher befasst. „Forensisch“, vom lateinischen „Forum“ (der Platz, das Theater, das Gericht), bezieht sich im weitesten Sinn auf die Anwendung einer Wissenschaft zur Beantwortung von gerichtlichen Fragen. „Forensisch“ ersetzt somit den deutschen Begriff „Gerichts-“ oder „Rechts-“ in den jeweils zusammengesetzten Wörtern wie Gerichtsmedizin, Rechtsmedizin und gerichtliche Psychiatrie. Der Maßregelvollzug ist eine staatliche Aufgabe. Bereits vor der Föderalismusreform von 2006, die den Ländern unter anderem die alleinige Zuständigkeit für die Strafvollzugsgesetzgebung übertrug, richtete sich der Vollzug von Unterbringung in einem psychischen Krankenhaus (Forensik) und in einer Entziehungsanstalt gemäß §138 des Strafvollzugsgesetzes nach den gesetzlichen Regeln der Länder (Müller-Isberner, Born, & Eucker, 2017, S. 603).

Die Bundesländer haben ihren gesetzlichen Auftrag recht unterschiedlich umgesetzt. Sie beschritten verschiedene Wege, um die Trägerschaft von Maßregelvollzugseinrichtungen zu organisieren. Deshalb blicken wir heute auf ein sehr heterogenes Bild der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Aufgaben des Maßregelvollzugs in Deutschland.

Die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (im Folgenden auch als SKFP abgekürzt) Merzig ist die Maßregelvollzugseinrichtung des Saarlandes mit zurzeit 125 Patienten in vollstationärer Behandlung. Ihre Aufgabe besteht in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher, die auf Grundlage der §§ 126a, 81, 453cStrafprozessordnung bzw. der §§ 63, 64 und 67h Strafgesetzbuch untergebracht sind. Zudem werden in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie psychisch kranke Untersuchungs- bzw. Strafgefangene der saarländischen Justizvollzugsanstalten behandelt. Das Spektrum der Diagnosen umfasst alle Störungen im Gebiet der Psychiatrie. Die Schwerpunkte liegen bei Patienten mit psychotischen Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen,

Minderbegabungen und geriatrischen bzw. hirnganischen Krankheitsbildern. Die Einrichtung liegt in der Trägerschaft des Justizministeriums.

7.2 Problembeschreibung

In der Vergangenheit haben sowohl die therapeutischen Aufwendungen, die aufgrund evidenzbasierender Forschung eingeführt wurden, als auch die Belastung für das Personal extrem zugenommen. Nach Sichtung des Zahlenwerks ist zu vermerken, dass die kontinuierliche Zunahme von Patienten und der Anstieg der Schwere der Erkrankung der Patienten das Personal vor immer größere Herausforderungen stellt. Hieraus ergibt sich, dass der Bedarf an mehr Fachpersonal sowie die Investition in geeignete Räumlichkeiten von enormer Wichtigkeit sind. Aufgrund der zunehmenden Arbeitsbelastung werden Mitarbeiter diesem Bereich der Psychiatrie immer öfter den Rücken kehren – und haben das bereits getan. Es ist auch in Zukunft zu befürchten, dass dieser Aderlass die Personalnot noch weiter verschärfen wird. Der Fachkräftemangel in einem solch sensiblen Arbeitsbereich hat Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung, die Sicherheit der Beschäftigten und letztlich auf die Öffentlichkeit. Aus diesem Grund besteht hier ein akuter Handlungsbedarf, um eine qualitativ hochwertige Behandlung und Pflege sicherzustellen und auch moderne Konzepte der Psychiatrie einzuführen.

7.3 Ausgangssituation

Beginnend im Jahr 2015 wurde die Anzahl der Pflegedienstmitarbeiter im Verhältnis zur Patientenzahl erhoben. Dies wurde bis ins Jahr 2020 weitergeführt. Dabei wurden auch die jeweiligen Berufsausbildungsstände und die dazugehörigen Fort- und Weiterbildungsqualifikationen dokumentiert und ausgewertet. Ziel dieses Prozesses war und ist es, zukünftig alle Qualifikationsniveaus in der Pflege in die Pflegepraxis zu integrieren. Des Weiteren sollen Pflegekräfte mit einem Bachelor- oder Masterabschluss in den Pflegedienst integriert werden. Allen Beteiligten war bewusst, dass die Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in die direkte Patientenversorgung zu vielfältigen Problemen führen kann. Ein erfolgter Paradigmenwechsel betrifft daher auch die Klinikleitung und die Trägerbehörde. Die Organisation der Pflege wurde strukturell umgebaut. Das neue Konzept der Pflege lässt ein klares Profil aller Pflegekräfte erkennen. Die Sicherstellung einer qualitativ hohen, evidenzbasierten Versorgung der Patienten, auch unter zukünftig schwereren Rahmenbedingungen, ist so möglich. Ziel der Umstrukturierungsmaßnahmen ist es, die pflegerische Versorgung in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie nachhaltig sicherzustellen – und zwar sowohl quantitativ, als auch qualitativ. Dabei soll eine gleichzeitige Entlastung des vorhandenen Personals

geschehen. Nicht alle Mitarbeiter hatten Verständnis für die notwendigen Veränderungen. Es gab Emigranten, die den Wandel ablehnten und das Unternehmen „innerlich“ oder konkret verlassen haben. Sie stellten das zu tolerierende Risikopotenzial dar, da es beim Start des Wandels nicht absehbar war, ob eine Kompensation fehlender Fachkräfte zeitnah erfolgen kann. Es gelang aber, alle Stellen, die seit Beginn des Prozesses durch ausgetretene Mitarbeiter frei geworden waren, durch neue Fachkräfte auszugleichen.

7.3.1 Datenerhebung

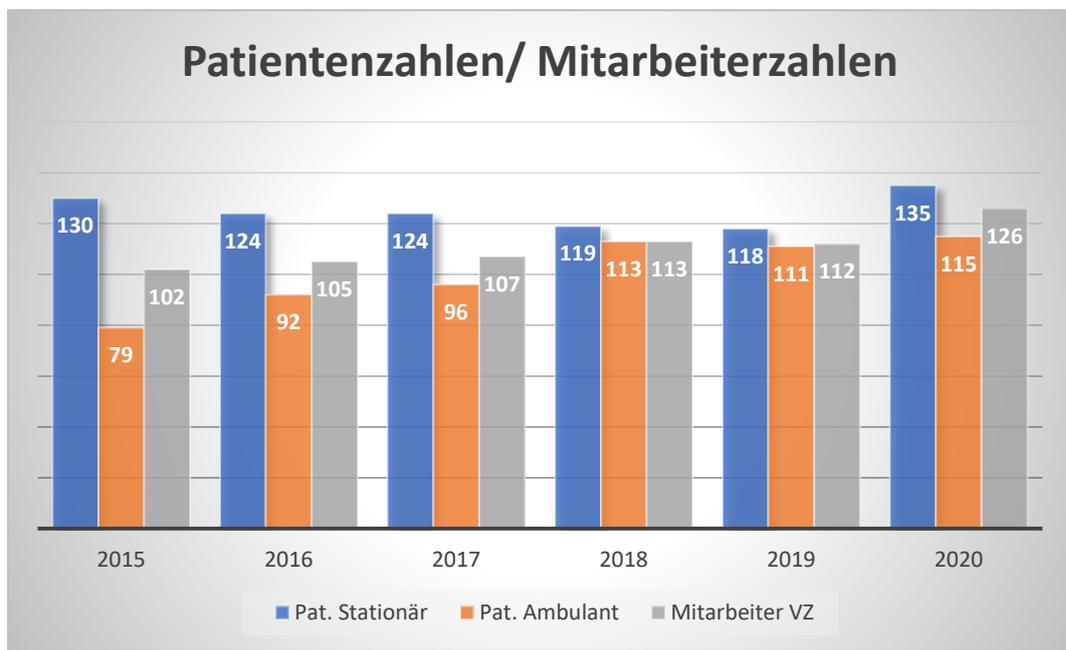
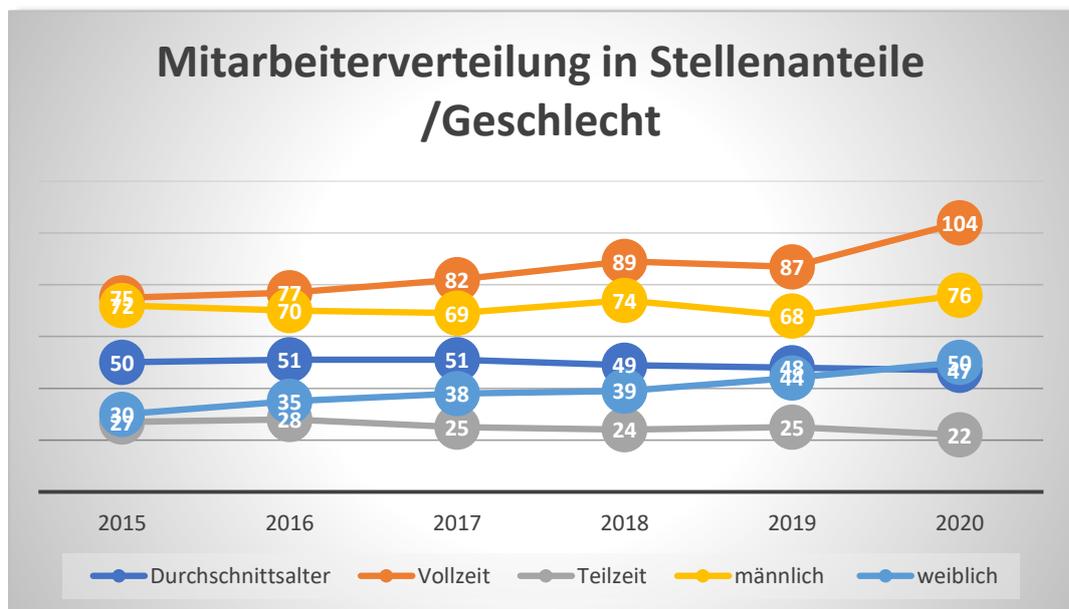


Abbildung 10: Patienten und Mitarbeiterzahlen.
Quelle: eigene Darstellung

Das Diagramm zeigt das Verhältnis von Patientenzahlen im ambulanten und stationären Setting im Verhältnis zu den durchschnittlichen Patientenzahlen. Hierbei ist zu erkennen, dass die Zahl der Patienten im stationären Setting vom Jahr 2015 bis ins Jahr 2019 von 130 auf 118 gesunken ist. Dies hatte somit auch eine Stationsschließung zur Folge. Im Jahr 2019 stiegen die Patientenzahlen von 118 Patienten auf 135 Patienten an. Aufgrund dessen wurde zum September erneut eine Station wiedereröffnet.

Im ambulanten Setting zeigt sich, dass die Patientenzahlen seit 2015 kontinuierlich angestiegen sind. Dies resultiert aus den stetig steigenden Entlassungszahlen aus dem stationären Bereich. Die Patienten verbleiben in der Regel meist fünf Jahre, und das unter Führungsaufsicht und somit in ambulanter Betreuung.

Im Verhältnis hierzu entwickelte sich die Anzahl der Mitarbeiter, in Vollzeitstellen angezeigt, in den Jahren 2015 bis 2020 kontinuierlich von 102 auf 126 Vollzeitstellen aufwärts. Trotz sinkender Patientenzahlen wurde die Mitarbeiteranzahl weiterhin ausgebaut. Mit der Eröffnung einer neuen Station kamen weitere 17 Vollzeitstellen für den Pflegedienst hinzu. Diese werden bis zum ersten Quartal 2021 alle besetzt sein.

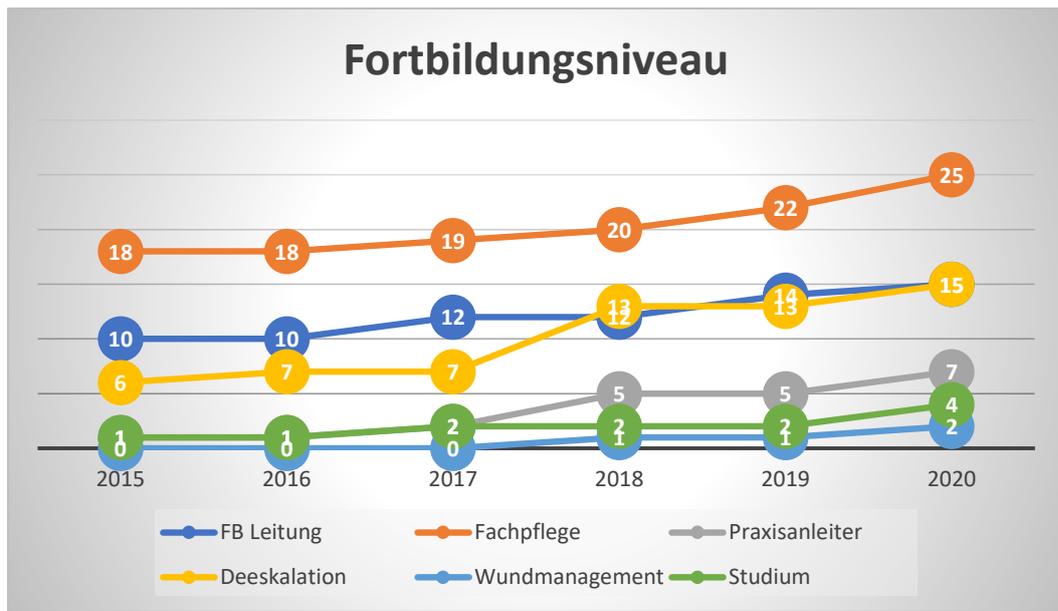


*Abbildung 11: Zuordnung der Mitarbeiter auf Stellenanteil und Geschlecht.
Quelle: eigene Darstellung*

Das vorliegende Diagramm gibt Auskunft über die Verteilung der Vollzeit- und Teilzeitkräfte und des Frauen- und Männeranteils. Hierbei wird erstmals deutlich, dass in einer Forensischen Klinik der Männeranteil doppelt so hoch ist, wie der Frauenanteil. Laut Statistischem Bundesamt liegt der Frauenanteil beim Gesundheitspersonal allgemein bei insgesamt 75,6 Prozent. (Statistisches Bundesamt, 2020). Es fällt auf, dass der Frauenanteil auch in der SKFP inzwischen kontinuierlich steigt. Dies liegt unter anderem daran, dass immer weniger männliche Bewerber zur Verfügung stehen, als in den Jahren davor.

Ebenfalls ersichtlich ist, dass der Anteil von Mitarbeitern in Vollzeit kontinuierlich ansteigt, der Anteil an Teilzeitbeschäftigten dagegen eine leichte Abwärtstendenz aufweist. Grund hierfür ist das Ausscheiden von Mitarbeitern, die in die Rente eingetreten sind, welche im Vorfeld nur noch in Teilzeit beschäftigt waren. Hierfür wurden dann zumeist jüngere Vollzeitbeschäftigte eingestellt.

Das Durchschnittsalter der Belegschaft zeigt einen leichten Rückgang. Das sinkende Durchschnittsalter kann darauf zurückgeführt werden, dass ältere Mitarbeiter ausgeschieden sind und vor allem jüngere eingestellt wurden. Lag das Durchschnittsalter im Jahr 2015 noch bei 50 Jahren, ist dies im Jahr 2020 auf 47 Jahre gesunken. Dabei kann festgehalten werden, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren weiterhin fortsetzen wird, da die Anzahl der Rentenfähigen in der Belegschaft weiterhin hoch ist.



*Abbildung 12: Qualifikationsniveau des Pflegedienstes.
Quelle: eigene Darstellung*

In den Jahren 2015 bis 2020 hat sich das Fort- und Weiterbildungsniveau in allen aufgezeigten Bereichen weiterentwickelt. Es ist zu erkennen, dass die Fachpflegekräfte von 18 Mitarbeitern im Jahr 2015 auf 25 Mitarbeiter im Jahr 2020 angewachsen sind. Auch eine Inhouse-Schulung zum Thema Deeskalation im Jahr 2017 sowie das Schulen von Mitarbeitern bei externen Veranstaltungen zeigt einen Aufwärtstrend.

Obwohl in der SKFP keine eigenen Schüler ausgebildet werden, wurden immer mehr Praxisanleiter in der Klinik eingestellt. Dieser Anstieg von einem Mitarbeiter bis nunmehr sieben Mitarbeitern wird dazu verwandt, um neues Pflegefachpersonal besser in der Klinik einzuarbeiten und die Einarbeitungstage vierteljährlich durchzuführen. Auch zum Erarbeiten von neuen Konzepten werden diese Mitarbeiter herangezogen.

Zudem wurden in der Klinik neue Fachdisziplinen etabliert. Hierzu zählt unter anderem der Bereich des Wundmanagements. Dieser wurde im Jahr 2017 zum ersten Mal implementiert und im Jahr 2020 durch eine externe Neueinstellung verstärkt. Weitere Disziplinen wie eine Diabetesfachkraft und Schmerztherapeuten werden im Jahr 2021 folgen.

In der Führungsebene ist über die Jahre gesehen ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Hierbei ist zu erkennen, dass das Bedürfnis danach, selbst führen zu wollen, in den letzten Jahren angestiegen ist. Das Bachelorstudium hat sich bis dato noch nicht durchgesetzt, was mit den hohen Kosten eines solchen Studiums zusammenhängt. Um diese Wissenslücke zu schließen, hat sich die Klinik dazu entschlossen, ab dem Jahr 2020 alle pflegerischen Leitungsfunktionen mit einem Bachelorstudium auszustatten und dieses zu finanzieren.

7.3.2 Interventionsmaßnahmen

Unter Intervention im Wirtschaftsbereich versteht man:

„Eine von außen initiierte Einflussnahme auf ein System, indem das für das System relevante Umfeld (Kontext) verändert wird. Das betroffene System (z.B. Mitarbeitende, Unternehmen) bestimmt die Bedeutung einer Intervention nach seinen internen Regeln und damit gemäß seiner Geschichte (z.B. der Unternehmenskultur)“. (Gabler Wirtschaftslexikon, 2020)

Die Interventionsmaßnahmen werden in der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie in drei unterschiedliche Bereiche eingeteilt: In die Organisationsstruktur, die Mitarbeiterzufriedenheit zur Mitarbeiterbindung und das Patienten-Outcome.

Organisationsstruktur

„Organisationsstrukturen bilden ein System von unbefristeten Regelungen für die Verteilung von Aufgaben auf organisatorische Einheiten und die Gestaltung der Handlungsbeziehungen zwischen den Organisationseinheiten, die das Verhalten der Organisationsmitglieder auf die übergeordneten Ziele der Organisation hin ausrichten soll. Sie geben einen groben Rahmen der Aufgabenerfüllung vor, der durch zusätzliche Instrumente weiter detailliert und durch die Aktivitäten der Handlungsträger ausgefüllt wird“. (Wortbedeutung, 2020)

Klinikleitbild:

Das Leitbild steht, wie im Magnetmodell angedacht, für eine vorbildliche professionelle Praxis. Zudem (s. Punkt 2 der Magnetkräfte) steht es für eine gute Organisationsstruktur und bildet somit die Voraussetzung für den Weg des Miteinanders, für gleiche Wertevorstellungen und eine gemeinsame Zukunftsausrichtung. Ein Unternehmensleitbild beschreibt das Selbstverständnis und die Grundsätze eines Unternehmens, wird schriftlich fixiert und richtet sich an die Mitarbeiter, die Kunden und die Öffentlichkeit. Somit fördert es die Beziehung zwischen Gemeinde und Einrichtung. Ziel ist es, das Vertrauen und die Kommunikation bei den Verantwortlichen zu verbessern und den Teamgeist und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern zu fördern. Die Werte und Visionen sollen sich im Arbeitsalltag wiederfinden, die Qualität der Führungskräfte wird in gemeinsamen Zielen und Werten nach innen und außen wirkungsvoller vertreten. Die Erarbeitung eines Klinikleitbildes durch eine Arbeitsgruppe wird dabei von der Klinikleitung initiiert. Besonders in Krankenhäusern ist ein solches Unternehmensleitbild von großer Bedeutung, da es sowohl den bestehenden, als auch den

zukünftigen Mitarbeitern eine Orientierungsmöglichkeit bietet. Die Vorgehensweise hierzu sieht vor, zunächst ein übergeordnetes Unternehmensleitbild zu schaffen, von welchem sich im Nachgang Leitlinien ableiten lassen, um somit die Qualität der Versorgung zu verbessern. Diese finden ihre Bedeutung in den einzelnen Berufsgruppen oder Stationen wieder, sodass sich alle Beteiligten mit den Leitlinien und demnach mit dem übergeordneten Leitbild identifizieren können. Hierzu bedarf es eines strukturierten Prozesses und einer guten Moderation, die die Beteiligten an das Thema heran- und zum fertigen Leitbild führt. Dabei ist es wichtig, dass die Leitbildentwicklung Respekt und Offenheit für alle multiprofessionellen Berufsgruppen zulässt. Inhalte und Formulierungen werden dabei von jeder Professur mitgetragen. Nur so bildet das Leitbild ein starkes Fundament für die Kliniken und stärkt zugleich das Leitbild-Team als Multiplikatoren in der Organisation.

Haus-, Stations- und Besucherordnung:

Im Anschluss an die Entwicklung eines Klinikleitbildes müssen alle relevanten Regeln in verschiedenen Organisationsstrukturen überarbeitet, neu aufgelegt und neu entworfen werden – auch, um ein geregeltes Miteinander in einer Institution zu gewährleisten. Hierzu werden aktuell verbindliche, mit den jeweils beteiligten Organisationseinheiten abgestimmte, Regularien festgelegt und von Mitgliedern der Klinikleitung freigegeben. Es ist wichtig, einzelne Abteilungen aktiv in das Geschehen miteinzubeziehen. Sowohl Inhalt, als auch Layout werden dabei von den Klinikmitarbeitern unter wissenschaftlich fundierten Vorgaben selbst erarbeitet und entworfen. Auch hier gilt: Wer sich selbst in ein Thema einbringen kann, wird sich auch in der Zukunft mit diesen Inhalten identifizieren können.

Ersatzneubau:

Durch die Entstehung eines neuen Stations- und eines Pfortengebäudes wird sowohl das Patienten-Outcome, als auch die Mitarbeiterbindung verbessert. Diese Gebäude wurden räumlich mit dem bestehenden Stationsgebäude zu einer Sicherheitseinheit zusammengefasst. Als aus drei Gebäuden bestehendes Zentrum, stellt der Stationsneubau mit seiner ressourcenschonenden Gesamtkonzeption eine Klinik der kurzen Wege dar und entspricht somit der Magnetphilosophie der neuesten wissenschaftlichen architektonischen Arbeitsweise. Dabei wird ein Bestandsgebäude durch einen viergeschossigen, langgestreckten Baukörper ersetzt und sorgt somit für kurze und effiziente Wege. Das neue Stationsgebäude bietet Platz für drei Stationen sowie für einen Therapiebereich. Hier werden psychisch kranke und suchtkranke Straftäter in 22 Einzel- und 27 Zweibettzimmern zur Behandlung und Sicherung untergebracht. Durch das durchdachte Raumkonzept werden sowohl eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit, als auch die Möglichkeit der Einzeltherapie geschaffen. Über eine Schleuse gelangt man in den geschützten Bereich der Stationen sowie direkt zu den Stützpunkten – ohne den Patientenbereich der Station betreten zu müssen. Durch seine zentrale Lage können vom Stützpunkt aus

alle Patientenflure eingesehen werden. Die so konzipierte Schleuse und der Stützpunkt haben einen enormen Einfluss auf die Sicherheit der Mitarbeiter. Auch der voll klimatisierte Personalaufenthaltsraum, die Medikamentenaufbereitung und die sanitären Einrichtungen der Mitarbeiter tragen zu einer besseren Mitarbeiterzufriedenheit bei. Im Zentrum des Gebäudes sind die Speiseräume, die Verteiler- und Therapieküche sowie ein Gruppentherapieaum angeordnet. Dieser Bereich dient als zentraler Treffpunkt für Patienten. Daran angrenzend liegt ein Kriseninterventionszimmer mit separatem Zugang und Dusche, welches Patienten in Krisensituationen Sicherheit und Raum zur Deeskalation bietet. Einmalig in Deutschland sind die in das Gebäude integrierten Freihöfe, die den Patienten einen gesicherten Zugang ermöglichen. Es ist an dieser Stelle wichtig zu erwähnen, dass die Freihöfe den Patienten die Möglichkeit bieten, circa 14 Stunden am Tag an der frischen Luft zu verbringen. Hiermit kann sich der Auftrag - nämlich den Schutz der Allgemeinheit und die Behandlung der Patienten zu gewährleisten - in einer besonderen Architektur optimal erfüllen und verschafft den Patienten ein höchstes Maß an Bewegungsfreiraum. An den Ersatzneubau schließt sich ein neues Parkdeck mit über 60 Parkmöglichkeiten sowie eine neue, abschließbare Fahrradgarage für die Mitarbeiter an. Diese befinden sich in unmittelbarer Nähe der Arbeitsstätte, stehen allen Mitarbeitern zur kostenlosen Nutzung zur Verfügung und sind somit im Interesse der Belegschaft.

Neuanschaffungen:

Saubere Arbeitskleidung ist nicht nur eine Frage des gepflegten Äußeren, sondern auch ein Eckpfeiler eines funktionierenden Hygienemanagements. Per Standard wurden die wichtigsten Regelungen verbindlich festgelegt und gehören somit zu den Inhalten professioneller Pflegemodelle. Aus diesem Grund muss für den Pflegedienst, den ärztlichen Dienst, die Technik, den Therapiebereich und den Hauswirtschaftsdienst nach hygienischen und Arbeitssicherheitsrichtlinien Arbeitskleidung bereitgestellt werden. Hierdurch macht der Mitarbeiter einen gepflegten optischen Eindruck, ist durch sein äußeres Erscheinungsbild als Angestellter der Klinik zu erkennen und entspricht darüber hinaus den in den Magnetkräften geforderten personalpolitischen Vorgaben. Eine Keimverschleppung innerhalb der Einrichtung und im privaten Umfeld der Mitarbeiter wird hierdurch vermieden. Zum Bereich „neues Wissen generieren sowie Innovationen und Verbesserung im Magnetmodell“ zählen beispielsweise die Anschaffung einer Aufsitzreinigungsmaschine, sowie mehrer manuelle elektrische Reinigungsmaschinen. Anstelle einer manuellen Reinigung mit einem Feuchtwischgerät kann so ressourcenschonend und effektiver gearbeitet werden. Auch Wasserersparnis, bessere Reinigungsergebnisse und eine Arbeitserleichterung für die Mitarbeiter tragen hier zu einer qualitativ und quantitativ optimierten Versorgung bei. Selbstverständlich entsprechen Inventar und Mobiliar dem neuesten Stand der Physiologie und Technik.

Digitalisierung:

Eine weitere Herausforderung im Klinikalltag stellt die fehlende Zeit dar. Grund hierfür ist eine immer größer werdende Last an Aufgaben, die auf immer weniger Schultern verteilt werden muss. Bei der Lösung dieser Herausforderungen spielt die Digitalisierung eine wichtige Rolle. Die Umstellung des Bestellwesens von Apotheke, Verbrauchsmaterial und das Labormanagement auf ein digitales Medium entspricht somit dem im Magnetmodell geforderten strukturellen Empowerment. Weitere Maßnahmen zur Digitalisierung, wie beispielsweise ein elektronisches Besuchermanagement und ein neues Dienstplanprogramm mit Schnittstelle zur Lohnbuchhaltung und jedem einzelnen Mitarbeiter sowie eine digitale Dokumentation entlang der Phasen des Pflegeprozesses in Form einer elektronischen Patientenakte beziehen hier verschieden Magnetkräfte mit ein. In diesem Bereich stehen die Magnetkräfte Professionelle Entwicklung, Qualitätsverbesserung und interdisziplinäre Beziehungen im Vordergrund. Hierzu liegen bereits konkrete Planungsszenarien zur Weiterentwicklung vor.

Fort- und Weiterbildungen:

Zum Thema Pflege und Lehre der Magnetkräfte werden Pflichtfortbildungen in Hygiene, Brandschutz und Arbeitsschutz in allen Arbeitsbereichen verpflichtend ausgerichtet. Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Erste Hilfe müssen alle Mitarbeiter aus dem nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Dienst in einem Rhythmus von zwei Jahren als Inhouse-Schulung besuchen. Alle Ärzte und der Pflegedienst sind verpflichtet, eine halbtägige Reanimationsschulung zu absolvieren. Pflegefachkräfte für Psychiatrie, Wundmanager, Diabetesfachkräfte, Deeskalationstrainer und Praxisanleiter werden vermehrt ausgebildet und eingesetzt. Hierdurch wird eine bessere Versorgungsqualität gewährleistet. Auch das Image des Pflegedienstes wird durch eine größere Fachlichkeit verbessert und fördert somit eine professionelle Weiterentwicklung. Zur Stärkung der pflegerischen Führungsebene wird das mittlere Pflegemanagement auf ein akademisches Niveau angehoben. Hierzu besteht eine Kooperation mit einer Fernhochschule, um die Pflegeführung in der Fachlichkeit Managementstile und Qualität der pflegerischen Führung besser aufzustellen. Zur besseren Vernetzung im interdisziplinären Team muss nicht nur die pflegerische Leitung auf ein akademisches Niveau gehoben werden, sondern auch die Bereiche Begleit- und Sicherungs- sowie der Hauswirtschaftsdienst. Diesen Bereichen muss eine eigene Teamleitung zugeordnet werden. Dies trägt zur besseren Kommunikation unter den verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen bei und dient der interdisziplinären Beziehung. Organisation, Bezahlung und Freistellung der Mitarbeiter werden dabei immer von der Institution getragen.

Personalstruktur

„Die Personalstruktur umfasst die qualitative und quantitative Zusammensetzung der Belegschaft.“ (Wucknitz, 2009, S. 74)

Diese schon im Vorfeld beschriebene Personalstruktur wird im weiteren Verlauf wertgeschätzt und durch die folgenden Maßnahmen unterstützt.

Mitarbeitergespräche:

Mitarbeitergespräche sind ein wichtiger Bestandteil einer qualitativ guten Personalführung. Aus diesem Grund wurden 2017 verpflichtend regelmäßige Mitarbeiterjahresgespräche für eine erfolgreiche Zusammenarbeit eingeführt. Ziel von Mitarbeitergesprächen ist, das Fähigkeits-, Leistungs- und Persönlichkeitspotenzial im Interesse der Beschäftigten und im Interesse eines Unternehmens zur Geltung zu bringen. Die Einführung fand in Projektgruppen statt, in der alle Hierarchieebenen und interdisziplinären Gruppen eingebunden wurden. Durch externe Berater wurde dieses Projekt in der Einrichtung implementiert. Hierbei gehört die Schulung der Führungsebene in der effektiven Durchführung dieser Gespräche zur transformativen Führung im Magnetmodell. Im Anschluss an die Schulung der Führungskräfte werden Mitarbeiter durch das externe Unternehmen über den Sinn, die Chancen, die Formalia und den Nutzen für alle Beteiligten informiert. Sowohl den Führungskräften, als auch den Beschäftigten, wird anhand eines Gesprächsleitfadens die Möglichkeit gegeben, sich auf das Gespräch professionell vorzubereiten. Ziel ist es, ein offenes und vertrauensvolles Miteinander zwischen Führungskräften und Beschäftigten zu erwirken, was zu einer Verbesserung von Arbeitsumfeld und Arbeitsklima beiträgt. Auch fördert diese leitungsgerechte Maßnahme die Fähigkeiten und Qualifikationsmöglichkeiten im Unternehmen.

Supervision:

Als eine der ersten Antworten bzw. Ergebnisse auf die Mitarbeiterjahresgespräche konnte ein Supervisionsbedarf herausgearbeitet werden. Viele Mitarbeiter benötigen Unterstützung in der Verarbeitung ihrer Tätigkeit mit teils gewalttätigen Straftätern. Vor allem die interdisziplinäre Arbeit in multiprofessionellen Teams steht hierbei mehrfach im Fokus. In einer Supervision stehen häufig Fragestellungen im Mittelpunkt, die die Kommunikation im weiteren Sinne betreffen. Besonders gilt das für die Supervisionsarbeit in psychosozialen Organisationen, wie einer Forensischen Klinik. Aus diesem Anlass finden seit 2017 verschiedene Formen von Supervisionen statt, um das empirische Outcome zu verbessern. Mit einer externen Supervisorin wurde ein wertvolles Bindeglied zwischen Mitarbeitern, Patienten und Führungsebene etabliert. Die Supervisionsangebote finden in einem vierzehntägigen Rhythmus statt und stehen allen Mitarbeitern und Berufsgruppen zur Verfügung. Auch

die Führungsebene ist in diese Verfahren mit einbezogen, um so eine transformative Führung zu lernen und umzusetzen. Hierbei werden verschiedene Formen der Supervision angeboten – Einzelsupervision, Teamsupervision, Fallsupervision in der Gruppe, Reflexion von Praxisfällen und Reflexion der Arbeitsbeziehungen. Somit bietet die Supervision die Möglichkeit, innerhalb der Gespräche selbst einen Großteil der Faktoren, die zu einer Krise, einer kritischen Entwicklung oder einem Problem beitragen, zu erkennen, anzusprechen und zu verändern.

Mitarbeiter Einarbeitungskonzept/Patensystem:

In Zeiten des Fachkräftemangels sind alle Kliniken darauf bedacht, Mitarbeiter an sich zu binden. Mit einem klar definierten Einarbeitungskonzept trägt die SKFP seit 2018 dazu bei, dass sich neue Kollegen schnell an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen und produktiv arbeiten können. Mit der Einarbeitung neuer Mitarbeiter - auch Onboarding genannt - verfolgt das Unternehmen gleich mehrere Ziele. Der Hauptzweck ist natürlich, der Neueinstellung die Nervosität zu nehmen sowie ihr zu ermöglichen, zügig und souverän alle erforderlichen Aufgaben zu erledigen und die volle Leistungskraft zu erreichen. Ein weiterer (oft unterschätzter) Zweck ist, den neuen Mitarbeiter sprichwörtlich „an Bord“ zu nehmen. Hierbei geht es um eine strukturierte, systematische Integration in die bestehenden Teams. Dies reduziert mögliche Konflikte, Missverständnisse und Störungen im Arbeitsablauf und stärkt somit die Qualität der Versorgung. Damit der Onboarding-Prozess erfolgreich vonstattengehen kann, wird hierbei ein Patensystem eingeführt. Der Pate macht den neuen Mitarbeiter mit der Abteilungs- und Betriebsorganisation, mit formellen und informellen Regeln sowie den räumlichen Gegebenheiten anhand einer Checkliste im Unternehmen vertraut. Durch diesen offiziellen Patenstatus erhält der neue Mitarbeiter das Gefühl, dass er den Pate durch seine Fragen weder stört, noch von der Arbeit abhält. Auch bei fachlichen und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten ist der Pate der erste Ansprechpartner. Somit wird auch der Autonomie der einzelnen Disziplinen gemäß des Magnetvorbildes Rechnung getragen.

Einarbeitungstag:

Als Zeichen der Willkommenskultur findet im Rahmen der Personalpolitik seit 2019 vierteljährlich eine Begrüßungsveranstaltung für alle neuen Mitarbeiter statt. Die neuen Mitarbeiter werden dazu persönlich eingeladen. Ziel des Personalprogramms ist es, den neuen Mitarbeitern einen Einblick in wichtige Themen und zentrale Abläufe der Klinik zu ermöglichen. Die neuen Beschäftigten werden unter anderem über sicherheitsrelevantes Verhalten, Nähe Distanz, Paragraphen und Brandschutz in Kenntnis gesetzt. Auch bietet sie eine Plattform, bei der eine Vernetzung mit anderen Kollegen stattfindet und das Identitätsgefühl zur Klinik gestärkt wird.

Verfahrensanweisungen:

Seit 2013 gibt es das Bestreben, anhand eines Qualitätsmanagements-Systems einen Verfahrenskatalog zu erstellen. Diese Arbeit wurde 2015 aus Personalgründen reingestellt. Zur allgemeinen Handlungssicherheit war es jedoch wichtig, diesen Prozess ab dem Jahr 2016 erneut wiederaufzunehmen. Die vorhandenen Verfahrensanweisungen werden im Hinblick auf ihre Eignung, ihre Praktikabilität und ihre Wirksamkeit überprüft und optimiert. Verschiedene Verfahrensanweisungen bedurften der Überarbeitung und der Anpassung an neue Gegebenheiten. Auch neue Verfahrensanweisungen zu den Themen Geiselnahme, Sicherheit und Umgang miteinander wurden in verschiedenen Arbeitsgruppen von den damit arbeitenden Mitarbeitern unter Anleitung einer erfahrenen Fachkraft erarbeitet und umgesetzt. Dies setzte eine Veränderung im Qualitätsdenken im Rahmen des Magnetmodells voraus.

Weiterbildung:

Weiterbildung ist für alle Menschen wichtig, die sich beruflich und in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln möchten. Denn nur, wer unter anderem in Sachen Sprachen, technischer Fortschritt, Rhetorik und Persönlichkeit auf dem aktuellen Stand ist, kann sich in der Arbeitswelt behaupten. Aus diesem Grund wird größter Wert auf Fachlichkeit und Professionalität gelegt. Im Bereich des Pflegedienstes wird seit Jahren die Fachpflege für Psychiatrie und die Ausbildung der Führungskräfte in der SKFP mit einer Qualifikation zur Stationsleitung gefordert und gefördert (s. auch Abb.12) Dieses Portfolio wird seit 2015 um weitere Eckpunkte wie Praxisanleiter, Wundmanager, Diabetesfachkräfte und Musiktherapeuten durch Ausbildung erweitert. Die Ausbildungsplätze zur Fachpflege Psychiatrie werden zudem ausgeweitet. Hierzu wurde 2020 die Pflegerische Führungsebene auf Bachelorniveau angehoben und ein Kooperationsvertrag mit einer Fernhochschule eingegangen, um entsprechende Strukturen zu schaffen. Dies stellt ein weiteres Merkmal des Magnetmodells da, welches sich für einen hohen Prozentsatz an akademischem Pflegepersonal ausspricht. Hierfür steht der Klinik ein Fort- und Weiterbildungsbudget zur Verfügung. Die Ausgaben für Fort- und Weiterbildung amortisieren sich im Laufe der Zeit, da mit dem neu erworbenen Wissen und einer neuen Qualifikation die Arbeit effizienter und professioneller wird und im Magnetmodell unter dem Thema neues Wissen, Innovation und Verbesserung zu verbuchen ist.

Neue Berufsgruppen:

Um den Pflegedienst zu entlasten, wird im Unternehmen auf niederschwellige Verfahren gesetzt. Da es in der Pflege bei Arbeitsausfällen immer wieder zu Engpässen kommt, wird das Fachwissen von älteren, sich schon in Rente befindenden Mitarbeitern wiederhergestellt. So soll eine Mindestbesetzung sichergestellt werden, um die Personalressourcen zu schonen. Hierbei konnten erfahrene Mitarbeiter

gewonnen werden, die in diesen Fällen den Stationsdienst auf Honorarbasis wieder versehen. Somit reduziert sich die Arbeitsbelastung der festangestellten Mitarbeiter durch das stetige Einspringen enorm. Zudem trägt die Schaffung von bis zu vier Stellen des Bundesfreiwilligen Dienstes zur Entlastung der Mitarbeiter bei. Die Bundesfreiwilligen-Dienstler verrichten Arbeiten, mit denen sonst der Pflegedienst belastet ist. Hierzu zählen Aufgaben wie Boten- und Postgänge, Ver- und Entsorgungsdienste, Mitarbeit im Therapeutischen Setting und Unterstützung bei Betreuungsaufgaben. Mitarbeiter werden somit als kostbares Gut wertgeschätzt und in ihrer professionellen Entwicklung gefördert.

Betriebsfeier:

Über das ganze Jahr verteilt stehen immer wieder zahlreiche Projekte auf dem Plan. Die Verwirklichung dieser Ideen setzt voraus, dass alle Mitarbeiter an einem Strang ziehen. Niemand verliert die Ziele der Einrichtung aus dem Fokus und jeder weiß genau, welche Aufgaben er zu bewältigen hat. So erreichen die Mitarbeiter der Klinik im Rahmen der Qualitätsverbesserung immer wieder optimale Ergebnisse. Diese Tätigkeiten und Erfolge sind nicht selbstverständlich. Vielmehr ist es wichtig, den Mitarbeitern immer wieder vollen Respekt zu zollen und ihnen Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen. Dies geschieht in Form von Sommerfesten, Weihnachtsfeiern oder auch verschiedenen Ehrungen. Bei gutem Essen und guten Gesprächen können sich die Mitarbeiter und die Führungsetage(n) abseits von Büro und Station kennenlernen. Durch solche Veranstaltungen macht die Klinikspitze den Mitarbeitern klar, wie wichtig jeder einzelne für den Fortbestand des Unternehmens ist. Hierbei wird versucht, den Mitarbeitern etwas Gutes zu tun. Die Mitarbeiter fühlen sich- und damit auch ihre Arbeit - durch derartige Aufgaben wertgeschätzt, was wiederum zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit und zu einer besseren und höheren Mitarbeiterbindung führt.

Patienten-Outcome

„Der Patient Reported Outcome, kurz PRO, ist der Therapieerfolg (Outcome), der durch den Patienten selbst dokumentiert wird. Er steht im Gegensatz zur Dokumentation durch Behandler oder andere mit der Versorgung des Patienten beschäftigte Personen (z.B. Krankenpfleger).“ (DocCheck.com, 2020)

Die Patientenzufriedenheit ist ein weiterer Parameter, der für Magnetkrankenhäuser charakteristisch ist. Auch in der SKFP sind Voraussetzungen geschaffen worden und gegeben, die diese gewährleisten. Das Patienten-Outcome wird hierbei durch die folgenden Maßnahmen unterstützt und verbessert:

Neubau:

Der viergeschossige lange Baukörper mit Ost- und Westflügel besteht aus drei Stationen mit 27 Zwei- und sechs Einzelzimmern, welche den Patienten eine gute Möglichkeit für Privatsphäre bieten. Auch steht jedem Patienten ein eigenes Fernsehgerät zur Verfügung. Der Ausblick der Zimmer orientiert sich nach Südwesten mit optimalem Ausblick. Offene Freilichthöfe mit umlaufenden Betonsitzbänken und umschlossen mit vertikalen Lamellen in Blautönen geben Sicherheit, eine beruhigende, lichte Atmosphäre und zugleich den Blick in die Landschaft. Dies wirkt sich sehr positiv auf die psychische Situation der Patienten aus. Die Deckenöffnungen sind so gestaffelt, dass immer der Blick in den freien Himmel und in einen überdachten Bereich gewährt sind. In den Stationsmitten sind die Pflegestützpunkte, die Speiseräume, die Therapieküche sowie Gruppentherapieräume als zentraler Treffpunkt angeordnet. Dies bietet den Patienten ein gewisses Maß an Normalität. Glaswände bedeuten eine helle Transparenz und ein hohes Maß an Einsehbarkeit.

Medienwand:

Auch für Patienten, die eine Reizabschirmung benötigen oder aus Gründen von Fremd- oder Eigengefährdung isoliert werden müssen, wurde für Verbesserung gesorgt. Hierzu wurde eine Medienwand Cowin angeschafft. Die Medienwand ist ein interaktiver Bildschirm, welcher Personen in gesicherten Räumen neue Möglichkeiten bietet. Nebst Standardeinstellungen wie einer Uhr, einem Telefon zum Behandlungsteam und einer Ablendfunktion stehen dem Patienten verschiedene Applikationen zur Verfügung. Die Medienwand kann durch die Möglichkeit, mit dem Behandlungsteam oder zu Personen im eigenen Umfeld zu telefonieren, einerseits als Kommunikationsplattform genutzt werden. Andererseits stellt sie mittels verschiedenster Applikationen (Zeichnen, Spiele, Filme) eine Beschäftigungsform dar oder trägt zur Entspannung durch Entspannungsbilder und Musik bei. Neben Standardeinstellungen können persönliche Profile erstellt werden. Die Medienwand wird vom Behandlungsteam über einen stationären PC gesteuert und ist bruch- und wasserfest.

Neues Café:

Durch die Umstrukturierung der Gebäude wurden im Altbestand einige Räumlichkeiten frei. Hier wurde für die Patienten ein modernes und großzügiges Patientencafé errichtet. Dieses bietet den Patienten mehrmals wöchentlich die Möglichkeit, sich mit anderen Patienten auszutauschen, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen und Freizeitaktivitäten (wie Billard, Tischfußball oder Gesellschaftsspiele) zu spielen. Das fördert die Sozialkompetenz der Patienten und ist ein weiterer Schritt auf dem Weg in ein straffreies Leben.

8. Fazit

Zum besseren Verständnis der Implementierung von Magnetkomponenten wurden hier diverse Parameter, die maßgebend zur Entstehung der Magnetstrategie beitragen, verglichen. Hierbei wird klar, dass das Modell Magnetkrankenhaus nicht 1:1 in unser deutsches Gesundheitssystem übertragbar ist. Dennoch wird deutlich, an welchen Stellschrauben angesetzt werden muss, um eine Reform im deutschen Gesundheitssektor zu bewirken.

Im Bereich des Patienten-Outcome wird klar, dass es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit, Mitarbeiterbildung und Versorgungsqualität und somit auch zum Patienten-Outcome gibt. Je besser die Bildung des Pflegepersonals, desto größer der Handlungsspielraum und die Mitarbeiterzufriedenheit. Solche Zusammenhänge wurden ebenfalls in der SKFP erkannt und in Teilbereichen auch umgesetzt. Dies geschah durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Vertiefung der Fachlichkeit und hatte somit auch Auswirkung auf das Patienten-Outcome.

Die Magnetanerkennung oder analoge Zertifizierungen sind nicht unbedingt erforderlich, um die darin festgeschriebenen Konzepte der qualitativ guten Pflege, des effizienten Personaleinsatzes und der hohen Arbeitszufriedenheit zu erreichen. Krankenhäuser profitieren dennoch vom Konzept des Magnetstatus, auch ohne diesen offiziell zu erreichen. Das Magnetkonzept weist einige Prinzipien auf, die auf jede Klinik oder Einrichtung übertragbar sind. Dazu zählen zum Beispiel ein partizipativer Führungsstil, eine wertvolle Feedbackkultur und geeignete Fortbildungsmaßnahmen. Die Krankenhäuser können diese Grundsätze in ihre Philosophie einbetten. Dazu müssen von Seiten der Gesetzgebung entsprechende Rahmenbedingungen entwickelt werden, um das Modell Magnetkrankenhaus in Deutschland zu implementieren. Auch diese Rahmenbedingungen wurden in der SKFP von Grund auf neu aufgelegt. Durch die Schaffung von Klinikleitbild, verschiedensten Ordnungen und Arbeitskreisen wurde ein neuer Rahmen implementiert auf den weiter Strukturrelevanten Maßnahmen aufbauen können. Überdies erfordert es eine Weiterentwicklung und eine Korrektur der Organisations- und Personalkultur. Eine solche Umstrukturierung ist sehr kosten- und arbeitsintensiv. Ein Wandel kann nur zum Erfolg führen, wenn eine kreative Zusammenarbeit interdisziplinär entsteht und somit eine gute Kommunikationsbasis gegeben ist.

Auch die Führungsebene spielt bei der Mitarbeiterzufriedenheit und dem Patienten-Outcome eine sehr zentrale Rolle. Dabei konnte im Vergleich der Länder gezeigt werden, dass es in Deutschland noch ein weiter Weg sein wird, sich mit anderen Ländern ebenbürtig messen zu können. Hierbei spielt auch das akademische Niveau eine große Rolle. Dies wird aus diesem Grund in der SKFP für alle Führungspersonen in der Pflege gefordert und gefördert. Ein wichtiger Schritt, um sich auf Augenhöhe begegnen zu können. Auch trägt ein partizipativer Führungsstil zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit bei und somit auch zu einer geringeren Fluktuation des Personals.

Aufgrund dieser Veränderung steigt der Druck zur Forcierung von akademischen Ausbildungen im Bereich Gesundheit und Pflege in Deutschland weiter an. Veränderungen im Berufsfeld in Richtung Professionalisierung, Differenzierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung sowie Kompetenzänderung und -ausweitung, wie es in den USA und auch schon in den europäischen Ländern ist, tragen einen großen Teil dazu bei, um sich auf Augenhöhe mit anderen Berufsfeldern austauschen zu können. Zudem entsteht der Druck aus der Verpflichtung Deutschlands zur Umsetzung des Bologna-Prozesses und aus der Angleichung an internationale Ausbildungsstandards. Dabei gibt es immer noch Unterschiede in der Ausbildung und dem Tätigkeitsbereich der Pflege zwischen Deutschland, Europa und den USA. Pflegekräfte in den USA haben einen umfangreicheren Eigenverantwortlichkeitsbereich, als in Deutschland. Somit sei es dahingestellt, ob deutsche Pflegekräfte eine ausreichende Qualifikation mitbringen bzw. mitbringen müssen, um alle im Magnetkonzept vorgesehen Aufgaben verrichten zu können. Auf dem Weg zur Akademisierung des Pflegeberufes bedarf es jedoch einschneidender Strukturänderungen des bestehenden generalistischen Ausbildungssystems. Zwar gibt es in Deutschland bereits Pflegemanagement- und Pflegewissenschaftsstudiengänge, jedoch ist dies für die Praxis bei weitem nicht ausreichend. Gerade in der Kompetenz- und Verantwortlichkeitsfrage herrscht oft Unsicherheit.

Da es in Deutschland bereits einige Zertifizierungen, unter anderem ISO 9001 oder nach dem System von KTQ, der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen gibt, stellt sich die Frage, ob es das Magnetmodell überhaupt braucht. Der Vorteil des Magnetmodells ist vor allem die internationale Gültigkeit, da bereits in einigen Ländern Krankenhäuser als Magneten anerkannt wurden. Dies würde folglich sowohl einen nationalen, als auch einen internationalen Vergleich einzelner Krankenhäuser ermöglichen und somit zu mehr Transparenz führen. Ob das Konzept Magnetkrankenhaus also überhaupt auf Deutschland übertragbar ist, konnte mittels dieser Dissertation nicht geklärt werden. Jedoch kann festgehalten werden, dass eine einheitliche Bemessungsgrundlage im europäischen und auch im globalen Sinn von entscheidender Bedeutung wäre. Hierzu kann das Magnetmodell einen signifikanten Beitrag leisten.

9. Ausblicke

Retrospektiv betrachtet ist klargeworden, dass die Themen Pflegepersonal, Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit auf absehbare Zeit ein immer fortwährender wachsender Prozess sein werden – und das auch an der SKFP. Hierbei bedeutet jeglicher Stillstand gleichzeitig auch Rückschritt. In die Zukunft gerichtet, stehen mehrere Themengebiete an, die es zu bewältigen gilt. Zum einen muss die Digitalisierung im Pflegeprozess weiter ausgebaut werden. Dies wird bis in das Jahr 2025 fortgeschrieben und ist bis dahin zu implementieren. Durch einen Kooperationsvertrag mit der Hamburger Fernhochschule wird die Pflegerische Leitung auf das akademische Niveau eines Bachelors für diesen Bereich verpflichtend eingeführt und angewandt. Im Bereich bauliche Investition ist ein neues Ambulanz- und Reha-Gebäude geplant, sowie ein eventuell neues Haupthaus. Auch im Bereich Evaluation und dem Messen von Kennzahlen wird darüber nachgedacht, regelmäßig sowohl Patienten-, als auch Mitarbeiterbefragungen durchzuführen, um ein Besserungspotenzial erkennen zu können.

Auch wenn eine vollständige Magnet-Akkreditierung in der SKFP nicht möglich sein wird, wird man zumindest einige Aspekte des Konzeptes übernehmen, um eine Qualitätsverbesserung innerhalb des Unternehmens zu erzielen. Dieser Paradigmenwechsel bedeutet für die Führungsebene eine große Herausforderung. Zusätzlich ist zu eruieren, wie man den Pflegeberuf in der SKFP generell attraktiver gestalten kann, um auch weiterhin männliches Pflegepersonal gewinnen zu können, das ja in den letzten Jahren in seiner Zahl abgenommen hat. Bei der Realisierung von Veränderungsprozessen, sowohl in organisationalen, als auch in strukturellen Bereichen, ist es daher wichtig, das Personalmanagement ebenso zu überdenken. In Punkten, wie zum Beispiel der angemessenen Entlohnung des Personals und der Aus- und Weiterbildung, sind der Klinik oft die Hände gebunden. Hier ist weiterhin die Politik gefordert, die angemessenen Rahmenbedingungen zu schaffen, die auch über die Zeiten von Corona nicht nur eine Sonderzahlung beinhalten, sondern eine generelle Aufwertung des Berufsstandes. Gerade in den heutigen Zeiten, in denen die Bundesregierung durch Corona auf die Kostenbremse steigen muss, sind die Rahmenbedingungen denkbar schlecht. Aufgrund der demographischen Entwicklung und den damit einhergehenden Herausforderungen für das Gesundheitswesen sind strukturelle Veränderungen jedoch notwendiger, denn je. Hier ist die Politik gefragt, die nötigen rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Was die Ausbildung von Pflegekräften anbelangt, wäre zu überdenken, ob die generalistische Pflegeausbildung wirklich der Königsweg aus der Misere ist. Eine akademisch fundierte Pflegeausbildung, wie sie in weiten Teilen der Welt anzutreffen ist, wäre in Anbetracht der prekären Situation des Pflegemangels durchaus zu überdenken. Die akademische Ausbildung von Führungskräften hingegen ist in Deutschland glücklicherweise immer verbreiteter und bedarf nur noch etwas Zeit.

Wenn man sowohl die Ausbildung des Personals, als auch die der Führungskräfte auf ein akademisches Niveau anhebt, ergibt sich automatisch auch ein Umdenken in Bezug auf die Pflegequalität. Ein wissenschaftlicher Zugang zu Fachwissen ist die Grundvoraussetzung zu einer validierten und validen Arbeitsweise und beeinflusst somit auch das Patienten-Outcome.

Nicht nur in Zeiten von Corona muss erkannt werden, dass medizinisches Personal ein kostbares Gut ist. Speziell in diesen Zeiten wird es nur allen viel bewusster, wie wichtig dieser Beruf ist. Hierbei müssen nicht nur die Kliniken umdenken, sondern generell die Gesellschaft und die Politik.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H. (2002). Superior Outcomes for Magnet Hospitals: the evidence base. In M. L. McClure, & A. S. Hinshaw, *Magnet Hospitals revisited*. Washington D.C: American Nurses Association.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Siber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, no. 12, pp. 1617-1623.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, vol. 38, no. 5, pp. 223-229.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., & Diomidous, M. (2014). Nurse Staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Vol 383, No 9931, pp. 1824-1830.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Rn4cast Consortium. (2013). Nurse's reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, vol 50, no 2, pp. 143-153.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes in inpatient AIDS care. *Medical Care*, vol. 37, no. 8, pp. 760-772.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Medical Care*, vol. 32, no.8, pp. 771-787.
- aubi-plus, W. (2020, 10 20). www.aubi-plus.de. Retrieved from <https://www.aubi-plus.de/berufe/thema/pflegeberufe-37/>
- Bechtel, P., Smerdka-Arhelger, I., & Lipp, K. (2012). *Pflege im Wandel gestalten- Eine Führungsaufgabe*. Berlin: Springer.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Vewrsorgunsforschung*. Bern: Huber.
- BQS- Institut für Qualität und Patientensicherheit. (n.d.). Retrieved from <https://www.bqs.de/>
- Brandenburg, H., Panfil, E. M., & Mayer, H. (n.d.). *Pflegewissenschaft 2, Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (3. vollständig überarbeitete Auflage ed.). (B. Schrems, Ed.) Hogrefe.
- Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing healthcare environment. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, no. 1, pp. 100-108.
- Bundesgesundheitsministerium. (2019). Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/verbesserung-der-patientensicherheit.html>

- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (n.d.). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich* (Vol. 15). Retrieved from https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf
- Currie, E. &. (2012). What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *International Journal of Nursing Studies*, vol 49, No 9, pp. 1180-1189.
- Deutscher Pflegerat, 2. (2009). Erüchternde Bilanz. Arbeitsbedingungen in der Pflege unattraktiv für Schulabgänger. *Pflege Positionen (teilbeilage in Heilberufe)*.
- DocCheck.com. (2020, 10 22). Retrieved from <https://flexikon-mobile.doccheck.com/de/Patient%20Reported%20Outcome>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*(1). doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
- Drenkard, K. (2010). The business case for Magnet. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol 40, No 6, pp. 263-271.
- Drube, & Ingolf. (2019, 05). Neue Wege in der Pflege. *Health&Care Management*, pp. 26-29.
- Ebster, C., & Stalzer, L. (2002). *Wissenschaftliches Arbeiten für Human- und Sozialwissenschaftler*. Wien: UTB.
- Feuchtinger, J. (2010, 03 19). Das "Magnetkrankenhaus"- eine Perspektive für die Pflege? 17. *Düsseldorfer Symposium für Pflegenden*. .
- Feuchtinger, J. (2015). *rku.de*. Retrieved from https://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf
- Fribl, G. (2010). Anziehungspunkt Krankenhaus. *Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ*, vol. 51, no. 3, pp. 23-24.
- Friedrich, D., & Poigné, C. (2012). *Mitarbeiterbindung- Konzept der Magnethospitäler*. Springer.
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2020). Retrieved 07 20, 2020, from <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/intervention-40569/version-263950>
- Gerstner, A., Dohm, S., & Wilhelm, M. (2008). *Mitarbeiter und Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe* (1 ed.). (H. Schambortski, Ed.) Urban & Fischer/ Elsevier GmbH.
- Goldman, A. &. (2010). Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nursing Ethics*, vol 17, No 2, pp. 233-246.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., & Tackenberg, P. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa (Übersetzungen)*. Fachverlag NW in Carl Ed. Schünemann KG.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1984). Nursing staff turnover, stress, and satisfaction: Models, measures, and management. In H. H. Werley, & J. J. Fitzpatrick, *Annual Re-view of Nursing*

Research (pp. 133-153). Berlin, Heidelberg: Springer. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-662-40453-9_6

- Karagiannidis, C., Janssens, U., Krakau, M., Windisch, W., Welte, T., & Busse, R. (2020). Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft. *Dtsch Arztebl* 2020; 117(4): A 131–3(117), p. 4. Retrieved from *Dtsch Arztebl* 2020; 117(4): A 131–3: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212089/Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft>
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet and non magnet hospitals. *The journal of nursing administration*, vol. 41, no. 10, pp. 428-433.
- Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and Certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of critical care*, vol. 18, no. 2, pp. 106-113.
- Klinik Wissen Management*. (2017). Retrieved from <https://blog.klinik-wissen-managen.de/anziehend-fuer-pflegepersonal-magnetkrankenhaeuser/>
- Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse satisfaction and perceived productivity. *Nursing research*, vol. 23, no. 3. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2717441>
- Kraska, R. A., Weigand, M., & Geraedts, M. (2017). Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expectations*(4), pp. 593-600. doi:10.1111/hex.12485
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing research*, vol. 55, No. 1, pp. 1-9.
- Lake, E. T., Shang, J., Klaus, S., & Dunton, N. E. (2010). Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research in Nursing & Health*, no. 33, pp. 413-425.
- Lake, E. T., Staiger, D., Horbar, J., Cheung, R., Kenny, M. J., Patrick, T., & Rogowski, J. A. (2012). Association between hospital recognition for nursing excellence and outcomes of very low-birth-weight infants. *Jama, Journal of the American Medical Association*, vol. 307, no. 16, pp. 1709-1715.
- Lehwald, A. (2019). *Krankenpflege-Personal finden und binden: Wie Sie ein begehrter Arbeitsgeber werden. Die besten Strategien aus der Berater-Praxis (Pflegermanagement)*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. Retrieved from <http://bsimgx.schluetersche.de/upload6572488139736933317.pdf>
- Maucher, H. (2018). Pflege auf Augenhöhe. Zum Wohle des Patienten. *Unternehmen Sana*. Retrieved from <https://www.sana.de/unternehmen/medizin-und-pflege/pflege/pflegermanagerin-des-jahres>
- McClure, M., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M. A. (1983). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (1983). In M. McClure, & A. S. Hinshaw, *Magnet Hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses (2002)* (pp. 1-24).

- Minihuber, B. E. (2013). *Konzept Magnetkrankenhaus –Anwendbarkeit für Österreich? Herausforderungen für das Management*. Graz. Retrieved from Masterarbeit-Minihuber-Magnetkrankenhaus.pdf
- Monarch, K. (2002). Just what is a magnet hospital? And wh should I want to work in one? *New Mexico Nurse*, vol. 47, No. 3.
- Müller-Isberner, R., Born, P., & Eucker, S. (2017). *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (3., erweiterte und aktualisierte Auflage ed.). (Eusterschulte, B, Ed.) Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Panfil, E.-M., & Ivanovic, N. (2011). *Methodenpapier FIT-Nursing Care*. Forschungs-und IT-gestützte Expertennetzwerk-Plattform zur Unterstützung von Evidence-bases Nursing.
- Papst, I. (2009). Aushängeschild Magnet, Interview mit Dr. Johanna Feuchtinger. *CNE Magazin*, no. 2, pp. 12-15.
- Pawils, S., Trojan, A., Nickel, S., & Bleich, C. (2012). Kunden-beziehungsweise Patientenzufriedenheit, Ein geeignetes Steuerelement im Krankenhaus. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*(9), pp. 1183-1190. doi:10.10007/s00103-012-1534-z.
- Pearson, C. (1991). An assessment of extrinsic feedback on participation, role perceptions, motivation, and job satisfaction in a self managed system for monitoring group achievement. *Human relations*, vol 44, No5, pp. 517-537.
- Pflegemanagement, B. f. (2019, 7 12). *Bröschüre zur Exzellenz in der Pflege*. Retrieved from <https://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/544.html>
- Pflegestudium.de. (n.d.). Retrieved from https://www.pflegestudium.de/fileadmin/user_upload/Inhalte/pflegestudium.de/Pflege-Studieng%C3%A4nge_Deutschland_2016.pdf
- Price, S. L. (2009). Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of advanced nursing*, vol 65, No 1, pp. 11-19.
- proSenio. (2020). *Pflegebox*. (ProSenio, Editor) Retrieved 07 03, 2020, from <https://pflegebox.de/ratgeber/pflege/pflegenotstand-ursache-und-massnahmen/>
- Quizlet. (2018, März 20). Retrieved from <https://quizlet.com/10057096/untersuchungsdesigns-flash-cards/>
- Rappold, E. (2003). Vereinigte Staaten von Amerika: Ausländische Gesundheitssysteme im Überblick. *Österreichische Pflegezeitschrift*, vol. 3, no. 3, pp. 32-33.
- Redl, B. (2020, 04 04). *Der Standard, Wissen und Gesellschaft*. Retrieved from <https://www.derstandard.de/story/2000116235266/die-kollateralschaeden-bei-der-bekaempfung-der-corona-pandemie>
- Schmitz, M.-L. (2008). Zu Besuch in einem Magnet Krankenhaus. *Die Schwester/ Der Pfleger*, Ausgabe 12.

- Schünemann, H. (2009). Integrative Beurteilung der Evidenz im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol 103, No5.
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxmann, A. (2013). *GRADE Handbook- HAndbook for grading the quality of evidence and teh strenghts of recommendations using the GRADE approach*. online. Retrieved 09 15, 2020, from <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
- Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *JONA: Journal of Nursing Administration*, Vol 31, NO 4, pp. 210-216.
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Gesundheit/Gesundheitspersonal*. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html
- TU Dresden. (2012). Retrieved from in <https://tu-dresden.de/mn/psychologie/iaosp/wop/ressourcen/dateien/risiko/dateien/pflegepersonal.pdf?lang=de#page=31>
- Van Aken, P., & Van Heusden, D. (2019). Magnet Recognition for Antwerp University Hospital. *Broschüre: Exzellenz in der Pflege*, pp. 10-11. Retrieved from <https://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/544.html>
- Van der Heijden, B., Kümmerling, A., Van Dam, K., Van der Schoot, E., Estryn-Béhar, M., & Hasselhorn, H. M. (2010). The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary analysis of data from the NEXT survey. *International Journal of Nursing Studies*, vol 47, No 4, pp. 434-445.
- von Eiff, W. (2007). Hospital Branding: Von der Markenkultur zum Magnetkrankenhaus. In W. Eiff, & K. Stachel (Ed.), *Unternehmenskultur im Krankenhaus, Band 1 der Reihe Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen* (pp. 44-65). Gütersloh: BertelsmannStiftung.
- von Eiff, W. (2007). Hospital Branding: Von der Markenkultur zum Magnetkrankenhaus. pp. 44-64.
- Wagner, C. M. (2005). Is Your Nursing Staff Ready for Magnet Hospital Status?: An Application for the Revised Nursing Work Index. *Ne-vada RNformation – the official publication of Nevada Nurses Association*, vol. 14, No. 1, pp. 5-7. Retrieved 09 25, 2020, from <http://www.nursingald.com/Uploaded%5CNewsletterFiles%5CNV042005.pdf>
- Waldhausen, A., Sittermann-Brandsen, B., & Matarea-Türk, L. (2014). *(Alten)Pflegeausbildungen in Europa; Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU*. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa. Retrieved from https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/PflegeEU_Aug2014_01.pdf
- Wiskow, C., Albrecht, T., & De Pietro, C. (2010). *Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?* WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Wortbedeutung, O.-W. (2020, 10 22). *Wortbedeutung.info*. Retrieved from Organisationsstruktur:
<https://www.wortbedeutung.info/Organisationsstruktur/>

Wucknitz, U. D. (2009). *Handbuch Personalbewertung*. Schäffer-Poeschel Verlag.

Zander, B. (2017, 04 19). Warum wollen Krankenpflegefachkräfte ihre Arbeitsplätze verlassen und was kann das Krankenhausmanagement dagegen. *HeilberufeSCIENCE*(8), pp. 52-67.
Retrieved 07 23, 2020, from <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5af2b4eee58deb391ce9f436/download/Artikel%20Zander.pdf>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.:

418 anerkannte Magnethospitäler in USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Singapur, Libanon, Saudi-Arabien..... 18

Abbildung 2:

Magnet Recognition Programm Modell 21

Abbildung 3:

Beziehungszusammenhang Pflegepersonal zu Arzt; Management und Ressourcensituation..... 28

Abbildung 4:

Vergleichswerte in der Pflege in Bezug auf Burnout, Berufszufriedenheit und Pflegequalität..... 28

Abbildung 5:

Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit nach Ländern 29

Abbildung 6:

Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit und Absicht, den Beruf zu verlassen..... 30

Abbildung 7:

Arbeitszufriedenheit in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern 30

Abbildung 8:

Mitarbeiterzufriedenheitsentwicklung 31

Abbildung 9 :

Bildungsstand in Deutschland am Beispiel des Gesundheitszentrums Glantal 38

Abbildung 10 :

Patienten und Mitarbeiterzahlen 47

Abbildung 11:

Zuordnung der Mitarbeiter auf Stellenanteil und Geschlecht..... 48

Abbildung 12 :

Qualifikationsniveau des Pflegedienstes 49

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben. Insbesondere gilt mein Dank den folgenden Personen, ohne deren Hilfe die Anfertigung dieser Doktorarbeit niemals zustande gekommen wäre:

Mein Dank gilt zunächst meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Johannes Jäger, für die Betreuung dieser Arbeit sowie für die freundliche, kompetente und unkomplizierte Hilfe und Unterstützung, insbesondere bei der freien Hand der Themengestaltung und der schnellen Reaktion bei Rückfragen, die im Rahmen dieses Themas sehr wichtig waren.

Des Weiteren danke ich Frau Dr. Inga Menn und Herr Andy Strassel für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens und des Formatierens.

Ich danke insbesondere meinen beiden Mitdotorandinnen Stefanie Vogt und Eske Jung, die beide in der selben Zeit ihre Dissertation schrieben, für den fachlich regen Austausch, die andern Sicht- und Denkweisen sowie die Durchhalteparolen bis zum Schluss.

Meinem ganz besonderen Dank gilt auch Herr Giuseppe Alfé, Herr Dietmar Rudolph und Frau Anne Bettscheider für das zur Verfügung stellen von Daten, Fakten und Zahlen für das Projekt. Auch möchte der Vertreterin unserer Trägerbehörde des Ministeriums der Justiz Frau Dr. Carmen Kühn für die Befürwortung meines Projektes danken. Dies hat mich in emotionaler Weise ermutigt diese Arbeit zu verfassen.

Meiner Mutter und meinen Kindern Benjamin und Jonas möchte ich ganz besonders herzlich danken für die aufmerksame, liebevolle und vielseitige Unterstützung während dem Verfassen dieser Arbeit und während meines gesamten Studiums. Meinem Ehemann Dietmar Rudolph danke ich von ganzem Herzen für seine uneingeschränkte Unterstützung, seine Liebe, Motivation und zeitliche Entbehrung. Darüber hinaus gilt mein Dank auch meinem Freund Gerald Persch, der mich zu Beginn meiner akademischen Laufbahn begleitet und unterstützt hat. All diese Menschen waren stets ein großer Rückhalt für mich, der als wichtiger Teil zum Erfolg meiner Studien und dieser Dissertation beigetragen hat.

Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise

- unentgeltlich
- entgeltlich geholfen:

1. Fr. Dr. Inga Menn (Lektorat, Prüfen von Plagiat, Gramatik; Rechtschreibung und Satzbau sowie Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit)
2. Hr. Andy Strassel beim Formatieren und gestalten der Dissertation (unentgeltlich)

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberaterinnen/Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder in ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Die Bedeutung der eidesstattlichen Erklärung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Erklärung sind mir bekannt.

Merzig, 05.01.2021

Ort, Datum



Unterschrift der/des Promovierenden

Eidesstattliche Versicherung

Belehrung

Die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes verlangt eine Eidesstattliche Versicherung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistungen. Weil der Gesetzgeber der Eidesstattlichen Versicherung eine besondere Bedeutung beimisst und sie erhebliche Folgen haben kann, hat der Gesetzgeber die Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung unter Strafe gestellt. Bei vorsätzlicher (also wissentlicher) Abgabe einer falschen Erklärung droht eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe. Eine fahrlässige Abgabe (also Abgabe, obwohl Sie hätten erkennen müssen, dass die Erklärung nicht den Tatsachen entspricht) kann eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe nach sich ziehen. Die entsprechenden Strafvorschriften sind in § 156 StGB (falsche Versicherungen an Eides Statt) und in § 161 StGB (fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt) wiedergegeben.

§ 156 StGB: Falsche Versicherung an Eides Statt

Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 161 StGB: Fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt:

(1) Wenn eine der in den § 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

(2) Strafflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt. Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.