



Berichte aus der Pflege

Nr. 32 – September 2017

Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz

Verfasser: Prof. Dr. Renate Stemmer
Claire Mack
Sina Schimanski-Kahle

Kath. Hochschule Mainz –
Fachbereich Gesundheit und Pflege



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE



Fachkräfte- und
Qualifizierungsinitiative
Gesundheitsfachberufe

Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz

September 2017

Prof. Dr. Renate Stemmer, Claire Mack & Sina Schimanski-Kahle
Kath. Hochschule Mainz - Fachbereich Gesundheit und Pflege

Im Auftrag des
Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-
Pfalz



Grußwort

Die Herausforderungen, die mit dem demografischen Wandel einhergehen, werden bei der Sicherung einer ausreichenden Zahl an Fachkräften besonders deutlich. Deshalb setze ich hier mit Fachkräftesicherungsstrategien einen der zentralen Schwerpunkte.

Seit 2002 ist die Fachkräftesicherung in der Pflege ein Schwerpunkt der Landesregierung. Um Fachkräftesicherungsmaßnahmen gezielt planen zu können, wird seit 2002 die Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring Pflege“ durchgeführt. Dabei erheben wir Angebot und Nachfrage an Fachkräften in der Pflege. Nachdem im Jahr 2002 ein Fachkräfteengpass vorlag, wurde unter anderem die erfolgreiche Kampagne Menschen pflegen zur Fachkräftesicherung eingeleitet und im Jahr 2005 konnte ein Überhang an Pflegekräften verzeichnet werden. Im Jahr 2010 wandelte sich die Fachkräftesituation erneut grundlegend: rund 2.900 Pflegekräfte fehlten auf dem Pflegearbeitsmarkt; für 2015 wurde gar eine Fachkräftelücke von 5.367 Fachkräften prognostiziert.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde mit den Partnerinnen und Partnern des Gesundheitswesens und der Pflege in Rheinland-Pfalz 2012 die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative 2012-2015“ auf den Weg gebracht. Schwerpunkte waren dabei die Handlungsfelder: Ausbildung, Nachqualifizierung, Attraktive Beschäftigungsbedingungen, Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte.

Innerhalb der Initiative wurden seit 2012 vielfältige Maßnahmen zur Fachkräftesicherung durchgeführt. So wurden im Ausbildungsstättenplan 2013 Zielvereinbarungen zum Ausbau der Ausbildungskapazitäten mit den Krankenhäusern getroffen. Weiterhin wird eine schulgeldfreie Altenpflegeausbildung in Rheinland-Pfalz angeboten. Die Maßnahmen zeigten Wirkung. Denn in allen Pflegeberufen konnten die Ausbildungszahlen gesteigert werden. Insbesondere in der Altenpflege konnten wir eine Steigerung von über 30% verzeichnen. Darüber hinaus verbesserten wir mit Landesprojekten die Beschäftigungsbedingungen in den Einrichtungen der Pflege.

Die verschiedenen Maßnahmen waren erfolgreich, denn die prognostizierte Fachkräftelücke wurde im Jahr 2015 um 65% von 5.367 auf rund 1.900 reduziert. Dennoch bedeutet jede Fachkräftelücke eine erhöhte Arbeitsverdichtung für die rund 44.000 Pflegekräfte; dem ist mit der stetigen Fortsetzung unserer Fachkräftesicherungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Daher wurde auf dem Fachkräftegipfel Pflege am 20. Januar 2017 beschlossen, dass die bisherige Fachkräfteinitiative fortgesetzt wird und ab dem Jahr 2018 die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 startet. Mit unseren Partnerinnen und Partnern wird dafür im Jahr 2017 die Vereinbarung mit Zielen und Maßnahmen erarbeitet. Der vorliegende Bericht vergleicht die Maßnahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative 2012-2015“ mit Aktivitäten aus anderen Bundesländern und europaweit. Daraus werden wertvolle Erkenntnisse gezogen, die in die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0“ einfließen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Evidenzbasierte Rechercheergebnisse (Bericht I)	5
Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen	6
Handlungsfeld II: Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Pflege ..	10
Handlungsfeld III: Erschließung des Vorqualifizierungspotenzials in der Pflege	16
Handlungsfeld IV: Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund	17
Handlungsfeld V: Wiedereinstiegsqualifizierung für die stille Reserve	21
Handlungsfeld VI: Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II / Umschulung.....	22
Handlungsfeld VII: Weiterentwicklung der Pflegeberufe	24
Handlungsfeld VIII: Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	31
Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung.....	40
Handlungsfeld X: Gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsfachberufe durch Öffentlichkeitsarbeit fördern	48
Handlungsfeld XI: Chancen der Freizügigkeit nutzen	48
Ausgewählte Aktivitäten einzelner Bundesländer.....	51
Zusammenfassung	61
Ausblick.....	62
Fachkräftemangel in der Pflege im internationalen Vergleich (Bericht II)	64
Gründe für den Pflegefachkräftemangel.....	66
Personalmangel im europäischen Gesundheitswesen	70
(Evidenzbasierte) Strategien im Umgang mit dem Fachkräftemangel	76
Handlungsfelder für Strategien der Fachkräftesicherung.....	77
Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen	79
Handlungsfeld VII: Weiterentwicklung der Pflegeberufe	85
Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung.....	88
Handlungsfeld XI: Chancen der Freizügigkeit nutzen	93

Zusammenfassung	97
Ausblick.....	99
Recherchegestützte Empfehlungen (Bericht III).....	100
Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung..	100
Empfehlungen für die FQI 2.0	102
Empfehlungen - organisationale Ebene	102
Empfehlungen – politische Ebene	109
Neues Handlungsfeld: Attraktiver Arbeitgeber sein	111
Neues Handlungsfeld: Attraktive Ausbildung.....	113
Attraktive Ausbildungsbedingungen	115
Weiterentwicklung der Pflegeberufe.....	116
Zusammenfassung und Implikationen für die FQI 2.0.....	118
Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität durch Employer Branding (Bericht IV) ...	122
Projektziele	123
Projektvorbereitung.....	124
Projektdurchführung.....	125
Projektevaluation	127
Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Implementierung des Magnetprogramms	128
Projektziele	130
Projektvorbereitung.....	131
Projektdurchführung.....	131
Projektevaluation	133
Weiterentwicklung der Pflegeberufe durch Integration akademischer Pflegefachpersonen.....	134
Projektziele	134
Projektvorbereitung.....	134
Projektdurchführung.....	135
Projektevaluation	138
Attraktive Ausbildungsbedingungen durch Unterstützungssysteme schaffen.....	139
Projektziele	139
Projektvorbereitung.....	140
Projektdurchführung.....	140
Projektevaluation	142
Zuwanderung	143

Zusammenfassung	145
Literaturverzeichnis Bericht I.....	147
Literaturverzeichnis Bericht II.....	157
Literaturverzeichnis Bericht III.....	161
Literaturverzeichnis Bericht IV	164
Anhang I.....	168
Anhang II.....	170

Einleitung

Dem deutschen Arbeitsmarkt gehen die Fachkräfte aus - so eine häufig gehörte Aussage. Das Phänomen des Fachkräftemangels findet sich in verschiedenen Sektoren, im Dienstleistungsbereich ebenso wie in industrienahen Arbeitsfeldern. Den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit gemäß gehören die Altenpflege sowie die Gesundheits- und Krankenpflege jedoch zu den TOP 10, gemessen an der Dauer der Vakanzzeit bis zur Besetzung einer freien Stelle.

Ein Mangel kann ein absolutes oder ein relatives Phänomen sein. Von einem absoluten Mangel wäre zu sprechen, wenn es faktisch keine Personen gibt, die für eine freie Stelle in Frage kommen, ein relatives Phänomen liegt dann vor, wenn zwar grundsätzlich Personen zur Verfügung stehen, diese sich aber nicht für die freie Stelle entscheiden, wenn es also eine mangelnde Passung zwischen dem konkreten Stellenangebot und den Erwartungen, der Kompetenz und den Bedarfen der potentiellen Arbeitnehmerin/dem potentiellen Arbeitnehmer kommt. Von dem letzteren ist auszugehen.

Berufszuschnitte sind nicht statisch, sondern unterliegen vielfachen Änderungsprozessen, die Ausdruck von Bedarf und Nachfrage nach spezifischen Arbeitsfähigkeiten sind. Der Bedarf ist jedoch weder statisch noch objektiv fixiert, sondern das Ergebnis sozialstruktureller Interpretationen, machtpolitischer Durchsetzungsprozesse und historisch verorteter Wertzuschreibungen. (An den aktuellen Diskussionen und Prozessverläufen zur Reform der Pflegeberufe lässt sich dies exemplarisch beobachten.) Der Bedarf an beruflichen Zuschnitten und damit verbundenen beruflichen Leistungen wird dann zur Nachfrage, wenn diese mit Finanzkraft hinterlegt ist bzw. die Nachfrage wird durch die Zahlungskraft limitiert.

Die Nachfrage nach einer beruflichen Leistung hängt auch davon ab, ob die Überzeugung besteht, dass für diese Leistung Alltagswissen nicht ausreicht. Je spezifischer das vermutete erforderliche Wissen, desto eher besteht die Bereitschaft höherer Entlohnung. Umgekehrt wird ein Beruf, zu dessen Ausübung überwiegend Alltagswissen erforderlich ist, schneller in ein preiswertes Fähigkeitsprofil eingeordnet. Der Slogan „pflegen kann jeder“ spiegelt dieses Image gerade für den Beruf der Altenpflege wider.

Die aktuelle Diskussion steckt in einem Dilemma. Einerseits wird - nicht zuletzt um dem Fachkräftemangel zu - begegnen, versucht, das Image des Pflegeberufes aufzuwerten, andererseits wurde gerade von deutscher Seite auf EU-Ebene massiv darauf hingewirkt, dass auch ein zehnjähriger Bildungsabschluss den Zugang zum Pflegeberuf eröffnet und damit gerade jene Seite gestärkt, die ein geringes Anspruchsniveau vermutet.

Im Rahmen des vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz (MSAGD) initiierten Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ wurden seit dem Jahr 2010 mehrere Erhebungen durchge-

führt, die auf das Thema Fachkräftelücke in den Pflegeberufen rekurren. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl in den ambulanten als auch stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege ein Pflegeengpass besteht (IWAK, 2012a). Darüber hinaus ist zu erwarten, dass der mittel- und langfristige Bedarf an Fachkräften in den Gesundheitsfachberufen noch steigt (IWAK, 2012b).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, startete das MSAGD in den letzten Jahren zahlreiche Aktivitäten: Hervorzuheben ist die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ (MSAGD, 2013) (FQI), die - differenziert nach den beteiligten Berufsgruppen - alle relevanten Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens zusammenführte und umfassende Maßnahmenpakete in elf festgelegten Handlungsfeldern beispielsweise zur Steigerung der Attraktivität von Beschäftigungsbedingungen, zur Erschließung des Qualifizierungspotenzials in der Pflege, zur Steigerung der Ausbildungszahlen sowie zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe verabschiedete. Seit Januar 2013 wird diese Initiative umgesetzt.

Das vorliegende Projekt „Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz“ zielt darauf ab, auf der Grundlage von Rechercheergebnissen Empfehlungen für die weitere Steuerung von Maßnahmen abzuleiten. Der vorliegende erste Zwischenbericht behandelt einschlägige Projekte und Aktivitäten auf der Bundesebene. Zum einen werden empirisch erprobte Projekte vorgestellt, zum anderen ausgewählte Aktivitäten einzelner Bundesländer, zu denen meist keine Evaluationsergebnisse vorliegen. Insofern konzentriert sich dieser Bericht auf vorliegende Projekte und Aktivitäten und ordnet diese ein. Damit ist nicht in Abrede gestellt, dass weitergehende Veränderungen erforderlich sind, die derzeit z.B. durch rechtliche Rahmenvorgaben noch nicht möglich sind.

Auch die Frage der Entlohnung wird nicht diskutiert, wiewohl es für junge Menschen nicht unerheblich sein dürfte, einen Beruf zu wählen, der in Teilbereichen an der Grenze zum Mindestlohn liegt. Es folgt die Darstellung und Bewertung der recherchierten Projekte und Aktivitäten, eingeordnet in die elf Handlungsfelder der FQI, die Darstellungen der länderbezogenen Aktivitäten, Schlussfolgerungen und Ausblick.

Evidenzbasierte Rechercheergebnisse (Bericht I)

Die Darstellung der Rechercheergebnisse erfolgt bezogen auf die elf Handlungsfelder der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ (eine Übersicht über die Kategorien und Unterkategorien findet sich in Tabelle 1 im Anhang). Jedem Handlungsfeld ist ein kurzes Fazit der Erkenntnisse aus den analysierten Projekten vorangestellt.

Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen

FAZIT Handlungsfeld I

Die nachfolgend aufgeführten Projekte dokumentieren exemplarisch, welcher hoher Input und damit auch Ressourceneinsatz notwendig sind, um Ergebnisse in den Bereichen Berufsorientierung und Vermittlung von Auszubildenden zu erzielen. Dabei scheinen folgende Faktoren zu einem Erfolg in diesem Handlungsfeld beizutragen:

- ein früher Kontakt zu Jugendlichen,
- eine zielgruppenspezifische Ansprache,
- ein realistischer, differenzierter Einblick in das Berufsfeld Pflege, verbunden mit dem Aufzeigen beruflicher Perspektiven,
- eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Berufsorientierung über einen längeren Zeitraum,
- Vernetzungsaktivitäten,
- eine systematische und geplante praktische Ausbildung.

Um Pflegeeinrichtungen bei der Ausgestaltung der praktischen Altenpflegeausbildung zu unterstützen, veröffentlichte das Institut für Gerontologische Forschung (IGF) von 2006 bis 2010 eine Reihe von Handlungsempfehlungen. Diese wurden von 2010 bis 2013 im Modellversuch „QUESAP – Qualitätsentwicklung und -sicherung in der betrieblichen Berufsausbildung“ speziell für die Altenpflegeausbildung aufbereitet und in 24 Pflegeeinrichtungen und sechs Altenpflegeschulen in Bayern, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen erprobt und evaluiert (Quesap consult, 2014).

Nach einer Statuserhebung der bisherigen Ausbildungspraxis in den beteiligten Einrichtungen, u.a. unter Verwendung des Selbstevaluationsinstruments „QEK Altenpflegeausbildung“¹, wurden zunächst Handlungsbedarfe herausgearbeitet und in thematischen Workshops zu fünf Qualitätsbausteinen der betrieblichen Ausbildung bearbeitet. Die Bausteine lassen sich dem sogenannten PDCA-Zyklus zuordnen: Plan beinhaltet das Ausbildungskonzept und die Ausbildungsplanung auf betrieblicher und individueller Ebene. Do berücksichtigt den Einsatz berufspädagogischer Methoden; Check die kompetenzorientierte Beurteilung von Lernerfolgen. In der Act-Phase erfolgen im Sinne einer Evaluation die Überprüfung der Ausbildungsqualität und die Anpassung der Qualitätsbausteine. Das Thema Lernortkooperation wird in allen Phasen mitgedacht.

So wurden in den Einrichtungen Ausbildungskonzepte entwickelt, die das grundlegende Verständnis, Ziele, Strukturen, Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Ausbildung enthielten. Für die Auszubildenden wurden individuelle Ausbildungspläne erstellt. Unter anderem kamen ein Praxisbegleitbrief zur Information der praktischen Ausbildungsstätten über die im Unterricht behandelten Themen und Lerntagebücher zum Einsatz. Die Evaluationsergebnisse, durch zwei Erhebungszeitpunkte im Abstand von zehn Monaten, zeigen, dass die Erwartungen der Ausbildungsbetriebe zum Einsatz der neu entwickelten Qualitätsinstrumente erfüllt wurden. Sowohl Auszubildende als auch Praxisanleiter/innen berichten über deutliche Verbesserungen im Ausbildungsalltag,

¹ Siehe www.altenpflege.qek-tool.de

der erreichte Zuwachs an Ausbildungsqualität konnte messbar nachgewiesen werden. Die deutlichste Entwicklung zeigte sich beim Ausbildungsverständnis: Lern- und Arbeitsaufträge der Auszubildenden wurden besser in den Gesamtkontext des Versorgungsauftrages integriert. Die systematische Ausbildungsplanung verbesserte deutlich den Grad des selbständigen Arbeitens und Lernens der Auszubildenden, ihr berufliches Engagement stieg (Knoch, Engelhard, 2013).

Die betriebliche Ausbildung konsequent zu systematisieren kann also sinnvoll sein. Doch wie können Jugendliche für eine Ausbildung in der Pflege gewonnen werden? Eine Fallstudie, die im Rahmen des Projektes „Herausforderung Pflege“ durchgeführt wurde, liefert mögliche Ansatzpunkte zur Unterstützung des Berufseinstiegs: Interessierte brauchen realistische Erfahrungen mit gelingender Pflege und Versorgung und sie sollten die Gelegenheit haben, ihre Motive für einen Berufseinstieg kritisch zu reflektieren. Außerdem bedarf es glaubhafter positiver Identifikationsfiguren, um dem in der Öffentlichkeit und in den Peergroups verbreiteten negativen Ansehen der Altenpflege gegenüberzutreten (Klie, Heislbetz, Frommelt, Behrend, Dell, Göhner, Hellbusch, Purwins, Rischard, Roes, Schuhmacher, 2013, S. 203ff.).

Die Entwicklung von konkreten Rekrutierungsstrategien für die Altenpflegeausbildung intendierte das Projekt „I care.u2?!“, welches in der Zeit von April 2012 bis Dezember 2013 in Niedersachsen durchgeführt wurde (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., o.J.). Die Ergebnisse des Projektes liegen in Form einer Broschüre vor und enthalten Tipps und Strategien zum gezielten Ausbildungsmarketing. Die Empfehlungen umfassen neben Informationsveranstaltungen (inklusive Ausbildungsmessen und Berufsinformationsveranstaltungen) und Praktika auch Themenbereiche wie das Ausbildungsmarketing im Internet und die Möglichkeiten zur Ansprache bisher unterrepräsentierter Gruppen (Zukunftstage für Jungen, Kooperation mit Migranten/innen-Selbstorganisationen) und den Aspekt Vernetzung (Preuß, Wächter, Warga, o.J.).

Informationen zu Arbeitsplatzsicherheit, Karrieremöglichkeiten, die gesellschaftliche Bedeutung des Berufs, der Ruf des Ausbildungsbetriebes oder Verdienstmöglichkeiten in der Ausbildung sind in der Berufsorientierungsphase besonders relevant. Nicht zuletzt sollte auch berücksichtigt werden, wer diese Informationen übermittelt: bilden beispielsweise Eltern oder Lehrkräfte die Zielgruppe, schätzen sie in der Regel Berichte von Leitungskräften oder langjährig Beschäftigten der Einrichtungen als besonders glaubwürdig und kompetent ein. Richtet sich das Informationsangebot an die Jugendlichen selbst, hat sich der Peer-to-Peer-Ansatz bewährt (ebd.).

Diese Ansätze greifen unter anderem die Projekte „care4future“ und „Careprofi gesucht“ auf. „care4future - SchülerInnen für die Pflege begeistern“ wird seit 2011 als Teil der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) durchgeführt und rekuriert auf eine praxisnahe Berufsorientierung. Dazu kooperieren in regionalen Netzwerken Unternehmen der Pflegebranche mit allgemeinbildenden Schulen, Berufsfachschulen und weiteren Partnern vor Ort. Ziel ist es, einen motivierenden Einblick in die Pflegebranche zu geben. In bis zu einjährigen Kursen werden im Rahmen eines Wahlpflichtkurses Soziales/Pflege an den teilnehmenden allgemeinbildenden Schulen Grundkenntnisse der Pflege vermittelt. Basierend auf dem Konzept des Peer-Learning schlüpfen dabei Auszubildende als „Botschafter der Pflege“ in die Rolle der Dozentinnen und Dozenten und vermitteln Praxiswissen auf „Augenhöhe“. Auch das 14-tägige Praktikum wird durch

Auszubildende begleitet (contec, o.J.). Die Evaluation der Pilotphase in Papenburg zeigte, dass 62% der Befragten nach Abschluss des Kurses im Bereich Pflege, Gesundheits- oder Sozialberufe tätig sind (care4future-Absolvent/innen seit 2008, N=79). Alle Teilnehmer/innen gaben an, dass der Kurs dazu beitrug, dass sie sich für eine Pflegeausbildung entschieden. Die Netzwerkpartner berichten von einem zusätzlichen Gewinn von Praktikant/innen und Auszubildenden. Mittlerweile existieren bundesweit 16 Netzwerke.

Die Themen Nachwuchsfachkräftegewinnung und Steigerung der Attraktivität der Ausbildung stellten zwei Aspekte dar, auf die das Projekt „Careprofi gesucht: Pflegeausbildung als Chance und Herausforderung – mit Sicherheit!“ abhob. In der Projektlaufzeit von September 2013 bis August 2015 wurden circa 1300 Schüler/innen und Multiplikator/innen umfassend und differenziert über Ausbildung, Weiterbildung, Studium und spätere Perspektiven im Berufsfeld Pflege/Altenpflege informiert. Netzwerke zwischen allgemeinbildenden Schulen, Altenpflegeeinrichtungen, Fachseminaren und Akteur/innen im Übergang Schule - Beruf (insbesondere Bildungsbüros) wurden aufgebaut; eine Fortbildungsreihe für Einrichtungen zur Akquise, Auswahl und Begleitung von Auszubildenden (auch unter dem Gesichtspunkt Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen) konzipiert. So entstanden der Aus- und Fortbildungsatlas Altenpflege, ein Konzept für einen Tagesablauf für Berufsfelderkundungen (stationär und Tagespflege) und Reflexions-/Fragebögen zur Altenpflegeausbildung für Schüler/innen in der Berufsorientierung und zur Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche.

Insgesamt wurden 120 Schulen in vier Kreisen besucht (darunter 27 Gymnasien). Hier wurden die erarbeiteten Materialien verteilt und bei Multiplikator/innen für das Berufsfeld Altenpflege geworben. Mit interessierten Schüler/innen wurden circa 62 Informationsveranstaltungen durchgeführt. Außerdem wurden circa 170 Einrichtungen der Altenpflege aufgesucht, informiert und die erstellten Produkte platziert. Zudem war das Projekt auf 19 Berufsbildungsbörsen präsent. Es gelang, so die Veranstalter, 40 zusätzliche Ausbildungsplätze in der Altenpflege zu sichern. Zum Konzept zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen betonen die Verantwortlichen: „Es gibt nicht die eine Methode, sondern ein Maßnahmenbündel, die ineinandergreifen müssen. Die Bindung ist entscheidend. Es bedeutet grundständische pädagogische Arbeit. Wichtiger als die Instrumente ist die Haltung nicht nur der Pädagogen, sondern des gesamten Teams und aller Akteure. Das Konzept lässt sich nur mit einem hohen Anteil hauptamtlicher Dozenten umsetzen. Es erfordert Zeit und die nötigen finanziellen Ressourcen.“ (Kolping Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen; Kolping-Bildungszentren Ostwestfalen 2015).

Neben dem Informationskanal Schule kommt vor allem dem Internet in der Berufsorientierungsphase eine große Bedeutung zu: besonders für Jugendliche erscheint der Zugangsweg Internet sehr geeignet, da 78 % von ihnen mehrfach wöchentlich oder sogar täglich Online-Communities wie Schüler-VZ oder Facebook nutzen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2012 zit. nach Preuß et al., o.J.). Dieser Umstand bietet die Chance für Altenpflegeeinrichtungen und Schulen, gezielt mit Bewerber/innen in Kontakt zu treten. Exemplarisch sei an dieser Stelle der Internetauftritt „Soziale Berufe kann nicht jeder“ der Diakonie Deutschland angeführt: Neben Informationen zu unterschiedlichen Pflegeberufen (Filme, Beschreibungen, Berufetest, Quer-

einsteiger spezial) und dem Thema Bewerbung (Ausbildungsstättennavigator, Stellenbörse, Bewerbungstipps) gibt es unter anderem einen Blog mit Erfahrungsberichten und Reportagen. Außerdem wird eine Berufsberatung per WhatsApp offeriert (Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., o.J.).

Eine weitere Strategie, die im Rahmen des Ausbildungsmarketings identifiziert wurde, betrifft die Ansprache bisher unterrepräsentierter Gruppen: zum einen werden Zukunftstage für Jungen und Mädchen als Option genannt. Andererseits wird die Zielgruppe der Migrant/innen in den Blick genommen (Reuß et al., 2013).

Bei der Gewinnung von männlichen Jugendlichen für die Pflege scheint eine realistische und differenzierte Darstellung der Aufgabenfelder von Pflegeberufen besonders zielführend zu sein. Informationsmaterialien sollten die Potenziale zu Selbständigkeit, Vielseitigkeit, einer hohen Arbeitsplatzsicherheit und das Soziale des Berufes dabei ebenso hervorheben wie den Spaßfaktor, die Weiterbildungs- und Aufstiegschancen sowie den zukünftigen Technikbezug. Der frühzeitige Zugang zu umfassenden zielgruppenspezifischen Informationen, die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus und die Bereitstellung von Praktikumsplätzen können die Attraktivität des Pflegeberufes positiv beeinflussen (Görres, 2010, S.4).

Der jährlich stattfindende bundesweite Aktionstag „Boys'Day“ zur Berufsorientierung und Lebensplanung für Jungen greift unter anderem diesen Zugang auf. Jungen haben am Boys'Day die Möglichkeit, praktische Erfahrungen in Berufen mit einem geringen Männeranteil wie in den Bereichen Pflege, Soziales, Erziehung und Dienstleistung zu sammeln. Darüber hinaus können sie an Workshops und Seminaren teilnehmen, die sich mit den Themenfeldern Sozialkompetenz und Lebensplanung auseinandersetzen (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V., 2016). Seit seiner Einführung 2011 wird der Boys'Day regelmäßig evaluiert; die vierte Erhebungswelle der Längsschnittstudie fand in 2015 statt. Insgesamt wurden 2015 über 8.000 Jungen, die an Berufserkundungen teilgenommen haben, über 700 Jungen, die die Workshops besuchten, circa 2.000 veranstaltende Einrichtungen und Unternehmen sowie über 500 Schulen befragt (Wenzel, Diaz, 2016).

Die Ergebnisse der standardisierten Erhebung zeigen eine hohe Zufriedenheit aller befragten Gruppen. Für beinahe zwei Drittel der befragten Jungen war die Teilnahme am Boys'Day (sehr) hilfreich bei der Planung ihrer beruflichen Zukunft. Über die Hälfte lernte an diesem Tag einen Beruf kennen, der sie interessiert: knapp ein Viertel der befragten Jungen gab nach Abschluss des Boys'Day bei der Frage nach dem Berufswunsch einen Beruf mit einem geringen Männeranteil (<40%) an. Auch aus Sicht vieler Einrichtungen und Unternehmen leistet der Boys'Day einen wichtigen Beitrag, „um die Potenziale junger Männer innerhalb der Einrichtung sichtbar zu machen und Vorurteile gegenüber männlichen Beschäftigten abzubauen“ (ebd., S. 13). Von 2013 bis 2015 stieg der Anteil der Einrichtungen, die Bewerbungen von ehemaligen Boys'Day-Teilnehmer/innen auf Praktikumsplätze erhalten haben, von 14% auf 20%; 67% der Einrichtungen stellten die Jungen auch für ein Praktikum ein (ebd.).

Der Berufseinstieg und die Beschäftigung von benachteiligten Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit und ohne Migrationshintergrund in der Altenpflege zu verbessern, war Ziel des Modellprojektes „Die Zukunft der Pflege ist bunt“ der Caritas (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., o.J.). Die Durchführung des Verbund-

projektes erfolgte in der Zeit von 01.01.2012 bis 31.12.2014 im Rahmen des Bundesprogramms XENOS. Sogenannte „Interkulturelle Fachstellen für Pflegeberufe“, mit je zwei Personalstellen pro Standort, dienten als Ausgangspunkt für zahlreiche Aktivitäten und als Anlaufstelle für Interessent/innen. Die Fachstellen waren interdisziplinär aus den Fachbereichen Arbeitsmarktpolitik, Integration und Migration sowie Pflege besetzt.

Mit dem Projekt „Die Zukunft der Pflege ist bunt“ hat die Caritas ihre gesteckten Ziele übertroffen (ebd.): insgesamt 6100 Personen mit und ohne Migrationshintergrund wurden informiert, zusätzliche 1280 intensiv beraten (Zielvorgabe: 2.000 Menschen informieren und beraten). Eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt (Pflege- und Gesundheitsbereich) gelang bei 135, die Vermittlung einer beruflichen Ausbildung (inkl. Fortbildung) bei 80 Personen. Rund 680 Menschen fanden auf diesem Wege einen Praktikums- oder Hospitationsplatz.

Anvisiert war die Vermittlung von 130 Personen in den Arbeitsmarkt. Ähnlich sieht es für die Schulungen zur interkulturellen Kompetenz und Öffnung aus: statt 400 wurden 520 Pflegefachkräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch Training und Organisationsberatung erreicht. Wobei die Evaluation der Schulungen eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit den Referenten/innen und den Schulungsinhalten ergab (Caritas, 2014). 200 in Deutschland lebende 24h-Betreuungskräfte und Pflegekräfte aus dem Ausland sollten bei Bedarf informiert und beraten werden - einzig dieses Ziel wurde mit 140 Beratungen unterschritten (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., o.J.).

Handlungsfeld II: Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Pflege

FAZIT Handlungsfeld II

Zum Gelingen nachhaltiger Nachqualifizierungsmaßnahmen tragen eine Vielzahl von Rahmenbedingungen bei, welche für die Maßnahmenkonzeption zu berücksichtigen sind:

- Unterstützung durch Führungs- und Lehrkräfte,
- eine garantierte Freistellung der Teilnehmer/innen und Praxisanleiter/innen,
- flankierende Maßnahmen zur Sicherstellung lernförderlicher Bedingungen und
- begleitende Beratungsstrukturen und umfangreiche Beratung.
- Branchenspezifische Kompetenzfeststellungsverfahren können dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreich absolvierten verkürzten Ausbildung abzuschätzen.
- Es werden Kümmerer benötigt, die Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben übernehmen und beispielsweise zu einer effektiven Nutzung finanzieller Unterstützungsleistungen beitragen.
- Projekte zur Nachqualifizierung in Einrichtungen eines Trägers scheinen erfolgreicher zu sein als Projekte, an denen mehrere Träger beteiligt sind.

Sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege arbeiten an- und ungelernte Hilfskräfte ohne formale Qualifikation oder verfügen lediglich über eine einjährige Ausbildung zur/zum Alten- bzw. Krankenpflegehelfer/in. Sie verfügen über umfangreiche Pflegeerfahrung, können aber aufgrund ihrer Lebensumstände häufig keine reguläre

Pflegeausbildung absolvieren. In diesem Kontext wurde das Projekt „Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege Niedersachsen und Rheinland-Pfalz“ als Teil der Initiative „Perspektive Berufsabschluss“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gestartet (Durchführung: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmark- und Sozialpolitik INBAS) (Blumenauer, Voigt, Bickel, 2013a).

Die Gruppe der Hilfskräfte stellt für die Deckung des Fachkräftebedarfes ein wichtiges Potenzial dar – da sie ihren Arbeitgeber/innen bereits nach zwei Jahren als Fachkräfte zur Verfügung könnten. Ihnen die Chance zum nachträglichen Erwerb eines Berufsabschlusses zu ermöglichen, ist eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Qualifizierungsangebot in der Kranken- und Altenpflege. Laut §7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) ist die Verkürzung der Ausbildungszeit auf der Grundlage einer Kompetenzfeststellung für Personen möglich, „die in einem Umfang, der einer Vollzeitbeschäftigung von mindestens zwei Jahren entspricht, in einer Pflegeeinrichtung gemäß § 71 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufgaben im Bereich der Pflege oder Betreuung wahrgenommen haben“ (AltPflG, 2016). Wie während des Projektes festgestellt wurde, ist die Erfolgsquote einer solchen Nachqualifizierung umso höher, je bedarfsgerechter und passgenauer diese Verfahren zur Kompetenzfeststellung (und die anschließende Qualifizierung) konzipiert sind (Blumenauer et al., 2013a). Da im AltPflG keine expliziten Regelungen zur Nachqualifizierung von An- und Ungelernten, wie sie beispielsweise das Berufsbildungsgesetz und die Handwerksordnung vorsehen, enthalten sind, wurden in diesem Projekt neue Wege entwickelt und erprobt.

Dazu wurden in der Zeit von September 2010 bis August 2013 in den Servicestellen in Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen und Betrieben Konzepte und Vorgehensweisen der betrieblichen Nachqualifizierung auf das Feld der Altenpflege übertragen und im Hinblick auf ihre Nutzbarkeit überprüft. Es wurden Formen und Modelle der Kompetenzfeststellung bei An- und Ungelernten in der Pflege sowie Module für die Nachqualifizierung (weiter-) entwickelt und erprobt.

Ein Kompetenzfeststellungsverfahren sollten neben fachlichen Kompetenzen auch fachübergreifende Kompetenzen, sogenannte Schlüsselkompetenzen, erfassen. Informell erworbene Kompetenzen ungelernter Hilfskräfte sollten dokumentiert und bilanziert werden, um auf dieser Basis abzuschätzen, ob sie bei einer Verkürzung der Ausbildungszeit die realistische Chance haben, das Ausbildungsziel zu erreichen. Dabei sollten die Verfahren einen fachlichen und qualitativen Anspruch gewährleisten, der es erlaubt, in der nachfolgenden Nachqualifizierung auf bereits vorhandene berufliche Qualifikationen aufzubauen, ohne durch die Verkürzung der Ausbildung „zu einer Deprofessionalisierung des Berufsbildes beizutragen“ (Blumenauer, Voigt, Bickel, 2013b, S. 2). Die Herausforderung besteht darin, eine Balance zwischen Qualität, der Handhabbarkeit des Instruments und der Wirtschaftlichkeit eines solchen Verfahrens in Einklang zu bringen. (Zur konkreten Darstellung der Verfahren zur Kompetenzbilanzierung in Rheinland-Pfalz und der Auswahlverfahren in Niedersachsen siehe Blumenauer et al., 2013b).

Einige zentrale Ergebnisse aus dem Projekt sollen an dieser Stelle kurz herausgegriffen werden: es zeigte sich beispielsweise, dass ein hoher Beratungsbedarf bei potentiellen Teilnehmer/innen besteht. Da es sich bei einem Großteil der Teilnehmenden um Mütter eines Kindes oder mehrerer Kinder (teilweise auch allein erziehend) handelte, die auf ihr Gehalt als Hilfskraft angewiesen sind, waren Informationen zur Förderung

durch das Programm WeGebAU der Bundesagentur für Arbeit wichtig. Aber auch Aspekte wie die konkrete Organisation, vertragliche Fragen, die Anerkennung von im Ausland absolvierten Berufsabschlüssen usw. wurden thematisiert. Trotz umfangreicher Beratungstätigkeit hat sich im Projekt gezeigt, dass die Hürden zur Teilnahme an einer Nachqualifizierung hoch sind und dass eine gezielte Ansprache und begleitende Beratungsstrukturen bei der Akquise unbedingt erforderlich sind (Blumenauer, Voigt, Bickel, 2013a).

Auch im Hinblick auf die pädagogische Begleitung bestehen bei dieser Zielgruppe Besonderheiten, die in der Nachqualifizierung oder einer verkürzten Ausbildung beachtet werden müssen: Vor allem im Bereich „Lernen lernen“ ist eine gezielte Förderung nötig; zudem besteht ein Bedarf an „weiterbildungsbegleitenden Hilfen“ wie einer integrierten Sprachförderung. Aber auch in der praktischen Anleitung, der Reflexion bestehender Handlungsmuster sowie beim Theorie-Praxis-Transfer wird Unterstützung benötigt. Es macht demnach Sinn, erfahrene Hilfskräfte in einer eigenen Klasse zu unterrichten. Dies wurde sowohl von den Teilnehmenden als auch von den Lehrkräften befürwortet. Dabei sollte das Curriculum an den Kompetenzen der Hilfskräfte ausgerichtet sein und der Unterricht die Erfahrungen der Teilnehmer/innen einbeziehen. Die Akzeptanz des Konzeptes bei den Lehrkräften der Altenpflegeschulen stellt deshalb einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt dar – sie müssen bezüglich der besonderen Voraussetzungen und Bedarfslagen der Hilfskräfte sensibilisiert werden (ebd.).

Ein Beispiel für die erfolgreiche Umsetzung von betrieblicher Nachqualifizierung, der gerade den letztgenannten Aspekt konzeptionell berücksichtigt, liefert das ESF-Förderprojekt „AiQuA – Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege“ der Werkstatt Frankfurt und dem Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenpflege e.V.: In der Zeit von Juli 2011 bis Dezember 2014 wurden im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses mit dem Ziel, die Fachkraftquote zu erhöhen, 160 Mitarbeiter/innen qualifiziert (rund 90 An- und Ungelernte mit langjähriger Praxiserfahrung als Altenpflegehilfskräfte, Wohn- und Pflegedienstleitungen und weitere Fachkräfte).

Die Nachqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in erfolgte arbeitsintegriert in zwei Stufen: die Qualifizierungsstufe 1 endete nach einem Jahr mit dem Abschluss zum/zur Altenpflegehelfer/in (die bestandene Prüfung ersetzt den Realschulabschluss). Die konsequente Qualifizierungsstufe 2 endete nach zwei Jahren mit dem Examen zum/zur Altenpfleger/in. Gleichzeitig wurden für alle beteiligten Fach- und Führungskräfte des Frankfurter Verbands Workshops und Coachings angeboten, um sie für die Belange der Teilnehmenden zu sensibilisieren und eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahme zu befördern (Werkstatt Frankfurt e.V., o.J.; Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen, o.J.).

Die Entwicklung der Lernorganisation und der Struktur der Lernbausteine wurde wissenschaftlich begleitet. Zentrales Element stellten die wöchentlichen Lerngruppen in den Altenpflegeeinrichtungen dar, die von den Lehrkräften der Altenpflegeschule des Frankfurter Verbands unterstützt wurden. Einmal monatlich wurde ein ganztägiger Fachworkshop in der Altenpflegeschule abgehalten. 20% der Arbeitszeit konnten bezahlt als selbstgesteuerte Lernzeit genutzt werden. Für Teilnehmer/innen mit Migrationshintergrund wurden bei Bedarf Sprachförderung und Coachings angeboten (ebd.).

Die wissenschaftliche Begleitforschung erfolgte durch die Deutsche Universität für Weiterbildung und umfasste Begleitung, Beratung und Evaluation der arbeitsintegrierten

Qualifizierung. Die Teilnehmer/innen wurden im Projektverlauf mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu drei Zeitpunkten befragt. Themen waren: Arbeits- und Lernumgebung sowie Arbeitsbedingungen, Begleitung der Qualifizierung, Lernbausteine und -aufgaben, Lernfortschritt.

Kritikpunkte seitens der Teilnehmer/innen betrafen die Bereitstellung der Lernzeiten und die Praxisanleitung: trotz formaler Freistellung, konnten die Lernzeiten in Urlaubs- und Krankheitszeiten oftmals nicht in Anspruch genommen werden. Auch die Praxisanleitung konnte nicht wie geplant erfolgen: die Praxisanleiter/innen erhielten zwar Schulungen und Workshops, aber keine Freistellung für die zusätzlichen Aufgaben. Zeit- und Arbeitsdruck können die Lernbedingungen und somit die gesamte Nachqualifizierung gefährden. Der mittleren und oberen Führungsetage obliegt somit die Verantwortung, entsprechend lernförderliche Rahmenbedingungen sicherzustellen (HSM, 2015).

Trotzdem zeichnete die Abschlussbewertung mit einem Mittelwert von 1,6 ein positives Bild des AiQuA-Qualifizierungskonzeptes (ebd., S.21) (Die Antworten waren von 1 bis 4 skaliert: Wert 1: „trifft genau zu“, Wert 2: „trifft zu“, Wert 3: „trifft wenig zu“ und Wert 4: „trifft nicht zu“). Die geringe Abbruchquote deutet ebenfalls darauf hin, dass das Konzept tragfähig ist: die Qualifizierungsmaßnahme startete mit 48 Personen, 32 Teilnehmer/innen haben im ersten Anlauf die Prüfung zur Fachkraft Altenpflege bestanden (drei weitere Teilnehmende absolvierten erfolgreich die Nachprüfung). Die restlichen Teilnehmer/innen hörten nach der Qualifizierungsstufe 1 und somit dem Erwerb der Altenpflegehilfeausbildung auf.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass die abschlussorientierte betriebliche Nachqualifizierung trotz einzelner Verbesserungspotentiale ein gutes Angebot für ältere Teilnehmer/innen darstellt. Selbstgesteuertes Lernen, welches gut strukturiert und durch entsprechende Rahmenbedingungen sichergestellt wurde, fördert die Selbständigkeit der zu qualifizierenden Hilfskräfte. Der hohe Zufriedenheitsgrad der Teilnehmer/innen und die hohe Abschlussquote bestätigen, dass die arbeitsintegrierte Qualifizierung eine gute Personalentwicklungsmaßnahme für Altenpflegeeinrichtungen darstellt, insofern die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stehen und eingesetzt werden können (ebd.).

Auf Schwierigkeiten in der Umsetzung, die vor allem auf die Rahmenbedingungen zurückzuführen waren, stießen auch die Beteiligten des ESF-Projektes „ANQA - Arbeitsintegrierte Nachqualifizierung in der Altenpflege Gießen-Lahn-Dill“ (Laufzeit Juni 2014 bis Mai 2016). Auch in dieser Maßnahme wurde 20 Teilnehmer/innen (Altenpflegehelfer/innen, die in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in den Landkreisen Gießen und Lahn-Dill tätig waren) eine verkürzte Altenpflegeausbildung ermöglicht. Durchgeführt wurde die Qualifizierungsmaßnahme durch zwei Altenpflegeschulen, einer Vielzahl von Altenpflegeeinrichtungen und das Zentrum Arbeit und Umwelt - Gießener gemeinnützige Berufsbildungsgesellschaft mbH (ZAUG gGmbH). Die modularisierte Ausbildung erfolgte auch hier in zwei Phasen und endete mit der Abschlussprüfung zum/zur examinierten (staatlich anerkannten) Altenpfleger/in (ZAUG, o.J.).

Bereits bei der Entwicklung des Curriculums zeigten sich erste Begrenzungen: ursprünglich war es vorgesehen, dass die Teilnehmer/innen in den Einrichtungen Lern-

gruppen bilden sollten, um praxisnah und selbstorganisiert lernfeld- und themenbezogene Lernaufgaben aufzubereiten. Die beiden beteiligten Altenpflegeschulen sollten lediglich die Fachaufsicht innehaben. Formale Auflagen seitens des Regierungspräsidiums erforderten allerdings eine Anpassung - das Lernen musste zu einem gewissen Stundenanteil im Lernort Schule erfolgen. So wurde ein „Sonderkonstrukt“ geschaffen und die theoretische und praktische Stundenzahl (gemäß Altenpflegegesetzvorgaben 1400 Stunden) gedrittelt: 425 Stunden entfielen auf den schulischen Anteil, 425 Stunden auf pädagogisch begleitete Lerngruppen (einmal wöchentlich) und 550 Stunden standen für selbst organisiertes Lernen zur Verfügung.

Das arbeitsintegrierte Lernen sollte das Kernelement der Qualifizierung darstellen: bei der täglichen Arbeit in der Pflege sollten neben fachlichen auch methodische Kompetenzen erworben werden. So wurde zum einen ein Lernpass konzipiert, der zur Lern Erfolgskontrolle dienen sollte (Dokumentation von Lernaufgaben, Ergebnissen der Lernbausteine und Lernzeiten). Allerdings zeigte sich, dass die Umsetzung dadurch erschwert wurde, dass häufig keine Praxisanleitung möglich war. Die Praxisanleiter/innen waren krank, im Urlaub, hatten frei oder waren derart ins Tagesgeschäft eingebunden, dass eine adäquate Anleitung der Teilnehmer/innen nicht gewährleistet war. Demzufolge konnten sie keine Einschätzung der bisherigen Lernerfolge vornehmen. Der Lernpass hatte seine Funktion verloren. Zum anderen sollte mittels zur Verfügung gestellter Laptops explizit das Lernen im praktischen Arbeitsalltag gefördert werden. Nach anfänglicher Skepsis (mangelnde Erfahrung im Umgang) wurde das Medium zwar von den Teilnehmern/innen gut angenommen – aber für den intendierten Einsatz während der Arbeit fehlten die zeitlichen Ressourcen.

Ein weiteres Problem stellte die Freistellung der Teilnehmer/innen dar. Da die Hilfskräfte weiter normale Angestellte waren und keinen Schülerstatus besaßen, wurden sie oftmals bei personellen Engpässen herangezogen. Dies stellte bei einer ohnehin hohen Belastung durch die Ausbildung einen hohen Stressfaktor dar. Es bedurfte vieler Gespräche, um bei den Einrichtungen Verständnis und bei den Teilnehmern/innen die Motivation zum Durchhalten zu generieren. Die Begleitung erforderte ein großes persönliches Engagement der beteiligten Lehrkraft und bekam den Charakter einer sozialpädagogischen Unterstützung.

Die angespannte Personalsituation in vielen Einrichtungen verhindert oftmals, dass Mitarbeiter/innen überhaupt für eine Nachqualifizierung freigestellt werden können. Diese Probleme bei der Akquise zeigten sich auch in diesem Projekt. Trotz Informationsveranstaltungen und Flyeraktionen in den Kooperationseinrichtungen der Altenpflegeschulen konnten beispielsweise für die Altenpflegeschule in Herborn nur 12 Teilnehmer/innen gewonnen werden. Neun von ihnen haben die Ausbildung erfolgreich beendet (zwei Hilfskräfte haben die Nachqualifizierung wegen Krankheit, eine Person aus privaten Gründen abgebrochen). Letztlich erwies sich aber gerade diese geringe Klassenstärke als positiv: So konnte auf individuelle Bedürfnisse der Teilnehmer/innen vor allem im Bereich „Lernen lernen“ besser eingegangen werden. Regelmäßige Lernstandserhebungen zeigten, dass sich die Kompetenzen über den Zeitraum von zwei Jahren wandelten: es entstanden neue Denkmuster, ein erweiterter Sprachschatz unter Integration von fachlichen Termini bildete sich heraus, Inhalte konnten besser miteinander verknüpft werden und die Reflexionsfähigkeit der Hilfskräfte stieg an (ebd.).

Die Umsetzung in der zweiten beteiligten Altenpflegeschule war nicht so erfolgreich. Hier waren die Akteure/innen weniger vom Konzept der berufsintegrierten Nachqualifizierung überzeugt; sie favorisierten die klassischen Ausbildungsformen (ebd.). Insgesamt zeigt sich ein hoher Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten Trägern, die unterschiedlich stark motiviert waren. Möglicherweise ist die Durchführung einer Nachqualifizierungsmaßnahme einfacher, wenn nur ein einzelner Träger beteiligt ist und Abstimmungsprozesse so auf ein geringeres Maß reduziert werden können.

In einem weiteren Projekt im Rahmen der Landesinitiative Fachkräftesicherung NRW in der Märkischen Region, der „Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ (Siepe, Ruelle, 2015), dass durch die agenturmark GmbH vom 01.07.2013 bis 30.6.2015 durchgeführt wurde, kristallisierten sich folgende Aspekte heraus: das Sonderprogramm WeGebAU hat sich im Kontext der Nachqualifizierung von an- und ungelernten Hilfskräften grundsätzlich als probates und praktikables Instrument bewährt. Allerdings standen im vorgegebenen Projektzeitraum von den regionalen Arbeitsagenturen zunächst nur begrenzte WeGebAU-Mittel zur Verfügung, die durch einen Teilnehmerüberhang bereits im ersten Jahr ausgeschöpft waren: Seit dem Oktober 2013 wurden insgesamt 22 an- und ungelernte Hilfskräfte aus Altenpflegeeinrichtungen des Märkischen Kreises zur examinierten Fachkraft in der Altenpflege ausgebildet. Lediglich fünf Teilnehmer/innen konnten ihre Ausbildung um ein Jahr verkürzen. Seitens der Arbeitsagenturen wurde wohl im Vorfeld mit einer höheren Anzahl von Teilnehmer/innen gerechnet, die für eine verkürzte Ausbildung in Frage kommen. Für die Haushaltsjahre 2015/2016 wurden die Mittel für WeGebAU-Forderungen um ein Vielfaches aufgestockt, so dass (branchenübergreifend) über 60 zusätzliche WeGebAU-Plätze für Nachqualifizierungen angeboten werden konnten, allerdings war nun die Projektzeit beendet.

Bei der Prüfung, ob Teilnehmer/innen für eine verkürzte Ausbildung in Frage kommen oder nicht, wurden verschiedene Instrumente eingesetzt. Für die Testverfahren des arbeitspsychologischen Dienstes der Arbeitsagenturen wird zukünftig eine stärkere Ausrichtung an den tatsächlichen Anforderungen der Pflegebranche empfohlen. Die Prüfungsanforderungen unterschieden sich nur unwesentlich von den üblichen Ausbildungsreife-tests (mathematisches Grundwissen, räumliches Vorstellungsvermögen, Textverständnis, Konzentrationsfähigkeit, etc.). Der Aufbau verunsicherte die dem schulischen Lernen entwöhnten Teilnehmer/innen in großem Maße. Im Projekt wurde darauf reagiert und Workshops zu den Themen „Vermittlung von Lerntechniken“ und „psychische und inhaltliche Vorbereitung auf Tests“ angeboten (ebd.).

Während der gesamten Projektlaufzeit konnte das Kompetenzbilanzierungsverfahren zur Feststellung von Verkürzungstatbeständen in der Altenpflegeausbildung nicht genutzt werden, da das mit der Entwicklung betraute Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (Knigge-Demal, Hundenborn, 2014) nicht durchgängig den Auftrag zur Durchführung erhalten hatte. So verzögerte sich die Erprobung des Instrumentes zeitlich. Als das Instrument dann zur Verfügung stand, konnte vor Beginn der Fachseminare nur eine begrenzte Zahl an Teilnehmer/innen getestet werden. Einige Interessenten/innen konnten deshalb nicht mit der Ausbildung beginnen.

Ein Ziel des Projektes lag darin, das Programm in der Region zu bewerben und das Projekt und seine Ergebnisse in der Region öffentlichkeitswirksam darzustellen (ebd.).

Dass dies gelang, zeigt sich darin, dass bis zum heutigen Zeitpunkt Anfragen von interessierten Einrichtungen an die agenturmark GmbH gestellt werden. Nach Beendigung des Projektes sind die regionalen Arbeitsagenturen zuständig – allerdings ist die Vermittlungstätigkeit, die zuvor durch die Projektträger geleistet wurden, von den Arbeitsagenturen nicht leistbar. Das heißt, die WeGebAU-Mittel stünden zur Verfügung, es bräuchte aber einen „Kümmerer“, der die Koordination und Vernetzungsarbeit weiter fortführt.

Das Projekt „AiQuA“ ist abgeschlossen, „ANQA“ geht nicht zuletzt wegen der schwierigen Akquisesituation nicht in eine zweite Runde. Der Anstoß für die Region durch die „Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ gelang zwar, die zunächst aufgebauten Strukturen und Vernetzungen werden jedoch nicht mehr genutzt.

Handlungsfeld III: Erschließung des Vorqualifizierungspotenzials in der Pflege

FAZIT Handlungsfeld III

Projektträger/innen identifizierten die Gruppe der Migranten/innen als Adressaten von Vorqualifizierungsmaßnahmen. Erfolgskritische Faktoren scheinen vor allem

- der Zugang zur Zielgruppe und wenn Teilnehmer/innen gewonnen werden konnten,
- deren intensive, individuelle Begleitung darzustellen.

Vor dem Hintergrund der Überlegung, dass durch Bedingungen, die mit einem Migrationshintergrund zusammenhängen, potentiell interessierte und geeignete Personen, keinen Zugang zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe erhalten, wurden verschiedene Angebote kreiert, um dem entgegenzuwirken.

Bereits seit fünf Jahren offeriert der Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (VbFF) in Hessen die kostenlose Vorbereitungsmaßnahme „VOKA“ für Frauen über 25 Jahren, die eine Ausbildung zur Altenpflegehelferin oder Altenpflegefachkraft beginnen möchten. Dabei richtet sich sowohl die inhaltliche Ausrichtung als auch die Dauer des Kurses (im Durchschnitt sechs Monate, ca. 27 Stunden pro Woche) nach den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmerinnen (VbFF, o.J.). Seit November 2010, also über einen Zeitraum von über 5 Jahren nahmen insgesamt 140 Teilnehmerinnen an den Kursen teil (der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund beträgt über 90 %), die Vermittlungsquote in eine Ausbildung liegt bei 62 %.

Schwerpunkte der Maßnahme stellen neben qualifizierenden Elementen (Sprachförderung, Erwerb von Lernkompetenzen wie das Lesen von Fachtexten oder das Erstellen und Präsentieren von Referaten, Kennenlernen des Berufsbildes und die Einführung in ausbildungsrelevante Inhalte anhand der Grundlagen pflegerischen Handelns in der Altenpflege) auch Beratungsanteile (Bewerbungsberatung, Unterstützung bei der Suche eines Praktikumsplatzes zum Kennenlernen des Berufsfeldes und schließlich eines praktischen und/oder schulischen Ausbildungsplatzes) dar.

Ein zentraler Fokus liegt auf der individuellen Beratung und Unterstützung der Teilnehmerinnen bei Problemen, die die erfolgreiche Aufnahme eines Ausbildungsverhältnisses erschweren oder verhindern könnten (VbFF, o.J.). Unterstützung benötigen die

Frauen zum Beispiel bei der Anerkennung ausländischer Schulabschlüsse: so muss zum Teil zunächst vorgeschaltet eine Ausbildung als Altenpflegehelferin absolviert werden, um die nötige Qualifikation für eine Altenpflegeausbildung zu erlangen. Die Motivation der Frauen, diesen (längeren) Weg zu gehen, ist dabei aus vielfältigen Gründen eher niedrig, die Akquise entsprechend mühsam.

Sie kann jedoch durch die intensive Begleitung und Beratung im Vorbereitungskurs generiert, aufrechterhalten und ermöglicht werden. Die Akquise von Teilnehmer/innen bereitet nicht nur in diesem Vorbereitungskurs des Vereins zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (VbFF) Schwierigkeiten. So konnte das geplante Projekt „Vorqualifizierung von Migrantinnen und Migranten“ des DRK-Landesverbandes Bremen e. V. (DRK-Landesverband Bremen e. V., o.J.a) mangels Teilnehmer/innen erst gar nicht starten, da sich der Zugang zur Zielgruppe mehr als schwierig gestaltete.

Handlungsfeld IV: Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund

FAZIT Handlungsfeld IV

Für eine Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund könnten folgende Aspekte als zielführend aufgeführt werden:

- Der Zugang zur Zielgruppe über Personen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund sowie Mund-zu-Mund-Propaganda scheint bei der Akquise einen deutlichen Vorteil gegenüber allgemeinen Informationsangeboten zu bieten.
- (Männliche) Jugendliche mit Migrationshintergrund orientieren und informieren sich in der Berufsorientierungsphase über direkte, persönliche Kontakte. Dies sollte bei der Konzeption von Zugangsstrategien berücksichtigt werden. Zudem sollten sie eher in heterogenen als in Sonderklassen unterrichtet werden.
- Intensive Beratungs- und Unterstützungsangebote scheinen wesentlich dazu beizutragen, Menschen mit Migrationshintergrund in Qualifizierungsmaßnahmen zu vermitteln und Ausbildungsabbrüche zu verhindern.
- Die Verfahren zur (Teil-)Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsausbildungen im Gesundheitsbereich sollten mehr genutzt werden.

Für die erfolgreiche Qualifizierung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Handlungsfeld IV.1) soll stellvertretend das Projekt „AjuMA-Ausbildung junger Männer in der Altenpflegehilfe“ vorgestellt werden (INBAS, o.J.a).

Im Rahmen des Modellprojektes wurden im Vorfeld Recherchen über die intendierte Zielgruppe (junge, männliche Hauptschulabsolventen mit Migrationshintergrund) zu folgenden Fragestellungen durchgeführt: Woher beziehen männliche Hauptschüler in der Berufsorientierungsphase ihre Informationen? Welche Informationsquellen sind dabei für sie besonders bedeutsam?

Die Ergebnisse zeigten: „Hauptschüler lesen keine Flyer! Sie orientieren und informieren sich überwiegend über direkte persönliche Kontakte, wobei die Familie eine ganz zentrale Rolle spielt“ (Life e.V., 2013, S.1). Daraus wurde die Strategie abgeleitet, zunächst die Menschen zu überzeugen, die den direkten Kontakt zu den Hauptschulabsolventen haben und darüber hinaus möglichst einen direkten Zugang zum Feld zu finden. Dies gelang über folgende Schritte:

Zunächst wurde Kontakt zu Vereinen und Initiativen von Migrant/innen in der Region, zu Elterninitiativen, Jugendprojekten, Beratungsstellen, Arbeitsämtern und berufsvorbereitenden Maßnahmen geknüpft und über das Berufsbild sowie das Angebot des Modellvorhabens informiert. Im nächsten Schritt folgten Informationsveranstaltungen in EIBE-Schulen² und berufsvorbereitenden Maßnahmen. Hier wurde ein realistisches Bild des Altenpflegeberufes nebst sachlichen Informationen zu Verdienst und Karriere-möglichkeiten, gerade auch im Vergleich zu anderen Berufen, die für Hauptschüler zu-gänglich sind, gezeichnet. Das Tätigkeitsfeld und die Ausbildungsinhalte wurden mit-hilfe von E-Learning-Modulen praktisch vorgeführt, kritische Fragen ernst genommen und ehrlich beantwortet. Schließlich erhielten interessierte Jugendliche Hilfe bei der Suche nach Praktikumsplätzen (INBAS, o.J.a).

Innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit gingen Bewerbungen von 160 Jugendlichen ein. Die einjährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer haben 37 Teilnehmer erfolgreich absolviert, 24 junge Männer meldeten sich anschließend für die Ausbildung zum Alten-pfleger an (HSM, 2015).

Für die konkrete Durchführung der Ausbildung wurden Rahmenbedingungen geschaf-fen und eine Reihe von flankierenden Maßnahmen implementiert, die im schulischen Ausbildungsteil der Altenpflegeausbildung normalerweise nicht üblich sind: zum einen wurde die Klassengröße bewusst klein gehalten (max. 15 Teilnehmer). Zum anderen wurden flankierende Maßnahmen wie Deutschunterricht, Sozialberatung, Coaching und Nachhilfe angeboten. Die Praxisanleiter/innen der Ausbildungsbetriebe erhielten eine Schulung zum „Lerncoach“, zusätzlich wurden regelmäßige Fallbesprechungen angeboten und häufige Praxisbesuche durchgeführt.

Überdies wurden innerhalb des Projektes verschiedene Modelle der Zusammenset-zung der Ausbildungskurse getestet: der erste Kurs startete als Sonderklasse mit ca. 10 Teilnehmern. Allerdings erwies sich dieses Konzept als nicht tragfähig: Die Jugend-lichen fühlten sich exponiert, konnten sich mit ihrer Sonderrolle nicht identifizieren. Der Wechsel in heterogene Klassen erwies sich als zielführender – zumal alters- und ge-schlechtsgemischte Kurse eher die Realität der Zusammensetzung pflegerischer Teams in der Praxis abbilden. Während der Ausbildung mussten sich zwar einige Teil-nehmer erst in ihre neue Rolle einfinden (z.B. pünktlich zum Unterricht zu erscheinen), aber die jungen Männer identifizierten sich schnell mit dem Beruf, was nicht zuletzt an der unmittelbaren Rückmeldung aus der Praxis lag. Die Ausbildungsbetriebe empfan-den die Jugendlichen als pflichtbewusst und pragmatisch, so die Rückmeldung an die Projektleitung.

Das nachfolgende Projekt, welches für das Handlungsfeld IV.2 Qualifizierung von Er-wachsenen mit Migrationshintergrund vorgestellt wird, geht noch einen Schritt weiter: es hebt explizit auf eine „kultursensible Ausbildungsbegleitung“ im Sinne einer Lebens-weltorientierung ab.

Die Türkische Gemeinde Baden-Württemberg (TGBW) bot vom 01.01.2013 - 31.12.2014 mit dem Modellprojekt „Kultursensible Pflege“ eine durch die Agentur für Arbeit finanzierte Qualifizierungsmaßnahme für Menschen mit vorwiegend muslimi-schem Hintergrund an (TGBW, o.J.). Sie konnten sich zum/r Altenpflegehelfer/in, zum/r Altenpfleger/in oder zum/r Alltagsbetreuer/in ausbilden lassen. Das Besondere: die

2 EIBE = Eingliederung in die Berufs- und Arbeitswelt

Auszubildenden wurden während der gesamten Maßnahme durch zwei Fachkräfte der TGBW mit eigener Migrationserfahrung intensiv begleitet, weshalb der Titel des Projektes strenggenommen ‚kultursensible Ausbildungsbegleitung‘ oder ‚kultursensible Ausbildungsunterstützung‘ heißen müsste. Die Erprobung dieser zielgruppenorientierten, niedrigschwelligen Begleitung wurde wissenschaftlich durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (ifas) evaluiert. Dabei kam ein multiperspektivisches Design (qualitative und quantitative Erhebungen) zum Einsatz (Meyer, Burde, Steiner, 2015).

Die Evaluationsergebnisse im Hinblick auf den Einsatz der Fachkräfte zeigen, dass die erfolgreichste Strategie zur Akquirierung von neuen Teilnehmer/innen settingübergreifend in der persönlichen Ansprache besteht: Die persönliche Kontaktaufnahme auf Informationsveranstaltungen sowie die daraus folgende ‚Mund-zu-Mund-Propaganda‘ erwies sich als wirksamster Zugang zur Zielgruppe. Tatsächlich erfolgte die Kontaktaufnahme zur TGBW überwiegend über diesen Kanal. An zweiter Stelle stand die Vermittlung der Interessent/innen über die Agentur für Arbeit. Interessent/innen fassten schneller Vertrauen zu den Mitarbeitern/innen und zum gesamten Projekt, wenn sie sich in ihrer eigenen Landessprache austauschen konnten. Insgesamt 71% der 143 Interessent/innen wiesen einen türkischen Migrationshintergrund auf: Durch die Ansprache in der Herkunftssprache und den gemeinsamen kulturellen Hintergrund ließen sich Barrieren und Vorbehalte gezielter abbauen und inhaltliche Fragestellungen zur Ausbildung konkreter klären (ebd.). Wichtig scheint beim Erstkontakt vor allem zu sein, „Zweifel zu beseitigen, Fragen zu klären und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken“ (ebd., S. 134).

Der größte Unterstützungsbedarf der Teilnehmer/innen trat in der Phase der Ausbildungsaufnahme auf und bezog sich vornehmlich auf den Abbau von individuellen Eingliederungshemmnissen. Das Aufgabenprofil der Fachkräfte während der gesamten Qualifizierungsmaßnahme umfasste sowohl informative (Orientierung und Aufklärung über den Beruf sowie über Förderungsmöglichkeiten bei der Ausbildung) als auch instrumentelle Unterstützungselemente (Entlastung im Hinblick auf Bewerbungsmodalitäten, Behördenangelegenheiten und Alltagsaufgaben). Aber auch die Ermutigung und Stärkung der Teilnehmer/innen z.B. bei Schwierigkeiten beim Bewältigen der schulischen Anforderungen trug entscheidend zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen bei.

Im Laufe der Ausbildung wurden die Fachkräfte eher im Kontext konkreter Problemstellungen, also lösungsorientiert kontaktiert. Hier standen vor allem Fragen der Alltagsgestaltung (v.a. Kinderbetreuung, Alltagshilfen) sowie sozialrechtliche Fragen, z.B. Umgang mit Behördenangelegenheiten und finanzielle Hilfen, im Vordergrund. Allerdings zeigte die wissenschaftliche Begleitforschung, dass an dieser Stelle noch Handlungsbedarf besteht: ein explizites Rahmenkonzept zur Aufgabenbeschreibung der begleitenden Fachkräfte der TGBW z.B. im Hinblick auf sozialrechtliche Kenntnisse, Case-Management und psychosoziale Betreuung fehlt (Meyer et al., 2015).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Begleitung durch die Fachkräfte der TGBW stellte insgesamt ein zentrales und wichtiges Unterstützungsangebot für die Teilnehmer/innen dar. Auch hier zeigt sich einmal mehr, dass eine individuelle und intensive (sozialpädagogische) Betreuung essentiell zum Gelingen eines solchen Projektes beiträgt. Der Zugang zur Zielgruppe aus dem gleichen kulturellen Hintergrund,

gleichsam „aus der Gruppe heraus“ scheint eher zu greifen als allgemeine Informationsangebote. Von den 143 Interessent/innen, die sich intensiver zu der Qualifizierungsmaßnahme beraten ließen, begannen 45 Teilnehmer/innen schließlich eine Ausbildung.

Im Vergleich dazu haben im Offenbacher Projekt „BeA – Berufseinsteigerinnen in die Altenpflege“ seit November 2012 (Projektstart) über 120 Frauen bis Mitte 40 mit Migrationshintergrund das Beratungsangebot genutzt. Davon haben neun Frauen (Stand 2014) die Ausbildung abgeschlossen. Auch in diesem Projekt werden die Teilnehmerinnen intensiv begleitet, jedoch nicht explizit mit einem lebensweltorientierten Ansatz (INBAS, o.J.b). Das Projekt wird seit April 2015 als „BeA+“ fortgeführt. Im nächsten Jahr ist ein entsprechendes Pendant für ältere Männer mit Migrationshintergrund, die Interesse an dem Altenpflegeberuf haben, geplant.

Um eine Grundlage für passgenaue Qualifizierungsangebote zu schaffen, wurden im Projekt „Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ die Qualifizierungsbedarfe von Pflegefachkräften und Hilfskräften mit Migrationshintergrund analysiert (Siepe, Ruelle, 2015; agentur mark GmbH, 2013).

An der Befragung nahmen lediglich 21 Beschäftigte teil, zwei Drittel von ihnen hat den Status ‚an- und ungelernte Pflegehilfskraft‘. Sie arbeiten vorwiegend als Vollzeitkräfte in stationären Einrichtungen, im Durchschnitt seit neun Jahren. Die Befragung zeigte, dass die Mehrheit der Beschäftigten mit Migrationshintergrund der Meinung ist, keinen höheren Fortbildungsbedarf als ihre deutschen Kollegen/innen zu haben. Obwohl sie im direkten Qualifikationsvergleich schlechter abschneiden als diese und ihre Vorgesetzten sehr wohl einen höheren Weiterbildungsbedarf sehen. Werden Bedarfe genannt, dann beziehen diese sich auf die Themen ‚gerontopsychiatrische Betreuung‘, dicht gefolgt von ‚EDV-Kenntnisse‘ sowie ‚sprachliches und schriftliches Ausdrucksvermögen‘. Trotzdem wird insgesamt kein spezieller Fortbildungsbedarf angegeben, die Befragten halten das bisherige Schulungsangebot für ‚ausreichend‘. Gründe dafür könnten darin liegen, dass der Qualifizierungsbedarf keine Einschränkung im Arbeitsalltag darstellt oder dass er zwar als Einschränkung wahrgenommen, aber toleriert wird, entweder, weil die zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen nicht ausreichen, um ihn zu beheben, die Angebote zeitlich ungünstig oder unattraktiv gestaltet sind, die Kraft und der Wille fehlen, die Angebote wahrzunehmen und/oder eine äußere Notwendigkeit zu Handeln nicht gegeben ist (agentur mark GmbH, 2013).

Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass zwei Drittel der Befragten ihre im Ausland erworbenen Berufsabschlüsse noch in Deutschland anerkennen lassen könnten. Hier zeigt sich ein Beratungsbedarf, um das Thema Anerkennung noch stärker in die Branche und in örtliche Migrantenorganisationen einzubringen. Die erhobenen Befunde deuten darauf hin, dass die „politische Diskussion um die Gewinnung von zusätzlich dringend benötigten Fachkräften – aus der Zielgruppe ‚Migranten‘ – lange noch nicht in ... der Realität und Praxis angekommen ist“ (ebd., S. 27).

Handlungsfeld V: Wiedereinstiegsqualifizierung für die stille Reserve

FAZIT Handlungsfeld V

Das Gelingen eines systematischen Wiedereinstiegsmanagements kann u.a. durch folgende Vorgehensweisen unterstützt werden:

- Ein Perspektivwechsel, weg von ‚welches Profil benötigt die Einrichtung‘ hin zu ‚welches Profil bringt ein/e Bewerber/in mit‘ verbunden mit individuellen Anpassungsmaßnahmen eröffnet neue und erfolgsversprechende Wege zur Anschlussfähigkeit von Angebot und Nachfrage im Personalsektor.
- Individuell ausgerichtete Einarbeitungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum Wiedereinstieg für die stille Reserve scheinen erfolgsversprechender, als zentrale allgemein gehaltene Angebote.
- Einarbeitungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum Wiedereinstieg sollten individuell, passgenau und bedarfsgerecht (sowohl für die betroffene Person als auch für die Einrichtung selbst) ausgearbeitet und zudem einrichtungsintern beworben bzw. kommuniziert werden.
- Möglicherweise könnte die Anrechnung von Maßnahmen zum Wiedereinstieg als Arbeitszeit dazu führen, dass vorgehaltene Angebote umfassender genutzt werden.

Die Schön Klinik Neustadt in Holstein stellen bei der Rekrutierung neuer Mitarbeiter/innen nicht das Anforderungsprofil der zu besetzenden Stelle in den Vordergrund, sondern eruieren zunächst, wie und wo die Pflegekräfte (und Ärzte/innen) abgeholt werden müssen, um sie für vakante Stellen zu qualifizieren: sie bauen auf individuelle Vereinbarungen zum Wiedereinstieg. Mitarbeiterumfragen durch das Institut ‚Great Place to Work®‘ bestätigen die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen mit dieser Vorgehensweise (Schön Klinik Verwaltung GmbH, 2012).

In der Helios St. Elisabeth Klinik Hünfeld wird seit 2006 auf ein Maßnahmenbündel zum beruflichen Wiedereinstieg gesetzt (HELIOS Kliniken GmbH, 2010). Neben dem regelmäßigen Kontakthalten durch eine monatliche Mitarbeiterzeitung wird die Teilnahme der Mitarbeiter/innen in Elternzeit an Betriebsausflügen und Mitarbeiterversammlungen sowie an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung offeriert. Zudem wird ein finanzieller Anreiz zur Aufnahme der Arbeit während der Elternzeit gesetzt. Individuelle Vereinbarungen zu Arbeitszeitmodellen werden zwischen den Wiedereinsteiger/innen und den jeweils betroffenen Abteilungen ausgehandelt.

Allerdings kann eine starke Ausrichtung an individuellen Bedarfen auch nichtintendierte Effekte nach sich ziehen. So wird davon berichtet, dass im Bereich der Pflege mittlerweile mehr Teilzeit- als Vollzeitbeschäftigte arbeiten. Dies hat zur Folge, dass es weniger vakante Stellen für junge Pflegekräfte gibt, die sich direkt nach Abschluss ihrer Ausbildung bewerben und eher eine Vollzeitbeschäftigung suchen. Infolgedessen macht sich im Krankenhaus ein steigender Altersdurchschnitt der Beschäftigten bemerkbar (ebd.).

Auch im Klinikum Nürnberg wurden bereits vorhandene Tools zur Mitarbeiterbindung und Wiedereingliederungsmaßnahmen geprüft. Nach einer Bedarfserhebung wurde anschließend das Gesamtkonzept „Vereinbarkeit Familie & Beruf“ mit mehreren Bausteinen entwickelt. Elementare Bestandteile sind: Planungsgespräche, ein Kontakthalteprogramm, flexible Arbeitszeitmodelle (Teilzeit, reduzierte Arbeitszeit, Teilzeit mit in-

dividuellen Schichtzeiten oder das sogenannte Jobsharing), Angebote zur Kinderbetreuung und Beratungsangebote. Außerdem wurde ein Qualifizierungsprogramm für Wiedereinsteiger erstellt: „We(l)-Come-Back“ sollte 72 Stunden Unterricht und acht Stunden Coaching für Berufsrückkehrer/innen umfassen. Trotz zweier Anläufe konnte jedoch die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht und das Qualifizierungsprogramm nicht durchgeführt werden (Klinikum Nürnberg, 2014).

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) bietet seit 2010 ein kostenloses Fortbildungsprogramm für Pflegekräfte zum Wiedereinstieg nach der Elternzeit an (MHH, 2014b). Die Gesamtdauer beträgt 12 Tage (78 Stunden) und umfasst fachliche (z.B. Pflegestandards, Schmerz- und Wundmanagement, EDV-Programme in der Pflege) und überfachliche Themen wie eine Potenzialanalyse zur Zielfindung für das Berufs- und Privatleben sowie Kommunikations- und Verhandlungstraining (MHH, 2015). Eigens dafür wurde eine Vollzeitstelle generiert und themenbezogenen Trainer/innen engagiert. Das Programm wurde evaluiert und modifiziert, der fachliche Input von den Teilnehmern/innen als gewinnbringend eingestuft. Nichtsdestotrotz nahm die Anzahl der teilnehmenden Berufsrückkehrer/innen im Laufe der Jahre stetig ab. Ein möglicher Erklärungsansatz findet sich in der Finanzierung der Maßnahme: Während das Wiedereinstiegsprogramm in den ersten drei Jahren aus Drittmitteln (Bundesministerium für Bildung und Forschung und ESF) finanziert werden konnte, musste für die nachfolgenden Durchläufe eine Zwischenfinanzierung gefunden werden. Aufgrund der Diskontinuität der Kostenübernahme und der damit verbundenen Unsicherheit, ob der Kurs stattfindet, zogen sich mehrere Interessenten/innen zurück. Hinzu kommt, dass das Programm innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden nur eingeschränkt kommuniziert und beworben wurde. Demotivierend ist auch, dass die Kurszeit nicht als Arbeitszeit angerechnet wird.

Handlungsfeld VI: Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II / Umschulung

FAZIT Handlungsfeld VI

Auch bei Umschulungsmaßnahmen scheinen

- ein individueller Ansatz (Ressourcen- und Lebensweltorientierung) verbunden mit
- eine Kooperation mit dem Jobcenter und eine
- kontinuierliche (sozialpädagogische) Unterstützung zu einer gelingenden Umsetzung beizutragen.
- Zudem scheint eine sorgfältige Eignungsprüfung unerlässlich.

Das Projekt „Wege aus dem Pflegenotstand – Neue Wege pflegen“ des Caritasverbandes Heidelberg e.V. möchte langzeitarbeitslosen Männern und Frauen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (50 Jahre und älter) neue Perspektiven einer beruflichen Zukunft im Bereich Gesundheit und Pflege eröffnen (Caritas Heidelberg, o.J.).

Die sozialpädagogische Begleitung ist dabei von Anfang an konzeptionell verankert und erweist sich neben der Ressourcen- und Lebensweltorientierung sowie der Kooperation mit dem Jobcenter Heidelberg und unterschiedlichen Trägern im Pflegebereich

als besonders tragbar: 64 der 76 Teilnehmer/innen, die zwischen 2011 und 2015 den rund siebenmonatigen Kurs besuchten, beendeten die Maßnahme erfolgreich (84%). Bei Vermittlungshindernissen konnte auf die Unterstützung durch den Sozialdienst der Caritas zurückgegriffen werden, der im Bedarfsfall Hilfen (z.B. bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse) organisierte. Auch bei Problemen auf der familiären Ebene oder zur Stabilisierung der Lebenssituation ist der Sozialdienst Ansprechpartner. Die Abbruchrate insgesamt ist eher gering, der Austritt einer/s Teilnehmer/in hat meist positive Ursachen wie den Beginn einer Ausbildung oder den Antritt einer Anstellung. In eine Ausbildung im Bereich Altenpflegehilfe konnten bisher 34 Teilnehmer/innen (Stand März 2016) vermittelt werden, das entspricht einer Vermittlungsquote von rund 53%.

Anders stellt sich die Situation im Projekt „ProPflege – individuelle Kompetenzfeststellung für die Altenpflege“ dar (DRK-Landesverband Bremen e.V., o.J.b): hier werden potentielle Teilnehmer/innen zunächst ebenfalls beim zuständigen Jobcenter in Bremen und Bremerhaven beraten. Die Vermittlung an den DRK-Landesverband Bremen e.V. erfolgt dann über Aktivierungs- und Bildungsgutscheine. Dort finden das Erstgespräch und die Erstellung einer Teilnehmervereinbarung statt, gefolgt von 16 Stunden individueller Beratung und Coaching. Anschließend werden die Teilnehmer/innen in ein dreiwöchiges Orientierungspraktikum vermittelt.

Die Erfolgsbilanz dieses Projektes sieht jedoch etwas anders aus: in 2015 starteten zwei Gruppen mit insgesamt 27 Teilnehmer/innen. Sechs Personen konnten zunächst in eine Ausbildung vermittelt werden (fünf in die einjährige Ausbildung zur Altenpflegehelfer/in, eine Person in die dreijährige Altenpflegeausbildung). Allerdings brachen vier der fünf Auszubildenden die Ausbildung zur Altenpflegehelfer/in bereits nach einem Vierteljahr ab. Als Gründe für das Scheitern der Umsetzung wurde durch die Projektleitung zum einen benannt, dass die Eignungsprüfung zur Ausbildungsfähigkeit seitens des Jobcenters teilweise nicht sorgfältig genug erfolgte – die schulischen Voraussetzungen für eine Ausbildung im Bereich Altenpflegehilfe lagen nicht vor.

Zum anderen liegt es am Klientel selbst - langzeitarbeitslose Menschen müssen erst wieder lernen, einem geregelten Tagesablauf zu folgen und die intrinsische Motivation, einen Kurs oder eine Ausbildung ‚durchzuhalten‘, zu generieren. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass eine sozialpädagogische Begleitung der Teilnehmer/innen während der Ausbildung nicht Bestandteil der Projektkonzeption ist, anders als im relativ erfolgreichen Projekt „Wege aus dem Pflegenotstand – Neue Wege pflegen“.

Handlungsfeld VII: Weiterentwicklung der Pflegeberufe

FAZIT Handlungsfeld VII

Verschiedene Entwicklungsprojekte sind im Feld der Qualifizierung in der Altenpflege verortet. Mit der anstehenden Reform des Pflegeberufegesetzes und der damit verbundenen intendierten Einführung einer generalistischen Berufsausbildung sind die nachfolgenden Ausführungen für das Qualifizierungsfeld der Altenpflege als Momentaufnahme zu werten. Gleichwohl sind

- strukturelle Bedingungsfaktoren und Ressourcen als Rahmen für die Machbarkeit von Entwicklungsvorhaben auch zukünftig in den Blick zu nehmen.
- klare Regelungen von Verantwortungs- und Aufgabenbereichen in Verbindung mit der erforderlichen Qualifikation sinnvolle Voraussetzung für den Einsatz von in der Pflege Tätigen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus.
- Bei der Integration akademisierter Pflegekräfte ist zu beachten, dass
- die Erwartungen an die Leistungsfähigkeit und die Einsatzmöglichkeiten von Bachelorabsolvent/innen angemessen austariert werden müssen.
- eine zielgruppenorientierte Begleitung, beispielsweise ein Trainee-Programm zur Integration der Bachelorabsolvent/innen in den klinischen Kontext beitragen können.
- es gilt, durch die Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen die Akzeptanz und Integration akademisierter Pflegekräfte oder von Pflegeexperten/innen im Praxisfeld zu fördern.
- adäquate Aufgabenfelder identifiziert werden müssen.
- die Implementierung von Konzepten einer erweiterten Pflegepraxis als Gesamtstrategie angegangen werden muss und als Organisationsentwicklung zu verstehen ist.
- die Akzeptanz im Feld nur in langfristigen Veränderungs- und Aushandlungsprozessen erreicht werden kann.
- das Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten und potentiellen Karrierewegen dazu beitragen kann, die Absolvent/innen von Pflegestudiengängen an eine Einrichtung zu binden.

In der „Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ wird explizit darauf hingewiesen, dass sich

„aus den veränderten Versorgungsstrukturen und Betreuungsbedarfen, aus Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und Pflegebildung sowie nicht zuletzt aus den demografischen Effekten auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt neue Herausforderungen für das Berufsfeld der Pflege insgesamt [ergeben], denen auch die Pflegeausbildungen gerecht werden müssen“ (MSAGD, 2013, S. 33).

Um diesen Veränderungen im Berufsfeld Altenpflege Rechnung zu tragen und um „flexible, auf Beschäftigungsfähigkeit und Mobilität ausgerichtete Qualifizierungswege zu ermöglichen und individuelle Bildungsperspektiven zu erweitern“ (Knigge-Demal, Eylmann, Hundenborn, 2011) entstand zwischen 2008 und 2011 im Rahmen des Kooperationsprojektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ zwischen der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) zunächst der Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen (Knigge-Demal, Eylmann, Hundenborn, 2011).

Der Qualifikationsrahmen wurde in einem konsensorientierten Verfahren erarbeitet, in das Expert/innen aus allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen einbezogen waren.

Um einen europaweiten Vergleich- und Übertragbarkeit zu ermöglichen, wurden vorhandene bzw. zeitgleich zum Projekt entwickelte Referenzmodelle (Europäischer Qualifikationsrahmen [EQF], Diskussionsvorschlag Deutscher Qualifikationsrahmen [DQR], Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse und Entwurf eines Fachqualifikationsrahmens für die hochschulische Pflegebildung [FQR Pflege] der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft) berücksichtigt.

Der Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen beschreibt auf acht voneinander abgrenzbaren Niveaus einerseits den Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarf älterer Menschen und andererseits die zugeordneten charakteristischen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie das hierfür notwendige Wissen und Können der beruflich Pflegenden. Dabei steigen mit zunehmendem Qualifikationsniveau der Umfang und die Komplexität der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche. Zudem ändert sich die Ausrichtung: mit zunehmender formaler Qualifikation lässt sich eine Schwerpunktverlagerung von kundenbezogenen hin zu team- und einrichtungsbezogenen Aufgaben feststellen (Niveau 7 und 8) (Knigge-Demal, Hundenborn, 2014).

Im 2011 bis 2013 durchgeführten Folgeprojekt „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ konnte in einer bundesweit angelegten Feldstudie aufgezeigt werden, dass die beschriebenen Qualifikationsniveaus (mit Unterschieden im Abstraktions- und Komplexitätsgrad) tatsächlich in den 18 ausgewählten Praxiseinrichtungen der Altenpflege vorzufinden waren und dass sowohl pflegerische Leitungskräfte als auch die Mitarbeiter/innen eine klare Regelung von Verantwortungs- und Aufgabenbereichen in Verbindung mit der erforderlichen Qualifikation als sinnvoll und notwendig erachteten. Aus der Revision und Modifikationen des Entwurfs ging schlussendlich der „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ hervor (ebd.).

Dieser wurde innerhalb des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ zur Entwicklung eines modularisierten Konzeptes für drei ausgewählte Bildungsgänge herangezogen. Neben der einjährigen Ausbildung zum/zur Altenpflegehelfer/in und der dreijährigen Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in, wurde eine Weiterbildung zur ‚Leitung einer pflegerischen Einheit‘ konzipiert, exemplarisch in kooperierenden Bildungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen erprobt und evaluiert (Hundenborn, Rosen, Scheu, Knigge-Demal, Kluwe, 2011). Die Verwendung des Qualifikationsrahmens zur Weiterentwicklung von Curricula und somit der beruflichen und akademischen Bildungsangebote könnte einen Baustein in diesem Handlungsfeld darstellen. Bei der Konzipierung und Entwicklung von Curricula sollten jedoch stets die konkreten strukturellen Ressourcen und Rahmenbedingungen im intendierten Praxisfeld Berücksichtigung finden, wie die begleitende Evaluation des folgenden Projektes aufzeigte.

Das Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF) des Diakonischen Werks in Schleswig-Holstein verfolgte in dem durch den Europäischen Sozialfond geförderten Projekt „ilka – Interkulturalität lernen und Kompetenz entwickeln in der Altenpflegehilfeausbildung“ (Laufzeit: Februar 2009 - April 2012) das Ziel, ein Gesamtcurriculum für eine kultursensible, interkulturelle Altenpflegehilfeausbildung zu entwickeln und zu implementieren. Als zentraler Punkt wurde benannt, die Auszubildenden zu befähigen,

„mit den üblichen Problemen der Altenpflege und auch mit den Problemen von Interkulturalität in der Schule, in den Pflegeheimen und auch privat adäquat umzugehen, d.h. sie zu bewältigen“ (Christe, Reisch, 2012, S. 23).

Themen der multikulturellen Pflege sollten nicht einfach an ein bestehendes Ausbildungskonzept angehängt oder herausgehoben werden, sondern als inhärente Bestandteile der Pflege dargeboten werden. Über diesen Weg sollte der Aspekt Interkulturalität in das Berufsverständnis der Auszubildenden integriert werden. Kern des Curriculums bildete dabei das Lernfeldkonzept, welches um das Konzept sogenannter Lerninseln ergänzt wurde und explizit die Handlungsorientierung in den Vordergrund stellt (ebd.).

Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt in der Zeit von Oktober 2009 bis September 2011 durch das Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe (IAJ) Oldenburg. Die formative Evaluation zeigte zwar, dass interkulturelle Themen erfolgreich in das Curriculum integriert werden konnten, aber auch, dass die implementierten Ansätze erhebliche Anforderungen an die Organisation von Lehren und Lernen stellen. Als wesentlich für eine gelingende Umsetzung wurden folgende Faktoren herausgestellt: regelmäßige Teamsitzungen, verbindliche Absprachen, Lehrer, die sich mit der Lernfeld- und Lerninsel-Arbeit identifizieren, sich selbst organisierende Teams, die Bestimmung des Tagesablaufs durch die Lerninhalte sowie entsprechende räumliche Voraussetzungen. Lehrkräfte benötigen (insbesondere, wenn sie freiberuflich arbeiten), genügend Zeit, um sich auf die Unterrichtsinhalte vorzubereiten. Zudem brauchen sie geeignete Unterrichtsmaterialien, um interkulturelle Themen im Unterricht zu vermitteln.

Wie sich im Verlauf der Modellprojektphase gezeigt hat, „stellen insbesondere die organisatorischen Bedingungen zur Umsetzung des Curriculums [...] eine schwer zu nehmende Hürde dar“ (ebd., S. 82). Während das Curriculum eine enge Kooperation der beiden Lernorte (Schule und Pflegepraxis) verlangt, nehmen die Lehrkräfte eine große Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis wahr. Denn die Pflegepraxis als Dienstleistung folgt einer anderen Logik als die Ausbildung: Schüler/innen haben kaum die Möglichkeit, Lernaufgaben in der Praxis zu erproben, sie arbeiten vergleichbar den vollausgebildeten Kräften unter Zeitdruck und werden nicht als Lernende akzeptiert. Zudem werden sie in den Praxisstellen teilweise von Personal angeleitet, „deren eingespielte Praxis sich nicht in jedem Fall mit neueren Erkenntnissen deckt“ (ebd., S. 78), so dass die interkulturellen Lehrinhalte nicht praktisch angewendet werden können. Trotz dieser kritischen Reflexion zur Realisierung einer interkulturellen Altenpflegehilfesausbildung, wurde der neue Ausbildungsansatz von den Lehrkräften grundsätzlich befürwortet.

Bei den Auszubildenden selbst herrschte eher eine ambivalente, wenn nicht gar distanzierte Einstellung zur interkulturellen Ausbildung vor. Zwar hielten beinahe alle Schülerinnen das Thema für wichtig, der zeitliche Aufwand für interkulturelle Themen war für sie jedoch teilweise nicht nachvollziehbar. Zum Teil wurde angegeben, dass durch die interkulturellen Unterrichtsbestandteile andere, als wichtiger eingeschätzte Inhalte zu kurz kämen. Nur weniger als zwei Fünftel gaben an, dass ihnen die Themen der interkulturellen Pflege gefallen hätten. Allerdings gilt zu bedenken, dass nur ein Fünftel der Schüler/innen überhaupt die Chance hatte, in ihrer praktischen Arbeit Migranten zu pflegen. Auch die Auszubildenden nahmen das Verhältnis von Schule und

praktischer Pflege als Theorie-Praxis-Gegensatz wahr. Laut Evaluation fiel diese allgemeine Unzufriedenheit über ihre Situation als Auszubildende mit einer als unzureichend empfundenen Unterrichtspraxis zusammen – und trug vermutlich zu einer geringeren Akzeptanz der interkulturellen Altenpflegehilfeausbildung bei (ebd.). Das zentrale Ziel der Ausbildung, interkulturelle Pflege als integralen Bestandteil einer Altenpflegehilfeausbildung zu implementieren, konnte demnach nur bedingt erreicht werden. Um zukünftig erfolgreicher auf diesem Weg zu einer Weiterentwicklung der Pflegeberufe beizutragen, müssen organisatorische Rahmenbedingungen und strukturelle Ressourcen in der Altenpflegehilfeausbildung antizipiert und berücksichtigt werden.

Ein anderer Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe geht mit der Forderung nach der „Entwicklung und Etablierung von Aufgabenfeldern im Pflege- und Gesundheitswesen [...], in denen das in der akademischen Qualifizierung entwickelte Potential zielgerichtet genutzt wird“ (MSAGD, 2013, S. 34) einher. Deshalb seien zunächst ausschnitthaft die Ergebnisse der Studie „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“ (Darmann-Fink, Muths, Görres, Adrian, Bomball, Reuschenbach, 2015) zum Aspekt Kompetenzerweiterung vorgestellt. Ausgehend von einer systematischen internationalen Literaturrecherche zu den Auswirkungen einer hochschulischen Primärqualifikation auf die Patientenversorgung kann davon ausgegangen werden, dass mit der Ausbildung auf Bachelorniveau eine verbesserte pflegerische Versorgung (Outcome) zu erwarten ist. Damit einhergehend konnte gezeigt werden, dass sich der positive Mehrwert durch ein Studium auch bei der Frage der erworbenen Kompetenzen (Output) zeigt:

„Die Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten, die kritische Reflexion des traditions- und regelgeleiteten Wissens in der Praxis, die Fähigkeit, die eigene Profession weiterzuentwickeln sowie die Fähigkeit zu einem fachlichen Austausch mit anderen Berufen auf Augenhöhe sind wesentliche Kompetenzen, die sich die Studierenden selbst zuschreiben bzw. die sie von Berufstätigen in den Praxisfeldern zugeschrieben bekommen“ (ebd., S. 3).

Inwiefern sich diese erweiterten hochschulischen Kompetenzen auf die Versorgungsqualität auswirken können, hängt zum einen von den Entfaltungsmöglichkeiten der Absolvent/innen in der Praxis ab. Denkbar sind verschiedenste Betätigungsfelder (einhergehend mit unterschiedlichen Handlungsoptionen). Andererseits müssen Erwartungshaltungen gegenüber dem Einsatz der Absolvent/innen mit den realen Gegebenheiten und Begrenzungen abgeglichen werden, wie der klinische Einsatz und die Integration von Bachelorstudent/innen und -absolvent/innen im Bezirksklinikum Regensburg (MedBO GmbH) exemplarisch zeigt (Klein, Traurig, 2016).

Bereits im Jahr 2007 fiel die strategische Entscheidung der MedBO, den Schüler/innen an der hauseigenen Berufsfachschule für Krankenpflege den Zugang zu einem dualen Studiengang Pflege (seit 2011 in Kooperation mit der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (OTH)) anzubieten. Der duale Studiengang Pflege schließt mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science“ ab, wobei während der ersten 6 Semester die dreijährige Berufsausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in parallel absolviert wird. In dieser ersten Phase werden die Studieninhalte ausbildungsbegleitend vermittelt. Nach erfolgreich abgelegtem beruflichem Examen beginnt

die zweite Studienphase, die für die Dauer von drei Semestern in Form eines Vollzeitstudiums ausschließlich an der OTH Regensburg stattfindet.

Während dieser zweiten Phase haben die Student/innen die Möglichkeit, in den Kliniken der MedBO als Gesundheits- und Krankenpfleger/in in Teilzeit (max. 19,25 Stunden Wochenarbeitszeit) zu arbeiten. Um diese Pflegestudentinnen und -studenten in bestmöglichem Maße zu unterstützen, wurden verbindliche Rahmenbedingungen sowie ein einheitliches Vorgehen geschaffen: ein klinikübergreifendes Integrationskonzept mit den Schwerpunkten ‚individuelle Dienstplangestaltung‘, ‚fachbezogene Einarbeitung‘ und ‚Begleitung durch Stationsleitung‘ wurde erstellt.

Wie die bisherige Evaluation zeigt, besteht zwar an einigen Punkten Entwicklungsbedarf, aber insgesamt scheint das Integrationskonzept dazu beizutragen, die akademisierten Pflegekräfte an das Unternehmen zu binden. Seit 2012 wurden insgesamt 43 Pflegestudierende als Teilzeitkräfte von den MedBO Kliniken übernommen und gemäß dem Integrationskonzept gefördert. Mittlerweile haben 15 Personen den dualen Studiengang erfolgreich abgeschlossen und arbeiten in Vollzeitbeschäftigung in den medbo-Klinken. Die Übernahme von weiteren 22 Pflegestudierenden nach ihrer Vollzeitstudienphase als Teilzeitkräfte ist geplant. Vier Studierende brachen ihr Studium aus persönlichen Gründen ab, zwei weitere Pflegekräfte mit Bachelorabschluss sind nicht mehr bei den MedBO Kliniken angestellt. Nach Rückmeldung der hauseigenen Berufsfachschule für Krankenpflege besteht weiterhin eine große Nachfrage nach einer Teilnahme am dualen Studiengang Pflege. Starteten 2008 lediglich vier Pflegeschüler/innen der MedBO das Pflegestudium, so waren im Oktober 2015 bereits 60 Ausbildungsplätze mit Pflegestudierenden besetzt.

Allerdings bleibt „festzuhalten, dass alle konzeptionellen Überlegungen, die Student/innen während ihres Vollzeitstudiums in Teilzeitbeschäftigung zu unterstützen, aus heutiger Sicht lediglich als Vorarbeit oder Fundament für den weiteren Berufsweg zu werten sind. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegenden nicht nur Begleitung während des Studiums, sondern vor allem nach dem Studium erfordert“ (Klein, Traurig, 2016).

Es stellte sich nämlich heraus, dass die akademisierten Pflegekräfte nicht sofort wie erwartet mindestens auf Fachpflegeniveau eingesetzt werden können. Sie verfügen zwar aufgrund des Studiums über eine umfassende Fachkompetenz in allgemeiner Pflege und Pflegewissenschaft und bringen eine weitreichende Methodenkompetenz mit. Jedoch fehlen ihnen fachspezifische Kenntnisse, über die beispielsweise Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit zweijähriger Fachweiterbildung verfügen.

Die MedBO Kliniken reagierten auf diesen Bedarf, indem ein Schulungskonzept für einen praxisorientierten Intensivkurs in psychiatrischer und neurologischer Pflege entwickelt wurde. Der Kurs wird am hauseigenen Institut für Bildung und Personalentwicklung angeboten und ist für alle Absolvent/innen des Pflegestudiums verpflichtend. Mit der Vermittlung des klinikrelevanten, fachspezifischen Wissens und der Ausrüstung mit dem nötigen ‚Handwerkszeug‘ wird ein studiennaher und effizienter Einsatz der Berufseinsteiger/innen in den Kliniken befördert und eine konkrete Integration der im Studium erworbenen Kompetenzen ermöglicht (ebd.).

Auch das Universitätsklinikum Regensburg setzt auf die Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte. Seit 2013 wird das strategische Konzept des Qualifikationsmixes stetig weiterentwickelt, in dem akademisch qualifizierte Mitarbeiter/innen in der klinischen Patientenversorgung eine relevante Rolle spielen (Fragemann, 2016). Basierend auf einer systematischen Literaturanalyse und einer nachfolgenden Situationsanalyse wurde in einem zweijährigen Projekt ein strukturiertes Rahmenkonzept entwickelt, das einerseits Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche für Bachelor- und Masterabsolvent/innen definiert und festlegt. Andererseits wurde ein Laufbahn- und Entwicklungsmodell mit insgesamt sechs Stufen der beruflichen Entwicklung herausgearbeitet. Zudem erfolgte eine Konkretisierung potentieller Aufgabenbereiche (sogenannte Erweiterungsaufgaben) der durch Bachelorabsolvent/innen übernommen werden sollen. So sind beispielsweise verschiedene Laufbahnkonzepte denkbar: Führungs-, Fach- oder Projektkarrieren.

Die Führungskarriere mit Personal-, Sach- und organisatorischer Verantwortung ist die wohl bislang geläufigste Karriereform in den Pflegeberufen und basiert auf der formalen Ausweitung von Verantwortung und Entscheidungskompetenz. Aufgrund der wachsenden Komplexität der Aufgaben wird die tradierte Leitungsrolle jedoch zukünftig vermutlich nicht mehr alle Aufgaben des Personalmanagements und der fachlichen Supervision einer Abteilung oder Station bewältigen können. Ein mögliches Modell, um akademisch qualifizierte Mitarbeiter/innen in diesem Bereich gewinnbringend einzusetzen, könnte die Etablierung einer geteilten Leitungsebene darstellen: so fänden sich innerhalb einer Leitungseinheit neben einer fachverantwortlichen Position auch eine personalverantwortliche Position.

Bei einer Fachkarriere handelt es sich um eine allgemeine Fachverantwortung für die pflegerische Qualität auf einer Station/Abteilung oder um eine Spezialistenlaufbahn, die sich auf einen definierten Aufgabenbereich beziehungsweise bestimmte Patientengruppen bezieht (zum Beispiel Schmerzmanagement, Wundmanagement). Diese Option der beruflichen Entwicklung ist bisher eine seltene Option in der Pflege. Das Universitätsklinikum Regensburg möchte künftig gezielt Mitarbeiter/innen mit Führungsverantwortung auf einer Station/Abteilung durch akademische Pflegekräfte mit einer Fachkarriere unterstützen.

Eine Projektkarriere beinhaltet konkrete Aufgabenstellungen an Projektteams oder Einzelpersonen und soll bei der Bewältigung außergewöhnlicher Herausforderungen unterstützen, zum Beispiel bei der Implementierung eines neuen fachlichen Standards (ebd.).

Erste Ergebnisse einer systematischen Evaluation zum Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte im Rahmen des entwickelten Konzeptes sind frühestens 2018 zu erwarten, wenn die Mitarbeiter/innen einen etwa zweijährigen Entwicklungsprozess in ihren Teams durchlaufen konnten. Abschließend bleibt festzuhalten, dass derartige Konzepte durch konkrete Arbeitshilfen nur einen Rahmen vorgeben können. Fragemann spricht von einer prozesshaften Entwicklung und benennt ein gutes Change-Management auf allen Ebenen einer Institution als Erfolgsfaktor. Die Implementierung einer akademisierten Pflegepraxis braucht ihrer Erfahrung nach oftmals Mut und Geduld (ebd.).

Dass die Einführung und Etablierung von akademisch qualifizierten Pflegeexpertinnen/innen von ständigen Aushandlungsprozessen und dem Abgleichen von Erwartungen, Bedürfnissen und Vorstellungen aller Beteiligten verbunden ist und sich nur als langfristig zu denkender und planender Prozess umsetzen lässt, zeigt sich auch bei der Integration einer anderen Gruppe von Pflegeexperten/innen im Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf. Dort wird seit fast sechs Jahren eine Advanced Nursing Practice (ANP) aufgebaut (Sniatecki, Keinath, Knisch, Herrmann, Meissner, Werner, 2016). Pflegeexperten/innen APN³ arbeiten mit einem pflegebezogenen Master-Abschluss als klinisch spezialisierte Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung, übernehmen aber auch abteilungsübergreifende Aufgaben (Management-Beratung, Netzwerkarbeit, Durchführung innerbetrieblicher Fortbildungen). Der Arbeitsauftrag unterscheidet sich von traditionellen Rollen in der Pflege - die erfolgreiche Implementierung von Pflegeexperten/innen APN und ihre Integration in das Team wird deshalb gezielt im Rahmen einer Gesamtstrategie begleitet und unterstützt. Es kann vermutet werden, dass diese Vorgehensweise wesentlich zum Gelingen des Implementierungsprozesses beiträgt. Die Pflegeexperten/innen APN werden in der pflegerischen Praxis akzeptiert und in der Zusammenarbeit mit der Managementebene als fachliche Ressource wahrgenommen (Sniatecki et al., 2016).

Diese Akzeptanz im Feld kann nur in langfristigen Veränderungs- und Aushandlungsprozessen erreicht werden. Im Universitätsklinikum Freiburg wird bereits seit zehn Jahren das Konzept der Pflegerischen Prozessverantwortung (PV) umgesetzt. PVs sind Pflegenden mit Erfahrung im jeweiligen Fachbereich, mit Bachelor-Abschluss oder mit spezieller Zusatzqualifizierung im Prozessmanagement. In einer Projektarbeit zum Thema Fallsteuerung zeigte sich, dass die PVs im pflegerischen Team zunächst sehr unterschiedlich angenommen wurden: während die jüngeren Kolleginnen und Kollegen die PVs in ihrer Rolle schnell akzeptierten, fühlten sich die erfahreneren Mitarbeiter/innen zunächst einmal angegriffen und in ihrer Expertise weniger wertgeschätzt. Durch Gespräche und die Mitarbeit der akademisierten Pflegekräfte konnten die anfänglichen Probleme bereinigt werden. Überdies gestaltete sich die Aufnahme im interdisziplinären Team unkompliziert: die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten verlief reibungslos. Es wird von einer Begegnung „auf Augenhöhe“ gesprochen.

Im Universitätsklinikum Freiburg (UKF) und dem Universitäts-Herzzentrum Freiburg Bad Krozingen (UHZ) arbeiten mittlerweile fast 50 hochschulisch ausgebildete Pflegepersonen. Von den Absolventen/innen des pflegewissenschaftlichen Studiengangs an der Universität Freiburg ist ein hoher Anteil weiter am UKF und UHZ tätig (Drexler, Garbe, Feuchtinger, Kaiser, Köberich, Mielke, Mölder, Pazouki, Reimann, Weidlich, 2016).

3 APN = Advanced Practice Nurse / ANP = Advanced Nursing Practice

Handlungsfeld VIII: Vereinbarkeit von Familie und Beruf

FAZIT Handlungsfeld VIII

Bei der Einführung familienfreundlicher Maßnahmen sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Primär sind die speziellen Bedarfe der Beschäftigten zu erheben. Sekundär ist zu prüfen, welche Modelle oder Konzepte übertragbar und für die Umsetzung im eigenen Haus zu modifizieren sind.
- Unterstützungsangebote müssen die beruflichen Bedingungen widerspiegeln (z.B. Öffnungszeiten des Kindergartens von Beginn des Frühdienstes bis zum Ende des Spätdienstes).
- Unterstützungsangebote müssen die Realität der Mitarbeiter/innen (wie häusliche Pflege von Angehörigen) widerspiegeln (z.B. sozialrechtliche Beratung zur häuslichen Pflege von Angehörigen, Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen).
- Wegen der Differenziertheit der Bedarfe ist immer ein Bündel von Maßnahmen erforderlich.
- Die Entwicklung und Implementierung familienfreundlicher Angebote und deren Umsetzung sind als Personal- und Organisationsentwicklung zu begreifen.
- Der Einsatz von qualifizierten Mitarbeiter/innen, deren Hauptaufgabe in der Entwicklung und Begleitung familienfreundlicher Strukturen und Angebote besteht, zeigt sich für den Erfolg des Gesamtprozesses als ausgesprochen förderlich.
- Zu prüfen ist, inwieweit auch innerhalb einer Institution informelle Unterstützung (z.B. in Form von Patenschaften) angestoßen und gefördert werden können.
- Um Ausbildungs- und Arbeitsplätze in der Pflege zukunftsorientiert und lebensphasengerecht gestalten zu können, kann es bisweilen zielführend sein, neue Wege zu gehen oder innovative Konzepte zu erproben (z.B. bei Arbeitszeitmodellen oder dem Angebot einer Teilzeitausbildung).

Gemäß der „Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ sind die Einrichtungsträger dazu angehalten, „ihre betrieblichen Konzepte und die Personalentwicklung noch besser auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf der (Mitarbeiter/innen) aus(zu)richten“ (MSAGD, 2013, S. 36), um eine familienfreundliche Unternehmenskultur zu schaffen. Im Handlungsfeld VIII.2 Vereinbarung zur Kooperation zwischen den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern und den Kommunalverwaltungen wird der Fokus auf die Einrichtung von adäquaten, bedarfsgerechten Betreuungsangeboten für Kinder (auch schulpflichtige Kinder) von Pflegekräften gelegt. Auch die Entlastung von Pflegekräften mit Betreuungsverantwortung für einen pflegebedürftigen Angehörigen wurde als wichtiges Handlungsfeld (VIII.5) benannt.

Die Recherche spiegelt eine große Bandbreite von möglichen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder. Auffallend ist, dass die Interventionen oder Innovationen zu einem Großteil nicht systematisch evaluiert wurden. Die Ergebnisse von internen oder externen Mitarbeiterbefragungen (z.B. durch Great Place to Work®), der Abschluss von Zertifizierungsverfahren, die auf familien- und lebensphasenbewusste Personalpolitik abheben (z.B. audit berufundfamilie bzw. Audit familiengerechte Hochschule) oder der Eintritt in Netzwerke wie der zentralen Plattform zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf, dem Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“,

werden als Hinweis für die Qualität der eingeführten Maßnahmen angeführt. Nachfolgend werden stellvertretend einige Einrichtungen mit der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung ihrer familienfreundlichen Maßnahmen vorgestellt.

Auf der Basis einer Zielvereinbarung zwischen Krankenhausleitung und Betriebsrat sollte das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den SHG Kliniken Völklingen systematisch und mehrperspektivisch in einem zunächst dreijährigen Projekt bearbeitet werden (SHG Kliniken Völklingen, 2013). Ziel war es, im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses die Mitarbeiter- mit der Patientenorientierung zu verknüpfen. Unter der Vorstellung, dass auch die Patienten/innen von der Auseinandersetzung mit dem Thema Ausbalancierung von Familie und Beruf profitieren, werden zufriedene Mitarbeiter/innen als Voraussetzung für zufriedene Patient/innen und deren Sicherheit angesehen. Die Einbindung der Mitarbeiter/innen durch regelmäßige Checkinstrumente und durch die Mitarbeit in Arbeitsgruppen war dabei von Anfang an intendiert.

Zu den wesentlichen Erfolgen und Umsetzungen des Projektes gehören die Etablierung einer Servicestelle Familie und Beruf, das Angebot einer bedarfsorientierten, flexiblen Kinderbetreuung, lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle und das ‚Interne Pflegenetzwerk‘. Die Servicestelle Familie und Beruf berät, unterstützt und organisiert Angebote für alle Mitarbeiter/innen rund um das Thema. Dazu gehören: Betreuungsverantwortung für Kinder, Betreuungsverantwortung für zu pflegende Angehörige, familiäre/ haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Wäscheservice, Haushaltshilfen), Rabatte/ Einkaufsvorteile für Mitarbeiter/innen, Relocationservice/ Beratung zum Wohnumfeld für neue Mitarbeiter/innen und deren Partner sowie Integrationsunterstützung für ausländische Mitarbeiter/innen. Auch das Thema Pflege und Beruf ist an dieser Stelle verortet: hier werden unterschiedliche Unterstützungsleistungen angeboten. So wurde beispielsweise ein Kooperationsvertrag mit der Arbeiterwohlfahrt (AWO) geschlossen, um bei Bedarf kurzfristig auf Tages- und Kurzzeitpflegeplätze zurückgreifen zu können. Ebenfalls über die AWO (AWO Zu Hause) können haushaltsnahe Dienstleistungen, Seniorendienste oder eine ambulante pflegerische Versorgung organisiert werden (SHG Kliniken Völklingen, 2013).

Um bedarfsgerechte Kinderbetreuung anbieten zu können, wurde eine alte Villa in Kliniknähe zum Familienhaus ‚Sterntaler‘ umgebaut. An sieben Tagen in der Woche wird hier von 06:00 - 22:00 Uhr eine flexible Kinderbetreuung angeboten, in allen Ferien ein Ferienprogramm. Im Krankheitsfall könnte die Betreuung der Kinder sogar im Haushalt der Eltern übernommen werden. Dabei hat sich laut Projektleitung die Personalisierung der Servicestelle (im Gegensatz zur Anbindung an die Personalabteilung oder ähnliche Konstrukte) als wichtiger Erfolgsfaktor herausgestellt. Die eigens angestellte Diplom-Pädagogin bringt eine andere Sichtweise ein und trägt entscheidend zur Weiterentwicklung der Angebote bei. Dazu gehören auch generationenübergreifende Angebote wie Familientage, Familiengarten oder den Vorleseservice für Väter. Demnächst ist geplant, einen Seniorenbegleitedienst aufzubauen, inklusive Anstellung von dafür verantwortlichen Personen. Wie wichtig den Mitarbeiter/innen die Angebote des Familienhauses sind, verdeutlicht ein Blick auf die Anzahl der Betreuungsstunden für Mitarbeiterkinder: der Umfang stieg von 5.000 Stunden in 2012 auf über 12.000 im Jahr 2014 mit steigender Tendenz in 2015. Mittlerweile ist der Bedarf an Kinderbetreuung derart gestiegen, dass bereits nach einem zweiten Standort gesucht wird.

Das ‚interne Pflegenetzwerk‘ wurde in Zusammenarbeit von dem Sozialdienst, der Seelsorge und der Personalabteilung aufgebaut und erlaubt den Mitarbeiter/innen der Kliniken explizit den Rückgriff auf vorhandene Strukturen und Ressourcen, um die Pflege ihrer Angehörigen zu organisieren. In Kooperation mit einer Tagespflegeeinrichtung vor Ort wurde ein Angebot zur stundenweisen Betreuung und Unterstützung zu pflegender Angehöriger geschaffen. Die Angebote des Pflegenetzwerkes treffen ebenfalls einen Bedarf: in 2014 erfolgten über 100 Anfragen von Mitarbeiter/innen zu den angebotenen Unterstützungsleistungen (ebd.). Flankierend wurden lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle wie Wahlarbeitszeit geschaffen. Aktuell befindet sich eine Betriebsvereinbarung zum Thema Homeoffice (auch für Pflegekräfte in Leitungspositionen angedacht) im Abstimmungsverfahren zwischen Betriebsrat und der Verwaltungsdirektion. Weitere Aufgaben, an deren Lösung die Kliniken aktuell arbeiten, sind die Verlässlichkeit der Dienstpläne sowie ein Ausfallkonzept zur Entlastung der Mitarbeiter/innen auch im Sinne der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (ebd.).

Mit dem Ende des Projektes wurden die bis dato befristeten Projektstellen der Mitarbeiterinnen der Servicestelle und des Familienhauses in unbefristete Stellen umgewandelt. Die Evaluation der während der Projektlaufzeit erreichten Ergebnisse, die Auswertung der durchgeführten Abschlussbefragung, die Impulse aus den Großgruppenkonferenzen sowie die laufende Identifizierung von Bedarfen aus dem Tagesgeschäft heraus fließen in die weitere Gestaltung des Organisationsentwicklungsprozesses ein. Seit Juni 2015 hat ein neuer Bereich ‚Personal- und Organisationsentwicklung‘ seine Arbeit aufgenommen, auch um kontinuierlich das Unterstützungsangebot für die Mitarbeiter/innen weiter ausbauen zu können. Denn Veränderungsprozesse brauchen Zeit - und erfordern manchmal ein starkes persönliches Engagement einzelner Personen, wie der ehemalige Projektleiter und jetzige Stelleninhaber der oben genannten Position rückmeldet.

Das Klinikum Nürnberg entwickelte u.a. nach der Durchführung von Zielgruppen-Workshops und Interviews ab 2011 ein Gesamtkonzept ‚Vereinbarkeit Familie & Beruf‘ mit mehreren Bausteinen (Klinikum Nürnberg, 2014). Elementare Bestandteile sind: Flexible Arbeitszeitmodelle wie Teilzeit mit Festlegungen (z.B. Wochentage, Schichten), reduzierte Arbeitszeit und Teilzeit mit individuellen Schichtzeiten oder Jobsharing. Ein zentrales Dienstplanteam unterstützt bei der Erstellung und Umsetzung von Dienstplänen. Mit dem Partner ‚Schaukel Kinderbetreuung e.V.‘ wird eine flexible Kinderbetreuung mit langen Öffnungszeiten und Ferienbetreuungsangeboten ermöglicht. Seit 2013 besteht ein Servicevertrag mit dem ‚pme Familienservice‘. Dieser unterstützt deutschlandweit im Auftrag von mehr als 700 Unternehmen, Behörden und Verbänden Mitarbeiter/innen dabei, Beruf und Privatleben erfolgreich miteinander zu vereinbaren. Die Angebotspalette reicht von der Vermittlung individueller Betreuungslösungen für Kinder und pflegebedürftige Angehörige über die Krisenberatung bei Burnout, Traumata oder Partnerschaftsproblemen bis hin zum Belegplatzangebot in über 60 Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen (pme Familienservice, o.J.). Die Vermittlungsgebühr für die Dienstleistung wird vom Klinikum übernommen, die Mitarbeiter/innen zahlen nur die tatsächlichen Kosten der Kinderbetreuung. Die Angebote wurden von den Mitarbeitern/innen gut bis sehr gut angenommen und mittlerweile in die Regelversorgung übernommen (Klinikum Nürnberg, 2014).

Nach einer Mitarbeiterumfrage durch das Institut „Great Place to Work®“ wurden in der Schön Klinik Neustadt in Holstein diverse Maßnahmen und Einzelprojekte zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie abgeleitet und umgesetzt (Schön Klinik Verwaltung GmbH, 2012): Arbeits- und Teilzeitmodelle können auf die individuellen Lebensumstände der Mitarbeiter/innen zugeschnitten werden. Denkbar ist beispielsweise eine Kombination von relativ unflexiblen Präsenzzeiten auf einer Station mit freier einteilbaren Arbeitszeiten in anderen Bereichen (z.B. im Medizincontrolling, in der Aufbereitung von Patientenakten).

Die Betreuungszeiten des bereits bestehenden Kindergartens wurden deutlich ausgeweitet. Kinder von drei Monaten bis zum Schuleintritt können schon ab 5:45 Uhr in den Kindergarten gebracht werden, die zusätzlichen Kosten übernimmt das Krankenhaus. Die Ganztagsbetreuung wird werktags auch in den Sommerferien angeboten. In Zusammenarbeit mit der Stadt Neustadt wurde der Bau eines Betriebskindergartens auf dem Gelände des Krankenhauses angestoßen, in dem die gleichen Betreuungszeiten angeboten werden sollen. So können auch Mitarbeiter/innen des Krankenhauses, die nicht in Neustadt wohnen, ihre Kinder in die Betreuung geben. Eine erneute Mitarbeiterbefragung durch „Great Place to Work®“ bestätigte die hohe Akzeptanz der eingeführten familienfreundlichen Maßnahmen. Eine systematische Evaluation fand nicht statt (ebd.).

Beim Thema Kinderbetreuung fällt auf, dass der größte Teil der Maßnahmen auf die Betreuung von Kleinkindern ausgerichtet ist, für schulpflichtige Kinder finden sich nur wenige Angebote. Auch der Luisenhof in Göttingen konzentriert sich ausschließlich auf Betreuungsangebote für jüngere Kinder (Tews, Mallmann, Geisel, Rudolph, 2015). Allerdings bestätigte eine Erhebung unter den Mitarbeiter/innen, dass kaum Bedarf an Betreuungsangeboten für ältere Kinder besteht. Auch die benachbarte Kindertagesstätte bemerkt derzeit einen Rückgang bei der Nachfrage nach Hortplätzen. Der Ausbau von Ganztageschulen in der Region könnte einen Einfluss auf diese Entwicklung haben.

Die Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (FEK) hat sich ebenfalls des Themas familiengerechtes Arbeiten als strategisches Unternehmensziel angenommen. Seit 2010 wurden nach der Erhebung von Strukturdaten, der Erarbeitung von strategischen Zielen und der Bestandsaufnahme vorhandener Angebote und Möglichkeiten Maßnahmen erstellt, geplant und priorisiert, um Mitarbeiter/innen einen Strauß an Maßnahmen anbieten zu können. Dieser umfasst eine sichere Kinderbetreuung, individualisierte Teilzeitbeschäftigung, die berufsgruppenübergreifende Führungskräftequalifizierung ‚Gesund und motivierend führen‘ und Fortbildungsmöglichkeiten, die auch während der Elternzeit besucht werden können. In 2011 erfolgte eine Mitarbeiterbefragung durch ein externes Institut, bei der auch die Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie abgefragt wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass die Möglichkeiten der Kinderbetreuung und die Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Dienstplangestaltung deutlich positiver bewertet wurden als im Durchschnitt der Vergleichshäuser (Mitarbeiterbefragungen in 47 Krankenhäusern zwischen 2008 und 2010) (FEK, 2012).

Im Jahre 2005 initiierte die Stadt Hamm das strategische Leitprojekt ‚Familienfreundliche Stadt Hamm‘ und beförderte ab März 2008 den Austausch aller Hammer Krankenhäuser. Nachfolgend wurden im Rahmen des Projekts ‚Krankenhaus – Familie‘ ge-

meinschaftlich familienfreundliche Projekte und Maßnahmen entwickelt. Neben hausübergreifenden Maßnahmen, konnte zudem jedes Krankenhaus eigene, hausindividuelle Lösungen entwickeln. Die St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen führte daraufhin 2007 eine Mitarbeiterbefragung zur Erhebung des Kinderbetreuungsbedarfs durch. Es ergab sich ein geringer Bedarf für drei- bis sechsjährige Kinder, aber ein hoher Bedarf für Kinder im Alter von 0 bis drei Jahren zu den Randzeiten (5:30 bis 21:30 Uhr). Belegplatzverhandlungen mit Kindertagestätten in der Umgebung scheiterten an dem unzureichenden Platzkontingent, weshalb eine eigene kliniknahe, betriebliche Kindertagesbetreuung ‚Die kleinen Strolche‘ konzipiert wurde.

Die Plätze waren schnell ausgebucht, Anmeldungen erfolgten teilweise bereits während der Schwangerschaft. Aufgrund der positiven Resonanz wurde ein zweiter betrieblicher Kindergarten in der Zweitstelle St. Joseph Krankenhaus eröffnet, ein weiterer Ausbau der Kindergärten ist angedacht. Es wurde aber auch von Schwierigkeiten berichtet: gesetzliche Vorgaben zur Besteuerung und Sozialversicherungspflicht von Tagemüttern erschwerten die Akquise von qualifizierten und engagierten Mitarbeiter/innen. Die Festlegung eines Mindeststundensatz von 1 Stunden Betreuung in der Verbundtagespflege seitens des Jugendamtes hatte zur Folge, dass Anfragen von Mitarbeiter/innen mit geringerem Betreuungsbedarf abgelehnt werden mussten. Und da ‚Platzsharing‘ gesetzlich nicht möglich ist, konnten die vorhandenen Kapazitäten nicht optimal ausgenutzt werden (St. Barbara-Klinik Hamm GmbH, 2014).

Im Teilprojekt „Krankenhaus – Familie“, welches seit 2009 im Verbund mit den Hammer Krankenhäusern durchgeführt wurde, wurden Schwerpunkten in den Bereichen Kinderbetreuung, haushaltsnahe Dienstleistungen, Work-Life-Balance, Pflege von Angehörigen sowie Beratungs-qualifizierung gesetzt und unterschiedliche Maßnahmen eingeführt. Exemplarisch seien die Datenbank für haushaltsnahe Dienstleistungen, der Wäsche- und Bügel-Service, der Essensservice und die Pflegekofferleihung an Mitarbeiter/innen mit privater Pflegeverantwortung genannt. Insgesamt konnten in diesem Teilprojekt nicht alle Ziele im gesetzten Zeitrahmen erreicht werden. Aufgrund von Trägerwechsel oder steigender Arbeitsbelastung zogen sich einige Krankenhäuser aus der Projektarbeit zurück. Nichtsdestotrotz hat sich laut Projektbeschreibung der Zusammenhalt der Häuser erheblich verbessert und es wird auch über das Projektende hinaus gemeinsam an der Umsetzung familienfreundlicher Maßnahmen weitergearbeitet. Seit Anfang 2008 ist die St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen Mitglied im Unternehmensnetzwerk ‚Erfolgsfaktor Familie‘. Im Juni 2010 wurde ihr eine Auszeichnung für familienfreundliche Maßnahmen, das Dortmunder Personalmanagement-Prädikat „New Deals 2010“, verliehen (ebd.).

Im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel entschloss sich die Pflegedirektion im Jahre 2008 für ein systematisches Vorgehen, um Aktivitäten zur Ausbalancierung von Familie und Beruf innerhalb des Klinikums gezielt zu steuern. Das Krankenhaus wurde Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ und nimmt seither an der Kampagne des Marburger Bunds „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ teil. Neben Ferienbetreuungen für die Mitarbeiterkinder und dem Angebot ‚Mittagessen zum Mitnehmen‘ wurde eine besondere Maßnahme etabliert: Mitarbeiter/innen, deren familiäre Umstände sich durch Elternschaft ändern, wird eine sogenannte Patenschaft angeboten.

Mitglieder einer offenen Projektgruppe übernehmen die Patenschaften, klären gemeinsam mit den Betroffenen den Unterstützungsbedarf, erläutern die Unterstützungsangebote und leiten mögliche Maßnahmen ein.

Die Angebote sind breit gefächert: Sie reichen von der Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten über die Vermittlung von Betreuungsstellen bis hin zu Entwicklungsgesprächen zur Reflexion von Wünschen und Ängsten im Hinblick auf den beruflichen Werdegang. Bei Bedarf kann in der Projektgruppe auch über die Entwicklung von individuell angepassten Arbeitsbedingungen (z.B. Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit, bedarfsgerechte Dienstzeiten oder der kurzfristige Einsatz in anderen Bereichen) beraten werden. Die Patenschaften wurden laut Projektbeschreibung überwiegend positiv angenommen. Der ‚Familienfreundlichkeits-Check‘ des Netzbüros ‚Erfolgsfaktor Familie‘ bescheinigte in 2011, dass das Städtische Klinikum Wolfenbüttel „auf dem richtigen Weg“ (Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH, 2011) ist. Das Audit „Beruf und Familie“ wurde in 2012 absolviert, das Zertifikat der berufundfamilie gGmbH in 2013 erteilt (Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH, 2011).

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (MHH, 2014b) bietet ebenfalls ein Maßnahmenbündel zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Studium an. Neben einem breit aufgestellten, flexiblen Angebot zur Kinderbetreuung (mehrere Kindertagesstätten, darunter eine Betriebskindertagesstätte, alle mit Randzeitenbetreuung, Hortplätzen und Ferienangeboten für Kinder bis 12 Jahre; einem geschulten Studenten/innen-Pool für kurzfristige Betreuungsbedarfe und einer kostenfreien Notfallbetreuung über den pme-Familienservice) (Miemitz, 2016) wird auch für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung umfangreich Unterstützung offeriert.

Eine eigens zusammengestellte Mitarbeiterbroschüre bietet einen Überblick (Miemitz, 2015). Eine MHH-eigene Internetseite informiert über rechtliche Grundlagen, aktuelle Veranstaltungen und stellt hilfreiche Tipps und Links zum Thema Pflege von Angehörigen zur Verfügung. Außerdem findet sich hier die „Checkliste für den akuten Pflegefall“, auf der kurz und knapp zusammengefasst ist, welche Dinge aus dienstlicher Sicht zu beachten sind, wenn Angehörige plötzlich pflegebedürftig werden. Das Gleichstellungsbüro dient einerseits als Anlaufstelle für persönliche Gespräche und unterstützt bei Gesprächen mit anderen MHH-Verantwortlichen, andererseits wird über diese Stelle seit 2010 mehrmals im Jahr eine Fortbildung zum Thema „Pflege von Angehörigen“ angeboten. Hier erhalten die Mitarbeiter/innen Informationen vom Personalmanagement zu individuellen Optionen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Die gesetzliche Krankenkasse informiert, welche Leistungen der Pflegekasse in Anspruch genommen werden können. Auch die zuständigen Personalsachbearbeiter/innen geben Auskünfte z.B. zum Pflege- und Familienpflegezeitgesetz (ebd., S.31f.).

In der Katharinen-Hospital gGmbH in Unna wurde ebenfalls im Rahmen eines Projektes ein Ratgeber für Mitarbeiter/innen entwickelt. Dieser enthält u.a. interne Ansprechpartner/innen, Hinweise auf Unterstützungsangebote und eine Checkliste für pflegende Angehörige. Außerdem werden pflegerische Basiskurse, Kurse für Kinaesthetics, Familiäre Pflege, Stressmanagement und Selbstpflege angeboten. Der hausinterne Sozialdienst unterstützt bei relevanten (pflege)rechtlichen Fragestellungen sowie bei der Vermittlung von Kontakten. Bei der Vergabe von Altenheim- und Kurzzeitpflegeplätzen werden die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses bevorzugt behandelt, eine Ganztagespflegestelle wurde eingerichtet.

Zudem besteht die Möglichkeit, pflegerische Hilfsmittel auszuleihen. Beim Auftreten einer plötzlichen Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann kurzfristig und flexibel reagiert werden (spontane Arbeitsbefreiung im Notfall, befristete Reduzierung der Arbeitszeit, Sonderurlaub etc.). Flankierend wurde ein Konzept zur Sensibilisierung der Führungskräfte entwickelt (Katharinen-Hospital gGmbH Unna, 2014). Auch das Katharinen-Hospital erhielt das Great Place to Work®-Gütesiegel für hohe Qualität und Attraktivität als Arbeitgeber sowie den Sonderpreis „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ und wurde in 2014 als „Bester Arbeitgeber Gesundheit und Soziales 2014“ ausgezeichnet (Katharinen Hospital Unna, o.J.).

Diese ausschnitthafte Skizzierung der im Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Setting Krankenhaus vorzufindenden Maßnahmen soll einen Einblick in die Vielfalt der Unterstützungsmöglichkeiten geben. Auch in der ambulanten Pflege oder im Altenhilfebereich werden vielerorts Anstrengungen unternommen, familienfreundliche Arbeitsplätze zu schaffen (Siehe z.B. Tews et al., 2015).

Exemplarisch soll das „7/7- Arbeitszeitmodell“ der Deutschen Seniorenstift Gesellschaft (DSG) (Tews et al., 2015, S. 16ff.; ASER, o.J.) herausgegriffen werden. Es verdeutlicht, dass es sich lohnt, unorthodoxe Wege zu gehen und gemeinsam mit den Mitarbeitern/innen bedarfsgerechte, auf die Institution angepasste Lösungen zu finden: Aufgrund hoher Krankenstände und einer hohen Fluktuation wurde im Pflegewohnstift Hönow eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Diese deckte eine hohe Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit der Dienstplansituation auf. Die Mitarbeiter/innen hatten nicht jedes zweite Wochenende frei, die Qualität ihres Privat- und Familienlebens war eingeschränkt. Zudem mussten sie in Krankheitsfällen häufig einspringen. Zu diesem Zeitpunkt gab es im Pflegewohnstift eine 5,5-Tage-Woche mit drei Schichten. Die Personalabteilung recherchierte gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement nach alternativen Arbeitszeitmodellen und stieß auf die Arbeitszeitmodelle der Polizei und Feuerwehr. Auf dieser Grundlage entwickelte die DSG (gemeinsam mit Arbeitsrechtlern und Arbeitszeitexperten) einen auf das Unternehmen angepassten Rahmendienstplan, der eine höhere Planungssicherheit bietet. Mit Genehmigung der Heimaufsicht, mit Zustimmung der Beschäftigten, der Bewohner/innen und deren Angehörigen wurde das neue Modell für drei Monate getestet und nach einer geheimen Abstimmung dauerhaft eingeführt.

Das 7/7-Arbeitsmodell gestaltet sich wie folgt: die Mitarbeiter/innen arbeiten sieben Tage mit jeweils 12 Stunden (inklusive zwei Stunden Pause) und haben im Anschluss sieben Tage frei (bei einer 35-Stunden-Woche). Beschäftigte, die 40 Stunden in der Woche arbeiten, haben in der dienstfreien Zeit einen ‚administrativen Tag‘. Dieser Tag kann flexibel, aber verbindlich geplant werden. Er dient beispielsweise der Pflegedokumentation, steht für Biographiearbeit zur Verfügung oder zum Medikamente richten. Zugleich wird dieser Tag als ‚Springer-Tag‘ genutzt, d.h. im Krankheitsfall unterstützen die Mitarbeiter/innen ihre Kollegen/innen (zu den Zeiten, bei denen mit Arbeitsspitzen zu rechnen ist).

Der Tagdienst beginnt um 7:00 Uhr und endet um 19:00 Uhr, wobei mittlerweile insgesamt fünf Dienstzeiten etabliert wurden, die jeweils um 15 Minuten versetzt beginnen. Dies erwies sich vor allem zur Entzerrung der Übergaben als zielführend, zumal so wohnbereichsspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden konnten. Die zweistündige Pause kann ganz individuell verbracht werden, beispielsweise in den eigens dafür

umgebauten Pausen- und Ruheräumen. Viele Mitarbeiter/innen wohnen in der Nähe des Pflegeheims und nutzen die Pause, um Zeit mit ihrer Familie zu verbringen.

Insgesamt hat sich das Arbeitszeitmodell seit Einführung in 2010 bewährt. Die regelmäßig durchgeführte Zufriedenheitsabfrage ergab für 2015 86% Gesamtzufriedenheit mit dem Modell, 80% der Beschäftigten fühlen sich wohl und möchten in der Einrichtung bleiben. Sie schätzen die hohe Planbarkeit: Durch das neue Arbeitszeitmodell liegen die Dienstzeiten für das gesamte Jahr fest. Besonders familienfreundlich ist, dass durch Kombinationen von zwei dienstfreien Wochen mit einer Urlaubswoche dreiwöchige Urlaube realisierbar sind – und das gleich mehrmals im Jahr.

Durch die längeren Arbeitstage lassen sich Arbeitsinhalte besser über den Tag verteilen, Stress und Zeitdruck wurden reduziert, die Qualität der Pflegedokumentation nahm zu. Das Arbeitszeitmodell hat auch Auswirkungen auf die Patientenversorgung: da die Mittagsübergabe entfällt, sind Informationsverluste geringer. Außerdem ist es Bewohner/innen und Angehörigen durch die längeren Anwesenheitszeiten der Pflegekräfte möglich, aufkommende Probleme direkt zu klären. So nahmen Beschwerden ab. Generell verbesserte sich das Verhältnis zwischen Bewohner/innen und Pflegekräften merklich.

Auf der Arbeitgeberseite fallen sinkende Fluktuationsraten und Krankenstände auf: Die Zahl der Ausfalltage reduzierte sich direkt nach Einführung des neuen Modells. Waren beide vor Einführung des Modells im zweistelligen Prozentbereich angesiedelt, bewegen sie sich jetzt im einstelligen Bereich. Der Aufwand bei der Dienstplangestaltung ist deutlich gesunken: neben dem Rahmendienstplan müssen nur noch die „administrativen Tage“ sowie die Urlaubstage geplant werden. Zu 85 bis 90% müssen die freigegebenen Dienstpläne nicht mehr verändert werden.

Momentan sind viele junge Mitarbeiter/innen im Pflegeheim beschäftigt. Ob das Modell tragfähig ist, wenn die Belegschaft älter ist, wird sich herausstellen. Auch Änderungen der Bedürfnisse und Lebenslagen der Mitarbeiter/innen müssen berücksichtigt werden. Deshalb werden nach wie vor kleinere Änderungen des Modells vorgenommen (z.B. für Teilzeitkräfte) und regelmäßige Bedarfs- bzw. Zufriedenheitsabfragen durchgeführt. Das Modell wurde auch in anderen Einrichtungen der DSG vorgestellt, aber bisher besteht kein Interesse an einer Implementation. Auch der Pflegewohnstift Hönow verlor durch die Umstellung auf das 7/7-Arbeitszeitmodell einige Mitarbeiter/innen. Für andere war aber gerade diese alternative Arbeitszeitgestaltung der Grund, warum sie sich bewarben. Auf einen Aspekt sei an dieser Stelle noch hingewiesen: in Hönow haben generell alle Kindertagesstätten bis 19:00 Uhr geöffnet. Dies ist sicherlich ein Faktor, der für Mitarbeiter/innen mit Sorgepflicht für kleine Kinder die Umsetzung des Modells erleichtert und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beiträgt.

Abschließend für dieses Handlungsfeld sei noch ein Beispiel für familienfreundliche Bedingungen in der Ausbildung angeführt. Seit 2012 bietet die Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard GmbH in Münster eine vierjährige Teilzeitausbildung zur/zum staatlich examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/in für 25 Interessent/innen an (Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard GmbH, 2012). Der theoretische Unterricht findet als Blockunterricht in der Zeit zwischen 8:00 Uhr und 13:15 Uhr statt. Für den praktischen Teil der Ausbildung waren einige Anpassungen erforderlich (Abstimmung des Urlaubs an die Schulferien, Regelungen zum Wochen-

enddienst). Vor allem die Arbeitszeiten sollten familienfreundlich gestaltet sein: Die Arbeitszeiten der Auszubildenden entsprechen einer 75%-Stelle mit 5-Tage-Woche. Je die Hälfte der Auszubildenden besetzt den Früh- und Spätdienst. Beim Frühdienst können die Auszubildenden zwischen der frühen Frühschicht von 6:00 bis 12:20 Uhr oder der späten Frühschicht von 8:00 bis 14:20 Uhr wählen.

Die Spätschicht dauert von 13:00 bis 19:20 Uhr. Nachtdienste sind nur im Rahmen der gesetzlichen Regelungen (acht Nächte in 3 Jahren) abzuleisten, Wochenenddienst ist einmal im Monat vorgesehen. Auf die 25 Ausbildungsplätze bewarben sich im ersten Durchgang 100 Personen. Die Teilnehmer/innen wurden als engagiert und hoch motiviert wahrgenommen. Zwar stellte die Organisation des theoretischen Unterrichts eine Zusatzbelastung der Lehrkräfte und der räumlichen Kapazitäten dar, da die Teilzeitausbildung als zusätzlicher Kurs durchgeführt wurde. Und für die familiengerechte Gestaltung der Arbeitszeiten musste in den Krankenhäusern zunächst Überzeugungsarbeit geleistet werden. Trotzdem wurde nach der Evaluation des ersten Ausbildungsangesanges das Ausbildungsangebot mit kleineren Modifikationen dauerhaft ins Repertoire der Schule aufgenommen (ebd.).

Familienfreundliche Rahmenbedingungen über das Anbieten einer Teilzeitausbildung und -qualifizierung zu schaffen, war auch das Ziel des Projektes „LENA“. Das in der Zeit von Mai 2013 bis Dezember 2013 durchgeführte Projekt zielte auf den Bereich der Altenpflege ab. Alleinerziehende oder Frauen mit Sorgepflicht für zu pflegende Angehörige sollten bei der Einmündung in eine Ausbildung oder Nachqualifizierung unterstützt und beraten werden (sefo femkom e.V., o.J.). Insgesamt wurden in dem lokalen Netzwerk 26 Interessent/innen beraten, sechs Frauen mit mehr als fünf Kontakten intensiver betreut. Trotzdem begann keine der Frauen eine Teilzeitausbildung. Die Hauptschwierigkeit laut Projektleitung: um die erforderliche Anzahl von Praxisstunden zu erreichen, musste die Teilzeitausbildung auf insgesamt fünf Jahre gestreckt werden. Ein zu langer Zeitraum für die Frauen, zumal die bisherigen Regelungen zur Bezahlung in der Teilzeitausbildung eine finanzielle Absicherung erschwerten.

Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung

FAZIT Handlungsfeld IX

Die Umstrukturierung von Aufgaben, die Etablierung neuer Berufsgruppen und die Einführung von übergeordneten Konzepten scheinen direkt oder indirekt zu einer Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege beitragen zu können. Dabei scheint es unabdingbar,

- eine klare Zuschreibung von Arbeitsauftrag, Aufgaben- und Verantwortungsbereichen sowie Zuständigkeiten vorzunehmen.
- im Rahmen von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen eine Gesamtstrategie zu verfolgen. Dabei kann beispielsweise die Befähigung der unteren und mittleren Führungsebene im Bereich Personalentwicklung positive Effekte auf der Ebene der Mitarbeiter/innen nach sich ziehen.
- (Strategische) Entscheidungen transparent zu kommunizieren und
- die Mitarbeiter/innen an der Umsetzung partizipativ zu beteiligen.
- vorhandene Kompetenzen auch zu nutzen. Der Einsatz des vorhandenen Potenzials im Bereich der Entscheidungs- und Handlungsspielräume von Pflegefachkräften kann die Prozessabläufe unterstützen und zur Arbeitszufriedenheit beitragen.
- Anerkennung und Wertschätzung z.B. über erfahrungs- und transferorientiert gestaltete Lernangebote zu vermitteln.
- Im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung
- sollte primär eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden, um gezielt Maßnahmen anstoßen zu können.
- sollten die Führungskräfte zu Beginn geschult und ein verstärkter Zielgruppenbezug (Führung, Mitarbeiter*enebene) hergestellt werden.
- sollten Ausrichtung und Zielsetzung eines Projektes von Anfang an klar dargestellt werden. Eine partizipative Vorgehensweise bei der Konkretisierung geeigneter Ansatzpunkte zur betrieblichen Gesundheitsförderung fördert die Akzeptanz des Angebotes.
- sind strukturelle Rahmenbedingungen wie personelle und zeitliche Ressourcen dem Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung anzupassen. Die Herausbildung gesundheitsförderlicher Kompetenzen benötigt Zeit. Die Schaffung von Zeitkontingenten, damit die Mitarbeiter/innen z.B. an den Schulungen teilnehmen können, ist ebenso wichtig wie eine ausbalancierte Gewichtung verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze
- sollten Interventionen individuell und aufeinander abgestimmt angeboten werden. Dabei sollten in der jeweiligen Konzeption verhaltens- wie auch verhältnispräventive Ansätze Berücksichtigung finden.
- scheinen individualisierte mehrmalige Einzelcoachings zur Reduzierung von Belastungen beizutragen.

In den einführenden Worten zu diesem Handlungsfeld heißt es in der ‚Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege‘, dass bestehende Ansätze zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen für Pflegende vertieft werden sollen. Schlüsselemente stellen dabei auf der Ebene der Pflegekräfte unter anderem ein der jeweiligen Qualifizierung entsprechendes, strukturelles Empowerment durch Qualifizierung und Einbindung in Entscheidungsprozesse sowie die selbstständige Ausgestaltung von Arbeitsprozessen dar. Dazu bedarf es neben klaren Regelungen zu Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichen auch einer wertschätzenden Unternehmenskultur, die es vor allem durch die

Leistungs- und Führungsebene weiter zu entwickeln gilt (MSAGD, 2013). Nachfolgend werden Beispiele aus der Praxis aufgeführt, die sich dieser Herausforderung stellten.

Der Wunsch nach Expansion bei gleichzeitigem Ärztemangel und einer als hoch wahrgenommenen Belastungssituation der Pflegekräfte bewog die Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach dazu, die traditionellen Aufgabenzuordnungen der einzelnen Berufsgruppen kritisch zu prüfen und eine Neustrukturierung der Aufgaben unter Etablierung neuer Berufsgruppen vorzunehmen (Kliniken Maria Hilf GmbH, 2011). Ein Ziel war es, durch die Optimierung von Arbeitsorganisation und klinikinterner Prozesse eine ökonomischere und qualifiziertere Patientenversorgung sicherzustellen. Neben konzeptionellen Vorarbeiten (Stellenbeschreibungen für die neu einzurichtenden Berufe der Leitstellen-Mitarbeiter/innen und Service-Kräfte, rechtliche Absicherung für die neu zu übernehmenden Tätigkeiten des Pflegepersonals vom ärztlichen Dienst) wurde das Personal-Budget aufgestockt und neues Personal (Service-Kräfte arbeiten 7 Tage in der Woche und Leitstellen-Mitarbeitende arbeiten 5 bis 6 Tage in der Woche) eingestellt. Alle neu eingerichteten Stellen sind Teilzeitstellen.

Im Rahmen der Umstrukturierung entstanden Arbeitsgruppen, die dauerhaft innerhalb der Station verortet sind und solche, die zeitweise innerhalb der Station agieren. Die Koordination der Arbeitsgruppen „Pflege“, „Service“ und „Leitstelle“ erfolgt durch die jeweiligen Stationsleitungen. Diese haben eine Vorgesetztenfunktion und tragen unter anderem Verantwortung für die Dienstplangestaltung, die Ausfallorganisation, die Belegungs-/Bettendisposition der Station und die Einleitung des Entlassungsmanagements. Die Leitstelle ist durch Medizinische Fachangestellte besetzt und entlastet durch die Übernahme administrativer Aufgaben den ärztlichen und pflegerischen Dienst. Die Arbeitsgruppe „Service“ übernimmt den hauswirtschaftlichen Teil der Stationsarbeit. Zentrales Aufgabengebiet ist dabei die Speisenversorgung. Ist keine pflegerische Kompetenz erforderlich, sind Servicemitarbeiter/innen auch berechtigt, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme leisten. In der Arbeitsgruppe „Pflege“ werden die klassischen Aufgaben wie Pflegeplanung, Dokumentation, Maßnahmen der direkten und indirekten Pflege sowie der medizinischen Assistenz um Tätigkeiten aus dem bisher ärztlichen Aufgabenspektrum (Blutentnahme, Legen von Venenverweilkanülen, Legen von Magensonden, schwierige Verbandswechsel, Medikamentengabe aller Applikationsformen wie auch i.v. Injektionen nach Positivliste u. v. m.) erweitert. Zeitweilige Arbeitsgruppen bedienen die Bereiche Logistik (Transporte von Patient/innen und Gütern, Bettenaufbereitung), Material- und Apothekenwirtschaft (Material- und Apothekenbedarfe werden durch Versorgungsassistent/innen unter Einsatz eines elektronischen Materialwirtschaftssystems gescannt, disponiert und eingeräumt), Reinigung (klare Abgrenzung der Aufgaben zu den Service-Mitarbeitenden), Physiotherapie und Sozialdienst.

Begleitend wurden hausinterne, verpflichtende Aus-, Fort- und Weiterbildungen mit explizitem Bezug zu den Aufgabenfeldern der neuen Berufsgruppen Leitstelle und Service entwickelt und wiederholt angeboten. Auch die Pflegekräfte wurden (dezentral) im Hinblick auf die Übernahme der Tätigkeiten aus dem ärztlichen Dienst geschult. Die Evaluation (berufsgruppenspezifische Fragebögen, Befragungen aller teilnehmenden Stationen in 2009 und 2010, Mitarbeiterbefragung durch Great Place to Work®) zeigte einen hohen Umsetzungsgrad der Maßnahmen in den einzelnen Stationen. Die den einzelnen Berufsgruppen zugewiesenen Aufgaben wurden weitestgehend umgesetzt, Prozessabläufe optimiert. In den Bereichen Mitarbeiter- und Berufszufriedenheit sowie

Motivation wurden hohe Werte erzielt. Zudem stiegen die Fallzahlen und die Verweildauer sank (ebd.).

Das Beispiel der Kliniken Maria Hilf zeigt, dass Maßnahmen zur Umstrukturierung von Aufgaben indirekt zu einer Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen für Pflegekräfte beitragen können. Dabei scheint es zum Erfolg beizutragen, klare Regelungen für Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche zu schaffen und Mitarbeiter/innen gezielt gemäß ihrem Qualifikationsniveau einzusetzen. Organisationsentwicklung geht demzufolge immer auch mit Personalentwicklung einher und bedarf eines systemischen Blickes auf Rolle und Führung.

Dass dies nur im Rahmen einer Gesamtstrategie gelingen kann, verdeutlichen die Erfahrungen des Florence-Nightingale-Krankenhauses (Kaiserwerther Diakonie, 2012). Um eine erweiterte Pflegepraxis zu implementieren wurden sieben klinische Pflegeexperten/innen mit Bachelor-, Master- oder Diplomabschluss eingestellt. Sie sollen den Aufbau einer wissenschaftlich basierten, nachhaltigen und wirksamen Pflege in der jeweiligen Abteilung unterstützen und so zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Die Arbeitszeit der Pflegeexperten/innen teilt sich in Praxiszeiten (50%) (nach einer generalistischen Einarbeitung erfolgt die Übernahme der Versorgung von Patienten mit komplexem Pflegebedarf) und Theoriezeiten (50%). Letztere ist für interne und externe Netzwerkarbeit, pflegewissenschaftliche Forschung und Publikationen angedacht. Zur Identifizierung von Themen, die gezielt in abteilungsbezogenen Projekten bearbeitet werden sollen, wurde eine „Pflegewerkstatt“ gegründet (Mitglieder: klinische Pflegeexperten/innen, Abteilungsleitungen, Pflegeentwickler/innen und Pflegedirektion). Ein eigens entwickelter konzeptioneller Rahmen dient den klinischen Pflegeexperten/innen als Orientierungshilfe und unterstützt sie bei der Leitung der abteilungsbezogenen Projektgruppen. Es konnten bereits mehrere neue und weiterführende Konzepte und Handlungsweisen entwickelt und erprobt werden. Weitere positive Auswirkungen sind zum einen ein steigender Bedarf an innerbetrieblicher Fort- und Weiterbildung und zum anderen die Zunahme der Karriereplanungen von Pflegenden in Bezug auf fachliche Themen.

Allerdings war zu Beginn des Implementierungsprozesses die Rolle der Pflegeexperten/innen unklar – ihre Einführung wurde nicht als strategische Entscheidung der Geschäftsführung vermittelt, ihr Arbeitsauftrag nicht konkret kommuniziert. Dies löste zum Teil Unsicherheiten und Ängste bei den Kollegen/innen aus. Nachdem sowohl die Abteilungsleitungen als auch die klinischen Pflegeexperten/innen ein externes Rollencoaching erhielten, verbesserte sich die Zusammenarbeit. Mittlerweile werden die Pflegeexperten/innen als Zugewinn für die Pflegenden in den Abteilungen angesehen. Die klinischen Pflegeexperten/innen (APN) selbst sind mit ihrem Aufgabenprofil hoch identifiziert und erleben ihre Rolle als sehr befriedigend (ebd.).

Ähnliche Erfahrungen hinsichtlich des Vorgehens zur Implementierung fanden sich auch im Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg. Hier wurde von 2003 bis 2008 das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing eingeführt. Trotz einer letztlich erfolgreichen Umsetzung und Etablierung bleibt die Erkenntnis, dass die Vorbereitungsphase durch ein klares Konzept der Pflegedirektion hätte abgekürzt werden können. Auch die Ärzte/innen hätten von Beginn an einbezogen werden müssen (Caritas-Krankenhaus St. Josef, 2011).

Weitere Beispiele für die Nutzung umfassender pflegerischer Kompetenzen finden sich in der Einführung von übergeordneten Konzepten wie dem Case Management (Märkische Kliniken GmbH, 2011), der Einführung eines Patientenmanagements (Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, 2011), der Implementation von Pflegekräften als Therapiemanager/innen (Alexianer Köln GmbH, 2010) oder der Einführung eines durch Pflegende zu verantwortenden Ersteinschätzungsinstrumentes in einer Notfallaufnahme (Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH, 2011). Diese Beispiele scheinen direkt oder indirekt zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Inwiefern eine Ausweitung von Handlungsspielräumen und Verantwortungsbereichen die Zufriedenheit von Pflegenden erhöht, wird nur selten evaluiert.

Hinweise auf positive Effekte erweiterter Handlungsspielräume für Pflegenden finden sich in der Auswertung der ‚Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen‘. Die in den Modellvorhaben erprobten strukturellen Veränderungen wie die Einführung des Versorgungsmanagements und der Bezugspflege haben zu Entwicklungen auf der Ebene von Einstellungen und Haltungen geführt. Pflegenden sind selbstbewusster geworden und haben selbstverständlich und kompetent Verantwortung übernommen. In den Projekten zeigte sich die gegenseitige Bedingtheit von Aufgabenzuschnitten, Selbstbewusstsein der Pflegenden und Erwartungen der Ärzteschaft sowie die Notwendigkeit eindeutiger Zuständigkeitsregelungen (Stemmer, Rimmel-Faßbender, Schmid, Wolke, 2013).

Die Altenheim GmbH der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach (AH Mönchengladbach) und die Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal (APH Wuppertal) stärkten die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen durch Personalentwicklung. Beide Träger verzeichneten, dass deutlich weniger ältere und geringer qualifizierte Mitarbeiter/innen an den innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnahmen als junge Fachkräfte. Es stellte sich heraus, dass die bisher jährlich angebotenen Fortbildungsprogramme den steigenden qualitativen Anforderungen und der zunehmenden Arbeitsverdichtung in der Altenpflege nicht mehr gerecht wurden. Dabei stellen Lernangebote, die von Beschäftigten als wirksam und unterstützend für ihre tägliche Arbeit erlebt werden, einen wesentlichen Faktor für den langfristigen Erhalt ihrer Lern- und Arbeitsfähigkeit dar. Zudem sind sie „Zeichen der Wertschätzung und fördern die Identifikation der Mitarbeiter/innen mit der Einrichtung“ (BiG, 2014, S. 3). Dieser Aspekt, das wertschätzende Verhalten, wird von beiden Trägern als Schlüsselrolle gesehen und im Sinne eines Organisations- und Personalentwicklungsauftrags auf der Ebene der unteren und mittleren Führung verortet.

Ausgehend von der Prämisse, dass eine Hauptaufgabe von Führungskräften darin besteht, Teamarbeit zu ermöglichen und Teamentwicklung zu fördern, wurde gemeinsam mit dem Bildungsinstitut im Gesundheitswesen (BiG) das Projekt „TOP – Teamorientierte Personalentwicklung“ konzipiert. Wohnbereichsleitungen sollten im Rahmen des Projektes dazu befähigt werden, gemeinsam mit ihren Mitarbeiter/innen Personalentwicklung auf Wohnbereichsebene zu planen, umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit zu prüfen (BiG, 2014).

Nach der Bildung von internen Projektteams und der Einrichtung einer Steuerungsgruppe erfolgte die Erstellung eines Weiterbildungskonzeptes zur Planung, Umsetzung

und Evaluation von Personalentwicklung in den Wohnbereichen. Insgesamt 21 Wohnbereichsleitungen nahmen an der neunmonatigen Weiterbildung teil und führten währenddessen eigene Projekte durch (z.B. Einführung der 5-Tage-Woche, Verbesserung der Kommunikation in der Übergabe, Kraft schöpfen aus kultureller Vielfalt im Team, Lerntandems – miteinander voneinander lernen). Flankierend dazu wurden in den Einrichtungen Kompetenzprofile erstellt, um Aufgabeninhalte der verschiedenen Berufsgruppen, Qualifikationsniveaus und Leitungsebenen voneinander abzugrenzen. Ein Teamberatungskonzept wurde entwickelt und in sieben Teamtrainings angewendet. Schließlich wurden nach einer aufgabenbezogenen Qualifizierungsbedarfsanalyse (QBA, Instrument zur selbstgesteuerten Einschätzung von Kompetenzen und Lernbedarf) verschiedene Weiterbildungen für die Mitarbeiter/innen konzipiert und durchgeführt.

Die Evaluationsergebnisse zeigen bei beiden Trägern eine hohe Zufriedenheit mit den Inhalten, den Methoden, dem Verlauf und den Ergebnissen der Maßnahmen von TOP. Für den Träger in Wuppertal gaben 77% der Mitarbeiter/innen an, dass das Angebot von TOP ihrem Bedarf entspricht. Einen Nutzen für die tägliche Arbeit bestätigten 65% der Teilnehmer/innen. 68% fühlten sich nach der Teilnahme an den Weiterbildungen sicherer in der Pflege, 71% konnten danach leichter Veränderungen im eigenen Arbeitsbereich umsetzen. Die Arbeitsatmosphäre hat sich für 65% verbessert.

Die Personalentwicklungsmaßnahmen hatten auch einen Einfluss auf die strategische Ausrichtung und die Organisationsentwicklung: In der APH Wuppertal wurden Strategieworkshops und eine SWOT-Analyse durchgeführt. Diese ergaben einen Optimierungsbedarf in den Bereichen Kommunikation und Transparenz. Daraufhin wurde eine Führungskräfte-schulung durchgeführt. In Mönchengladbach ergab die SWOT-Analyse, dass sich die Nutzerbedürfnisse und die Nachfrage umfassend gewandelt und differenziert haben. Nun steht die Konzentration auf die Kernaufgaben und die Zusammenarbeit und Rollenklärung in den Leitungsteams im Vordergrund. Das Instrument der QBA wurde in Mönchengladbach als Personalentwicklungsmaßnahme in den Mitarbeiterjahresgesprächen etabliert. In Wuppertal wird sie in das bestehende Verfahren integriert.

Abschließend wurden seitens der Projektverantwortlichen folgende Schlussfolgerungen gezogen: eine Weiterentwicklung der Kompetenzen zur Personalentwicklung auf der unteren und mittleren Führungsebene wirkt sich messbar positiv auf die Ebenen der Mitarbeiter/innen und der Teams aus. Der Einsatz der QBA stärkt die Verantwortung der Mitarbeiter/innen für ihre fachliche und persönlich-berufliche Entwicklung. Und nicht zuletzt: erfahrungs- und transferorientiert gestaltete Lernangebote vermitteln Anerkennung und Wertschätzung und stellen über diesen Weg eine wesentliche Ressource für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit dar (ebd.).

Nachfolgend soll noch das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung näher beleuchtet werden. Als Voraussetzungen bzw. Erfolgsfaktoren für eine gelingende Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention wurden fünf Aspekte identifiziert: Durchführen einer Bedarfsanalyse vor Implementierung eines Programms, Entwicklung von individuell auf die Beschäftigten zugeschnittenen Maßnahmen, Partizipation der Mitarbeiter/innen, Vernetzung von Maßnahmen auf individueller (Verhaltens-) und organisatorischer (Verhältnis-) Ebene sowie ein beständiges Angebot der Maßnahmen (Kramer, Sockoll, Bödeker, 2008). Diese Befunde finden sich

auch bei der Betrachtung der für dieses Handlungsfeld recherchierten und analysierten Aktivitäten.

In der katholischen Hospitalverbund Hellweg gGmbH wurde die strategische Entscheidung getroffen, das Thema Fachkräftesicherung unter Partizipation der Mitarbeiter/innen anzugehen. Diese Entscheidung wurde transparent kommuniziert und nach umfanglicher Vorarbeit (u.a. Durchführung von übergreifenden Lebensphasen-Workshops und Mitarbeiterbefragungen) entstand zunächst eine Charta. Diese hält unter Berücksichtigung verschiedener Lebensphasen (Ausbildungs- und Ausstiegsphase, Phase der Entwicklung und der beruflichen Weiterentwicklung, Familienphase und Phase der Pflege von Angehörigen) fest, auf welche Grundsätze zur Ausgestaltung förderlicher Arbeitsbedingungen im Unternehmen sich die Mitarbeiter/innen einigten.

Die konstruktive Auseinandersetzung von Mitarbeiter/innen und Führungskräften mit der Thematik führte zu einer Sensibilisierung für die lebensphasenabhängigen verschiedenen Bedürfnisse in den Bereichen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, (psychische) Gesundheit und Personalentwicklung. Anschließend wurden in folgenden Handlungsfeldern Handlungsempfehlungen erarbeitet und umgesetzt: berufsgruppenübergreifende Arbeitsorganisation, Arbeitszeitorganisation, Personalentwicklung und Karriere, Kommunikation und lebensphasengerechte Führung. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2013 und 2015 mittels eines erweiterten Fragebogens des Great Place to Work®-Instituts zeigten deutliche Verbesserungen beispielsweise im Bereich Optimierung von Arbeitsinhalten und -abläufen, Zusammenarbeit zwischen jüngeren und älteren Mitarbeiter/innen und Belastung durch Schichtdienst (Siepe, Ruelle, 2015).

Dass ein Implementierungskonzept im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement sowohl inhaltlich als auch in seiner Reichweite praxisnah ausgerichtet und vor allem kommuniziert werden sollte, zeigen die Erfahrungen des Projektes „3P – Pflege Dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln“, welches von September 2006 bis September 2009 unter wissenschaftlicher Begleitung am Alice-Hospital in Darmstadt durchgeführt wurde (Höhm, Schilder, Metzenrath, Roloff, 2009). Die formative Evaluation deckte einen Klärungsbedarf zur Reichweite des Konzeptes und der einzuführenden Interventionen zur Gesundheitskompetenz auf. Da die inhaltlichen Implikationen des Ansatzes nicht hinreichend transparent kommuniziert wurden, wurde ihre Übertragbarkeit in Frage gestellt. Zwar konnten Teilaspekte des Projektes erfolgreich umgesetzt werden, aber es herrschte bis zum Schluss ein heterogenes Meinungsbild im Hinblick auf das Konzept der Gesundheitshebel, welches im Projekt zur Gesundheitskompetenzbildung herangezogen wurde.

Letztlich konnte trotz vieler Modifikations- und Konkretisierungsaktivitäten die konzeptionelle Unschärfe des verfolgten Gesundheitskompetenzansatzes nicht völlig aufgehoben werden. Die anfängliche ‚Aufbruchsstimmung‘ schwenkte in Enttäuschung um, vor allem nachdem ein Rückschnitt der Projektinterventionen auf die Verhaltensebene der Mitarbeiter/innen stattfand. Zu Projektbeginn angeführte ökonomische und originär gesundheitsbezogene Ziele traten in den Hintergrund. Im Vordergrund stand nun das Ziel, die Akzeptanz und Beteiligung der Mitarbeiter/innen für den gewählten gesundheitsförderlichen Ansatz zu gewinnen (ebd.).

Eine erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Belastungsreduktion der Pflegekräfte gelang dagegen in den Kliniken der Sozialstiftung

Bamberg. Hier wurde im Rahmen des Programms „Weiterbildung im Krankenhaus“ (WiK) in ein ganz spezielles Angebot vorgehalten: Mitarbeiter/innen konnten Einzelcoachings zur Erhöhung und gegebenenfalls Auffrischung fachlicher Qualifikationen und zur Erleichterung des beruflichen (Wieder)Einstiegs erhalten. Die Einzelcoachings verliefen in fünf Phasen (Vorgespräch, Erstgespräch, Folgegespräch, Abschlussgespräch, Abschlussgespräch mit Stationsleitung) und wurden mit Hilfe eines Fragebogens evaluiert. Die Auswertung ergab, dass die individualisierten Einzelcoachings ein valides Instrument für die Praxis sind und für weitere Zielgruppen weiterentwickelt werden sollten (Kliniken der Sozialstiftung Bamberg, 2014).

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) startete im Sommer 2013 das Programm „Fit for Work and Life“ (MHH, 2014a). Mitarbeiter/innen erhalten nach einer Eingangsuntersuchung individuell angepasste, aufeinander abgestimmte therapeutische, präventive und rehabilitative Maßnahmen. Mitarbeiter/innen mit gelegentlichen Beschwerden erhalten präventive Maßnahmen wie das mentale Präventionsprogramm mit Schulungen zur Stressbewältigung, Gesundheit, Ernährung und Entspannung sowie Coaching für Führungskräfte. Das Programm kann während der Arbeitszeit (12 mal 90 Minuten oder 3 mal 4 Stunden) in Anspruch genommen werden. Gefährden Beschwerden die Arbeitsfähigkeit, wird Rehabilitation angeboten: „Job Fit“, ein individuelles am persönlichen Arbeitsplatz orientiertes Intensivtraining (1 mal pro Woche) und 18 Trainingseinheiten (je 45 Minuten) auf drei Monate verteilt, für die ebenfalls eine Freigstellung erfolgt. Bei schwereren Störungen, die die Arbeitsfähigkeit gefährden werden ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen vorgehalten (Job Reha II). Ist der Verbleib am Arbeitsplatz oder sogar im Arbeitsleben gefährdet, organisieren Mitarbeiter/innen der Rentenversicherung als Case-Manager weitere berufliche Maßnahmen (Job Reha III); bei schwereren psychischen Beschwerden wird eine Psychotherapie vermittelt.

Mit Stand 31.12.2014 nahmen circa 460 Teilnehmer/innen am Programm „Fit for work and life“ teil. Der vermeintliche Produktivitätsausfall aufgrund der Teilnahme am Programm während der Arbeitszeit wird durch eine Verbesserung des Arbeitsfähigkeits-Index bzw. der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen kompensiert. In einigen Bereichen verdoppelte sich die Produktivität, in anderen Bereichen war diese nach Abschluss der Maßnahme fünf Mal so hoch wie vorher. Langfristige Effekte bleiben abzuwarten (ebd.).

Eine Änderung von Verhalten braucht Zeit, auch die Herausbildung gesundheitsförderlicher Kompetenzen. Im Modellprojekt „DemoPrax Pflege - Praxislernort Pflege: Anleiten zu einer demografiefesten Pflegepraxis“ sollten Praxisanleiter/innen in einem Impulsworkshop darin geschult werden, anwendungsbezogenes Wissen zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) an die von ihnen betreuten Schüler/innen weiterzugeben. Diese sollten neben einem Wissenszuwachs auch für eine demografiefeste Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes sensibilisiert werden. Das Projekt hatte eine Laufzeit von knapp drei Jahren (Januar 2012 bis September 2015) und wurde wissenschaftlich begleitet. Es wurden Interventions- und Kontrollgruppen gebildet, die Schüler/innen und Praxisanleiter/innen zu zwei Zeitpunkten (t0 Mai 2012 bis Februar 2013, t1 April bis Oktober 2014) befragt (für weitere Informationen zu den eingesetzten Instrumenten der formativen und summativen Evaluation siehe INQA, 2015).

Die Evaluationsergebnisse belegen eine Sensibilisierung der Praxisanleiter/innen für AGS-Themen. Sie weisen bessere Werte hinsichtlich des eigenen AGS-Wissens auf. Zudem sprechen sie AGS-Themen häufiger in den Praxisanleitungen an. Bei den Schülern/innen konnten keine statistisch bedeutsamen Effekte im Hinblick auf einen Wissenszuwachs gefunden werden. Auch wenn die Praxisanleiter/innen ihnen in der zweiten Befragung eine höhere AGS-Kompetenz sowohl im theoretischen Wissen als auch in den praktischen Fertigkeiten zuschrieben. Die Schüler/innen nahmen keine Unterschiede bei der Bedeutung des Themas AGS in der Ausbildung wahr, dennoch fühlte sich die Interventionsgruppe besser ausgerüstet, um im Beruf gesund zu bleiben (ebd.). Insgesamt stellt sich die Frage, ob das Abhalten eines einzelnen Impulsworkshops für die Praxisanleiter/innen ausreicht, um über diesen Weg das Verhalten der Schüler/innen zu ändern.

Die Evaluatoren/innen merkten ergänzend an, dass die Ergebnisse wegen des Fehlens eines ‚echten‘ Längsschnitts in beiden Kollektiven (Kontroll- und Interventionsgruppe) nur zurückhaltend zu interpretieren sind. Zudem wurde deutlich, dass neben der Unterstützung durch das Management auch strukturelle Voraussetzungen (nicht zuletzt institutionalisierte Arbeitsgruppentreffen sowie personelle und zeitliche Ressourcen), persönliche Fachkompetenz und Engagement bei den Praxisanleitern/innen und eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen Bedingungsfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Interventionsansatzes darstellen (ebd.).

Begrenzungen durch strukturelle Rahmenbedingungen und der Einfluss des Faktors Zeit auf Verstetigungsprozesse spielten auch bei der Studie „Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege - Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen“ eine wesentliche Rolle (Görres, Adrian, Bomball, Stöver, 2013). Nach einer aufwendigen Fortbildungsbedarfsermittlung (acht vollstationäre Altenpflege- und eine ambulante Einrichtung der Stiftung Katholische Altenpflege im Bistum Hildesheim sowie drei kooperierende katholische Einrichtungen) erfolgte die Konzeption und Durchführung von individuellen, auf die Mitarbeiter/innen zugeschnittenen Inhouse-Schulungen.

Evaluiert werden sollten unter anderem folgende Fragestellungen: Verbessern die Inhouse-Schulungen das Wissen über (psychische) Arbeitsbelastungen und das Erkennen von Belastungsgrenzen? Stellen sie eine wirksame Intervention zur Reduktion der gesundheitlichen Beschwerden und (psychischer) Arbeitsbelastungen bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege dar? Liefern die Ergebnisse der Programmevaluation Erkenntnisse zu Unterschieden zwischen den Effekten bei jüngeren und älteren Mitarbeiter/innen?

Auffallend ist zum einen eine geringe Beteiligung an den Befragungen – die Rücklaufquoten sanken von t0 (Vorher-Erhebung) über t1 (direkt nach Intervention) bis zu t2 (Follow-up sechs Monate nach Intervention). Zum andern ergaben sich positive Effekte der Schulungsmaßnahmen direkt nach Durchführung der Inhouse-Schulungen vor allem für die pflegerischen Leitungskräfte. Die Evaluation langfristiger Effekte (t2) ergab, dass lediglich ein kleiner Teil der Befragten ihr Wissen über Arbeitsbelastungen verbessern konnte.

Beim Erkennen von Belastungsgrenzen zeichnete sich ebenfalls eine Differenz zwischen Mitarbeiter/innen der Leitung und allen anderen Beschäftigten ab: während jede

zweite Leitungskraft hier über Verbesserungen berichtete, traf dies nur noch auf etwa jede zehnte Person aus der Gruppe der Pflegekräfte sowie auf jede/n fünfte/n unter den anderen Beschäftigten zu. Diese Zielgruppen erfuhren längerfristig keine Verbesserungen körperlicher und psychischer Belastungen, zum Teil berichteten sie sogar über eine Verschlechterung.

Eine zentrale Erkenntnis: die Interventionszeit ist zu kurz, um Verbesserungen zu bewirken, auch das einmalige Anbieten einer Schulung reicht nicht aus. Um gerade in der Anfangszeit von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen Erfolge zu erzielen, wäre eine höhere Kontinuität anzustreben. Außerdem sind entsprechende Rahmenbedingungen und Umsetzungsstrategien notwendig: Die Führungskräfte sollten zu Beginn geschult und ein verstärkter Zielgruppenbezug (Führung, Mitarbeiter/innenebene) hergestellt werden.

Die inhaltliche Ausrichtung der Schulungen sollte konsequenter auf die Ergebnisse der Bedarfsanalyse ausgerichtet werden (einige der als bedeutsam genannten Themen wie Ernährung wurden nicht berücksichtigt). Die Schaffung von Zeitkontingenten, damit die Mitarbeiter/innen an den Schulungen teilnehmen können, ist ebenso wichtig wie eine ausbalancierte Gewichtung verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze (ebd.).

Handlungsfeld X: Gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsfachberufe durch Öffentlichkeitsarbeit fördern

Es gibt eine große Bandbreite an Aktivitäten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit. Viele Landesregierungen unterstützen die Öffentlichkeitsarbeit u.a. mit Kampagnen, Projekten, Internetauftritten (mit integrierten Ausbildungs- und Praktikumsbörsen, Berufsvideos, Download von Smartphone-Application und Verbindung zur Facebook-Fanpage) oder Wettbewerben. Auch haben sich verschiedene Landesregierungen teilweise zur Kampagnendurchführung zusammengeschlossen. Teilweise gibt es auch Initiativen von Trägern oder Verbänden mit gleicher Zielsetzung und unter Anwendung gleicher Methoden. Evaluationen der Aktivitäten sind meist nicht erfolgt, oder werden nicht veröffentlicht. Ausgewählte Aktivitäten werden in Kapitel 'Ausgewählte Aktivitäten einzelner Bundesländer' aufgelistet. Da keine Evaluationsergebnisse vorliegen, kann hierzu kein evidenzbasiertes Fazit gezogen werden.

Handlungsfeld XI: Chancen der Freizügigkeit nutzen

FAZIT Handlungsfeld XI

In der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland, sei es auf dem EU-Arbeitsmarkt oder in Drittstaaten, wird die Möglichkeit gesehen, dem Fachkräftemangel zu begegnen. Allerdings liegen in den meisten Fällen nur wenige Daten vor, die eine Beurteilung der Umsetzung erlauben. Zu prüfen ist, ob folgende Ansätze zu einem Erfolg in diesem Handlungsfeld beitragen können:

- Abgleich gegenseitiger Erwartungen,
- die (sprachliche und fachliche) Qualifizierung von Pflegekräften bereits im Heimatland,
- eine zielgruppenspezifische Begleitung zur Verbesserung der Integration,
- die Förderung einer Willkommenskultur.

„AMiCo – Assessment of Migrants‘ Competences in the Elderly Care“ (Kompetenzeinschätzung von Migranten/innen in der Altenpflege) wurde als transnationales Projekt im Zeitraum von 2012 bis 2014 durchgeführt und diente der Entwicklung von zwei Instrumenten: einem internetgestützten, mehrsprachigen Self-Assessment-Instrument („AMiCo-Tool“) und einer mehrsprachigen Homepage (deutsch, englisch, italienisch, polnisch, rumänisch, bulgarisch). Die Tools sollen einerseits Pflegekräften noch während ihrer Aufenthalte im Heimatland als Orientierungshilfe dienen und sie bei der Entscheidung für oder gegen eine Auswanderung in ein anderes Land unterstützen. Andererseits sollte mehr Transparenz über erforderliche Kompetenzen in der Altenpflege geschaffen werden.

Diese bessere Einschätzung formell, informell und non-formal erworbener Kompetenzen ermöglicht so z.B. Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten eine fach- und qualifikationsadäquatere Anstellung (beramí berufliche Integration e.V., o.J.). Die Evaluation des Selbsteinschätzungsinstrumentes zeigte, dass es für 90% der Nutzer/innen hilfreich war, ihre Kompetenzen einzuschätzen. 95% bestätigten, dass es bei der Entscheidungsfindung für einen Umzug hilfreich war. Und ebenfalls 95% gaben an, jetzt besser ihre weiteren Qualifizierungsschritte planen zu können (beramí berufliche Integration e.V., 2014). Allerdings liegen keine Daten vor, wie viele Personen aufgrund dieses Projektes sich tatsächlich für einen Umzug nach Deutschland entschieden und nachfolgend für den deutschen Altenpflegearbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Das Projekt „Triple Win“ (Laufzeit 2012-2016) intendiert eine nachhaltig orientierte und faire Gewinnung, (Vor-) Qualifizierung und Integration von Pflegefachkräften für den deutschen Arbeitsmarkt (ZAV, o.J.; GIZ, o.J.). Grundlage des Projekts sind Vermittlungsabsprachen der zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit mit den Arbeitsverwaltungen der Partnerländer Serbien, Bosnien und Herzegowina, Philippinen und voraussichtlich Tunesien.

Der Triple-Win-Prozess kann in vier Phasen eingeteilt werden: in der Phase 1 erfolgt eine Arbeitgeberberatung (u.a. Ablauf und Planung des Triple Win-Gesamtprozesses; Beratung zu Anerkennungsverfahren, Curricula und best practice). Nach der Phase 2, in der die Fachkräfteauswahl und -gewinnung im Vordergrund steht, folgt vor der Einreise eine Vorbereitungsphase (Phase 3) (u.a. Sprachkurse bis Niveau B1 GER; Pflegefachkurse und Orientierungstage; Workshops für Arbeitgeber zu Integration und Anerkennung). In Phase 4, nach der Einreise werden die Teilnehmer/innen weiterhin unterstützt (eintägige Behörden- oder Freizeitbegleitung; Hotline; zusätzliche Angebote wie Vorbereitungskurse zur Anerkennung auf Anfrage) (ZAV, o.J.). Daten zu einer systematischen Evaluation liegen nicht vor⁴.

Das Pilotprojekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ verfolgte das Ziel, 100 junge Vietnamesinnen und Vietnamesen unter bestimmten Voraussetzungen in eine verkürzte Altenpflegeausbildung zu bringen. Dazu zählte neben der erfolgreichen Teilnahme an einem Auswahlverfahren auch das Absolvieren eines Sprachkurses in Vietnam. Die Ausbildung in Deutschland und ein umfängliches, flan-

4 Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH wird lediglich auf die erfolgreiche Vermittlung von 80 Fachkräften aus dem Ausland zwischen 2011 und 2012 verwiesen (GIZ, o.J.).

kierendes Angebot zur Begleitung der Teilnehmer/innen (u.a. durch Regionalkoordinator/innen, vietnamesische Mentor/innen, interkulturelles Training) sollten schließlich sicherstellen, dass die Pflegekräfte erfolgreich in den deutschen Arbeitsmarkt integriert werden und sie die deutschen Pflegestandards „von der Pike auf“ (BMW, 2016) erlernen. Ein Folgeprojekt ist bereits gestartet (GIZ, 2014). Nichtsdestotrotz steht der Abschlussbericht des Pilotprojektes noch aus – sein Vorliegen sollte abgewartet werden, um eventuelle Evaluationsergebnisse zu sichten.

Das Thema ‚Passung‘ erwies sich beispielsweise für das Modellprojekt „Anwerbung spanischer Pflegefachkräfte für hessische Altenpflegeeinrichtungen“ (beramí berufliche Integration e.V., 2014) als wesentliche Einflussgröße. Im Rahmen des Projektes sollten 20 Pflegekräfte aus der autonomen Region Madrid in ambulante und stationäre hessische Altenhilfeeinrichtungen vermittelt werden. Trotz umfangreich getroffener Maßnahmen zur Vorbereitung und Unterstützung sowohl der interessierten spanischen Pflegekräfte als auch der intendierten Einrichtungen (spanische Arbeitsagentur selektierte die Bewerber/innen vor, Bewerbermesse in Madrid, Schnupperpraktika, Sprachkurse in Spanien und Deutschland, Workshops zur Sensibilisierung der Mentorinnen und Mentoren, Einrichtung einer neutralen Integrationsstelle zur Unterstützung bei Problemlagen, Informationen der spanischen Pflegekräfte und der Arbeitgeber/innen zum Anerkennungsverfahren) waren die gegenseitigen Erwartungen so wenig kompatibel, dass das Ziel der Fachkräftegewinnung letztlich nicht gelang. In den ersten Monaten, als die Berufsabschlüsse der spanischen Pflegekräfte noch nicht anerkannt waren, konnten diese zunächst nur als Pflegehilfskräfte arbeiten. Als Bachelorabsolvent/innen hatten sie nicht damit gerechnet, in der körpernahen Pflege eingesetzt zu werden. Sie empfanden die Arbeitsbelastung als sehr hoch und fühlten sich zugleich unterfordert, da sie keine medizinnahen Pflegeleistungen durchführen durften. Zudem arbeiteten viele Pflegekräfte in Spanien im Setting Krankenhaus – die Adaption an den Einsatzbereich Altenpflege fiel schwer. In der Konsequenz wechselten viele spanische Pflegekräfte nach der Anerkennung ihrer Berufsabschlüsse auf einen Arbeitsplatz im Krankenhaus. Die spanischen Kollegen/innen hätten sich gewünscht, dass in den Einrichtungen vorab bekannt gemacht worden wäre, welche Kompetenzen und Qualifikationen sie mitbringen – sie fühlten sich zum Teil in der Praxis nicht ausreichend ernst genommen. Befeuert wurde das Problem auch durch sprachliche Barrieren: der von den einheimischen Fachkräften verwendete örtliche Dialekt stellte sich als großes Problem für die spanischen Fachkräfte heraus. Da die mangelnde Ausdrucksfähigkeit oft mit unzureichenden Fachkenntnissen gleichgesetzt wurde, stellte die Sprachbarriere eine deutlich hemmende Wirkung für ihre berufliche und betriebliche Integration dar (Diakonie Deutschland, 2014; beramí berufliche Integration e.V., 2014). Die Diskrepanz zwischen den Vorstellungen und Interessen aller Beteiligten und mangelnde Transparenz trugen zu einem Scheitern des Projektes bei.

Die nachfolgend skizzierten Ansätze, die darauf abzielen, einen Abgleich zwischen Erwartungen und Vorstellungen (auch im Hinblick auf kulturelle Fragen) schon vor einem Einsatz in Deutschland zu ermöglichen, rekurrieren auf Fachkräfte im Allgemeinen und legen keinen Fokus auf Pflegefachkräfte.

Das Angebot „The Job of my Life“ findet im Rahmen der „Förderung der beruflichen Mobilität von ausbildungsinteressierten Jugendlichen aus Europa“ (MobiPro-EU) statt

und soll sprachliche Barrieren sowie Rekrutierungs- und Einstellungshemmnisse abbauen (ZAV, 2013). So können sich zum Beispiel potentielle Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen während eines vier- bis sechswöchigen Praktikums besser kennen lernen. Zusätzlich verankert: eine sozialpädagogische Begleitung, welche der Ausbildungsbetrieb vereinbart. Sprachkurse (im Heimatland begonnen, in Deutschland weitergeführt) werden finanziell unterstützt (ebd.). Einzelne Bausteine werden evaluiert, die Ergebnisse stehen noch aus.

Das Willkommensportal „www.make-it-in-Germany.com“ soll eine offene Willkommenskultur und die gezielte Zuwanderung von Fachkräften fördern. Durch umfangreiche Informationen zum Leben und Arbeiten in Deutschland, Best-Practice-Beispiele und Tools soll ein positives Image von Deutschland vermittelt werden. Zuwanderungswillige Fachkräfte werden gezielt angesprochen z.B. online auf relevanten Jobportalen im Ausland oder über soziale Medien wie Facebook und Twitter.

Deutsche Institutionen wie das Welcome Center, deutsche Auslandsvertretungen oder Goethe-Institute sind mit der Seite verlinkt. Ein E-Mail-Beratungsservice der Bundesagentur für Arbeit (BA) wird offeriert. Die Bilanz in 2015: Insgesamt konnten 7.760.991 Besuche der Webseite seit dem Start im Juni 2012 verzeichnet werden (davon 90% im Ausland). Allein im Juni 2015 wurde der Ratgeber ‚Arbeiten in Deutschland‘ 3.979-mal auf Deutsch und Englisch heruntergeladen, wobei die Mehrzahl der Downloads in englischer Sprache erfolgte (3.487 Downloads). Dies lässt auf eine rege Nutzung durch die Zielgruppe internationale Fachkräfte schließen. Seit Dezember 2014 wurden insgesamt 14.765 Beratungen über die Hotline durchgeführt.

Ausgewählte Aktivitäten einzelner Bundesländer

In diesem Kapitel werden Aktivitäten einzelner Bundesländer zusammengefasst, die u.a. im Zusammenhang mit dem bundesweiten Ausbildungspakt „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ stehen.

Die Umsetzung der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ wurde nach der Unterzeichnung des Vereinbarungstextes in dem für die Altenpflegeausbildung zuständigen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ab Dezember 2012 gestartet. Dieser erste bundesweite Ausbildungspakt zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege beschreibt Ziele und Maßnahmen für das Ausbildungs-, Berufs- und Beschäftigungsfeld. In sehr ähnlicher Form sind diese auch in der rheinland-pfälzischen „Vereinbarung Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ zu finden.

In den Ländern erfolgt die Umsetzung u.a. durch Verbünde, Kampagnen, Bündnisse, Maßnahmenpakete, Offensiven und Initiativen – häufig begleitet durch Projekte – zu den Schwerpunktthemenfeldern Qualifizierung, Beschäftigung (u.a. Gesundheitsförderung) und Ausbildung (u.a. Steigerung der Auszubildendenzahlen).

In der nun folgenden tabellarischen Übersicht wird deutlich, dass sich in den ausgewählten acht Ländern unterschiedliche Herangehensweisen abzeichnen. Der jeweilige Stand der Umsetzung ist dabei nicht vollständig wiedergegeben, da dieser aufgrund unvollständiger, veralteter, unzureichender oder gar gänzlich fehlender Informationen

kaum abbildbar ist. Somit bietet sich eine ausschnittshafte Aufnahme des Geschehens in den Ländern.

Die Auswahl der Länderaktivitäten erfolgte auf der Grundlage ihrer Präsenz und der Erreichbarkeit von Informationen. Letztlich kann aber keine Aussage über die Güte der Aktivitäten getroffen werden, da meist keine Evaluationen durchgeführt wurden bzw. keine Evaluationsergebnisse zugänglich sind. Einzelne evaluierte Beispiele werden hier der Vollständigkeit halber aufgeführt, finden sich dann aber ausführlicher in dem jeweiligen Handlungsfeld im Kapitel ‚Evidenzbasierte Rechercheergebnisse‘.

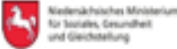
Land	Aktivitäten	Links
Baden-Württemberg  Landtag von Baden-Württemberg	In Baden-Württemberg trafen sich zwischen April 2014 bis Januar 2016 19 Akteur/innen aus Politik und des Gesundheitswesens zur Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Im Abschlussbericht sind u.a. 600 als Ziel oder Maßnahme formulierte Handlungsempfehlungen aufgeführt. Es wird hier beispielsweise empfohlen, den Begriffs Pflegeberuf auf „Berufe für Menschen“ als Grundlinie der Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen zu erweitern. Weitere Empfehlungen nehmen die Pflegeforschung, die Teil-Akademisierung des Berufsfeldes Pflege und die Erweiterung des Verantwortungsbereichs pflegerischen Handelns in den Fokus. Mit dem Ausbau der Pflegeforschung (Umsetzung der Erkenntnisse unmittelbar in die Praxis) und einer Förderung der Professionalisierung/ Teil-Akademisierung mit Erweiterung der Handlungsautonomie, zielt die Kommission auf die Steigerung der Berufsattraktivität und internationale Anschlussfähigkeit ab. Auch wird in die Betrachtung mit einbezogen, dass der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung in der Langzeitpflege zu mehr Verantwortung bei den Fachkräften führt. Bestehenden Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung werden vor diesem Hintergrund neu diskutiert. Bei der Entwicklung und Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, welches individuelle Bedürfnisse und die Kompensationsfähigkeit von Belastungen der Beschäftigten berücksichtigt, werden Einrichtungen unterstützt. Techniken-/ Hilfsmiteinsatzschulungen sowie Supervisionen und Coaching für Pflegekräfte werden als Teil der Arbeit anerkannt. Durch die Anwendung von Diversity Management wird Vielfalt für das Unternehmen nutzbar. Familienphasen-Modelle, Arbeitszeitkonten und lebenszyklusorientierter Personalarbeit mit flexiblen Arbeits- und Aufgabenmodellen werden erhoben. Eine Studie zur Qualifikation der Praxisanleitenden mit dem Ziel der Attraktivität der Ausbildung wurde in Auftrag gegeben. Lokale Bündnisse für Pflege wie beispielsweise seit 2013 das „Ideennetzwerk Pflege Freiburg“ bündeln Interessen der Netzwerkpartner/innen. Die Bündnispartner/innen setzen gemeinsam eine gesteuerte und koordinierte Fachkräftegewinnung um (u.a. zwei Tage Hospitation je Einrichtung, Forum, Veranstaltungen, Ehrungen).	Landtag von Baden-Württemberg (2016), 7/2016 - Enquetekommission Pflege beendet Arbeit und bringt am 27. Januar 2016 Abschlussbericht ins Plenum ein, abrufbar unter: https://www.landtag-bw.de/cms/home/aktuelles/pressemitteilungen/2016/januar/72016.html, [zuletzt geprüft: 13. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Bayern  	Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen stellt politische Zielsetzungen in einem Informationsdokument „Bayrische Politik steht für Qualität in der Pflege“ bereit. Hieraus lässt sich entnehmen, dass für die Fachkräftesicherung Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte, jede neue Ausbildungsstelle finanziell gefördert, sowie ein Bündnis für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in der Altenpflege mit den Leistungserbringerverbänden, Kostenträgern, der Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit geschlossen wird. Unterstützt durch die Bündnispartner/innen rief das Staatsministerium 2011 die Kampagne HERZWERKER ins Leben. Zusätzlich finden an sieben Schulen pro Schuljahr einwöchige HERZWERKER-Theaterprojekte statt, für die Schüler/innen zusammen mit Pflege(fach)kräften eine je 90-minütige pflegebezogene Theaterperformance einüben. Mit dem Ziel die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu verbessern, wird im Landesprojekt „Gesund und kompetent älter werden in der Altenpflege“ seit 2014 bis Oktober 2016 untersucht, wie es den Einrichtungen gelingen kann, qualifiziertes Personal zu rekrutieren, körperliche wie psychische Belastungen für die Beschäftigten zu reduzieren und wie verbesserte Weiterbildungsangebote, attraktive Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten und lebensphasenangepasste Arbeitsplätze die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen können. Das Projekt wird von der Gesellschaft für Personal- und Organisationsentwicklung (ffw) GmbH Nürnberg durchgeführt. In Bayern wurde von der Bayerischen Staatsregierung die Erarbeitung eines Handbuchs zur betrieblichen Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen finanziell unterstützt. Das ganzheitliche betriebliche Gesundheitsmanagementsystem GABEGS, welches die Optimierung der Führungskultur als zentrales Ziel verfolgt, setzt voraus, dass die Vorgaben des Arbeitsschutzes bereits adäquat umgesetzt sind.	Bayrische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, abrufbar unter: http://www.bayern.de/staatsregierung/staatsministerien/sozialministerium/ [zuletzt geprüft: 08. Juni 2016] Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, Herzwereker, abrufbar unter: http://www.herzwerker.de/ueber.php, [zuletzt geprüft: 08. Juni 2016] http://www.ffw-nuernberg.de/aktuelle-neuigkeiten/aktuelles-detail/gesund-und-kompetent-aelter-werden-in-der-altenpflege/, [zuletzt geprüft: 23. Juni 2016] http://www.gewerbeaufsicht.bayern.de/arbeitschutz/managementsysteme/gabegs/index.htm, [zuletzt geprüft: 23. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Berlin  	Die Landesinitiative der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen „Für ein gutes Leben im Alter in Berlin – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ startete im Frühjahr 2011 mit einem Fünf-Punkte-Programm mit der Zielsetzung der Verbesserung gesellschaftlicher Wertschätzung für den Beruf Altenpflege und dessen Rahmenbedingungen. Auf den Weg gebracht wurden u.a. Maßnahmen für den Erfahrungs- und Erkenntnistransfer in den Bereichen Steigerung der Attraktivität des Berufs Altenpfleger/in, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Migrationshintergrund in der Pflege, Ausbildung, Weiterbildung, Quereinstiege und Nachqualifizierung. Seit Mai 2013 wird die Initiative „Für ein gutes Leben im Alter in Berlin – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft sowie von Arbeitgeberverbänden, Arbeitsagentur, Wohlfahrtsverbänden, Kranken- und Pflegekassen und Arbeitnehmervertretungen in Form des „Berliner Bündnis zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ unterstützt. Das Ziel der Aktivitäten ist die Umsetzung der Kernpunkte der auf Bundesebene angesiedelten „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“. Die Bündnispartner setzten sich in insgesamt sieben Round-Table-Gesprächen mit der Entwicklung von Maßnahmen auseinander und leiteten Zielformulierungen ab, wie beispielsweise eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten, mehr Werbung, präventive Gesundheitsförderung, Personalentwicklung, transparente Weiterbildungswege und Arbeitslosen-Jobcoaches. Die Attraktivität der Ausbildung soll durch eine Befreiung vom Schulgeld und eine regelmäßige tarifvertragliche Angleichung der Ausbildungsvergütung gesteigert und die Aufklärungsarbeit über den Beruf Altenpflege und die hohe Fachlichkeit verstärkt werden. Im Rahmen des Programms Berlin Arbeit der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, wird das Modellprojekt „Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ (seit 2014) gefördert. Träger des Projekts ist die Arbeit-Gestalten GmbH. Das Projekt initiiert und fördert Vernetzung und Transfer in der Branche Altenpflege und Maßnahmen der Personalentwicklung. Schwerpunkt ist die Begleitung des „Berliner Bündnisses für Altenpflege“.	Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Berliner Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für Fachkräftesicherung in der Altenpflege, abrufbar unter : http://www.altenpflege-deine-chance.de/berliner-buendnis-fuer-altenpflege.html, [zuletzt geprüft: 06. Juni 2016] Kick-off-Veranstaltung „Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege“ am 15. Mai 2013, Für ein gutes Leben im Alter in Berlin – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege, erarbeitet im Rahmen des Projektes „Arbeits- und Dienstleistungsqualität – ein Geschwisterpaar in Berlin, wo sonst!“, abrufbar unter : http://www.altenpflege-deine-chance.de/downloads/20130829_DokuKickOff_Altenpflege.pdf, [zuletzt geprüft: 06. Juni 2016] http://www.berlin-transfer.net/de/projekt-panoramen/fachkraefte/1069-fachkraefte-sicherung-in-der-altenpflege, [zuletzt geprüft: 06. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Brandenburg  	Der 2015 gestarteten „Brandenburger Pflegeoffensive“ ging 2013 die „Brandenburger Fachkräftestudie“ (Ergebnisse liegen seit 2014 vor) voraus. Diese führte die Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie durch. Als Ergebnis der Studie wurden Handlungsempfehlungen zu Gestaltungsspielräumen pflegerischer Versorgung und betrieblicher Personaleinsatzkonzepte/-qualifikation u.a. für Land, Kommunen, Pflege- und Krankenkassen, Verbände, Einrichtungsträger und Betriebe abgeleitet. Das hiernach 2015 gestartete Modellprojekt „Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg“ ist die größte Maßnahme im Rahmen der Pflegeoffensive und wird in Zusammenarbeit von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. Selbsthilfe Demenz und dem Berliner Institut für Gerontologische Forschung e.V. umgesetzt. Zu weiteren gestarteten Maßnahmen gehören zum einen eine pflegepolitische Gestaltungsaustausch-/Informations-Tour 2015-2016 zu Einrichtungen, Projekten und Initiativen der Pflege im Land durch die Sozialministerin, um dort mit Verantwortlichen darüber zu sprechen, wie die zukünftige Pflege vor Ort gestaltet werden kann. Zum anderen zählt auch das Modellprojekt „Innovative Personaleinsatz- und Personalentwicklungskonzepte“ 2015-2016, welches auf den Einsatz von Fachkräften je nach Qualifikation abzielt, zu den abgeleiteten Aktivitäten. Mit sechs Leitungen von Altenpflegeeinrichtungen und den Beschäftigten wird im Projekt daran gearbeitet, die Aufgaben entsprechend der qualifikatorischen Fähigkeiten der Beteiligten zu organisieren. Projektträger ist die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg gemeinsam mit dem Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft Berlin.	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Pflegeoffensive Brandenburg, abrufbar unter: http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.151587.de, [zuletzt geprüft: 08. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Bremen 	Im Bundesland Bremen startete im Oktober 2012 die „Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel“. Grundlage ist eine Rahmenvereinbarung der Kooperationspartner/innen zu gemeinsamen Zielen und Maßnahmen. Die Pflegeinitiative ist eine Kooperation zwischen Sozialsenatorin, Bildungssenatorin, Magistrat der Stadt Bremerhaven, Agentur für Arbeit, Altenpflegeschulen, Arbeitnehmerkammer, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgruppe, Krankenhausgesellschaft, Krankenpflegeschulen, Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. und Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e.V. und Jobcenter. Zu den vereinbarten Themenfeldern Rahmenbedingungen und Finanzierung, Nachwuchssicherung, Entwicklung&Bildung und Werbung wurden in Arbeitsgruppen Maßnahmen erarbeitet und auf zwei Pflegeinitiative Monitoring-Veranstaltungen vorgestellt. Die erste Monitoring-Veranstaltung fand im Oktober 2013 statt. Hier wurden u.a. Fachvorträge gehört und diskutiert. Im Juni 2015 wurden bei der abschließend zweiten Monitoring-Veranstaltung (Inhalt waren u.a. Fachreferate zu den Themen Personalbindung, Nachwuchssicherung und Qualitätsanforderungen), die Ergebnisse diskutiert und die weitere Umsetzung geplant. Zu den Neuerungen gehören, dass die Altenpflegeausbildung inzwischen auch in der ambulanten Pflege stattfinden kann und dass strukturierte Begleitungs-Konzepte für Schüler/innen-Praktika entwickelt werden. 2015 starteten Projekte zum Verbleib von älteren Beschäftigten in der Pflege und zur Gesundheitsförderung. Es liegen noch keine veröffentlichten Ergebnisse vor. Des Weiteren wird der Ausbau der Pflege-Dienstleistungsangebote verbunden mit einer größeren Handlungsautonomie und erweitertem Aufgabenspektrum der Altenpflegefachkräfte diskutiert. In Planung befindet sich die Entwicklung eines Bildungsangebotes zur Erlangung von heilkundlichen Kompetenzen für Pflegefachkräfte und Spezialqualifikationen für Pflegefachkräfte im Akutkrankenhaus und in der Altenhilfe. Zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe ist ein abgestuftes Qualifikationsprofil mit vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit innerhalb der Gruppe der Pflegenden angedacht.	Freie Hansestadt Bremen - Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (2012), Soziales - Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel, abrufbar u n t e r : http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.22588.de, [zuletzt geprüft: 09. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Niedersachsen  	Die niedersächsische Landesregierung hat 2014 die Fachkräfteinitiative (einschließlich Berufsfeld Pflege) gestartet und mit Arbeitsmarktpartner/innen eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen. Im Rahmen der Fachkräfteinitiative des niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wird das Projekt „Eine Stunde für die Altenpflege“ (2014-2016) durchgeführt. Altenpflege-Auszubildende tauschen sich hier mit Schüler/innen (oder deren Eltern), die vor der Berufswahlentscheidung stehen, über ihr Berufsfeld aus. Das Projekt folgt in seiner Struktur einem „peer-to-peer“-Ansatz durch direkte Ansprache. Das Land Niedersachsen unterstützt die Ausbildung in der Altenpflege finanziell im Rahmen des so genannten Pflegepakets. Es werden Zuwendungen zu den Schulkosten an Altenpflegeschulen in privater Trägerschaft in Niedersachsen gewährt. Von 2009-2013 erfolgte eine Pauschale für Ausbildungsverhältnisse in der Altenpflege in Niedersachsen. Unter der Federführung des Landespflegeausschusses wurde ein landesweiter Ideenwettbewerb zu neuen Ansätzen in der Pflege und Fachkräftegewinnung gestartet. Themen sind u.a. Personalgewinnung und Gesundheitsförderung. Es wurde eine öffentlich-rechtliche Stiftung für die Zukunft der Altenpflegeausbildung errichtet. Sie unterstützt aus den Zinserträgen des Stiftungsvermögens insbesondere die Förderung innovativer Konzepte (Fokus Berufsattraktivität) und Maßnahmen (Fokus Ausbildungsbereitschaft/ Gewinnung/ Vorbereitung) in Niedersachsen.	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Pflegepakt Niedersachsen, abrufbar unter: http://www.ms.niedersachsen.de/themen/soziales/pflegeversicherung/pflegepaket/pflegepaket-niedersachsen-14304.html, [zuletzt geprüft 08. Juni 2016] http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/soziales_gesundheit/gesundheitsberufe/foerderung_ausbildung_altenpflege/durchfuehrung_projektes_eine_stunde_altenpflege/durchfuehrung-des-projektes-eine-stunde-fuer-die-altenpflege-135344.html, [zuletzt geprüft 23. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Nordrhein-Westfalen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 	In einem Arbeitsbereich diskutiert das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit Akteur/innen des Gesundheitswesens über Lösungsmöglichkeiten zum Fachkräftemangel. Auf einem Workshop „Pflege sucht Kräfte - Good Practice“ des Landeszentrums Gesundheit wurden Informationen zur Rekrutierung und Mobilisierung von Personal in NRW, u.a. zum Projekt Triple Win, zur Verfügung gestellt. Um Unternehmen bei Personalrekrutierung (Arbeitgebermarke, Führung, Karriere und Familie) und der Implementierung einer familienfreundlichen Personalarbeit (Politik, Betreuung, gesetzliche Rahmenbedingungen) zu unterstützen, fördert das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW das Kompetenzzentrum Frau und Beruf Emscher-Lippe-Region „Competentia“ (Beratung durch Prognos). Ebenfalls in der Emscher-Lippe-Region fördert das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales das Projekt „Wir können Pflege!“ (Fachkräftekampagne in Bottrop und Gelsenkirchen). Das Projekt wird von Konkret Consult Ruhr umgesetzt. Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2010 begonnen, elf Modellstudiengänge an sieben Hochschulstandorten zur Erprobung der Akademisierung (Weiterentwicklung) der Pflege- und Gesundheitsberufe durchzuführen. Die Modellstudiengänge wurden von 2012 bis 2014 im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluiert. Die Agentur für Arbeit Köln und das Amt für Soziales und Senioren Köln haben das Bündnis „Aktion Altenpflege Köln“ gegründet. Diesem Bündnis gehören u. a. auch die Bezirksregierung Köln, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Köln, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. und die Kölner Fachseminare für Altenpflege an. Das gemeinsame Ziel ist es, die Bedeutung der Altenpflege stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken und das Image zu verbessern. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen fördert das Internetportal „NRW für Pflegeberufe“. Im Rahmen der Landesinitiative Netzwerk W (Wiedereinstieg) fördert Nordrhein-Westfalen lokale Aktivitäten zum Wiedereinstieg sowie zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger.	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Pflege sucht Kräfte - Good Practice zur Rekrutierung und Mobilisierung von Personal in NRW, Reihe Dialoge.Fachkräfte. Gesundheitswirtschaft. Workshop am 04.11.2014 in Düsseldorf, abrufbar unter: https://www.lzg.nrw.de/service/veranstaltungen/archiv/2014/141104_workshop_fachkraefte/index.html, [zuletzt geprüft: 17. Juni 2016] http://www.wir-koennen-pflege.de, [zuletzt geprüft: 23. Juni 2016] Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, abrufbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudien/index.php, [zuletzt geprüft: 23. Juni 2016]

Land	Aktivitäten	Links
Thüringen 	Die Ministerien für Soziales, Familie und Gesundheit, für Bildung, Wissenschaft und Kultur, für Wirtschaft, Arbeit und Technologie gemeinsam mit dem Gemeinde- und Städtebund Thüringen e.V., Thüringischer Landkreistag e.V., LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e.V., Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., AOK PLUS, IKK classic, BKK Landesverband Mitte, vdek - Verband der Ersatzkassen e.V. und Knappschaft-Bahn-See haben 2012 Fachkräftesicherung-Zielstellungen (hierzu zählen die Bereiche Image, Ausbildungsangebot, Beschäftigungsbedingungen, Entlohnung und Pflegesätze in der Pflegebranche) als „Pflegepakt“ vereinbart. Die Kampagne „Pflege braucht Helden“ stellt u.a. eine abgeleitete Maßnahme dar. Der in Thüringen seit 2014 durchgeführte Modellversuch „Ausbildungsbegleitende Hilfen in der Altenpflegeausbildung“ bzw. seit 2015 mit dem Namen „Qualifizierungsbegleitende Hilfen für Pflegeauszubildende“ zielt als gemeinsames Projekt des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie und des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit im Rahmen des „Thüringer Pflegepakts“ auf eine Abbruch-quoten-Senkung in der Altenpflegeausbildung. Träger ist die Jugendberufshilfe Thüringen e.V. Die Zielgruppe sind Auszubildende in der Altenpflege, deren Ausbildungserfolg gefährdet ist.	Freistaat Thüringen (2012), Thüringer Pflegepakt, abrufbar unter: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung2/referat22/thueringer_pflegepakt.pdf, [zuletzt geprüft 15. Juni 2016] Anja Habermann, Qualifizierungsbegleitende Hilfen für Pflegeauszubildende, Jugendberufshilfe Thüringen e.V., abrufbar unter: http://www.jbhth.de/uploads/media/Kurzkonzeption_neu.pdf, [zuletzt geprüft 23. Juni 2016]

Abschließend ist festzuhalten, dass einige Bundesländer eine Erhebung des Ist-Zustandes durchgeführt haben, um Erfordernisse und Potenziale zu bestimmen. Auf dieser Grundlage wurden anknüpfende Maßnahmen zur Sicherung von Fachkräften geplant - alle Länder befinden sich aktuell in der Umsetzungsphase. Vielfältige Maßnahmen wurden gestartet, jedoch fehlen häufig valide Daten über die Interventionen und Informationen zum Stand der Umsetzung in Form von Zwischen- oder Endberichten. Es empfiehlt sich die Aktivitäten weiter im Auge zu behalten und ihre Relevanz und Umsetzbarkeit hinsichtlich einer Implementierung auch in Rheinland-Pfalz zu prüfen.

Nach bisheriger Recherche kann die Aussage getroffen werden, dass eine umfangreiche und umfassende Vereinbarung, wie sie in Rheinland-Pfalz zwischen der Landesregierung und den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens erstellt, unterschrieben und umgesetzt wurde, in vergleichbarem Umfang in keinem anderen Bundesland zu finden ist.

Zusammenfassung

Im vorliegenden ersten Bericht werden Aktivitäten vorgestellt und eingeordnet, deren evidenzbasierte Ergebnisse Hinweise geben, welche Maßnahmen geeignet sind, um auf aktuelle Herausforderungen zum Thema Fachkräftesicherung in der Pflege zu reagieren. Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und eine bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten sollten durch einen frühen Kontakt zur Zielgruppe flankiert werden, der zu einer realistischen Einschätzung über die Erfordernisse und einem Überblick über die möglichen Perspektiven im Berufsfeld beiträgt.

Handlungsfeld II: Die Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials gelingt, wenn im Vorfeld wesentliche Rahmenbedingungen, wie die Freistellung der Teilnehmer/innen und Praxisanleiter/innen, die Unterstützung von Führungs- und Lehrkräften sowie das Herstellen lernförderlicher Bedingungen antizipiert werden.

Handlungsfeld III: Der Erfolg zur Erschließung des Vorqualifizierungspotenzials hängt maßgeblich davon ab, ob es gelingt einen Zugang zur Zielgruppe (hier Migrant/innen) zu erhalten und eine bedarfsorientierte Begleitung vorzuhalten.

Handlungsfeld IV: Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund gelingen leichter, wenn der Zugang aus dem gleichen kulturellen Hintergrund, u.a. auch über persönliche Kontakte, erfolgt und die Begleitung bedarfsorientiert gestaltet wird.

Handlungsfeld V: Die Wiedereinstiegsqualifizierung für die Stille Reserve gelingt eher, wenn Angebote individualisiert ausgerichtet sind.

Handlungsfeld VI: Weiterbildungsförderung und Umschulung durch die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II sind erfolgreicher, wenn die Angebote sozialpädagogisch begleitet werden.

Handlungsfeld VII: Die Weiterentwicklung der Pflegeberufe wird befördert, wenn Qualifikationsniveaus Berücksichtigung finden. Erwartungen der Berufspraxis an die Leistungsfähigkeit und die Einsatzmöglichkeiten von Absolvent/innen müssen austariert werden. Die Klärung adäquater Aufgabengebiete, von Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen sowie eine zielgruppenorientierte Begleitung beeinflusst die Akzeptanz und Integration u.a. akademisierter Pflegekräfte.

Handlungsfeld VIII: Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sollte jede Einrichtung ihre Bedarfe regelmäßig erheben (u.a. über Mitarbeiterbefragungen) und kontinuierlich anpassungsfähige Konzepte vor ihrer Übertragung auf Umsetzbarkeit im Bedingungsgefüge vor Ort prüfen. Die Benennung von „Kümmerern“, verbunden mit der Zuschreibung entsprechender Befugnisse, wirkt förderlich.

Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung sind ein weites Feld, denn Änderungsprozesse benötigen Zeit und beeinflussen die gesamte Unternehmenskultur. Die Umstrukturierung von Aufgaben, die Etablierung neuer Berufsgruppen und die Einführung von übergeordneten Konzepten scheinen einen Beitrag zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zu leisten. Zu den Erfolgsfaktoren zählen:

- Rollenklarheit der Akteurinnen und Akteure (Abgrenzung von Zuständigkeiten, Aufgaben- und Verantwortungsbereichen unter Berücksichtigung des Qualifikationsniveaus),
- Transparenz über Unternehmensstrategien,
- Die Berücksichtigung grundlegender Überlegungen bei der Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Nachvollziehbarkeit von Konzepten, Gleichgewicht zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen, Interventionen wiederholt anbieten)
- Partizipation der Beschäftigten,
- Einzelmaßnahmen wie Beratung/Coaching für alle Beschäftigten.

Handlungsfeld XI: Erste Erfahrungen weisen darauf hin, dass die Anwerbung und der erfolgreiche Einsatz ausländischer Arbeitskräfte in der Pflege voraussetzungsreich sind. Im Mittelpunkt stehen hier divergierende Erwartungen und (Sprach-) Kompetenzen.

Mit Blick auf die tabellarisch aufgenommenen Aktivitäten von acht Bundesländern im Kapitel ‚Ausgewählte Aktivitäten einzelnen Bundesländer‘ ist summativ festzuhalten, dass sich die Bundesländer mit unterschiedlichem Stand in der Planungs-/ Umsetzungsphase befinden. Der Erfolg der Maßnahmen bleibt abzuwarten. Kein weiteres Bundesland hat ansatzweise eine so umfangreiche Vereinbarung mit Akteur/innen des Gesundheitswesens getroffen wie Rheinland-Pfalz.

Ausblick

Das Thema ‚Fachkräftemangel in der Pflege‘ ist in der Wahrnehmung der Stakeholder angekommen. Es gibt eine Vielzahl von Projekten und Aktivitäten, teilweise entsteht der Eindruck von Aktionismus.

Vielfach werden Ideen entwickelt und Ressourcen für deren Umsetzung eingesetzt, ohne dass die intendierten und nichtintendierten Wirkungen dieser Aktivitäten nachvollzogen werden. Angesichts insgesamt knapper Ressourcen ist das ein Luxus, den sich die Gesundheits- und Pflegebranche nicht leisten sollte.

Gleichwohl lassen sich einige zentrale Themen identifizieren. Erforderlich sind Perspektivwechsel:

- Angebots- statt Nachfrageorientierung,
- Mitarbeiter- statt Gewinnorientierung,
- Langfristige Strategien statt kurzfristigem Aktionismus.

Diese Prinzipien sind nicht neu, jedoch mangelt es im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens vielfach an einer konsequenten Umsetzung.

Angebotsorientierung löst sich von dem Gedanken der möglichst schnellen Verwertbarkeit neuer Mitarbeiter/innen, sondern begreift das vorhandene Potenzial von Bewerber/Innen als Bereicherung und Chance zur Weiterentwicklung. Einarbeitungskonzepte bekommen dann eher den Charakter eines Traineeprogrammes.

Mitarbeiterorientierung ist immer mit dem Gedanken der Personalentwicklung verbunden. Dies gilt für Mitarbeiter/innen auf allen Qualifikationsebenen. Umfangreiche Begleitung und Unterstützung ist z.B. sowohl im Bereich der Nachqualifizierung als auch beim Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegender anzubieten. Strategische Unternehmensentscheidungen sind jeweils auf ihre Auswirkungen auf das Prinzip der Mitarbeiterorientierung zu prüfen und ggf. zu modifizieren.

Nur langfristige Strategien haben eine realistische Chance auf Erfolg in dem zunehmenden Kampf um Arbeitskräfte. Erinnert sei hier an das Konzept der ‚Magnetkrankenhäuser‘.

Letztlich bewegen sich aber alle genannten Ansatzpunkte innerhalb der Grenzen des Systems bzw. stabilisieren dieses. Nicht diskutiert ist damit die Frage nach Konzepten, die über diese Grenzen hinausgehen oder nach einer politischen oder gesellschaftlichen Neuadjustierung des Werts von Pflege.

Fachkräftemangel in der Pflege im internationalen Vergleich (Bericht II)

FAZIT Fachkräftemangel in der Pflege im internationalen Vergleich

Das Ungleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage von Pflegefachkräften ist ein globales, signifikantes und anhaltendes Problem. Es wirkt sich auf Gesundheitssysteme, Organisationen, Personal und Patienten bzw. Patientinnen aus. Folgende Aspekte lassen sich zum aktuellen Stand des Fachkräftemangels im internationalen Vergleich festhalten:

- In zahlreichen OECD-Ländern wurden bereits umfängliche Aktivitäten umgesetzt. Diese haben primär deutliche Wirkungen gezeigt: Die Anzahl der Pflegekräfte ist in fast allen OECD-Ländern gestiegen. Nichtsdestotrotz berichten die meisten Länder weiterhin von einem aktuellen oder zu erwartenden Fachkräftemangel in der Pflege.
- Dies verdeutlicht die Brisanz der aktuellen Situation: es ist absehbar, dass die intendierte Wirkung der aktuell verfolgten Handlungsansätze im Bereich Fachkräftesicherung in der Pflege abnehmen wird. Da das Potential der bislang genutzten Strategien weitgehend ausgeschöpft erscheint, könnte die zu erwartende Ausbeute zukünftiger einschlägiger Anstrengungen eher geringer ausfallen.
- Gezielte Pflegepersonalsteuerung auf der Gesundheitssystemebene scheint ein Schlüsselement zur Fachkräftesicherung darzustellen. Die Identifikation der bestmöglichen Verfahren zur Personalplanung steht noch aus. Diskutiert werden Prinzipien marktwirtschaftlicher vs. zentraler Steuerung. EU-Länder mit vergleichbaren Ausgangslagen im Hinblick auf die Art des Gesundheitssystems, die Etablierung der Grundversorgung, die Dateninfrastruktur und die angewandten Personalplanungsinstrumente sollten kooperieren, um sich über effektive Strategien auszutauschen.

In vielen OECD-Ländern beträgt der Anteil der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten über 10% der Gesamtbeschäftigung. Unabhängig von der öffentlichen Diskussion über den wachsenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, war die Anzahl der Ärzt/innen und Pflegekräfte noch nie höher: Im Jahre 2013 arbeiteten in den OECD-Ländern 3,6 Millionen Ärzt/innen und 10,8 Millionen Pflegekräfte. Im Jahr 2000 waren es noch 2,9 Millionen Ärzt/innen und 8,3 Millionen Pflegekräfte. Die Anzahl der Ärzt/innen und Pflegekräfte stieg proportional mehr an als die Gesamtbevölkerung. Dieser Befund spiegelt sich auch in den durchschnittlichen Verhältnissen von Ärzt/innen pro Einwohner (in 2000: 2,7 Ärzt/innen pro 1000 Einwohner, in 2013: 3,3; Anstieg: 20%) und von Pflegekräften pro Einwohner (in 2000: 7,8 Pflegekräfte pro 1000 Einwohner, in 2013: 9,1; Anstieg: 15%) wider (OECD, 2016).

Abbildung 1 zeigt, dass die Anzahl der Pflegekräfte in fast allen OECD-Ländern gestiegen ist (in absoluten Zahlen und in der pro Kopf-Berechnung). Dieser Anstieg zeigt sich sowohl in Ländern mit relativ geringen Ausgangszahlen im Jahre 2000 wie Korea und Portugal als auch in Ländern mit einer guten Ausgangslage, d.h. einem hohen Pflegekräfteanteil wie in der Schweiz, in Norwegen und in Dänemark. Eine Verlangsamung

des Zuwachses ist für die Zeit nach der Weltwirtschaftskrise in Estland, Irland und Spanien zu verzeichnen (OECD, 2016).

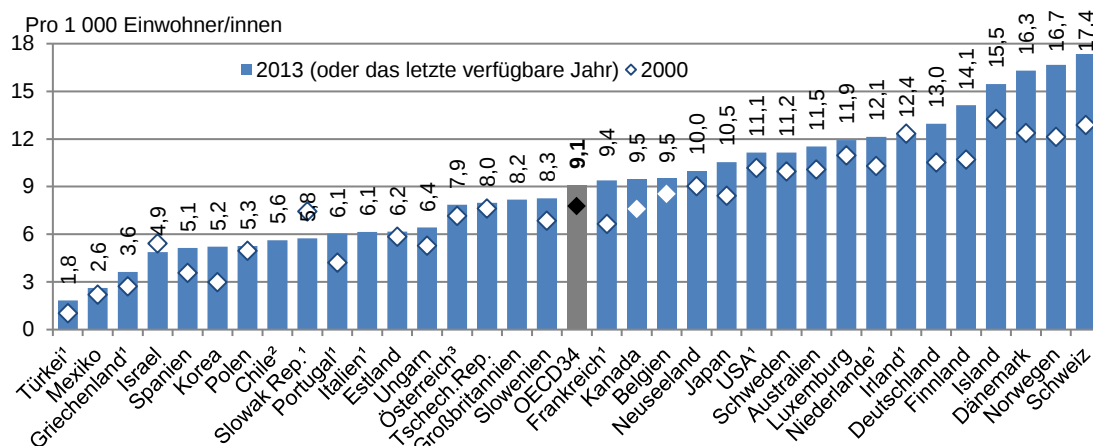


Abbildung 1⁵ Praktizierende Pflegekräfte in 2013 sowie Entwicklung zwischen 2000 und 2013 (modifiziert nach OECD Health Statistics 2015, eigene Übersetzung)

Trotz dieses Zuwachses übersteigt die Nachfrage (aktuell und prognostiziert) in den meisten Ländern innerhalb und außerhalb der OECD-Staatengemeinschaft das Angebot an verfügbaren Fachkräften im Gesundheitswesen: Weltweit wird in 2035 mit einem Mangel von 12,9 Millionen Fachkräften im Gesundheitswesen gerechnet; in 2013 betrug er bereits 7,2 Millionen (WHO, 2013). Für Europa wird geschätzt, dass im Jahre 2020 circa 1 Million Fachkräfte fehlen (dies betrifft vor allem die Berufsgruppen Pflege und Medizin, bei letzterer in besonderem Maße die Hausärzte/innen in ländlichen Gegenden) (Kroezen, Dussault, Craveiro, Dieleman, Jansen, Buchan, Barriball, Rafferty, Bremner, Sermeus, 2015).

Abbildung 1 verdeutlicht zudem, dass der Fachkräftemangel innerhalb Europas sehr schwankt. Während der Norden und Westen Europas bessere Pflegekraft-Einwohner-Verhältnisse aufweisen, bewegen sich einige süd- und osteuropäische Länder eher am unteren Rand der Skala. Dass sich diese Problematik in Europa verschärft auf den Langzeitpflegesektor auswirken und große sozialpolitische Herausforderungen nach sich ziehen wird, legen Kuhlmann und Larsen (2013) dar. So können bereits deutlich weniger ältere Menschen in Süd- und Osteuropa formale Langzeitpflege in Anspruch nehmen als dies im Norden und Westen Europas der Fall ist. Verschärft wird die Lage noch durch einen zu erwartenden Rückgang des Anteils der Erwerbsbevölkerung in einigen ost- und südeuropäischen Ländern, während die Prognosen beispielsweise für die skandinavischen Länder optimistischer sind (ebd.).

5 1. Die Daten beziehen sich nicht nur auf Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung, sondern schließen auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen ein, die als Führungskräfte, Ausbilder/innen, Forscher/innen etc. tätig sind. 2. Die Daten beziehen sich auf alle zugelassenen (im Sinne von gesetzlich anerkannten) Pflegekräfte. 3. Österreich meldet nur die im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte.

Gründe für den Pflegefachkräftemangel

Die Faktoren, die einen höheren Bedarf an Fachkräften in der Pflege begründen, sind vielschichtig, die Zusammenhänge zum Teil noch unklar (Simoens, Villeneuve, Hurst, 2005). Neben einer allgemeinen Tendenz zu mehr Teilzeitarbeit, die in der Mehrheit der OECD-Länder zu einer sinkenden durchschnittlichen Wochenarbeitszeit beiträgt, verkürzen frühere Renteneintritte oder Teilzeitrenten zusätzlich die Lebensarbeitszeit (WHO, 2015; Simoens et al., 2005). Der Nachschub wird von der Attraktivität des Pflegeberufes und den vorhandenen Alternativen beeinflusst. Dies wiederum hängt auch von der Bezahlung, den Arbeitsbedingungen und gesellschaftlichen Bewertungen wie dem Status des Pflegeberufes ab (z.B. Buchan, O'May, 2013; Yun, Anli, 2010; Simoens et al., 2005). Die Kombination dieser Aspekte beeinflusst die Gewinnung, den Verbleib und den Ersatz von Pflegefachkräften. Nachfolgend werden weitere in der Literatur diskutierte Begründungen für das Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage des Pflegesektors skizziert.

Demografische Entwicklung

Die in Deutschland breit diskutierte sog. demografische Entwicklung findet sich ebenfalls in vielen europäischen Ländern. Für Belgien, die Tschechische Republik, Deutschland, Italien, Polen und Russland wird in den nächsten 25 Jahren ein Bevölkerungsrückgang erwartet. In Ländern, in denen die Bevölkerung wächst (z.B. England/ Großbritannien), wird dies eher durch Zuwanderung als durch einen Anstieg der Geburtenrate geschehen (Wells, Norman, 2009). Zudem wird für 2030 vorhergesagt, dass 25% der europäischen Bevölkerung älter als 65 Jahre sein wird. Das Verhältnis der erwerbstätigen Einwohner/innen zu den nicht erwerbstätigen Einwohner/innen wird 1:2 betragen (Giankourous, 2008; Commission of the European Communities, 2008 zitiert nach Wells, Norman, 2009).

Neben einer alternden Bevölkerung und der Zunahme von Ko-Morbidität und chronischen Erkrankungen mit nachfolgend steigendem Bedarf an Langzeitpflege und ambulanter Versorgung sorgen Entwicklungen im medizinisch-technischen Bereich, die das Leben verlängern, schwerere Verletzungen aber auch schonendere Operationstechniken und Behandlungsmethoden zu einem höheren Pflegeaufwand. Dieser muss im Zuge der Kürzungen an Krankenhausbetten und der Verweildauer seit den 1990er Jahren in kürzerer Zeit bewältigt werden. Demgegenüber steht der konsumentengesteuerte Einfluss auf das Gesundheitssystem: Leistungsempfänger/innen sind aufgrund steigender Nutzung des Internets immer besser informiert, fordern mehr Interventionen (z.B. im Bereich Diagnostik) ein und nutzen ein anderes Leistungsspektrum (z.B. Schönheitschirurgie, elektive chirurgische Eingriffe) (Simoens et al., 2005). In der Folge steigt der Bedarf an Personal für die pflegerische Versorgung.

Die Alterung der Bevölkerung spiegelt sich in der Alterung des Pflegepersonals. In einigen europäischen Ländern beeinflusst die Alterung des Personals bereits die Pflege (Wells, Norman, 2009; Simoens et al., 2005). 35% der Pflegekräfte in Großbritannien sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, 25% sind älter als 50 Jahre und nur eine von zehn Pflegekräften ist unter 30 Jahre alt (Buchan, Seccombe, 2005 zitiert nach Wells, Norman, 2009). Im Jahre 2000 waren über die Hälfte des psychiatrischen Pflegepersonals

in Irland über 40 Jahre alt (Wells et al., 2000 zitiert nach ebd.). Ein Großteil des Pflegepersonals in Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien und den Niederlanden sind über 45 Jahre alt (z.B. in Belgien 35%, in Österreich 30%) (Simoens et al., 2005 zitiert nach ebd.).

Probleme in der Personalgewinnung und dem Verbleib von Fachkräften in bestimmten Berufsgruppen des Gesundheitswesens (allen voran in der Pflege), Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Psychiatrie) oder in Abhängigkeit zur geographischen Lage (ländlicher Fachkräftemangel, Verteilungseffekte) werden aus allen europäischen Ländern berichtet (Kroezen et al., 2015; Wells, Norman, 2009).

Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise

Nach Buchan et al. (2013) hatte die Wirtschaftskrise in den verschiedenen Ländern und Regionen unterschiedliche Auswirkungen. Allen gemein sind jedoch eine Reduzierung des Bruttoinlandsproduktes und der Staatshaushalte und ein Anstieg der Arbeitslosigkeit (vor allem bei jungen Menschen) (Furceri, Mourouragne, 2009, International Labor Organisation, 2011 zitiert nach Buchan et al., 2013). In vielen Ländern führten die finanziellen Beschränkungen und der hohe Kosteneinsparungsdruck dazu, dass der öffentliche (Gesundheits-)Sektor in den Blick genommen wurde. Mit Folgen für die beschäftigten Pflegekräfte: Gehälter wurden „eingefroren“ oder gekürzt, Rentenansprüche verringert und in einigen Fällen fanden Personalkürzungen statt (European Federation of Nurses, 2012 zitiert nach Buchan et al., 2013).

Im Nachgang der Weltfinanzkrise haben frisch examinierte Pflegekräfte in Ländern wie Griechenland, Irland und Portugal mehr Schwierigkeiten, eine Anstellung zu finden. Die durchschnittliche Arbeitslosenquote in den OECD-Ländern stieg von 5,8% in 2007 auf 8,2% in 2011. Griechenland (Anstieg von 8,4% auf 17,9%) und Irland (Anstieg von 4,1% auf 14,6%) waren stark betroffen. Andere Länder wie Chile, Deutschland und Korea haben die Wirtschaftskrise dagegen gut überstanden und berichteten geringere Anstiege in dieser Zeit. Ein Indikator für die gesamtwirtschaftliche Lage und die allgemeinen Bedingungen am Arbeitsmarkt ist die Finanzierung im Gesundheitswesen (Ausgaben pro Kopf/Jahr): in allen OECD-Ländern wurde bis 2010 und 2011 zunächst ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben verzeichnet. Dann stagnierten die Gesundheitsausgaben (vor allem in Europa) oder sanken gar (speziell in Griechenland und Irland) (Buchan et al., 2013).

Der Einfluss der Weltwirtschaftskrise ist auch beim Thema Migration innerhalb der OECD-Länder spürbar: Migrationsmuster sind ein Symptom für den ökonomischen Wohlstand und verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten am Ende des Migrationsstroms. Emigration werden vor allem von zentral- und osteuropäischen Ländern berichtet sowie unlängst auch von Ländern, die besonders von der Weltwirtschaftskrise betroffen waren wie Griechenland, Portugal, Spanien und Irland (Kroezen et al., 2015). Allgemein ist nach Abklingen der Wirtschaftskrise eine Reduktion der Wanderungsbewegung zu verzeichnen. Bis Anfang des letzten Jahrzehnts bestand beispielsweise ein relativ stabiler gegenseitiger Austausch von Fachkräften in der Pflege zwischen Großbritannien und Australien. Seit 2008/09 ist zwar der Strom von Großbritannien nach

Australien angestiegen. Das Überangebot des heimischen Arbeitsmarktes bei gleichzeitig geringen Anstellungsoptionen veranlasste aber Länder wie Großbritannien und Irland zu einer drastischen Verschärfung ihrer Hürden zur Einwanderung. Nicht-EU-Bürgern ist es somit fast unmöglich, in den entsprechenden Ländern zu arbeiten. Australien rekrutiert nun verstärkt aktiv aus anderen Ländern (ebd.).

Die Migration von Pflegepersonal in einige der traditionellen „Zielländer“ wurde durch die Weltwirtschaftskrise nicht gestoppt. Pflegekräfte reagieren nach wie vor auf sich verschlechternde Umstände, Beschäftigungsmöglichkeiten, Lohneinbußen, Statusverluste und Personalkürzungen, indem sie das Gesundheitssystem entweder verlassen oder auswandern. Sie migrieren in andere Länder oder Regionen, in denen die Auswirkungen der Finanzkrise nicht so spürbar sind. Aber es gibt Veränderungen im Ausmaß, der Richtung und den Mustern der Migrationsströme. Der gegenseitige Einfluss im aktiven internationalen Anwerben bzw. der Rekrutierung hat sich wie oben beschrieben gewandelt (ebd.).

Unzureichende Ausbildung

Laut einem aktuellen OECD-Bericht wurde der bevorstehende Renteneintritt der sogenannten geburtenstarken Jahrgänge in den meisten OECD-Ländern antizipiert, indem die Zahl der Zulassungen zu Krankenpflegeschulen in den vergangenen zehn Jahren erhöht wurde. An dieser Stelle postuliert der OECD-Bericht recht optimistisch, dass der Arbeitsmarkteintritt zahlreicher Nachwuchskräfte ausreicht, um diejenigen Fachkräfte zu ersetzen, die wegen Berentung ausscheiden. Zudem sollen Rentenreformen wie die Anhebung der Lebensarbeitszeit und andere Maßnahmen die Verweildauer von Pflegefachkräften im Beruf verlängern, um zur Stabilisierung bzw. Erhöhung des Arbeitskräfteangebots beizutragen (vgl. OECD, 2016).

Allerdings führt der Ausbau an Ausbildungskapazitäten noch nicht automatisch zu einer Zunahme von Pflegefachpersonal. So sind - obwohl alle EU-Länder junge Menschen dazu ermutigen wollen, in die Pflege zu gehen - insgesamt hohe Abbruchraten (z.B. circa 20% für Irland, über 25% für Großbritannien) und eine zunehmende Anzahl von Absolvent/innen, die nach der Ausbildung nicht in der Pflege arbeiten, zu verzeichnen (Sochalski, 2006 zitiert nach Wells, Norman, 2009). Zudem sind hohe Ausstiegsraten aus dem Pflegeberuf aufgrund von Karriereumorientierung zu beobachten (Kroezen et al., 2015).

Inwieweit Maßnahmen z.B. zur Ausweitung von Ausbildungskapazitäten überhaupt greifen können, hängt davon ab, wie viele junge Erwerbstätige zukünftig potentiell für eine Pflegeausbildung zur Verfügung stehen: derzeit zeichnet sich beispielsweise eine deutliche Abnahme der jungen Erwerbsbevölkerung in Polen und der Slowakei ab. In der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen (in diesem Alter treten in den meisten Ländern Jugendliche in die Pflegebranche ein) ist bis 2025 mit einem Rückgang von circa 40% im Vergleich zu 2005 zu rechnen (Kuhlmann, Larsen, 2013, S. 1068). Anstrengungen im Ausbildungssektor haben eher eine Chance auf Erfolg, wenn ein Zuwachs an Jugendlichen zu erwarten ist wie z.B. in Norwegen.

Vor allem jungen Frauen werden laut Wells und Norman (2009) heutzutage attraktivere Alternativen zur Karrieregestaltung geboten. Und nicht zuletzt erschwert die sinkende

Attraktivität des Pflegeberufes als Karriereoption die Gewinnung und Ausbildung von Nachwuchskräften in Europa. So sanken beispielsweise in der Zeit zwischen 2003 und 2007 die Anmeldungen für eine Pflegeausbildung um 26%, in der gleichen Zeit gingen die Einschreibungen von männlichen Auszubildenden um 48% zurück (Juson, Mullen, 2008 zitiert nach Wells, Norman, 2009).

In vielen Ländern wird die Ausbildung in der Pflege nachfrageorientiert geregelt, d.h. die Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studienplätze wird marktwirtschaftlichen Erfordernissen angepasst. In anderen Ländern werden die Ausbildungskapazitäten staatlich reguliert, mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad. Welche Strategie zu einem adäquaten Zuwachs an Nachwuchskräften führt, die Planung des Fachkräftebedarfs oder ein eher marktwirtschaftlich orientierter Ansatz, ist unklar. Obwohl sich der Pflege-Arbeitsmarkt im Prinzip langfristig selbst reguliert, sind schnelle Reaktionen auf (kurzfristige) Änderungen von Angebot und Nachfrage bei beiden Systemen kaum möglich. Dies ist zum Teil der langen Ausbildungs- bzw. Studiendauer geschuldet und kann zu wechselnden Mustern von Pflegefachkräftemängeln und -überschüssen führen (Simoens et al., 2005). So imponiert beispielsweise der Fachkräftemangel in der Pflege in Finnland als zyklisches Phänomen: In den 1970er, -80er und frühen 1990er Jahren wurde eine Mangelsituation verzeichnet. In den frühen 1990ern wandelte sich die Situation: junge Pflegekräfte fanden keine Anstellung, viele orientierten sich in andere berufliche Bereiche um (Santamäki, 2004 zitiert nach Attree et al., 2011). Aktuell hat sich die Lage wieder hin zu einem deutlichen Mangel entwickelt und wird vom Ministerium für Arbeit und Wirtschaft als dringend und im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als schwierig wahrgenommen (ebd.).

Pflegelehrermangel

Um den zukünftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege zu decken, müssen zum einen wie ausgeführt die Ausbildungskapazitäten erhöht werden. Damit verbunden ist ein erhöhter Bedarf an Lehrkräften. Allerdings zeichnen Publikationen z.B. aus den USA, Australien und China ein alarmierendes Bild: bereits seit einigen Jahren sind auch in diesem Bereich Nachwuchsprobleme zu verzeichnen (McDermid, Peters, Jackson, Daly, 2012; Potempa, Redman, Landstrom, 2009; für China siehe Yun, Anli, 2010). In 2010 mussten Ausbildungseinrichtungen in den USA 67.563 geeignete Bewerber/innen ablehnen – in zwei Dritteln der Fälle, weil nicht genügend Lehrkräfte zu Verfügung standen (Association of Colleges of Nursing, 2011 zitiert nach McDermid et al., 2012). Zudem altert das vorhandene Lehrpersonal: 2001 betrug das durchschnittliche Alter der Lehrkräfte in den USA 51 Jahre (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002 zitiert nach Wells, Norman, 2009). Es bestehen massive Schwierigkeiten, junge Kräfte aus der Pflege für Lehrtätigkeiten an Hochschulen zu gewinnen. Dies wird u.a. mit der für Lehrtätigkeiten geforderten akademischen Qualifikation (Penn et al., 2008; Yordy, 2006; Institute for Medicine, 2010; Health Resources and Services Administration, 2010 zitiert nach ebd.) und der derzeitigen Gehaltspraxis (die Bezahlung in den Fakultäten ist nicht vergleichbar mit anderen Bereichen, in die entsprechend qualifizierte Pflegekräfte einmünden können wie Administration, Verwaltung, Klinik und Forschung [Allen, Aldeborn, 2008; DeYoung et al., 2002; Hinshaw, 2001 zitiert

nach ebd.]) begründet. Auch die hohen Rollenanforderungen des akademischen Umfeldes an Lehrende (Forschung leiten, publizieren, Forschungsgelder beantragen, Veröffentlichungen auf Konferenzen präsentieren, erfolgreich lehren etc.). werden genannt. Studienergebnisse zeigen, dass der Rollenwechsel beim Eintritt in die Hochschullandschaft mit ähnlichen Problemen behaftet ist, wie der Übergang von Pflegeauszubildenden/ Studierenden in das klinische Umfeld. Diese Problemlage findet jedoch weniger Beachtung (McDermid et al., 2012). Insgesamt bleibt zu konstatieren, dass sich die meisten promovierten Pflegekräfte in den USA dazu entschließen, sich nicht in der Lehre, sondern beispielsweise eher in der Forschung zu betätigen (DeYoung et al., 2002; Brendtro, Hegge, 2000 zitiert nach Wells, Norman, 2009).

Der Mangel an Lehrer/innen wirkt sich jedoch nicht nur auf die nächste Generation von Pflegefachkräften aus (Potempa et al., 2009), er trägt auch zu einem allgemeinen Fachkräftemangel in der Pflege bei (Rich, Nugent, 2009; Berlin, Sechrist, 2002; Hinshaw, 2001 zitiert nach McDermid et al., 2012) und beeinflusst möglicherweise direkt die Qualität der Patientenversorgung. Außerdem hat er Auswirkungen auf die Pflegeforschung und limitiert den Einfluss, den diese auf die lokale, nationale und internationale Gesundheitspolitik hat (Hinshaw, 2001 zitiert nach ebd.). Die Situation in Europa ist ähnlich: Lehrtätigkeiten werden als nicht attraktiv wahrgenommen, es herrscht Wettbewerb um und eine Abwanderung des verfügbaren Personals. Ein Mapping der verfügbaren Lehrkörper wäre nötig (Alter, Fluktuation, Arbeitsbedingungen), um gezielt Lehrkapazitäten ausbauen und so eine ausreichende Zahl an Pflegefachkräften ausbilden zu können (Wells, Norman, 2009).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gründe, die im europäischen bzw. internationalen Kontext einen Fachkräftemangel in der Pflege konstituieren, den Problemlagen in Deutschland ähneln. Es gibt eine zunehmende Wahrnehmung für die Notwendigkeit von effektiven Strategien zur Gewinnung und dem Verbleib von Pflegekräften in Europa (Kroezen et al., 2015). Dies verdeutlicht einen grundsätzlichen Umstand, wenn das Thema Fachkräftemangel in der Pflege im europäischen bzw. internationalen Vergleich betrachtet wird: jedes Land hat eine eigene Tradition im Hinblick auf sein Gesundheitssystem und die Pflege. Nichtsdestotrotz haben die meisten Länder Probleme bei dem angemessenen Einsatz der Beschäftigten. Um die zukünftigen Anforderungen der Gesundheitssysteme zu antizipieren bzw. den zukünftigen Personalbedarf planen zu können, werden deshalb valide und reliable Daten auf nationaler Ebene benötigt.

Personalmangel im europäischen Gesundheitswesen

Der Abgleich und die Prognose von Bedarf, Nachfrage und Angebot beim Personal im Gesundheitswesen ist in jeder Hinsicht eine komplexe Angelegenheit. Dies stellt die Länder vor große Herausforderungen, denn obwohl

„alle darin übereinstimmen, dass es ideal für ein Land ist, im Gesundheitswesen die richtige Anzahl an Beschäftigten mit den richtigen Fähigkeiten am richtigen Platz mit der richtigen Einstellung und dem richtigen Engagement zu haben, die die richtige Arbeit effektiv und effizient zu den richtigen

Kosten und mit der richtigen Produktivität (...) erledigen, so sind die Strategien zur Definition dessen, was auf dem Weg zu dieser Idealvorstellung notwendig ist, nicht so klar“ (Dussault et al., 2010, S. 19).

Voraussetzungen

Eine Pflegepersonalplanung auf der Ebene eines Gesundheitssystems ist in konzeptueller und methodischer Hinsicht voraussetzungsreich. Es werden korrekte und vollständige Daten, geeignete Methoden und Instrumente benötigt, um evidenzbasierte Entscheidungen zur Beobachtung und Planung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen zu treffen (Batenburg, 2015). Derzeit bestehen zwischen den Ländern große Unterschiede in Bezug auf Methoden, Zwecke, Ansätze und Zeitrahmen der Personalplanung. Unterschiede bestehen auch zwischen den an diesen Prozessen beteiligten Berufen und Sektoren. Selbst bei den Definitionen und Tätigkeitsbereichen der einzelnen Berufe, bei Arbeitsplatzbeschreibungen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Ausbildung und Arbeitsumfeld in den einzelnen Ländern gibt es Unterschiede, die einen Vergleich erschweren (WHO, 2015; WHO, 2013; Buchan et al., 2013; Dussault et al., 2010).⁶ Da es einerseits keine allgemeingültige, standardisierte Definition des „Fachkräftemangels“ gibt und andererseits Messgrößen oder Methoden fehlen, um den Mangel zu ermitteln, gestaltet sich eine prospektive Planung als schwierig (Attree et al., 2011). Hinzu kommt die Schwierigkeit, zukünftige Versorgungsbedarfe und damit einhergehend Aufgabengebiete von Pflegefachkräften zu antizipieren. Simoens et al. postulieren, dass die Fachkräfteplanung selbst auch für die Verursachung von Mängeln verantwortlich gemacht werden kann: Sie findet nur intermittierend statt, es mangelt an aktuellen und akkuraten Daten und die angewandten Prognosemethoden führen zu ungenauen Vorhersagen zukünftiger Angebote und Nachfragen (Simoens et al., 2005). Dabei stellt die Verfügbarkeit belastbarer Arbeitsmarktdaten über den zukünftigen Kompetenzbedarf ein entscheidendes Element der Planung des Arbeitskräftebedarfes dar. Und sie dient dazu, Anpassungen in der Qualifikation an einen sich verändernden Gesundheitsbedarf vornehmen zu können: Ein umfassender Ansatz, der auch mögliche Substitutionen zwischen den unterschiedlichen Arbeitskräftekategorien berücksichtigt, würde vermeiden, dass zu viele Arbeitskräfte in einer Kategorie ausgebildet werden, deren Aufgaben sinnvollerweise durch andere Beschäftigte erledigt werden könnten (WHO, 2015). Nicht zuletzt unterstützt eine solche Vorgehensweise auch die Entscheidungsfindung der potenziellen Studierenden und Auszubildenden (OECD, 2016). Die Personalplanung sollte von traditionellen monodisziplinären Modellen zu einer berufsübergreifenden integrierten Personalplanung übergehen und sicherstellen, dass alle maßgeblichen Gesundheitsberufe (einschließlich Pflegefachpersonen) beteiligt sind (WHO, 2015). Zudem sollte die Planung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen als prozesshaftes Geschehen betrachtet werden. Hochrechnungen sollten

6 So reicht die Definition von „Nurse“ (dt.: Pfleger/in) von einer Fachkraft mit hochschulischem Masterabschluss, die selbstständig arbeitet, Diagnosen stellt und verordnen darf, bis hin zu einer Pflegekraft, die eine berufliche Ausbildung gemacht hat und unter Aufsicht einer Ärztin/eines Arztes arbeitet.

regelmäßig wiederholt werden und nicht zu große Zeiträume in den Blick nehmen: Ein Literaturreview weist darauf hin, dass über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren hinaus keine verlässlichen Prognosen hinsichtlich der Personalbedarfsplanung im Gesundheitswesen möglich sind (Department of Health and Children, Ireland, 2002 zitiert nach Simoens et al., 2005). Ein alternativer Planungshorizont wäre die Ausbildungsdauer der am besten qualifizierten Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens (ca. 10 Jahre) (Dussault et al., 2010).⁷

Um effektiv zu sein, muss eine Bedarfsanalyse für Pflegefachkräfte technisch korrekt sein und gemäß Dussault et al. (2010) folgende grundlegende Prämissen beachten:

- Erstens sollte der Bedarf im Dienstleistungs- und Gesundheitsbereich⁸ dem sich daraus ergebenden Bedarf an Ressourcen übergeordnet sein.
- Zweitens hängt der zukünftige Bedarf davon ab, was von einem „funktionierenden Fachkräftebestand“ im Hinblick auf Aspekte wie Dienstleistungs- und Bevölkerungsabdeckung, Produktivität und Qualität der Leistung erwartet wird.
- Drittens ist ein solides Verständnis dafür, welche Faktoren den Eintritt in und das Verlassen des Arbeitsmarkts im Gesundheitsbereich beeinflussen, Grundvoraussetzung für eine exakte Bedarfsprognose. Denn bei der Einschätzung des zukünftigen Bedarfs geht es nicht nur um die Hochrechnung von Zahlen. Politische Entscheidungsträger müssen sich auch mit den Problemen der Rekrutierung, der Ausbildung, der Verteilung, des Verbleibs, der Motivierung und der Verwaltung des Personals im Gesundheitswesen befassen, was ebenfalls bedeutet, besser über die Erwartungen und das Verhalten der im Gesundheitswesen Beschäftigten informiert zu sein (Dussault, Buchan, Sermeus und Padaiga, 2010).

Im Laufe der Jahre haben internationale Organisationen sowie einzelne Länder verschiedene Modelle, Ansätze und Werkzeuge zur Personalbedarfsplanung vorgeschlagen und erprobt. Jede Analyse der Personalsituation zur Bestimmung des zukünftigen Mitarbeiterbedarfs basiert üblicherweise auf Variablen wie dem erwarteten Bevölkerungswachstum, technologischen und sozialen Veränderungen, dem Skillmix, der individuellen Leistung und der Gesundheitspolitik. Zu den Ansätzen gehört das zahlenmäßige Verhältnis von Fachkräften im Gesundheitswesen zur Einwohnerzahl, der Auslastungs- und Nachfrage- Ansatz, der Leistungsziel-Ansatz und der Bedarf an Gesundheit und Dienstleistungen-Ansatz (für eine ausführlichere Beschreibung nebst Darstellung der Stärken und Schwächen des jeweiligen Ansatzes (s. ebd.). Je besser die Informationsgrundlagen und die technischen Möglichkeiten zu deren Nutzung sind, desto besser gelingt die Diagnose und Wahl von Maßnahmen. Es wäre sinnvoll, jährlich natio-

⁷ Eine Darstellung zu beachtender Faktoren bei der Prognose des Fachkräftebedarfs bzw. Erkenntnisse für politische Entscheidungsträger befindet sich im Anhang 1 Bericht II.

⁸ Im Sinne von übergeordneten Leistungszielen nationaler Gesundheitspolitiken wie Gleichheit des Zugangs, Effektivität, Effizienz, Reaktionsfähigkeit und finanzielle Absicherung.

nale, regionale, organisationale und auf die einzelnen Einheiten (z.B. Stationen, Wohnbereiche) bezogene Planungen des Pflegepersonals durchzuführen, um Trends zu entdecken und effektive Prognosen und Pläne erstellen zu können (Attree et al., 2011).

Pflegepolitische Repräsentanz und Einflussnahme

Wie stark Pflegekräfte selbst Einfluss auf Personalplanungsstrategien und damit einhergehend auf Maßnahmen zur Gewinnung und den Verbleib von Fachkräften haben, hängt zum einen von ihrer politischen Repräsentanz im jeweiligen Land ab. Zum anderen scheint es eine Rolle zu spielen, ob die Personalplanung zentral oder dezentral geregelt ist bzw. ob Strategien auf nationaler, regionaler oder gar organisationaler Ebene angelegt sind.

In Dänemark beispielsweise gibt es eine intensive Diskussion zwischen der Regierung und dem Danish Nursing Council (DSR) über das Pflegefachkräfteangebot und die entsprechende Nachfrage. Die Regierung argumentiert, dass es ausreichend Pflegekräfte (registered nurses) gibt. Das DSR argumentiert mit der steigenden Arbeitsbelastung (Übernahme von ärztlichen, administrativen, Reinigungs- und Küchenarbeiten) und der steigenden Anzahl an Berufsaussteiger/innen. Pflegepersonalplanung spielt sich in Dänemark auf der regionalen und organisationalen Ebene ab. Es existieren keine nationalen Strategien, um Studierenden- oder Auszubildendenzahlen zu steigern. Da der Fachkräftemangel von der politischen Seite nicht als Problem angesehen wird, stimmt diese einer Mindest-Fachkraftquote nicht zu (Attree et al., 2011).

In Finnland wird das Problem vom Ministerium für Arbeit und Wirtschaft als dringend und im Vergleich zu anderen Berufen als schwierig wahrgenommen. So wurden regierungsseitig einige Projekte initiiert und durchgeführt; allerdings waren diese zeitlich eher begrenzt und hatten nur sehr geringe Effekte auf die tägliche Arbeit (vgl. ebd.).

In Irland zeichnete sich bereits in den späten 1990ern ein ernstzunehmender Fachkräftemangel in der Pflege und (anders als in anderen EU-Ländern) bei den Hebammen ab. Dies führte zu großen Unruhen und dem ersten Pflegekräftestreik im Jahre 1999. In der Folge nahmen zunächst Rekrutierungen aus dem Ausland stark zu, um den Bedarf zu decken (Buchan, Sochalski, 2004 zitiert nach Attree et al., 2011). Trotzdem gab es zwischen 2002 und 2007 einen Beschäftigungseinbruch im öffentlichen Sektor, da wegen Budgeteinschnitten ein vorübergehendes Embargo verhängt wurde. Nachdem die Regierung den nationalen Plan „Quality and Fairness: A Health System for You“ initiierte und eine Studie veröffentlicht wurde, in der die weitere Bereitstellung von Pflegefachkräften und Hebammen empfohlen wurde, wurde eine Datenbank zu besseren Planung der Fachkräfte im Gesundheitswesen eingerichtet. Die Personalplanung wird nun in acht sogenannten Nursing and Midwifery Practice Development Units und auf der Einrichtungsebene von den pflegerischen Leitungen durchgeführt (Attree et al., 2011).

Kroezen et al. (2015) fanden heraus, dass viele Strategien originär von der Regierungsebene herrühren. Dabei reagieren Regierungen oft auf akademische oder politische

Handlungsanstöße oder werden von Berufsverbänden oder anderen Interessensgruppen unter Druck gesetzt und zum Handeln bewegt. Während oftmals nationale und regionale Strategien die Interventionen auf der organisatorischen Ebene formen, wurde auch der umgekehrte Einfluss gefunden: in Frankreich zog ein Pilotprojekt zum Thema Advanced Nursing Practice (ANP) Änderungen auf der gesetzlichen Ebene nach sich (Regelungen zur Formalisierung von Aufgabenübernahmen).

Die ausgewählten Beispiele verdeutlichen u.a., dass politische Unterstützung benötigt wird, um auf der organisationalen Ebene Veränderungsprozesse anzustoßen und erfolgreich Maßnahmen zur Fachkräftesicherung umzusetzen. Der Austausch von effektiven Strategien und die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene kann den politischen Prozess unterstützen.

Zusammenarbeit, Kooperation und Steuerung der Pflegepersonalplanung auf europäischer Ebene

Dussault et al. (2010) konstatieren, dass es im Hinblick auf die Personalplanung im Gesundheitswesen in keinem Land der Welt eine Vorgehensweise gibt, die als „Best Practice“ bezeichnet werden könnte. Der (in 2012 angepasste) „European Commission’s Action Plan for the EU Health Workforce“ identifizierte Personalgewinnung und -bindung im Gesundheitswesen als ein Schlüsselement in der europäischen Zusammenarbeit. Der Austausch von effektiven Strategien wurde als eine der wichtigsten Maßnahmen benannt. Bisher ist es jedoch nicht ausreichend klar, inwiefern europäische Länder mit vergleichbaren Herausforderungen zu kämpfen haben, ob sie ähnliche Strategien anwenden, welche Effekte diese haben und welche fördernden und hemmenden Faktoren bei erfolgreichen Strategien eine Rolle spielen (Kroezen et al., 2015).

Wissen fehlt auch darüber, welche spezifischen Faktoren auf der politischen und organisationalen Ebene die Gewinnung und den Verbleib von Pflegefachkräften beeinflussen. Politische Entscheidungen haben einen großen Einfluss auf die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen: Ist ein Land ein Abwanderungs- oder ein Zuwanderungsland? Gibt es geographische Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung? Sind Mängel in spezifischen Bereichen zu verzeichnen? Was ist das zugrundeliegende Problem – z.B. ungenügend Nachwuchs vs. mangelnde finanzielle Ressourcen, um mehr Personal einzustellen? Über die Zusammenhänge zwischen den politischen und organisationalen Ebenen im Hinblick auf Fachkräftegewinnung und den -verbleib ist wenig bekannt. Umso mehr würden die europäischen Länder von einem Austausch von Daten, Erkenntnissen und erfolgreichen Praktiken profitieren. Eine (wissenschaftliche) Zusammenarbeit würde dazu beitragen, Wissen, Strategien und Kapazitäten zu entwickeln, zu bündeln und zu verbreiten (Uhrenfeldt, Lakanmaa, Flinkman, Basto, Attree, 2014).

Einige internationale Kooperationen in der professions-, disziplin- und nationenübergreifenden Forschung wurden bereits eingerichtet (z.B. von der WHO, vom International Council of Nurses [ICN] und vom Sigma Theta Tau International). 2007 wurde die internationale Forschergruppe der European Academy of Nursing Science gegründet,

die sich auch mit relevanten Themen für Pflegefachkräfte auseinandersetzt. Die Mitglieder stammen aus Dänemark, England, Finnland, Irland und Portugal. Für die meisten war es die erste Erfahrung mit internationaler Zusammenarbeit. Die Kollaboration wurde nicht formal vertraglich geregelt, es gab keine (Fremd-) Finanzierung. In einem Literaturreview und einer SWOT-Analyse (Stärken und Schwächen auf Mikro-, Meso- und Makroebene) wurden von der Forschergruppe um Uhrenfeldt fördernde und hemmende Faktoren für wissenschaftliche Kollaborationen identifiziert. Demnach unterstützen persönliche Attribute wie gemeinsame Ziele, persönliche Verantwortungsübernahme und Engagement, Teamarbeit und Networking (inklusive unterstützender Strukturen) die Zusammenarbeit. Hemmend wirken sich Aspekte wie (mangelnde) Finanzierung der Forschungsarbeit und -zeit, eine hohe Arbeitsbelastung sowie mangelnde Unterstützung und Führung aus (Uhrenfeldt et al., 2014). Diese Faktoren gilt es vorab zu antizipieren, wenn Kooperationen geschlossen werden, um dem Fachkräftemangel in der Pflege europaweit zu begegnen.

Dass es Vorteile hätte, wenn sich Länder mit ähnlichen Voraussetzungen für eine gelingende Pflegepersonalplanung zusammenschließen würden, konnte Batenburg (2015) aufzeigen. In Europa wurde mit dem „Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting“ (Ziele: Zusammenarbeit und Austausch von Strategien) bereits seit 2014 erreicht, dass das Thema Personalplanung im Gesundheitssektor als wichtig anerkannt wird und ein spezifisches Investment benötigt. Dabei stellte sich die Frage, ob und wie ein allgemeingültiger „Goldstandard“ erarbeitet werden sollte, oder ob Empfehlungen eher einen Leitliniencharakter aufweisen sollten, damit jedes Land eigene Anpassungen vornehmen kann. Dazu war zunächst ein Verständnis von fördernden und hemmenden Faktoren im Hinblick auf die Personalplanung im Gesundheitssektor vonnöten. Es wurden Daten gesammelt und Dimensionen erarbeitet, um die EU-Länder im Hinblick auf ihre Dateninfrastruktur und die Institutionalisierung ihrer Personalplanung zu kategorisieren⁹. Die Ergebnisse zeigten, dass Finnland und Norwegen die besten Werte für eine Personalplanung erreichten. Die Länder mit den niedrigsten Werten waren Luxemburg, Polen, Zypern und die Slowakische Republik. Dabei unterschieden sich die Länder eher hinsichtlich der eingesetzten modellbasierten Personalplanungsstrategien bzw. -instrumente als in ihrer Dateninfrastruktur. Der Grad der Institutionalisierung lässt überdies keine Rückschlüsse auf die erreichte Stufe der Planungsstrategien zu: die Niederlande, Litauen und Großbritannien erzielten hohe Werte für modellbasierte Personalplanungsstrategien, jedoch niedrige Werte im Bereich Institutionalisierung. Für Bulgarien, Rumänien, die Tschechische Republik, Lichtenstein und Lettland galt genau das Gegenteil.

9 1. Dimension: verfügbare Dateninfrastruktur (Anzahl der Institutionen, die Daten sammeln und zur Verfügung stellen; Wie viele Gesundheitsberufe werden erfasst? Wie umfangreich werden die Determinanten wie Alter, Geschlecht, aktive Arbeiter, Spezialisierung, zu- und Abgänge etc. erfasst?); 2. Dimension: Welche Institutionen sind an der Personalplanung im Gesundheitswesen beteiligt (nationale, regionale oder geteilte Strategien? Hat die führende Personalplanungsinstitution beratende oder anweisende Funktion?); 3. Dimension: Welche Personalplanungs-Formen wurden bereits implementiert? Den Dimensionen wurden Punktwerte zugewiesen, um die Länder miteinander zu vergleichen.

Wie viele Menschen im Gesundheitswesen angestellt sind und welcher Anteil des Bruttoinlandsproduktes für den Gesundheitssektor aufgewandt wird, hat ebenso einen Einfluss auf die Personalplanung wie die Art des Gesundheitssystems an sich (über Steuern finanzierter nationaler Gesundheitsdienst (NHS) vs. Sozialsicherungssystem). Länder mit einem NHS-System und einer gut etablierten Grundversorgung wie Dänemark, Finnland, Großbritannien und Spanien erreichten gute Werte im Bereich Personalplanung. Länder mit privatem oder privat-sozial gemischtem Gesundheitssystem erreichten die niedrigsten Werte; Länder mit sozialem Sicherungssystem lagen dazwischen.

Die Einführung von (Pflege-)Personalplanungsmodellen und der dafür erforderlichen Datenbasis ist ein Gebiet, auf dem die EU-Länder den größten Nachholbedarf haben. Um am meisten voneinander zu lernen, wäre es sinnvoll, Länder mit ähnlichen Ausgangslagen zu bündeln und Cluster zu bilden. So ist die Differenz zwischen der Ausgangslage und der besten Praxis nicht zu groß. Deutschland liegt im gleichen Cluster wie Ungarn, die Slowakische Republik, Belgien, Island, Luxemburg und Frankreich (Batenburg, 2015).

Allerdings geht es bei der Einschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegefachkräften nicht nur um eine Hochrechnung von Zahlen. Dussault et al. (2010) formulierten es treffend: „Dem Bedarf Rechnung zu tragen bedeutet mehr, als das Produzieren von mehr Beschäftigten“ (ebd., S.5). Politische Entscheidungsträger müssen sich auch mit den Problemen der Rekrutierung, der Ausbildung, der Verteilung, des Verbleibs, der Motivierung und der Verwaltung des Personals im Gesundheitswesen befassen. Und es geht darum, wie das Gesundheitssystem in der Lage ist, das Pflegepersonal derart zu befähigen, dass sie ihre Fähigkeiten effektiv nutzen können.

(Evidenzbasierte) Strategien im Umgang mit dem Fachkräftemangel

Trotz vielfacher Untersuchungen ist zu konstatieren, dass für die Fragestellung, welche Strategien im Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege innerhalb Europas als effektiv angesehen werden können, wenig belastbare Evidenz vorliegt (Kroezen et al., 2015; Currie, Hill, 2012; Attree et al., 2011). Kroezen et al. (2015) stellten in einem Literaturreview fest, dass ein Großteil der 64 betrachteten Veröffentlichungen über Strategien zur Rekrutierung und den Verbleib von Pflegefachkräften in Europa methodische Mängel aufweisen (ebd.), da es nicht einfach ist, Effekte zu belegen: Evaluation und Monitoring sind schwierig, kausale Zusammenhänge zwischen Intervention und Outcome sind schwer herzustellen. In den acht Fallstudien, die im Anschluss an das Literaturreview durchgeführt wurden, zeigte sich ebenfalls, dass kausale Zusammenhänge nur schwer konstruiert und belegt werden können. Es gibt viele Störfaktoren, hinzukommen noch Zeitmangel und/ oder die fehlende Finanzierung einer Evaluation und oftmals eine geringe Datenqualität. Zum Teil sind die Interventionen noch zu neu, um schon Schlussfolgerungen über ihre Effekte zu ziehen (ebd.).

Positive Einflussfaktoren

Trotz begrenzter Evidenz gibt es Hinweise für Einflussfaktoren auf die Effektivität und Wirkung von Fachkräftesicherungsstrategien. Zum einen hängt der Erfolg von Fachkräftesicherungsstrategien von den ökonomischen, rechtlichen, politischen und/oder organisationalen Kontextfaktoren ab, in denen sie stattfinden. So zeigt sich beispielsweise, dass Strategien, die auf den Bereich ANP oder multidisziplinäres Arbeiten abheben, oft mit politischen und rechtlichen Beschränkungen oder sogar mit kulturellen Barrieren konfrontiert werden. Dies zeigte sich z.B. bei der Einführung von sogenannten „nurse specialists“ (Master of Advanced Nursing Practice) in den Niederlanden: die politischen Entscheidungsträger mussten erst überzeugt, tradierte Rollenbilder (was „gehört“ sich für einen Arzt, was für eine Pflegekraft) überwunden werden. Rechtliche oder kulturelle Aspekte verhindern aber im Allgemeinen nicht die Einführung solcher Interventionen, sie verzögern sie eher oder es müssen Anpassungen erfolgen (Kroezen et al., 2015).

Der Einfluss von Kontextfaktoren zeigt sich auch, wenn eine Strategie eins zu eins übernommen werden soll: die schwedische Organisation Grannvård Sverige sollte als Vorlage für die holländische Organisation Buurtzorg dienen und so genau wie möglich übernommen werden. Allerdings haben schwedische Gemeinden andere Voraussetzungen (z.B. IT-Systeme für autonome Arbeit), weshalb das Vorhaben nicht umsetzbar war. Es muss also stets geprüft werden, inwiefern Strategien, die außerhalb eines Landes erfolgreich eingesetzt wurden auf die jeweils vor Ort zu findenden Verhältnisse übertragbar sind (ebd.).

Maßnahmenpakete sind effektiver als einzelne Maßnahmen (Grol, Eccles, Wensing, 2005 zitiert nach Kroezen et al., 2015). Beispiel Tschechische Republik: durch die Kombination von Gehaltssteigerung und Unterstützung nach der Rückkehr aus der Elternzeit sank der Pflegekräftemangel von 1090 Personen in 2008 auf 570 Pflegekräfte in 2009. In Österreich konnte die „Pflegeoffensive Salzburg“ durch Bündelung von Maßnahmen bei der Personalgewinnung und dem -verbleib inklusive Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegeimages, der Ausbildung und im Skill- und Grademix anhaltende positive Effekte verzeichnen (Kroezen et al., 2015).

Zudem profitieren Strategien, die von der politischen Ebene befürwortet werden, eher von einer starken Unterstützung durch relevante Stakeholder. Ist die Fachkräftesicherungsstrategie als Regierungsstrategie angelegt, kann mehr bewegt werden. Auf der organisationalen Ebene spiegelt sich diese Abhängigkeit von dem Engagement und der Unterstützung durch die Führungsebene wider (ebd.).

Handlungsfelder für Strategien der Fachkräftesicherung

Kroezen et al. (2015) identifizierten insgesamt 34 Strategien, die in Anlehnung an die WHO-Richtlinien¹⁰ den vier Kategorien

10 WHO (2010): Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf [zuletzt geprüft: 07.09.2016]

- Ausbildung,
- Regulation,
- finanzielle Anreize sowie
- professionelle und persönliche Unterstützung

zugewiesen wurden (eine fünfte Kategorie [Gemischtes/ andere] wurde hinzugefügt). Dabei zeigte sich zunächst, dass professionelle und persönliche Unterstützung (z.B. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie) und Interventionen bezüglich der Ausbildung (meist Kapazitätsausweitung, aber auch Ausbildung in speziellen Bereichen [ländliche Gebiete, Spezialisierungen], Kurse zum Wiedereinstieg) die häufigsten gefundenen Strategien für Gesundheitsfachkräfte darstellen. Es finden sich aber auch finanzielle Interventionen (Änderungen in der nationalen Finanzierungsstruktur im Gesundheitssystem, Lohnanhebungen, und Anreize für Studentinnen und Studenten/ Fachkräfte in unterversorgten Gebieten). Staatliche Eingriffe (z.B. Gesetzesänderungen) werden seltener eingesetzt und zielen eher auf die veränderte Rolle von Pflegefachkräften und die Übernahme von ärztlichen Aufgaben ab. Zudem setzen diese eine langfristige politische Stabilität voraus. Wie die Analyse der Studien zeigte, findet sich eine breite Varianz, wie die Maßnahmen umgesetzt wurden: teilweise wurden eher Richtlinien oder Informationen über die Programme entwickelt. Die wenigsten konzipierten und implementierten eine richtige Strategie (ebd.).

Dussault et al. (2010) fanden heraus, dass, wenn es einen politischen Schwerpunkt in den EU-Ländern gibt, dieser typischerweise auf der Festlegung von Ausbildungszahlen und den damit verbundenen Kosten liegt. Die Entwicklung einer umfassenden Strategie, die auch auf Fragen von Vergütung, Arbeitsbedingungen, Personalbeschaffung und dem Verbleib in Beruf abhebt, wird weniger in den Blick genommen. Das könnte unter anderem daran liegen, dass es in den meisten Ländern keine explizite personelle Zuständigkeit für die Umsetzung von Fachkräftesicherungsstrategien in der Pflege auf der Ebene des Gesundheitssystems gibt.

Ein ähnliches Bild bot sich Attree et al. (2011): deren Analyse zeigte, dass zwar alle untersuchten Länder¹¹ Personalsicherungsstrategien entwickelten. Aber nicht alle hatten diese formalisiert. Als Schlüsselthemen wurden die Steigerung in der Personalgewinnung und dem -verbleib sowie die Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsbedingungen identifiziert. Vor allem einkommensstarke Länder wie Österreich, Norwegen und Großbritannien konzentrieren sich auf spezielle bereits bestehende oder prognostizierte Mangelsituationen in bestimmten Spezialisierungsbereichen des Gesundheitssystems. So wurde z.B. in Dänemark eine Kampagne durchgeführt, um Teilnehmer/innen für Weiterbildungen in den Bereichen Pflege, Radiographie und Labortechnik zu akquirieren (Kroezen et al., 2015).

Weitere Handlungsfelder stellen laut aktuellem OECD-Bericht die Weiterentwicklung der Pflegeberufe und das Thema Migration dar (OECD, 2016). Ergänzend dazu werden in den „Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020“ der WHO neben der Intensivierung und

11 Dänemark, Finnland, Irland, Portugal und Großbritannien

Veränderung der Ausbildung folgende Handlungsfelder benannt: Personalplanung und Optimierung des Skillmixes, Sicherstellung positiver Arbeitsumfelder sowie Förderung evidenzbasierter Praxis und Innovation (WHO, 2015).

Da der vorliegende Bericht auf die Handlungsfelder der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“ (FQI, MSAGD, 2013) Bezug nehmen soll, werden nachfolgend die Rechercheergebnisse zu effektiven, evidenzbasierten Strategien den entsprechenden Handlungsfeldern zugeordnet:

- Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen
- Handlungsfeld VII: Weiterentwicklung der Pflegeberufe
- Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung und
- Handlungsfeld XI: Chancen der Freizügigkeit nutzen

An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich in der recherchierten Literatur keine Schwerpunktsetzung zu den anderen Handlungsfeldern der FQI fand. Nicht zuletzt aufgrund zeitlicher Begrenzungen für den vorliegenden Zwischenbericht war eine gezielte Suche beispielsweise zu effektiven Strategien im Handlungsfeld V (Wiedereinstiegsqualifizierung für die Stille Reserve), zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Handlungsfeld VIII) oder zu den Möglichkeiten der Vor- oder Nachqualifikation in der Pflege nicht möglich. Evidenzbasierte Strategien aus diesen Themenfeldern zu identifizieren, könnte Gegenstand eines weiteren Projektes sein.

Handlungsfeld I: Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen

FAZIT Internationale Rechercheergebnisse Handlungsfeld I

Neben der Ausweitung von Ausbildungskapazitäten gilt es vor allem, die Ausbildung selbst aktuellen Erfordernissen im Hinblick auf zu vermittelnde Kompetenzen und an die sich wandelnden Anforderungsprofile von Pflegefachkräften anzupassen.

Dazu zählen u.a.

- die Anpassung der Curricula hin zur Kompetenzorientierung,
- die Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen durch eine veränderte Rekrutierungs- und Zulassungspraxis und
- die Implementierung individueller, zielgruppenspezifischer (Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund) akademischer Unterstützungsstrategien wie Orientierungs- und Retentionsprogrammen sowohl für Lernende als auch
- Unterstützungsprogramme für Lehrende.

Dabei sind Einzelmaßnahmen weniger erfolgreich als eine Kombination von Strategien. Eine curriculare Verankerung von Unterstützungsstrategien erhöht deren Akzeptanz und Wirksamkeit.

Nahezu alle OECD-Länder haben seit dem Jahr 2000 die Ausbildungskapazitäten erhöht und zudem die Akademisierung in der Pflege vorangetrieben (OECD, 2016; Attree et al., 2011; Yun, Anli, 2010; Wells, Norman, 2009). Nur auf die Zahlen zu schauen, greift jedoch zu kurz: beim Thema Ausbildung findet sich eine vielschichtige Gemengelage. Es geht darum, geeignete Kandidatinnen und Kandidaten für die Ausbildung/das Studium zu gewinnen und sie auf eine immer komplexer werdende Praxis vorzubereiten (Mooring, 2016). Dazu gehört auch die Klärung der Frage, welche Kompetenzen sie mitbringen und welche sie erlernen müssen (Kukkonen, Suhonen, Salmiinen, 2016; Salminen, Stolt, Saarikoski, Suikkala, Vaartio, Leino-Kilpi, 2009). Laut den „Strategischen Richtlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020“ ist es

„von größter Bedeutung, dass Patientensicherheit, Versorgungsqualität und die Fähigkeit zur Anwendung evidenzbasierter klinischer Praxis im Mittelpunkt der Berufsausbildung im Pflege- und Hebammenwesen steht“ (WHO, 2015, S.13f.).

Dazu bedarf es einer kontinuierlichen Unterstützung und Begleitung sowohl der Auszubildenden/ Studierenden (Kukkonen et al., 2016; Nardi, Gyurko, 2013; Pitt, Powis, Levett-Jones, Hunter, 2012; Salminen et al., 2009), als auch der Lehrenden selbst (Nardi, Gyurko, 2013; McDermid, Peters, Jackson, Daly, 2012).

Ein Literaturreview von Salminen et al. (2009) zeigte, dass 90% der Forschung über Pflegeausbildung aus Nordamerika und Europa stammt (eher quantitative Erhebungen mit kleinen Stichproben von 50-99 Teilnehmer/innen). Es gibt nur wenige Vergleichsstudien – der Großteil der Forschungen ist auf das eigene Land bezogen. Dabei ergab die Analyse der betrachteten Curricula, dass Ausbildungsinhalte im internationalen Vergleich stark differieren. Nichtsdestotrotz gelang die Erarbeitung von verallgemeinerbaren Kategorien zu den Kompetenzen, die Pflegekräfte in der Ausbildung erwerben sollten. Diese wurden als Lernoutcomes (im Vergleich zu generell zu erwerbenden Kompetenzen) definiert (ebd.). Nardi und Gyurko (2013) analysierten 62 Publikationen mit insgesamt 182 Empfehlungen von internationalen Pflegeorganisationen: insgesamt 28,3% der ausgesprochenen Empfehlungen fordern einen Paradigmenwechsel in der Ausbildung: die Ausbildung muss sich den veränderten Wirklichkeiten und Erfordernissen der modernen Welt anpassen. Derzeit finden sich jedoch vorwiegend noch traditionelle Muster aus dem 19. und 20. Jahrhundert (ebd.). Curricula für Ausbildungen in der Pflege sollten jedoch Absolvent/innen zum Ziel haben, die den Bedarf verschiedenster Patientengruppen und sich verändernder Gesundheitsdienste decken können (WHO, 2015; Careum Stiftung, 2011).

Kompetenzorientierte Curricula entwickeln

Dazu werden neue Curricula benötigt, um der Komplexität und den verschiedenen zukünftigen Bedarfen gerecht zu werden. Sie sollten spezifischer im Hinblick auf Lerninhalte, Lernstrategien und -outcomes ausgerichtet sein und zu erwerbende Kompetenzen abbilden. Dies bedingt die Integration von theoretischen Studien, klinischem Training in Praxiseinrichtungen und wissenschaftlichen Fähigkeiten. Zudem sollte die Qualität der Pflegeausbildung lokal (auf Einrichtungsebene), national und international (in

Netzwerken) evaluiert werden (Salminen et al., 2009). Gesundheitsfachkräfte in allen Ländern sollen aufgrund ihrer Ausbildung dazu in der Lage sein,

„vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln, um im Rahmen lokal verantwortlicher und global verbundener Teams kompetent an patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitssystemen mitwirken zu können“ (Careum Stiftung, 2011, S. 7).

So die Vision der Lancet-Commission aus dem Jahre 2010, die von der Careum-Stiftung übersetzt wurde. Deren Verwirklichung benötigt eine Reihe von bildungsstrategischen und institutionellen Reformen, die die gesamte Spannweite von der Aufnahme der Auszubildenden/Studierenden bis zum Abschluss der Ausbildung/des Studiums umfassen (ebd., s. Anhang 2). In der Literatur finden sich dazu einige (evidenzbasierte) Empfehlungen.

Ausbildungsabbrüche vermeiden

Eine hohe Abbruchrate im Zusammenhang mit einer Pflegeausbildung stellt in vielen Ländern ein Problem dar. Kukkonen et al. (2016) nennen einige konkrete Zahlen: in Finnland beträgt die Abbruchquote ca. 9%, in England 28% und in Australien 24,5%. In einigen Ausbildungsprogrammen der USA erreicht sie sogar 50% (ebd.). Da insgesamt jedoch ohnehin mehr Pflegekräfte benötigt werden, als die Anzahl derer, die eine Ausbildung abschließen (siehe Kapitel 1), hat die Prävention von Abbrüchen einen sehr hohen Stellenwert.

Das Fehlen einer allgemeingültigen Definition von „(Ausbildungs-)Abbruch“ und unscharfe Gründe für den Ausstieg (Eick et al., 2012; Glossop, 2001 zitiert nach Kukkonen et al., 2016) erschweren einen Vergleich auf internationaler Ebene. Hinzu kommt die Heterogenität der derzeitigen Population der Auszubildenden (ebd.). Die Kenntnis der Gründe sowie persönlicher Erfahrungen und deren Vergleich würden aber dazu beitragen, mit dem Problem umzugehen und die Auszubildenden dabei zu unterstützen, einen Abschluss zu erlangen. Die in der Literatur zu findenden Gründe für den Abbruch einer Pflegeausbildung sind zahlreich und komplex, aber es gibt Hinweise darauf, dass folgende Aspekte relevant sind:

- Die falsche Karriereentscheidung /Berufswahl (Kukkonen et al., 2016).
- Persönliche Probleme, zum Beispiel aufgrund von Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung (Mooring, 2016). Schwierigkeiten, Studium, Arbeit und ihre familiäre Verantwortung zu kombinieren, haben in besonderem Maße ältere Studierende/Auszubildende (Kukkonen et al., 2016).
- Geänderte Wahrnehmung des Pflegeberufes durch persönliche Entwicklungsprozesse und Erfahrungen in der Ausbildung (Brodie et al., 2004 zitiert nach ebd.). Negative Erfahrungen in den Praxiseinsätzen beeinflussen die Entscheidung zum Abbruch/Ausstieg (Hamshire et al., 2012 zitiert nach Kukkonen et al., 2016).
- Ungenügende Vorbereitung oder Kompetenzen (Mooring, 2016). Ältere Studierende sind oft erstaunt über die hohen Anforderungen. Sie empfinden die

Ausbildung oft als zu theoretisch und ihnen fehlen akademische Fertigkeiten (Kukkonen et al., 2016).

- Ältere Studierende mit Lebens- und Berufserfahrung und familiären Verpflichtungen wie Kindern, die die Ausbildung eher zur Selbstverwirklichung begannen (Kukkonen et al. 2016).
- Nichttraditionelle Auszubildende wie ältere Menschen, Personen, die eine zweite Karriere anstreben, Minderheiten und Männer verbleiben seltener in der Pflegeausbildung. Sie haben mehr zu riskieren und tragen größere persönliche Verantwortung. Damit haben sie einerseits ein größeres Interesse an ihrer „akademischen Reise“. Sie treffen andererseits aber auch auf höhere Barrieren (Christian, Sprinkle, 2013; Mastekaasa, Smeby, 2006; Park et al., 2008; Veal et al., 2012 zitiert nach Mooring, 2016). Die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs ist bei Männern zweimal so hoch wie bei den Frauen (Prymachuk et al., 2009; McLaughlin et al., 2010 zitiert nach Pitt et al., 2012).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Persönlichkeit und erlernte Verhaltensweisen von Lernenden bestimmen, wie sie mit Schwierigkeiten umgehen (z.B. die Fähigkeit zum kritischen Denken, Selbstwirksamkeit) – dies hat Auswirkungen auf einen erfolgreichen Abschluss (Pitt et al., 2012). Junge Menschen brechen eher eine Pflegeausbildung ab als ältere Teilnehmer/innen (ebd.), vor allem, wenn die Intention für den Beginn einer Pflegeausbildung eher unscharf ausgeprägt war (Andrew et al., 2008; Hamshire et al., 2012 zitiert nach Mooring, 2016) und sie erkennen, dass das Erlernen des Berufes nicht länger ihr Ziel ist (ebd.). Auszubildende, die aufgrund einer persönlichen Lebenskrise die Ausbildung abbrechen, brechen diese später ab und bereuen dies mehr (Cannon et al., 2010 zitiert nach Kukkonen et al., 2016).

Um Abbrüche zu vermeiden, sind Einzelmaßnahmen nicht geeignet (Mooring, 2016). Es gilt, Änderungen in der Rekrutierungspraxis mit der Implementierung einer proaktiven Beratung zu kombinieren und Programme, die auf den Verbleib von Auszubildenden abheben, ins Curriculum zu integrieren.

Rekrutierung und Zulassung verändern

Ein verschiedentlich beschrittener Weg, vorab die Eignung von Bewerber/innen zu prüfen, ist das Assessment von mathematischen und wissenschaftlichen Fähigkeiten oder der Besuch von vorgeschalteten Kursen zum Training akademischer Fähigkeiten wie es in den USA üblich ist: Teilnehmer/innen mit besseren Qualifikationen beim Eintritt in die Ausbildung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie die Ausbildung erfolgreich beenden (Mooring, 2016; Pitt et al., 2012). Studien aus Großbritannien und Neuseeland benennen das Alter und den eingebrachten Bildungsabschluss als signifikante Vorhersagen für den Ausbildungserfolg: ältere Studierende mit höheren Bildungsabschlüssen schlossen bei den Assessments besser ab (Pitt et al., 2012).

Eine Studie aus den USA, Großbritannien, Australien und Kanada zeigte, dass Auszubildende mit pflegerischen Vorerfahrungen eher Erfolg in der Ausbildung haben und diese abschließen: sie sammeln bereits Erfahrungen und Wissensbestände, auf die in der Ausbildung aufgebaut werden kann (Tower et al., 2015 zitiert nach Mooring, 2016).

Empfohlen wird auch, bereits in der Schule Workshops und Karriereberatungen anzubieten (vor allem für die Zielgruppe der Männer und Minderheiten). Pflege als Berufsoption kann bereits in der Grundschule vorgestellt werden (Bond, Carson, 2014; Melillo et al., 2013 zitiert nach ebd.).

Unterstützungssysteme implementieren

Das „Nursing Undergraduate Retention Model“ von Jeffrey (zit. n. Mooring, 2016) zeigte, dass interne und externe Stressoren (z.B. instabile häusliche Verhältnisse, finanzielle Probleme, unzureichende Vorbereitung z.B. im Hinblick auf Lernmethoden) sowohl im persönlichen Leben als auch in der Ausbildung einen starken Einfluss auf den Verbleib in der Pflegeausbildung haben. Die Chancen eines erfolgreichen Abschlusses werden verbessert, wenn persönliche Stressoren/ Problemlagen identifiziert und adressiert werden. Dazu ist es essentiell, seitens der Ausbildungseinrichtung ein gutes Unterstützungsprogramm für die Lernenden zu implementieren und deren soziale Integration zu unterstützen. Es gilt, die Bedürfnisse der Auszubildenden fokussierter in den Blick zu nehmen. Die Einbindung in eine lernende Umgebung erhöht ebenfalls die Zustimmung zu und den Verbleib in der Ausbildung. Klare Ausbildungsziele, Schreibworkshops zur Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation, Karrierecoaching, emotionale Unterstützung und die curriculare Verankerung von Strategien zum kritischen Denken können dazu beitragen, Studierende in der Ausbildung zu halten (Mooring, 2016; Pitt et al., 2012).

Mooring (2016) stellt die (proaktive) Beratung von Auszubildenden/ Studierenden als Schlüsselement für die Vermeidung von Abbrüchen heraus. Traditionell hebt Beratung eher auf Themen der Zusammensetzung von Kursen oder die Erfüllung formaler Voraussetzungen ab. Deshalb ist ein Perspektivwechsel vonnöten: die Ausbildungseinrichtung muss die Sicht der Auszubildenden/ Studierenden kennenlernen und ihre Hintergründe verstehen, um ihre Bedürfnisse berücksichtigen zu können. Eine frühe Identifizierung von abbruchgefährdeten Personen ermöglicht das Aufzeigen von Ressourcen und Problemlösungspotentialen.

Dies erfordert eine zugehende Beratung mit hohem Engagement und einem holistischen Ansatz. Berater/innen sollten als Mentor/in, Coach und Planer/in agieren, um die Studierenden bei allen Belangen (v.a. Entscheidungsfindungsprozessen) und ihren ausbildungsbezogenen Erfahrungen zu unterstützen (Fichera, 2001; Kirk-Kuwage, Nishida, 2001 zitiert nach ebd.). Berater/innen, die Schwachstellen identifizieren, persönliche Stressoren adressieren, Copingstrategien vermitteln und bedeutungsvolle Beziehungen herstellen, haben einen größeren Einfluss auf Verbleib und Erfolg (Jeffrey, 2014; Park et al, 2008; Rovai, 2003 zitiert nach ebd.).

Auf der anderen Seite konnte gezeigt werden, dass bereits vorhandene Beratungsangebote teilweise nicht in Anspruch genommen werden (Glossop, 2002 zitiert nach Kukkonen et al., 2016; Bowden, 2008 zitiert nach Pitt et al., 2012). Park et al. (2011 zitiert nach Mooring, 2016) ergänzen, dass Einrichtungen für diese Beratungsrolle oft nicht ausreichend vorbereitet sind. Eventuell kann es sinnvoll sein, zusätzliches Personal für diese Aufgabe einzustellen oder Lehrkräfte gezielt zu Beratungsthemen wie den Um-

gang mit persönlichen Krisen, kulturelle Vielfalt oder spezielle Bedürfnisse der Schülerpopulation etc. zu schulen. Beratung als Option muss bekannt gemacht und offensiv angeboten werden.

Unter der Bedingung gebührenpflichtiger Ausbildung haben sich Subventionen oder Stipendien als effektiv erwiesen, Studierende in die Pflegeausbildung zu bringen und zu halten. Vor allem Minoritäten hilft die Unterstützung bei den Ausbildungsgebühren, eventuelle Barrieren zu überwinden (Baher, 2010; Lavoie-Tremblay et al., 2010; Melillo et al., 2013; Tucher, Sherrod, 2011 zitiert nach Mooring, 2016).

Lernumgebung und Lehrkräftesituation verbessern

Als weiterer wichtiger Aspekt sind die sich verändernden Lernumgebungen zu nennen: die Informationstechnologie bietet einerseits die Möglichkeit, virtuell- und elektronisch basierte pädagogische Methoden (von Social Media bis hin zu simulierten Lernumgebungen) einzusetzen. Andererseits stellen diese Möglichkeiten eine große Herausforderung dar und erfordern ein Umdenken.

Dass sich Lernen in einem stetigen Wandel befindet, skizziert auch der Bericht der Lancet-Commission. Er zeigt auf, welche Bildungsreformen bisher stattfanden und welche Maßnahmen erforderlich sind, um die derzeitige Reform voranzubringen: die erste Reform fand zu Beginn des 20. Jahrhunderts statt und setzte auf naturwissenschaftlich ausgerichtete Studienpläne. Etwa um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts wurden in der zweiten Reformgeneration problemorientierte Lehr- und Lernmethoden eingeführt. Die heutige, dritte Reformgeneration nimmt die Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme durch die Anpassung der fachlichen Kernkompetenzen an spezifische Verhältnisse in den Blick. Dieser system-orientierte Ansatz bedingt transformatives Lernen (Careum Stiftung, 2011).¹²

Die Schaffung einer studentenzentrierten Lernkultur stellt hohe Anforderungen an die Pflegeausbildung und damit einhergehend an die Lehrkräfte: Sie sollen sowohl über klinische und pädagogische Fähigkeiten als auch über Kompetenzen im Bereich Forschung verfügen (Salminen et al., 2009). Dieser hohe Anspruch kollidiert jedoch mit dem in Kapitel 2 skizzierten Mangel an Lehrkräften. Mögliche Lösungsansätze: Die Implementierung von Orientierungs- und Mentorenprogrammen könnte unerfahrene Lehrkräfte dabei unterstützen, beim Übertritt in die Lehre schneller in ihre neue Rolle zu finden und die Chance auf den Verbleib im Beruf verbessern (McDermid et al., 2012).

Zudem wird eine zentrale Datensammlung sowie eine internationale Kooperation zur Koordination nationaler und internationaler Strategien gefordert, um eine bessere Grundlage zur Identifizierung von Trends in der Pflege und damit einhergehend von

¹² Das transformative Lernen wird als die höchste von drei aufeinanderfolgenden Ebenen des Lernprozesses betrachtet: das informative Lernen dient dem Erreichen von fachlicher Expertise und besteht in der Aneignung von Wissen und Fertigkeiten. Beim formativen Lernen werden Lernende in Bezug auf bestimmte Werte dahingehend sozialisiert, dass sie zu verantwortlich handelnden Professionsangehörigen werden. Das transformative Lernen schließlich ermöglicht die Entwicklung von Führungseigenschaften und bringt „aufgeklärte, veränderungswillige Akteure hervor“ (Careum Stiftung, 2011, S. 7).

Trends für Pflegelehrkräfte zu haben (Nardi, Gyurko, 2013). Das könnte auch eine politisch-strategische Schwerpunktsetzung (inklusive dem Einsatz von [finanziellen] Ressourcen) bei der Vorbereitung von zukünftigen Lehrkräften begründen (Nardi, Gyurko, 2013; Potempa et al., 2009).

Handlungsfeld VII: Weiterentwicklung der Pflegeberufe

FAZIT Internationale Rechercheergebnisse Handlungsfeld VII

Veränderungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeberufe müssen eher in Jahrzehnten denn in Jahren gedacht werden. Kulturelle und sozio-ökonomische Faktoren begrenzen u.a. den Akademisierungsprozess, der in Bologna initiiert wurde.

- Um das Humankapital in der Pflege angemessen einzusetzen, braucht es Innovationen zur Ausweitung von Aufgaben und Verantwortungsbereichen. Werden Kompetenzen angemessen und gezielt eingesetzt, trägt dies zu einer Entlastung im Gesundheitssystem bei.
- Dazu bedarf es einerseits Mut zu Innovationen und andererseits eines Austausches von evidenzbasierten Forschungsergebnissen wie dies z.B. im Rahmen der aktuell gestarteten COST-Aktion „Rationing – Missed Nursing care: an international and multidimensional problem (Rancare)“ intendiert ist.

Als in den 1990er Jahren der Bologna-Prozess angestoßen wurde, sollte durch eine verbesserte, höhere Bildung in der Pflege die Mobilität, die Beschäftigung und die Zusammenarbeit im Bereich Forschung angekurbelt werden (Oliver, Sanz, 2007 zitiert nach Öhlén, Furåker, Jakobsson, Bergh, Hermansson, 2011). Die Idealvorstellung ist, dass europäische Pflegekräfte miteinander arbeiten und Wissen (und Fähigkeiten) austauschen, während sie die Internationalisierung der Praxis, Ausbildung und Forschung in der Pflege fördern (Davies, 2008).

Die Entwicklung der pflegerischen Ausbildung auf hochschulischem Niveau schreitet innerhalb der EU voran, es gibt Berichte über die Implementierung aus diversen Ländern. Nichtsdestotrotz postuliert Davies (2008), dass die ökonomischen Barrieren nicht unterschätzt werden sollten: die Implementierung einer akademisierten Pflege verursacht Kosten, die nicht alle Länder tragen können. Vor allem postkommunistische Länder bräuchten länger, um sich demographischen Strukturen anzupassen. Verlangsamte Entscheidungsprozesse und geringere finanzielle Ressourcen wirken sich direkt auf das Gesundheitssystem aus.

Ausweitung von Aufgaben

Höher ausgebildete Pflegekräfte verlassen seltener den Beruf, verbleiben länger in der klinischen Praxis und senken die Mortalitätsraten im Krankenhaus (Tourangeau et al., 2006 zitiert nach Davies, 2008). In der groß angelegten RN4CAST-Studie, die in neun europäischen Ländern durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass Pflegepersonal-mangel negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, das Patientenoutcome sowie die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit des Pflegepersonals hat.

Die Ergebnisse weisen unter anderem darauf hin, dass eine bessere Stellenbesetzung beim Pflegefachpersonal und ein größerer Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss mit einem signifikant geringeren Anteil von chirurgischen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang stehen, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff im Krankenhaus sterben: Jede/r zusätzliche Patient/in, die/den eine Pflegefachperson betreuen muss, erhöht das Risiko der Krankenhausmortalität um 7%. Umgekehrt führt eine zehnpromzentige Zunahme des Anteils von Pflegefachpersonal mit Bachelor-Abschluss zu einer um 7% geringeren Mortalität (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Griffiths, Busse, Diomidous, Kinnunen, Kózka, Lesaffre, McHugh, Moreno-Casbas, Rafferty, Schwendimann, Scott, Tishelman, van Achterberg, Sermeus, 2014; Ausserhofer, 2014).

Die Studie zeigte mehr Unterschiede in der Mortalität der untersuchten europäischen Länder als angenommen – diese große Varianz hängt mit den Unterschieden in Personalausstattung und Ausbildungsniveau zusammen (Aiken et al., 2014).

Zudem verbessern Pflegefachkräfte mit höherem Fachabschluss den Zugang zur Gesundheitsversorgung und können u.a. für Patientinnen und Patienten mit leichteren Erkrankungen und bei Routinenachuntersuchungen dieselbe Versorgungsqualität leisten wie Hausärzt/innen. Viele Länder fördern deshalb verschiedene Arten von Innovationen in Bereich der medizinischen Leistungserbringung wie z.B. Kompetenzübertragungen von Ärzt/innen an Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte vor Ort, oder die Entwicklung der Telemedizin. Letzteres wurde erfolgreich in Kanada, Australien und Finnland umgesetzt (OECD, 2016). Übernehmen angemessen qualifizierte Pflegefachkräfte einen Teil der bisher ärztlichen Aufgaben, werden diese zeitlich entlastet und zudem die Kosten für Gesundheitsleistungen gesenkt.

Laut dem aktuellen OECD-Bericht bestehen derzeit noch erhebliche Diskrepanzen zwischen den Kompetenzen der Gesundheitsfachkräfte und den Kompetenzanforderungen ihres Arbeitsplatzes. In der PIAAC-Erhebung von 2011-2012 gaben rund 50% der Ärzt/innen und 40% der Pflegenden an, für einen Teil der ihnen übertragenen Aufgaben unterqualifiziert zu sein. Ein noch größerer Anteil (70-80% der Ärzt/innen und Pflegenden) gab zugleich an, überqualifiziert zu sein. Auffallend ist, dass Pflegekräfte mit abgeschlossener Hochschulbildung mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit angeben, für ihre berufliche Tätigkeit überqualifiziert zu sein, als diejenigen mit einem niedrigeren Abschluss (ebd.).

Pflegende haben unterschiedliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten entsprechend den in den Aufgabenprofilen beschriebenen organisatorischen Erwartungen und dem Tätigkeitsbereich. Unterschiedliche Aufgaben erfordern häufig unterschiedliche Bildungsniveaus, Kompetenzen und zugewiesene Tätigkeitsbereiche: Die Veränderung und Weiterentwicklung von Aufgaben erscheint deshalb besonders wichtig. Eine klare Rollenbeschreibung mit der Festlegung von Aufgaben, für die Pflegende mit einem akademischen Abschluss zuständig sind (und welche Kompetenzen durch ein Studium

angestrebt werden sollen) und in einem nächsten Schritt die Ausweitung von Aufgabenbereichen dieser höher qualifizierten Fachkräfte würde eine umfassendere und bessere Abstimmung und Nutzung ihrer Kompetenzen fördern (WHO, 2015).¹³

Förderung evidenzbasierter Praxis

Eine Kompetenz akademisierter Pflegekräfte liegt darin, dass sie unabhängig vom Setting dazu befähigt sind, effektive Evidenz zu finden, zu nutzen und zu generieren (Skields, Watson, 2007 zitiert nach Davies, 2008). Die Förderung von evidenzbasierter Praxis und Innovation ist deshalb Teil der „Strategischen Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020“ (WHO, 2015).

Cost-Aktion

Die im Februar dieses Jahres gestartete COST-Aktion „Rationing – Missed Nursing care: an international and multidimensional problem (Rancare)“ stellt einen wesentlichen Schritt auch in Richtung Weiterentwicklung der Pflegeberufe dar. In COST-Aktionen arbeiten Forscher/innen aus ganz Europa und aus Drittländern zusammen. Dabei gehen die Impulse für neue COST-Aktionen von den Wissenschaftlern/innen selbst aus. COST bietet eine Plattform für wissenschaftliche Vernetzung und unterstützt einen Austausch auf hohem Niveau.¹⁴

Die aktuelle COST-Aktion zum Thema Fachkräftemangel in der Pflege ist auf die Dauer von vier Jahren angelegt. In vier Arbeitsgruppen werden die Aspekte „Ausgangslage“, „Interventionen“, „ethische Dimension“ und „Ausbildung“ bearbeitet und die Ergebnisse zunächst in vierteljährlichen Treffen kommuniziert. Es sollen ein vertieftes Verständnis von Bedingungsfaktoren generiert, Lösungsansätze (sowohl theoretisch als auch evidenzbasiert) identifiziert sowie neue Forschungsimpulse gesetzt werden. Dabei wird ein multidimensionaler Ansatz verfolgt, um die Expertise aus den verschiedensten Bereichen (akademisches Umfeld, Ausbildung, klinische Praxis) zu verbinden. Aus jedem beteiligten Land sind zwei Vertreter/innen aus der Forschung involviert. Für Deutschland sind diese Prof.in Dr. Renate Stemmer der Katholischen Hochschule Mainz und Prof.in Dr. Monika Habermann von der Hochschule Bremen.

13 Für eine umfängliche Recherche siehe z.B. Stemmer, R.; Haubrock, M.; Böhme, H. (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. (liegt dem MSAGD vor). Für die Implikationen für die akademische Ausbildung siehe Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege&Gesellschaft* 17(3), S. 216-232. Abrufbar unter: http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/12/PuG-3_2012.pdf [zuletzt geprüft: 26.09.16]

14 Für weitere Informationen siehe www.cost.eu oder auf der Homepage des deutschen EUREKA/COST-Büros des BMBF: www.dlr.cost.de.

Handlungsfeld IX: Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung

FAZIT Internationale Rechercheergebnisse Handlungsfeld IX

Die Arbeitsbedingungen beeinflussen direkt den Verbleib von Pflegekräften und die Qualität der Patientenversorgung. Diverse Ansätze erscheinen geeignet, um ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu generieren:

- Die Handlungsprinzipien der Magnet-Krankenhäuser als effektive Strategie zur Verbesserung des Verbleibs: Krankenhäuser, in denen über eine niedrigere Wechselabsicht berichtet wurde, weisen Eigenschaften von Magnet-Krankenhäusern auf. Sie zeichnen sich durch flache Managementstrukturen und einen transformationalen Führungsstil aus. Sie unterstützen die Mitarbeiter/innen beim lebenslangen Lernen und fokussieren die Versorgungsqualität der Patient/innen unter Einbeziehung von Evidence-based Practice. Die Personalausstattung und vorgehaltene Ressourcen beeinflussen ebenfalls die Fluktuation.
- Unerfahrene Pflegekräfte benötigen individuelle Unterstützungssysteme, um ihren Verbleib und die Bindung an das Haus zu verbessern. Dazu zählen Evidence-based Management Practice –Projekte, in denen bestimmte Verhaltensweisen geprobt und Entscheidungsfindungsprozesse nachvollzogen werden können und die gezielte Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Der Pflegekräftemangel hat Regierungen und Arbeitgeber dazu gezwungen, nicht nur Rekrutierungs- und Ausbildungsaspekte in den Blick zu nehmen, sondern auch Strategien, um den Verbleib zu verbessern. Diverse Publikationen belegen den großen Handlungsbedarf (siehe exemplarisch Milisen, Abraham, Sieben, Darras, Dierckx de Casteler, 2006; Camerino, Conway, Van der Heijden, Estryn-Behar, Consonni, Gould, Hasselborn, 2006). Studien konnten zeigen, dass die vorherrschenden Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Fluktuation haben: die Absicht, auf absehbare Zeit das Krankenhaus zu verlassen, hängt signifikant mit der Personalausstattung und der Qualität der Arbeitsumgebung (z.B. Unterstützung der Pflege durch die Führungsebene, gute Beziehungen zwischen den Pflegekräften und Ärzt/innen, Partizipation der Pflegekräfte an Entscheidungsprozessen und organisationale Prioritätensetzung auf Pflegequalität) zusammen (Van den Heede, Florquin, Bruyneel, Aiken, Diya, Lesaffre, Sermeus, 2013). Als Teil der RN4CAST-Studie wurden insgesamt 3186 belgische Pflegekräfte befragt: 29,5% äußerten die Absicht, in den nächsten 12 Monaten ihr aktuelles Krankenhaus aufgrund von Arbeitsunzufriedenheit zu verlassen. Davon wollten 29,7% die Profession ganz verlassen (die verbleibenden 70,4% wollten in der Pflege bleiben, aber zu 40% in ein anderes Krankenhaus und zu 27,9% in ein anderes Setting außerhalb des Krankenhauses wechseln. 2,4% waren noch unentschieden) (ebd.).

Prinzipien der Magnetkrankenhäuser

Wird eine unterstützende Arbeitsumgebung geschaffen, die eine autonome und professionelle Pflegepraxis in den Vordergrund stellt und diese voranbringt, dazu eine entsprechende Infrastruktur vorhält (z. B. genügend Ressourcen) und sich durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit auszeichnet, scheint dies die beste Strategie zu

sein, um Pflegekräfte im Krankenhaus zu halten (ebd.). Unabdingbar scheint zudem ein förderndes Pflegemanagement mit einer flachen Hierarchie zu sein, welches durch einen transformativen Führungsstil geprägt ist (Twigg, McCullough, 2014; Van den Heede et al., 2013; Currie, Hill, 2012). Dieser ermöglicht Pflegenden ein hohes Maß an Mitsprache und Autonomie bei Entscheidungen im eigenen Arbeitsfeld. Zudem können sie diverse Möglichkeiten nutzen, um in Arbeitsgruppen, Komitees und innovativen Projekten mitzuarbeiten. Die Führungskraft fungiert als wirkliche/r Ansprechpartner/in, der Rückmeldung einfordert und auf wahrgenommene Herausforderungen reagiert (Van den Heede et al., 2013).

In Organisationen, die eine unterstützende Arbeitsumgebung fördern, sind die Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden höher und die Komplikations- sowie Mortalitätsraten von Patientinnen und Patienten niedriger als in Organisationen ohne diesen Impetus (Kutney-Lee, Wu, Sloane, Aiken, 2012; Aiken et al., 2003; Aiken, Clarke, Sloane, 2002a; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber, 2002b; Stordeur, D'Hoore, 2007 zitiert nach Martin, Frei, Suter-Hofmann, Fierz, Schubert, Spirig, 2010). Zudem sinken die Burn-Out-Raten (Kutney-Lee et al., 2012).

Studien zeigen, dass Magnet-Krankenhäuser signifikant bessere Arbeitsumgebungen aufweisen und dass Pflegekräfte dort 18% weniger unzufrieden mit ihrer Arbeit sind und zu 13% weniger oft über Burn-Out berichten (Kelly et al., 2011 zitiert nach Van den Heede et al., 2013). Arbeitsumgebungen und Outcomes verbessern sich, wenn Krankenhäuser zu Magnet-Krankenhäusern werden (Aiken et al., 2008; Aiken, Poghosyan, 2009 zitiert nach ebd.). Der positive Effekt zeigte sich auch für (belgische) Krankenhäuser, die zwar offiziell keine Magnet-Häuser sind¹⁵, aber implizit die Strategien, die Magnet-Krankenhäusern zugeschrieben werden, adaptiert haben (ebd.). Somit erscheint das Programm der Magnet-Krankenhäuser als eine effektive Strategie zur Verbesserung des Verbleibs.

Schaffen eines unterstützenden Arbeitsumfeldes

Twigg und McCullough (2014) trugen in einem Review Strategien zusammen, die geeignet erscheinen, um eine positive Arbeitsumgebung zu schaffen. Die Ergebnisse sind nachfolgend verkürzt in Tabelle 1 dargestellt und sollen einen orientierenden Überblick über mögliche Strategieansätze liefern, wobei auch hier gilt, dass Einzelmaßnahmen nicht zielführend sind (ebd.).¹⁶

Trotz der Fülle an gefundenen Strategien halten die Autor/innen einschränkend fest, dass viele Strategien nicht empirisch getestet sind und somit keine belastbare Evidenz vorliegt: Sie fordern weitere Forschung sowie Evaluationen (Twigg, McCullough, 2014).

15 Die Krankenhäuser haben nicht am Formalisierungsprozess, wie er durch das American Nurses Credentialing Centre (ANCC) vorgegeben ist, teilgenommen.

16 Die Kategorien leiten sich aus den Dimensionen des Einschätzungsinstruments „Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)“ ab (Lake, 2002 zitiert nach ebd.).

Kategorie	Strategie
Partizipation der Pflegekräfte am Geschehen im Krankenhaus	• Organisationsstrukturen, die durch einen Zugang zu Informationen, Unterstützungssystemen und Ressourcen geprägt sind, fördern die Identifikation mit dem Arbeitsplatz (Tourangeau et al., 2010; Hayes et al., 2006; Laschinger, Finegan, 2005). • Mitarbeiter/innen verstehen die rationalen Gründe hinter den Entscheidungen (Laschinger, Finegan, 2005). Pflegekräfte wirken in Komitees mit (Vollers et al., 2009). Geteilte Geschäftsführungsstruktur (Kramer et al., 2009). • Pflegerisch geführte Fallkonferenzen (Vollers et al., 2009). • Flache, flexible und dezentralisierte Organisationsstrukturen (Grant et al., 2010). Zugang zur Geschäftsführung (Upeneiks, 2002).
Qualität der pflegerischen Patientenversorgung	• Professionelle Praxis, die als bedeutungsvoll und effektiv angesehen wird (O'Brien-Pallas et al., 2010). • Pflegerische Handlungsautonomie durch Teilnahme an Präsentationen auf Konferenzen, Workshops in klinischer Autonomie, interdisziplinären evidenzbasierten Praxisteams und Kursen in kritischem Denken fördern. Bedeutung von autonomer Praxis auf der Stationsebene diskutieren (Kramer, Schmalenberg, 2008). • Das Ansehen von Pflegekräften als unabhängige Profession (mit eigenem Wissenskörper) durch klare Zuschreibung von Verantwortlichkeiten (Rolle) und verbesserter Bezahlung fördern (Chan, Lai, 2010). • Pflegekräfte werden in Entscheidungsfindungsprozesse über die Versorgung von Patienten einbezogen (Weston, 2010). Pflegevisiten, Präsentation von Fallstudien (Weston, 2010). • Personalentwicklung (Kramer, Schmalenberg, 2008; Kramer et al., 2009). • Unterstützung von Fort- und Weiterbildung (inklusive monetärer Belohnung) (Schmalenberg et al., 2005b; Kramer, Schmalenberg, 2004). • Pflegeforschung und Evidence-based Practice in die Pflegepraxis und bei organisatorischen Entscheidungsfindungen integrieren (Turkel et al., 2005; Weston, 2010). Die Etablierung eines Pflegeforschungskomitees (Turkel et al., 2005). Zeit und Ressourcen zur Verfügung stellen, um eine wissenschaftliche Pflegepraxis aufzubauen und zu erhalten (Beal et al., 2008).
Kompetenz des Managements, Führung und Unterstützung der Pflegekräfte	• Führungskräfte sollten sichtbar sein, zur Verfügung stehen und sich ihrem Personal gegenüber verantwortlich fühlen (Flynn et al., 2010; Tourangeau et al., 2010; Grant et al., 2010). Sie sollten Werte wie Respekt und Empathie vertreten (Anderson et al., 2010). • Stabilität in der Besetzung von Führungspositionen (Tourangeau et al., 2010). • Das Personal wird durch Führungspersonen unterstützt (Kramer et al., 2004; Trinkoff et al., 2011), vor allem in der professionellen Entwicklung (Hogan et al., 2007; Pearson et al., 2006). • Führungskräfte sollten gut ausgebildet sein (hinsichtlich Führungsqualitäten) (Flynn et al., 2010; Trinkoff et al., 2011; Pearson et al., 2006) und über ein großes Wissen über das klinische Setting verfügen (Tourangeau et al., 2010).

Kategorie	Strategie
Personalausstattung und Angemessenheit der Ressourcen	• Angemessene Anzahl des Personals (Trinkoff et al., 2011; Flynn et al., 2010; Kramer, Schmalenberg, 2004; Lake et al., 2010; Twigg et al., 2011) und ein geeigneter Skillmix (Lake et al., 2010; Twigg et al., 2012). • Verbleib von erfahrendem Personal (Lake et al., 2010). • Offene Stellen vermeiden (Trinkoff et al., 2011) indem folgende Aspekte minimiert werden: Unterbrechungen (Trinkoff et al., 2011) und unvorhergesehene Ereignisse (Hayes et al., 2006), Konflikte (O'Brien-Pallas et al., 2010), ungünstige Arbeitspläne und Überstunden.
Kollegiale Zusammenarbeit (zw. Pflegekräften und Ärzt/innen)	• Interdisziplinäre Entwicklung von Regeln der Zusammenarbeit, Critical Pathways und Protokolle, um autonomes Arbeiten und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern (Schmalenberg et al., 2005b; Vollers et al., 2009). • Ärzt/innen und Pflegekräfte nehmen zusammen an Fortbildungen teil (Pullon, 2008). Die Leitung von interdisziplinären Fallbesprechungen rotiert oder ist geteilt (Schmalenberg et al., 2005a). • Programme, die Teammitglieder dazu ermutigen, sich als Person kennenzulernen und nicht nur im beruflichen Kontext (Schmalenberg et al., 2005a). • Interdisziplinärer Respekt und Kompetenzen bauen Vertrauen auf (Pullon, 2008). • Konfliktlösungsverfahren (O'Brien-Pallas et al., 2010; Schmidt, 2004). • Definition von Rollen und Zuständigkeiten (O'Brien-Pallas et al., 2010). Regelmäßige Aushandlung des Umfangs der Tätigkeiten basierend auf Best Practice, neuen Technologien oder Forschungsergebnissen, gefördert durch einen inter- und intraprofessionellen Dialog (Kramer, Schmalenberg, 2008).

Tabelle 2: Strategien zur Schaffung eines unterstützenden Arbeitsumfeldes (modifiziert nach Twigg, McCullough, 2014, S. 88, eigene Übersetzung)

Sozialisation unerfahrener Pflegekräfte

Ein weiterer Aspekt stellt die Unterstützung von Pflegekräften, die direkt nach der Ausbildung in das Praxisfeld einmünden, dar. In einer Studie konnten in Interviews und durch Beobachtungen in 34 Magnet-Krankenhäusern effektive Strategien in sechs von sieben identifizierten Bereichen herausgearbeitet werden, die den Übergang von der akademischen zur klinischen Praxis unterstützen können. Dabei stellte sich die Kombination von speziellen Einarbeitungsprogrammen (Nurse Residency Programs, NRP) und dem Vorliegen eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes (Healthy Unit Work Environments, HWE) als besonders effektiv heraus (Kramer, Maguire, Schmalenberg, Halfer, Budin, Hall, Goodloe, Klaristenfeld, Teasley, Forsey, Lemke, 2012). NRPs sind nicht mit Orientierungsprogrammen gleichzusetzen, sie greifen tiefer und bereiten unerfahrene Pflegekräfte besser auf den „Praxischock“ vor bzw. mindern diesen erheblich ab: Pflegeausbildungen können die Praxisrealität nur zu einem gewissen Maße abbilden. Lernende sind für eine geringere Anzahl von Patientinnen und Patienten zu-

ständig, die Verantwortung trägt die anleitende (erfahrene) Pflegekraft. In der Transitionsphase¹⁷ sind sie dann für die Versorgung von mehreren Patientinnen und Patienten gleichzeitig eigenverantwortlich. NRPs tragen dazu bei, dass sie schneller in ihre Rolle hineinfinden können. Zudem sind sie kosteneffektiv (Ulrich et al., 2010 zitiert nach ebd.) und stellen einen Wettbewerbsvorteil dar. HWEs bieten die strukturellen Voraussetzungen, um den Prozess der Sozialisation voranzutreiben: Pflegekräfte können beispielsweise in Pflegevisiten oder in der Zusammenarbeit mit Ärzt/innen in Komitees zeigen, dass sie ein eigenes Wissen und Kompetenzen mitbringen. Eine Umgebung, in der sie sich einbringen und an Entscheidungsfindungsprozessen (in Hinblick auf die Versorgung der Patient/innen) mitwirken können, trägt dazu bei, Stress zu reduzieren und letztlich den Verbleib zu verbessern (ebd.). In Tabelle 2 sind effektive Strategien skizziert, wie unerfahrene Pflegekräfte unterstützt werden könnten.

Bereich	Strategien
Delegation	Evidence-based Management Practice (EBMP)-Projekte, in denen interessierende Fragestellungen (z.B. Klärung von Begrifflichkeiten wie den Unterschied zwischen Delegation und Beauftragung und damit einhergehenden Verantwortlichkeiten) werden in monatlichen Sitzungen präsentiert und diskutiert (Coaching/ Fokusgruppen).
Priorisierung	Was ist zuerst zu tun? Was ist wichtig? – Effektive Strategien zur Priorisierung der Versorgung von mehreren Patientinnen und Patienten können in EBMP-Projekten getestet werden: in Probeübergaben können unerfahrene Pflegekräfte aufschreiben, was sie der Reihe nach tun würden (Aktivitäten, Überwachungen, Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten) und erfahrene Pflegekräfte prüfen und besprechen die Ergebnisse mit ihnen. So können Entscheidungsfindungsprozesse nachvollzogen werden. Eine andere Möglichkeit besteht darin, neben allgemeingültigen (z.B. ABC-Regel), patientenspezifische Muster (z.B. Schmerzmanagement als nachfolgende Priorität bei onkologischen Patientinnen) zu erkennen.
Klinische Autonomie/ die „richtigen“ Entscheidungen treffen/ niemandem schaden	Fortbildungen, Computersimulationen und Präsentationen von klinischen Coaches (auch im Rahmen von EBMP-Projekten) stärken kritisches Denken und die Entscheidungsfindung in der klinisch-autonomen Rolle (unabhängige/ eigenverantwortliche Entscheidungen aufgrund der eigenen Kompetenzen, Erfahrungen und Zuständigkeit vs. abhängige Entscheidungen i.S.v. Rücksprache mit der Ärztin/dem Arzt).
Zusammenarbeit mit den Ärzt/innen	Zum einen müssen Strukturen und Möglichkeiten zu einer Zusammenarbeit gegeben sein: interdisziplinäre Fallbesprechungen, spezielle Gesprächstechniken und der sogenannte einstudierte Telefonanruf (wird in den NRPs vermittelt) erwiesen sich als effektiv. Andererseits müssen Ärzt/innen Pflegekräfte als sachkundige, kompetente Professionelle mit einem eigenen Wissenskörper ansehen, die einen Benefit für die Patientenversorgung mitbringen.

17 Kramer et al. (2012) legten Merton's 3-Stufen-Modell der professionellen Sozialisation zugrunde: 1. Stufe: akademische Stufe, 2. Stufe: Transition (die ersten drei Monate nach der Einstellung) und 3. Stufe: Integration (4 Monate bis 1 Jahr).

Konstruktive Konfliktlösung	Sitzungen, in denen die Prinzipien konstruktiver Konfliktlösung festgelegt werden und Workshops zur kritischen Gesprächsführung werden als effektive Strategie angesehen.
Feedback	Ein bedeutungsvolles Feedback kann helfen, Selbstvertrauen aufzubauen. Feedback-Workshops (Diskussion über Konzepte, Formen, Quellen für Feedback, Feedback-Prinzipien und das Üben von konstruktivem Feedback in Probesituationen) oder der sogenannte Generationenpakt (Feedback System, bei dem die mittlerweile einjährig beschäftigte Pflegekraft, die Lehrkraft und der klinische Coach sich gegenseitig Feedback geben) trainieren die Fähigkeit, Feedback zu geben und zu erhalten.

Tabelle 3: Strategien zur Unterstützung unerfahrener Pflegekräfte (modifiziert nach Kramer et al., 2012, eigene Übersetzung)

Kramer et al. (2012) empfehlen abschließend zwei übergeordnete Strategien: die Krankenhausleitung sollte um einen klinischen Coach ergänzt werden, um die Ausbildung und das Training der klinischen Ausbilder/innen zu unterstützen und um formale und informale Diskussionen um Rollenklarheit in der Pflege anzustoßen und Verbesserungen vorzuschlagen. Außerdem plädieren sie für Implementierung von EBMP-Projekten, um den Erwerb essentieller klinischer Kompetenzen z.B. in den Bereichen Priorisierung, Delegation und autonome Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Handlungsfeld XI: Chancen der Freizügigkeit nutzen

FAZIT Internationale Rechercheergebnisse Handlungsfeld XI

Die Zuwanderung von Fachkräften unterstützt bereits heute die Gesundheitssysteme in vielen Ländern. Dass viele Pflegekräfte zu einer Migration bereit sind, wird vorrangig mit der Suche nach besserer Beschäftigung und Bezahlung begründet.

- Bi- oder multilaterale Abkommen zwischen den Ländern befördern die regionale oder zirkuläre Migration. Zwischen einigen Ländern bestehen bereits Abkommen. Welche Aspekte bei einem Abkommen zu beachten sind, sollte näher betrachtet und Good Practice identifiziert werden.
- Die Anwerbung von Migrant/innen für die Beschäftigung im Berufsfeld Pflege wird als kurzfristige Lösung gesehen. Ländern mit zunehmendem Fachkräftemangel wird empfohlen, den Verbleib der inländischen Pflegekräfte zu verbessern.
- Selbstbewertungsbögen zur Erfassung der Kompetenzen könnten geeignet sein, um europaweit Transparenz über vorliegende Fähigkeiten und Fertigkeiten migrationswilliger Pflegefachkräfte zu schaffen und so die Beschäftigungsmöglichkeiten zu verbessern.

Ohne die Zuwanderung von Fachkräften aus der Pflege würde das Gesundheitssystem in vielen Ländern nicht funktionieren. Von den EU-Mitgliedsstaaten gilt dies insbesondere für Luxemburg, Dänemark und Schweden (OECD, 2008). Längst werden weltweit Bemühungen unternommen, welche auf eine Anwerbung von Fachkräften aus allen Teilen der Welt abzielen (Humpert, 2015, S. 40 ff.; Bertelsmann Stiftung, 2015).

Gründe für und Effekte von Migration

Im OECD-Bericht von 2010 wird festgehalten, dass die Zahlen zu emigrierten Fachkräften aus der Pflege seit 2000 in den OECD-Ländern angestiegen sind. Zudem ge-

winnen Rekrutierungsagenturen zunehmend an Bedeutung. Der Hauptgrund für Migration ist mit der Hoffnung auf bessere Beschäftigungsbedingungen verknüpft. In den verfügbaren Untersuchungen zur internationalen Migration von Pflegekräften werden drei Gründe angegeben, die für die Entscheidung, in einem anderen Land zu arbeiten, ausschlaggebend sind: Einkommen/ Geld, Arbeitsbedingungen und berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten/ Karriere (OECD, 2010a). Weitere Gründe umfassen die Bereiche bessere Aus- und Weiterbildungschancen, bessere Lebensqualität, sowie zunehmend eine stärkere Gewährleistung persönlicher Sicherheit und Unversehrtheit (OECD, 2010a).

Die steigende Nachfrage nach Pflegekräften führte in vielen Ländern aber nicht primär zu steigenden (An)-Werbeaktivitäten ausländischer Pflegekräfte, sondern zunächst zur Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Beispielsweise wurden die Kapazitäten seit den späten 1990ern in Australien, Frankreich und Großbritannien verdoppelt. Da der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im gleichen Zeitraum zugenommen hat, reichten die Kapazitätserweiterungen nicht aus und weitere Bemühungen in der Anwerbung von Fachkräften aus aller Welt wurden aufgenommen (ebd.).

Die Abwanderung der Fachkräfte wird aber auch kritisch diskutiert, da diese möglicherweise mit einer Gefährdung der gesundheitlichen Versorgung in den Herkunftsstaaten gekoppelt ist. Zugleich wird die Integration und Absicherung der Migranten in den aufnehmenden Ländern als überwiegend verbesserungsbedürftig beschrieben. Es werden Forderungen laut nach einer Konzeption von Maßnahmen, welche die Reaktionsfähigkeit der Migration auf den Arbeitskräftebedarf sicherstellen, die auf die Verringerung irregulärer Migrationsbewegungen abzielen und die zu einer besseren langfristigen Integration der Zuwanderenden und ihrer Kinder beitragen (OECD, 2009).

Kroezen et al. (2015) bemängeln, dass es an einer Kooperation zwischen den europäischen Ländern beim Thema Migration und Umgang mit Migrationsbewegungen mangelt. Es bestünden Anreize zur Mobilität, aber keine gemeinsamen Strategien. Die Autor/innen warnen davor, dass Strategien, die in einem Land die Zuwanderung fördern, in einem anderen Land zu nicht intendierten Effekten führen könnten wie möglicherweise in Bulgarien und Rumänien: Hier steht einem ansteigenden Bedarf an Pflegekräften eine steigende Zahl an abwandernden Pflegekräften gegenüber. Es gäbe zwar genug Arbeitsplätze, um die dort ausgebildeten Fachkräfte zu beschäftigen, aber die westlichen und nördlichen europäischen Länder überzeugen durch eine attraktive Entlohnung und überwiegend bessere Arbeitsbedingungen. Die Mobilität von Pflegekräften innerhalb der Länder Europas macht eine Planung auf nationaler Ebene schwierig, zum Teil auch deshalb, weil die Migrationsströme nur schlecht dokumentiert sind.

Steuerung von Migration

Die Steuerung von Zuwanderung und Integration wird aus diesem Grunde als kaum gegeben beschrieben. Migration findet grenzüberschreitend statt und gilt als globales Phänomen. Dies betrifft sämtliche Formen von Migration: die irreguläre Migration, die legale Zuwanderung und den Familiennachzug. Wenn sich Angehörige von Drittstaaten (also aus Nicht-EU-Staaten) in einem Land der EU aufhalten, so könnten sie ohne Kontrolle prinzipiell in jedes weitere Land weiterziehen. Dies stellt die Mitgliedstaaten

vor große Herausforderungen. Da eine Steuerung der Arbeitsmigrationsbewegung derzeit nicht gewährleistet ist, wird in einem ersten Schritt eine Klärung über die Migrationsbewegungen von Pflegekräften in der EU und von Drittstaaten in die EU via Monitoring empfohlen. Hierzu wäre eine Abstimmung zwischen den Ländern über gemeinsame Indikatoren vorzunehmen, um aus den vergleichbaren Daten evidenzbasierte Strategien ableiten zu können. Hieraus entwickelte Systeme wären von allen beteiligten Ländern langfristig verpflichtend einzuhalten. Bislang findet ein solches Monitoring nur in wenigen Ländern statt (OECD, 2010b).

Die Anwerbung von Migrantinnen und Migranten für die Beschäftigung im Berufsfeld Pflege wird überwiegend als kurzfristige Lösung gesehen. Ländern mit zunehmendem Fachkräftemangel wird empfohlen, den Verbleib der inländischen Pflegekräfte zu verbessern beispielsweise durch bessere Arbeitsorganisation und Managementstrategien. Empfohlen wird auch die Aktivierung der „Stillen Reserve“ und ein besserer Skillmix durch die Entwicklung und Etablierung neuer Berufsfelder wie Advanced Nursing Practice (Rollen- und Kompetenzerweiterung). Zudem wird die Verbesserung der leistungsbezogenen Vergütung, der „Produktivität“, nahegelegt. Länder sollten in Abhängigkeit von ihren Möglichkeiten (Flexibilität des Gesundheitsmarktes, Kosten, institutionelle Einschränkungen) unterschiedliche Strategien mixen. Langfristig wird als Schlüsselement der Aus- und Aufbau von internationalen Kooperationen gesehen. Hierzu wurde der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel verfasst und veröffentlicht, die für alle unterzeichnenden Länder freiwillig verpflichtend ist. Bi- oder multilaterale Abkommen zwischen den Ländern befördern die regionale oder zirkulare Migration. Zwischen einigen Ländern bestehen bereits Abkommen. Was bei der Erstellung zu beachten ist, könnte künftig näher betrachtet und Good Practice identifiziert werden (OECD, 2009).

Erfassung und Vergleichbarkeit von pflegerischen Kompetenzen

Für die EU-Mitgliedstaaten ist die Arbeitnehmerfreizügigkeit ein Kernbestandteil des geltenden Unionsrechts. Sie bedeutet, dass Unionsbürger/innen in jedem Mitgliedsstaat eine Beschäftigung aufnehmen und ausüben dürfen. Der Zugang zur Beschäftigung, die Beschäftigung, die Entlohnung und die sonstigen Arbeitsbedingungen sind für Bürger/innen des jeweiligen Landes die gleichen, wie für Bürger/innen, die sich aus einem anderen EU-Staat bewerben (DGB, 2014). Derzeit existiert kein (allgemeingültiges) Assessmentinstrument (z.B. via Selbstbewertung), um Pflegekräfte zielführender im Arbeitsfeld zu verorten. Bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes innerhalb der europäischen Union werden Kompetenzen und Fähigkeiten der bewerbenden Pflegekraft bislang erst im persönlichen Vorstellungsgespräch - und das nur ausschnitthaft - erhoben. Die umfassenden Kompetenzen stellen sich erst heraus, wenn die Pflegekraft ihre Arbeit aufgenommen hat und erste Ergebnisse und Erfahrungen vorliegen.

Cowan, Wilson-Barnett, Norman und Murrells (2008) stellten sich deshalb die Frage, wie im Vorfeld bereits interveniert werden könnte, um langfristig die Passgenauigkeit zu verbessern, Über- beziehungsweise Unterforderung vorzubeugen und eine europaweite einheitliche Transparenz über vorliegende Fähig- und Fertigkeiten zu ermöglichen. Sie entwickelten ein Erhebungsinstrument mit 108 Items, um individuelle Res-

sources und Kompetenzen von Pflegefachkräften länderübergreifend abzubilden. Insgesamt 588 Pflegekräfte aus Großbritannien, Belgien, Griechenland, Deutschland und Spanien, die innerhalb Europas ihren Arbeitsplatz wechselten, füllten im Rahmen des Projektes den Selbstbewertungsbogen aus. Als Resultat hielten Cowan et al. fest, dass durch die psychometrische Prüfung ein zuverlässiges Profil erstellt werden kann: Pflegende können ihre Ressourcen und Kompetenzen systematisch erheben und potenziellen Arbeitgebern zur Optimierung einer Einmündungsplanung zur Verfügung stellen. Langfristig könnte durch die Anwendung des Erhebungsbogens die Passung von Anforderungen des Gastlandes und den verfügbaren Kompetenzen der interessierten Pflegekraft verbessert werden (ebd.).

Zusammenfassung

Der vorliegende zweite Projektbericht gibt einen Einblick in das internationale Geschehen ausgewählter Länder und fokussiert auf weltweite Ursachen und erfolgreiche Strategien um einem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken.

Es wird erkennbar, dass

- das Ungleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage von Pflegefachkräften ein globales, signifikantes und anhaltendes Problem darstellt, welches sich auf Gesundheitssysteme, Organisationen, Personal und Patientinnen und Patienten auswirkt.
- zahlreiche Maßnahmen Aspekte zur Steigerung der Attraktivität des Beschäftigungsfeldes, der Ausbildung und der Migration in den Fokus nehmen. Die Zahl der Fachkräfte wurde hierdurch gesteigert. Parallel nimmt der Bedarf an Fachkräften trotz steigender Bemühungen weiterhin zu, so dass die Erfolge zwar vorhanden sind, aber angesichts der weiteren Entwicklung verblassen. Es zeichnet sich ab, dass der steigende Bedarf weltweit mit den bislang eingeleiteten Maßnahmen nicht gedeckt werden kann.
- ein hoher Altersdurchschnitt des heutigen Pflegepersonals ein weltweites Phänomen darstellt, der länderübergreifend zu einer Verschärfung der Problemlage beiträgt.
- die Anzahl junger Menschen, die für eine Ausbildung in Frage kämen, langfristig in europäischen Ländern überwiegend abnehmen wird. Zudem wählen Jugendliche und junge Erwachsenen vorzugsweise pflegeferne Ausbildungsberufe. Die Attraktivität des Pflegeberufes hat vielerorts abgenommen. Junge Menschen, die sich dennoch für die Ausbildung oder für ein Studium in der Pflege entschieden haben, brechen immer häufiger ab. Um Fachkräfte in höherer Zahl ausbilden zu können, haben viele Institutionen ihre Ausbildungskapazitäten stark erweitert. Als weitere Maßnahme sollten zudem Curricula angepasst werden. Durch eine curriculare Verankerung von Unterstützungsstrategien wird ein Fokus der Ausbildung künftig auf die Vermittlung von Kompetenzen gelegt, um Abbruchraten zu senken und aktuellen Erfordernissen der Praxis Rechnung zu tragen.
- für die erweiterten Ausbildungsstätten in vielen Ländern nicht die erforderlichen Lehrkräfte zur Verfügung stehen. Es zeichnet sich ein steigender Lehrkräftemangel ab, der von einer zunehmenden Alterung der vorhandenen Lehrkräfte flankiert wird.
- junge Frauen attraktivere Karrieremöglichkeiten außerhalb des Berufsfeldes Pflege angeboten bekommen und diese auch wahrnehmen.
- Länder verschiedene Modelle, Ansätze und Werkzeuge zur Personalbedarfsplanung benutzen und eine länderübergreifende Vergleichbarkeit nicht gegeben ist, welche zur weiteren Ableitung gemeinsamer Strategien notwendig wäre. In der Literatur finden sich Berichte von einer Personalplanung in der

Praxis, welche den Qualifikationen des Personals in der Pflege kaum Rechnung trägt. Es wird konstatiert, dass es (möglicherweise aufgrund mangelnder Erhebung/ Forschung) im Hinblick auf die Personalplanung im Gesundheitswesen weltweit keine Vorgehensweise gibt, die als „Best Practice“ bezeichnet werden kann. Damit Länder zum Thema Personalplanung effektiv voneinander lernen und profitieren könnten, sollten Länder mit ähnlichen Ausgangslagen gebündelt und Cluster gebildet werden.

- Maßnahmenpakete effektiver sind, als einzelne Maßnahmen.
- Veränderungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeberufe eher in Jahrzehnten denn in Jahren in Aussicht stehen. Kulturelle und sozio-ökonomische Faktoren begrenzen u.a. den Akademisierungsprozess. Ein angemessener und gezielter Einsatz von Pflegepersonal, trägt zu einer Entlastung im Gesundheitssystem bei: Höher ausgebildete Pflegekräfte verlassen seltener den Beruf, verbleiben länger in der klinischen Praxis und senken die Mortalitätsraten im Krankenhaus. Zudem verbessern sie durch den höheren Fachabschluss/Wissenszuwachs/erweiterte Handlungskompetenzen den Zugang zur Gesundheitsversorgung und können u.a. für Patientinnen und Patienten mit leichteren Erkrankungen und bei Routinenachuntersuchungen dieselbe Versorgungsqualität leisten wie Ärzt/innen.
- die Absicht, auf absehbare Zeit das Krankenhaus zu verlassen, signifikant mit der Personalausstattung und Arbeitsumgebung (z.B. Unterstützung durch die Führungsebene, Beziehungen zwischen den Pflegekräften und Ärzt/innen, Partizipation an Entscheidungsprozessen) zusammenhängt. Krankenhäuser, in denen über eine niedrigere Wechselabsicht berichtet wurde, weisen Eigenschaften von Magnet-Krankenhäusern auf. Sie zeichnen sich durch flache Managementstrukturen und einen transformationalen Führungsstil aus. Die Personalausstattung und vorgehaltene Ressourcen beeinflussen ebenfalls die Fluktuation. Unerfahrene Pflegekräfte benötigen individuelle Unterstützungssysteme/ Einarbeitungskonzepte, um ihren Verbleib und die Bindung an das Haus zu verbessern.
- die Anwerbung von Migrantinnen und Migranten eine kurzzeitige Lösung darstellt. Die gezielte Steuerung von Zuwanderung sollte durch bi- und multilateralen Abkommen unterstützt werden, um nicht intendierte Effekte zu vermeiden.

Letztlich bleibt der Grundgedanke, dass flexible und individuell auf die Organisation angepasste Strategien nötig sind, um die Arbeits-/ Ausbildungsbedingungen dauerhaft zu verbessern. Welcher Strategien-Mix erfolgreich ist, hängt vom jeweiligen Land und seinen Kontextfaktoren ab.

Effektive Strategien können nur entwickelt werden, wenn das Bedingungsgefüge bekannt und analysiert ist. Jedes Land muss eine eigene Analyse vornehmen. Um langfristig gemeinsame Strategien gegen den Fachkräftemangel entwickeln zu können, ist eine abgestimmte Kriterienbildung, die eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten gewährleistet, Voraussetzung.

Ausblick

Die Auseinandersetzung mit den Lösungsstrategien zum Pflegefachkräftemangel im internationalen Raum verdeutlicht, dass die klassischen Strategien wie eine Verbesserung von Ausbildung und Weiterbildung, Ausbau von Ausbildungskapazitäten, Steigerung der Attraktivität der Arbeitsplätze, Entwicklung neuer Qualifikationen und Berufsfelder, Anstrengungen zur Erhöhung der Verweildauer im Beruf, Unterstützung von Versorgungsangeboten durch andere als ärztliche Berufsgruppen und Zuwanderung von Fachkräften und Auszubildenden zu begrenztem Erfolg führen.

Es zeichnet sich aber eine grundsätzliche Problematik ab: die bisherigen Interventionen halfen, temporär mehr Fachkräfte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Bemühungen nicht ausreichen, um den parallel ansteigenden Bedarf an Pflegefachkräften zu decken.

Die Gründe hierfür müssten noch genauer eruiert werden. Denkbar ist, dass

- das Potential ausgeschöpft ist. (Wiederkehrende Rekrutierungskampagnen stoßen auf eine Klientel, aus der bereits die pflegeaffinen Mitglieder abgeworben wurden.)
- die Maßnahmen zwar propagiert aber nicht konsequent (hinsichtlich Durchdringungs- und Erreichungsgrad) umgesetzt wurden.
- die Maßnahmen zu wenig gezielt eingesetzt werden (z.B. Beratung und Unterstützungsangebote).
- die Maßnahmen nicht oder nur bedingt geeignet sind.

Auf europäischer Ebene widmet sich u.a. die gerade gestartete COST-Aktion „Rationing – Missed Nursing care: an international and multidimensional problem“ der differenzierten Beantwortung dieser Fragen.

Eine besondere Beachtung verdient zukünftig das Thema: Planung von Pflegepersonalbedarf auf der Ebene des Gesundheitssystems. Dieses vielschichtige Thema mit potentiell weitreichenden Konsequenzen konnte im Rahmen des Zwischenberichtes nur kurz benannt werden. Eine vertiefte Aufarbeitung der internationalen Strategien steht noch aus. Konsequenterweise kann ein evtl. Fachkräftemangel aber erst vor dem Hintergrund des Bedarfs konstatiert werden.

Recherchegestützte Empfehlungen (Bericht III)

Nach Aus- und Bewertung der Ergebnisse nationaler und internationaler Aktivitäten und Studien kristallisierten sich nachfolgend beschriebene Schwerpunktsetzungen heraus. Allen voran stellen sich die Arbeitsbedingungen (bisheriges Handlungsfeld IX „Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung“) als zentrales Schlüsselement im Bemühen um eine Fachkräftesicherung in der Pflege heraus. Gelingt es, die tatsächlichen Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass sie dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden entsprechen, so steigert dies nicht nur den Verbleib der bereits im Berufsfeld tätigen Pflegefachkräfte. Durch die Reduzierung von Belastungsfaktoren, das Bereitstellen von Ressourcen, die es Pflegenden ermöglichen, eine gute Versorgungsqualität sicherzustellen und die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter/innen werden im Nachgang auch realistische Anreize für junge Menschen gesetzt, ebenfalls in die Pflege zu gehen. Es lassen sich also direkte Auswirkungen auf die Attraktivität des Berufsbildes selbst konstatieren.

Einhergehend mit den Arbeitsbedingungen gilt es ebenfalls, Aspekte der Machbarkeit (bisheriges Handlungsfeld VIII „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“) in der anstehenden Modifizierung der FQI zu berücksichtigen. Dazu gehört, neue Herausforderungen durch den Wandel der Arbeit und die Heterogenität der Pflegenden selbst im Blick zu behalten und in diesen Bereichen Schwerpunktsetzungen vorzunehmen bzw. Synergieeffekte bei der Kooperation mit den direkt zuständigen Akteuren zu nutzen.

Ein weiterer Schwerpunkt muss zukünftig im Bereich „Attraktive Ausbildung“ (bisher: Handlungsfeld I „Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen“) sowie der „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (bisher Handlungsfeld VII) liegen.

Bisher ebenfalls noch nicht berücksichtigt ist das neue Handlungsfeld „Ein attraktiver Arbeitgeber sein“, welches auf die Entwicklung einer Arbeitgebermarke zur besseren Positionierung der Arbeitgeber im Gesundheitswesen abhebt.

Zusammenfassend ist ein weitreichender Perspektivwechsel erforderlich. Arbeitgeber und Ausbildungsträger sind in die Rolle des/der Bewerber/in geraten. Diese Rolle gilt es anzunehmen. Arbeitgeber und Ausbildungsträger müssen sich um Arbeitnehmer/innen bewerben – und stehen dabei in Konkurrenz zu Mitbewerber/innen. Nur jene Einrichtungen, die diesen Wechsel annehmen, haben eine Chance, dem Fachkräftemangel in der eigenen Institution erfolgreich zu begegnen.

Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung

Pflegende verfügen über ein positives berufliches Selbstbild. Sie fühlen sich kompetent und empfinden ihre Arbeit als sinnstiftend und wichtig (exemplarisch Van den Heede,

Florquin, Bruyneel, Aiken, Diya, Lesaffre, Sermeus, 2013; Siebens, Dierckx de Casterle, Abraham, Dierckx, Braes, Darras, Dubois, Milisen, 2006; Milisen, Abraham, Siebens, Darras, Dierckx de Casterle, 2006). Von der tendenziell hohen Berufszufriedenheit muss jedoch die wahrgenommene Arbeits-/ Arbeitsplatzzufriedenheit unterschieden werden: Jede vierte Fachkraft würde nicht wieder in die Pflege gehen, über die Hälfte der Befragten hat bereits über einen Ausstieg nachgedacht (Milisen et al., 2006; siehe Stemmer, Schimanski-Kahle, Mack, 2016b, S. 29). Nur 10,6% der Befragten würden Bekannten den Beruf ohne Vorbehalt weiterempfehlen (Martin, Frei, Suter-Hofmann, Fierz, Schubert, Spirig, 2010). Kausal zurückgeführt werden diese Befunde auf die vorherrschenden Arbeitsbedingungen (exemplarisch Siebens et al., 2006; Milisen et al., 2006).

Den Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit, der Gesundheit von Beschäftigten in sozialen Berufen sowie deren Verbleib im Beruf untersuchte die Pilotstudie „Reha-Biograf“ (Weidner, Brünnett, Müller, Cissarz, 2016). Gegenstand der Untersuchung war die Frage, wie und warum Pflegefachpersonen eine berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen (müssen). Von besonderem Interesse war, ob sich allgemeingültige Verlaufsmodele oder gar berufsbiografische Verlaufstypen mit Blick auf Erkrankungsprozesse und Rehabilitationen beschreiben lassen. Dazu wurden die Wege von 21 langzeiterkrankten Pflegefachpersonen in die Rehabilitation rückblickend untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die vorzufindende Arbeitsverdichtung einerseits durch nachfolgende Rationierungs- und Priorisierungsprozesse zu Problemen in der Versorgungsqualität bei Krankenhauspatient/innen führen kann. Andererseits finden sich bei in der Pflege Beschäftigten im Vergleich zu allen anderen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verhältnismäßig höhere Krankenstände und Frühverrentungen. Neben den als problematisch und belastend erfahrenen Arbeitsbedingungen wurden auch eine fehlende bzw. unzureichende Unterstützung durch die Arbeitgeber/innen sowie eine fehlende Wertschätzung als Gründe für den krisenhaften Verlauf benannt, der schließlich eine berufliche Rehabilitation notwendig machte oder gar in den Austritt aus dem Pflegeberuf gipfelte.

Dass die Beschäftigungsbedingungen mit der Gesundheit der Beschäftigten in der Pflege korrelieren, zeigen einmal mehr auch die Ergebnisse des aktuellen Gesundheitsreports der BKK (Knieps, Pfaff, 2016): In 2016 entstanden die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund psychischer Beanspruchung.

Dabei wurden überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen von Antidepressiva bei Beschäftigten der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege festgestellt. Überhaupt weisen die Beschäftigten im Sozialwesen die meisten stationären und ambulanten Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen und Atemwegserkrankungen auf. Im Vergleich zu anderen Berufen ist der Anteil der in der Pflege Beschäftigten, die eine psychische Störung diagnostiziert bekamen, auffällig hoch. Dies schlägt sich auch in den Fehltagen nieder: Fehltag aufgrund psychischer Störungen treten am häufigsten in der Altenpflege auf (4,5 AU-Tage je Beschäftigten). Das sind fast doppelt so viele wie der Durchschnitt bei allen betrachteten Beschäftigten (2,3 AU-Tage je Beschäftigten). Zudem konnte laut den Autor/innen überzeugende Evidenz dafür gefunden wer-

den, dass muskuloskelettale Beschwerden, Depression, Angst und kardiovaskuläre Erkrankungen durch psychische Arbeitsbelastungen mitverursacht werden (vgl. ebd., S. 27).

Die Beschäftigungsbedingungen und – weitergehend – die Charakteristika von Organisationen stellen demzufolge eine essentielle Stellschraube für den Verbleib von Pflegefachkräften dar. Gelingt es, eine unterstützende Arbeitsumgebung zu schaffen, die eine autonome und professionelle Pflegepraxis in den Vordergrund stellt und diese befördert, erhöht sich einerseits die Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden. Andererseits sinken Komplikations- und Mortalitätsraten bei Patient/innen (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 29ff.). Flankierend werden Maßnahmen zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung benötigt.

Empfehlungen für die FQI 2.0

Die Recherche bundesweiter und internationaler Aktivitäten verdeutlichte die Bandbreite der Ansätze, die geeignet erscheinen, um solch ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu generieren (siehe Stemmer et al., 2016a, S. 32ff; siehe Stemmer et al., 2016b, S. 30f.). Dazu zählen die Bereiche „Personalausstattung und Angemessenheit der Ressourcen“, „Partizipation der Pflegenden“, „Kompetenz und Unterstützung des Managements/ der Führung“, „Kollegiale Zusammenarbeit und Qualität der pflegerischen Patientenversorgung“. Auch die Umstrukturierung von Aufgaben, die Etablierung neuer Berufsgruppen und die Einführung von übergeordneten Konzepten sowie eine gezielte Personalentwicklung scheinen direkt oder indirekt zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Bestrebungen im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement/ Gesundheitsförderung haben ebenfalls einen wesentlichen Anteil. Dabei gilt zu beachten, dass Veränderungsprozesse in eine Gesamtstrategie eingebettet werden sollten. (Strategische) Entscheidungen sollten transparent kommuniziert, Mitarbeiter/innen partizipativ eingebunden werden.

Doch zunächst steht jede einzelne Pflegeeinrichtung vor der Herausforderung und dem Sachzwang, die politisch-strategische Entscheidung zu treffen, wie die Arbeitsbedingungen vor Ort nachhaltig verbessert werden sollen und können, um so den Verbleib des vorhandenen Pflegefachpersonals zu erhöhen und neue Mitarbeiter/innen anzuziehen. Dabei müssen Spielräume identifiziert und konsequent genutzt werden.

Empfehlungen - organisationale Ebene

Auf der organisationalen Ebene bestehen folgende Möglichkeiten, um die Arbeitsbedingungen für die Fachkräfte in der Pflege maßgeblich zum Besseren zu beeinflussen:

- ein transformationaler Führungsstil
- eine wertschätzende Unternehmenskultur
- angemessene Personalausstattung (Quantität, Qualitätsmix) und
- Personalentwicklung.

Transformationaler Führungsstil

Werden unterschiedliche Führungsstile und ihre Auswirkungen auf die Pflegenden betrachtet, so zeigt sich, dass ein beziehungsorientierter Führungsstil am ehesten dazu beiträgt, ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen, die Arbeitszufriedenheit zu steigern und den Verbleib von Pflegefachkräften positiv zu beeinflussen (Cummings, MacGregor, Davey, Lee, Wong, Lo, Muise, Stafford, 2010). Pflegende brauchen starke Führungskräfte, die hinter ihnen stehen und im Arbeitsalltag präsent sind (Martin et al., 2010). Ein transformationaler Führungsstil trägt dazu bei, dass Mitarbeiter/innen sich mehr mit dem Arbeitsplatz identifizieren, ein größeres Engagement zeigen, effizienter arbeiten und weniger häufig den Arbeitsplatz wechseln (Avolio, Zhu, Koh, Bhatia, 2004; Force, 2005; Leach, 2005; Lowe, Kroeck, Sivasubramaniam, 1996 zit. n. ebd.). Außerdem sorgt ein transformationaler Führungsstil für den Aufbau kohärenter, flexibler und dadurch erfolgreicher Teams (Kotter, 1990; Sofarelli & Brown, 1998; Thyer, 2003 zit. n. ebd.).

Eine wertschätzende Unternehmenskultur

Pflegepersonen erwarten Wertschätzung als Ausdruck der positiven Wahrnehmung ihrer Arbeit. Kriterien, an denen Wertschätzung festgemacht werden kann, sind folgende: Würdigung durch die Öffentlichkeit (gesellschaftliche und politische Würdigung), Wahrnehmung durch Kolleg/innen und andere Berufsfeldangehörige (die einrichtungsinterne Perspektive) und das professionelle Selbstbild der Pflegenden. Dabei wird von einer reziproken Einflussnahme dieser Perspektiven aufeinander ausgegangen. Die Gestaltung des Arbeitsfeldes durch Vorgesetzte spielt ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle. Hinsichtlich der Wertschätzung durch Kolleg/innen und Vorgesetzte ist ein deutliches Verbesserungspotenzial zu konstatieren (Hasseler, Stemmer, Macsenaere, Arnold, Weidekamp-Maicher, 2016).

Die Entwicklung der erforderlichen Organisationskultur bedarf dabei der gezielten Unterstützung durch die Leitungsebene. Dies wird auch in der „Charta der Vielfalt“ herausgestellt:

„Im Rahmen dieser Charta werden wir (...) eine Organisationskultur pflegen, die von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung jeder und des Einzelnen geprägt ist. Wir schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Vorgesetzte wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Werte kennen, teilen und leben. Dabei kommt den Führungskräften bzw. Vorgesetzten eine besondere Verpflichtung zu“ (Charta der Vielfalt e. V., 2011 zit. n. ebd., S. 379).

Die Verbesserung der Wertschätzung der Arbeit von Pflegenden kann als Auftrag an die Einrichtungen verstanden werden: Eine dahingehende Änderung der Unternehmenskultur kommt gleichsam einem Paradigmenwechsel gleich und bedingt Veränderungsprozesse auf allen Ebenen einer Organisation. Ausbaufähig sind in Rheinland-Pfalz auch öffentliche Veranstaltungen, die gezielt auf die Wertschätzung von frisch in die Pflege einmündenden Personen, abheben. Ein gutes Beispiel hierzu findet sich u.a. in Baden-Württemberg durch das „Ideennetzwerk Freiburg“.

Ob sich Mechanismen der Wertschätzung, wie sie aus der Produktionsfacharbeit bekannt sind, auf den Dienstleistungssektor der Pflege übertragen lassen, erforschte das Projekt „Pflege-Wert - Optimierung und Innovation in der Altenpflege durch systematisierte Wertschätzung“ (Laufzeit 2009-2012). In dem Verbundprojekt fanden sich zwei Forschungseinrichtungen (MA&T GmbH und dip) und zwei Träger (Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH und Stiftung Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gmünd) mit ihren Pflegeeinrichtungen zusammen.

Unter der Vorstellung, dass Professionalität, Wertschätzung, Anerkennung und Stolz Ressourcen für gute und motivierte Dienstleistungsarbeit sowie eine hohe Dienstleistungsqualität sind, analysierten sie Kernelemente eines wertschätzenden Arbeitsumfeldes. Dabei fanden sie fünf Ebenen, auf denen Mitarbeiter/innen Wertschätzung erfahren können: Erleben von Wertschätzung aus einer fachlich guten und transparenten Arbeit, Erleben von Wertschätzung aus einer guten Kommunikationsbeziehung mit den Kundinnen und Kunden und ihren Angehörigen, Wertschätzung durch Team und Vorgesetzte, Wertschätzung als Bestandteil der Organisationskultur und Wertschätzung durch Gesellschaft und Umwelt. Entstanden sind Handlungsanregungen, die zeigen, wie Sprache im Pflegealltag reflektiert werden kann, wie Erfolgsbesprechungen und Mitarbeiterentwicklungsgespräche wertschätzend geführt werden, was unter einem wertschätzenden Rückmeldemanagement zu verstehen ist, wie die Mitarbeiter/innen in strukturierte Dienstleistungsprozesse eingebunden werden und wie ein wertschätzendes Gesundheitsmanagement und eine wertschätzungsfördernde Öffentlichkeitsarbeit gestaltet werden können.

Personalausstattung

Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist von verschiedenen Aspekten abhängig. Die sinkende Anzahl verfügbarer Pflegefachkräfte, der steigende Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung an pflegerischer Versorgung, gewandelte Anforderungen und Aufgabenspektren z.B. im Hinblick auf Digitalisierung und Bürokratisierung, die Abnahme der Verweildauer in Kombination mit dem Abbau von Krankenhausbetten, die Verlagerung von Pflege in den ambulanten Sektor – all diese Faktoren führen einerseits zu einer Arbeitsverdichtung bei den beruflich Pflegenden (DBfK, 2015, 2011; RWI, 2016). Andererseits geht von der daraus folgenden Rationierung von Pflegeleistungen (z.B. in den Bereichen Mundpflege, Prophylaxen und Hygiene) eine Gefährdung der Patientensicherheit aus (DBfK, 2011). Sowohl die Zusammensetzung der pflegebedürftigen Patienten/innen als auch die Zusammensetzung der pflegenden Personen haben einen Einfluss auf die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen (Görres, Seibert, Stiefler, 2016).

Dabei scheint sich eine ausreichende Pflegepersonalausstattung vorteilhaft auf die Versorgungsqualität auszuwirken: Sie geht mit einer signifikant geringeren Mortalitätsrate einher und ist protektiv bei Infektionen, Stürzen und der Inzidenzrate von Dekubiti. Zudem wird die Verweildauer und die Rate der Wiedereinweisungen gesenkt (RWI, 2016). Im Vergleich des Verhältnisses von Pflegekraft/ zu betreuenden Patient/innen

liegt Deutschland im europäischen Vergleich auf Platz 11 von 12: In Deutschland betreut eine Pflegekraft im Schnitt 9,9 Patient/innen. Ein schlechteres Verhältnis hat nur noch Spanien aufzuweisen, hier versorgt eine Pflegekraft durchschnittlich 10,2 Patient/innen. Zum Vergleich: beim Spitzenreiter Norwegen zeigt sich ein Verhältnis von 1: 3,7 (Simon, 2015).

Ein noch größerer Zusammenhang scheint zwischen der Qualifikation des Pflegepersonals und der Versorgungsqualität zu bestehen: Im Durchschnitt geht eine bessere Personalqualifikation mit verbesserten Ergebnissen einher (RWI, 2016; siehe Stemmer et al., 2016b, S. 26). Um eine gute Versorgungsqualität zu erreichen, ist es erforderlich, auf der Ebene der an der direkten pflegerischen Versorgung beteiligten Personengruppen einen guten sogenannten pflegerischen Care-Mix vorzuhalten. Dabei fasst der Begriff Care-Mix die beiden gängigen Begriffe Staff-Mix (vorliegende oder fehlende formale Qualifikationen) und Skill-Mix (unterschiedlichen Fähigkeiten z.B. im Hinblick auf die Fort- und Weiterbildungen) zusammen und ist in diesem Sinne als übergeordneter Begriff zu betrachten (vgl. Görres et al., 2016, S. 9).

Modelle der Aufgabenneuordnung (Skill-Mix mit gestuften Qualifikationen) und eine Umstrukturierung von Aufgaben/ Arbeitsorganisation (im Sinne von Prozessoptimierung) können zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen (Stemmer et al., 2016a, S. 21f, 32ff; DBfK, 2015, 2011). Veränderungsprozesse müssen dabei wohlüberlegt, durch Analysen vorbereitet und unter frühzeitiger Einbindung aller Beteiligten angestoßen und evaluiert werden. Außerdem bedarf es klarer Rollenzuschreibungen und einer Abgrenzung von Zuständigkeiten und Aufgabenzuschnitten. Eine Personalausstattung (im Sinne von Care-Mix), die angemessen auf die Zusammensetzung der Pflegebedürftigen (Case-Mix) reagieren kann, setzt demnach Anpassungen in der Personalplanung (Quantität) und -ausbildung (Qualität) voraus. Die Chance, die in inhaltlichen und strukturellen Änderungen hinsichtlich der professionellen Rolle der Pflegenden und damit einhergehend der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit liegt, sollte zielgerichteter aufgegriffen und genutzt werden (Stemmer, 2011).

Personalentwicklung

Eine gezielte Weiterentwicklung von Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter/innen vermittelt einerseits selbigen Anerkennung und Wertschätzung. Zudem können auf diesem Weg der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Qualität der pflegerischen Versorgung sichergestellt werden. Andererseits kann das Aufzeigen von Perspektiven, Entwicklungsmöglichkeiten und potentiellen Karrierewegen dazu beitragen, die Attraktivität des Berufes zu erhöhen (mehr Ansehen, höhere monetäre Anreize). Nicht zuletzt trägt eine gezielte Personalentwicklung dazu bei, Mitarbeiter/innen an die Einrichtung zu binden (siehe Stemmer et al., 2016a, S. 36ff; siehe Stemmer et al., 2016b, S. 30).

All diese Elemente werden in Magnetkrankenhäusern explizit in den Blick genommen, weshalb nachfolgend das Entstehungsgefüge und die wesentlichen konzeptionellen Grundlagen des Programms der Magnet-Krankenhäuser umrissen werden.

Das Konzept der Magnetkrankenhäuser

Werden die historischen Entwicklungen in den USA, die zur Etablierung der Magnetkrankenhäuser führten, betrachtet, so finden sich einige Parallelen zur aktuellen Lage in Deutschland¹⁸: Aufgrund der DRG-Einführung und der Ökonomisierung des Gesundheitssektors stiegen die Belegungsraten mit pflegeaufwändigen Patient/innen bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer und der Reduktion von erfahrenem, qualifiziertem Pflegepersonal. Die Pflegequalität verschlechterte sich, kommunikationsintensive Tätigkeiten wie Beratungen konnten weniger oft erfolgen, Pflegende beklagten gar eine Unterversorgung der ihnen anvertrauten Patient/innen. Der Pflegeberuf wurde mit Stress, harter körperlicher Arbeit, wenig Verantwortung und relativ wenig Gehalt verbunden. In der Folge sank das Image des Berufsstandes, eine Vielzahl von Pflegekräften verließ ihren Beruf, Nachwuchskräfte fehlten (Gattig, 2009).

In dieser schwierigen Zeit fiel auf, dass einige Krankenhäuser nicht von Personalfucht und hohen Fluktuationsraten betroffen waren. Im Gegenteil: Sie zogen Pflegekräfte förmlich an und konnten diese auch an sich binden. Die American Academy of Nursing ging diesem Phänomen nach und führte 1983 eine landesweite Studie in Krankenhäusern durch. So konnten Schlüsselemente zum Anwerben und Halten von qualifizierten Pflegekräften identifiziert werden, die sogenannten „Kräfte des Magnetismus“:

18 für einen ausführlicheren Überblick der geschichtlichen Entwicklungen in den USA siehe Gattig, 2009

Magnetkräfte		
1.	Profil der Pflegedienstleitung	• Sie zeichnet sich durch ihre Kompetenz, Erfahrung und Risikobereitschaft aus. • Ihre Pflege- und Führungsphilosophie ist transparent. Weiterhin unterstützt und spricht sie für das Pflegepersonal.
2.	Organisationsstruktur	• Es herrschen flache Hierarchien, das heißt, dass Entscheidungen soweit möglich auf der Stationsebene getroffen werden. • Die Pflegedienstleitung ist im obersten Führungsgremium vertreten.
3.	Managementstil	• Die Pflegekräfte, die sich in den Führungspositionen befinden, können jederzeit angesprochen werden. • Das Pflegepersonal wird dazu ermutigt ihre Meinung zu äußern. Somit wird der ständige Informationsaustausch unterstützt.
4.	Personalpolitik	• Die Schichtrotationen sind minimiert und die Gehälter sind wettbewerbsfähig. Beruf und Familie sind gut miteinander vereinbar. • Weiterhin gibt es Aufstiegsmöglichkeiten. Die Personalpolitik erfolgt unter Einbeziehung des Personals.
5.	Professionelle Pflegemodelle	• Den Pflegenden wird eine hohe Verantwortung in der Patientenversorgung übertragen. • Als „Primary Nurses“ haben sie ihre Handlungen zu verantworten.
6.	Pflegequalität	• Die Pflegekräfte führen die Pflege in hoher Qualität aus. • Die Verantwortung der Führungskräfte liegt darin eine Umgebung zu schaffen, in der qualitativ hochwertig gepflegt werden kann.
7.	Ständige Qualitätsverbesserung	• Eine ständige Qualitätsverbesserung wird als erstrebenswert angesehen. • In die Programme zur Qualitätssteigerung sind die Pflegenden integriert.
8.	Beratung und Ressourcen	• Die gesundheitsversorgenden Organisationen stellen adäquate Ressourcen und Unterstützung bereit. • Die Organisationen unterstützen die Pflegenden zusätzlich bei der Teilnahme in Berufsorganisationen und beim Informationsaustausch unter Kolleg/innen in der Gemeinschaft.
9.	Autonomie	• Auf der Grundlage von professionellen Pflegestandards arbeiten Pflegenden selbstständig.
10.	Interdisziplinäres Arbeiten	• Die kollegiale Zusammenarbeit ist durch einen respektvollen Umgang gekennzeichnet.
11.	Pflegende als Lehrer/innen	• Das Lehren und Anlernen wird mit jeder pflegerischen Arbeit verbunden.
12.	Professionelle Entwicklung	• Für die Pflegenden stehen Schulungen jeglicher Art sowie Karriereemodelle zur Verfügung. • Die persönliche und professionelle Weiterentwicklung werden hoch geschätzt.
13.	Bild der Pflege	• Die anderen Berufsgruppen stufen die Arbeit der Pflegenden als essentiell ein. • Pflegenden stellen einen wesentlichen Bestandteil der Krankenhausorganisation sowie -leistung dar.
14.	Gemeindeorientiert	• Magnetkrankenhäuser sind in der Gemeinde präsent und sind durch ein hohes Ansehen gekennzeichnet.

Tabelle 4. Die 14 Kräfte des Magnetismus (Hommel, 2007 zit. n. Gattig, 2009, S. 17f.)

Es ließen sich auch Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung feststellen. Unter der Prämisse, dass gute Pflege auch zu guten Patientenoutcomes führt, entwickelte deshalb das American Nurses Credentialing Center (ANCC) das sogenannte „Magnet-Programm“, um Einrichtungen anzuerkennen (und letztlich zu zertifizieren), die exzellente Pflege gewährleisten. Das Magnet-Programm basiert auf pflegespezifischen Qualitätsindikatoren, Standards und qualitativen Faktoren. Diese erlauben eine Aussage über die Gesamtqualität der Versorgung einer Einrichtung. Die oben genannten 14 Magnetkräfte wurden ab 2008 schließlich in fünf übergeordneten Kategorien zusammengeführt (ANCC, 2011):

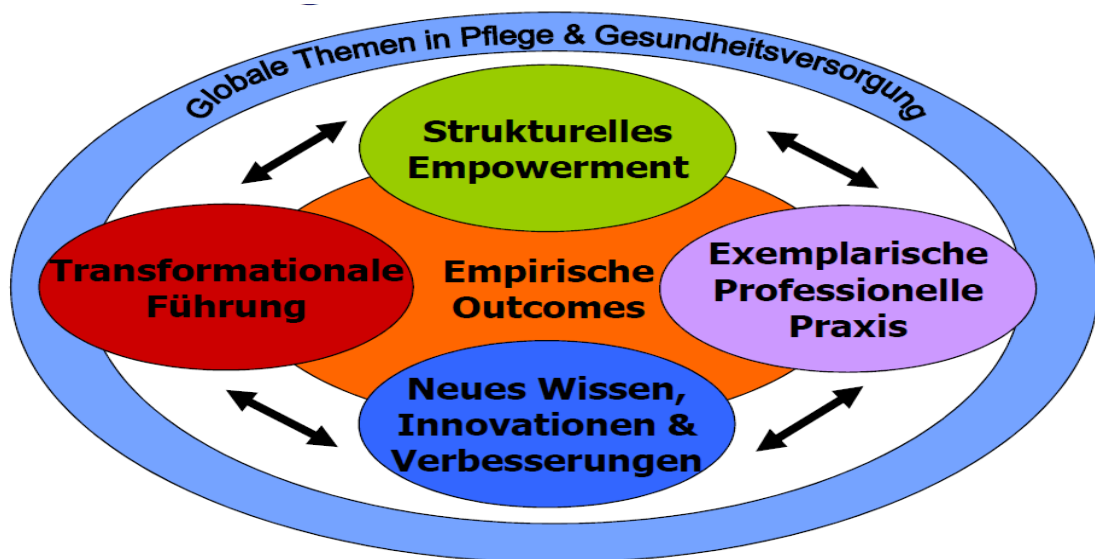


Abbildung 2. Magnet-Modell (American Nurses Credentialing Center (2014) zit. n. Feuchtinger, 2015)

Für die einzelnen Modellbausteine können folgende Prinzipien skizziert werden (Maucher, 2016; Feuchtinger, 2015):

- **Transformationale Führung:** Leitungskräfte sind stark und mutig. Sie schützen und unterstützen das Personal. Es herrscht ein partizipativer Führungsstil vor und die Manager/innen sind präsent und jederzeit zugänglich.
- **Strukturelles Empowerment:** Die Organisationsstrukturen ermöglichen den Pflegenden, sich an Entscheidungsprozessen, die die direkte Patientenversorgung betreffen, zu beteiligen. Das Image der Pflege ist in allen Berufsgruppen positiv und der Beitrag der Pflegenden zur Patientenversorgung wird als unverzichtbar betrachtet.
- **Exemplarische Professionelle Praxis:** meint u.a. die Entwicklung und Implementierung professioneller Pflegemodelle, die Stärkung interdisziplinärer Beziehungen und die Förderung der Autonomie Pflegenden.
- **Neues Wissen:** Pflegequalität wird als Priorität angesehen. Pflegenden sind am Prozess der generellen Qualitätsentwicklung beteiligt – sie beteiligen sich an der Verbesserung der Arbeitsabläufe und arbeiten evidenzbasiert. Die Klinik unterstützt Pflegeforschung.
- **Empirische Outcomes:** das Erreichen der Ziele zeigt sich in Patienten-, Mitarbeiter-, Organisations- und Kundenoutcomes.

Ein Magnetkrankenhaus ist demnach ein Krankenhaus, in dem „Pflegende mit hoher Fachkompetenz exzellente Patientenergebnisse erzielen und die Pflegenden selbst eine große Zufriedenheit und eine geringe Fluktuationsrate aufweisen“ (Feuchtinger, 2015, S.4). Magnethäuser schaffen durch eine offene Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und einen angemessenen Personalmix das bestmögliche Arbeitsumfeld für die Mitarbeiter/innen. So erreichen sie die bestmögliche Qualität der Patientenversorgung (ANCC, 2014 zit. n. Feuchtinger, 2015).

Pflegende in Magnetkrankenhäusern erzielen signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen Berufszufriedenheit, Burnout und der Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen als Pflegende in Nicht-Magnetkrankenhäusern (Kelly et al., 2011 zit. n. Feuchtinger; Aiken et al., 2008; Aiken, Poghossyan, 2009 zit. n. Van den Heede et al., 2013). Auch Krankenhäuser, die nicht explizit durch das ANCC zertifiziert wurden, aber die Strategien der Magnetkrankenhäuser übernahmen, konnten die beschriebenen positiven Effekte verzeichnen (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 30).

Empfehlung

Im Hinblick auf eine Neuausrichtung der FQI 2.0 ist es erforderlich zu prüfen, inwiefern Ansatzpunkte dieses oder ähnlicher Konzepte in rheinland-pfälzische Krankenhäuser übertragen werden könnten.

Dazu bedarf es der Erarbeitung von Handlungsvorschlägen und konkreter Implementierungskonzepte. Unabdingbar dafür ist, dass die (strategische) Entscheidung für eine solche Organisationsentwicklungsmaßnahme von der obersten Leitung in den jeweiligen Einrichtungen getroffen und getragen wird.

Empfehlungen – politische Ebene

In der aktuellen Literatur, die sich mit der Zukunftsfähigkeit von Einrichtungen im Gesundheitswesen auseinandersetzt, wird konstatiert, dass die Kosten für Personal weiter ansteigen werden. Zukunftsfelder, die insbesondere bei der künftigen Planung Beachtung finden sollten, liegen in der Personalbedarfsplanung, der Flexibilisierung des Personaleinsatzes sowie in der Investition in gut ausgebildetes und motiviertes Personal (Volker, Arnold, Friedrich, Eichhorst, 2014). Deshalb sollten für die Ausgestaltung der FQI 2.0 aktuelle Entwicklungen zu folgenden Themen auf der politischen Ebene verfolgt und zum Teil antizipiert werden:

Personalbemessung

Im September 2016 wurde von der AOK europaweit die Entwicklung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen ausgeschrieben (AOK Nordost, 2016). Erarbeitet werden sollen einheitliche Maßstäbe für angemessene pflegerische Maßnahmen in allen Segmenten der stationären sowie ambulanten Pflege, empirisch abgesicherte und valide Instrumente zur Bemessung des Personalbedarfs sowie ein Konzept zu ihrer Erprobung. Der einheitliche Maßstab soll zudem die unterschiedlichen Voraussetzungen in den Einrichtungen berücksichtigen, darunter den sogenannten Case Mix, die organisatorischen Rahmenbedingungen und strukturelle Vorgaben der Bundesländer, wie sie sich aus den regionalen Heimgesetzen ergeben. Die Ausschreibung gliedert sich in drei Arbeitspakete: Die ersten beiden enthalten die Entwicklung der geforderten Instrumente, ihre Erprobung wird in einem dritten Paket gesondert ausgeschrieben. Die Übergabe des Abschlussberichts zum zweiten Arbeitspaket ist für den 30. April 2019 geplant.

Parallel dazu ist derzeit eine Expertenkommission beim Bundesministerium für Gesundheit mit der Thematik Pflegepersonalbedarfsplanung im Krankenhaus befasst. Sie soll bis Ende 2017 Ergebnisse vorlegen, welche Bemessungsgrundlage zur Berechnung einer adäquaten Personalausstattung herangezogen werden kann (für nähere

Informationen und zu Methoden der Personalbedarfsplanung in Deutschland siehe RWI, 2016).

Nicht allein das Berliner Bündnis für gute Pflege, sondern viele Verbände etc. fordern eine umgehende Verbesserung der Personalausstattung: Es könne nicht bis 2020 gewartet werden, sondern ein adäquates Personalbemessungssystem müsse auf schnellstem Wege umgesetzt werden. Aktuell nimmt u.a. der Bundesverband Pflegemanagement das Thema in einer Veranstaltung „Mindestanforderungen an die Personalausstattung in der Pflege. Fachkraftquote in bestimmten Richtlinien.“ auf (Bundesverband Pflegemanagement, 2016).

Empfehlung

Die bundesweiten Aktivitäten zur Personalbemessung sollten für die Modifizierung der FQI einerseits im Blick behalten werden. Andererseits ist die bedarfsgerechte Personalausstattung für den Bereich des SGB XI in §75 (3) SGB XI mit dem Hinweis auf landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte auf Länderebene angesiedelt und ist auch auf dieser Ebene anzugehen.

Bezahlung

Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, müssen auch Fragen der Verdienstmöglichkeiten fokussiert werden: so belegt eine aktuelle Umfrage des Meinungsforschungsinstituts YouGov (Auftraggeber: Deutsche Presseagentur), dass die Bezahlung bei vielen Arbeitnehmer/innen in Deutschland nach wie vor wichtiger ist, als Flexibilität im Job oder eine geringere Arbeitszeit. Fast die Hälfte (47 Prozent) der Befragten würde sich bei einer Neuverhandlung der Rahmenbedingungen am ehesten für mehr Geld entscheiden. Mehr Flexibilität (zum Beispiel durch Home-Office) würden nur 17 Prozent wählen, eine niedrigere Wochenarbeitszeit 14 Prozent und mehr Urlaubstage neun Prozent (siehe NWZ Online, 2016).

Beobachtungen über Pendelbewegungen in grenznahen Gebieten zu Arbeitsplätzen mit höherer Entlohnung legen nahe, dass das Thema Bezahlung auch explizit für die Berufsgruppe der Pflegenden relevant ist.¹⁹

So zeigen erste Erhebungen für die Großregion Saarland-Lothringen-Luxemburg-Rheinland-Pfalz-Wallonie-Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens, dass gut ein Drittel aller Beschäftigten in luxemburgischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten Grenzgänger/innen sind; 13% von ihnen stammen aus Deutschland, die Tendenz ist zunehmend. Dabei stellen bessere Verdienstmöglichkeiten bei dieser beruflichen Entscheidung zur Mobilität einen wesentlichen Antriebsfaktor dar (Lauxen, Larsen, Netzwerk der IBA, 2015).

¹⁹ Für Lohnunterschiede zwischen einzelnen Pflegeberufen und Regionen siehe exemplarisch Bogai, D; Seibert, H.; Wiethölter, D. (2016): Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. IN: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer. Stuttgart. S. 91-107.

Empfehlung

Eine höhere Vergütung der Pflegekräfte verbessert die Attraktivität des Berufsbildes (und damit auch die Bindung an das Berufsfeld) und wirkt dem Fachkräftemangel entgegen. Nicht zuletzt, da eine bessere Entlohnung auch zur Stärkung der gesellschaftlichen Anerkennung des verantwortungs- und anspruchsvollen Berufsbildes Pflege beiträgt. Deshalb ist das Thema Entlohnung in der FQI 2.0 aufzugreifen.

Neues Handlungsfeld: Attraktiver Arbeitgeber sein

Der Pflegesektor steht ebenso mit anderen Branchen im Wettbewerb um Arbeitskräfte, wie die Einrichtungen im Gesundheitswesen untereinander. Deshalb wird empfohlen, bei der weiteren Ausgestaltung der FQI 2.0 ein weiteres, bisher nicht benanntes Handlungsfeld zu berücksichtigen: das Handlungsfeld „Ein attraktiver Arbeitgeber sein“.

Der „War for Talents“ ist in vollem Gange. Vorausschauende Akteure positionieren sich bereits heute medienwirksam als attraktiver Arbeitgeber: Ein positives Markenimage soll so zu einem Wettbewerbsvorteil beitragen und die wachsenden Rekrutierungsbemühungen unterstützen. Bei der Recherche bundesweiter Aktivitäten im Bereich Fachkräftesicherung fiel ein Projekt auf, das diesen Aspekt gezielt in den Fokus nimmt: sich potentiellen Bewerber/innen gegenüber als attraktiver Arbeitgeber zu präsentieren und entsprechend auf dem Arbeitsmarkt zu positionieren.

Die Kampagne und der Internetauftritt „Soziale Berufe kann nicht jeder“ der Diakonie zielen darauf ab, Pflegefachkräftenachwuchs zu gewinnen und informiert Interessierte in aufeinander aufbauenden Schritten über Sozial- und Pflegeberufe. Angeboten werden u.a. ein Blog mit Erfahrungsberichten und Reportagen, Nachwuchs- und Quereinsteigertests, Bewerbungstipps, Berufsberatung über WhatsApp, ein Ausbildungsstättennavigator und im Download-Teil erklärende Filme, Anleitungen und Konzepte (Diakonie Deutschland, o.J.). Die Homepage wurde mehrfach nominiert und ausgezeichnet. Die Diakonie wurde beispielsweise beim trendence Schülerbarometer 2016/2017 (17.000 Schüler/innen der Jahrgangsstufen 8 bis 13) zum dritten Mal in Folge unter die Top 100 der beliebtesten Arbeitgeber/innen Deutschlands gewählt (auf Platz 34) (ebd.). Schäfer (2016) stellte dazu anlässlich einer Veranstaltung mit dem Titel „Wo erreichen wir welche Bewerber?“ der Diakonie fest: „Die wahre Erkenntnis lautet: Social Media Recruiting im Sinne von Active Sourcing führt nur mit hohem Arbeitseinsatz zum Erfolg, aber Employer Branding über Social Media ist machbar und notwendig.“ (S. 27).

Employer Branding im Gesundheitswesen

Erfolgreiche Marken der Privatwirtschaft prägen (bewusst oder unbewusst) das Alltagsgeschehen in unseren Köpfen, im günstigsten Fall werden Markennamen synonym für ein Produkt oder eine ganze Produktgruppe verwendet (z.B. Tempo, Post-It, Tupperware). Mithilfe von Slogans werden bestimmte Werte und Stimmungen transportiert und eine Vision vermittelt, die darauf hinweist, welche Markenstrategie verfolgt wird. Markenbildung findet auch im Gesundheitswesen statt, dies zeigen Werbeslogans wie „AOK – Die Gesundheitskasse“, „Ratiopharm – Gute Preise. Gute Besserung.“ oder

„St. Franziskus Hospital – In guten Händen“.²⁰ Slogans von Unternehmens-, Produkt- oder Leistungsmarken im Gesundheitswesen werben für Zuverlässigkeit, Vertrauen, Glaubwürdigkeit oder Verantwortungsbewusstsein und können als eine Art „Verkaufsversprechen“ angesehen werden (Scherenberg, 2012). Eine Arbeitgebermarke im Gesundheitswesen zu sein, geht jedoch noch einen Schritt weiter.

Die Positionierung und Entwicklung einer identitätsbasierten Arbeitgebermarke wird als Employer Branding bezeichnet. Ausgangspunkt ist die Vorstellung, gleichsam die Vision, die ein Unternehmen von sich hat. Diese wird herausgearbeitet und steht sowohl intern als auch extern im Sinne einer Arbeitgebermarke für die Glaubwürdigkeit des Unternehmens als attraktiver Arbeitgeber (Biernoth, 2016). Die Herausforderung besteht darin, die Einzigartigkeit der jeweiligen Organisation, also ihre spezielle Vision, herauszuarbeiten und dies in einer die Unternehmensmarke spezifizierenden Arbeitgebermarkenstrategie zu transportieren.²¹

Gelingt die Schaffung eines unverwechselbaren Markenbildes (idealerweise orientiert an sozialen Werten und geprägt durch eine hohe Mitarbeiter- und Patientenverbundenheit), das den (potentiellen) Mitarbeiter/innen bekannt ist und positive Assoziationen weckt, so kann dies als nachhaltiger Wettbewerbsvorteil dienen: durch eine hohe Identifizierung mit dem Unternehmen werden Sog- (für neue Mitarbeiter/innen)²², Motivations- und Bindungseffekte (bei bestehenden Mitarbeiter/innen) ausgelöst (ebd., Scherenberg, 2012). Gerade für die Mitarbeiterbindung „birgt eine attraktive Arbeitgebermarke enorme Potenziale, die sich in einer höheren Zufriedenheit, Mitarbeiteridentifikation und Leistungsbereitschaft sowie einem Rückgang der Fluktuation äußern“ (Scherenberg, 2012, S. 121).

Unabdingbar dafür ist jedoch, dass das Markenbild sowohl intern als auch extern gelebt wird: die Vision muss zur Mission, zur Handlungsmaxime werden. Strategieentscheidungen der obersten Führung müssen daran ausgerichtet und mit der repräsentierten Marke im Einklang sein. Dann spiegelt sich die Arbeitgebermarke auch im Verhalten der Mitarbeiter/innen: Können sich Mitarbeiter/innen mit der Unternehmensmarke identifizieren, kommunizieren sie dies und handeln entsprechend (Commitment). Sie werben in der Folge anders für ihr Unternehmen und setzen sich öffentlich stärker für dieses ein, als Mitarbeiter/innen, die sich nicht mit der Einrichtung, in der sie arbeiten identifizieren. Der erfolgreiche Transfer der Unternehmenswerte in das Denken, Fühlen und Handeln der Mitarbeiter/innen wird als Behavioral Branding bezeichnet. Dazu müssen sich die die Arbeitgebermarke konstituierenden Werte auch in der Führungskultur wiederfinden (Leadership Branding) (Biernoth, 2016).

²⁰ vgl. www.slogans.de, www.markenlexikon.com

²¹ für Beispiele aus dem Bereich Gesundheitswesen siehe <http://fachkraeftemangel-altenpflege.de/referenzen/> (unter Projekte) [zuletzt geprüft: 12.12.16]

²² nach dem Resonanzprinzip „Gleiches zieht gleiches an“ (vgl. Scherenberg, 2012)

Empfehlung

Die Themen „Employer Branding“ und „Ein attraktiver Arbeitgeber sein“ sollten demnach ebenfalls in der Überarbeitung der FQI 2.0 berücksichtigt werden: im Wettbewerb um die Gewinnung und den Verbleib von Pflegefachkräften gilt es, sich gegenüber anderen Arbeitgebern innerhalb und außerhalb der Pflegebranche zu unterscheiden und die besonderen Merkmale klar nach Außen abzubilden.

Es ist daher dringend in einem Folgeprojekt zu erarbeiten, wie eine Positionierung als attraktive Arbeitgebermarke im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz gelingen kann.

Neues Handlungsfeld: Attraktive Ausbildung

Werden also die konkreten Arbeitsbedingungen und die Verdienst- und Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege nachhaltig verbessert, so steigert sich die Attraktivität des Pflegeberufes. Im Nachzug werden so realistische Anreize geschaffen, um Nachwuchskräfte anzuziehen und die Retention der vorhandenen Pflegefachkräfte zu erhöhen. Dafür müssen allerdings die tatsächlich in der Praxis vorzufindenden Arbeitsbedingungen so gut sein, dass sie dem Berufsverständnis entsprechen. Diese Impulse müssen bereits in der Ausbildung gesetzt werden.

Die Attraktivität der Arbeitsplätze entscheidet über die Berufswahl. Dabei sorgen Faktoren wie hierarchische Strukturen, das relativ geringe Lohnniveau und ungünstige Arbeitszeiten dafür, dass der Pflegeberuf bei der Berufswahl eine eher nachrangige Rolle einnimmt. Im Jahr 2010 befragte die Technische Universität Dortmund gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut forsa 2.528 Personen zu ihren Einschätzungen zur Pflege und deren Arbeitsbedingungen, dabei richtete sich die Bewertung nach dem Schulnotensystem (sehr gut bis ungenügend): Die Qualität der pflegerischen Dienstleistung wurde in der Studie mit durchschnittlich 3,1 und die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte mit durchschnittlich 2,7 benotet. Kritischer wurden vor allem die Verdienstmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Aufstiegsmöglichkeiten in der Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflege gesehen: Hier wurden Noten um die 4,0 (ausreichend) vergeben (Ciesinger, Goesmann, Klatt, Lisakowski, Neuendorf, 2011 zit. n. Stemmer, Remmel-Faßbender, Schmid, Wolke, 2014).

Vor diesem Hintergrund stellt vor allem die Phase der Berufsorientierung einen relevanten Ansatzpunkt für die Gewinnung von Nachwuchskräften für den Pflegesektor dar. Auf nationaler und internationaler Ebene konnten unterschiedliche Rekrutierungsstrategien gefunden werden. Zielführend erscheint vor allem ein frühzeitiger, zielgruppenspezifischer Zugang, ergänzt um die Schaffung von realistischen, differenzierten Erfahrungen mit gelingender Pflege, die Möglichkeit der Reflexion über die Gründe für einen möglichen Berufseinstieg und das Aufzeigen beruflicher Perspektiven. Dabei werden unterschiedliche Informationskanäle (u.a. Schule, Internet) und Marketingstrategien (z.B. Möglichkeiten zur Ansprache bisher unterrepräsentierter Gruppen wie die Zukunftstage für Jungen oder die Kooperation mit Migrant/innenselbstorganisationen) genutzt. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Berufsorientierung über einen längeren Zeitraum hat sich dabei ebenso bewährt. Ebenso wie Projekte, die einen Peer-to-Peer-Ansatz verfolgen (siehe Stemmer et al., 2016a, S. 6ff.).

Wie der aktuelle Bericht aus der Pflege Nr. 28 „Theorie-Praxis-Transfer in der Ausbildung in den Pflegeberufen“ (SÖSTRA, 2016) verdeutlicht, ist das Thema Ausbildungsabbruch in Rheinland-Pfalz relevant: je nach Berufsgruppe lag die Abbruchquote im Ausbildungsjahr 2014/15 zwischen 17% und 25% (siehe Abbildung 2).

Dabei sind die Gründe für einen Ausbildungsabbruch vielfältig: Neben einer falschen Berufswahlentscheidung stehen die Überforderung mit dem Lehrstoff (einhergehend mit unzureichender Schul- und Allgemeinbildung und mangelnden sozialen Kompetenzen) und persönliche Probleme im Vordergrund (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 21ff; SÖSTRA, 2016).

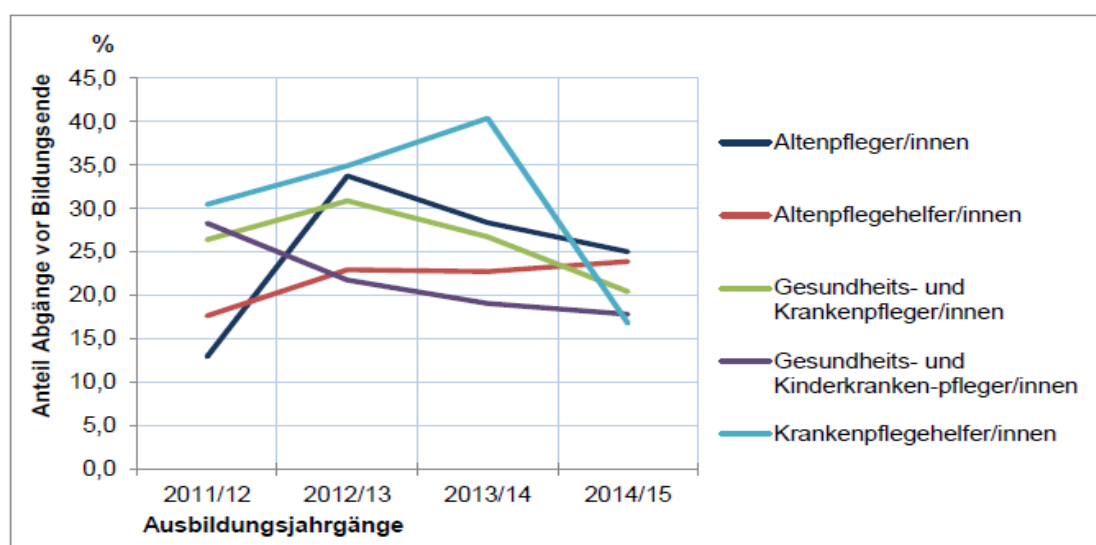


Abbildung 3. Anteil der Abgänger/innen vor Ausbildungsende an den jeweiligen Anfänger/innen eines Jahrganges in Rheinland-Pfalz (SÖSTRA, 2016, S. 8)

Können sich Nachwuchskräfte einerseits frühzeitig mit den Herausforderungen und Anforderungen der Pflegeausbildung auseinandersetzen und eine informierte und reflektierte Entscheidung für eine Ausbildung treffen, so kann dies dazu beitragen die Anzahl der Ausbildungsabbrüche zu verringern. Andererseits werden individuelle, hinsichtlich Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund zielgruppenspezifische Unterstützungsstrategien benötigt, die flankierend während der Ausbildung zur Verfügung stehen, um Nachwuchs, der sich für die Pflege entschieden hat, zu halten (siehe Stemmer et al., 2016b).

Für eine Neuordnung der FQI sollten demnach vor allen Dingen die Ausbildungsbedingungen selbst fokussiert werden. Bisher stand eher die Steigerung der Ausbildungskapazitäten und die Gewinnung von Nachwuchskräften im Vordergrund. Im neu auszugestaltenden Handlungsfeld „Attraktive Ausbildung“ sollte eine andere Schwerpunktsetzung vorgenommen werden: Aspekte wie Vereinbarkeit (z.B. von Ausbildung und Familie) sowie die Implementierung von Unterstützungsstrukturen sind essentiell, um Auszubildende zu gewinnen und zu halten (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 23ff).

Attraktive Ausbildungsbedingungen

Interne und externe Stressoren wie unzureichende Vorbereitung im Hinblick auf Lernmethoden, instabile häusliche Verhältnisse, Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung, das Qualifikationsniveau vor Eintritt in die Ausbildung sowie Differenzen zwischen den theoretisch vermittelten Ausbildungsinhalten und den Erfahrungen in den Praxiseinsätzen haben einen starken Einfluss auf den Verbleib in der Ausbildung (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 21ff.). Für die Ausbildungseinrichtungen ist es daher essentiell, die Bedürfnisse von abbruchgefährdeten Auszubildenden früh zu identifizieren und über Unterstützungsprogramme früh zu intervenieren. Dies erfordert allerdings eine Unterstützungsstruktur, wie sie derzeit an den Ausbildungsstätten kaum implementiert ist: benötigt wird eine proaktive, zugehende sozialpädagogische Beratung. Lehrkräfte können diese Art von Betreuung nur eingeschränkt anbieten. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangt auch der aktuelle Bericht aus der Pflege, in dem dafür plädiert wird, vor allem in der Altenpflege über fachliche Inhalte hinausweisende Unterstützungsstrukturen (z.B. Schulsozialarbeit) zu stärken (SÖSTRA, 2016).

Empfehlung

Benötigt wird die Entwicklung eines Konzeptes, wie in Rheinland-Pfalz unter Einbeziehung vorhandener Strukturen (z.B. ausbildungsbegleitende Hilfen der Bundesagentur für Arbeit) (sozialpädagogische) Unterstützungssysteme in den Ausbildungseinrichtungen ausgestaltet, curricular verankert und implementiert werden können.

Gewandelte Anforderungsprofile

Ein weiterer Fokus sollte auf das Klientel, welches zukünftig für die Pflege gewonnen werden soll, gerichtet werden. Die Anforderungen an Pflegende haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte gewandelt: immer komplexere qualitative und quantitative Pflege- und Versorgungsbedarfe erhöhen die Anforderungen an die pflegerische Versorgung und zugleich auch an die Qualifikation der Pflegefachkräfte. Entscheidungen im pflegerischen Versorgungsprozess müssen schneller und idealerweise auf der Basis evidenzbasierter Grundlagen getroffen werden. Gleichzeitig sind kritisches Denken, der versierte Umgang mit neuen Informationstechnologien und die Fähigkeit zur intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit gefordert. Die veränderten Rahmenbedingungen wirken sich auch auf die Ausbildung und deren Ausgestaltung aus. Neben der Anpassung der Curricula an die sich wandelnden Anforderungen (Fokus: Kompetenzvermittlung), Maßnahmen zur Verbesserung der Lernumgebung sowie einer Neuausrichtung der praktischen Ausbildung (systematischer und geplanter; siehe Stemmer et al., 2016a, S. 7; siehe Stemmer et al., 2016b, S. 20ff), um Auszubildende auf diese Herausforderungen vorzubereiten, sollten jedoch auch folgende Überlegungen einbezogen werden: Vor der Befähigung der Auszubildenden steht die Auswahl derselben. Für die gewandelten Anforderungen braucht es eine andere Klientel, als die bisher vielfach in den Blick genommene. Im internationalen Vergleich erfordert der Zugang zur Pflegeausbildung in der Regel eine 12-jährige Allgemeinbildung. Die in Deutschland geforderte Qualifikation, mittlere Reife bzw. der erfolgreiche Abschluss einer sonstigen

mindestens zehnjährigen allgemeinen Schulbildung (unter bestimmten definierten Bedingungen reicht gar der Hauptschulabschluss oder eine vergleichbare Schulbildung), ist vergleichsweise niedrig (Kälble, Pundt, 2016).

Trotz Handlungsdruck durch den zunehmenden Fachkräftemangel sollten diese Zugangsvoraussetzungen kritisch geprüft werden. Es kann nicht darum gehen, überhaupt Personen für die Pflege zu gewinnen – sondern jene, die sowohl die Ausbildung selbst erfolgreich abschließen als auch im Beruf bestehen können, weil sie die entsprechende „Grundausstattung“ mitbringen. Dazu zählen u.a. eine gute Schul- und Allgemeinbildung, kommunikative Kompetenzen, die Fähigkeit zum kritischen Denken und Fertigkeiten im Hinblick auf wissenschaftliches Arbeiten. (Ältere) Auszubildende mit besseren Qualifikationen beim Eintritt in die Ausbildung haben eine höhere Chance, diese erfolgreich zu beenden. Dergleichen gilt für Auszubildende mit pflegerischen Vorerfahrungen (siehe Stemmer et al., 2016b, S. 23).

Die Forderung, eine andere Klientel zu fokussieren, gilt in besonderer Weise auch für die generalistische Ausbildung: bisher wurden vor allem für die Altenpflegeausbildung andere Menschen in den Fokus genommen, wie dies für die Gesundheits- und Krankenpflege bzw. die Kinderkrankenpflege der Fall war. Zukünftig muss ein Teil der Überlegungen im Hinblick auf zu erfüllende Anforderungsprofile in der generalistischen Ausbildung neu überdacht und ausgerichtet werden, um die Ausbildungsklassen mit geeigneten Kandidat/innen zu füllen und Ausbildungsabbrüche zu vermeiden.

Empfehlung

Im Zuge der Neuausrichtung der FQI 2.0 sollten grundsätzliche Überlegungen stattfinden, auf welche Klientel sich die Bemühungen zukünftig ausrichten soll. Der Fokus sollte darauf liegen, Menschen für die Pflege zu gewinnen und zu halten, die die entsprechenden Voraussetzungen und Kompetenzen mitbringen, um in einem sich wandelnden Arbeitsfeld mit steigenden Anforderungen zu bestehen.

Letztlich müssen aber auch hier die tatsächlich vorzufindenden Ausbildungsbedingungen so gut sein, dass die gewonnenen Nachwuchskräfte einerseits in der Lage sind, die Ausbildung erfolgreich abzuschließen und andererseits eine hohe intrinsische Motivation herausbilden, anschließend in die Pflegepraxis einzumünden.

Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Mit der in Kürze anstehenden Reform des Pflegeberufgesetzes und der damit verbundenen intendierten Einführung einer generalistischen Berufsausbildung sind Umstrukturierungen und deren Auswirkungen in den Blick zu nehmen. Ungeachtet dessen wird an dieser Stelle der Fokus auf die akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte gerichtet.

Nach Jahren verschiedener Modellversuche und Zwischenlösungen steht auch in Deutschland die Möglichkeit der regulären pflegerischen Erstausbildung auf Hochschulniveau vor der Tür. Höher ausgebildete Pflegenden verbleiben länger in der klinischen Praxis und verlassen seltener den Beruf. Der Einsatz von akademisierten Pflegefachpersonen senkt die Mortalitätsraten im Krankenhaus. So besteht beispielsweise

ein Zusammenhang zwischen einem größeren Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss und einer signifikant geringeren 30-Tage-Sterblichkeitsrate nach einem chirurgischen Eingriff: Eine zehnpromtente Zunahme des Anteils von Bachelor-Absolvent/innen führt zu einer um 7% geringeren Mortalität (Stemmer et al., 2016b, S. 26). Das Konzept der erweiterten Pflegepraxis (ANP) ist international gut etabliert (DBfK, 2011). Akademisch qualifizierte Pflegende sind aufgrund erweiterter Kompetenzen z.B. im Bereich wissenschaftliches Arbeiten/ Evidence Based Practice und einer kritisch-reflektierenden Grundhaltung in der Lage, erweiterte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu übernehmen (ebd., S. 27; Stemmer et al., 2016a, S. 23f.). Sie verbessern den Zugang zur Gesundheitsversorgung und können u.a. für Patient/innen mit leichten oder chronischen Erkrankungen sowie bei Routinenachuntersuchungen dieselbe Versorgungsqualität leisten wie Hausärzt/innen. So können zeitliche Ressourcen (seitens der Ärzt/innen) und Kosten für Gesundheitsleistungen eingespart werden (Stemmer et al., 2016a, S. 23ff). Das hier nur knapp aufscheinende Potential akademisierter Pflegenden ist also hoch und keine Einrichtung im Gesundheitswesen in Deutschland kann es sich auf Dauer leisten, dieses Potential zu vernachlässigen.

In Deutschland bedarf es zunächst der Identifizierung von adäquaten Aufgabenfeldern, die eine umfassende und gelingende Abstimmung und Nutzung akademisierter Pflegenden erlaubt: In welchen konkreten Bereichen der klinischen Pflege können akademisierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden? Welche Erwartungshaltung an die Einsatzmöglichkeiten und die Leistungsfähigkeit von Absolvent/innen ist dabei realistisch? Wie können Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie Zuständigkeiten und damit einhergehend Rollen klar identifiziert und deklariert werden? Welche Schritte sind nötig, um eine Integration und Akzeptanz von akademisierten Pflegekräften zu fördern? Mittlerweile liegen auch für Deutschland Beispiele gelungener Umsetzung vor, z.B. zur Integration akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte in Kliniken der Maximalversorgung, zur Rolle akademisch ausgebildeter Pflegeexperten/innen (APN) im Setting der Inneren Medizin, zu den Stolpersteinen und Einsatzmöglichkeiten von Bachelorabsolvent/innen im Setting der Psychiatrie, zur Implementierung eines Pflegekonsildienstes, zum Aufgabenbereich einer Epilepsy Nurse etc. (Stemmer, Rammel-Faßbender, Schmid, Wolke, 2017).

Es gibt also überzeugende Beispiele, dass akademisierte Pflegende auch in Deutschland mit Gewinn in der Patientenversorgung eingesetzt werden können. Es gilt diese Anregungen aufzugreifen und weiterzuentwickeln.

Empfehlung

Für die FQI 2.0 heißt es nun auf der Grundlage und in Weiterführung vorliegender Erfahrungen gezielt auszuloten, wo (Handlungsfelder) und wie (Zuständigkeiten/Befugnisse, Handlungsspielräume) akademisierte Pflegefachkräfte in allen Settings der Pflege und Versorgung in Rheinland-Pfalz eingesetzt und integriert werden können.

Zusammenfassung und Implikationen für die FQI 2.0

Die im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“ betrachteten Bereiche zur Gewinnung und zum Verbleib von Pflegefachkräften sind komplexer Natur und an vielen Stellen wechselseitig aufeinander bezogen. Dies spiegelt sich in der FQI 1.0 in elf Handlungsfeldern und deren Ausdifferenzierung wider.

Diese Komplexität bestätigte sich auch im vorliegenden Projekt „Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz“. Nichtsdestotrotz ließen sich Schwerpunktsetzungen identifizieren und Zusammenhänge abbilden. Dabei kann festgehalten werden, dass der bereits eingeleitete Weg in Form einer breiten politischen Initiative unter Einbeziehung sämtlicher relevanter Akteur/innen obligat ist und unbedingt weiter beschritten werden sollte. Empfohlen wird aber, dass zukünftig Maßnahmen vorangebracht werden, für deren Wirksamkeit empirische Hinweise vorliegen.

Die nationale und internationale Literaturrecherche sowie deren Be- und Auswertung zeigte, dass die bisherige Struktur der FQI mit den elf Handlungsfeldern auf einige wesentliche Anknüpfungspunkte verdichtet werden kann. In der Weiterführung der FQI sollten demnach Schwerpunktsetzungen in den Handlungsfeldern

- Attraktive Beschäftigungsbedingungen (incl. Vereinbarkeit von Familie und Beruf)
- Ein attraktiver Arbeitgeber sein
- Attraktive Ausbildung und
- Weiterentwicklung der Pflegeberufe
-

vorgenommen werden.

(1) Attraktive Arbeitsbedingungen (incl. Vereinbarkeit von Familie und Beruf)

Im Fokus steht die Verständigung der Akteur/innen über eine Verbesserung in den Bereichen Führung, Unternehmenskultur, Personalausstattung und Personalentwicklung. Insbesondere zählen hierzu die Partizipation der Beschäftigten, Wertschätzung und Transparenz von Seiten des Managements/ der Führung und die Förderung der interdisziplinären kollegialen Zusammenarbeit. Es gilt, eine Arbeitsumgebung zu schaffen, die eine autonome und professionelle Pflegepraxis ermöglicht und befördert.

Unsere Recherchen zeigten, dass die Umstrukturierung von Aufgaben verbunden mit dem konzeptionell gestützten Einsatz von Mitarbeiter/innen mit gestuften Qualifikationsprofilen einen Beitrag zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege leisten kann. Aus Sicht der Beschäftigten stellen u.a. Qualifikationsmöglichkeiten (berufliche Perspektive) sowie die Verlässlichkeit und Flexibilität in der Dienstplangestaltung (persönliche Perspektive) relevante Kriterien dar.

Zielgruppenspezifische Angebote im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement / Gesundheitsförderung sind angesichts hoher Krankheits- und Ausfalltage konsequent auszubauen und deren Nutzung zu befördern.

Veränderungsprozesse haben dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie in eine Gesamtstrategie eingebettet werden. Im Hinblick auf die Steigerung der Attraktivität für Pflegende sollten diese zusammenfassend gekennzeichnet sein durch transformationale Führung (starke und präsente Pflegeleitung/Pflegedirektion, partizipativer Führungsstil), strukturelles Empowerment (Pflegende werden an Entscheidungsprozessen, die die direkte Patientenversorgung betreffen, beteiligt), exemplarische professionelle Praxis (Entwicklung und Implementierung professioneller Pflegemodelle, Stärkung interdisziplinärer Beziehungen), neues Wissen (Pflegequalität wird als Priorität angesehen, Pflegende arbeiten evidenzbasiert) und empirische Outcomes (Kontrolle der Zielerreichung über Patienten-, Mitarbeiter-, Organisations- und Kundenoutcomes).

Änderungsprozesse im Hinblick auf die genannten Kriterien sind weitreichend, benötigen Zeit und beeinflussen die gesamte Unternehmenskultur.

Erforderliches Folgeprojekt Magnetkrankenhäuser

Im Hinblick auf eine Neuausrichtung der FQI 2.0 ist es erforderlich zu prüfen, inwiefern Ansatzpunkte des Magnetkonzeptes oder ähnliche Konzepte in rheinland-pfälzische Krankenhäuser übertragen werden könnten. Dazu bedarf es der Erarbeitung von Handlungsvorschlägen und konkreter Implementierungskonzepte. Unabdingbar dafür ist, dass die (strategische) Entscheidung für eine solche Organisationsentwicklungsmaßnahme auf oberster Leitungsebene in den jeweiligen Einrichtungen getroffen und getragen wird.

Personalbemessung

Bundesweite Aktivitäten im Themenfeld Personalbemessung sollten für die Modifizierung der FQI einerseits im Blick behalten werden. Andererseits ist die bedarfsgerechte Personalausstattung für den Bereich des §75 (3) SGB XI mit dem Hinweis auf landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte auf Länderebene angesiedelt und ist auf dieser Ebene anzugehen.

Bezahlung

Eine höhere Vergütung der Pflegekräfte wird die Attraktivität des Berufsbildes (und damit auch die Bindung an das Berufsfeld) verbessern und dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Nicht zuletzt, da eine bessere Entlohnung auch zur Stärkung der gesellschaftlichen Anerkennung beiträgt. Deshalb ist das Thema Entlohnung in der FQI 2.0 nochmals aufzugreifen.

(2) Attraktiver Arbeitgeber

Arbeitgeber und Ausbildungsträger befinden sich in der Rolle eines Bewerbers. Diese Rolle gilt es anzunehmen. Arbeitgeber und Ausbildungsträger müssen sich um Arbeitnehmer/innen bewerben – und stehen dabei in Konkurrenz zu Mitbewerber/innen, d.h. sie sind gefordert ihre jeweiligen Besonderheiten, die von ihnen angebotenen Vorteile etc. im Hinblick auf Pflegende als Zielgruppe herauszuarbeiten, herauszustellen und einzulösen. Dabei geht es nicht um ein vordergründiges Image, sondern um die Entwicklung und Umsetzung einer authentischen inneren und äußeren Haltung.

Gelingt die Schaffung eines unverwechselbaren Markenbildes, kann dies als nachhaltiger Wettbewerbsvorteil dienen. Eine hohe Unternehmensidentifikation befördert Sog-, Motivations- und Bindungseffekte.

Erforderliches Folgeprojekt Employer Branding

Die Themen „Employer Branding“ und „Ein attraktiver Arbeitgeber sein“ sollten demnach neu in die FQI 2.0 aufgenommen werden: im Wettbewerb um die Gewinnung und den Verbleib von Pflegefachkräften gilt es, sich gegenüber anderen Arbeitgebern innerhalb und außerhalb der Pflegebranche durchzusetzen. Es ist daher dringend angeraten, in einem Folgeprojekt zu erarbeiten, wie eine Positionierung als attraktive Arbeitgebermarke im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz gelingen kann.

(3) Attraktive Ausbildung

Es bedarf einer Verständigung mit den Ausbildungsträgern über gemeinsame Ziele zu Maßnahmen, die eine Verbesserung der Ausbildungserfolge in den Pflegeberufen unterstützen (gezielte Maßnahmen zur Förderung der Auszubildenden um Abbruchraten zu senken)! Die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen sollte ein Schwerpunkt werden: Verstärkte Anstrengungen in der Ausbildungsunterstützung und eine bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten sollten durch einen frühen Kontakt zur Zielgruppe flankiert werden. Die Berufsorientierung sollte zu einer realistischen Einschätzung über die Erfordernisse und einem Überblick über die möglichen Perspektiven im Berufsfeld beitragen.

Erforderliches Folgeprojekt Erweiterte Unterstützungssysteme

Es braucht erweiterte Unterstützungssysteme in den Ausbildungseinrichtungen, die u.a. curricular verankert und implementiert werden sollten. Dabei gilt es, bereits existierende Unterstützungssysteme in Rheinland-Pfalz, die sich auf die Ausbildung beziehen, zu integrieren und tragfähige Strukturen für die pflegerische Ausbildung zu schaffen. Dies gilt in besonderem Maße auch für die erwartete generalistische Ausbildung.

(4) Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Einsatz- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegekräfte und auch für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte müssen erweitert werden, um die Attraktivität des Berufsfeldes zu steigern! Die Weiterentwicklung der Pflegeberufe wird befördert, wenn Qualifikationsniveaus Berücksichtigung finden. Erwartungen der Berufspraxis an die Leistungsfähigkeit und die Einsatzmöglichkeiten von Absolvent/-innen müssen austariert werden. Die Klärung adäquater Aufgabenfelder, von Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen sowie eine zielgruppenorientierte Begleitung beeinflusst die Akzeptanz und Integration u.a. akademisierter Pflegekräfte.

Erforderliches Folgeprojekt Akademische Fachkräfte

Für die FQI 2.0 ist gezielt auszuloten, wo (Handlungsfelder) und wie (Zuständigkeiten/Befugnisse, Handlungsspielräume) akademisierte Fachkräfte in der pflegerischen Praxis in Rheinland-Pfalz eingesetzt werden können.

Abschließend ist zu betonen, dass die anvisierten Änderungen in jedem Handlungsfeld jeweils primär strategische Entscheidungen erfordern. Die wahrgenommene Bedeutung der Pflege in den Einrichtungen ist in den letzten Jahren gesunken, exemplarisch sichtbar in dem Abbau originärer Pflegevertretung in den obersten Leitungsgremien. Die in diesem Bericht angestoßenen Veränderungen stellen einen Paradigmenwechsel dar. Nur wenn es gelingt, auf der Ebene der strategischen Entscheidungen die Pflege aus dem Hintergrund in den Vordergrund zu holen, wird dieser Wechsel gelingen.

Das Thema „Attraktivität des Pflegeberufes“ ist schon lange in aller Munde, man denke nur an das (eher wenig beachtete) Jahr der Pflege in 2011. Mit der Neuausrichtung der FQI 2.0 bietet sich die Chance, sich der Herausforderung, den Beruf für Menschen in Rheinland-Pfalz tatsächlich attraktiver zu machen, gezielt und von ganz oben anzunehmen und konkrete Handlungen folgen zu lassen. Die Notwendigkeit zum Handeln besteht – um ein attraktiverer Beruf, ein attraktiveres Bundesland, ein attraktiverer Arbeitgeber zu werden. Dies bedarf zum einen einer glaubwürdigen Ernsthaftigkeit, d.h. einer über eine reine Absichtserklärung hinausgehenden Handlungsbereitschaft, die sich nicht im Unterzeichnen der Vereinbarung 2.0 erschöpft, sondern der Taten folgen. Und zum anderen müssen Projekte oder Strategien zur Fachkräftesicherung in Rheinland-Pfalz langfristig angelegt werden – wobei stets Wirksamkeitsüberprüfungen im Sinne von Evaluationen mitgedacht und von vornherein eingeplant werden müssen.

Zielrichtung künftiger politischer Maßnahmen muss es (weiterhin) sein, Pflegeeinrichtungen auf die drohende Problemlage aufmerksam zu machen und sie weiter zu bestärken sowie zu ermutigen (ganz) neue Wege in der Unternehmens- und Personalführung zu gehen. Nur durch eine Änderung der Unternehmenskultur einschließlich der Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann es gelingen, Beschäftigte an die Unternehmen zu binden, Nachwuchskräfte zu gewinnen und langfristig das Image der Pflegeberufe zu verbessern.

Politisch flankiert werden sollte dies durch die Initiierung von u.a. übergeordneten Diskussions- und Arbeitstreffen der höchsten Entscheider/innen-Ebene. Gemeinsam müssen gezielte Organisationsentwicklungsmaßnahmen vereinbart und die Weiterbildung des Führungspersonals vorangebracht werden. Grundlage sollte eine Vereinbarung aller beteiligten Akteur/innen sein, die ihre Bereitschaft zur Unterstützung und Mitwirkung nicht allein durch eine Unterschrift, sondern durch eine Zusage der Überprüfung vereinbarter Zielsetzungen bestärken und bestätigen. Ein Vorankommen wird maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, die Akteure/innen im weiteren Verlauf der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2.0 ab 2018 in der Umsetzung wirkungsvoller Maßnahmen zu beteiligen. So wird einem Aktionismus vorgebeugt und eine konzertierte, gesteuerte und nachhaltige Fachkräftesicherungsinitiative befördert.

Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität durch Employer Branding (Bericht IV)

Um langfristig sowohl bereits beschäftigte Fachkräfte zu binden als auch neue Mitarbeiter/innen zu gewinnen, müssen sich Unternehmen zukünftig verstärkt als attraktive Arbeitgeber positionieren. Denn ihre Verhandlungsposition gegenüber potentiellen Kandidat/innen ändert sich zunehmend, der Wettbewerbsdruck auch zwischen den Einrichtungen steigt: Nicht nur die Bewerber/innen müssen glänzen, sondern auch der Arbeitgeber. Dies gilt in besonderer Weise für die Gesundheitsbranche. Früher galt beispielsweise, dass ein Krankenhaus, das nicht investiert, dem Tod geweiht ist. Heute gilt zunehmend: „Ein Krankenhaus, das nicht an seiner Reputation arbeitet (...) ist dem Untergang geweiht“ (Siemann, 2011)²³.

Um sich von Mitkonkurrenten abzuheben gilt es, mittels Employer Branding²⁴ „eine unterscheidbare, authentische, glaubwürdige, konsistente und attraktive Arbeitgebermarke“ auszubilden, die die Wahrnehmung des (potentiellen) Arbeitgebers positiv beeinflusst (Queb, 2017). Strategisches Ziel ist, die Bekanntheit eines Unternehmens als attraktiver Arbeitgeber zu steigern: Ähnlich wie bei Produktmarken wird der Versuch unternommen, eine bestimmte Wahrnehmung hinsichtlich der Stellung des Unternehmens im Arbeitsmarkt aktiv und gezielt zu generieren (Trost, 2009). Die Arbeitgebermarke fungiert dabei gleichsam als Versprechen eines Arbeitgebers sowohl an die bestehenden Mitarbeiter/innen als auch an potentielle Bewerber/innen und zeigt auf, welche Attraktivitätsmerkmale ein Unternehmen vorweist. Die Arbeitgebermarke soll folgende Frage klären: Warum soll sich eine talentierte, qualifizierte und motivierte Fachkraft für ein bestimmtes Unternehmen als Arbeitgeber interessieren und diesem über einen längeren Zeitraum erhalten bleiben (Schaffner, 2014)? Die auf den Punkt gebrachte Antwort auf diese Frage spiegelt sich in der sogenannten Employee Value Proposition (EVP) wieder (Michaelis et al., 2001 zitiert nach Trost, 2009): Sie bildet den Kern der Arbeitgebermarke. Gelingt es beispielsweise einem Krankenhaus, seine besonderen Stärken und Leistungen herauszuarbeiten und daraus eine spezifische Arbeitgeberpositionierung abzuleiten, werden u.a. Pflegefachpersonen angezogen, die sich mit dieser Arbeitgebermarke identifizieren. Dabei ist Employer Branding von Personalmarketing oder markanten bzw. originellen Rekrutierungsmaßnahmen sowie Werbekampagnen abzugrenzen. Stattdessen bezieht sich die Entwicklung der Positionierungsstrategie auf die Werte, die Kultur und die Ziele des Arbeitgebers (Schaffner, 2014; Kriegler, 2008; DEBA, 2008a). Die Arbeitgebermarke ist mehr als ein Logo oder ein Leitbild: Beim Employer Branding geht es nicht darum, ein profilstarkes Image aufzubauen. Eine Arbeitgebermarke ist kein künstliches Gebilde – es ist die authentische, fest im Unternehmen verankerte Identität (Schmidt, Kilian, 2012).

²³ Zum Unterschied zwischen Unternehmens- und Arbeitgeberimage siehe exemplarisch Trost, 2009

²⁴ Im Marketing wird eine Marke (Brand) häufig als das mit einem Produkt oder einem Hersteller verbundene, wahrgenommene Mehrwertversprechen definiert (Brandmeyer/Pirck/Pogoda/Prill 2008 zitiert nach Trost, 2009). Eine Marke ist somit die in den Köpfen der Konsumenten verankerte Antwort auf die Frage, warum man sich für ein bestimmtes Produkt oder einen Hersteller entscheiden soll.

Zudem ist eine gute Arbeitgeberpositionierung nicht nur eine Zustandsbeschreibung, sondern immer auch eine zukunftsorientierte, strategische Führungsaufgabe – verbunden mit dem Commitment, die angestrebte Positionierung auch faktisch in Prozessen, Strukturen, Arbeitgeberverhalten und -angeboten umzusetzen (Kriegler, 2008; Bundesverband der Personalmanager e.V. (i.G.), o.J.). Voraussetzung für diesen Organisations- und Personalentwicklungsprozess ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und somit die Partizipation aller Stakeholder (Schaffner, 2014; Dehlsen, Franke, 2009; Kriegler, 2008; DEBA, 2008). Eine erfolgreiche strategische Umsetzung von Employer Branding-Maßnahmen spiegelt sich letztlich in der alltäglichen Erlebbarkeit z.B. im Führungsverhalten, in der Gestaltung der Arbeitswelt, in der internen Kommunikation und in der Personalarbeit wider (Bundesverband der Personalmanager e.V. (i.G.) (o.J.); DEBA, 2008b). Nur so wird sichergestellt, dass (potentiellen) Mitarbeiter/innen nicht etwas versprochen wird, das im Unternehmensalltag nicht oder ganz anders erlebt wird (Schmidt, Kilian, 2012). Dies bedingt in einigen Fällen einen regelrechten Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Unternehmenskultur.

Nachfolgend wird ein Projekt skizziert, wie es exemplarisch in einem Krankenhaus durchgeführt werden könnte. Eine Übertragung auf stationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegeeinrichtungen wäre ebenfalls ein lohnendes Unterfangen, um auch in diesem Sektor Verbesserungen für die Gewinnung und den Verbleib von Pflegefachkräften voranzutreiben. Denkbar wäre auch ein Zusammenschluss von kleineren Einrichtungen, die eventuell den Aufwand oder die Kosten scheuen: so könnte sich beispielsweise regional Anbieter ambulanter und stationärer Pflege gegenüber einer großen Klinik oder die Branche Gesundheitswesen gegenüber anderen Branchen mit einer übergeordneten EVP positionieren.²⁵

Eine projekthafte Implementierung von Employer Branding könnte folgendermaßen aussehen:

Projektziele

- Anstoßen und Umsetzung eines Organisationsentwicklungsprozesses zur Ausbildung und Umsetzung einer authentischen und glaubwürdigen Arbeitgebermarke
- Bereich Mitarbeitergewinnung: Steigerung der Arbeitgeberattraktivität, Reduzierung des Personalbeschaffungsaufwandes mit Verbesserung der Passung von Bewerber/innen und Minimierung des Risikos für Nicht- oder Fehlbesetzungen
- Bereich Mitarbeiterbindung: Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und Identifikation, Senkung von Fluktuationskosten, Bindung von Know-how

²⁵ Schaffner (2014) verweist exemplarisch auf den Branchenverband in Zürich, der bereits auf diversen Social Media-Plattformen ein einheitliches attraktives Bild der Branche kommuniziert. Sie plädiert für die Bildung von Netzwerken: So können Pflegefachpersonen weiterentwickelt und zwischen den Institutionen weitervermittelt werden – gemäß dem Motto: „Wenn wir schon einen guten Mitarbeitenden verlieren, dann soll er wenigstens in der Gesundheitsbranche verbleiben“ (ebd., S.13).

- Bereich Leistung/Engagement und Ergebnis: Verbesserung von Identifikation und Commitment der Mitarbeiter/innen und Führungskräfte mit den strategischen Zielen, Verbesserung von Leistungsmotivation und Loyalität, Stärkung von Eigenverantwortung, Reduzierung des Führungsaufwandes
- Bereich Unternehmenskultur: Arbeitgebermarke ist im Alltag erlebbar, Verbesserung des Arbeitsklimas, Stärkung des Zusammenhaltes, Steigerung der Effektivität der internen Kommunikation
- Bereich Unternehmensimage: Stärkung der Reputation, besseres Abschneiden im Benchmarking mit anderen Arbeitgebern der Region

Projektvorbereitung

Employer Branding ist eine Querschnittsaufgabe, bei der von Anfang an alle beteiligten Disziplinen an einen runden Tisch gebracht werden müssen. Im Krankenhaus arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen mit zum Teil unterschiedlichen Sozialisierungen, Zuständigkeiten und Berufsverständnissen in einem gemeinsamen Arbeitsfeld. Es muss sichergestellt sein, dass alle Stakeholder in den Prozess einbezogen werden und sich mit der letztlich formulierten EVP identifizieren können. Deshalb sind u.a. die pflegerische sowie ärztliche Direktion, die Personalabteilung, die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit, die Innerbetriebliche Fortbildung/ Personalentwicklung und die Geschäftsführung sowie weitere Interessengruppen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.) zu berücksichtigen. Vor allem das Management sollte von Anfang an involviert sein, das gilt auch für das mittlere Management wie die Stationsleitungen. Als obligat erscheint eine (pflege-)wissenschaftliche Begleitung, um die Prozesse zu steuern und laufend zu evaluieren sowie um das Zusammenwirken der verschiedenen Stakeholder im Blick zu behalten.

Bereits vor der Umsetzung von Employer Branding-Maßnahmen sollten hemmende und fördernde Faktoren identifiziert und einbezogen werden. Als essentiell erscheint hier, die Zielsetzung, die Reichweite und den Nutzen der Maßnahmen und die damit verbundene ernsthafte und glaubhafte Absichtserklärung zur Verbesserung der Arbeitgeberqualität (inkl. Wandel der Unternehmenskultur und Verbesserung der tatsächlichen Arbeitsbedingungen) zu kommunizieren. Die Motivation der Zielgruppen kann über ihre Partizipation am Implementierungsprozess verbessert werden. In jedem Fall sollte die Führung befähigt werden, den Organisationsentwicklungsprozess aktiv zu begleiten und zu unterstützen. Nicht zuletzt spielen Faktoren wie die Innovationsfreudigkeit und die vorhandenen Ressourcen des Krankenhauses eine große Rolle: Gibt es geeignete interne Personen oder externe Anbieter, die den Prozess langfristig begleiten und steuern können? Welche Ressourcen können und sollen für den Prozess zur Verfügung gestellt werden? Dabei gilt zu beachten, dass die Bildung einer erfolgreichen Arbeitgebermarke einen Prozess darstellt, der sich über mehrere Jahre hinwegzieht. Der Bundesverband der Personalmanager e.V. (i.G.) (o.J.) nimmt beispielsweise einen groben Zeitrahmen von eineinhalb bis drei Jahren an bis eine Arbeitgebermarke komplett etabliert ist. Das methodische Vorgehen beim Employer Branding ist

als strukturierter zyklischer Prozess zu gestalten (Employer Branding now, 2016; DEBA, 2015; Nagel, 2011; Trost, 2009).

Projektdurchführung

In einer ersten Analysephase wird zunächst der Status Quo und der Bedarf an Employer Branding-Maßnahmen erhoben. Ein klares Bild vom eigenen Image, vom bisherigen Arbeitgeberauftritt sowie den individuellen Stärken des Krankenhauses bildet die Grundlage für die weiteren Schritte. Dazu erfolgt eine systematische Erhebung von Informationen rund um das Krankenhaus als Arbeitgeber aus verschiedenen Perspektiven, denn beim Aufbau einer erfolgreichen Arbeitgebermarke müssen die z.T. unterschiedlichen Interessenlagen der Stakeholder berücksichtigt werden. Dazu werden interne und externe Daten von Mitarbeiterbefragungen, Befragungen der Öffentlichkeit (z.B. Patient/innen, Krankenpflegeschulen, Hochschulen) und von Bewerber/innen analysiert. Bisher eingesetzte Employer Branding-Maßnahmen werden erfasst, ebenso die interne und externe Kommunikation (z.B. Überprüfung der Website, von Personalanzeigen und Auftritten auf Messen etc.). Nicht zuletzt wird festgestellt, welche Maßnahmen konkurrierende Krankenhäuser ergreifen und was sie einzigartig macht (Benchmarking). Der Bedarf des Krankenhauses für die nächsten fünf Jahre wird eruiert, ebenso die anzustrebende Positionierung im regionalen Wettbewerb. Aus dieser Faktenlage heraus gilt es, die ideale eigene Position abzuleiten.

An dieser Stelle erfolgt die Definition der Arbeitgebermarke (EVP) – das Kernstück der Arbeitgebermarkenstrategie: Was macht das Krankenhaus als Arbeitgeber attraktiv? Weshalb sollen sich potentiell geeignete Bewerber/innen für die jeweilige Klinik entscheiden? Um ein Alleinstellungsmerkmal zu definieren, könnten beispielsweise folgende Arbeitgeberereigenschaften berücksichtigt und betont werden (modifiziert und ergänzt nach Trost, 2009):

Angebote	Aufgaben	Unternehmen	Mitarbeiter/innen	Werte
Entlohnung	Sinnhaftigkeit	Standort	Persönlichkeit der Mitarbeiter/innen	Unternehmenskultur
Zusatzleistungen	Enger Kontakt zu Menschen/ Zeit für Patient/innen	Öffentliche Reputation	Qualifikation der Mitarbeiter/innen	Führungsqualität und -leitbild
Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten/ Unterstützung eines Studiums	Interessante Aufgaben und Projekte/ Professionelle Pflegepraxis	Arbeitsplatzsicherheit	Zusammenarbeit/ Teamwork	Vertrauen

Angebote	Aufgaben	Unternehmen	Mitarbeiter/innen	Werte
Work-Life-Balance/ verlässliche Dienstplanungsgestaltung	Innovation	Spezialisierung	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Vereinbarkeit von Familie und Beruf
Arbeitszeitmodelle	Abwechslung		Diversität	Wertschätzende Kommunikation

Tabelle 1: Mögliche Arbeitgebereigenschaften

Die EVP gibt alle folgenden Maßnahmen vor und sollte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/innen des Krankenhauses erarbeitet werden. Hier fließen bestehende Strategien, Ziele, Leitbilder und Werte des Krankenhauses ein. Die EVP sollte realistisch und glaubwürdig im Hinblick auf die eigene Historie²⁶, differenzierend und attraktiv, authentisch und real sein. Sie bildet das Rückgrat der gesamten folgenden internen und externen Kommunikation.

Stehen Ziele, Zielgruppen, Ausgangslage und EVP fest, erfolgt die Planung der Maßnahmen. Die Planung erfolgt im Rahmen eines Gesamtkonzepts. Welche Fachkräfte passen zur Einrichtung? Wie können die relevanten Zielgruppen erreicht werden? Das heißt, wie können Bewerber/innen auf die Einrichtung aufmerksam gemacht und längerfristig für die Einrichtung begeistert werden? Wo sind unattraktive „Haken“? Wie können diese behoben und die Situation verbessert werden? Welche Bereiche können mit besonders geringen Kosten bearbeitet werden, weil sie bereits durch Marketing oder Kommunikation erschlossen wurden? Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um die Botschaften wirkungsvoll in Szene zu setzen? Welche Maßnahmen sind geeignet, um das Markenversprechen zu halten, um gleichsam die Beweisführung für die postulierten Botschaften anzutreten? Unter Berücksichtigung möglichst aller Einflussfaktoren werden konkrete Maßnahmen definiert.

Die Kommunikationsmaßnahmen sollten sich dabei sowohl an externe als auch an interne Zielgruppen richten: Websites, Broschüren, Events und Messen, Anzeigen und PR-Arbeit eignen sich für die externe Kommunikation; Intranet, Informationsflyer, Mitarbeiterveranstaltungen etc., um die Belegschaft zu erreichen. Einen zweiten Schwerpunkt stellen die HR-Maßnahmen rund um den Rekrutierungsprozess und die Personalentwicklung dar. Nicht zuletzt sollte bereits in dieser Phase die Festlegung der Evaluationskriterien erfolgen. Am Ende dieses Schrittes liegt ein verbindlicher Projektplan vor, der spezifische Maßnahmen, die Zeitachse sowie die Ressourcen- und Budgetplanung festlegt und Meilensteine mit Zielen, Teilzielen und Erfolgskriterien zur Evaluation fixiert.

Nach der Freigabe des Projektplanes erfolgt die schrittweise Umsetzung der Maßnahmen. Essentiell auch für diese Phase ist die interne Kommunikation der einzelnen

²⁶ Die Definition der EVP sollte nicht allzu sehr vom aktuellen Arbeitgeberimage abweichen, außer es kann etwas Besonderes angeboten werden, was im Arbeitsmarkt spontan anerkannt und nicht angezweifelt wird (Trost, 2009).

Schritte und von (Teil-)Erfolgen gegenüber der Beschäftigten. Im Laufe dieser Phase erfolgt die erfolgreiche Umsetzung aller Zeit-, Budget- und Zielrahmen. Ziel ist, dass im Krankenhaus ein fundiertes Verständnis und eine breite Akzeptanz des Themas Arbeitgebermarke herrschen und dass die Positionierungsstrategie durch das interne Employer Branding in täglich erlebbare Arbeitgeberqualität verwandelt wird. Der dazu erforderliche Organisationsentwicklungsprozess muss dabei stetig vorangetrieben und angepasst werden.

Ein wesentlicher Aspekt ist die regelmäßige Kommunikation von Projektschritten und -erfolgen sowohl nach innen als auch (im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit) nach außen. Dies generiert zum einen Transparenz über die Verbesserung der Arbeitgeberqualität und sichert zum anderen Aufmerksamkeit – so wandelt sich Schritt für Schritt die Wahrnehmung des Krankenhauses als attraktiver Arbeitgeber

Projektevaluation

Es erfolgt ein fortlaufendes Monitoring von internen und externen Ergebnissen (im Sinne einer formativen Evaluation und Steuerung). Zur Datenerhebung dienen u.a. auch Befragungen von Mitarbeiter/innen (auch von neu eingestellten Fachkräften) oder externen Zielgruppen und offizielle Rankings (Benchmark).²⁷

Die vorab festgelegten Messkriterien zur summativen Evaluation dienen zur Beurteilung des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen. Dazu könnten folgende Kriterien und Kennzahlen herangezogen werden (modifiziert und ergänzt nach Biernoth, 2016; MWVLW, 2016):

Marken-/ Unternehmen- simage/ Arbeitgeberimage	Bewerbungs-/ Einstellungs- prozess	Mitarbeiter/innenbindung
Bekanntheitsgrad des Krankenhauses bei relevanten Zielgruppen (z. B. Absolvent/innen, Schüler/innen)	Anzahl der Bewerbungen - gesamt - von passenden Bewerber/-innen (Right Potentials) auf Stellenausschreibungen - pro Einstellung - pro Einstellung eines Right Potentials - auf Grund von Weiterempfehlung des Unternehmens durch eigene Beschäftigte	Anzahl der Right Potentials, die länger als 1, 5 oder 10 Jahre im Unternehmen verbleiben
Arbeitgeberbewertungen in sozialen Medien	Rekrutierungskosten gesamt	Anteil der Kündigungen von Leistungsträgern/ Verweildauer
Imagewert bei relevanten Zielgruppen (z.B. High Potentials)	Blindbewerbungsindikator	Fluktuationskosten

²⁷ Denkbar ist auch die Verwendung einer erweiterten Employer Branding Scorecard, die eine ganzheitliche Betrachtung der Ergebnisse mittels Verknüpfung von internen und externen Kenngrößen plus wettbewerbsgerichteter Elemente ermöglicht (Nagel, 2011).

Marken-/ Unternehmen- simage/ Arbeitgeberimage	Bewerbungs-/ Einstellungs- prozess	Mitarbeiter/innenbindung
Positionierung im Rahmen eines Arbeitgeberrankings durch Teilnahme an Wettbewerben oder eigene Befragung der relevanten Zielgruppe	Durchschnittliche Vakanzdauer von offenen Stellen	Mitarbeiterzufriedenheit
Anzahl positiver Nennungen des Unternehmens in der Presse	Anzahl angenommener/ abgewiesener Vertragsangebote	Krankenstand
	Zeitdauer von der Bewerbung bis zur Einstellung	Mitwirkung an Firmenaktivitäten
	Anzahl der Bewerbungen auf Grund von Weiterempfehlung des Unternehmens durch eigene Beschäftigte	Mitarbeiter-Engagement-Index

Tabelle 2: Mögliche Kriterien zur Evaluation der Employer Branding-Maßnahmen

Weitere Kennzahlen stellen z.B. der Return-On-Invest der Employer Branding-Kosten und die Gesamtkosten je Einstellung dar.

Employer Branding ist ein Konzept, das auf den langfristigen Aufbau einer Arbeitgebermarke und einer damit einhergehenden erfolgreichen Arbeitgeberpositionierung abzielt. Da diese jedoch sowohl internen als auch externen Veränderungsprozessen unterliegt, ist mit dem Abschluss der letzten Phase des Projektes lediglich der erste Kernprozess abgeschlossen. Es gilt, auch nach Beendigung des Projektes die Arbeitgebermarke kontinuierlich und konsequent weiterzuentwickeln, um die Arbeitgeberqualität und damit die tatsächlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Implementierung des Magnetprogramms

Magnetkrankenhäuser zielen darauf ab, hoch qualifizierte Pflegefachpersonen zu gewinnen und zu halten. Dabei setzen die Verantwortlichen in Magnetkrankenhäusern auf die in den 1980er Jahren von der American Academy of Nursing identifizierten Schlüsselemente zum Anwerben und Halten von Pflegefachkräften, den sogenannten „Kräften des Magnetismus“:

Magnetkräfte		
1.	Profil der Pflegedienstleitung	• Sie zeichnet sich durch ihre Kompetenz, Erfahrung und Risikobereitschaft aus. • Ihre Pflege- und Führungsphilosophie ist transparent. Weiterhin unterstützt und spricht sie für das Pflegepersonal.
2.	Organisationsstruktur	• Es herrschen flache Hierarchien, das heißt, dass Entscheidungen soweit möglich auf der Stationsebene getroffen werden. • Die Pflegedienstleitung ist im obersten Führungsgremium vertreten.
3.	Managementstil	• Die Pflegekräfte, die sich in den Führungspositionen befinden, können jederzeit angesprochen werden. • Das Pflegepersonal wird dazu ermutigt ihre Meinung zu äußern. Somit wird der ständige Informationsaustausch unterstützt.
4.	Personalpolitik	• Die Schichtrotationen sind minimiert und die Gehälter sind wettbewerbsfähig. Beruf und Familie sind gut miteinander vereinbar. • Weiterhin gibt es Aufstiegsmöglichkeiten. Die Personalpolitik erfolgt unter Einbeziehung des Personals.
5.	Professionelle Pflegemodelle	• Den Pflegenden wird eine hohe Verantwortung in der Patientenversorgung übertragen. • Als „Primary Nurses“ haben sie ihre Handlungen zu verantworten.
6.	Pflegequalität	• Die Pflegekräfte führen die Pflege in hoher Qualität aus. • Die Verantwortung der Führungskräfte liegt darin eine Umgebung zu schaffen, in der qualitativ hochwertig gepflegt werden kann.
7.	Ständige Qualitätsverbesserung	• Eine ständige Qualitätsverbesserung wird als erstrebenswert angesehen. • In die Programme zur Qualitätssteigerung sind die Pflegenden integriert.
8.	Beratung und Ressourcen	• Die gesundheitsversorgenden Organisationen stellen adäquate Ressourcen und Unterstützung bereit. • Die Organisationen unterstützen die Pflegenden zusätzlich bei der Teilnahme in Berufsorganisationen und beim Informationsaustausch unter Kolleg/innen in der Gemeinschaft.
9.	Autonomie	• Auf der Grundlage von professionellen Pflegestandards arbeiten Pflegendе selbstständig.
10.	Interdisziplinäres Arbeiten	• Die kollegiale Zusammenarbeit ist durch einen respektvollen Umgang gekennzeichnet.
11.	Pflegende als Lehrer/innen	• Das Lehren und Anlernen wird mit jeder pflegerischen Arbeit verbunden.
12.	Professionelle Entwicklung	• Für die Pflegenden stehen Schulungen jeglicher Art sowie Karriereemodelle zur Verfügung. • Die persönliche und professionelle Weiterentwicklung werden hoch geschätzt.
13.	Bild der Pflege	• Die anderen Berufsgruppen stufen die Arbeit der Pflegenden als essentiell ein. • Pflegendе stellen einen wesentlichen Bestandteil der Krankenhausorganisation sowie -leistung dar.
14.	Gemeindeorientiert	• Magnetkrankenhäuser sind in der Gemeinde präsent und sind durch ein hohes Ansehen gekennzeichnet.

Tabelle 3. Die 14 Kräfte des Magnetismus (Hommel, 2007 zit. n. Gattig, 2009, S. 17f.)

Alle Magnetkräfte führen letztlich dazu, die Profession Pflege im Krankenhaus zu stärken und eine hochqualifizierte Versorgung nach aktuellem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand zu gewährleisten. Malloch und Porter-O'Grady (2006) stellten dabei nach einer Literaturrecherche und der Befragung von Pflegedirektoren (CNOs) vor allem die Magnetkräfte „Profil der Pflegedienstleitung“ (Qualität der pflegerischen Führung), „Pflegetequalität“, „Autonomie“, „professionelle Entwicklung“ und „interdisziplinäres Arbeiten“ in den Vordergrund, um eine exzellente Pflege zu gewährleisten. Diese Gewichtung spiegelt sich auch in der Zusammenführung bzw. Verdichtung der 14 Magnetkräfte wider, die 2008 vom American Nurses Credentialing Center vorgenommen wurde (ANCC, 2011):

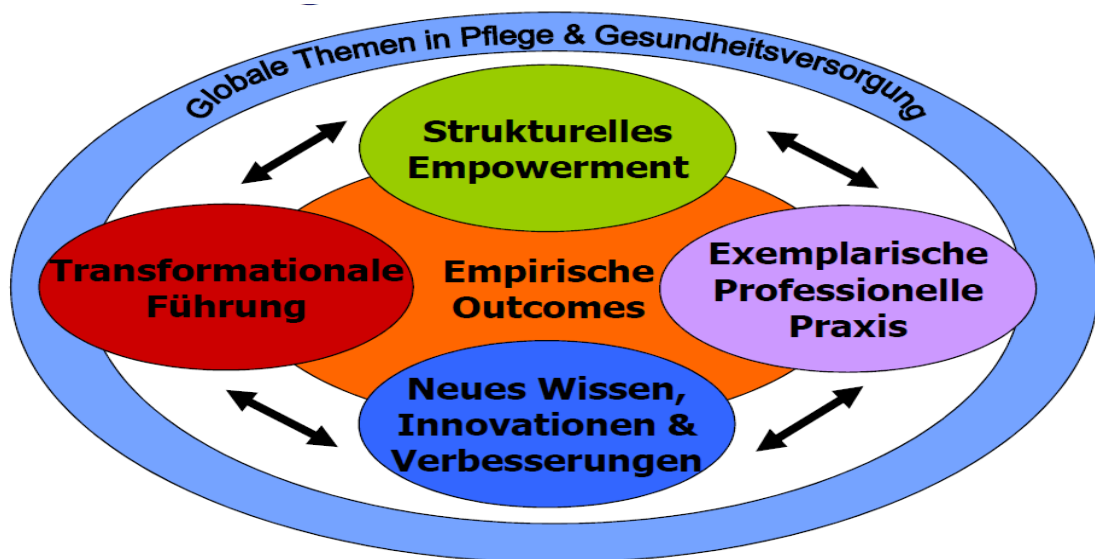


Abbildung 4. Magnet-Modell (American Nurses Credentialing Center (2014) zit. n. Feuchtinger, 2015)

Die Pflegefachpersonen werden als tragende Säule in der Einrichtung dazu ermutigt, ihre Verantwortung verlässlich zu übernehmen. Sie werden dazu befähigt, indem sie in Veränderungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden, von gezielten Maßnahmen der Personalentwicklung profitieren und durch eine entsprechende Führungskultur unterstützt werden.

Eine Zertifizierung durch das American Nurses Credentialing Center ist möglich, aber der Prozess ist sehr langwierig und teuer. Es bestehen sehr hohe Anforderungen z.B. an das Qualifizierungsniveau der Führungskräfte (siehe exemplarisch Christopher, 2015). Überdies: Bei der Implementierung des Magnet-Programmes sollte nicht die Erlangung eines Zertifikates im Vordergrund stehen, sondern die Verbesserung der Patientenversorgung sowie die Akquise und Bindung gut qualifizierter Pflegefachpersonen.

Nachfolgend wird ein Projekt skizziert, um das Magnetprogramm in einem Krankenhaus zu implementieren.

Projektziele

- Sicherstellung der bestmöglichen Patientenversorgung (Exzellenz in der Pflege)
- Akquise und Bindung einer ausreichenden Anzahl gut qualifizierter Pflegefachpersonen durch:
 - Transformationale Führung: Führungskräfte sind sichtbar und ansprechbar, setzen sich für die notwendigen Ressourcen und für eine kontinuierliche Entwicklung von Führungskompetenz auf allen Ebenen ein; Pflege hat Einfluss im Krankenhaus
 - Strukturelles Empowerment: Pflegenden sind an interprofessionellen Entscheidungen und an Aktivitäten zur beruflichen Weiterentwicklung beteiligt; das Krankenhaus unterstützt kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung;

Pflegefachpersonen werden für ihren Beitrag zum Erreichen der strategischen Ziele der Klinik anerkannt

- Exemplarische professionelle Praxis: Pflegende sind an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation evidenzbasierter Pflege beteiligt; sie übernehmen Führungsaufgaben bei interprofessioneller Zusammenarbeit; es liegen überdurchschnittliche Ergebnisse bei Mitarbeiter- und Patientenbefragungen zur Versorgungsqualität vor
- Neues Wissen, Innovation: das Krankenhaus unterstützt Pflegeforschung und Innovationen in der Pflege; Pflegende evaluieren und nutzen Evidenz für ihre Praxis, sie beteiligen sich aktiv an den Verbesserungen der Arbeitsabläufe und der Gestaltung der Arbeitsumgebung
- Empirische Outcomes: Erreichen pflegesensitiver Patientenoutcomes und selbstgesetzter Ziele/Kennzahlen

Projektvorbereitung

Unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung eines solchen Projektes ist die strategische Entscheidung der obersten Geschäftsführungsebene für den erforderlichen Organisationsentwicklungsprozess und die Bereitstellung dazu benötigter personeller, finanzieller und zeitlicher Ressourcen. Um einen Wandel hin zum Magnetkrankenhaus zu vollziehen, bedarf es außerdem der Unterstützung und des Einsatzes aller Stakeholder, da es sich um eine sehr komplexe Aufgabe handelt: Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Hierarchieebenen und Fachbereiche sind einzubinden, zahlreiche (formale und informelle) Prozesse und Strukturen werden tangiert. Deshalb sollten im Vorfeld individuelle, krankenhausinterne hemmende und fördernde Faktoren identifiziert und berücksichtigt werden. Potentielle Hindernisse stellen Unsicherheiten oder Konkurrenzdenken im Hinblick auf die angestrebte Stärkung der Pflegenden dar (z.B. innerhalb der Ärzteschaft). Hier gilt es, alle beteiligten Mitarbeiter/innen von Anfang an über die Ziele des Magnetprogramms und die notwendigen Schritte zu informieren und bei der Umsetzung zu involvieren. Herrscht Transparenz über angedachte zukünftige Rollenzuweisungen und Verantwortungsbereiche der Pflegefachpersonen, können alle Berufsgruppen letztlich „am gleichen Strang ziehen“.

Projektdurchführung

Nach der strategischen Entscheidung für die Implementierung des Magnetprogramms und die Information der Mitarbeiter/innen steht zunächst eine Analyse des Status Quo, die sogenannte Lückenanalyse (ANCC, 2017), an²⁸: Im Vordergrund steht die Frage, welche Magnetkräfte bereits im Krankenhaus zu finden sind und welche Magnetkräfte

28 Ein Beispiel für die Ergebnisse aus einer Lückenanalyse eines US-amerikanischen Krankenhauses findet sich bei Righi, S. (2014): „Das Magnetprogramm hat die Pflege revolutioniert“. Health&Care Management 5(3). S. 48-50. Abrufbar unter: www.holzmann-medienshop.de/go/?action=DocDownload&doc_id=457099 [zuletzt geprüft: 13.02.17]

noch umgesetzt werden müssen. Entscheidend an dieser Stelle ist das Ziel, dass am Ende alle Magnetkräfte vorhanden sind – die jeweilige Ausprägung bzw. Ausgestaltung der einzelnen Faktoren obliegt jedoch dem Krankenhaus, auch begrenzt durch Aspekte der Umsetzbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit vor Ort.²⁹

Neben den Fragen „Welche Prozesse, Strukturen und Personen stehen bereits zur Verfügung?“ (z.B. Art des Führungsstils, Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit, eingesetzte Personalentwicklungsmaßnahmen, umgesetzte interne Pflegestandards, eingesetzte Pflegeexperten/innen etc.), „Wo gibt es noch Entwicklungspotential und was wird dafür benötigt?“ (z.B. Zugang zu Plattformen für pflegewissenschaftliche Veröffentlichungen, Fortbildungskatalog, Assessmentinstrumente, Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen für eine evidenzbasierte erweiterte Pflegepraxis [siehe Kapitel ‚Weiterentwicklung der Pflegeberufe durch Integration akademischer Pflegefachpersonen‘.] etc.) oder „Welche Mitarbeiter/innen stehen zur Verfügung oder müssen noch befähigt werden, um selbständig und eigenverantwortlich Aufgaben übernehmen zu können?“ ist deshalb in dieser Phase zu klären, wo Prioritäten gesetzt und in welcher Reihenfolge die Magnetkräfte bearbeitet werden sollen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich viele Faktoren gegenseitig bedingen, aufeinander aufbauen oder wechselseitig beeinflussen. Zum Teil müssen erst Strukturen geschaffen werden, um die Beteiligung von Pflegefachpersonen in Entscheidungsgremien, die Qualitätsverbesserung der pflegerischen Versorgung, Evidence-based Practice, kollegiale Zusammenarbeit, Pflegeforschungstätigkeiten etc. zu ermöglichen und zu unterstützen. Das Pflegepersonal muss ebenfalls dazu befähigt werden, die neu eingerichtete Infrastruktur zu nutzen, um letztlich eine professionelle Pflegepraxis voranzutreiben (ANCC, 2017).

Eine sorgfältige Projektplanung ist obligat, um einen langfristigen Erfolg sicherzustellen und um zu verhindern, dass einzelne Maßnahmen unkoordiniert ins Leere laufen. Dazu zählt auch die Festlegung von Evaluationskriterien, um Erfolge messen und um steuernd eingreifen zu können.

Um die Mitarbeiter/innen langfristig zu motivieren und ihre Unterstützung zu fördern, stellt die interne (und gegebenenfalls externe) Kommunikation von Teilschritten und Erfolgen eine wichtige Maßnahme dar. Überlegenswert wäre auch, sich im Rahmen des Projektes auf ein einheitliches Kommunikationskonzept zu einigen, um den eingeleiteten Veränderungsprozess zu visualisieren und der gemeinsamen Reise eine bildliche Repräsentanz zu geben (siehe exemplarisch Presbyterian Hospital of Plano, 2008).

29 Ergänzt werden könnte die Lückenanalyse durch eine SWOT-Analyse (=Strengths [Stärken], Weaknesses [Schwächen], Opportunities [Chancen] und Threats [Risiken]), um die Gesamtsituation des Krankenhauses und einzelner Leistungsbereiche zu bewerten. Hieraus könnten sowohl Stolpersteine als auch fördernde Faktoren für eine erfolgreiche Projektdurchführung identifiziert werden.

Projektevaluation

Eingedenk der unter Umständen umfangreichen organisationalen Veränderungen, die mit der Einführung von Strukturen und Prozessen zur Ausgestaltung der Magnetkräfte einhergehen, ist eine begleitende und summative Evaluation des Projektes von enormer Bedeutung. Die konkreten Erfolgskriterien sind neben der Evaluation von klinikspezifischen Outcomes von den Zielen in den Bereichen „Transformationale Führung“, „Strukturelles Empowerment“, „Exemplarische professionelle Praxis“ und „Neues Wissen, Innovation“ abzuleiten.

Tabelle 4 zeigt mögliche Evaluationskriterien auf (modifiziert und ergänzt nach Christopher, 2015; Wagner, 2014):

Pflegesensitive Patienten-outcomes	Pflegefachpersonen	Selbst gesetzte Ziele
Dekubitusinzidenz (Stadium 2)	Wahrnehmung der Mitarbeiter/innen im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen und auf ihre Partizipationsmöglichkeiten	Alle strategischen Entscheidungen werden dahingehend geprüft, inwiefern sie sich hemmend oder fördernd auf den Implementierungsprozess auswirken
Sturz mit Verletzungsfolge/chirurgischer Versorgung	Pflege wird von allen Berufsgruppen positiv wahrgenommen, ihr Beitrag zur Patientenversorgung als unverzichtbar anerkannt	Pflegemanager sind zeitnah erreichbar, die Anliegen der Mitarbeiter/innen werden ernst genommen
Katheterinfektionen (ZVK, Braunülen)	Pflege ist an strategischen Entscheidungen mit Stimmrecht beteiligt, ihre Autonomieförderung strukturell verankert	Quote der weitergebildeten Pflegefachpersonen und der Fachkräfte mit Bachelor-Abschluss
Beatmungsassoziierte Pneumonien	Innovative Praxismodelle sind implementiert (z.B. Primary Nursing)	Alle Personen der mittleren Managementebene verfügen mind. über einen Bachelor-Abschluss
Harnwegsinfektionen/ Blasen-katheterinfektionen	Es liegen Zielvorgaben für umgesetzte und veröffentlichte Forschungsprojekte vor (inkl. Ressourcenplanung)	Führungskräfte der obersten Managementebene verfügen mind. über einen Master-Abschluss
Verweildauer	Teilnahme an Weiterbildungen, in AGs und Projektteams Strukturelle Voraussetzungen zur Etablierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis sind implementiert	Zufriedenheit von Patient/innen, Zuweiser/innen Außenwahrnehmung/ Benchmark

Tabelle 4: Mögliche Evaluationskriterien zur Implementierung des Magnetprogramms

In formativer Hinsicht sind aufeinander aufbauende Aktivitäten und Maßnahmen abzustimmen und deren zeitlicher Verlauf zu kontrollieren. Ein kontinuierliches Monitoring von Teilschritten, Teilerfolgen aber auch auftretenden Problemlagen ist essentiell, eine sorgfältige Dokumentation obligat.

Die Implementierung des Magnetprogrammes ist ein Prozess, der nach Beendigung eines entsprechenden Projektes nicht beendet ist – es gilt, das Ziel der bestmöglichen Patientenversorgung und die Stärkung der Pflegeprofession weiterhin im Blick zu behalten und ausgehend von (Zwischen-)Ergebnissen Maßnahmen abzuleiten.

Weiterentwicklung der Pflegeberufe durch Integration akademischer Pflegefachpersonen

International münden akademische Pflegefachpersonen bereits seit Jahrzehnten in der Pflegepraxis ein. Spezifisches Wissen und erweiterte Kompetenzen erneuern und strukturieren u.a. pflegebezogene Arbeitsvorgänge. Vorhandene Wissensbestände und ihre kontinuierliche Weiterentwicklung durch akademische Pflegefachpersonen führen zu einer verbesserten Patientenversorgung. Dies belegen Studienergebnisse, die zeigen, dass beispielsweise die Mortalitätsrate von frisch operierten Patient/innen maßgeblich sinkt (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Griffiths, Busse, Diomidous, Kinnunen, Kózka, Lesaffre, McHugh, Moreno-Casbas, Rafferty, Schwendimann, Scott, Tishelman, van Achterberg, Sermeus, 2014). Langfristig wird durch den Einsatz von akademischen Pflegefachpersonen die Wahrnehmung von Pflege - und was Pflege zu leisten im Stande ist - im Krankenhaussetting und auch in der Gesellschaft verändert. Eine projekthafte Einführung kann folgendermaßen skizziert werden:

Projektziele

- Neuordnung der Arbeitsteilung und Prozessgestaltung
- Konstitution neuer Formen der Kooperation und interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Innovationsfähigkeit steigern durch Implementierung evidenzbasierter Pflegeinterventionen
- Flexibilität steigern durch Nutzung der Problemlösekompetenz der akademisch qualifizierten Pflegenden
- Verbesserung der Patientenversorgung durch Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis

Projektvorbereitung

Die Implementierung von akademischen Pflegefachpersonen ermöglicht eine Erweiterung der Pflegepraxis. Akademisierte Pflegefachpersonen fungieren als Wissensträger/innen, um empirische Pflegeforschung und die Implementation von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis zu unterstützen und eine hierauf basierende Beratung und Anleitung von Kollegen/innen zu offerieren (DPR, DGP, 2014). Die Erweiterung gründet aber auch auf der Identifizierung von Veränderungspotenzialen und der daraus

folgenden Erstellung und Reflexion von optimierenden Konzepten sowie der Evaluation von Versorgungs- und Betreuungsqualität. Ohne ein innovationsfreundliches, für Veränderungen und Ideen offenes Unternehmen gelingt keine Erweiterung der Pflegepraxis.

Zur Vorbereitung der Etablierung akademischer Pflegefachpersonen müssen Aufgabenfelder, Befugnisse und damit auch die Verortung innerhalb des Organigramms durch die Leitungsebene geklärt werden. Insofern Aufgaben aus dem aktuell ärztlichen Zuständigkeitsbereich übertragen werden sollen, sind in diesen Klärungsprozess auch die ärztliche Leitung und für die Abklärung haftungsrechtliche Fragen auch die Geschäftsführung einzubeziehen. Instrumente zur Übertragung oder Delegation von Aufgaben sind zu entwickeln und in Kraft zu setzen. Dabei ist nicht nur zwischen einem Bachelor- und einem Masterabschluss zu differenzieren, sondern auch die unterschiedlichen inhaltlichen Ausrichtungen (wie klinische Expertise mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Pädagogik, Management) und Studienvoraussetzungen (u.a. Primärqualifizierung, Aufbauqualifizierung) innerhalb der akademischen Grade zu berücksichtigen. Ggf. sind flankierende Unterstützungsmaßnahmen für die Implementierung von hochschulisch Primärqualifizierten (z.B. Traineeprogramme) zu etablieren, um deren Potenzial zu entwickeln.

Für Forschungs-, Beratungs- und Vernetzungsaufgaben, welche von den akademischen Pflegefachpersonen umgesetzt werden, sind zeitliche Fenster und räumliche wie technische Ressourcen einzuplanen. Die Beteiligung an institutionellen Entscheidungsgremien und die Mitwirkung in professionsspezifischen Gremien wie Berufsverbänden ist zu ermöglichen.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung von Akzeptanz durch die eigene Berufsgruppe zu legen. Hier bestehen häufig Ängste, dass die eigene Rolle abgewertet wird. Zu den vertrauensbildenden Maßnahmen gehören neben einer umfassenden Information die Erfahrung, dass die akademisch qualifizierten Kollegen/innen eine Unterstützung und keine Bedrohung darstellen.

Die Implementierung akademischer Pflegefachpersonen sollte vorsehen, dass diese nicht als Einzelpersonen, sondern in Gruppen je Einheit eingeplant werden. Dies gilt in gleicher Weise für Bachelor-, als auch für Masterabsolvent/innen. Von Unterschied kann dabei die Bezugseinheit sein, bei den Bachelorabsolvent/innen gilt dies schon auf Stationsebene, für Masterabsolvent/innen für die Einrichtungsebene. Dies gewährleistet die gegenseitige Unterstützung, fördert die Wahrnehmung gemeinsamer Interessen und birgt das Potenzial, dass die angestrebten Änderungsprozesse auch erreicht werden. Wie wichtig diese Vorgehensweise ist, zeigen vielfältige Erfahrungen mit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die vielfach ohne Effekt verhallen. Die Implementierung ist als mehrjähriger Prozess einzuplanen.

Projektdurchführung

Für hochschulisch primärqualifizierte Pflegende ist eine fachbezogene Einarbeitung nach Erhebung des individuellen Unterstützungsbedarfs durch z.B. Praxisanleitende

umzusetzen. Lerninhalte könnten beispielsweise fachspezifische Kenntnisse und stationsspezifische Pflegeinterventionen sein. Während und nach der Einarbeitung unterstützen hochschulisch primärqualifizierte Pflegende der Bereichs- oder Stationsleitung. Mit ihren Kenntnissen können Einsatzfelder mit klar definierten Aufgabenbereichen im Kontext des Pflegeprozesses zugeordnet und umgesetzt werden. Dazu gehört die Pflegediagnostik, die Auswahl evidenzbasierter Pflegeintervention, die Pflegeevaluation etc.

Zu erwarten ist, dass weitergehende Aufgaben z.B. im Bereich der Pflegeentwicklung eher von akademischen Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss übernommen werden können. In einem Modellprojekt zeigte sich jedoch, dass auch hochschulisch Primärqualifizierte auf Bachelor-Niveau in die Lage versetzt werden können, die Pflege durch einen Theorie-Praxis Transfer und eine Evidenzbasierung der Pflegeinterventionen weiterzuentwickeln – dies gelingt besonders dann, wenn sie durch eine akademische Stationsleitung oder durch die Einrichtung einer Stabsstelle Pflegewissenschaft begleitet und unterstützt werden (Stemmer, Rammel-Faßbender, Schmid, Wolke (Hrsg.), 2017). Eine Einarbeitungsphase ist auch für akademische Pflegefachpersonen mit klinischer Spezialisierung auf Masterniveau notwendig, jedoch nicht unter einem fachbezogenen Fokus. Da Masterabsolvent/innen an weitreichenden Umstrukturierungen des Versorgungsmanagements mitwirken sollen, geht es hier um die Chance theoriebezogenes Wissen im Praxisfeld zu erproben.

Zur Regelung des Informations- und Interaktionsgeschehens ist ein umfassendes Delegationskonzept zu entwerfen. Dieses stellt klar, welche Aufgaben und Tätigkeiten in welchem Umfang durch die akademischen Pflegefachpersonen delegierbar sind und regelt u.a. auch die Kommunikationswege. Verantwortungsbereiche werden voneinander unterscheid- und abgrenzbar.

Akademische Pflegefachpersonen tragen u.a. für den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis Sorge. Der Zugang zu wissenschaftlichen Foren und Publikationen, sowie der Besuch entsprechender Fortbildungen, Seminare und weiterer Veranstaltungen, die auf einen Zuwachs an aktuellen Erkenntnissen abzielen, ist aktiv durch entsprechende technische Ressourcen und zeitliche Freistellung zu gewährleisten. Um (Pflege)Interventionen durch akademische Pflegefachpersonen nach wissenschaftlich-empirischen Erkenntnissen auszurichten, ist eine gesteuerte Neuorganisation oder Modifikation von Interventionen (unter Beteiligung der Leitungsebene) vorzuschalten.

Nach der Auseinandersetzung mit der Frage, welche Befugnisse akademische Pflegefachpersonen zur Versorgung spezifischer Patientengruppen erhalten sollen, bildet sich in der Literatur ein umfassendes Aufgabenspektrum ab. Mögliche Aufgaben akademischer Pflegefachpersonen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen (modifiziert nach Stemmer et al., 2017).

Für eine systematische Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen sind interdisziplinäre Arbeitskreise einzurichten. Hier erfolgt auch die Kommunikation über das berufsspezifische aktuelle Leistungsprofil. Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen sind zu sichern und bilden die Grundlage zur Weiterentwicklung der Prozesse.

Direkte Patientenversorgung	Prozessgestaltung	Weitere Aufgaben im Rahmen erweiterter Pflegepraxis
Durchführung eines umfassenden Patientenassessments, Planung, Umsetzung und Evaluation der Interventionen in bes. komplexen Fällen	Erstellung von Pflegestandards	Nach Anforderung Durchführung von Pflegekonsildiensten Durchführung von internen Audits
Wahrnehmung von krankheits- und gesundheitsbezogenen edukativen Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Prävention und Resilienzförderung) zur Entwicklung und Unterstützung von Selbstmanagementstrategien der Patient/innen (inkl. Schulung von an der Versorgung des Patient/innen beteiligten Angehörigen)	Evaluation pflegerischer Interventionen und Arbeitsorganisation zur Optimierung und Effektivitätssteigerung (Entwicklung einer evidenzbasierten Pflegepraxis)	Teilnahme an und/oder Leitung von Pflegekonferenzen, die sicherstellen, dass alle pflegerelevanten Themen die notwendige Beachtung erhalten Mitwirkung in Entscheidungsgremien Beteiligung an Forschungsarbeit und Veröffentlichung
Fallverantwortliche Bezugsbetreuung vulnerabler Patientengruppen und komplexer Einzelfälle	Systematische Erhebung von Praxisbedarfen und Analyse möglicher Anknüpfungspunkte mit Vorbereitung beteiligter Akteure auf notwendige „Veränderungen“	Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Dienst bei Themen, die bislang vorwiegend den Mediziner/innen vorbehalten sind, z.B. Ernährungsmanagement befördern
Übernahme von ärztlich delegierten erweiterten therapeutischen Tätigkeiten nach Befähigungsnachweis	Unterstützung des Aufbaus einer wissenschaftlich basierten, nachhaltigen und wirksamen Pflege in der jeweiligen Abteilung durch Forschungstätigkeit und Pflege-/Therapieentwicklung Steuerung und Organisation des Entlassungsmanagements Übernahme der Strukturierung des Versorgungsprozesses	Durchführung von Fortbildungen, Schulungen und Fallreflexionen zu klinischen Fragestellungen, u.a. zum Assessment und zum Pflegeprozess Vernetzungsarbeit Beratung und fachliche Anleitung von Kolleg/innen im interdisziplinären Team, sowie Begleitung und Reflexionsangebote zu praxisrelevanten Themen Ethische Entscheidungsfindungen unterstützen (z.B. Analyse des Spannungsfeldes Fürsorge-Entscheidungsfreiheit)

Tabelle 5: Mögliche Aufgabenfelder akademischer Pflegefachpersonen mit klinischer Spezialisierung (Master-Abschluss)

Einrichtungsspezifische Führungskonzepte sind so zu gestalten, dass die akademischen Pflegefachpersonen im hohen Maße an den Entscheidungen partizipieren und einen angemessenen eigenen Entscheidungs- und Handlungsspielraum erhalten. Ebenso sind Führungsstrukturen, -konzepte und Arbeitsorganisationssysteme weiterzuentwickeln.

Nach ca. zwei Jahren, in denen sich tragfähige Kommunikationsstrukturen entwickelt haben, können gezielt abteilungsbezogene Projekte zwischen Leitung, Pflegedirektion und akademischen Pflegefachpersonen initiiert werden.

Projektevaluation

Mit dem Projekt verändern sich berufsübergreifend Aufgaben und ihre Verteilung, die Eigenständigkeit der Profession Pflege und das gesamte Versorgungsmanagement. Um die Effizienz, Qualität und Erfolge nach Einführung der erweiterten Pflegepraxis erheben zu können, ist ein Evaluationsdesign erforderlich, welches auf mehreren Ebenen ansetzt. Neben ökonomischen Kriterien müssen auch Fragen zur Versorgungsqualität, zu den Auswirkungen auf Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie auf das Rollen- und Berufsverständnis der Pflegefachpersonen thematisiert werden. Die nachfolgend vorgestellten Evaluationskriterien beziehen sich auf ein Implementationsprojekt von akademischen Pflegefachpersonen, die eine klinische Spezialisierung auf Masterniveau mitbringen:

Pflegefachperson	Begleitete Berufsgruppe	Unternehmen
Rollen und Zuständigkeiten sind definiert, die Eigenständigkeit und Autonomieförderung der Pflegefachpersonen ist strukturell verankert	Die Unterstützung der Erweiterung der Pflegepraxis ist geleistet; Ansprechpartner/innen und Management sind zeitnah erreichbar, Anliegen werden ernst genommen und bearbeitet	Eine Gruppe von akademischen Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss ist in die Pflegepraxis integriert, Unterstützungssysteme sind implementiert
Strukturelle Voraussetzungen zur Etablierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis sind implementiert	Aktive Beteiligung an Vorhaben/ Projekten der Profession Pflege	Ressourcen zur Unterstützung wissenschaftlicher Forschungsarbeit sind bereitgestellt
Akademische Pflegefachpersonen sind an strategischen Entscheidungen mit Stimmrecht beteiligt, nutzen Partizipationsmöglichkeiten	Der Beitrag von akademischen Pflegefachpersonen zur Erweiterung der Pflegepraxis und Patientenversorgung gilt in allen Berufsgruppen als unverzichtbar	Pflegemodelle sind implementiert, das Versorgungsmanagement optimiert; Strategische Entscheidungen der Unternehmensleitung werden dahingehend geprüft, inwiefern sie sich hemmend oder fördernd auf die Implementationsprozess auswirken
Zielvorgaben für umgesetzte und veröffentlichte Forschungsprojekte liegen vor	Ein berufsgruppenübergreifendes Kommunikationskonzept wird angewendet	Monitoring der Prozessveränderungen und begleitende Reflexions(Arbeits)treffen sind implementiert (Nachjustierung und Erfolgskontrolle)
In (interdisziplinären) Reflexionstreffen sind identifizierte Änderungsbedarfe diskutiert und das gemeinsame Vorgehen vereinbart	Prozesse der Entscheidungsfindung sind systematisiert	Ökonomische Daten (aus dem Controlling) belegen die Effizienz/ den ökonomischen Erfolg des Projektes

Pflegefachperson	Begleitete Berufsgruppe	Unternehmen
		Erfolge und gestiegene Pflegequalität zeigen eine starke Innen- (Mitarbeiter/innen, Patient/innen) und Außenwirkung (Nachfrage, Meinungsbild, Benchmark, Bewerber/innen-Pool)

Tabelle 6: Mögliche Evaluationskriterien zur Implementierung akademischer Pflegefachpersonen mit klinischer Spezialisierung (Master-Abschluss)

Eine Gegenüberstellung des vor Projektstart erhobenen Zustandes mit dem Zustand nach Einführung der Maßnahme lässt Rückschlüsse auf die Entwicklungen und Wirkungen zu. Durch die Analyse wird transparent, welche Effekte durch die Einführung aufgetreten sind. Durch die Veröffentlichung von Erfolgen, Ergebnissen und der Vorgehensweise wird Transparenz generiert.

Attraktive Ausbildungsbedingungen durch Unterstützungssysteme schaffen

Um bereits in der Ausbildung sicherzustellen, dass der Pflegefachnachwuchs gewonnen und gehalten wird, bedarf es einiger Anstrengungen. Abbruchquoten in Rheinland-Pfalz zwischen 17 und 25 Prozent (für das Ausbildungsjahr 2014/15) belegen die Relevanz des Themas. Dabei sind die Gründe für ein Scheitern multidimensional, die Lehrkräfte im Angesicht zeitlicher und fachfremder Herausforderungen überfordert. Individuelle, hinsichtlich Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund zielgruppenspezifische Unterstützungsstrategien werden benötigt (siehe Stemmer, Schimanski-Kahle, Mack, 2016; SÖSTRA, 2016). Zu bedenken sind dabei sowohl die Heterogenität der Auszubildenden als auch zusätzliche Anforderungen durch die voranschreitende Digitalisierung und gewandelte Ansprüche im Angesicht des Zeitalters von Arbeit 4.0. Eine projekthafte Einführung von Unterstützungsangeboten wird im Folgenden skizziert.

Projektziele

- Aufbau von zielgruppenspezifisch ausgerichteten, curricular verankerten Unterstützungsstrukturen in der Pflegeausbildung
- Erhöhung der Zahl der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschlüsse/Senkung der Drop-out-Rate
- Bindung der Auszubildenden an das Haus, so dass sie anschließend als Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen
- Erhöhung der Zahl der (geeigneten) Bewerber/innen für nachfolgende Ausbildungsjahrgänge

Projektvorbereitung

Je nach Größe der Ausbildungseinrichtung und der Anzahl der eingebundenen Kooperationspartner sind unterschiedlich viele Stakeholder im Vorfeld eines Projektes einzubinden. Auch die Pflegekräfte in den Praxisorten, allen voran die Praxisanleiter/innen und Führungskräfte müssen über die Zielrichtung des Projektes informiert und in die Ausgestaltung eingebunden werden.

Projektdurchführung

Die Gründe für einen Ausbildungsabbruch sind vielfältig: Interne und externe Stressoren wie eine unzureichende Vorbereitung der Schüler/innen im Hinblick auf Lernmethoden, instabile häusliche Verhältnisse, Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung, das Qualifikationsniveau vor Eintritt in die Ausbildung sowie Differenzen zwischen den theoretisch vermittelten Ausbildungsinhalten und den Erfahrungen in den Praxiseinsätzen haben einen starken Einfluss auf den Verbleib in der Ausbildung (siehe Stemmer et al., 2016).

Für die Ausbildungseinrichtung ist es daher essentiell, zunächst die Bedürfnisse ihrer Auszubildenden zu identifizieren. Als erster Schritt sollte zunächst die Erhebung des Status Quo in den jeweiligen Jahrgängen erfolgen, um zu eruieren, ob und wie sich die Bedürfnisse und Problemlagen der Auszubildenden parallel zum jeweiligen Ausbildungsstand, den bisher gesammelten Erfahrungen an den verschiedenen Lernorten, den vermittelten Lerninhalten und den bereits erworbenen Kompetenzen unterscheiden und wo Gemeinsamkeiten liegen. Dazu würden sich Fokusgruppengespräche oder Leitfadeninterviews anbieten, aus denen die lokal relevanten zentralen Themenfelder abgeleitet werden können.³⁰ Im Verlauf des Projektes sollten die jeweiligen Kohorten im Sinne einer Längsschnittuntersuchung wiederholt befragt werden, um mögliche Verläufe und Änderungen zu erfassen und um zu evaluieren, inwiefern bereits installierte Unterstützungsstrukturen tatsächlich hilfreich sind bzw. an welchen Stellen diese zu kurz greifen. Neben den Schüler/innen selbst sollten auch die Lehrkräfte, Praxisanleiter/innen und Führungskräfte der mittleren Managementebene (Stations-, Wohnbereichsleitungen) befragt werden, um ein umfassenderes Bild zu erhalten. Auch diese Erhebung sollte regelmäßig wiederholt werden.

Auf der anderen Seite gilt es, bereits vorhandene Strukturen zur Unterstützung der Auszubildenden zu erfassen. Dies könnten die vorgehaltenen Angebote zum Erwerb von Wissen und Kompetenzen sein (ergänzt nach ipp, 2014): Inwiefern fördert das Curriculum die Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung der Auszubildenden, d.h. wie werden Kompetenzen (wie planen, entwickeln, diagnostizieren, reflektieren, beraten, evaluieren, koordinieren und steuern) in der theoretischen und praktischen Ler-

30 In einer Erhebung von Thiele (2016) erwiesen sich beispielsweise folgende Kategorien als Problemfelder für Auszubildende: Akzeptanz und Zugehörigkeit im Team, neuer Einsatz, Schülerrolle haben, Theorie-Praxis-Differenz und Zeugnis als Belastung erleben.

umgebung gefördert? Welchen Umfang im Curriculum nimmt die Kompetenzvermittlung ein und welche Formen des Lehrens und Lernens (inklusive der Anwendung didaktisch-methodischer Prinzipien wie Handlungsorientierung, Problemorientierung, Erfahrungs- und Subjektorientierung) kommen bereits zur Anwendung? Wie werden die Auszubildenden motiviert, sich mit aktuellen Problemen und deren Lösungen auseinanderzusetzen und sich fehlendes Wissen in eigener Initiative anzueignen? Werden die Lernorte lernunterstützend gestaltet (z.B. Nutzung von neuen Medien, Ausgestaltung der Lernerfolgskontrollen, Zeit für selbstorganisierte Lernprozesse)? Werden arbeitsplatzbezogene Lernangebote wie Lerninseln, Lernlabore oder Skillslabs vorgehalten?

Ergänzend sollte die Wahrnehmung des Theorie-Praxis-Transfers erhoben werden (SÖSTRA, 2016): Wie ist die Praxisanleitung im Hause geregelt, gibt es in diesem Bereich zu bearbeitende Problemlagen (Freistellung, Verfügbarkeit, Vorliegen und Umsetzbarkeit eines Anleitungskonzeptes, Regelmäßigkeit der Rückmeldegespräche, Aufbereitung von Anleitungssituationen)? Gibt es sowohl in der Wahrnehmung der Auszubildenden als auch der Fachkräfte eine Diskrepanz zwischen theoretisch vermittelten Inhalten und der Praxis auf Station?

Zudem ist zu erheben, welche Unterstützungsstrukturen bereits etabliert sind: Gibt es ein Vorschlagswesen für Auszubildende? Wird in der Ausbildung ein Fokus auf Gesundheitsförderung und Selbstpflegekompetenz gelegt? Werden Angebote zur sozialpädagogischen Betreuung oder psychologischen Beratung angeboten? Können Strukturen wie der Sozialdienst im eigenen Haus oder in denen der Kooperationspartner/-innen genutzt werden? Wird das Angebot der Bundesagentur für Arbeit für ausbildungsbegleitende Hilfen genutzt? Zu welchen Aspekten und wie unterstützen Lehrkräfte bereits? Sind sie zu Beratungsthemen wie den Umgang mit persönlichen Krisen, kultureller Vielfalt oder speziellen Bedürfnissen der Schülerpopulation etc. geschult? Sind vorgehaltene Beratungsangebote proaktiv, werden sie bekannt gemacht und offensiv angeboten? Wie ist das bisherige Nutzungsverhalten?

Liegt nach der ersten Analysephase ein Bild von den bereits etablierten Unterstützungsstrukturen und den intendierten Bedürfnissen sowohl der Auszubildenden als auch allen anderen unmittelbar an der Ausbildung beteiligten Stakeholder vor, kann in einer nächsten Phase damit begonnen werden, konkrete Maßnahmen zu planen. Dabei müssen Hürden und fördernde Faktoren berücksichtigt werden: Trifft ein solches Projekt die Bedarfe der Auszubildenden oder fühlen sie sich zu Problemfällen stigmatisiert? Sind die Lehrkräfte, Praxisanleiter/-innen und andere Stakeholder motiviert, ein Unterstützungsangebot aufzubauen? Stehen zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung? Welche Maßnahmen können getroffen werden, damit die Angebote genutzt werden? Je nach Bedarfslagen der Auszubildenden gilt es, passgenaue, individuelle Maßnahmen abzuleiten.

Eine denkbare Lösung wäre die Kombination zwischen Angeboten mit Komm-Struktur und verpflichtenden Angeboten, die in den Ausbildungs- und Schulablauf integriert sind. Zu prüfen wäre zunächst, ob ein Teil der Stundendifferenz zwischen den verpflichtenden Einsätzen und den Stunden, die maximal verfügbar sind, für eine Einbin-

derung des erforderlichen Angebotes eingesetzt werden könnte: in drei Ausbildungsjahren müssen 4600 Stunden erbracht werden, zur Verfügung stehen ca. 5100 Stunden. So könnten z.B. 250 Stunden curricular so aufbereitet werden, dass die Herausbildung von Kompetenzen zur Persönlichkeitsbildung und sozialer Kompetenzen zur Bewältigung der Alltagsherausforderungen (sozial-kommunikative Kompetenz, Methodenkompetenz und personale Kompetenz) im Mittelpunkt stehen. Ergänzend dazu könnten verfügbare Zeitkontingente für eine regelhaft angebotene sozialpädagogische oder (schul-)psychologische Betreuung durch extern vermittelte Fachkräfte oder Lehrbeauftragte genutzt werden. Ist ein solches Angebot Bestandteil der Ausbildung, d.h. werden auch zeitliche Freiräume dafür geschaffen, wird zum einen eine Kontinuität der Unterstützung generiert. Zum anderen werden vielleicht Hemmungen abgebaut, wenn ein solches Angebot regulärer Bestandteil der Ausbildung ist (diesem Aspekt wäre im Verlauf des Projektes empirisch nachzugehen). Zu klären wäre, welche Befugnisse und Zuständigkeiten externe Personen haben bzw. wie Rückkopplungswege im Hinblick auf benötigte Unterstützung z.B. gegenüber Lehrkräften oder Praxisanleiter/innen aussehen könnten.

Projektevaluation

Je nachdem, welche Maßnahmen in der jeweiligen Ausbildungsstätte umgesetzt werden, müssen entsprechende Erfolgskriterien festgelegt werden, um das Projekt zu steuern bzw. eine abschließende Beurteilung über Erfolg oder Misserfolg treffen zu können. Mögliche Erfolgskriterien sind:

Auszubildende	Unterstützungsstrukturen	Selbst gesetzte Ziele
Zufriedenheit (v. a. im Hinblick auf die Ausbildungsbedingungen)	vorgenommene Anpassungen am Curriculum	Anzahl der im Haus übernommenen Pflegefachpersonen nach Bestehen des staatl. Examens
Zahl der Abbrüche/ Zahl der erfolgreichen Abschlüsse	Veränderte Prozesse (Praxisanleitung, Vermittlung von Kompetenzen in Theorie und Praxis, Lernortgestaltung, eingesetzte Methoden)	Anzahl der (geeigneten) Bewerbungen auf freie Ausbildungsplätze
Nutzungsverhalten hinsichtlich der Angebote (Welche Strukturen/ Angebote werden wann durch wen wie oft genutzt?)	eingerrichtete Strukturen (z.B. interne oder externe sozialpädagogische/ schulpsychologische Beratungsangebote), Anzahl der Schulungen	Bewertungen der Ausbildungseinrichtung in sozialen Medien
Kontinuität der Inanspruchnahme/ Tendenzen im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf	Erhebung der bearbeiteten Problemlagen (Kategorie, Häufigkeit, zeitlicher Rahmen, getroffene Maßnahmen, Erfolg)	

Tabelle 7: Mögliche Erfolgskriterien nach Implementierung von Unterstützungsstrukturen in der Pflegeausbildung

Zuwanderung

Trotz Personalmangel war 2015 für mehr als die Hälfte der Pflegebetriebe (ohne Rekrutierungserfahrung im Ausland) die Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland keine Option. Gemäß einer Studie der Bertelsmann-Stiftung wurden ein zu hoher Aufwand, Kosten und zu hohe rechtliche Hürden als Gründe angegeben (Bonin, Ganserer, Braeseke, 2015). In der Studie wurden 600 Arbeitgeber/innen befragt: 83 Prozent der Unternehmen mit Anwerbeerfahrung sind bei ihren Bemühungen auf bürokratische Hemmnisse und zwei Drittel auf Probleme bei der Anerkennung von Qualifikationen gestoßen. 60 Prozent der Betriebe gaben an, Schwierigkeiten mit der Einwanderungserlaubnis für Drittstaatler/innen gehabt zu haben.

Nichtsdestotrotz liegen auch Erfahrungen aus Projekten vor, die zeigen, dass Möglichkeiten und Wege bestehen, um Pflegefachpersonen aus dem Ausland zu gewinnen und zu halten. Entsprechende Projekte fokussierten ihre Anwerbeaktivitäten auf Drittstaaten wie Indien, Vietnam, Philippinen, Korea und China. Über Entwicklungspartnerschaften wurden Kooperationsverträge unter Berücksichtigung kultureller, sprachlicher, fachlicher und organisatorischer Aspekte abgeschlossen.

Vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie wurde ein Kriterienkatalog vorgestellt, der zur Bewertung von Chancen und Hemmnissen einer gesteuerten Zuwanderung von Pflegefachpersonal nach Deutschland herangezogen werden kann (Bauer, Mennicken, Otten, Scheuer, Stroka-Wetsch, Talmann, 2012). Er umfasst Aspekte des Ziellandes Deutschland, des Herkunfts-/ Entsendelandes und zu den Migranten/innen selbst, die im Vorfeld in die Überlegungen zu einem solchen Akquiseprojekt eingebunden werden sollten.

Aktuelle Handlungsempfehlungen für Unternehmen (aus einem Projekt zur Gewinnung von vietnamesischen Pflegefachpersonen) sind nachfolgend zusammengefasst dargestellt (Peters, Hofmann, Braeseke, Keller, Stöcker, 2016), ein nachhaltiger Erfolg allerdings noch nicht gesichert.

Anwerbung	Sprache	Aufenthaltserlaubnis und Arbeitsmarktzulassung
Kontaktaufnahme zur Arbeitsverwaltung (ZAV) in Deutschland und zu großen Ausbildungseinrichtungen (Colleges) für Krankenpflege vor Ort, um gezielt bei den Absolvent/innen zu werben.	Kontakte knüpfen zu anerkannten Sprachkursträgern. Der grundlegende Sprachkurs ist um ein Fachsprachmodul Pflege zu erweitern.	Für Bürger/innen aus Drittstaaten muss die Bundesagentur für Arbeit ihre Zustimmung erteilen, bevor eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden kann.
Es sind Reisen für weiterführende Kennenlern- und Abstimmungsgespräche in das Herkunftsland einzuplanen.	Erste Orientierung bietet ein Sprachtest auf der Website des Goethe-Institutes	Bürger/innen aus Drittstaaten benötigen für die Einreise nach Deutschland ein Visum, zu beantragen in der deutschen Botschaft des jeweiligen Landes.

Anwerbung	Sprache	Aufenthaltserlaubnis und Arbeitsmarktzulassung
Potenzielle Kandidaten/innen können über die Teilnahme an u.a. Recruitingmessen gewonnen werden.	Einsatz von (muttersprachlichen) Mentoren/innen im Unternehmen, die auch bei privaten Angelegenheiten Unterstützung bieten.	Unabhängig vom Herkunftsland muss eine Anmeldung beim Einwohnermeldeamt erfolgen (spätestens eine Woche nach Umzug).
	Kontaktaufnahme/ -vermittlung zum Kulturverein	Innerhalb von drei Monaten nach Einreise müssen Bürger/innen aus Drittstaaten bei der Ausländerbehörde des Wohnortes einen Aufenthaltstitel beantragen.

Tabelle 8: Handlungsempfehlungen zum Thema Zuwanderung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland

Die sich wechselseitig bedingende sprachliche und kulturelle Integration stellte sich als essentieller Faktor für den Erfolg des Pilotprojektes heraus: Als zentral und wichtig scheint demnach der Einsatz von Trainertandems, welches aus einer/m deutschen und einer/m muttersprachlichen Trainer/in besteht. So ist bei Verständnisproblemen eine zeitnahe Übersetzung möglich und zu beiden relevanten Zielkulturen eine hohe Expertise gegeben (ebd.).

Zusammenfassend stellen die Anstrengungen zur Gewinnung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland bislang eher Suchbewegungen dar, so dass noch kein erprobtes spezifisches Vorgehen empfohlen werden kann.

Zusammenfassung

Der vorliegende vierte Bericht zum Projekt Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz stellt abschließend Konkretisierungen möglicher Zukunftsprojekte zu den Themen

- Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität durch Employer Branding
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Implementierung des Magnetprogramms
- Weiterentwicklung der Pflegeberufe durch Integration akademischer Pflegefachpersonen
- Attraktive Ausbildungsbedingungen schaffen durch Unterstützungssysteme

vor. Es stehen somit Hinweise und aufgearbeitete Vorgehensweisen evidenzbasierter nationaler und internationaler Projekte zur Verfügung, die für konkrete Projektvorhaben in Rheinland-Pfalz genutzt werden können. Vor allem die ersten drei Projektkonkretisierungen zum Employer Branding, zum Magnetprogramm und die Implementierung akademisierter Pflegefachpersonen zielen hauptsächlich auf eine langfristige Bindung und den Zugewinn neuer Pflegefachpersonen ab und könnten in unterschiedlicher Weise miteinander verknüpft werden bzw. aufeinander aufbauen.

Die Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität durch Employer Branding

Im stärker werdenden Wettbewerb müssen sich Unternehmen zukünftig als attraktive Arbeitgeber positionieren. Dies gelingt u.a. durch eine Verbesserung der Reputation und der Entwicklung einer unterscheidbaren, authentischen, glaubwürdigen, konsistenten und attraktiven Arbeitgebermarke mit klaren werte- und kulturorientierten Positionierungsstrategien. Ein Projekt in diesem Bereich berücksichtigt die Interessen aller Stakeholder und ist methodisch darauf ausgerichtet, das Diversitätspotenzial zu nutzen. Oberstes Gebot ist die Verbesserung der tatsächlich vorzufindenden Arbeitsbedingungen, um das gegebene Markenversprechen zu halten. Die Wirkungen eines Employer Brandings sind systematisch zu erfassen und zu bewerten, Evaluationskriterien wurden vorgestellt.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Implementierung des Magnetprogramms

Pflegefachpersonen sind die tragende Säule im Versorgungs- und Genesungsprozess der Patient/innen. Um diese in ihrer Arbeit zu stärken und zu fördern, unterstützen strukturell verankerte „magnetkraftorientierte“ Unternehmens- und Leitungsstrategien die Neuausrichtung bestehender Prozesse, die Einführung neuer Maßnahmen und tragfähiger Lösungen. Die beständige Verbesserung der Pflegequalität hat dabei oberste Priorität. Pflegefachpersonen sind dabei zu unterstützen, ihre Arbeit selbstständig und verantwortungsvoll, nach hohen Maßstäben sowie unter Ausrichtung an aktuellen Erkenntnissen der (Pflege-)Wissenschaft erbringen zu können. Hierfür sind

eine entwicklungsfördernde Personalpolitik und eine freie, aber respektvolle Kommunikationskultur auszubilden. Alle Maßnahmen führen letztlich dazu, die Profession Pflege zu stärken und eine hochqualifizierte Versorgung nach aktuellem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand zu gewährleisten. Obligatorisch ist die Festlegung von Evaluationskriterien, um Erfolge zu messen und um steuernd eingreifen zu können.

Weiterentwicklung der Pflegeberufe durch Integration akademischer Pflegefachpersonen

Die Implementierung akademischer Pflegefachpersonen zielt grundsätzlich auf eine von der Unternehmensleitung getragene Erweiterung der Pflegepraxis durch ein verändertes Versorgungsmanagement, die Erweiterung von Befugnissen und Handlungsautonomie sowie erweiterte Mitbestimmungsrechte für die Profession Pflege ab. Einrichtungsspezifische Führungskonzepte sind so zu gestalten, dass akademische Pflegefachpersonen im hohen Maße an strategischen Entscheidungen beteiligt werden und einen angemessenen breiten eigenen Entscheidungs- und Handlungsspielraum innehaben. Akademische Pflegefachpersonen mit Masterqualifikation arbeiten unmittelbar mit den Patient/innen, schulen ihre Kolleg/innen, beteiligen sich an Entscheidungsprozessen, unterstützen die effektive und effiziente Gestaltung von Prozessen, stellen wissenschaftliche Erkenntnisse bereit und nutzen evidenzbasiertes Wissen in ihrer täglichen Arbeit. Ihre Reflexion des Versorgungsprozesses deckt Bedarfe auf, für die qualitätsfördernde Lösungskonzepte entworfen und umgesetzt werden. Die Zusammenarbeit aller am Versorgungsprozess beteiligter Akteur/innen mit klar abgestimmter Zielführung wird durch eine strukturell verankerte Kommunikationskultur und ein entsprechendes Handeln der Führungskräfte unterstützt.

Attraktive Ausbildungsbedingungen schaffen durch Unterstützungssysteme

Eine Möglichkeit, um die Attraktivität von Ausbildungsbedingungen zu erhöhen, besteht darin, die Auszubildenden stärker und individueller zu unterstützen. Zielgruppenspezifische, bedarfsgerechte Unterstützungssysteme helfen, Abbruchraten abzusenken und den Verbleib im Unternehmen nach der Ausbildung zu steigern. Denkbar wäre eine Kombination von Strukturen mit Komm-Charakter (sozialpädagogische Beratung, [schul-] psychologische Begleitung) einerseits und die curriculare Verortung von Angeboten zur Persönlichkeitsbildung und dem Erwerb sozialer Kompetenzen zur Bewältigung der Alltags Herausforderungen (sozial-kommunikative Kompetenz, Methodenkompetenz und personale Kompetenz) andererseits. Entsprechende Möglichkeiten sind einrichtungsindividuell zu eruieren und zu etablieren, eine begleitende Evaluation (möglicherweise getrennt nach Ausbildungsjahrgängen) erlaubt eine zeitnahe Nachsteuerung des Projektes.

Ergänzend zu den Projektskizzierungen sind in Kapitel ‚Zuwanderung‘ aktuelle Erkenntnisse aus Pilotprojekten im **Themenfeld Zuwanderung** als Handlungsempfehlungen dargestellt. Schlüsselemente für eine erfolgreiche Anwerbung und dauerhafte Beschäftigung von Menschen aus dem Ausland für eine Tätigkeit im Berufsfeld Pflege scheinen die enge Begleitung durch Mentoren/innen und die Bereitstellung von kultursensitiven Integrations- und Sprachangeboten zu sein.

Literaturverzeichnis Bericht I

agentur mark GmbH (2013): Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege. Qualifizierungsbedarfe von Beschäftigten in der Altenpflege mit Migrationshintergrund. Teil II – Mitarbeiterbefragung. abrufbar unter: http://www.agenturmark.de/fileadmin/agentur-mark/Regionalagentur/Altenpflege/Befragung_Pflege_T2_Mitarbeiter.pdf [zuletzt geprüft: 22.06.2016]

Alexianer Köln GmbH (2010): Therapiemanagement durch den Pflegedienst. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/alexianer-krankenhaus-koeln-therapiemanagement/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das durch Artikel 34 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/alt-pflg/BJNR151310000.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

ASER: Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e.V. (ASER) (o.J.): Good Practice Datenbank. 7/7-Arbeitszeitmodell für mehr Work-Life-Balance in der stationären Altenpflege. abrufbar unter: <http://www.good-practice.org/out.php?idart=17&dbstart=0&dbid=405&dbaction=view> [zuletzt geprüft: 18.06.2016]

beramí berufliche Integration e.V. (o.J.): Das AMiCO-Projekt. abrufbar unter: <http://www.amico-online.org/index.php?p=35> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

beramí berufliche Integration e.V. (2014): Dokumentation AMiCo - Abschlusstagung „Die Mobilität für Pflegekräfte in Europa sinnvoll fördern“. abrufbar unter: http://www.amico-online.org/media/Downloads/AMICO%20final%20conference%20141015_AmiCo_MO_01_PO_DE_%20Tagungsdokumentation.pdf [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen Gemeinnützige GmbH (2014): Teamorientierte Personalentwicklung in der Altenpflege. Beschäftigte entdecken, was sie für gute Arbeit brauchen. abrufbar unter: http://www.big-essen.de/fileadmin/bigdata/PDF_Dateien/TOP/TOP_Projektbericht_BiG.pdf [zuletzt geprüft: 16.06.2016]

Blumenauer, H.; Voigt, B.; Bickel, T. (2013a): Nachqualifizierung in der Altenpflege. Konzeption, Instrumente und Empfehlungen. abrufbar unter: http://www.perspektive-berufsabschluss.de/downloads/Downloads_Projekte_Nachqualifizierung/Nachqualifizierung_Altenpflege_Broschuere_NQ.pdf [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

Blumenauer, H.; Voigt, B.; Bickel, T. (2013b): Kompetenzfeststellung im Rahmen eines Gesetzes zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege. Anerkennung informell erworbener Kompetenzen in der Altenpflege – Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt „Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege Niedersachsen und Rheinland-Pfalz“. abrufbar unter: <http://www.nachqualifizierung-altenpflege.inbas.com/links/presse.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) , Bundesagentur für Arbeit (BA) (o.J.): Das Portal zur Fachkräfte-Offensive. abrufbar unter: <http://www.fachkraefte-offensive.de/DE/Fuer-Unternehmen/Ihre-Optionen/Spezial-Pflegebranche/pflegekraefte-der-zukunft.html> [zuletzt geprüft: 14.06.2016]

BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011): Aktionsprogramm Kindertagespflege. abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did%3D120556.html> [zuletzt geprüft: 14.06.2016]

BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015). abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2014-19-12-zwischenbilanz-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive-alten-pflege,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016): Gute Kinderbetreuung. abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/kinderbetreuung.html> [zuletzt geprüft: 14.06.2016]

BMWi: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2016): Pilotprojekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. abrufbar unter: <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Wirtschaft/branchenfokus,did=591614.html> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

Caritasverband Düsseldorf (2014): Evaluation der Schulungen zur Interkulturellen Öffnung im Rahmen des Projektes „Die Zukunft der Pflege ist bunt“. abrufbar unter: http://caritas.erzbistum-koeln.de/export/sites/caritas/dicv-koeln/.content/galleries/downloads/arbeitsmarktpolitik/evaluation_der_schulungen_zur_interkulturellen_oeffnung.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Caritas Heidelberg (o.J.): Das ESF Projekt „Wege aus dem Pflegenotstand – Neue Wege pflegen“. abrufbar unter: http://www.caritas-heidelberg.de/cms/fileadmin/Dokumente/pdf/Neue_Wege_pflegen.pdf [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH (2011): Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit mittels Manchester-Triage-System im Zentrum für Notaufnahme durch Pflegende. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/caritas-krankenhaus-bad-mergentheim-ersteinschaetzung-der-patientinnen/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Caritas-Krankenhaus St. Josef (2011): Einführung des Pflegeorganisationssystems der Primären Pflege als ein Modul eines umfassenden Reorganisationsprozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/caritas-krankenhaus-st-josef-regensburg/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Christe, G.; Reisch, R. (2012): Das Projekt „ilka- Interkulturalität lernen und Kompetenzen entwickeln in der Altenpflegehilfeausbildung“. Abschlussbericht der Evaluation. abrufbar unter: http://ibaf.de/fileadmin/pi/IAJ_ILKA_Abschlussbericht_Januar_2012.pdf [zuletzt geprüft: 20.04.2016]

contec - Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH (o.J.): care4future Konzept. abrufbar unter: http://www.care4future.de/index.php?option=com_content&view=article&id=219&Itemid=9 [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Darmann-Fink, B.; Muths, S.; Görres, S.; Adrian, Ch.; Bomball, J.; Reuschenbach, B. (2015): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht. abrufbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf [zuletzt geprüft: 08.06.2016]

Deutscher Bundestag (2015): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Brigitte Pothmer, Volker Beck (Köln), Luise Amtsberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen. Drucksache 18/5468. Bilanz des Fachkräfteportals der Bundesregierung „Make it in Germany“. abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/056/1805625.pdf> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

Diakonie Deutschland (2014): Altenpflegefachkräfte aus Spanien in Frankfurt am Main. abrufbar unter: <http://www.diakonie.de/journal-inhaltsseite-15395-15395.html> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (o.J.): Die Zukunft der Pflege ist bunt. Informationen zum Projekt. abrufbar unter: http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/arbeitsmarktpolitik/projekte/die_zukunft_der_pflege_ist_bunt/ [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Drexler, S.; Garbe, K.; Feuchtinger, J.; Kaiser, S.; Köberich, S.; Mielke, J.; Mördner, V.; Pazouki, R.; Reimann, Ch.; Weidlich, S. (2016): Pflegeentwicklung am Universitätsklinikum Freiburg und dem Universitäts-Herzzentrum Freiburg Bad Krozingen. In: Stemmer, R.; Rimmel-Fassbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (Hrsg.): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: Medhochzwei; 2016 (im Druck).

DRK-Landesverband Bremen e. V. (o.J.a): Vorqualifizierung von Migrant/innen für Ausbildung und Arbeit in der Alten- und Krankenpflege. abrufbar unter: <http://www.drk-lv-bremen.de/angebote/berufsfoerdernde-bildungsmassnahmen/vorqualifizierung-von-migrantinnen.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

DRK-Landesverband Bremen e.V. (o.J.b): Berufsfördernde Bildungsmaßnahmen. pro-Pflege - Individuelle Kompetenzfeststellung für die Altenpflege. abrufbar unter: <https://www2.drkcms.de/drklvhb2/angebote/berufsfoerdernde-bildungsmassnahmen/propflege.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (o.J.): Soziale Berufe kann nicht jeder. abrufbar unter: <http://www.soziale-berufe.com/> [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

FEK: Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (FEK) (2012): Familiengerechtes Arbeiten als strategisches Unternehmensziel. abrufbar unter: <http://www.pflege->

krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/friedrich-ebert-krankenhaus-neumuenster-familiengerechtes-arbeiten-als-strategisches-unternehmens-ziel/daten-zum-modell.html [zuletzt geprüft: 15.6.2016]

Fragemann, K. (2016): Rahmenkonzept zur Integration akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte in die Pflegepraxis am Universitätsklinikum Regensburg. „Chancen nutzen – Strukturen zur Integration in die Praxis schaffen“. In: Stemmer, R.; Rimmel-Fassbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (Hrsg.): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: Medhochzwei; 2016 (im Druck).

GIZ: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2014): Pilotprojekt Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften. Abrufbar unter: <https://www.giz.de/de/downloads/giz2014-de-ausbildung-pflegefachkraefte-vietnam.pdf> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

GIZ: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (o.J.): Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). Projektkurzbeschreibung. abrufbar unter: <https://www.giz.de/de/weltweit/18296.html> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

Görres, S.; Bomball, J.; Schwanke, A.; Stöver, M.; Schmitt, S. (2010): „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. abrufbar unter: https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Görres, S.; Adrian, Ch.; Bomball, J.; Stöver, M. (2013): Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege -Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. IPP-Schrift. abrufbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften13.pdf [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

HELIOS Kliniken GmbH (2010): Kontaktprogramm während beruflicher Pause. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/helios-st-elisabeth-klinik-huenfeld-einfuehrung-von-teilzeitmodellen/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

HSM: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HSM) (Hrsg.) (2015): Broschüre Qualifizierung in der Altenpflege. abrufbar unter: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/broschuere_qualifizierung_in_der_altenpflege.pdf [zuletzt geprüft: 13.06.2016]

Höhm, U.; Schilder, M.; Metzenrath, A.; Roloff, M. (2009): Endbericht der Evaluation: 3P – „Pflege Dich selbst!“. abrufbar unter: <http://www.hessip.de/projekte-im-hessip/abgeschlossene-projekte/24-3p-pflege-dich-selbst/> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Hundenborn, G.; Rosen, S.; Scheu, P.; Knigge-Demal, B.; Kluwe, S. (2011): Leitfaden zur Entwicklung und Einführung modularisierter Curricula in beruflichen Bildungsgängen der Altenpflege im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modulari-

sierten Altenpflegequalifizierung“. abrufbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_05_Handlungsleitfaden-Modularisierung.pdf [zuletzt geprüft: 08.06.2016]

INBAS: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS) (o.J.a): Projektbeschreibung AjuMA - Ausbildung junger Männer in der Altenpflegehilfe. abrufbar unter: <https://www.inbas.com/projektdatenbank/de-details/d-167-ajuma.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

INBAS: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS) (o.J.b): Projekt BeA – Berufseinsteigerinnen in die Altenpflege. Ein Projekt für Frauen mit Migrationshintergrund. abrufbar unter: <https://www.inbas.com/projektdatenbank/de-details/bea-berufseinsteigerinnen-in-die-altenpflege.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

INQA: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2015): Praxislernort Pflege: Anleiten zu einer demografiefesten Pflegepraxis. Abschlussbericht. abrufbar unter: <http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/praxislernort-demo-prax-pflege-abschlussbericht.pdf;jsessionid=66AFE792B446C8DF0F30D2741D39D53?blob=publicationFile> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

IWAK: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (2012a): Berichte aus der Pflege 17: Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. abrufbar unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_17.pdf [zuletzt geprüft: 17.03.2016]

IWAK: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (2012b): Berichte aus der Pflege 18: Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen. abrufbar unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_18.pdf [zuletzt geprüft: 17.03.2016].

Kaiserwerther Diakonie (2012): Implementierung von erweiterter Pflegepraxis. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/florence-nightingale-krankenhaus-duesseldorf-implementierung-von-erweiterter-pflegepraxis/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 16.06.2016]

Katharinen-Hospital gGmbH Unna (2014): Pflegekräfte in der Pflegesituation. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/katharinen-hospital-unna-pflegekraefte-in-der-pflegesituation/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Katharinen Hospital Unna (o.J.): Mitarbeiter und Jury vergeben Preis. abrufbar unter: <http://www.katharinen-hospital.de/mitarbeiter-karriere/great-place-to-work.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Klein, F.; Traurig, A. (2016): Bachelor of Science Pflege - Akademisierung im Pflegedienst der medbo. In: Stemmer, R.; Remmel-Fassbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (Hrsg.): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: Medhochzwei; 2016 (im Druck).

Klie, T.; Heislbetz, C.; Frommelt, M.; Behrend, S.; Dell, A.; Göhner, A.; Hellbusch, Ch.; Purwins, D.; Rischard, P.; Roes, M.; Schuhmacher, B. (Verf.) (2013): Abschlussbericht Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. abrufbar unter: http://agp-freiburg.de/downloads/Abschlussbericht_Herausforderung_Pflege_2013.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Kliniken der Sozialstiftung Bamberg (2014): Coaching für Wiedereinsteiger und Mitarbeiter. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/klinikum-bamberg-coaching-fuer-wiedereinsteiger-und-mitarbeiter/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Kliniken Maria Hilf GmbH (2011): Restrukturierung der Aufgaben in den bettenführenden Stationen unter Einführung neuer Berufsgruppen. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/kliniken-maria-hilf-moenchengladbach-einfuehrung-neuer-berufsgruppen/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 16.06.2016]

Klinikum Nürnberg (2014): Vereinbarkeit Familie & Beruf. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/klinikum-nuernberg-vereinbarkeit-familie-beruf/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

Knigge-Demal, B.; Eylmann, C.; Hundenborn, G. (2011): Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“. abrufbar unter: <https://www.fh-bielefeld.de/inbvg/projekte/abgeschlossene-projekte/modulneu> [zuletzt geprüft: 3.05.2016]

Knigge-Demal, B.; Hundenborn, G. (2014): Abschlussbericht im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. abrufbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_Erprobung_QR.pdf [zuletzt geprüft: 8.06.2016]

Knoch, T.; Engelhard, H.P. (2013): Qualitätsbausteine zeigen Wirkung. Verbesserung von Ausbildungsprozessen in der Altenpflegeausbildung im Modellversuch QUESAP. IN: berufsbildung, Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule, Heft 139. S. 7-10. abrufbar unter: <http://quesap.de/dokumente/#toggle-id-3> [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Kolping Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen gem. GmbH, Kolping-Bildungszentren Ostwestfalen gem. GmbH (2015): Regionalkonferenz Fachkräftesicherung in der Pflege in NRW Regierungsbezirk Detmold am 09. September 2015. Careprofi gesucht: Pflegeausbildung als Chance und Herausforderung – mit Sicherheit! Vortrag und Dialog. abrufbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/A.K%C3%BCnzeln_Care_profi_gesucht.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. (2016): Der Boys´Day 2016. abrufbar unter http://www.boys-day.de/Aktuelles/Der_Boys_Day_2016 [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (o.J.): Migration und Gesundheit. I care... u2?!. abrufbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitsschwerpunkte-lvg/migration-und-gesundheit/72-abgeschlossene-projekte/216-icareyoutoo> [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Life e.V. (2013): Vortragsskript anlässlich des Fachkongresses Männlichkeit im Wandel vom 02.-03.12.2013 in Berlin. abrufbar unter: <http://docplayer.org/5263973-Modellprojekt-ajuma-ausbildung-junger-maenner-mit-migrationshintergrund-in-der-altenpflege-hilfe.html> [zuletzt geprüft: 06.06.2016]

Märkische Kliniken GmbH (2011): Einführung Case Management. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/klinikum-luedenscheid-einfuehrung-von-casemanagement/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

MHH: Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2014a): Fit for Work and Life. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/medizinische-hochschule-hannover-fit-for-work-and-life/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

MHH: Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2014b): Familiengerechtes Krankenhaus. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/medizinische-hochschule-hannover-familiengerechtes-krankenhaus/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

MHH: Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2015): Flyer Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege – WEP 2.0. abrufbar unter: https://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/bilder/Familie_in_der_Hochschule/WEP_2.0/Flyer_Wiedereinstieg_2016.pdf [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Meyer, T.; Burde, B.; Steiner, I. (2015): Wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Kultursensible Pflege“. Abschlussbericht. Unveröffentlicht.

Miemietz, B. (Hrsg.) (2015): Balance zwischen Pflege von Angehörigen und Beruf/Studium. Ein Leitfaden für die MHH. abrufbar unter: https://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/downloads/downloads_audit/Pflege/Broschuere_Pflege_Leitfaden_2015_Webversion.pdf [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Miemitz, B. (Hrsg.) (2016): Rückenwind. Informationen für Eltern und Kinder an der MHH. abrufbar unter: <https://www.asta.mh-hannover.de/wp-content/uploads/2014/04/MHH-R%C3%BCckenwind.pdf> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

MSAGD: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) (2013): Berichte aus der Pflege 25: Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege. abrufbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_25.pdf [zuletzt geprüft: 17.03.2016].

pme Familienservice (o.J.). abrufbar unter: <https://www.familienservice.de/ueber-uns> [zuletzt geprüft: 14.06.2016]

Preuß, M.; Wächter, M.; Warga, V. (o.J.): Ausbildungsmarketing in der Altenpflege. abrufbar unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/I-care-Broschuere_web.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Quesap consult (2014): „Gute Ausbildung – gute Fachkräfte!“ Ausbildung in der Pflege- und Gesundheitsbranche strukturiert, praxisnah und erfolgreich gestalten mit dem QUESAPmodell. abrufbar unter: <http://quesap.de/> [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Schön Klinik Verwaltung GmbH (2012): Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, Kinderbetreuung, Wiedereinstieg in das Berufsleben. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/schoen-klinik-neustadt-erfolgsfaktor-familie/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 12.06.2016]

sefo femkom e.V. (o.J.): LENA Netzwerk Altenpflege – Ausbildung und Qualifizierung in Teilzeit. abrufbar unter: <http://alleinerziehende.femkom.de/unternehmen/lena-netzwerk-altenpflege-ausbildung-und-qualifizierung-in-teilzeit/> [zuletzt geprüft: 22.06.2016]

SHG Kliniken Völklingen (2013): Projekt Familie und Beruf. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/shg-kliniken-voelklingen-projekt-familie-und-beruf/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Siepe, W.; Ruelle, H. (2015): Fachkräftesicherung in der Altenpflege – Projekte und Ergebnisse der Fachkräfteinitiative des Landes NRW. Dokumentation des Lohnhallengesprächs am 02.06.2015. abrufbar unter: <http://www.gib.nrw.de/themen/arbeitsgestaltung-und-sicherung/fachkraeftesicherung-in-der-altenpflege> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Sockoll, I.; Kramer, I.; Bödeker, W. (2008): iga-Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. abrufbar unter: http://www.von-herzen-gesund.de/wp-content/uploads/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Sniatecki, S.; Keinath, E.; Knisch, A.; Herrmann, V.; Meissner, K.; Werner, J. (2016): ANP konkret: Entwicklung einer Advanced Nursing Practice (ANP) im Florence-Nightingale-Krankenhaus. In: Stemmer, R.; Remmel-Fassbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (Hrsg.): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: Medhochzwei; 2016 (im Druck).

Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH (2011): Einführung Patientenmanagement. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/staedtisches-klinikum-karlsruhe-einfuehrung-patientenmanagement/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 17.06.2016]

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH (2011): Balance von Familie und Beruf – Kinder und Senioren. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/staedtisches-klinikum-wolfenbuettel-balance-familie-und-beruf-kinder-und-senioren/daten-zum-modell.html> [zuletzt geprüft: 16.06.2016]

Stemmer, R.; Rimmel-Faßbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (2014): Abschlussbericht: Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Berichte aus der Pflege Nr. 26

St. BARBARA-Klinik Hamm GmbH (2014): Kinderbetreuung, haushaltsnahe Dienstleistungen. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick/st-barbara-klinik-hamm-erfolgsfaktor-familie.html> [zuletzt geprüft: 14.06.2016]

Tews, B.; Mallmann, L.; Geisel, S.; Rudolph, J. (2015): Broschüre Altenpflege: Vereinbarkeit von Beruf und Familie – gute Beispiele aus der Praxis. abrufbar unter: https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/Broschuere_Altenpflege_Vereinbarkeit_von_Beruf_und_Familie.pdf [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg e.V. (TGBW) (o.J.): Stark im Beruf - Mütter mit Migrationshintergrund steigen ein. abrufbar unter: <http://s552001431.website-start.de/projekte/stark-im-beruf/> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Verein zur beruflichen Förderung von Frauen e. V. (VbFF) (o.J.): Informationen Vorbereitungskurs auf die Ausbildung zur Altenpflege. abrufbar unter: <https://www.vbff-fm.de/angebote-fuer-frauen/ausbildung/ausbildung-altenpflege.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Wentzel, W.; Diaz, M. (2016): Boys' Day–Jungen-Zukunftstag. Ausgewählte Evaluationsergebnisse. abrufbar unter: http://www.boys-day.de/mediaserve/files-tore/1/5/6/2/0_6b377b1623fadf7/15620_642cef303519940.pdf [zuletzt geprüft: 20.06.2016]

Werkstatt Frankfurt e.V. (o.J.): AiQuA. abrufbar unter: <http://www.aiqua.de> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen (o.J.): Förderprojekt AiQuA - Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege. abrufbar unter: https://www.esf-hessen.de/AiQuA_Arbeitsintegrierte_Qualifizierung_in_der_Altenpflege.esf [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

ZAUG: Zentrum Arbeit und Umwelt – Gießener gemeinnützige Berufsbildungsgesellschaft mbH (ZAUG) (o.J.): Arbeitsintegrierte Nachqualifizierung in der Altenpflege. abrufbar unter: <http://www.zaug.de/sites/default/files/Info-ANQA-2%263.pdf> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

ZAVa: Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (2013): Aktueller Sachstand zum Sonderprogramm MobiPro-EU. abrufbar unter: <http://projektraegerundunternehmen.thejobofmylife.de/de/ueber-das-programm/foerdergrundsätze.html> [zuletzt geprüft: 24.06.2016]

ZAVb: Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (o.J.): Triple Win Pflegekräfte. Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften

– Unser Ansatz. abrufbar unter: http://www.triple-win-pflegekraefte.de/wp-content/uploads/2016/02/Triple-Win_Factsheet.pdf [zuletzt geprüft: 23.06.2016]

Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard GmbH (2012): Teilzeitausbildung Gesundheits- und Krankenpflege. abrufbar unter: <http://www.pflege-krankenhaus.de/lebensphasengerechtes-arbeiten/modelle-im-ueberblick/zentralschule-fuer-gesundheitsberufe-st-hildegard-muenster-ausbildung-in-teilzeit/daten-zum-mo-dell.html> [zuletzt geprüft: 15.06.2016]

Literaturverzeichnis Bericht II

Aiken, L.; Sloane, D.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R.; Diomidous, M.; Kinnunen, J.; Kózka, M.; Lesaffre, E.; McHugh, M.; Moreno-Casbas, M.; Rafferty, A.; Schwendimann, R.; Scott, P.; Tishelman, C.; van Achterberg, T.; Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931), S. 1824-1830. Abrufbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [zuletzt geprüft: 03.08.2016]

Attree, M.; Flinkman, M.; Howley, B.; Lakanmaar-L., R.-L.; Lima-Bastom, M.; Uhrenfeldt, L. (2011): A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England. *Journal of Nursing Management* 19, S. 786–802.

Ausserhofer, D. (2014): Die RN4CAST-Studie – Lessons (to be) learned. *Pflege* 27(3), S. 149-151.

Batenburg, R. (2015): Health workforce planning in Europe: Creating learning country clusters. *Health Policy* 119, S. 1537-1544.

Bertelsmann Stiftung (2015): Arbeitsmarkt braucht künftig mehr Einwanderung aus Nicht-EU-Staaten. Abrufbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/maerz/zuwanderungsbedarf-aus-drittstaaten/> [zuletzt geprüft: 15.09.16]

Buchan, J.; O'May, F.; Dussault, G. (2013): Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship* 45, S. 298-307. Abrufbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12028> [zuletzt geprüft: 28.7.16]

Camerino, D.; Conway, P. M.; Van der Heijden, B. I.; Estry-Behar, M.; Consonni, D.; Gould, D.; Hasselborn, H.-M. (2006): Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), S. 542-552.

Careum Stiftung (Hrsg.) (2011): Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Careum Verlag. Zürich. Abrufbar unter: <http://www.careum.ch/documents/20181/75972/Lancet+Report/2707bde7-01bd-470f-b8c6-571969db5bac?version=1.0> [zuletzt geprüft: 15.09.16]

Currie, E. J.; Hill, R. A. (2012): What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *International Journal of Nursing Studies* 49, S. 1180-1189.

Davies, R. (2008): The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today* 28, S. 935-942.

DGB (2014): Informationen zur Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Europäischen Union. Abrufbar unter: <http://www.dgb.de/themen/++co++d50d24a4-93ae-11e3-9ec0-52540023ef1a> [zuletzt geprüft: 27.09.16]

- Dussault, G.; Buchan, J.; Sermeus, W.; Padaiga, Z. (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. Themenüberblick für die Konferenz der belgischen Ratspräsidentschaft „In die europäischen Gesundheitsexperten von morgen investieren: Spielraum für Innovation und Zusammenarbeit“ (La Hulpe, 9. – 10. September 2010). Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/124554/e94295G.pdf?ua=1 [zuletzt geprüft: 27.07.16]
- Cowan, D. T.; Wilson-Barnett, D. J.; Norman, I. J.; Murrells, T. (2008): Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies* 45, S. 902-913.
- Humpert, S. (2015): Fachkräftezuwanderung im internationalen Vergleich. Working Paper 62 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abrufbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp62-fachkraefte-zuwanderung.pdf?__blob=publicationFile [zuletzt geprüft: 27.09.16]
- Kramer, M.; Maguire, P.; Schmalenberg, C.; Halfer, D.; Budin, W.C.; Hall, D. S.; Goodloe, L.; Klaristenfeld, J.; Teasley, S.; Forsey, L.; Lemke, L. (2012): Components and Strategies of Nurse Residency Programs Effective in New Graduate Socialization. *Western Journal of Nursing Research* 35(5), S. 566-589.
- Kroezen, M.; Dussault, G.; Craveiro, I.; Dieleman, M.; Jansen, Ch.; Buchan, J.; Barriball, L.; Rafferty, A.; Bremner, J.; Sermeus, W. (2015): Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy* 119(12), S. 1517-1528.
- Kuhlmann, E.; Larsen, C. (2013): Langzeitpflege im europäischen Vergleich. Herausforderungen und Strategien zur Sicherung der Pflegepersonalressourcen. *Bundesgesundheitsblatt* 56, S. 1064-1071.
- Kukkonen, P.; Suhonen, R.; Salminen, L. (2016): Discontinued students in nursing education - Who and why? *Nurse Education in Practice* 17, S. 67-73.
- Kutney-Lee, A.; Wu, E. S.; Sloane, D. M.; Aiken, L. H. (2012): Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies* 50, S. 195-201. Abrufbar unter: [http://www.journalof-nursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00253-2/pdf](http://www.journalof-nursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00253-2/pdf) [zuletzt geprüft: 20.09.16]
- Martin, J. S.; Frei, I. A.; Suter-Hofmann, F.; Fierz, K.; Schubert, M.; Spirig, R. (2010): Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung. *Pflege* 23 (3), S. 191-203. Abrufbar unter: https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2010/martinetal2010.pdf [zuletzt geprüft: 20.09.16]
- McDermid, F.; Peters, K.; Jackson, D.; Daly, J. (2012): Factors contributing to the shortage of nurse faculty: A review of the literature. *Nurse Education Today* 32, S. 565-569.
- Milisen, K.; Abraham, I.; Siebens, K.; Darras, E.; Dierckx de Casterle, B. (2006): Work environment and workforce problems: A cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies* 43, S. 745-754.

Mooring, Q. E. (2016): Recruitment, advising, and retention programs — Challenges and solutions to the international problem of poor nursing student retention: A narrative literature review. *Nurse Education Today* 40, S. 204-208.

MSAGD: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) (2013): Berichte aus der Pflege 25: Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege. Abrufbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_25.pdf [zuletzt geprüft: 17.03.2016].

Nardi, D.; Gyurko, Ch. (2013): The Global Nursing Faculty Shortage: Status and Solutions for Change. *Journal of Nursing Scholarship* 45 (3), S. 317–326.

OECD (2016): Focus on Health Workforce Policies in OECD Countries. Right Jobs, Right Skills, Right Places. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf> [zuletzt geprüft: 25.07.16]

OECD (2010a): Policy Brief: International Migration of Health Workers - Improving international co-operation to address the global health workforce crisis. Abrufbar unter: http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf [zuletzt geprüft: 16.09.16]

OECD (2010b): Total Population. IN: OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics. Abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2010-1-en> [zuletzt geprüft: 16.09.16]

OECD (2009): International migration outlook. Abrufbar unter: <http://www.oecd.org/berlin/43182011.pdf> [zuletzt geprüft: 16.09.16]

OECD (2008): The looming crisis in the Health workforce - how can OECD countries respond? Abrufbar unter: http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf [zuletzt geprüft: 16.09.16]

Öhlén, J.; Furåker, C.; Jakobsson, E.; Bergh, I.; Hermansson, E. (2011): Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nurse Education Today* 31, S. 122-128.

Potempa, K. M.; Redman, R. W.; Landstrom, G. (2009): Human resources in nursing education: A worldwide crisis. *Collegian* 16, S. 19-23.

Salminen, L.; Stolt, M.; Saarikoski, M.; Suikkala, A.; Vaartio, H.; Leino-Kilpi, H. (2009): Future challenges for nursing education – A European perspective. *Nurse Education Today* 30, S. 233-238.

Simoens, S., M. Villeneuve and J. Hurst (2005): Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD HealthWorking Papers No. 19. OECD Publishing. Abrufbar unter: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj747g.pdf?expires=1469617131&id=id&accname=guest&checksum=11A359ABF0C6F0A9D5AC2B4E45027555> [zuletzt geprüft: 17.7.16]

Twigg, D.; McCullough, K. (2014): Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51, S. 85-92.

Uhrenfeldt, L., Lakanmaa, R.-L., Flinkman, M., Basto, M.L., Attree, M. (2014): Collaboration: a SWOT analysis of the process of conducting a review of nursing workforce policies in five European countries. *Journal of Nursing Management* 22, S. 485-498.

Van den Heede, K.; Florquin, M.; Bruyneel, L.; Aiken, L.; Diya, L.; Lesaffre, E.; Sermeus, W. (2013): Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies* 50, S. 185–194. Abrufbar unter: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(11\)00464-0/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(11)00464-0/pdf) [zuletzt geprüft: 19.09.16]

Wells, J.S.; Norman, I.J. (2009): The 'Greying' of Europe – Reflections on the state of nursing and nurse education in Europe. *Nurse Education Today* 29 (8), S. 811-815. Abrufbar unter: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(09\)00136-1/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(09)00136-1/pdf) [zuletzt geprüft: 25.07.16]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015): Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/303320/WHO_Health_2020_ger_for_web.pdf?ua=1 [zuletzt geprüft: 01.08.16]

World Health Organization (WHO) (2013): Global health workforce shortage to reach 12.9 million in coming decades. Abrufbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/en/> [zuletzt geprüft: 01.08.16]

Yun, H.; Jie, S.; Anli, J. (2010): Nursing shortage in China: State, causes, and strategy. *Nursing Outlook* 58(3), S. 122-128.

Literaturverzeichnis Bericht III

AOK Nordost (2016): Personalbedarf in der Pflege: Ausschreibung zur Entwicklung eines Verfahrens zur Bemessung gestartet. Abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/www.aok-gesundheitspartner.de/nordost/pflege/meldungen/index_17293.html [zuletzt geprüft: 02.12.2016]

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2011): Magnet Recognition Program® A Program Overview. Abrufbar unter: <http://nursecredentialing.org/Documents/Magnet/MagOverview-92011.pdf> [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Biernoth, M. (2016): Employer- und Behavioral Branding im Gesundheitswesen. Konzepte zur Bewältigung des Fachkräftemangels. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Bundesverband Pflegemanagement (2016): Handlungsfelder Gemeinsamer Bundesausschuss. Handlungsfeld 1. Mindestanforderungen an die Personalausstattung in der Pflege. Fachkraftquote in bestimmten Richtlinien. Abrufbar unter: <http://www.bv-pflege-management.de/termin/items/481.html> [zuletzt geprüft: 02.12.16]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (2015): Vorfahrt für die Pflege. Ein Plädoyer für bessere Arbeitsteilung im Krankenhaus. Abrufbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Vorfahrt-fuer-die-Pflege-2015.pdf> [zuletzt geprüft: 25.11.16]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (2011): Auf den Zuschnitt kommt es an... Skill Mix auf Krankenstationen – Eine Bewertung aus der Sicht der Praxis. Abrufbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Auf-den-Zuschnitt-kommt-es-an_2011.pdf [zuletzt geprüft: 25.11.16]

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (o.J.): Homepage Soziale Berufe kann nicht jeder. Abrufbar unter: <http://www.soziale-berufe.com/> [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Feuchtinger, J. (2015): Führung und Personalentwicklung in der Pflege - Lernen von Magnetkrankenhäusern. Vortrag anlässlich des 1. Pflegemanagementkongress in Ulm am 09.07.2015. Abrufbar unter: http://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Fuchs-Frohnhofer, P.; Isfort, M.; Wappenschmidt-Krommus, E.; Duisberg, M.; von der Malsburg, A.; Rottländer, R.; Braukmann, A.; Bessin, C. (Hrsg.) (2012): PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

Gattig, J. (2009): „Magnetkrankenhäuser – Eine Strategie zur Umgehung des drohenden Pflegekräftenotstandes?!“. Abrufbar unter: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000000556/Bachelorarbeit-Gattig-2009.pdf [zuletzt geprüft: 08.12.16]

Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, K. (2016): Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. IN: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer. Stuttgart. S. 3-17.

Hasseler, M.; Stemmer, R.; Macsenaere, M.; Arnold, J.; Weidekamp-Maicher, M. (2016): Abschlussbericht Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Abschlussbericht_wiss_Qualitaetsverstaendnis.pdf [zuletzt geprüft: 09.12.16]

Kälble, K.; Pundt, J. (2016): Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung. IN: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer. Stuttgart. S. 37-50.

Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.) (2016): BKK Gesundheitsreport 2016. Gesundheit und Arbeit - Zahlen, Daten, Fakten. Abrufbar unter: <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/> [zuletzt geprüft: 06.12.16]

Kutney-Lee, A.; Wu, E. S.; Sloane, D. M.; Aiken, L. H. (2012): Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. International Journal of Nursing Studies 50, S. 195-201. Abrufbar unter: [http://www.journalof-nursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00253-2/pdf](http://www.journalof-nursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00253-2/pdf) [zuletzt geprüft: 20.09.16]

Lauxen, O.; Larsen, C. & das Netzwerk der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA) (2015): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion - Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung. Abschlussbericht. Abrufbar unter: http://www.iwak-frankfurt.de/wp-content/uploads/2015/02/GR_Bericht_rapport_DE.pdf [zuletzt geprüft: 16.11.16]

Maucher, H. (2016): Was ein Krankenhaus magnetisch für Pflegefachpersonen macht? 1. Pflegesymposium im Krankenhaus Rummelsberg am 22.03.2016. Abrufbar unter: https://www.krankenhaus-rummelsberg.de/uploads/tx_templavoila/20160322_Magnet_KH_Maucher.compressed.pdf [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Martin, J.; Frei, I.; Suter-Hofmann, F.; Fierz, K.; Schubert, M.; Spirig, R.. (2010): Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung. Pflege 23 (3), S. 191–203. Abrufbar unter: https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2010/martinetal2010.pdf [zuletzt geprüft: 07.11.16]

Milisen, K.; Abraham, I.; Siebens, K.; Darras, E.; Dierckx de Casterle, B. (2006): Work environment and workforce problems: A cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. International Journal of Nursing Studies 43, S. 745–754.

NWZ Online (2016): Gutes Gehalt für viele wichtiger als Freizeit. Abrufbar unter: http://www.nwzonline.de/wirtschaft/gutes-gehalt-fuer-viele-wichtiger-als-freizeit_a_31,1,4243475286.html [zuletzt geprüft: 8.12.16]

Penter, V.; Arnold, C.; Friedrich, S.; Eichhorst, S. (2014): Zukunft deutsches Krankenhaus 2020. Thesen, Analysen, Potenziale. 2., wesentlich überarbeitete Auflage. Mediengruppe Oberfranken. Kulmbach.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Hrsg.) (2016): RWI Materialien Heft 104. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Forschungsprojekt im

Auftrag der Techniker Krankenkasse. Abrufbar unter: http://www.bdpk.de/media/file/1389.rwi-materialien_104.pdf [zuletzt geprüft: 16.11.16]

Schäfer, M. (2016): Wo erreichen wir welche Bewerber? Abrufbar unter: <http://www.beb-ev.de/wp-content/uploads/2015/10/ag-20-2015-10-06-BeB-Bielefeld.pdf> [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Scherenberg, V. (2012): Zwischen Sein und Schein: Employer Branding im Gesundheitswesen. Abrufbar unter: http://www.scherenberg-online.de/media-pool/127/1277638/data/120-121_Scherenberg.pdf [zuletzt geprüft: 28.11.16]

Siebens, K.; Dierckx de Casterle, B.; Abraham, I.; Dierckx, K.; Braes, T.; Darras, E.; Dubois, Y.; Milisen, K. (2006): The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43, S. 71–82.

Simon, M. (2015): Ökonomische Aspekte der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. Kurzvortrag für den Workshop 4 der Fachtagung „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegenden. Berlin. Abrufbar unter: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2015/11/Simon-DGP-Tagung-5.11.2015-Endversion.pdf> [zuletzt geprüft: 14.12.16]

Stemmer, R.; Rimmel-Faßbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (2017): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten. Von erfolgreicher Praxis lernen. Medhochzwei: Heidelberg.

Stemmer, R.; Schimanski-Kahle, S.; Mack, C. (2016a): Erster Zwischenbericht Projekt Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Unveröffentlicht.

Stemmer, R.; Schimanski-Kahle, S.; Mack, C. (2016b): Zweiter Zwischenbericht Projekt Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Unveröffentlicht.

Stemmer, R.; Rimmel-Faßbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (2014): Berichte aus der Pflege Nr. 26. Abschlussbericht: Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen. Abrufbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_26.pdf [zuletzt geprüft: 08.12.16]

Stemmer, R. (2011): Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft* 16(4), S. 293-303.

Van den Heede, K.; Florquin, M.; Bruyneel, L.; Aiken, L.; Diya, L.; Lesaffre, E.; Sermeus, W. (2013): Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies* 50, S. 185–194. Abrufbar unter: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(11\)00464-0/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(11)00464-0/pdf) [zuletzt geprüft: 19.09.16]

Weidner, M.; Brünnett, M.; Müller, M.; Cissarz, I. (2016): Reha-Biograf. Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen. Abschlussbericht. Abrufbar unter: http://www.bfw-koblenz.de/fileadmin/user_upload/Reha-Biograf/Pilotstudie_Reha-Biograf.pdf [zuletzt geprüft: 29.11.16]

Literaturverzeichnis Bericht IV

Aiken, L.; Sloane, D.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R.; Diomidous, M.; Kinnunen, J.; Kózka, M.; Lesaffre, E.; McHugh, M.; Moreno-Casbas, M.; Rafferty, A.; Schwendimann, R.; Scott, P.; Tishelman, C.; van Achterberg, T.; Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931), S. 1824-1830. Abrufbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/> [zuletzt geprüft: 21.02.17]

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2017): Journey to Magnet Excellence®. Abrufbar unter: <http://www.nursecredentialing.org/MagnetJourney> [zuletzt geprüft: 13.02.17]

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2011): Magnet Recognition Program® A Program Overview. Abrufbar unter: <http://nursecredentialing.org/Documents/Magnet/MagOverview-92011.pdf> [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Bauer, T. K.; Mennicken, R.; Otten, S.; Scheuer, M.; Stroka-Wetsch, M.; Talmann, A. (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Fachkraefte-Pflegewirtschaft_K.pdf [zuletzt geprüft: 22.02.17]

Biernoth, M. (2016): Employer- und Behavioral Branding im Gesundheitswesen. Konzepte zur Bewältigung des Fachkräftemangels. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Bonin, H.; Ganserer, A.; Braeseke, G. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf [zuletzt geprüft: 22.02.17]

Bundesverband der Personalmanager e.V. (i.G.) (o.J.): Service Employer Branding Kompakt. Abrufbar unter: https://www.bpm.de/sites/default/files/service_1%5B1%5D.pdf [zuletzt geprüft: 05.01.17]

Christopher, R. (2015): Excellence in Nursing. It's not an event – It's a Journey. Abrufbar unter: http://www.rku.de/files/4_Roberta_Christopher.pdf [zuletzt geprüft: 13.02.17]

DBfK (o.J.): Netzwerk Erweiterte Pflegepraxis. Abrufbar unter: <https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/Netzwerk-Erweiterte-Pflegepraxis.php#> [zuletzt geprüft: 30. 01.17]

Dehlsen, M.; Franke, C. (2009): Employee Branding: Mitarbeiter als Botschafter der Arbeitgebermarke. IN: Employer Branding: Arbeitgeber positionieren und präsentieren. Luchterhand. Köln. S. 156-169. Abrufbar unter: https://germanspeakers.org/tl_files/articles/Carsten-Franke-Employer-Branding-Mitarbeiter.pdf [zuletzt geprüft: 04.01.17]

Deutsche Employer Branding Akademie (DEBA) (2015): Das Employer Branding Prozessmodell. Abrufbar unter: http://www.employerbranding.org/download_center.php [zuletzt geprüft: 31.01.17]

Deutsche Employer Branding Akademie (DEBA) (2008a): Definition Employer Branding. Abrufbar unter: http://www.employerbranding.org/downloads/publikationen/DEBA_EB_Definition_Praeambel.pdf [zuletzt geprüft: 24.01.17]

Deutsche Employer Branding Akademie (DEBA) (2008b): Wahre Schönheit kommt von innen: Glaubwürdigkeit macht Arbeitgeber attraktiv. Vorab-Report zum Fachkongress „Arbeitgeberattraktivität in Deutschland“, München, 17. Juni 2008. Abrufbar unter http://www.employerbranding.org/downloads/publikationen/DEBA_IEB-Studie_Report.pdf [zuletzt geprüft: 24.01.17]

Deutscher Pflegerat (DPR), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Abrufbar unter: https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/DPR-DGP_AG-Bachelor_konsentiert_05082014.pdf [zuletzt geprüft: 23.02.17]

Employer Branding now (2016): Employer Branding-Prozess. Abrufbar unter: <http://www.employer-branding-now.de/employer-branding-prozess> [zuletzt geprüft: 31.01.17]

Feuchtinger, J. (2015): Führung und Personalentwicklung in der Pflege - Lernen von Magnetkrankenhäusern. Vortrag anlässlich des 1. Pflegemanagementkongress in Ulm am 09.07.2015. Abrufbar unter: http://www.rku.de/files/2_Dr_Johanna_Feuchtinger.pdf [zuletzt geprüft: 15.11.16]

Gattig, J. (2009): „Magnetkrankenhäuser – Eine Strategie zur Umgehung des drohenden Pflegekräftenotstandes?!“. Abrufbar unter: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate/0000000556/Bachelorarbeit-Gattig-2009.pdf [zuletzt geprüft: 08.12.16]

Hauser, F.; Schubert, A.; Aicher, M. (2008): Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland : Abschlussbericht Forschungsprojekt Nr. 18/05 ; ein Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publ., Red. Bonn. Abrufbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f371.pdf;jsessionid=6083775E68ABC6A43FECE72451CCBB71?_blob=publicationFile&v=2 [zuletzt geprüft: 05.01.17]

Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp) (2014): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung. Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließender Projektbericht. Abrufbar unter: http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2010-01-19-IPP_Abschlussbericht_Qualitätskriterien_für_Best-Practice-in-der-Pflegeausbildung-Synopse-evaluierter-Modellprojekte.pdf [zuletzt geprüft: 17.02.17]

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen (SÖSTRA) (2016): Berichte aus der Pflege Nr.28. Landesprojekt: Theorie-Praxis-Transfer in der Ausbildung in den Pflegeberufen. Abrufbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/BadP_28_Endfassung.pdf [zuletzt geprüft: 17.02.17]

Kriegler, W. R. (2008): Auf der Suche nach Einzigartigkeit. Werben & Verkaufen Extra. S. 14-15. Abrufbar unter: http://www.employerbranding.org/downloads/publikationen/DEBA_10Schritte_Checkliste.pdf [zuletzt geprüft: 03.01.17]

Malloch und Porter-O'Grady (2006): Introduction to Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. Jones & Bartlett Learning. Sudbury. Boston. Toronto.

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau (MWVLW) (2016): Strategie für die Zukunft. Ein Leitfaden zum Aufbau einer attraktiven Arbeitgebermarke. Was Sie von King Kong, Maja und Flipper lernen können. Werteorientierte Gestaltung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik. Abrufbar unter: https://mwvlw.rlp.de/fileadmin/mwkel/Broschueren/Strategie_fuer_die_Zukunft_LOP_2016.pdf [letzt geprüft: 15.02.17]

Nagel, K. (2011): Employer Branding. Starke Arbeitgebermarken jenseits von Marketingphrasen und Werbetechniken. Linde Verlag Wien. Wien.

Peters, V.; Hofmann, E.; Braeseke, G.; Keller, K.; Stöcker, G. (2016): Handlungsempfehlungen für die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege - Auszug aus der Studie „Begleitung des Pilotprojekts Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft“. Abrufbar unter: http://www.iegus.eu/downloads/BMWi_Handlungsempfehlungen%20Fachkraefte-gewinnung%20Altenpflege.pdf [zuletzt geprüft: 22.02.17]

Presbyterian Hospital of Plano (2008): Employee Engagement: Communicating The Magnet Message Hospital-wide. Abrufbar unter: <http://www.tcdcommunicates.com/PHPMagnetANCCWhitePapFINAL2.pdf> [zuletzt geprüft: 13.02.17]

Schaffner, M. (2014): „Employer Branding“ im Gesundheitswesen Was Sie als Arbeitgeber tun können, um gute Lernende, Studierende und Mitarbeitende anzuziehen und zu halten. Abrufbar unter: http://www.oda-g-zh.ch/files/media/files/8846d52f7df68b458c730f0bfa8ad58f/Synfluence_Employer_Branding.pdf [zuletzt geprüft: 04.01.17]

Schmidt, H.; Kilian, K. (2012): Internal Branding, Employer Branding & Co.: Der Mitarbeiter im Markenfokus. Transfer Werbeforschung & Praxis, 58(1), S. 28-33. Abrufbar unter: http://www.brandstrategygroup.de/texte/transfer_schmidt_kilian_internal-branding_employer-branding_1_2012.pdf [zuletzt geprüft: 04.01.17]

Siemann, C. (2011): Mit Employer Branding Fachkräfte gewinnen. Health & Care Management, 7-8. Abrufbar unter: <http://www.hcm-magazin.de/index.cfm?event=cmp.cst.documents.print&cid=10988&documents.id=203979> [zuletzt geprüft: 05.01.17]

Stemmer, R.; Remmel-Faßbender, R.; Schmid, M.; Wolke, R. (2017): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten. Von erfolgreicher Praxis lernen. Medhochzwei. Heidelberg.

Stemmer, R.; Schimanski-Kahle, S.; Mack, C. (2016): Zweiter Zwischenbericht Projekt Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Unveröffentlicht.

Thiele, A. (2016): Entstehung von Belastungen bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege während der praktischen Einsätze. Eine qualitative Untersu-

chung mit dem Grounded-Theory-Ansatz. Problemaufriss. Studienergebnisse. Lösungsansätze. Vortrag anlässlich des Kongresses Pflege 2016. Abrufbar unter: <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2016/dokumente/Praesentationen/Thiele-Anne---Belastungen-Auszubildender-in-der-Praxis.pdf> [zuletzt geprüft: 17.02.17]

Trost, A. (2009): Employer Branding. Abrufbar unter: <http://www.competence-site.de/content/uploads/a8/1b/Bedeutung-von-Employer-Branding.pdf> [zuletzt geprüft: 03.01.17]

Queb- Bundesverband für Employer Branding, Personalmarketing und Recruiting e. V. (2017): Employer Branding Definition. Abrufbar unter: <http://www.queb.org/activity-lounge/definitionen-employer-branding/> [zuletzt geprüft: 03.01.17]

Wagner, F. (2014): Magnet Krankenhäuser und ihre Erfolgsstory. Abrufbar unter: http://www.deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2014/Wagner_End.pdf [zuletzt geprüft: 15.02.17]

Anhang I

Handlungsfeld I Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen

- I.1 Ausbildung Altenpflege
- I.2 Ausbildung Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege
- I.3 Ausbildung Altenpflegehilfe
- I.4 Ausbildung Krankenpflegehilfe
- I.5 Berufsorientierung
- I.6 Gewinnung von männlichen Jugendlichen für die Pflege
- I.7 Ausbildungsvermittlung
- I.8 Ausbildungsvergütung
- I.9 Ausgleichsverfahren i. R. d. Ausbildung in der Altenpflege und der Altenpflegehilfe
- I.10 Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Handlungsfeld II Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Pflege

- II.1 Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfern
- II.2 Nachqualifizierung von an- und ungelernten Hilfskräften in der Pflege
- II.3 Nachqualifizierung von an- und ungelernten arbeitslosen Hilfskräften in der Pflege
- II.4 "Beratungsstelle Nachqualifizierung (NQ) Altenpflege"

Handlungsfeld III Erschließung des Vorqualifizierungspotenzials in der Pflege

- III.1 Vorqualifizierungsmaßnahmen in der Altenpflegehilfe
- III.2 Vorqualifizierungsmaßnahmen in der Krankenpflegehilfe

Handlungsfeld IV Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund

- IV.1 Qualifizierung für Jugendliche mit Migrationshintergrund
- IV.2 Qualifizierung für Erwachsene mit Migrationshintergrund
- IV.3 Gewinnung von Menschen mit Migrationshintergrund für Hilfskrafttätigkeiten in der Pflege

Handlungsfeld V Wiedereinstiegsqualifizierung für die Stille Reserve

Handlungsfeld VI Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II / Umschulung

Handlungsfeld VII Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Handlungsfeld VIII Vereinbarkeit von Familie und Beruf

- VIII.1 Familienfreundliche Unternehmenskultur
- VIII.2 Kooperation zwischen den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern und den Kommunalverwaltungen
- VIII.3 Familienfreundliche Rahmenbedingungen in der Ausbildung
- VIII.4 Werbung für eine familienfreundliche Ausbildungs- und Unternehmenskultur
- VIII.5 Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen

Handlungsfeld IX Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung

- IX.1 Attraktive Arbeitsbedingungen
- IX.2 Führungskräftequalifizierung
- IX.3 Gesundheitsförderung
- IX.4 Entbürokratisierung
- IX.5 Lohn und Gehälter
- IX.6 Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Handlungsfeld X Gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsfachberufe durch Öffentlichkeitsarbeit fördern

X.1 Kampagne zum Ausbildungs- und Beschäftigungsbereich

X.2 Informationsmaterial zur Berufsorientierung

Handlungsfeld XI Chancen der Freizügigkeit nutzen

XI.1 Gewinnung von Pflegekräften auf dem EU-Arbeitsmarkt

XI.2 Verbesserte Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Pflegebereich

XI.3 Verbesserte Berufsanerkennung und Anerkennung erworbener Qualifikationen innerhalb der Europäischen Union

XI.4 Verbesserte Berufsanerkennung und Anerkennung erworbener Qualifikationen in Drittstaaten

Anhang II

Planung des zukünftigen Pflegepersonalbedarfs

Dussault et al. (2010) postulieren zehn wichtige Erkenntnisse für politische Entscheidungsträger/innen, die im Rahmen der Planung des zukünftigen Pflegepersonalbedarfs beachtet werden sollten (eigene Übersetzung):

1. Die Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen liefert einen Mehrwert. Sie kann helfen, die Gefahr von Ungleichgewichten (Knappheit, Überangebote, Verteilung) zu verhindern oder abzuschwächen, die die Leistung des Gesundheitswesens einschränken, indem sie die Folgen zeigt, die die Beibehaltung, Reduzierung oder Ausweitung des momentanen Personalbestands im Gesundheitswesen haben. Auch konzentriert sie die Diskussionen und Verhandlungen über Finanzierung und Organisation von Gesundheitsleistungen auf Daten und Fakten und nicht nur auf Meinungen und Interessen.
2. Bei der Bedarfsanalyse ist es wichtig, dass politische Entscheidungsträger die Werte, Grundsätze und Strategien offenlegen, die sie leiten. Die Auswahl der Strategien und sogar der Instrumente zur Bedarfsanalyse wird von diesen Entscheidungen abhängen. So erfordert beispielsweise das Ziel, den zukünftigen Bedarf und nicht nur die zukünftige Nachfrage zu decken, sehr unterschiedliche Strategien und methodische Ansätze.
3. Der zukünftige Bedarf lässt sich nicht nur in Zahlen ausdrücken. Faktoren des Arbeitsumfeldes wie die Aufteilung (Skills mix) und Organisation von Arbeit, Fähigkeiten, Arbeitsbedingungen, Produktivitäts- und Qualitätsziele sind wichtige Größen. Es werden quantitative Modelle und Instrumente benötigt, die aber kein Ersatz dafür sind, zu beurteilen, was letztendlich gebraucht wird und bezahlbar ist.
4. Begründet durch die Art der Interaktionen und Komplementarität zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und dem anerkannten Bedarf an Teamwork muss ein ganzheitlicher Analyseansatz genutzt werden (z. B. die Betrachtung des Personals im Gesundheitswesen als ein Ganzes). Das Fehlen von „Good Practice“-Beispielen sollte Anstrengungen in diese Richtung nicht verhindern. Dabei sind die Vielzahl von Berufen und Institutionen im Gesundheitssystem einzubeziehen und die wirtschaftlichen, politischen und sozialen Variablen zu identifizieren, die bei der Bestimmung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen eine Rolle spielen.
5. Die Erfahrungen von Ländern wie Belgien, England, Finnland, Irland, Spanien und anderen, die bereits Erfahrung mit der Analyse des Personalbedarfs im Gesundheitswesen haben, machen deutlich, wie wichtig eine valide, zuverlässige und aktuelle Datenlage ist, um den Personal- und Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen einzuschätzen. Ohne solide Daten wird die Schätzung der Ausbildungsbedürfnisse zu einem Ratespiel. Da Entscheidungen über das zukünftige Personal im Gesundheitswesen Akteur/innen aus verschiedenen Bereichen be-

treffen (Bildung, Gesundheit, Finanzen, Planung, Standesvertretungen, Arbeitgeber), gibt es unweigerlich Konflikte. Ein Zugang zu soliden Daten hilft, die Diskussionen und Verhandlungen rationaler zu gestalten.

6. Auch mit den besten Daten und Vorhersagen können Regierungen Veränderungen kaum vorschreiben oder verordnen (z. B. eine Überprüfung der Tätigkeitsbereiche). Diese müssen ausgehandelt werden, und daher ist es wichtig, die verschiedenen Interessengruppen so früh wie möglich in den Prozess einzubinden. Die Einbindung der Interessengruppen ist wahrscheinlich der wesentlichste Teil des Prozesses, da es eine gemeinsame Agenda, eine gemeinsame Sprache und von Anfang an einen Konsens über Methoden und Konzeptionalisierung der Arbeitskräfteplanung geben muss. Das kann dadurch unterstützt werden, dass politische Dialoge so früh wie möglich begonnen werden, wie die oben erwähnten Erfahrungen einzelner Länder zeigen.
7. Die Vorhersage des zukünftigen Bedarfs wird schwieriger, wenn diese Aufgabe dezentral erfüllt wird. ... Es ist ein zentraler Koordinationsmechanismus notwendig, um sicherzustellen, dass alle verantwortlichen Behörden die gleiche Sprache sprechen. Auch kann die Mobilität von Leistungsempfänger/innen und –erbringer/innen hoch sein und Anpassungen erforderlich machen, die nur eine Organisation mit einem nationalen Blickwinkel einbringen kann. Auf der anderen Seite können die nationalen Analysen auf Landesebene auf dem richtigen Kurs sein, jedoch die Bedarfsunterschiede auf regionaler oder lokaler Ebene nicht berücksichtigen.
8. Es gibt keine Übereinstimmung betreffend der Planungshorizonte. Aber eines ist offensichtlich: Je größer der zeitliche Rahmen gesteckt ist, desto riskanter sind die Vorhersagen. Die Möglichkeit, den beruflichen Lebenszyklus einer Gruppe neuer Absolvent/innen als Zeithorizont zu nutzen, was logisch wäre, beinhaltet die Risiken, die Spekulationen über zukünftige Veränderungen über einen Zeitraum von 30 bis 40 Jahren mit sich bringen. Eine vernünftige Alternative könnte die Dauer des Ausbildungsprozesses des am besten qualifizierten Personals (etwa 10 Jahre) sein. In jedem Fall rechtfertigt dies eine Verbindung von Vorhersagen mit Szenarien, die verschiedene mögliche Entwicklungen des Personals im Gesundheitswesen und des beruflichen Umfelds abdecken.
9. Der Schlüssel für die Reaktion auf Bedarfsveränderungen ist, Strategien flexibel und unter sorgfältiger Beobachtung umzusetzen. Ein Arbeitskräfteplan sollte nicht als einmaliges, unveränderliches Werk angesehen werden, das nicht angepasst und geändert werden darf, sondern er muss vielmehr geprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Dynamische und direkte Rückkopplungswege von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Bildungseinrichtungen könnten dabei helfen, Angebot und Nachfrage bei Gesundheitsfachkräften besser abzugleichen.
10. Eine Über- oder Unterversorgung mit Fachkräften im Gesundheitswesen kann für ein ganzes Land beobachtet werden. Sie können aber auch gleichzeitig in-

nerhalb eines Landes auftreten, mit Knappheiten in einigen Regionen und Überangeboten in anderen Regionen. Das schafft erhebliche strategische und wirtschaftspolitische Probleme und hat einen negativen Einfluss auf die Versorgung im Gesundheitswesen. Untätigkeit oder das reine Reagieren auf Probleme, wenn diese heikel werden, ist in wirtschaftlicher und politischer Hinsicht kostspielig, aber vor allen Dingen auch im Hinblick auf die Gesundheit, da die Bevölkerung durch einen unausgewogenen Personalbestand im Gesundheitswesen nicht in den Genuss eines erreichbaren, effektiven und effizienten Gesundheitswesens kommen kann. Im Hinblick auf die geografische Verteilung und Vergütung von Fachkräften im Gesundheitswesen und ebenso im Hinblick auf Ansätze zur Optimierung der Verteilung von Beschäftigten innerhalb des Gesundheitswesens würden Länder von einem Austausch vorbildlicher Praktiken über die Offene Methode der Koordination (OMC) profitieren“ (ebd., S. 30ff.).

Vorschläge zur Neuausrichtung der Bildungsstrategien in der Pflege

Der Bericht der Lancet-Commission (Careum Stiftung, 2011) enthält u.a. auch Vorschläge zur Neuausrichtung der Bildungsstrategien in der Pflege. Die vorgeschlagenen Reformansätze zur Anpassung der fachlichen Kernkompetenzen an moderne Verhältnisse der Gesundheitssysteme sind nachfolgend aufgeführt.

„Bildungsstrategische Reformen sollten die gesamte Spannweite von der Aufnahme bis zum Abschluss umfassen. Dieser Gesamtblick würde es erlauben, die Vielfalt der Talente der Studierenden differenziert nach einem kompetenzorientierten Curriculum auszubilden und zu fördern. Im Lernprozess werden die Studierenden durch kreative Nutzung der Informationstechnologie (IT) unterstützt und auf die Realitäten der Teamarbeit vorbereitet. Auf dieser Grundlage können sie flexible Karrierepfade ins Auge fassen, welche auf dem Geist und dem Pflichtbewusstsein einer neuen Professionalität aufbauen.

1. Einführung kompetenzorientierter Curricula, die flexibel auf sich schnell verändernde Bedürfnisse reagieren, statt einem statischen Unterrichtsmodell zu folgen. Die zu vermittelnden Kompetenzen sollten unter Nutzung globalen Wissens und globaler Erfahrungen an lokale Gegebenheiten angepasst und von Interessenträgern auf nationaler Ebene definiert werden. Gleichzeitig sollten bestehende Lücken im Spektrum derjenigen Kompetenzen geschlossen werden, die erforderlich sind, um die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts in allen Ländern zu meistern, z.B. die Maßnahmen in Bezug auf globale Bedrohungen der Gesundheitssicherheit oder die Steuerung immer komplexer werdender Gesundheitssysteme.
2. Förderung einer inter- und transprofessionellen Ausbildung zur Überwindung der Abschottung der Berufe untereinander bei gleichzeitiger Verbesserung kooperativer und hierarchiefreier Beziehungen in wirkungsvollen Teams. Neben spezifischen fachlichen Kompetenzen sollte ein weiterer Schwerpunkt der interprofessionellen Ausbildung auf übergreifenden generischen Kompetenzen liegen. Diese umfassen analytische Fähigkeiten (für den wirkungsvollen Einsatz von Evidenz und ethischen Erwägungen bei der Entscheidungsfindung), Führungs- und Managementkompetenzen (für den effizienten Einsatz knapper Ressourcen unter unsicheren Bedingungen) und Kommunikationsfähigkeit (für die Mobilisierung aller Interessenvertreter, darunter auch die Patienten und die Gesamtbevölkerung).
3. Nutzung der Leistungsfähigkeit der Informationstechnologie beim Lernen. Sie unterstützt bei der Erarbeitung von Evidenz, sie erweitert die Möglichkeiten, Daten zu sammeln und zu analysieren, sie erlaubt Simulationen und Tests, sie ermöglicht Fernstudien, kooperative Vernetzung und das Management des wachsenden Wissensfundus. Hochschulen müssen die nötigen Anpassungen vornehmen, um die von der IT-Revolution ermöglichten neuen Formen des transformativen Lernens zu nutzen. Dabei müssen sie die traditionelle Aufgabe der Wissensvermittlung hinter sich lassen und sich der spannenderen Herausforderung stellen, Kompetenzen zu vermitteln, die die Lernenden befähigen, auf Wissen zuzugreifen, es kritisch zu analysieren und zu nutzen. Mehr als je zuvor

ist es die Pflicht dieser Institutionen, den Studierenden zu vermitteln, wie man kreativ denkt, um bei der Suche nach Lösungen große Informationsmengen bewältigen zu können.

4. Anpassung an lokale Gegebenheiten, aber Nutzung von Ressourcen auf globaler Ebene. Dadurch können lokale Herausforderungen flexibel unter Einsatz globalen Wissens, globaler Erfahrungen und gemeinsamer Ressourcen wie Lehrkräfte, Curriculum, Lehrmaterial und Erfahrungen sowie durch international vernetzte Austauschprogramme für Studierende bewältigt werden.
5. Stärkung der Ausbildungsressourcen, denn Lehrkräfte, Lehrpläne, Lehrmaterialien und Infrastruktur sind erforderliche Instrumente für den Erwerb von Kompetenzen. In vielen Ländern bestehen diesbezüglich schwerwiegende Defizite, weshalb finanzielle und didaktische Ressourcen mobilisiert werden müssen, u.a. auch der freie Zugang zu Fachzeitschriften und Lehrmaterialien. Die Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften erfordert besondere Aufmerksamkeit. Es muss verstärkt in die Ausbildung des Lehrpersonals, in stabile und lohnende Karrierepfade und in konstruktive Bewertungen in Verbindung mit Anreizen für gute Leistungen investiert werden.
6. Förderung einer neuen Professionalität, die Kompetenzen als objektives Kriterium für die Klassifizierung von Gesundheitsfachleuten verwendet und so das Silodenken und die gegenseitige Abschottung der Gesundheitsberufe abbaut. Gemeinsame Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen sollten als Grundlage für die Vorbereitung des fachlichen Nachwuchses erarbeitet werden. Das erlernte Fachwissen und die fachliche Expertise werden so durch zusätzliche Funktionen wie die sozial verantwortliche Einführung von Veränderungen, kompetentes Ressourcenmanagement und die Förderung evidenzbasierter Strategien ergänzt. Institutionelle Reformen sollten insbesondere in den Bereichen Bildung und Gesundheit die nationalen Maßnahmen koordinieren. Dies umfasst die gemeinsame Planung ganz generell, aber auch die Einbindung aller Interessenvertreter in den Reformprozess, die Ausdehnung der akademischen Lernorte in die Gemeinden hinein und das Schaffen globaler Netzwerke für die Kooperation und die gegenseitige Stärkung. Die Reformen müssen zudem darauf abzielen, bei der Förderung einer Kultur des kritischen Hinterfragens und des öffentlichen Positionsbezugs eine führende Rolle zu übernehmen.
7. Einrichtung gemeinsamer Planungsmechanismen in jedem Land, um die wesentlichen Interessenvertreter, insbesondere Bildungs- und Gesundheitsministerien, Berufsverbände und die Hochschulwelt einzubeziehen und so die Fragmentierung zu überwinden. Dies geschieht durch die gemeinsame Beobachtung und Beurteilung der nationalen Verhältnisse und der Prioritätensetzung sowie der Politikgestaltung und der Veränderungen. Dies führt zu einer Harmonisierung von Angebot und Nachfrage im Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachleute, so dass die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung erfüllt werden können. Bei einem solchen Planungsprozess sollten Geschlechtszugehörigkeit und geographische Herkunft besonders berücksichtigt werden. Angesichts einer stei-

genden Anzahl von Frauen unter den Gesundheitsfachleuten muss Chancengleichheit herrschen, z.B. durch flexiblere Arbeitsmodelle und berufliche Laufbahnen, die Auszeiten ermöglichen, die Unterstützung anderer sozialer Rollen von Frauen wie etwa Kinder- oder Angehörigenbetreuung sowie aktive Maßnahmen gegen jegliche sexuelle Diskriminierung oder Unterordnung. Hinsichtlich der geographischen Verteilung sollten in erster Linie Studierende aus Randregionen rekrutiert werden. Denjenigen, die in diesen Gebieten arbeiten, können finanzielle und berufliche Anreize geboten werden. Zudem verringert der Einsatz leistungsfähiger IT die Gefahr einer beruflichen Isolierung.

8. Ausbau akademischer Zentren zu Hochschulsystemen, die – gestärkt durch externe Zusammenarbeit als Bestandteil flexiblerer und dynamischerer Berufsbildungssysteme – das traditionelle Kontinuum von Erkenntnisgewinn-Versorgung-Ausbildung in medizinischen Fakultäten, Gesundheitshochschulen und Krankenhäusern auf Gemeinden und Grundversorgung ausdehnen.
9. Das Schaffen von weltweiten Verbindungen zwischen Bildungsinstitutionen durch Netzwerke, Bündnisse und Konsortien unter Einschluss ebenfalls beteiligter Akteure wie Regierungen, zivilgesellschaftliche Organisationen, Industrie und Medien. Angesichts der Lehrkräfteknappheit und anderer Ressourceneinschränkungen ist es unwahrscheinlich, dass jedes Entwicklungsland allein in der Lage sein wird, die benötigte Gesamtzahl von Gesundheitsfachleuten auszubilden. Deshalb müssen unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien regionale und globale Konsortien als Bestandteil der institutionellen Strukturen des 21. Jahrhunderts gegründet werden. Es gilt, die einschränkenden Rahmenbedingungen von Einzelinstitutionen zu überwinden und Wissens- und Informationsressourcen für die Erfüllung gemeinsamer Aufgaben solidarisch zu erweitern. Um gegenseitigen Nutzen sowie soziale Verantwortung zu schaffen, sollten die jeweiligen Beziehungen auf dem Prinzip einer ausbeutungsfreien, nicht paternalistischen, gerechten und gemeinsamen Ressourcennutzung beruhen.
10. Die Pflege einer Kultur des kritischen Hinterfragens als zentrale Funktion von Universitäten und Hochschulen. Sie ist von entscheidender Bedeutung für den Einsatz wissenschaftlicher Erkenntnisse, für ethische Entscheidungen sowie für öffentliche Debatten und Positionsbezüge, um aufgeklärte soziale Veränderungen herbeizuführen“ (ebd., S.63ff.).

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz Referat Öffentlichkeitsarbeit Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.msagd.rlp.de

1. Auflage Mainz, September 2017

Verfasser: Prof. Dr. Renate Stemmer, Claire Mack & Sina Schimanski-Kahle

Kath. Hochschule Mainz - Fachbereich Gesundheit und Pflege

Im Auftrag des

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

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen/Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen/Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einer politischen Gruppe verstanden werden könnte.

In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz sind bisher erschienen:

- Nr.1 – September 2005
Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 2 – August 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz
- Nr. 3 – September 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen
- Nr. 4 – Oktober 2005
Arbeit und Zukunft e.V.:
Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege
- Nr. 5 – September 2006
Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 6 – März 2007
Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in Pflegeeinrichtungen
- Nr. 7 – November 2007
Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006
- Nr. 8 – September 2008
Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
PIZA II-Ergebnisse
- Nr. 9 – Oktober 2008
Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege
- Nr. 10 – Oktober 2008
Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege
- Bestandsaufnahme und Ausblick

- Nr. 11 – Oktober 2008
Abschlussbericht des Modellprojektes „Optimierung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

- Nr. 12 – Mai 2009
Forschungsstudie zur Verweildauer in den Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz

- Nr. 13 – August 2009
Expertise: Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld

- Nr. 14 – August 2010
Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege

- Nr. 15 – Dezember 2010
Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis –

- Nr. 16 – August 2011
Entwicklung und Erprobung einer Ausbildung zur Servicemitarbeiterin bzw. zum Servicemitarbeiter im Gesundheitswesen

- Nr. 17 – Februar 2012
Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz
- Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ –

- Nr. 18 – April 2012
Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen
- Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ -

- Nr. 19 – Oktober 2012
Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen

- Nr. 20 – März 2013
GePP-Projekt - Gesund Psychiatrisch Pflegen
Ein Gesundheitsprojekt zur Ausweitung der sozialen und organisationalen Ressourcen täglicher Arbeit von psychiatrisch Pflegenden im Rahmen einer wissenschaftlichen Interventionsstudie (Mai 2007 – Juni 2011)

- Nr. 21– Juli 2013
Abschlussbericht Befragungs- und Registrierungsstelle zur Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz

- Nr.22– August 2013
Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten
-Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“
- Nr. 23 – August 2013
Gutachten Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe
-Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“
- Nr.24 – November 2013
Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2013
-Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“
- Nr.25 – November 2013
Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012 - 2015, Berufsfeld Pflege
- Nr.26 – Juli 2014
Abschlussbericht Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen
- Nr.27 – Oktober 2015
Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege in Rheinland-Pfalz - „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“
- Nr.28 – Mai 2016
Landesprojekt: Theorie-Praxis-Transfer in der Ausbildung in den Pflegeberufen, „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe, Berufsfeld Pflege“
- Nr.29 – März 2017
Stand der Umsetzung der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2012-2015“ (FQI)
- Nr.30 – März 2017
Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz - Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“

- Nr.31 – März 2017
Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz

Die Berichte liegen ausschließlich in digitaler Form vor und sind zu beziehen über das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz oder per E-Mail an: bestellservice@msagd.rlp.de

