

1 Magnet[®]-Konzept, strukturelles Empowerment und interprofessionelle Zusammenarbeit

1.1 Das Magnet[®]-Krankenhauskonzept als evidenzbasierte Grundlage zeitgemäßen Pflegemanagements

Es gibt unübersehbare Anzeichen dafür, dass wir in Deutschland vor einem Umbruch im Bild der Pflege stehen.

Dies gilt für unsere Gesellschaft, für die interprofessionelle Zusammenarbeit in unsere Kliniken und Pflegeeinrichtungen, für die Sichtweise der Patienten und Bewohner. Und für uns selbst:

»Die Zukunft der Pflege hat eng mit der Bereitschaft zu tun, das eigene Mindset zu überprüfen und zukunftstauglich zu machen.« (Vogler & Druyen 2024, S. 24)

Aus einem neuen Mindset der Pflege ergibt sich auch das Rollenverständnis der Pflege in unseren Gesundheitseinrichtungen. Insbesondere die Führungsrolle der Pflege in der klinischen Organisation von Krankenhäusern wird immer wieder kontrovers diskutiert. Lange Zeit fehlten Erkenntnisse und evidenzbasierte Nachweise zu der Frage, welchen Beitrag die Pflege in der Krankenhausversorgung leistet. Das hat sich geändert. Das aus den USA stammende Magnet[®]-Krankenhauskonzept hat unser Verständnis über den Zusammenhang von Management und Leadership in der Pflege, professioneller Pflegepraxis und Innovation sowie der daraus resultierenden Versorgungsqualität anhand einer großen empirischen Studie aufgezeigt. Aus unserer Sicht sollte das Magnet[®]-Krankenhauskonzept integraler Bestandteil jeder Leitungs- und Managementqualifizierung in der Pflege sein.

Wie war die Ausgangssituation bei der Entstehung des Magnet[®]-Krankenhauskonzepts?

Es gibt einige Parallelen zwischen der Pflegesituation der Kliniken in den USA der 1980er Jahre und unserer Pflegesituation in Deutschland heute – vor allem in Bezug auf den Pflegenotstand und den Fachkräftemangel. In dieser Zeit in den USA hatten viele Kliniken erhebliche Personalengpässe in der Pflege. Die ursprüngliche Fragestellung des Magnet[®]-Forschungsprojekts war folgende: Was zeichnet die Krankenhäuser aus, die für qualifiziertes Pflegepersonal besonders attraktiv waren und die deshalb auch keine Personalengpässe hatten?

Allerdings ging der Forschungsansatz auch noch weiter. Es wurde über wissenschaftliche Untersuchungen erstmals umfassend herausgearbeitet, welche

grundsätzlichen Wirk- und Erfolgsfaktoren des Pflegemanagement die Versorgungsqualität eines Krankenhauses entscheidend beeinflussen. Es ging also auch um den pflegerischen Beitrag zur (medizinischen) Ergebnisqualität eines Krankenhauses.

41 von 163 der in den USA untersuchten Krankenhäuser hatten eine besondere Attraktivität für qualifiziertes Pflegepersonal. In diesen 41 Kliniken konnten ganz bestimmte Managementstrukturen und Führungsprozesse rund um die Pflege identifiziert werden, welche die besondere Attraktivität für Interessenten und Bewerber begründeten. Und mehr noch: Es konnte empirisch nachgewiesen werden, welche Wirksamkeit diese Strukturen und Prozesse bezogen auf zahlreiche klinische und nicht klinische Qualitätsparameter haben. Zu diesen Qualitätsparametern gehören etwa patientenbezogene Zufriedenheit, Verweildauer, Komplikationsrate, Verhältnis von realer zu erwarteter Todesrate (risikoadjustierte Mortalität), Sterberisiko nach Komplikation (Failure to Rescue) sowie die Anzahl von Wiederaufnahmen (»Drehtüreffekt«). Ganz bestimmte Managementstrukturen und Führungsprozesse in der Pflege hatten weiterhin positive oder kritische Auswirkungen auf die Mitarbeitenden, messbar z.B. anhand von Fluktuationsraten, Grad der Arbeitszufriedenheit, Häufigkeit von Burnout etc.

Auf der Grundlage dieser empirischen Studien entwickelte das »American Nurse Credentialing Center (ANCC)« das Konzept des Magnet®-Krankenhauses sowie ein damit verbundenes Zertifizierungsprogramm. Im Zentrum dieses Konzepts stehen die Managementstrukturen und Prozesse rund um die Pflege, die in den empirischen Studien identifiziert wurden. Die Bezeichnung »Magnet®-Krankenhaus« hebt die magnetische Anziehungskraft auf qualifiziertes Fachpersonal dieser Kliniken hervor. Unter dem Druck des Fachkräftemangels wurde das Magnet®-Konzept in den letzten Jahren auch als Förderprogramm unter dem Namen »Magnet4Europe« hier auf Europa übertragen.

Was sind nun die entscheidenden Komponenten des Magnetkonzepts?

Das Magnet®-Krankenhauskonzept beinhaltet fünf Komponenten (► Abb. 1.1):

1. *Strukturelles Empowerment*

Das strukturelle Empowerment sorgt dafür, dass die Pflege mit klaren Kompetenzen und Befugnissen in der klinischen Organisation ausgestattet ist. Ebenso wirkungsvoll nimmt sie im Management einen zentralen Stellenwert ein. Die Anforderungen an die Führungsorganisation im Pflegemanagement eines Magnetkrankenhauses sind u.a.: Pflegedirektion (Chief Nursing Officer mit akademischem Abschluss) als Teil der höchsten Managementebene, Einbindung der Pflegefachkräfte in interprofessionelle Entscheidungsgruppen, berufliche Weiterbildungssysteme und -programme für Pflegefachkräfte einschließlich der akademisch ausgebildeten Pflegeeliten, strukturiertes Reporting zu den strategischen Zielen und operativen Masterplänen im Pflegemanagement etc.

2. *Transformationale Führung*

Transformationale Führung meint engagierte und mutige Führungskräfte, die sich durch ihre Vorbildfunktion, ihr Engagement sowie ihre Präsenz und Zugänglichkeit auszeichnen. Der transformationale Führungsstil fördert eine

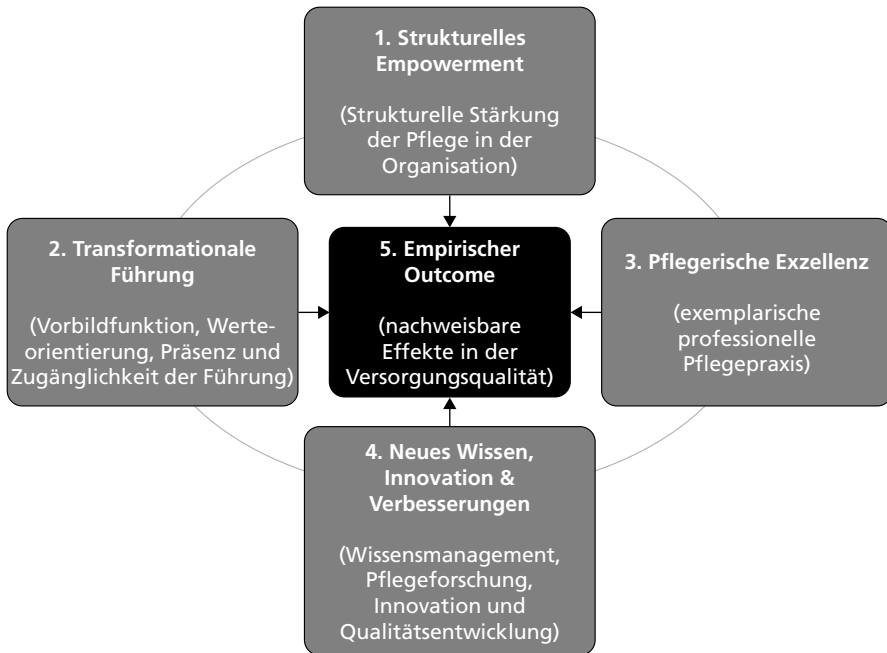


Abb. 1.1: Das Magnet®-Krankenhauskonzept (eigene Darstellung)

werteorientierte Grundhaltung, emotionale Bindung und Loyalität sowie Feedbackorientierung und Partizipation. Leitende Pflegekräfte sollten durch Qualifizierungsprogramme und Coaching in transformationaler Führung unterstützt und gefördert werden.

3. *Pflegerische Exzellenz*

Pflegerische Exzellenz zeigt sich in einer exemplarischen professionellen Praxis. Dies beinhaltet die selbstverantwortliche, strukturierte und standardisierte Durchführung der Pflege. In dieser Dimension geht es auch um die Etablierung, kontinuierliche Weiterentwicklung und Evaluation der fachlichen Standards und Prozesse im Pflege- und Patientenmanagement. In Deutschland sind hier als basale Standards auch die nationalen Expertenstandards zu berücksichtigen wie z. B. Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entlassungsmanagement in der Pflege, Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Sturzprophylaxe in der Pflege, Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege/DNQP, 2023). Pflegerische Exzellenz beinhaltet darüber hinaus zwingend eine kollegiale multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen »auf Augenhöhe«. Fachkräfte in der Pflege sollen in klinischen Be-

sprechungen mit anderen Berufsgruppen aktiv mitwirken, beraten und (mit-)entscheiden.

4. *Neues Wissen, Innovation und Verbesserungen*

Es wird ein pflegerisches Wissensmanagement implementiert, welches dafür sorgt, dass die pflegerischen Fachaufgaben sich in allen Bereichen an den jeweils aktuellen Standards und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichtet. Die Standards sind also nicht nur formuliert, sondern werden flächendeckend implementiert, in der Praxis kontinuierlich evaluiert und nach neusten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft immer wieder aktualisiert. Dieses wird ergänzt durch eine ständige Weiterentwicklung des Fehler- und Beschwerdemanagements sowie die Etablierung von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen in den Pflegeteams. Kliniken sollten darüber hinaus eigene Projekte und evidenzbasierte Studien im Bereich der Pflege- und Versorgungsforschung durchführen.

5. *Empirischer Outcome*

Die vier bereits genannten Komponenten führen am Ende zu einem exzellenten empirischen Outcome in der klinischen Versorgungsqualität am Patienten. Das fachliche Pflege-Controlling sollte durch ein jeweils (fach-)bereichsspezifisches System von aussagefähigen Kennzahlen die Ergebnisse überprüfen. Die Pflegeexperten übernehmen die Verantwortung für den empirischen Outcome im klinischen Alltag. Die Evaluation erfolgt kontinuierlich anhand von klar definierten und messbaren Kennzahlen. Dies geschieht durch anschauliche und geeignete Instrumente (z. B. White-Boards, IT-Dashboards etc.).

Das Magnet®-Konzept wird in Deutschland und Europa eine wichtige Rolle bei der weiteren Professionalisierung des Pflege-, Patienten- und Versorgungsmanagements einnehmen. Es ist ein evidenzbasiertes Organisations-, Fach- und Entwicklungskonzept für Krankenhäuser und kann modifiziert auch auf andere Gesundheitsunternehmen und Pflegeeinrichtungen übertragen werden, in denen die Pflege eine wichtige Funktion in der Versorgung einnimmt. Es gibt starke Impulse für das Management und dient der Verbesserung der fachlichen Versorgungsqualität. Des Weiteren gibt es den Gesundheitsunternehmen die Möglichkeit, ihre Wettbewerbsposition im heftig umkämpften Fachkräftemarkt erfolgreich auszubauen.



Wir empfehlen Kliniken, die nicht über die einschlägigen europäischen Fördermittelprogramme unterstützt werden, sich mit einer eigenen Projektstrategie auf den Weg zu machen und dabei die Magnetkriterien in kompakter Form anzuwenden. Die Zukunft in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen ist magnetisch!

1.2 Strukturelles Empowerment und Intrapreneurship im Pflegemanagement

Die Pflege trägt nicht nur mit eigener fachlicher Leistung zur Pflege und medizinischen Behandlung bei, sondern steuert und unterstützt zahlreiche Primär- und Sekundärprozesse in organisatorischer Hinsicht. Sie beeinflusst stark das endgültige Behandlungsergebnis und sichert es ab. Sie sorgt für eine Minimierung von Risiken sowie für Verfahrenssicherheit im Ablauf. Da die Pflegeexperten nah am Patienten und mitten in fast allen Kernprozessen, Schnittstellen und Schaltstellen der klinischen Organisation agieren, müssen sie eine herausragende Rolle in der Planung, Steuerung und Überwachung der klinischen Organisation übernehmen. Diese Erkenntnis ergibt sich u. a. auch aus den Forschungsergebnissen des Magnet®-Konzepts. Von dieser Erkenntnis sind allerdings noch viele Unternehmen entfernt und viele Führungskräfte in der Pflege benötigen hier Unterstützung.

In der unteren und mittleren Führungsebene der Pflege (Bereichsleitungen, Abteilungsleitungen, Klinikpflegeleitungen, pflegerische Zentrumsleitungen, Stationsleitungen, Funktionsbereichsleitungen, Etagenleitungen, Wohnbereichsleitungen, Leitungen ambulanter Dienste, Hospizleitungen etc.) wird sich aus unserer Sicht zunehmend ein Verständnis von Führung etablieren, dass nah an dem Konzept von *Intrapreneurship* ausgerichtet ist.

Definition: Intrapreneurship

Intrapreneurship ist abgeleitet vom Begriff *Entrepreneurship* (Unternehmergeist) und bedeutet »Unternehmer/-in im Unternehmen sein«. Intrapreneure sind angestellte Führungskräfte, führen die eigene Betriebseinheit aber wie Unternehmer mit wirtschaftlicher, personeller, organisatorischer und infrastruktureller Verantwortung. Hierzu erhalten sie eigenständige Handlungsspielräume mit entsprechenden Kompetenzen sowie umfassende Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse.



Warum ist *Intrapreneurship* in der unteren und mittleren Führungsebene in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von großer Bedeutung?

- Pflegerische Betriebseinheiten, die von Leitungen der mittleren Führungsebene geführt werden, haben fast alle mehr als zehn Mitarbeitende (Anzahl/Köpfe nicht Vollkraftäquivalente). Sieht man die Betriebseinheit als Unternehmen, dann entspricht diese Betriebsgröße in der Kategorie »Kleinere und Mittlere Unternehmen« (kurz KMU) einem Kleinunternehmen. Ein Kleinunternehmen hat nach empfohlenem EU-Standard 10–49 Mitarbeitende (vgl. Amtsblatt der EU 2003/ Anhang Artikel 7 und 8). In diesem Setting haben leitende Pflege-mitarbeitende eine zentrale operative Verantwortung im Tagesgeschäft. In Zukunft wird diese untere und mittlere Führungsebene der Pflege neben der or-

ganisatorischen Verantwortung noch stärker in die personelle, wirtschaftliche und unternehmerische Verantwortung einbezogen.

- Während die ärztlichen Führungskräfte (Chef- und Oberärzte) mit ihren eher kleineren Teams den größten Einfluss auf die strategische und operative Leistungssteuerung haben (Indikationen, Fälle etc.), muss der pflegerische Bereich einen starken Einfluss auf die wirtschaftliche Kapazitätssteuerung haben, da die ausreichende Verfügbarkeit von pflegerischem Personal sowie die flexible Nutzung von Räumen und Betten in den Stations- und Funktionsbereichen eine komplexe Herausforderung darstellt, die von Experten mit hoher Präsenz vor Ort und großer Übersicht über die gesamte Betriebseinheit verantwortet werden muss. Dies gilt insbesondere für Bereiche, in denen mehrere medizinische Disziplinen gemeinsam Kapazitäten (Räume, Betten) nutzen müssen. Der Begriff »bettenführende Abteilung« für eine Klinik ist heute eher irreführend. Die ärztlichen Teams haben dies gerade in den letzten Jahren schon angesichts von Bettensperrungen und Stationsschließungen aufgrund der Pandemie oder des pflegerischen Fachkräftemangel leidlich spüren müssen. Den Kliniken sind zwar immer noch gewisse Bettenkapazitäten (Planbetten gemäß Krankenhausplan, leistungsgerechte Bettenverteilung gemäß Leistungsbudget etc.) zugeordnet, bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass Betten operativ im Klinikalltag immer weniger von ärztlichen Teams geführt oder gesteuert werden.
- Eine selbstverantwortliche Führung und agile Steuerung im Kerngeschäft der Pflege kann von der unteren und mittleren Führungsebene in der Pflege nur erfolgen, wenn sie umfassenden Einfluss im Bereich zahlreicher Management- und Führungsprozesse hat (z. B. im Bereich Personalbeschaffung, Personalauswahl, Personalsteuerung, Personalführung, Kapazitätssteuerung, klinische Prozessorganisation, Schnittstellenmanagement zu anderen Betriebseinheiten, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen etc.). Wer in der unteren und mittleren Ebene der Pflege in Führung geht, sollte innerhalb der Organisations- und Stellenplanvorgaben auch über die wesentlichen Ressourcen im eigenen Bereich verfügen. Wie soll etwa ein (zentrales) Bettenmanagement funktionieren, wenn es nicht vor Ort in den pflegerischen Betriebseinheiten mit Übersicht und fachlicher Expertise (mit-)gesteuert wird? Wie kann geprüft werden, ob eine neue pflegerische Fachkraft die konkreten fachlichen Anforderungen vor Ort erfüllt und ins Team passt, wenn die Leitung vor Ort nicht umfassend an der Personalauswahl und -entscheidung beteiligt ist, die Verantwortung übernimmt und alle damit verbundenen Konsequenzen trägt?
Und wenn wir Sorge tragen, dass die pflegerischen Leitungen der unteren und mittleren Führungsebene diesen Anforderungen nicht gewachsen sind? Dann sollten wir nicht auf das Strukturmerkmal einer starken Führung vor Ort verzichten. Dann sollten wir diese Führungsebene strukturell stärken (strukturelles Empowerment), die Führungskräfte auf ihre Eignung den Entwicklungsbedarf hin überprüfen (Assessment) und sie systematisch fördern (Managementqualifizierung).
- Eine selbstverantwortliche Führung im Sinne des Intrapreneurships bedeutet auch, dass der eigene Führungsbereich und Handlungsspielraum der unteren und mittleren Führungsebenen in der Pflege respektiert wird. Hierarchische

Führungsinterventionen von oben (übergreifende Führung) von Pflegedirektionen oder Pflegedienstleitungen sowie seitliche Interventionen aus anderen Berufsgruppen in diesen autonomen Führungsbereich (diagonale Führung) sollten konsequent unterbunden werden. Die Stärke der unteren und mittleren Führungsebenen hat vor allem auch etwas mit ihrem eigenen souveränen Auftritt und dem Konfliktmanagement zu tun, durch die der eigene Delegationsbereich abgesichert wird. Das Magnet[®]-Krankenhauskonzept spricht hier klar von mutigen Führungskräften. Manche Führungskräfte warten immer noch auf eine Wertschätzung. Andere Führungskräfte warten nicht auf Anerkennung, sie gehen mit einem klaren Selbstverständnis in den notwendigen Konflikt. Und wenn sie beharrlich bleiben, zollt man ihnen idealerweise auch Respekt.

Die unteren und mittleren Führungsebenen haben strukturell eine Sandwich-Position: einerseits haben sie übergreifende Zielsetzungen und Vorgaben der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung zu erfüllen, andererseits sind sie mit den wachsenden Bedürfnissen und Erwartungen ihrer Mitarbeitenden konfrontiert. Und diese werden bei den jungen Generationen (Y, Z und Alpha) immer anspruchsvoller.

In vielen Unternehmen unterschiedlicher Branchen haben die Führungskräfte der mittleren Führungsebenen eine problematische Rolle. Eine Studie der Dr. Meyer Jürgen Stiftung unter dem Titel »Das mittlere Management – Die unsichtbaren Leistungsträger« zeigt, wie die mittleren Führungskräfte immer wieder zwischen den »Visionen der obersten Führungsebene« und den »Schmerzen an der Basis« vermitteln müssen.

»Mittelmanager befinden sich in einer Sandwich-Position zwischen »the vision at the top and the pain at the bottom« (Caye et al., 2010): Einer wachsenden Arbeitsbelastung und steigenden Führungsverantwortung steht eine geringe Wertschätzung innerhalb der Unternehmen gegenüber. In der Folge ist gerade die Motivation und Leistungsbereitschaft jener Führungsebene gefährdet, die als Leistungsträger und Motivatoren entscheidend zum Unternehmenserfolg beiträgt.« (Dr. Jürgen Meyer Stiftung, 2011, S. 8)

Die Studie zeigt die hohen Anforderungen und Probleme auf (vgl. auch Dr. Jürgen Meyer Stiftung, 2011, S. 15 ff.):

1. Mittlere Führungskräfte nehmen gleichzeitig Fachaufgaben, organisatorische Planungs-, Steuerungs- und Kontrollaufgaben sowie Personalführungsaufgaben wahr.
2. Mittlere Führungskräfte sind das Bindeglied zwischen der strategischen Spitze und dem operativen Kern, d. h., sie müssen Strategien, Ziele und Vorgaben von oben nach unten weitergeben sowie einen transparenten Informationsfluss in alle Richtungen sicherstellen.
3. Mittlere Führungskräfte müssen bei problematischen Entscheidungen von oben die eigene Loyalität bewahren und auch die Loyalität der Mitarbeitenden sicherstellen.
4. Führungskräfte der mittleren Führungsebene müssen nach allen Seiten zwischen verschiedenen Anspruchsgruppen vermitteln.

5. Führungskräfte der mittleren Führungsebene sind häufig in der Rolle der »Troubleshooter«, d. h., sie müssen akute Probleme und Konflikte an der Basis ganz praktisch »ausbaden« und lösen.
6. Führungskräfte der mittleren Führungsebene sind häufig nicht ausreichend partizipativ in die Ressort-, Betriebs- und Unternehmensentwicklung eingebunden;
7. Der Beitrag der mittleren Führungsebene wird nicht immer ausreichend gewürdigt.

In unseren Projekten zur Führungsorganisation arbeiten wir mit einer sogenannten *Aufgaben- und Kompetenzmatrix*, um die Management-, Führungs-, Steuerungs- und Koordinationsaufgaben im Pflegemanagement zu profilieren und präzise zu definieren.



Definition: Aufgaben- und Kompetenzmatrix

In einer *Aufgaben- und Kompetenzmatrix*

- werden für alle wichtigen Aufgabenfelder oder Managementprozesse die konkreten Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Fach- und Führungspositionen in einer kompakten Matrix beschrieben; Der Vorteil liegt in der überschaubaren Struktur der tabellarischen Übersicht;
- stehen die einzelnen Führungsebenen und -positionen in der Übersicht in Spalten nebeneinander (vertikale Achse: die Position). Der Vorteil liegt darin, dass die Aufgaben und Kompetenzen der unterschiedlichen Führungskräfte simultan nebeneinander erfasst werden können; man muss also nicht zwischen einzelnen Stellenbeschreibungen oder Aufgabenprofilen eines QM- oder Organisationshandbuches hin und her blättern oder springen, um die Zuständigkeiten zu klären;
- wird eine Art prozessorientierter Aufgabenverteilungsplan erstellt, bei dem ersichtlich wird, wer in einem Aufgabenfeld z. B. etwas vorbereitet, wer diesen Vorgang dann übernimmt, wer in dieser Angelegenheit dann mit wem berät, wer welche Entscheidungen trifft, wer daran aktiv mitwirken darf, wer dann informiert usw. Der Vorteil liegt in einer prozessorientierten Betrachtung (horizontale Achse: der Prozess);
- werden nicht nur die Führungspositionen in der Linie dargestellt, sondern auch die Fachkräfte in den Zentralen Diensten und Stabsstellen, so dass Schnittstellen zu diesen Bereichen deutlich werden (unterstützende Funktionen, zentrale Dienste). Der Vorteil liegt darin, dass einerseits die Führungsverantwortung in der Linienorganisation betont wird und andererseits die unterstützenden Bereiche verantwortlich im Prozess zugeordnet werden.

Praxisbeispiel: Aufgaben- und Kompetenzmatrix im Pflegemanagement einer Klinik (► Tab. 1.1)


Die Aufgaben- und Kompetenzmatrix im Pflegemanagement kann durch weitere interprofessionelle Aufgaben- und Kompetenzmatrizen für die Bereiche erweitert werden (z. B. Notaufnahme, Ambulanz, Station, Intensiv- und Intermediate-Care-Einheiten, OP, Funktionsdiagnostik etc.). Dabei ist besonders darauf zu achten, dass die pflegerischen Fach- und Führungskräfte aufgrund ihrer Organisationsexpertise bezogen auf patientennahe Prozesse auch umfassende Beratungs-, Steuerungs-, Koordinations- und Entscheidungskompetenzen erhalten müssen. Die Präsenz und Nähe zum Patienten sowie das Eingebundensein in zahlreiche klinische Prozesse ermöglicht ihnen in der Regel eine optimale Übersicht über die Prioritäten, Ressourcen und Kapazitäten in ihrer Einheit. Deshalb sind im stationären Kontext vor allem das Aufnahme-, Entlassungs- und Belegungsmanagement sowie im Funktionsbereich die Leistungs- und Kapazitätsplanung/-steuerung in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst präzise zu definieren.

Innerhalb von pflegerischen Exzellenzprogrammen müssen folgende Managementprozesse und -instrumente in Anlehnung an das Magnet®-Krankenhauskonzept beschrieben und in der Praxis dargestellt werden:

- Mission, Vision, Werte und strategische Ziele des Pflegemanagements in Übereinstimmung mit den Unternehmenszielen
- Managementprozess für die jährliche Aufstellung, Umsetzung und Evaluation der Masterpläne (Plan der kurz-, mittel- und langfristigen Ziele des Pflege- und Patientenmanagements sowie der klinischen Betriebsorganisation, Qualitätspläne, Patientensicherheitspläne, Projektmasterplan mit Erfassung sämtlicher Projekte in der Patientenversorgung etc.)
- Managementprozesse zur Einstellung und Bindung von Pflegefachkräften
- Managementprozesse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalplanung und -steuerung
- Managementprozess für eine halbjährliche Bedarfsermittlung, Aufstellung, Umsetzung und Evaluation von beruflichen Informations-, Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen der pflegerischen Fachkräfte einschl. der akademischen Eliten in der Pflege
- Richtlinien und Verfahren im Bereich der Vertretung von Mitarbeiter/-inneninteressen (Stressbewältigung, Burnoutprophylaxe und Fürsorge für beeinträchtigtes Pflegepersonal, Diversität/Vielfalt, Rechte etc.)
- Berichts- und Bearbeitungspflichten bei Problemen im beruflichen Umfeld, bei inkompetenten, unsicheren und unprofessionellen Praktiken sowie bei interprofessionellen Konflikten
- Managementprozesse zur proaktiven Risikobewertung sowie zum Fehler- und Beschwerdemanagement.

Tab. 1.1: Auszug aus einer Aufgaben- und Kompetenzmatrix (eigene Darstellung)

Aufgabenfeld Managementprozess	Pflegedirektion	Pflegedienstleitung (Bereich)	Stations- und Funktionsbereichsleitungen	Pflegeexperten (»Bachelor am Bett«)	Unterstützende Funktionen/Dienste
Personal <ul style="list-style-type: none">• Bedarfsermittlung• Planung• Änderung• Suche• Ausschreibung• Auswahl• Beurteilung• Entscheidung• Einstellung	<ul style="list-style-type: none">• Erarbeitung des pflegerischen Personalplans (einschl. bereichsbezogene Pläne) innerhalb der Wirtschaftsplanung• einschl. Personalveränderungen und leistungsbezogene Prognose• Vorgabe von Prinzipien, Regeln, Verfahren und Kennzahlensystemen zur Personalbedarfsermittlung in der Pflege• Genehmigung von außerplanmäßigen Änderungen (Soll-Ist-Abweichungen) im bereichsbezogenen Stellenplan	<ul style="list-style-type: none">• Ermittlung des qualitativen und quantitativen Personalbedarfs unter Einhaltung der betrieblichen und gesetzlichen Vorgaben• Prüfung der Einarbeitung des pflegerischen Personalplans des Bereichs• Beantragung/Be-gründung von Soll-Ist-Abweichungen im bereichsbezogenen Stellenplan• Festlegung einer Such- und Personalmarketingstrategie (Printmedien, digitale Plattformen, Social Media, persönliche Netzwerke etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Erstellung von Anforderungsprofilen (formale Kriterien, fachliche, organisatorische, persönliche und soziale Kompetenz)• Sichtung von Bewerbungswerbungsmaterialien/Vorauswahl• Terminierung von Hospitationen und Vorstellungsgesprächen einschl. Einladung• Führen von Bewerbungsgesprächen und Empfehlungen zur Einstellung anhand Kurzbeurteilungsbogen	<ul style="list-style-type: none">• Fachliche Begleitung von Hospitationen und Bewerbungsgesprächen• Feedback anhand Beobachtungsbo-gen	Personalabteilung <ul style="list-style-type: none">• Personalkostenhochrechnungen (einschl. systematische Berücksichtigung von Tarifänderungen) für die Wirtschaftsplanung im Folgejahr• Ggf. Beratung zur tariflichen Einstufung• Vertragsabschluss Zentrales Bewertungsmanagement <ul style="list-style-type: none">• Verwaltung der eingehenden Bewerbungen einschl. Prüfung der Erfüllung der Erfüllung von definierten Voraussetzungen (tabellarischer Überblick) Personalmarketing und Social Media-Strategie