

Gemeinsam für mehr Wissen.



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Dr. Sabine Löffert, Anne Golisch

Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus

Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften

Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)



Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 56
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: sabine.loeffert@dki.de

Düsseldorf, Oktober 2013

Inhaltsverzeichnis

1	HINTERGRUND	5
2	DEMOGRAFIEORIENTIERTES PERSONALMANAGEMENT IN DER PFLEGE	12
3	METHODIK	23
4	PERSONALPLANUNG	27
4.1	ANZAHL DER PFLEGEKRÄFTE.....	27
4.2	ALTER DER PFLEGEKRÄFTE	28
4.3	ANZAHL DER PFLEGEKRÄFTE IN DEUTSCHLAND IN ALTERSGRUPPEN (SCHÄTZUNG)	29
4.4	FLUKTUATIONSRATE UNTER DEN PFLEGEKRÄFTEN.....	30
4.5	KRANKENSTAND UNTER DEN PFLEGEKRÄFTEN.....	32
4.6	MAßNAHMEN DER PERSONALPLANUNG	35
5	QUALIFIZIERUNG	41
6	PERSONALENTWICKLUNG	48
7	ARBEITSORGANISATION	53
7.1	ARBEITSORGANISATIONSMAßNAHMEN.....	53
7.2	TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE FÜR ÄLTERE MITARBEITER	59
7.3	SONSTIGE TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE FÜR ÄLTERE MITARBEITER	63
7.4	ENGPÄSSE DURCH SPEZIELLE ARBEITSORGANISATION	64
7.5	KOMPENSATIONSMAßNAHMEN ZUR BESEITIGUNG VON PERSONALENGPÄSSEN	65
8	ARBEITSZEITGESTALTUNG	67
8.1	ARBEITSZEITMODELLE FÜR ALLE MITARBEITER	67
8.2	MÖGLICHKEITEN DER ARBEITSZEITGESTALTUNG.....	70
9	ARBEITSPLATZGESTALTUNG	72
10	GESUNDHEITSFÖRDERUNG	76
11	UNTERNEHMENSKULTUR UND FÜHRUNG	84
12	BESONDERE PROJEKTE UND MODELLE	93
13	ZUSAMMENFASSUNG	96
14	FAZIT	102
	ANHANG	105
	LITERATUR	106

Vorwort

Das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI e.V.) wurde von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit der Untersuchung „Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus - Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften“ betraut.

Der vorliegende Bericht stellt den Abschlussbericht dieser breit angelegten Untersuchung dar. Mit dieser Studie ist es gelungen, zeitnahe Informationen zur aktuellen Umsetzung altersgerechter Arbeitsweisen im Krankenhausgeschehen auf repräsentativer Basis zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich wurde aufgezeigt, welche Maßnahmen Krankenhäuser in Erwägung ziehen, planen oder bereits umsetzen, um Arbeitsbedingungen derart zu gestalten, dass eine lange Berufstätigkeit von Pflegekräften ermöglicht und auch gewünscht wird.

Die erfolgreiche Umsetzung dieses Projektes war vor allem dank der engagierten und freiwilligen Mitarbeit der zahlreichen Teilnehmer möglich. Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

Besonderer Dank für die sehr gute Zusammenarbeit gilt darüber hinaus den Projektverantwortlichen der BGW, Herrn Professor Dr. med. Albert Nienhaus und Herrn Bjørn Kähler.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Frau (cand. MSc. HCM) Bettina Gräbsch für inhaltliche Unterstützung bei der Berichterstellung.

Unser Dank gilt weiterhin der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) für die Beauftragung sowie die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit in diesem Projekt.

Düsseldorf, im Oktober, 2013

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

1 Hintergrund

„Der demographische Wandel ... wird als Bedrohung des sozialen, politischen und ökonomischen Fundaments der Gesellschaft betrachtet. Seine möglichen Folgen bereiten vielen Menschen – älteren mehr als jüngeren – Sorgen und werden mit düsteren Zukunftsaussichten assoziiert.“ (Brandenburg, Domschke, 2007)

Derartige und ähnliche Überlegungen finden sich in den letzten Jahren in Fallstudien, wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Politik- und Wirtschaftsthematiken sowie vermehrt in den Medien – der demografische Wandel ist in aller Munde (Kielmannsegg, 2008). Die Ursachen für die demografischen Veränderungen sind seit langem bekannt, doch über die Folgen und die über mehrere Dekaden hinausreichenden Prognosen wird derzeit erneut diskutiert (Bieber, 2011).

Entwicklungen in der Pflege zeichneten sich bereits in den letzten Jahren ab. Demgemäß ist der Versorgungsalltag durch grundlegende Veränderungen geprägt. Diese zeigen sich beispielsweise im Bereich der Modifikation der Erkrankungen bis hin zu multimorbiden, immer älter werdenden Patienten. Zudem waren im Jahr 2008 19% der deutschen Bevölkerung bis 20 Jahre alt. Etwa 5% der Bevölkerung war bereits 80 Jahre oder älter. Nach Berechnung des Statistischen Bundesamtes (2009) sinkt jedoch die Zahl junger Menschen im Jahr 2060 um 3%, wobei die Anzahl der über 80-Jährigen auf etwa 14% ansteigt. Des Weiteren steigen die Anforderungen an die Pflege sowie Qualifikationen der Pflegefachkräfte und schließlich entstehen, durch den derzeitig bestehenden Fachkräftemangel bzw. Pflegenotstand bei gleichzeitiger Alterung der Pflegenden, neue Mitarbeiterstrukturen (Becker, 2012). Das veränderte Krankheitsbild, der medizinisch-technische Fortschritt und das benötigte Personal sind u.a. maßgebend für die Versorgung in der Zukunft.

Es gilt zu erörtern, inwieweit die Akteure der Pflege ausreichend auf die Alterung des Personals und die Verringerung der Pflegekräfte vorbereitet sind. Mithilfe der vorliegenden Studie sollen die Ausprägungen des Problembewusstseins und mögliche Handlungsansätze aufgezeigt werden.

Herausforderung demografischer Wandel

Der demografische Wandel stellt für das aktuelle Jahrhundert eine große Herausforderung dar. Die zukünftigen Gesellschaften werden älter sein als alle Gesellschaften bisher (Kielmannsegg, 2008). Deutlich wird dies an der Bevölkerungspyramide Deutschlands, welche die Altersverteilung deutscher Bürger visualisiert (Abb. 1). Diese weist im Jahr 1900 eine ausgeprägte Dreiecks- bzw. Tannenform auf. Dies bedeutet eine hohe Anzahl junger Bürger sowie die geringe Anzahl älterer Bürger. Bereits vor Beginn der Jahrhundertwende ist ein Wandel in der Gesellschaft erkennbar. In der Bevölkerungspyramide ist eine Ausdehnung in den oberen Altersklassen und einer Verkleinerung der Basis zu verzeichnen.

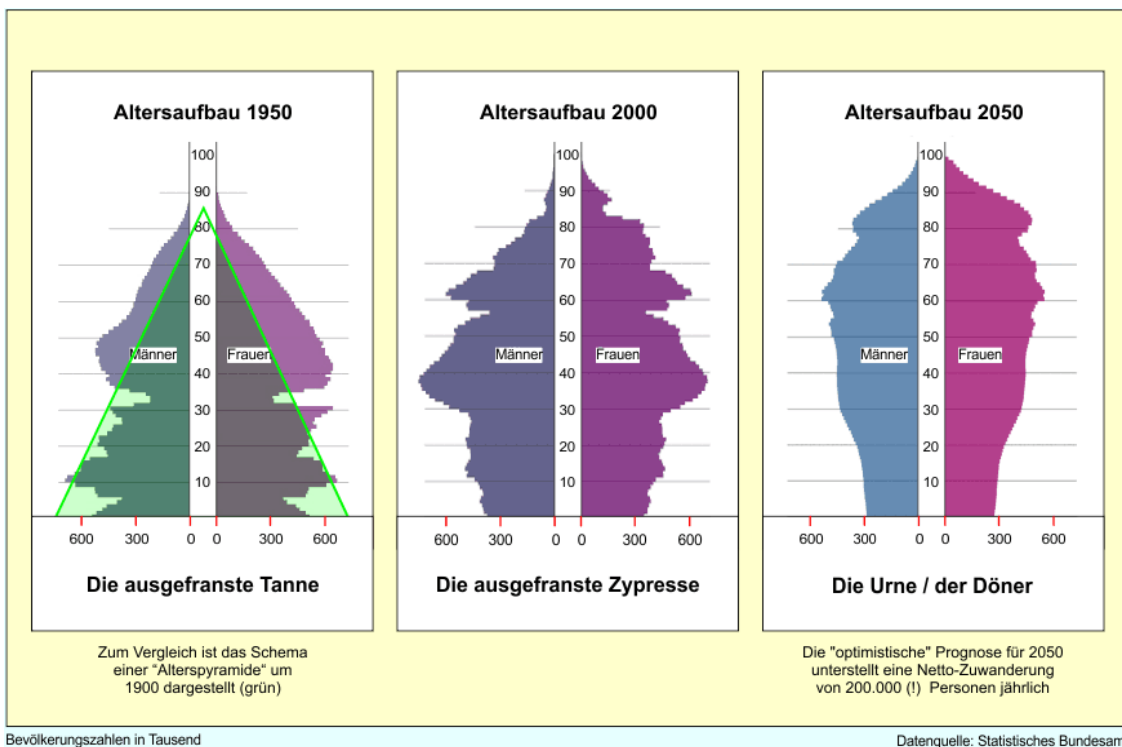


Abb. 1: Altersstruktur in Deutschland (Stand: 2012)

Die Herausforderung der Zukunft ist nicht die ebenfalls deutliche Abnahme der Bevölkerung, sondern deren zunehmende Alterung (Brandenburg, Domschke, 2007). Der sogenannte „Double-Aging-Effekt“ bzw. der Effekt der „doppelten Alterung“, äußert sich dadurch, dass die jüngere Generation durch sinkende Geburtenraten drastisch abnimmt und gleichzeitig die ältere Bevölkerung, durch eine längere Lebenserwartung und sinkende Sterblichkeit, deutlich zunimmt. Dieser Wandel führt zu einer Erhöhung des Durchschnittsalters (Ehrentraut, Fet-

zer, 2007): Im Jahr 2010 waren lediglich 18,4% der Bevölkerung Kinder und Jugendliche, wohingegen 21% im Alter von 60 bis 80 Jahre waren. Der Anteil der über 80-Jährigen lag 2010 bei 5,3% (Statistisches Bundesamt, 2012).

Bezogen auf den Arbeitsmarkt führt der demographische Wandel zu drei wichtigen Veränderungen: 1. Verringerung des Erwerbspersonenpotenzials, 2. Abnahme der Fachkräfte und 3. Erhöhung des Durchschnittsalter der arbeitenden Bevölkerung (Metz et al., 2012). Im Hinblick auf die vorliegende Studie ist hervorzuheben, dass im zukünftigen Gesundheitswesen ein wachsendes Arbeitssegment aufgrund steigender Pflegebedürftigkeit nicht zuletzt einer wachsenden älteren Bevölkerung zu erwarten ist.

Krankenhausbehandlungen

Die Tatsache, dass Krankenhauspatienten ebenfalls älter werden, führt oft zu insgesamt längeren Liegezeiten, da Erkrankungen u.a. häufig erst im Alter auftreten, intensiver werden und nicht selten mit Multimorbidität zu rechnen ist (Metz et al., 2012). Beispielsweisen leiden Menschen im Alter von über 70 Jahren zu 56,3% an zwei bis vier Erkrankungen gleichzeitig (Abb. 2). 21,4% der über 70-Jährigen - und damit fast achtmal häufiger als 40 bis 54-Jährige - leiden an fünf oder mehr Erkrankungen (Saß et al., 2009).

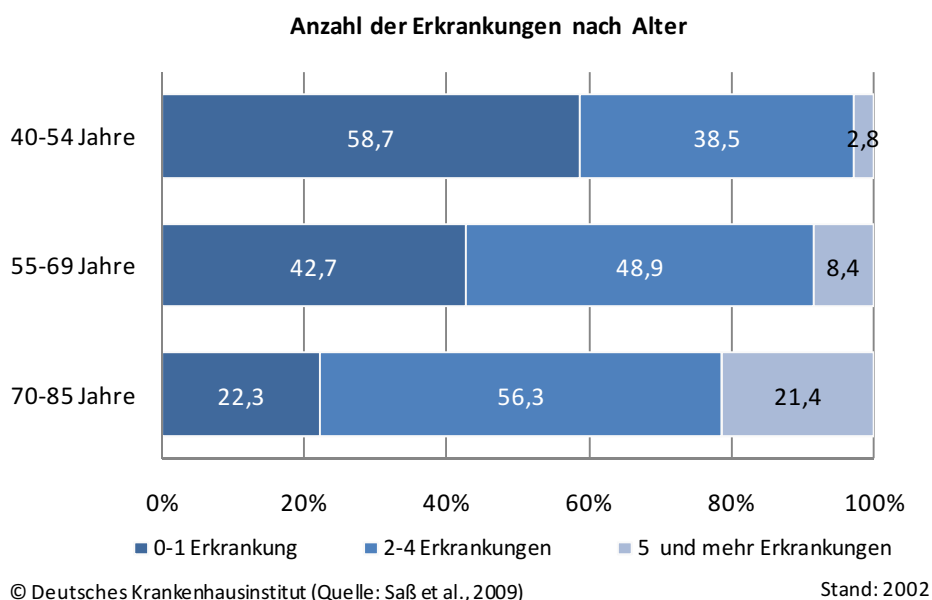


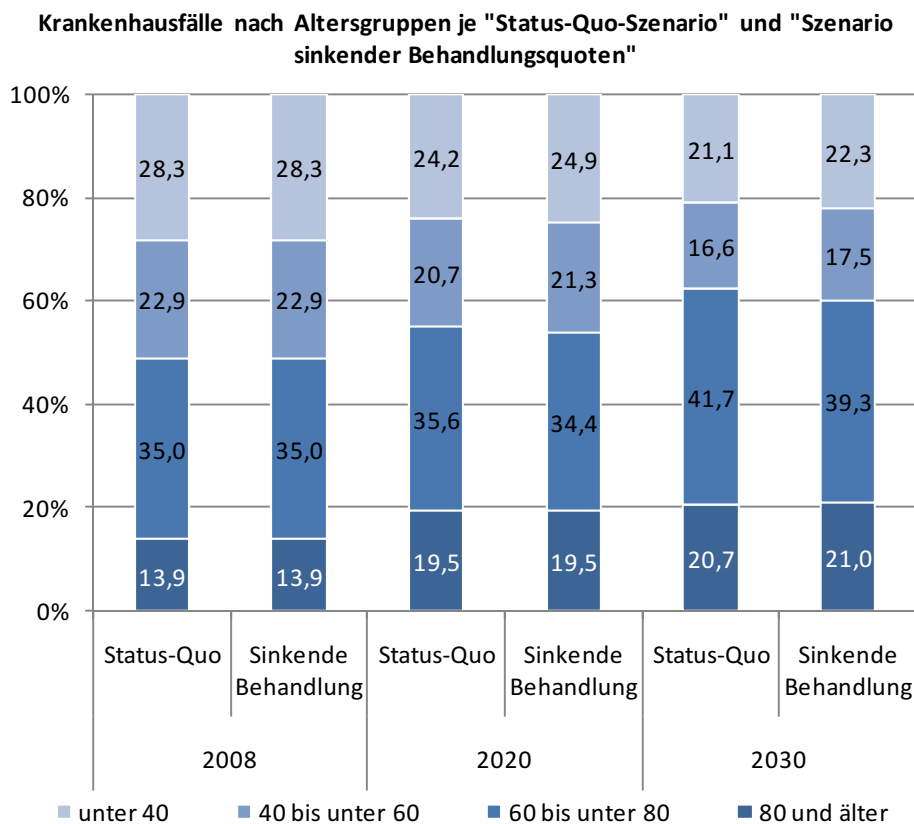
Abb. 2: Anzahl der Erkrankungen nach Alter

Die demografische Entwicklung, vor allem die Zunahme älterer Bürger, kann eine Fallzahlsteigerung für die Krankenhäuser bedeuten (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Ausgedehnte und mehrfache Krankenhausaufenthalte beschreiben somit noch mehr als heute die Krankenhaussituation der Zukunft.

Die Erkenntnis, dass Menschen mit steigender Lebenserwartung länger leben und auch länger gesund leben, führt dazu, dass schwere Krankheiten bzw. häufige Krankenhausbehandlungen erst im höheren Alter auftreten. Diese Entwicklungshypothese ist in der Literatur auch als „Kompressionsthese“ bekannt, welche das Szenario der sinkenden Behandlungsquoten darstellt. Der Kompressionstheorie wird die Expansionstheorie gegenüber gestellt, welche das Status-Quo-Szenario berücksichtigt. „Das Status-Quo-Szenario basiert auf der Überlegung, dass die Wahrscheinlichkeit, in Folge einer Erkrankung stationär behandelt zu werden, heute und in Zukunft allein vom Alter und vom Geschlecht abhängt.“ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Der Anstieg der Krankenhaufälle ist nach den Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) in fast allen Bundesländern deutlich zu verzeichnen. Im Vergleich zum Jahr 2008 kann, nach Vorausberechnungen im Status-Quo-Szenario, mit einem über 13-prozentigen Anstieg für das Jahr 2030 z.B. in Berlin, Bayern, Hamburg und Baden-Württemberg gerechnet werden.

Parallel zur Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten älterer Menschen verschiebt sich ebenfalls der Anteil älterer Patienten. Bis zum Jahr 2030 prognostizieren die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) sowohl einen deutlichen Rückgang des Anteils der unter 40-jährigen als auch der 40- bis 60-jährigen Patienten. Der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen wird bis zum Jahr 2030 dagegen deutlich auf fast 42% im Status-Quo-Szenario und auf etwa 39% im Szenario sinkender Behandlungsquoten ansteigen – im Gegensatz zu 2008 mit jeweils 35% (Abb. 3).



© Deutsches Krankenhausinstitut (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010)

Abb. 3: Krankenhausfälle nach Altersgruppen je "Status-Quo-Szenario" und "Szenario sinkender Behandlungsquoten"

Die durchschnittliche Verweildauer je Krankenhausaufenthalt ist in den letzten Jahren gesunken. Im Jahr 2000 lag die durchschnittliche Verweildauer bei 9,7 Tagen, 2011 bei 7,7 Tagen. Bei älteren Patienten ist ein stärkerer Rückgang in der Verweildauer zu verzeichnen als bei jüngeren. Im Jahr 2000 verbrachten über 65-jährige Patienten im Mittel 12,1 Tage im Krankenhaus; 2011 sank die Zahl auf neun Tage. Durch die Art und Schwere der Erkrankung, und der damit zusammenhängenden besonderen Behandlungsbedürftigkeit, verweilten über 65-jährige Patienten dennoch durchschnittlich 2,4 Tage länger im Krankenhaus als Patienten jüngeren Alters (Statistisches Bundesamt, 2013a). Patienten im Alter von 45 bis unter 65 Jahre verweilten 2011 im Mittel 7,7 Tage im Krankenhaus; im Jahr 2000 waren es noch zwei Tage mehr. Die durchschnittliche Verweildauer der 25- bis unter 45-jährigen Patienten betrug im Jahr 2011 6,6 Tage, wobei es 2000 noch 8,1 Tage waren.

Ob die in den letzten Jahren gesunkene mittlere Verweildauer zukünftig weiter abnehmen wird, ist derzeit nicht belegbar und scheint - angesichts des demografischen Wandels - eher unwahrscheinlich. Vielmehr ist es denkbar, dass der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer durch verschiedene Einflussfaktoren, wie u.a. durch die Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebedingten Fallgruppen („Diagnosis Related Groups“, DRG), beeinflusst wurde.

Pflegepersonal

Bedingt durch ansteigende Krankenhausbehandlungen und die Zunahme der Pflegebedürftigen, vervielfacht sich nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (2012) der Bedarf an Pflegepersonal. Ein Drittel der im Gesundheitswesen Tätigen arbeitet im Bereich der Pflege; eingesetzt in der stationären, ambulanten oder teilstationären Kranken- und Altenpflege (Metz et al., 2012).

Im Jahr 2011 gab es rund 444.000 Altenpfleger (Statistisches Bundesamt, 2013b), davon waren etwa 34% in ambulanten Diensten und 63% in stationären oder teilstationären Einrichtungen tätig; 3% waren in sonstigen Bereichen wie z.B. der Verwaltung beschäftigt. Demnach ist die Zahl der Altenpfleger im Vergleich zum Jahr 2000 (242.000) um ca. 45% angestiegen.

Gesundheits- und Krankenpfleger (ohne Hebammen) gab es im Jahr 2011 rund 805.000. Etwa 18% der Krankenpfleger arbeitete in ambulanten Diensten und 77% in stationären oder teilstationären Einrichtungen. Ein geringer Anteil von ca. 5% war in sonstigen Bereichen wie z.B. im Rettungsdienst oder der Verwaltung tätig. Auch die Zahl der Krankenpfleger ist im Vergleich zum Jahr 2000 (702.000) um etwa 12% angestiegen. Jedoch reicht die Anzahl der Pflegekräfte insgesamt nicht aus, um die Folgen des demographischen Wandels zu kompensieren.

Blum et al. (2011) berichten, dass 37,2% der Krankenhäuser im Jahr 2011 Probleme hatten, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich der Anteil betroffener Krankenhäuser damit mehr als verdoppelt (2009: 16,2%). Besonders größere Häuser ab 600 Betten waren überproportional vom Fachkräftemangel betroffen (Abb. 4). Hier litt etwa jedes zweite Krankenhaus (53,1%) an Stellenbesetzungsproblemen.

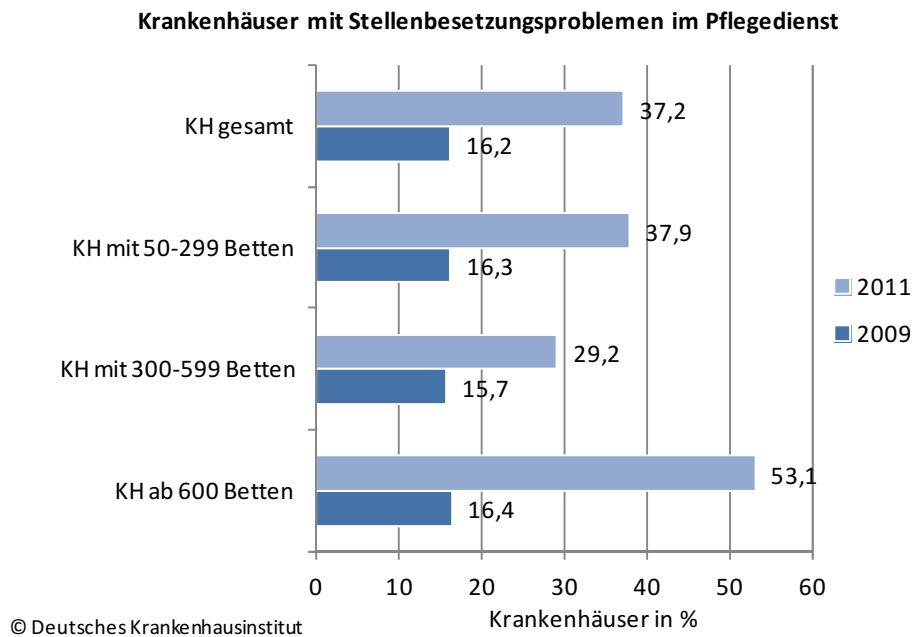


Abb. 4: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst

Ebenso berichtet die Bundesagentur für Arbeit (2011) von großen Vakanzzeiten im Bereich des Pflegedienstes: Bereits 2011 lag für Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte im Bundesdurchschnitt eine Vakanzzeit von Stellenangeboten von 105 Tagen vor. Dies bedeutet eine 59% höhere Vakanzzeit im Vergleich zur Gesamtvakanzzeit aller Berufsgruppen. Zudem kamen auf 100 gemeldete Arbeitsstellen im Pflegedienst lediglich 88 Arbeitssuchende. Besonders in westlichen Bundesländern ist ein deutlicher Fachkräftemangel zu verzeichnen.

Zudem befindet sich aktuell wenig Pflegepersonal kurz vor dem Renteneintrittsalter aktiv im Beruf. Gut ein Viertel der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist nach der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2011) jünger als 30 Jahre. Dementsprechend ist der Hauptanteil der Beschäftigten im mittleren Alterssegment. So ist durch den Mangel an Nachwuchskräften und die Verrentung des älteren Pflegepersonals zukünftig verstärkt mit Mitarbeiterengpässen zu rechnen.

Der Fachkräftemangel in Bezug auf die Pflege und Versorgung älterer Patienten betrifft jedoch nicht nur das Pflegepersonal. Neben zahlreichen Pflegekräften sind zur Unterstützung älterer Patienten im stationären Rahmen zusätzlich vermehrt Physiotherapeuten, Sozialdienste und, aufgrund steigender psychischer und kognitiver Probleme, Psychologen nötig (Blum et al., 2012).

2 Demografieorientiertes Personalmanagement in der Pflege

Nach Breit (2011) ist und wird das altersgerechte Arbeiten ein elementarer Bestandteil zukünftiger Managementprozesse sein. Um den nahenden Veränderungen der Bevölkerungs- und Altersstruktur adäquat zu begegnen, ist ein strategisches Personal- bzw. demografieorientiertes Management empfehlenswert. Mitarbeiter sollten im Rahmen der Möglichkeiten bei organisatorischen Veränderungen unterstützt werden, um ggf. eintretende kritische Auswirkungen abfedern zu können (Naegler, 2008): Es gilt den Alterungsprozess in der Belegschaft möglichst steuernd zu begleiten (Gröning et al., 2012).

Schönberg (2012) betont, dass Unternehmen bei älteren Mitarbeitern nicht von vorneherein von einer Leistungsminderung, sinkender Arbeitsproduktivität oder geringeren Körperkraft etc. ausgehen dürfen. So können meist Ältere aufgrund ihrer Erfahrung u.a. besser mit komplexen Sachverhalten umgehen, ihre eigenen Fähigkeiten realistischer einschätzen oder informelle Beziehungen besser nutzen.

Dementsprechend ist es, neben der Gewinnung neuer Pflegekräfte, zielführend berufserfahrene Mitarbeiter zu binden. Nach Dichter und Kollegen (2010) sollten möglichst positive Arbeitsbedingungen geschaffen werden, welche Stressoren im Pflegealltag abbauen und Erschöpfungserscheinungen bis hin zu depressiven Verstimmungen entgegenwirken. Zeitnahes Ermitteln potentiell ausstiegsgefährdeter Pflegenden kann beispielsweise durch Gespräche oder Befragungen erkannt werden.

Die zeitliche Dauer des Arbeitslebens der Pflegekräfte, sollte möglichst verlängert werden. Dabei sollte nicht in erster Linie an eine Erhöhung des Renteneintrittsalters gedacht werden. Effektiver ist es über verschiedene Entlastungs- und Verbesserungsmöglichkeiten nachzudenken, um den Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf zu unterstützen (Hasselhorn et al., 2005): So sind z.B. Veränderungen der Arbeitsplätze und -zeiten, altersausgewogene Personalbesetzungen, Einführungen von Karrieremodellen, individuelle Laufbahnplanungen, lebenslanges sowie altersspezifisches Lernen, Motivation der Mitarbeiter oder gezieltes Mentoring und Gesundheitsförderung denkbar (Gröning et al., 2012).

Für alle Veränderungen sollte zunächst Akzeptanz unter den Pflegekräften und ein Verständnis dafür geschaffen werden, dass Veränderungsprozesse Zeit benötigen (Fleischer, 2012). Altersgerechtes Arbeiten als Teil des Demografiemanagements im Krankenhaus sollte im Rahmen der Möglichkeiten mithilfe einer aufgeschlossenen Kultur für ältere Arbeitnehmer implementiert und nicht als separates Thema für ältere Pflegekräfte behandelt

werden. Eher sollte der Fokus auf die Anpassung eines lebensphasengerechten Arbeitens gerichtet werden. Für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des älteren Personals ist meist eine Verknüpfung von vielen Aktivitäten erforderlich. Handlungsfelder des Personalmanagements wie z.B. Personalentwicklung, Arbeitszeitenregelung, Gesundheitsförderung etc. sind lediglich als eine Auswahl verschiedener Lösungsmöglichkeiten zu sehen. Diese sollten individuell an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst und ggf. kombiniert werden (Gröning et al., 2012).

Die Bewältigung der beruflichen Anforderungen hängt von der subjektiv erlebten Arbeitssituation des Individuums ab. Achtet das Unternehmen auf die individuellen Kompetenzen und somit auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der einzelnen Mitarbeiter, kann ein Gewinn sowohl für das Unternehmen als auch für die Belegschaft erzielt werden. Durch die erhöhte Arbeitsqualität entstehen geringere gesundheitliche Belastungen sowie Fluktuationen der Mitarbeiter (Weigl, Müller, 2011).

Personalbestandsanalyse

Für eine erhöhte Arbeitsqualität sollten z.B. regelmäßige Personalbestandsanalysen durchgeführt werden. Um die Altersstruktur der Belegschaft in den einzelnen Abteilungen bzw. in der gesamten Klinik heute und zukünftig darzustellen, ist eine Analyse des personellen Soll-Standes im Vergleich zum aktuellen Ist-Standes empfehlenswert. Dabei ist der Bestand, das Ausscheiden, Wiedereintreten und Neueinsteigen der Pflegekräfte relevant.

Eine konkrete Altersstrukturanalyse ermöglicht einen ausführlichen Überblick über die Altersstruktur der Pflegenden. Zur erleichterten Durchführung werden von diversen Anbietern - u.a. der BGW - Softwaremöglichkeiten zur Verfügung gestellt, die den Übertrag der Personalangaben in die EDV ermöglichen. Die Altersstruktur der gesamten Belegschaft, einzelner Stationen und Abteilungen kann auf diese Weise ermittelt und mögliche Veränderungen durch das Altern der Belegschaft verdeutlicht werden.

Unter Einbezug weiterer Komponenten wie Kompetenz, Ausbildung, Fluktuation usw. können mögliche demografiebedingte Auffälligkeiten herausgestellt werden. Es empfiehlt sich das weitere Vorgehen, durch individuell angepasste Maßnahmen der Personalbindung und/oder -gewinnung, z.B. an starke Rentenabgänge der „Baby-Boomer“, abzustimmen.

Qualifizierung

Das Fundament fachlicher, methodischer und/oder sozial-kommunikativer Weiterbildungen ist die Ermittlung des Qualifizierungs-Ist-Standes innerhalb der Pflegeteams und die Festlegung der Soll-Größe. Anhand des Vergleichs können weitere Maßnahmen festgelegt werden. Einen beispielhaften Ablauf einer Kompetenzinventur zeigt Binning (2011) (Abb. 5):

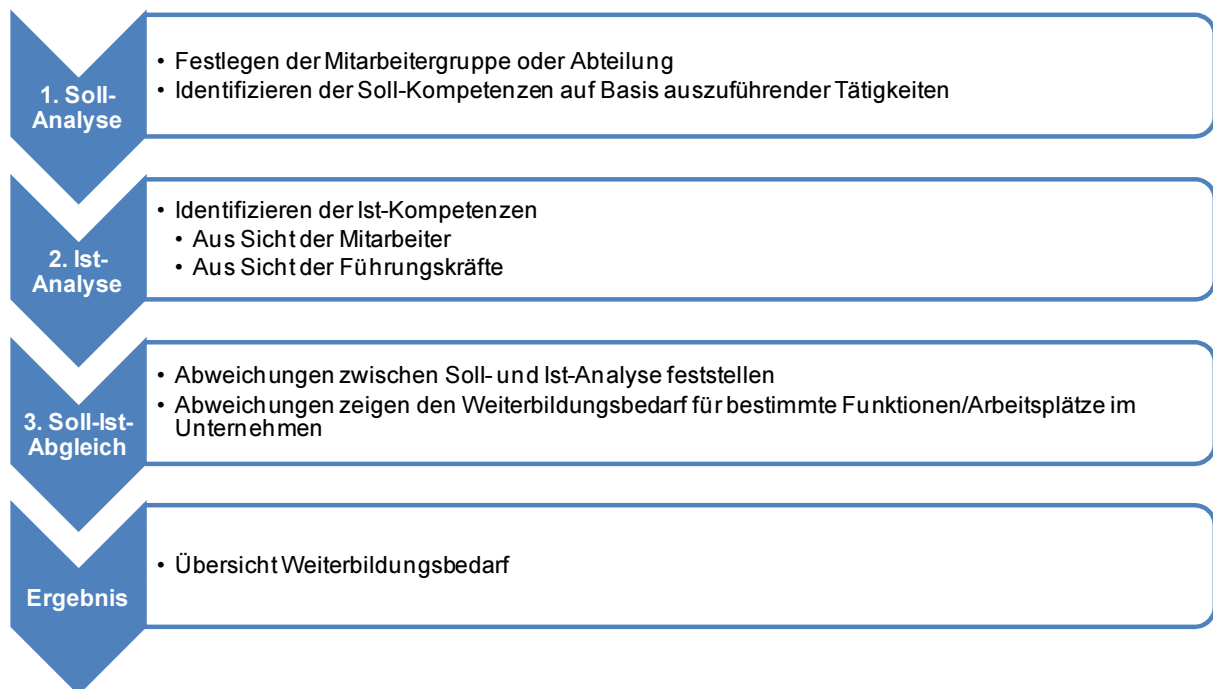


Abb. 5: Ablauf einer Kompetenzinventur nach Binning (2011)

Prozessunterstützend können neben der Bestandsaufnahme der Fähigkeiten, die Fertigkeiten und Qualifizierung der Pflegenden, über die Feststellung ungenutzter Potentiale bis hin zum regelmäßigen Überprüfen weiterer Aspekte, den Weg zu einem konstanten Wissensmanagement ebnen. Dazu sind Befragungen, Dienstbesprechungen und Mitarbeitergespräche denkbar. Mithilfe des direkten Gesprächs können Wünsche der Pflegekräfte erkannt und im Rahmen der Möglichkeiten berücksichtigt werden.

Examierte Pflegekräfte verfügen über eine qualitativ hochwertige Ausbildung und fühlen sich nach Erkenntnissen der NEXT-Studie (Hasselhorn et al., 2005) bei fehlenden Entwicklungs- und Fortbildungsmöglichkeiten belastet. Diese Belastung äußerten 30,3% des Personals in Alten- und Pflegeheimen, 25,2% in Krankenhäusern und 23,7% der Angestellten im Ambulanten Dienst. Um dieser Belastung vorzubeugen, sollten Entwicklungsmöglichkeiten

geschaffen werden. Pläne und Vorsätze für Fortbildungen können auf verschiedene Weise umgesetzt werden: Interne Weiterbildungen von Mitarbeitern für Mitarbeiter, externe Schulungen zu pflegerelevanten und sozialen Themen, der Wechsel von Aufgabenfeldern im Pflegealltag zur Kompetenzerweiterung usw. (Gröning et al., 2012). Innerhalb der pflegeinternen Weiterbildung kann gleichsam ein Wissenstransfer von den älteren an die jüngeren Mitarbeiter erfolgen, welcher sich vor allem für altersgemischte Teams eignet (Breit, 2011).

Die Qualifikation und Motivation der Krankenhausmitarbeiter sind für die anstehenden demografischen Herausforderungen von zentraler Bedeutung und nach Mummert (2011) Basis für die Personalentwicklung im Krankenhaus. Gröning und Kollegen (2012) zeigen in diesem Zusammenhang auch die Nützlichkeit von Schulungen für Führungskräfte auf, damit der Bedarf sowie die Demografieproblematik erkannt und Weiterbildungen gezielt, systematisch und sinnvoll für die Pflegekräfte ausgewählt werden können. Besucht werden können z.B. Konflikttrainings oder Workshops zur Umsetzung eines lebensphasengerechten Arbeitens.

Personalentwicklung

Die Qualität des Personals ist der entscheidende Faktor für die Qualität der pflegerischen Leistung sowie für den Output allgemein. Zugleich sind die Humanressourcen der finanzierungsaufwendigste Faktor im Krankenhaus (Sisignano, 2008). Die zwar kostenaufwendigen aber notwendigen Investitionen für die Zukunft ebnen die Qualifikationsmöglichkeiten der Pflegekräfte.

Basis für adäquates Schulen und Weiterbilden, und zugleich wichtiges Instrument der Personalentwicklung, ist nach Gröning und Kollegen (2012) das Personalentwicklungsgespräch, welches das Eruiere von positiven und negativen Aspekten der Pflgetätigkeit und die Vermittlung von Wertschätzung ermöglicht. Das Krankenhaus erhält Karrierevorstellungen, Wechsel- oder sogar Ausstiegsambitionen, Informationen über Kompetenzen bzw. Schwächen und kann Arbeitszeitmodelle individuell abstimmen.

Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Personalentwicklung bestehen v.a. in Kursen und Seminaren, welche berufsbegleitend absolviert werden können, sowie durch Angebote von Mitarbeitern oder Externen (Sisignano, 2008). Doch nicht nur die klassische Weiterbildung sei zu berücksichtigen; auch die interne Vergabe von Sonderaufgaben für ältere Kräfte kann eine Perspektive in der Pflege schaffen, Unterforderung vermeiden und die begrenzten Auf-

stiegsmöglichkeiten relativieren. Vor allem ältere Mitarbeiter können gezielt geschult und in Form eines Mentors/Praxisanleiters ihr Wissen und ihre Erfahrung an jüngere Kollegen übermitteln und von belastenden Pflegeaufgaben teils entbunden werden (Gröning et al., 2012). Als nicht zu unterschätzender Nebeneffekt fördert der Wissenstransfer die soziale Unterstützung von direkten Kollegen (Hasselhorn et al., 2005).

Eine abschließende Evaluation der Ausgestaltung der Personalentwicklung ist erstrebenswert. Die regelmäßige Erfolgskontrolle durch Beurteilungsbögen oder mündliche Befragungen dient u.a. als Basis für die Festlegung weiterer Bildungsoptionen (Sisignano, 2008). Zusätzlich können im Zuge derartiger Befragungen Gefahren, Belastungen, Übergänge in den Renteneintritt, die Beanspruchung älterer Kollegen, Zufriedenheit mit dem Arbeitsalltag etc. eruiert und individuelle Abläufe zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit geschaffen werden.

Einzelgespräche können zudem vertrauensbindend wirken (Möller, 2010). Diese können besonders effektiv sein, wenn sie durch professionell qualifiziertes Personal und nach Einhaltung gewisser Standards erfolgen. Nicht nur Einzel-, sondern auch Gruppeninterviews sowie gemeinsame Brainstormings sind denkbar, können neue Perspektiven eröffnen und regen das Finden produktiver Lösungen an. Um den Zeitaufwand für die Pflegekräfte möglichst gering zu halten, kann dies z.B. in Dienstbesprechungen erfolgen (Gröning et al., 2012).

Arbeitsorganisation

Die Veränderung der Arbeitsorganisation rückt vor allem im Zuge des demografischen Wandels in den Vordergrund. Im Hinblick auf eine lebensphasengerechte Arbeitsorganisation ist es notwendig, berufliche, private und persönliche Perspektiven in Einklang zu bringen (Hug, 2012). Dabei sollte nicht nur die Problematik älter werdender Mitarbeiter betrachtet werden, eher sollte die gesamte berufliche Lebensperspektive fokussiert werden.

Lösungen, die langfristig Wirkung zeigen und dem Personalmangel entgegenwirken können, sind qualitative Aufteilungen der Pflegeaufgaben und –funktionen. Mit der Zielsetzung einer besseren Arbeitsverteilung, soll Pflegekräften die berufliche Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie die Förderung der Gesundheit ermöglicht werden (Metz et al., 2012).

Zur Gestaltung einer alternsgerechten Arbeitsorganisation können u.a. Arbeitssituationsanalysen eingebunden werden (Gröning et al., 2012). Hierbei gibt die Pflegekraft selbst Auskunft

über Gefährdungen und Belastungen an ihrem Arbeitsort. Dadurch können Ergebnisse und Lösungsversuche besser angenommen werden. Genannte Aspekte älterer und jüngerer Mitarbeiter können verglichen und durch mögliche Umstrukturierungen in Einklang gebracht werden. Derartige Analysen können z.B. auch im Rahmen regelmäßiger "Optimierungs-Workshops" erarbeitet werden (Hug, 2012).

Ein weiterer Aspekt zur Schaffung einer lebensphasengerechten Arbeitsorganisation bietet die Möglichkeit der Abschaffung starrer Arbeitszeiten. Basis für derartige Maßnahmen ist ebenfalls das Mitarbeitergespräch, welches Aufschluss über die Bedürfnisse der Pflegekräfte bieten kann. Effektivität, Entlastung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit sind nach Gröning und Kollegen (2012) anzustreben.

Arbeitszeitgestaltung

Arbeitszeitgestaltung bedeutet die Jahres-, Wochen- und Tagesarbeitszeit optimal zu organisieren, sodass ältere Pflegekräfte auf lange Sicht in ihrem Beruf arbeiten, Krankheiten sowie deren Folgen für Personal, Patient und Arbeitgeber gesenkt und die Arbeitsfähigkeiten erhalten werden können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012). Dabei sollte nicht die Alternative „Ausstieg“ der „Arbeit im Krankenhaus“ gegenüberstehen; eher sollten verschiedene Arbeitszeitmodelle fokussierter betrachtet werden.

Für ältere und/oder nach langer Krankheit wiedereinsteigende Pflegenden können z.B. Teilzeitarbeitsplätze zur Wiedereingliederung sinnvoll sein. Im Falle des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements (BEM) ist es ratsam, der Belegschaft entsprechende Verfahren vorzustellen, um möglichen Sorgen vorbeugen und Vertrauen schaffen zu können (Gröning et al., 2012). Zusätzlich sind grundsätzliche Veränderungen im Schichtsystem denkbar. Arbeitszeitmodelle sollten u.a. flexible, individuelle Dienste ermöglichen, eine Verminderung der Arbeitsstunden pro Tag/Nacht beinhalten und variable Tätigkeiten zu festen Zeiten (sog. „Pflegeauszeiten“) berücksichtigen, bei denen die Verantwortlichen anstatt physisch belastender Pflege vorübergehend administrative Aufgaben (z.B. Dokumentation/Planung) wahrnehmen (Gröning et al., 2012). Bei einer Umfrage von Blum und Kollegen (2004) würden bei Wiedereinstieg 91,9% der Befragten bevorzugt in Teilzeit arbeiten und 77,9% befürworten flexible Arbeitszeiten (Blum et al., 2004). Starke Ablehnung finden Nachtdienste, Schichtdienste mit Nachtschichten, geteilte Dienste, Spätdienste und Wochenenddienste.

Ein weiteres Beispiel für individuelle Arbeitszeitgestaltung sind „Jahresarbeitszeitkonten“, die dem Arbeitnehmer eine flexible Umgangsweise mit angesammelten Arbeitsstunden ermöglichen. Des Weiteren ist die „Arbeitszeitautonomie“ zu nennen. Hierbei sind die Erwerbstätigen untereinander - ohne Eingreifen des Vorgesetzten - für die Planung ihrer Arbeitsstunden selbst verantwortlich und dabei zur Einhaltung der Mindestarbeitszeit verpflichtet. Möchte man älteren Mitarbeitern ein vereinfachtes frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ermöglichen, ist die „Altersteilzeit“ ein oft verwendetes Modell.

Bereits bei früheren Studien zeigte sich, dass Teilzeit- und Altersteilzeitmodelle häufig in der Pflege anzutreffen sind (Afentakis, Maier, 2010). Ebenso kann das Job-Sharing-Modell die Effizienz steigern. Jobsharing ist "ein Arbeitszeitmodell, basierend auf Teilzeitarbeit, bei dem zwei oder mehr Arbeitnehmer ... sich einen Arbeitsplatz teilen." (Möller, 2010). Eiff und Stachel (2006) betonen, dass vertragliche Sicherungen ebenso möglich sind wie einfache Absprachen unter den Pflegeverantwortlichen.

Arbeitsplatzgestaltung

Auch in veränderten Bedingungen des Arbeitsplatzes findet die lebensphasengerechte Arbeit in der Pflege einen wichtigen Ansatz. Bei der Arbeitsplatzgestaltung sollte entsprechend auf die räumliche Ausgestaltung Wert gelegt werden. Hierbei sind u.a. Pausenräume zu nennen, in denen ungestört neue Kraft geschöpft werden kann.

Ebenso ist die ergonomische Ausrichtung aller Arbeitsplätze, vor allem für die verminderte Körperkraft und Wahrnehmung spezieller Reize der älteren Pflegenden, relevant. Vor dem Hintergrund starker physischer Belastung können spezielle Liegen, Hebehilfen etc. zur Erhaltung des Muskel-Skelettsapparates empfehlenswert sein. Die körperliche Belastung konnte als kritisches, potenziell stressauslösendes Arbeitsmerkmal durch Weigl und Müller (2011) identifiziert werden.

Zusätzlich scheint die Bedeutung, die jeder Einzelne seiner Arbeit beimisst, ein protektiver Faktor zu sein (Metz et al., 2012): „ ... die Wichtigkeit, die der eigenen Arbeit beigemessen wird, ... steht in Beziehung zur Arbeitszufriedenheit und der Motivation von Arbeitnehmern“ (Simon et al., 2005). Eine Arbeit mit hoher empfundener Wichtigkeit kann die Mitarbeiter vor gesundheitlichen Belastungen schützen und einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten haben. Die Empfindung einer bedeutsamen Arbeit und in diesem Sinne

der positive Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter kann durch eine positive Arbeitsplatzgestaltung gefördert werden.

Zudem betonen Afentakis und Maier (2010), dass in den kommenden Jahren eine attraktive Arbeitsplatzgestaltung eine wichtige Voraussetzung für die Rekrutierung neuer Pflegekräfte darstellt. Durch geringere Geburtenzahlen und weniger Konkurrenz werden Auszubildende mehr Wahlfreiheit für den Beruf erhalten (o.V., 2007). Möglichkeiten junge Menschen für die Pflege zu begeistern sind u.a. die Optimierung der Arbeitsbedingungen für Frauen während der Schwangerschaft, die Ausbildung in der eigenen Einrichtung und die Förderung der Mitarbeiter durch Weiterbildungen (Afentakis, Maier, 2010).

Gesundheitsförderung

Nach den Ergebnissen der Beanspruchungsforschung haben Beschäftigte in der stationären Alten- und Krankenpflege ein erhöhtes Risiko an körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zu leiden (Zimmer, Weyerer, 1998). Ebenso belegt der Gesundheitsreport 2009 der Barmer Ersatzkasse, dass der Krankenstand der Pflegekräfte (4,5%) zu den höchsten Raten gehört. Vor diesem Hintergrund sollten insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie Präventionsmaßnahmen empfehlenswerter Weise einen festen Platz in der Unternehmenskultur einnehmen (Holz, 2007). Hier gilt es unterschiedliche Möglichkeiten für den gesunden Erhalt von Mitarbeitern bis zum 65. bzw. 67. Lebensjahr zu diskutieren. Ebenso sollten Langzeiterkrankung und Risiken thematisiert und der Beitrag der Pflegedienstleitung erörtert werden. Zur Klärung von Lösungsmöglichkeiten, Reduzierung von Kosten und Steigerung der Leistungsfähigkeit, kann es hilfreich sein die Gesundheitsförderung in ein vollständiges betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mit Gesundheitszirkeln, Arbeitskreisen etc. einzubetten (Gröning et al., 2012).

Der Bereich der Gesundheitsförderung bietet ein umfassendes und äußerst weitreichendes Gebiet. Angefangen von gesundheitsförderlichen Normen, Hinweisen für gesunde Kost über ergonomische Arbeitsmittel/-plätze, Gefährdungsbeurteilungen, regelmäßige Kontrollen von Seh- und Hörsinn, Anregungen zu sportlicher Aktivität, bis hin zu speziellen Veranstaltungen und Weiterbildungen, sind dies nur einige Möglichkeiten, die den Arbeitsalltag mit älteren Belegschaften begleiten können (Holz, 2007).

Des Weiteren haben Arbeitsschutzmaßnahmen als Teil der Primärprävention in der Bundesrepublik zu einer bemerkenswerten Verringerung von Arbeitsplatzunfällen beigetragen (o.V., 2007). Demnach sollte der Betriebsarzt ein fester Bestandteil der Präventionsmaßnahmen sein (Geiger, 2011). Speziell der altersgerechte Arbeitsschutz kann dafür Sorge tragen, dass alle Mitarbeiter von Beginn an gesund ihrer Tätigkeit nachgehen können und in Anbetracht der demografischen Entwicklung ausdrücklich für ältere Mitarbeiter gezielte Vorhaben organisiert werden. Diese positiven Entwicklungen sollten neben der sekundären und tertiären Prävention integraler Bestandteil im Dienstleistungsbereich sein (Gröning et al., 2012). Entsprechend lassen sich berufsbedingte Erkrankungen frühzeitig erkennen und verhindern sowie Folgeschäden vermeiden; die Prävention ist nach aktuellen Forschungen des Bundesministeriums des Innern (2011) eine äußerst wertvolle Basis für eine mögliche Kostenreduktionen in alternden Belegschaften.

Geiger (2011) empfiehlt Verhaltens- und Verhältnisprävention auf das gesamte Pflegeteam und die Führungsebene zu übertragen. Verhaltensprävention kann z.B. durch Rückenschule oder Stressmanagement und Verhältnisprävention durch die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung umgesetzt werden. Die positiven Auswirkungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung zeigt eine Studie der Felix Burda Stiftung, welche verdeutlicht, dass die Ursache für die Hälfte aller Gesundheitsausgaben (fast 130 Milliarden Euro) in den Krankheitsausfällen liegt und 40% durch BGM vermieden werden könnten (o.V., 2011).

Unternehmenskultur und Führung

Das positive Miteinander im Team ist nach Gröning und Kollegen (2012) mitentscheidend für die zu bewältigenden Aufgaben und die anstehenden demografischen Herausforderungen. Verantwortlich für den Umgang der Pflegekräfte untereinander, gegenüber Patienten und Angehörigen ist das Wertesystem. „Werte sind kognitive Präferenzstrukturen, die als Entscheidungsregeln das Verhalten steuern ...“ (Naegler, 2008). Damit ein gutes Betriebsklima herrscht, sollten Führungskräfte versuchen entwickelte Werte zu verinnerlichen und nach außen zu tragen. Dadurch können gemeinsame Aktivitäten gefördert werden, das eigene Wohlbefinden gesteigert und Schwierigkeiten im Pflegealltag besser kompensiert werden (Gröning et al., 2012). Können Mitarbeiter Probleme im Arbeitsalltag mit Kollegen und vor allem Vorgesetzten ansprechen und werden Lösungen zeitnah und adäquat umgesetzt, so betont Leidig (2007), kann die pflegerische Belastung deutlich gesenkt werden.

Besonders in großen Einrichtungen sollte auf eine angemessene Unterstützung durch Vorgesetzte geachtet werden, denn die Ergebnisse der NEXT-Studie zeigen, dass gerade dort weniger Unterstützung wahrgenommen wird (Hasselhorn et al., 2005). Eine wertschätzende Führung kann z.B. in Form anerkennender Entwicklungsgespräche mit den Mitarbeitern einhergehen (Schrappe, 2004).

Über alle Altersgruppen hinweg sind nicht nur körperliche Belastungen oder Konflikte zwischen Arbeit und Familie ausschlaggebend für gesundheitliche Beeinträchtigungen, sondern ebenso ein mangelndes Vorgesetztenfeedback. Auch Absichten die Arbeitsstelle zu wechseln gehen mit diesen Aspekten einher (Weigl, Müller, 2011).

Zudem korreliert die Führungsqualität positiv mit der Arbeitszufriedenheit des Personals und dem Ausmaß der Unternehmensbindung. Stordeur und Kollegen (2000) zeigten, dass Leitungspersonen mit einem aktiven Führungsstil das Pflegepersonal außerdem zu einem höheren Qualitätsstandard motivieren können.

Zur Förderung eines positiven Berufsklimas sind Supervisionen, Teambuildingaktivitäten und die Verbesserung der Kommunikation, ggf. auch mithilfe externer Berater, mögliche präventive Handlungsfelder, die aber auch bei bereits bestehenden Konflikten greifen können (Leidig, 2007).

Forschungsziele

Vor diesem Hintergrund wurde das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI e.V.) von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit der Untersuchung „Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus - Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften“ betraut.

Die standardisierte schriftliche Befragung in deutschen Allgemeinkrankenhäusern soll Informationen zur aktuellen Umsetzung altersgerechter Arbeitsweisen im Krankenhausgeschehen auf repräsentativer Basis zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich soll aufgezeigt werden, welche Maßnahmen Krankenhäuser in Erwägung ziehen, planen oder bereits umsetzen, um Arbeitsbedingungen derart zu gestalten, dass eine lange Berufstätigkeit von Pflegekräften ermöglicht und auch gewünscht wird.

In Umsetzung der allgemeinen Forschungsziele sollen konkret u.a. die folgenden Aspekte erhoben werden:

- Strategische Planung und Zielgrößen altersgerechten Arbeitens
- Kommunikation und Implementation von Maßnahmen und Ansätzen altersgerechten Arbeitens
- Vorhandensein von speziellen Arbeitszeitmodellen für verschiedene Altersgruppen
- Altersspezifische Fort- und Weiterbildungen, Schulungen etc.
- Altersspezifischer Umgang mit körperlichen und psychischen Belastungen
- Nutzung des Erfahrungswissens älterer Arbeitnehmer (z.B. als Mentor)
- Ausgestaltung altersspezifischer Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätze
- Gestaltung altersspezifischer Arbeitseinsätze

3 Methodik

Neben einer Literaturrecherche und der Aufbereitung von Sekundärdaten bildet eine schriftliche Repräsentativbefragung deutscher Allgemeinkrankenhäuser das maßgebliche Forschungsmodul der vorliegenden Studie. Grundlage der Krankenhausbefragung war ein standardisierter Fragebogen, der eigens für diese Studie neu entwickelt wurde.

3.1 Erhebungsinstrument

Im Mittelpunkt der Befragung stand zum einen eine detaillierte Erfassung der Personalplanung und –entwicklung. Zum anderen wurden differenziert die organisatorischen Maßnahmen erhoben, welche sowohl die Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung als auch die Gesundheitsförderung beinhaltet haben. Der Fragebogen umfasste 8 Seiten bzw. rund 100 Items und war in die folgenden neun Kapitel unterteilt:

- Personalplanung
- Qualifizierung
- Personalentwicklung
- Arbeitsorganisation
- Arbeitszeitgestaltung
- Arbeitsplatzgestaltung
- Gesundheitsförderung
- Unternehmenskultur und Führung
- Besondere Projekte und Modelle

Auf jedem Fragebogen war eine Identifikationsnummer für das jeweilige Krankenhaus zur Projektsteuerung vermerkt. Diese diente zum einen der Rücklaufkontrolle. Zum anderen wurden darüber bestimmte Strukturdaten (wie Krankenhausgröße, Trägerschaft, regionale Lage etc.) aus der DKI-Krankenhausdatei der Umfragedatei zugeordnet, so dass diese nicht eigens erhoben werden mussten. Nach erfolgter Zuordnung wurde die Datei pseudonymisiert, so dass eine unmittelbare Identifikation der Krankenhäuser aus der Umfragedatei nicht möglich ist.

Ein erster Entwurf des Erhebungsinstruments wurde im Rahmen eines Pretests intern und in wissenschaftlicher Begleitung und Abstimmung mit Herrn Prof. Dr. Nienhaus (Leiter des

Fachbereichs Gesundheitsschutz Grundlagen der Prävention und Rehabilitation Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) evaluiert. Das Instrument wurde auf seine Inhaltsvalidität überprüft, etwa hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, Korrektheit der Terminologie und fehlenden oder ggf. redundanten Fragestellungen. Auf Basis des Pretests wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet.

Zudem wurde ein zusätzlicher einseitiger Fragebogen eingesetzt, welcher einige Fragestellungen der BGW erfasst und z.B. die gewünschte Unterstützungsleistung erfragt. Bei dem Zusatzfragebogen konnte auf eine Projektsteuerungsnummer verzichtet werden.

3.2 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Krankenhausbefragung bilden die Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. Im Jahr 2011 umfasste die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser bundesweit 1.736 Einrichtungen. Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich hierbei vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen. Daraus ergibt sich im Jahr 2011 eine Grundgesamtheit von 1.420 Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine disproportionale Zufallsstichprobe gezogen. Dabei wurde wie folgt verfahren: Aufgrund einer deutlichen Überrepräsentanz der kleinsten Bettengrößengruppe in der Grundgesamtheit wurde in den Gruppen mit mittlerer und höchster Bettengrößengruppe eine Vollerhebung durchgeführt. Häuser mit einem Bettenumfang von 300 bis 599 Betten waren somit in der Stichprobe mit 376 Teilnehmern und Häuser mit über 600 Betten mit 137 Kliniken vertreten. Bei den Allgemeinkrankenhäusern mit 50 bis 299 Betten wurde im Anschluss eine Zufallsstichprobe von 493 Häusern gezogen. Die Brutto-Stichprobe umfasste insgesamt 1006 Krankenhäuser.

An der Erhebung nahmen insgesamt 309 Krankenhäuser teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von knapp 31%. Diese Response ist zufriedenstellend und entspricht den Erwartungen (Tab. 1).

Tab. 1: Ausschöpfung der Krankenhausbefragung

	Grundgesamtheit	Brutto-Stichprobe	Rücklauf	Rücklaufquote
Krankenhäuser (KH)	1.736 KH	1006 KH	309 KH	31%

Einen Überblick über den genauen Rücklauf der Krankenhausbefragung nach Bettengrößenklasse liefert die nachfolgende Tabelle (Tab. 2).

Tab. 2: Rücklauf nach Bettengrößenklasse

Bettengrößenklasse	Rücklauf	Rücklauf in %
KH mit 50-299 Betten	139	45,0
KH mit 300-599 Betten	117	37,9
KH ab 600 Betten	53	17,2
Gesamt	309	100%

3.3 Ablauf und Auswertung der Erhebung

Im Vorfeld der Erhebung erhielten die Geschäftsführer der Krankenhäuser ein postalisches Informationsschreiben, welches über die Studienteilnahme und –inhalte aufklärte. Geschäftsführer, die nicht mit der Durchführung dieser Befragung in ihrem Hause einverstanden waren, gaben bis Mitte Oktober 2012 eine entsprechende Rückmeldung. 16 Häuser lehnten eine Teilnahme ab. Insgesamt wurden an 992 Krankenhäuser Erhebungsunterlagen versandt. Zwei der 16 Ablehnungen erreichten das DKI erst nach Versendung der Fragebögen.

Die Erhebungsunterlagen der Krankenhausbefragung (Anschreiben, Fragebogen, portofreies Rückkuvert) wurden postalisch versandt und waren jeweils direkt an die Pflegedienstleitung des Krankenhauses adressiert.

Sowohl im Informationsschreiben an die Geschäftsführung als auch im Anschreiben an die Pflegedienstleitung und auf dem Deckblatt des Fragebogens wurden die Befragungsteilnehmer ausdrücklich darüber informiert, dass die übermittelten Informationen streng vertraulich behandelt und die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert und für Gruppen zusammengefasst dargestellt werden.

Die Krankenhausbefragung wurde von Ende Oktober 2012 bis Ende Januar 2013 in zwei Erhebungsphasen durchgeführt (Ersterhebung und Nachfassaktion). Anzumerken sei an dieser Stelle, dass die Frist der Nachfassaktion von Ende Dezember auf Ende Januar 2013 verlängert wurde, da es einige telefonische Nachfragen aufgrund der Weihnachtsfeiertage und daraus bedingter organisatorischer Probleme gab.

Die Erfassung und Auswertung der Erhebungsdaten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

Für die Ergebnisauswertung wurde die Netto-Stichprobe zunächst noch bearbeitet bzw. gewichtet. Da die Auswahlätze (wegen der disproportionalen Stichprobe) sowie die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße variierten, ist eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt worden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit zu erhalten. Das heißt eine Über- bzw. Unterrepräsentanz von Einrichtungen verschiedener Krankenhausgrößen wurde statistisch ausgeglichen. Die Gewichtung erfolgte also nach dem Merkmal der Krankenhausgröße mit drei Bettengrößenklassen (50-299 Betten, 300-599 Betten, ab 600 Betten). Die hierfür erforderliche Verteilung der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit ist in der amtlichen Statistik hinterlegt (Statistisches Bundesamt, 2013c) bzw. liegt standardmäßig auch in der DKI-Krankenhausdatei vor.

Nach Maßgabe der genannten Gewichtung sind die nachfolgend ausführlich berichteten Ergebnisse somit als repräsentativ für die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland zu betrachten. Damit wurden erstmalig deutschlandweit auf statistisch breiterer Basis grundlegende Informationen über altersgerechte Arbeitsweisen in Krankenhäusern erfasst und analysiert.

4 Personalplanung

Die Folgen der Bevölkerungsentwicklung sind insbesondere von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen spürbar. Die stetig zunehmende Anzahl Pflegebedürftiger bzw. von Patienten steht, wie bereits in Kapitel 1 dargelegt, in den letzten Jahren in keinem proportionalen Verhältnis zur Anzahl der Pflegekräfte. Als weitere Schwierigkeit trifft die Einrichtungen, dass der Pflegeberuf besonders hohe Anforderungen an die körperliche und psychische Belastbarkeit der Mitarbeiter stellt und gerade bei dieser personalintensivsten Gruppe im Krankenhaus nicht selten erhebliche Fluktuationsraten und Berufsausstiege zu verzeichnen sind. Die Unternehmen sind daher darauf angewiesen, die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter möglichst über ihre gesamte Lebensarbeitszeit zu erhalten. Die Mittel und Wege, mit denen ein Unternehmen die Voraussetzungen dafür schafft, seine Mitarbeiter langfristig und gesund an ihrem Arbeitsplatz zu halten, können vielfältig sein.

Diese Studie untersuchte zum einen detaillierte Aspekte der Personalplanung und –entwicklung. Zum anderen wurden differenziert organisatorische Maßnahmen erhoben, welche Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung in der Pflege sowie die Gesundheitsförderung der Pflegekräfte umfassen.

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der Personalplanung dargestellt, welche im Sinne einer Bestandsaufnahme die derzeitige Mitarbeitersituation im Pflegebereich der Krankenhäuser altersstrukturabhängig aufzeigt.

4.1 Anzahl der Pflegekräfte

Für eine Abschätzung der mittleren Anzahl der Pflegekräfte pro Krankenhaus wurden die teilnehmenden Einrichtungen gebeten, die Anzahl ihrer Mitarbeiter in der Pflege (examinierte und nicht examinierte Pflegenden in „Köpfen“) zu benennen (Stichtag: 31.12.2011). Pflegeschüler waren von dieser Zählung ausdrücklich ausgenommen.

Abb. 6 zeigt im Mittel ca. 360 Pflegekräfte (Median: 204) pro Krankenhaus. Enthalten sind hier Voll- sowie Teilzeitkräfte. Erwartungsgemäß nimmt die Anzahl der Pflegekräfte mit steigender Bettenanzahl der Einrichtungen zu. So beschäftigen kleine Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten im Mittel 151 (Median: 139) Pflegekräfte, Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten 500 (Median: 412) Pflegekräfte und große Kliniken ab 600 Betten 1.168 (Median: 930) Pflegenden.

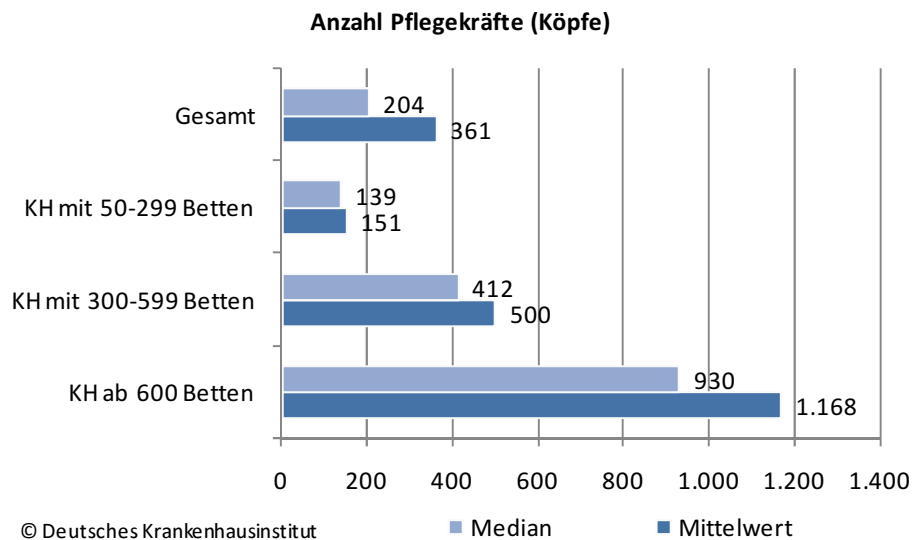


Abb. 6: Anzahl der Pflegekräfte (examinierte und nicht examinierte Pflegende – ohne Schüler) am 31.12.2011 in Köpfen

4.2 Alter der Pflegekräfte

Das Alter der derzeit in den Kliniken beschäftigten Pflegekräfte wurde in drei unterschiedlichen Altersgruppen erhoben. Insgesamt meldeten die Einrichtungen im Mittel 24% ihrer Mitarbeiter in der Pflege (examinierte und nicht examinierte Pflegende – ohne Schüler) mit einem Alter zwischen 18 und 30 Jahren. 49% der Pflegekräfte waren zum Befragungszeitpunkt zwischen 31 und 49 Jahre alt und 28% 50 Jahre und älter (Abb. 7).

Die Altersstruktur der Pflegekräfte ist dabei marginal unterschiedlich je nach Klinikgröße. Während es kaum Unterschiede im mittleren Alterssegment (31-49-Jährige) gibt, sind die jungen Pflegenden (18-30-Jährige) etwas häufiger in den größeren Einrichtungen als in den kleineren Häusern vertreten. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass größere Krankenhäuser vermehrt Pflegekräfte ausbilden und daher auch einen erleichterten Zugang zu Nachwuchskräften haben. Als Ausgleich dazu ist der Anteil der älteren Pflegekräfte (50 Jahre und älter) in den kleineren Häusern etwas höher als in den größeren Einrichtungen (Abb. 7).

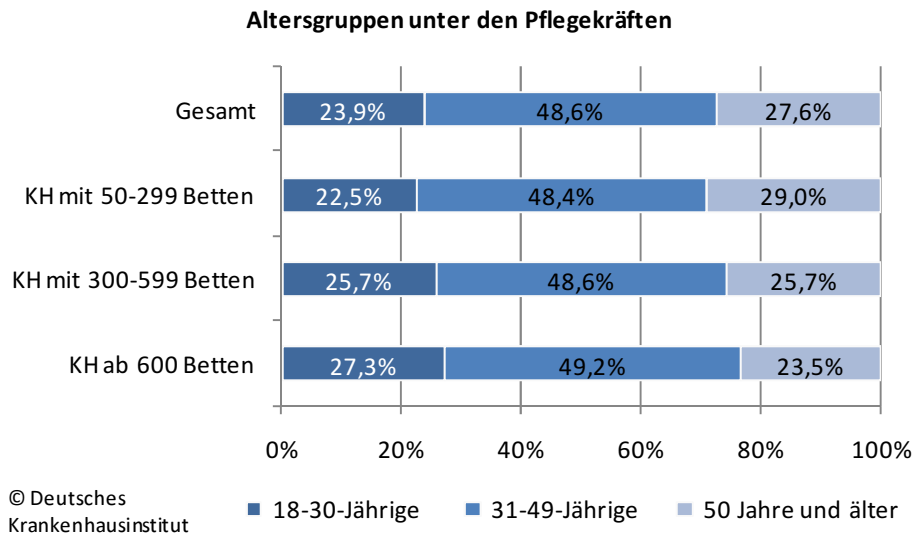


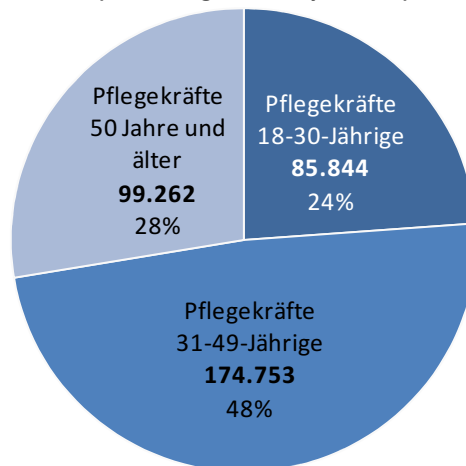
Abb. 7: Unterschiedliche Altersgruppen unter den Pflegekräften (examinierte und nicht examinierte Pflegende – ohne Schüler)

4.3 Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland in Altersgruppen (Schätzung)

Bei der derzeitigen Anzahl von rund 360.000 Pflegekräften¹ in deutschen Krankenhäusern (ohne Psychiatrien) bedeutet die ermittelte Altersstruktur, dass rund 86.000 Pflegende zwischen 18 und 30 Jahre alt sind. Gleichzeitig sind 175.000 Pflegekräfte 31-49 Jahre alt und 99.000 pflegerisch Tätige 50 Jahre und älter (Abb. 8).

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt (2013). Grunddaten der Krankenhäuser, 2011. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, 2013.

**Anzahl Pflegekräfte Deutschland
(Schätzung ohne Psychiatrie)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland in Altersgruppen – Hochrechnung (Grundlage: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2011)

4.4 Fluktuationsrate unter den Pflegekräften

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden nach ihrer Fluktuationsrate unter den Pflegekräften ihres Krankenhauses im Jahr 2011 gefragt. Dabei wurde die Fluktuationsrate als der Anteil der freiwilligen Abgänge von Mitarbeitern an der Gesamtanzahl der Pflegekräfte definiert – mit Ausnahme der Ruheständler und Schüler.

Insgesamt berichteten die Krankenhäuser im Jahr 2011 eine Fluktuationsrate unter Pflegekräften von ca. 6% (Abb. 9).

Die Basisbefragung der NEXT-Studie (Simon et al., 2005), bei der u.a. rund 2.700 Pflegekräfte aus deutschen Krankenhäusern befragt wurden, berichtet von einem Aussteigerpotenzial von 29% im Krankenhausbereich. Eingeschlossen sind hier sowohl Pflegenden, die die Absicht hatten, den Beruf zu verlassen als auch Mitarbeiter, welche daran dachten, ihren derzeitigen Arbeitgeber zu verlassen. Aufgrund der in dieser Studie festgestellten Fluktuationsrate wird grob geschätzt, dass jede 5. Pflegekraft, die „oft daran denkt“, ihre Einrichtung zu verlassen, dies auch faktisch umsetzt.

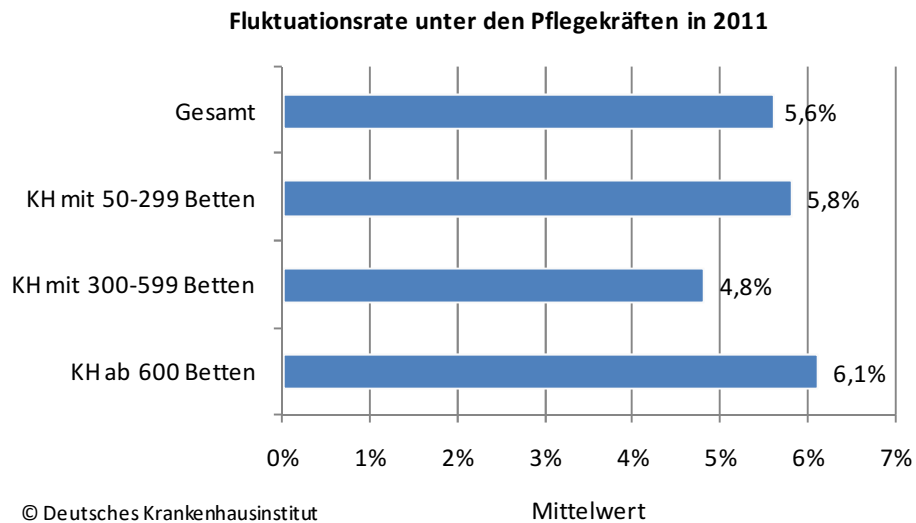


Abb. 9: Fluktuationsrate unter den Pflegekräften im Jahr 2011

Mit 5,7% liegen die freigemeinnützigen Einrichtungen genau im Bundesdurchschnitt der Fluktuationsrate unter den Pflegekräften. Die öffentlichen Krankenhäuser weisen eine unterdurchschnittliche Rate auf, die privaten Einrichtungen liegen über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 10).

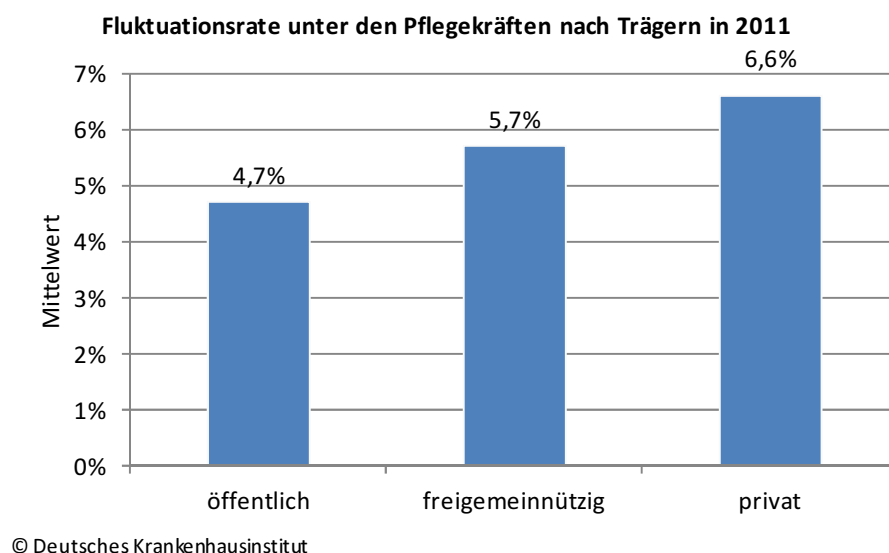


Abb. 10: Fluktuationsrate unter den Pflegekräften im Jahr 2011 nach Trägern

4.5 Krankenstand unter den Pflegekräften

Im Bundesdurchschnitt reichten 53% der Pflegekräfte im Jahr 2011 mindestens eine Krankmeldung ein (ohne Schwangere). Die kleinen Häuser mit 50 bis 299 Betten lagen mit genau 50% etwas unter dem Durchschnitt und die großen Kliniken mit 62% der Mitarbeiter mit mindestens einer Krankmeldung deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 11).

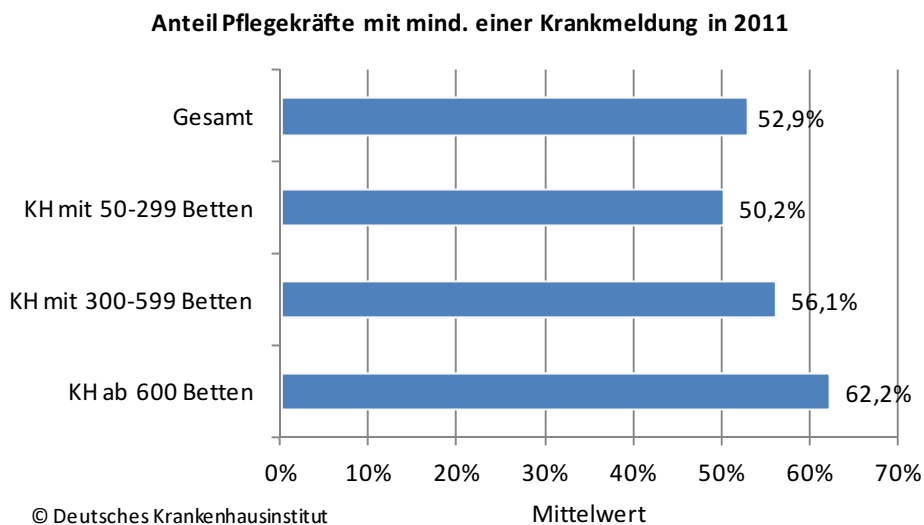


Abb. 11: Anteil der Pflegekräfte mit mindestens einer Krankmeldung in 2011 (ohne Schwangere)

Die krankheitsbedingte Ausfallquote, gemessen am Verhältnis von Fehlzeiten zu Sollarbeitszeiten (ohne Einbeziehung von Ausfallzeiten aufgrund von Schwangerschaften), betrug insgesamt 8,5%. Kleine Einrichtungen (50 bis 299 Betten) zeigten eine etwas höhere Ausfallquote von 8,8%, während große Kliniken (ab 600 Betten) mit 7,3% unter dem Bundesdurchschnitt lagen (Abb. 12).

Die von den Krankenkassen regelmäßig veröffentlichten niedrigeren Ausfallquoten (z.B. Badura et al. 2011: Fehlzeiten-Report) sind hier nicht vergleichbar, da deren Berechnung auf einer anderen Grundlage basiert. Oftmals beruhen die Krankenkassendaten lediglich auf den Meldungen der Ärzte, so dass Kurzzeiterkrankungen, ohne ärztliches Attest, unberücksichtigt bleiben. Die in dieser Untersuchung verwendeten Daten schließen sowohl Kurzzeit- als auch

Langzeiterkrankungen mit ein und spiegeln daher genauer die Realität wieder als andere Datensätze.

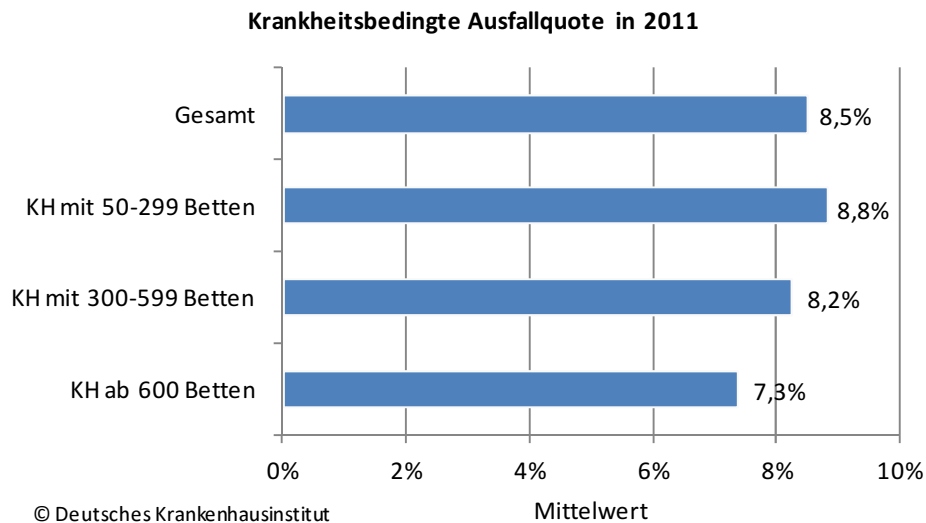
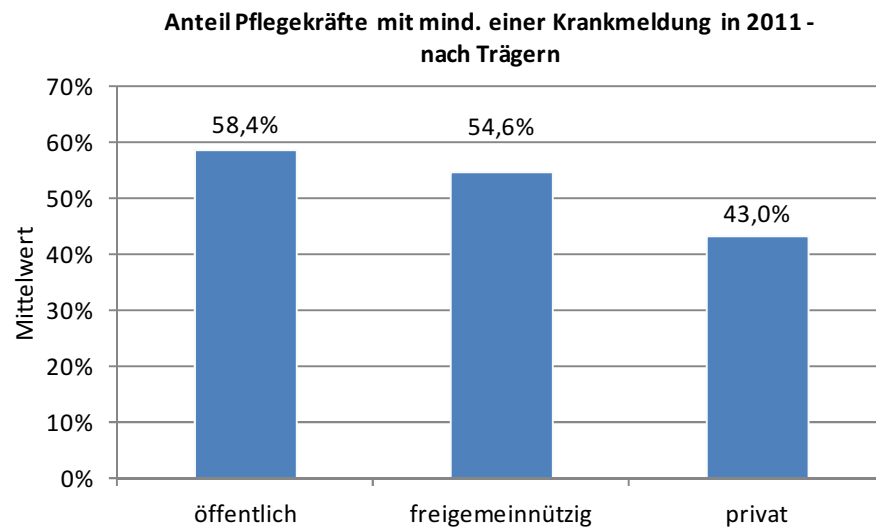


Abb. 12: Krankheitsbedingte Ausfallquote in 2011 (ohne Schwangere)

Der Anteil der Pflegekräfte mit mindestens einer Krankmeldung in 2011 in öffentlichen Einrichtungen liegt mit 58% etwas über dem Bundesdurchschnitt. Freigemeinnützige Einrichtungen berichteten 55% Krankmeldungen und private Kliniken lagen mit 43% deutlich unter dem Durchschnitt (Abb. 13).

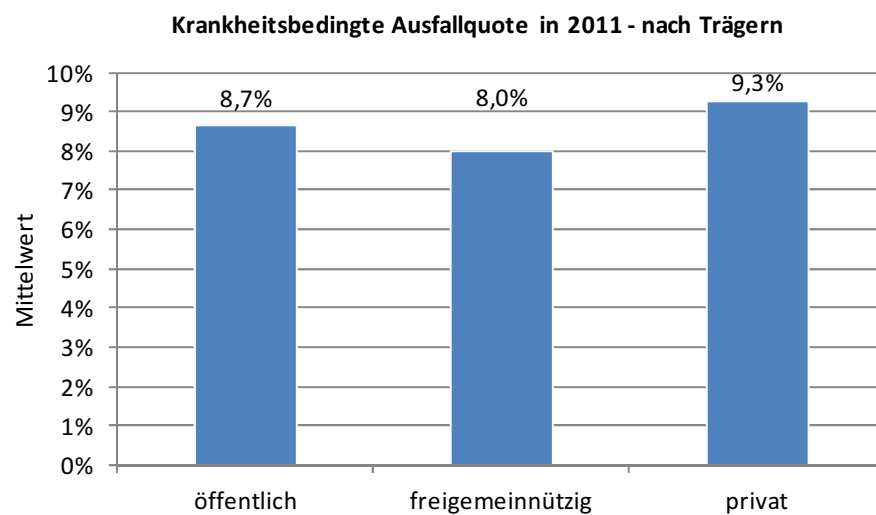
Die krankheitsbedingte Ausfallquote lag mit 8,0% bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern am niedrigsten und bei den privaten Einrichtungen mit 9,3% am höchsten (Abb. 14).

Die höhere Ausfallquote bei den privaten Krankenhäusern gepaart mit dem niedrigeren Anteil an Pflegekräften mit Krankmeldungen lässt hier auf einen hohen Anteil an Langzeiterkrankungen unter den Pflegekräften schließen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Anteil der Pflegekräfte mit mindestens einer Krankmeldung in 2011 (ohne Schwangere) – nach Trägern



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Krankheitsbedingte Ausfallquote in 2011 (ohne Schwangere) – nach Trägern

4.6 Maßnahmen der Personalplanung

Für eine effektive Personalplanung stehen den Unternehmen unterschiedlichste Mittel und Methoden zur Verfügung. Die teilnehmenden Kliniken wurden gebeten, die nachfolgenden Maßnahmen der Personalplanung für ein altersgerechtes, lebensphasenbezogenes Personalmanagement zu bewerten.

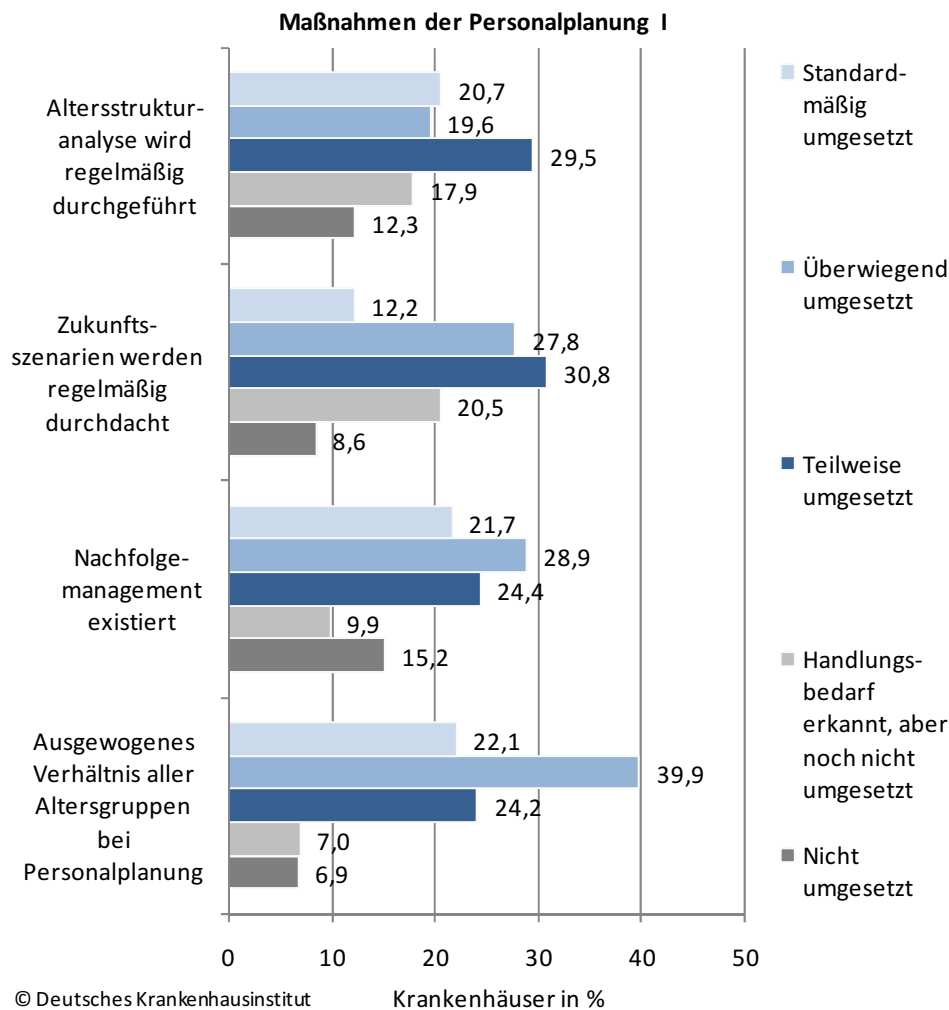


Abb. 15: Maßnahmen der Personalplanung I

Eine Altersstrukturanalyse der Mitarbeiter führt jedes fünfte Krankenhaus standardmäßig in regelmäßigen Abständen durch, während weitere 20% diese Maßnahme überwiegend in ihrer Einrichtung umgesetzt haben. 18% der Kliniken haben zwar den Bedarf dafür erkannt, jedoch noch nicht die Umsetzung realisiert (Abb. 15).

Gut jedes fünfte Krankenhaus hat zudem standardmäßig ein Nachfolgemanagement etabliert, welches Um- oder Neubesetzung von Stellen regelt, die aufgrund von Eintritt in den Ruhestand vakant werden. In knapp 30% der Kliniken existiert überwiegend ein Nachfolgemanagement, während 15% aller Krankenhäuser ohne diese Einrichtung arbeiten.

Ein ausgewogenes Verhältnis aller Altersgruppen bei der Personalplanung existiert standardmäßig in über 20% der Einrichtungen und überwiegend in 40% aller Kliniken.

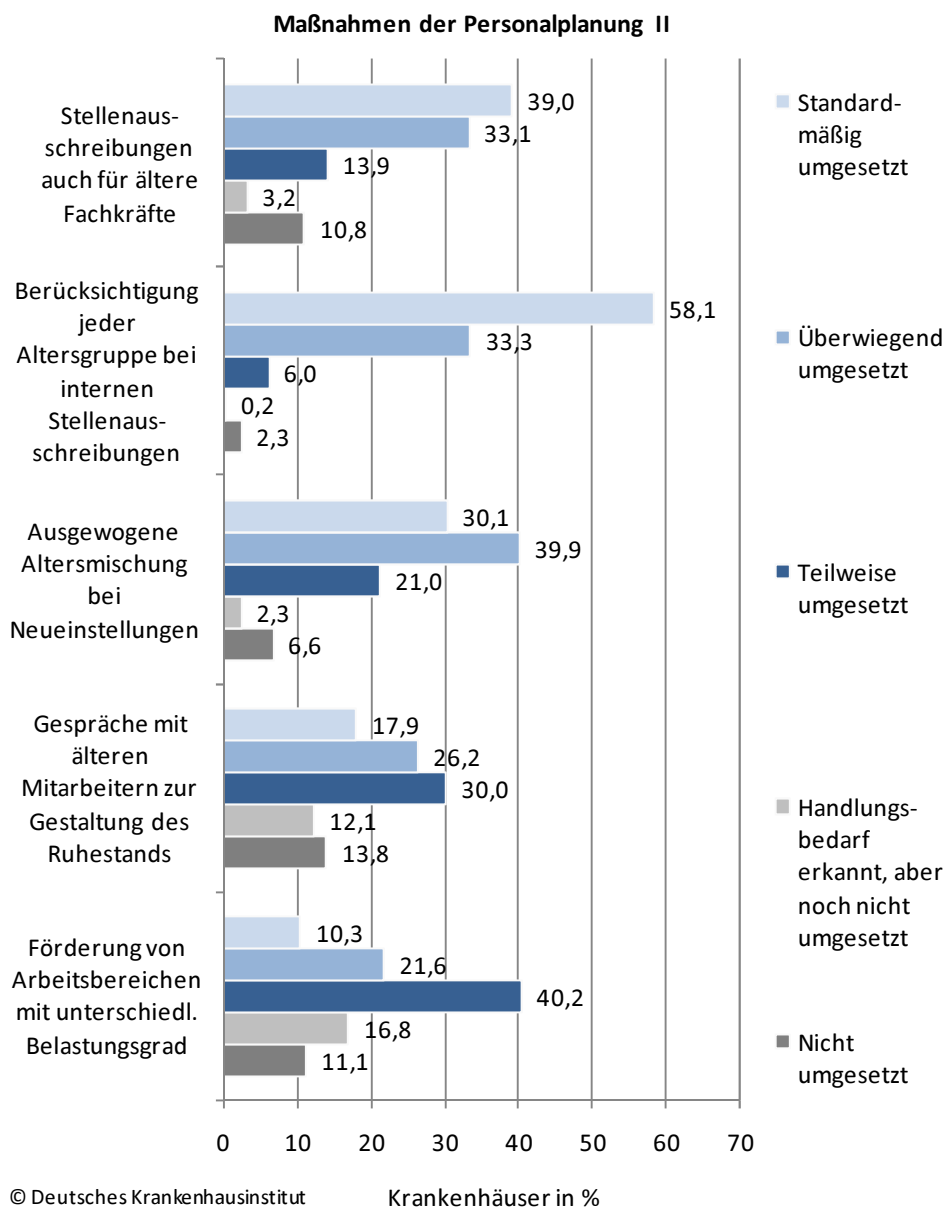


Abb. 16: Maßnahmen der Personalplanung II

Rund 40% aller Einrichtungen achten standardmäßig darauf, dass Stellenausschreibungen so formuliert werden, dass sich auch ältere Fachkräfte angesprochen fühlen. Jedes dritte Krankenhaus setzt diese Maßnahme überwiegend um (Abb. 16).

Die Mehrheit aller Krankenhäuser (58%) berücksichtigt standardmäßig Mitarbeiter jeder Altersgruppe gleich bei innerbetrieblichen Stellenbesetzungen, während jede dritte Klinik die Gleichstellung überwiegend umsetzt. Bei Neueinstellung von Pflegepersonal achtet 30% der Häuser standardmäßig und 40% überwiegend auf eine ausgewogene Altersmischung.

Gespräche mit älteren Mitarbeitern zur Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand führen standardmäßig 18% der Krankenhäuser und überwiegend 26% der Kliniken. 12% aller Einrichtungen haben den Bedarf für Mitarbeitergespräche zur Übergangsregelung in den Ruhestand erkannt, aber noch nicht umgesetzt.

Des Weiteren fördern 10% aller Kliniken standardmäßig, dass Mitarbeiter bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter im Krankenhaus verbleiben, beispielsweise durch Arbeitsbereiche mit unterschiedlichem Belastungsgrad. Knapp ein Viertel der Häuser fördert überwiegend den Verbleib ihrer Pflegekräfte bis zum Renteneintrittsalter. 17% der Einrichtungen haben hier einen Handlungsbedarf erkannt, aber noch nicht umgesetzt.

In die folgende Betrachtung der Maßnahmen der Personalplanung nach Krankenhausgrößen und Trägern wurden nur diejenigen Krankenhäuser aufgenommen, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Insgesamt wurde bei den verschiedenen Maßnahmen der Personalplanung kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Größe gefunden (Abb. 17).

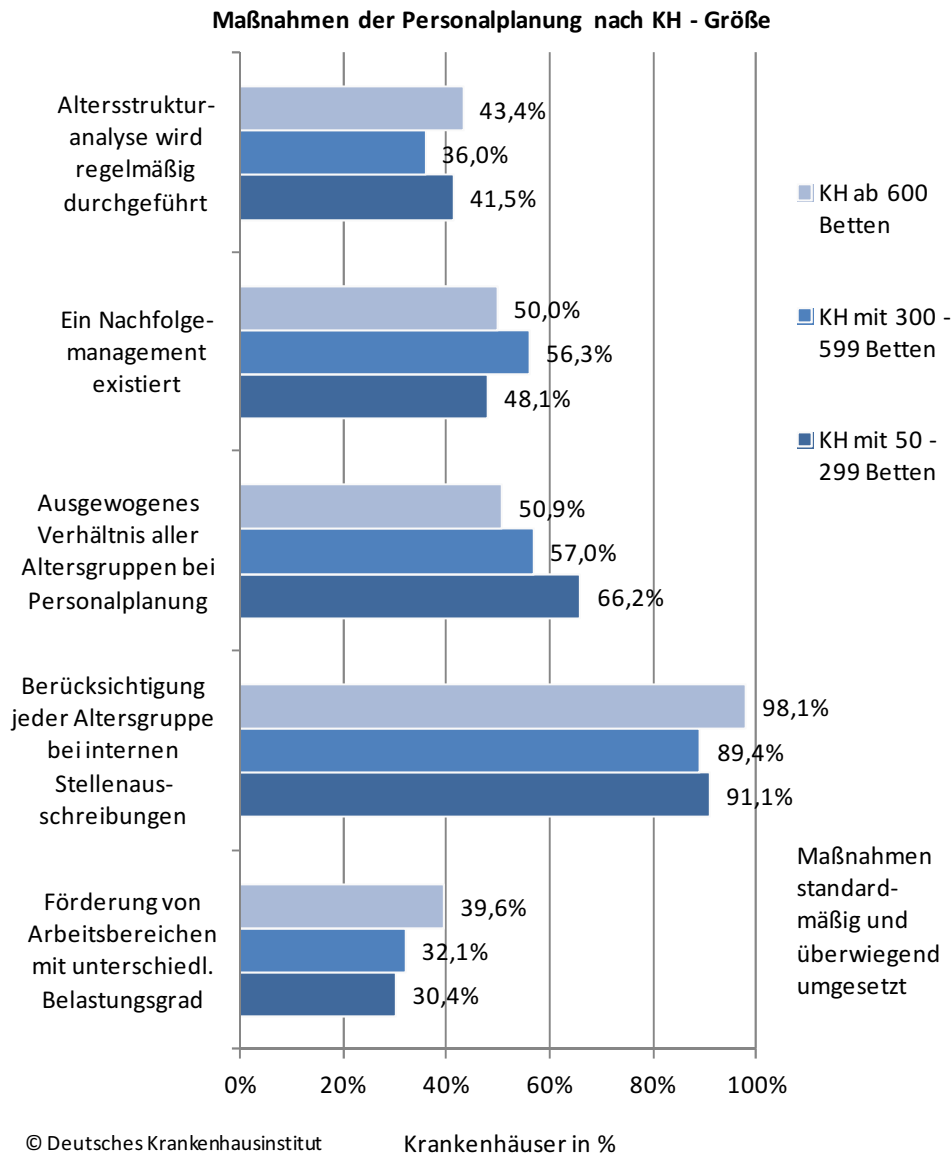


Abb. 17: Ausgewählte Maßnahmen der Personalplanung nach Krankenhausgröße - standardmäßig und überwiegend umgesetzt

Eine Altersstrukturanalyse der Mitarbeiter wird standardmäßig und überwiegend in 43% der großen Kliniken (ab 600 Betten), 36% der mittelgroßen Einrichtungen (300 bis 599 Betten) und 42% der kleinen Häuser (50 bis 299 Betten) durchgeführt.

Ein Nachfolgemanagement zur Um- oder Neubesetzung von Stellen, die aufgrund von Eintritt in den Ruhestand vakant werden, haben mit 56% am häufigsten die mittelgroßen Krankenhäuser (300 bis 599 Betten) standardmäßig und überwiegend etabliert. Die geringste

Umsetzungsrate mit 48% zeigten die kleinen Kliniken hinsichtlich des Nachfolgemeanagements.

Auf ein ausgewogenes Verhältnis aller Altersgruppen bei der Personalplanung haben mit 66% am häufigsten die kleinen Kliniken (50 bis 299 Betten) standardmäßig und überwiegend geachtet. 51% der großen Einrichtungen hatten dieses Anliegen im Fokus ihrer Personalplanung.

Fast sämtliche Krankenhäuser ab 600 Betten (98%) und 89% der mittelgroßen Kliniken berücksichtigen standardmäßig und überwiegend jede Altersgruppe bei innerbetrieblichen Stellenbesetzungen.

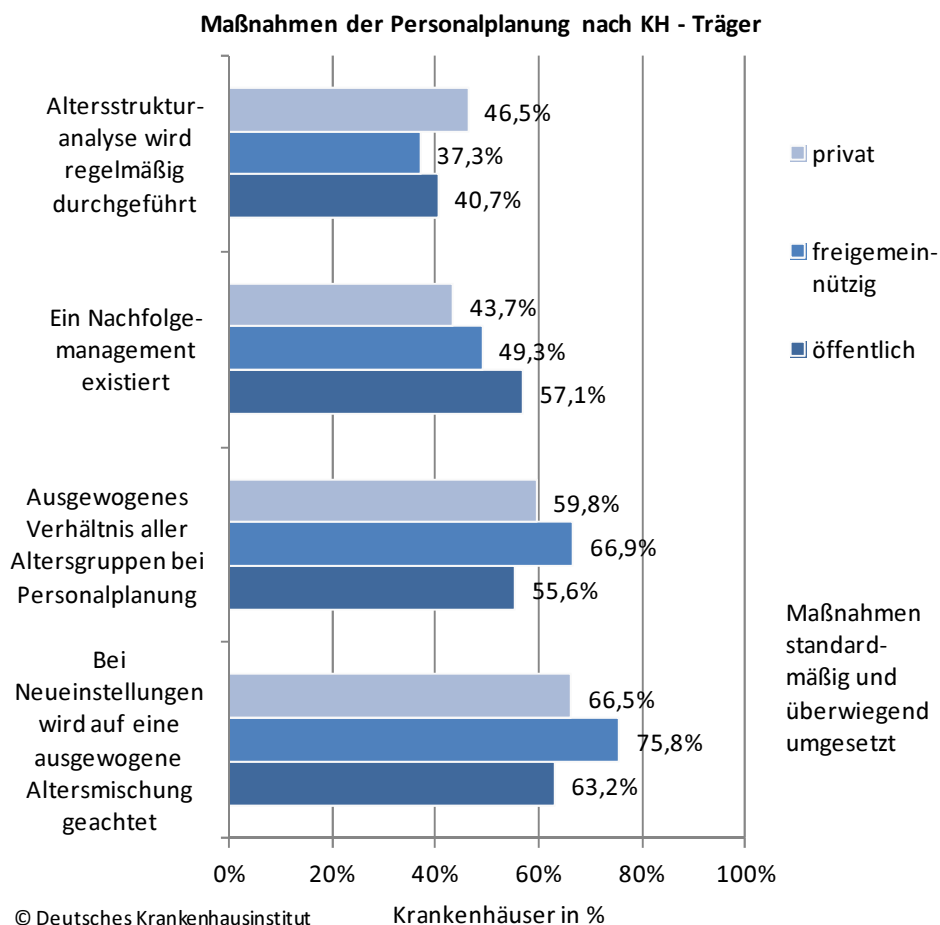


Abb. 18: Ausgewählte Maßnahmen der Personalplanung nach Krankenhaus-Träger - standardmäßig und überwiegend umgesetzt

Bei den verschiedenen Maßnahmen der Personalplanung konnte kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger gefunden werden (Abb. 18).

Während die privaten Einrichtungen in der standardmäßigen und überwiegenden Verwendung von Altersstrukturanalysen der Mitarbeiter mit 47% vorne liegen, weisen sie mit 44% den geringsten Anteil an Kliniken auf, welche zur Um- oder Neubesetzung von Stellen, die aufgrund von Eintritt in den Ruhestand vakant werden, ein Nachfolgemanagement etabliert haben.

Öffentliche Einrichtungen führen zu 41% standardmäßig und überwiegend in regelmäßigen Abständen Altersstrukturanalysen durch und weisen gleichzeitig mit 57% den höchsten Anteil an Kliniken auf, welche zur Um- oder Neubesetzung von Stellen, die aufgrund von Eintritt in den Ruhestand vakant werden, ein Nachfolgemanagement etabliert haben.

Die freigemeinnützigen Kliniken zeichnen sich dadurch aus, dass sie zu 67% standardmäßig und überwiegend bei der Personalplanung auf ein ausgewogenes Verhältnis aller Altersgruppen achten (öffentliche Häuser: 56%) und zu 76% bei der Neueinstellung von Personal standardmäßig und überwiegend auf eine ausgewogene Altersmischung achten (öffentliche Häuser: 63%).

5 Qualifizierung

Die demografische Entwicklung, eine immer älter werdende Belegschaft und der sich verstärkende Fachkräftemangel verlangen insbesondere in der Pflege eine zielgerichtete langfristige Personalplanung in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht. Erweist sich die Rekrutierung von qualifizierten Kräften auf dem externen Arbeitsmarkt als sehr schwierig, muss der Qualifikationsbedarf eines modernen Gesundheitsunternehmens mit anderweitigen Maßnahmen abgedeckt werden. Die (Weiter)Qualifizierung vorhandener Mitarbeiter kann hier beispielsweise eine Lösungsstrategie sein. Zusätzlich sind eigene bzw. interne Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen von z.B. Personalentwicklungsstrategien geeignet, zur Personalbindung beizutragen und somit der Mitarbeiterfluktuation und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Teilnehmer daher gebeten, die nachfolgenden Qualifizierungsmaßnahmen für ihre Einrichtung zu bewerten:

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser (72%) hat standardmäßig als Ziel ihrer Politik vorgegeben, dass alle Beschäftigten, unabhängig ihres Alters, an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. 23% der Einrichtungen haben diese Politik überwiegend in ihren Häusern umgesetzt (Abb. 19).

Jede vierte Klinik motiviert standardmäßig ältere Mitarbeiter gezielt zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, indem z.B. Fort- und Weiterbildungen als Anreiz oder Anerkennung gesetzt werden. 36% der Einrichtungen motivieren ihre älteren Mitarbeiter überwiegend zur Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen. Die Auswahl dieser Qualifizierungs- und Lernangebote wird standardmäßig in 12% aller Kliniken und überwiegend in 22% der Einrichtungen gemeinsam mit den älteren Beschäftigten auf deren Bedürfnisse hinsichtlich Inhalte, Ziele und Methodik abgestimmt.

Bei rund jeweils einem Viertel der Krankenhäuser wird zudem standardmäßig oder überwiegend bei betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen auf den Einsatz von alters- bzw. erwachsenengerechten Lernmethoden geachtet.

Des Weiteren sichern 13% der Einrichtungen standardmäßig und ein Drittel der Kliniken überwiegend durch verschiedene Systeme wie beispielsweise Gesprächsrunden, Patenschaften, Mentoring oder Tandems den Erfahrungsaustausch und die Wissensweitergabe zwischen den Mitarbeitern.

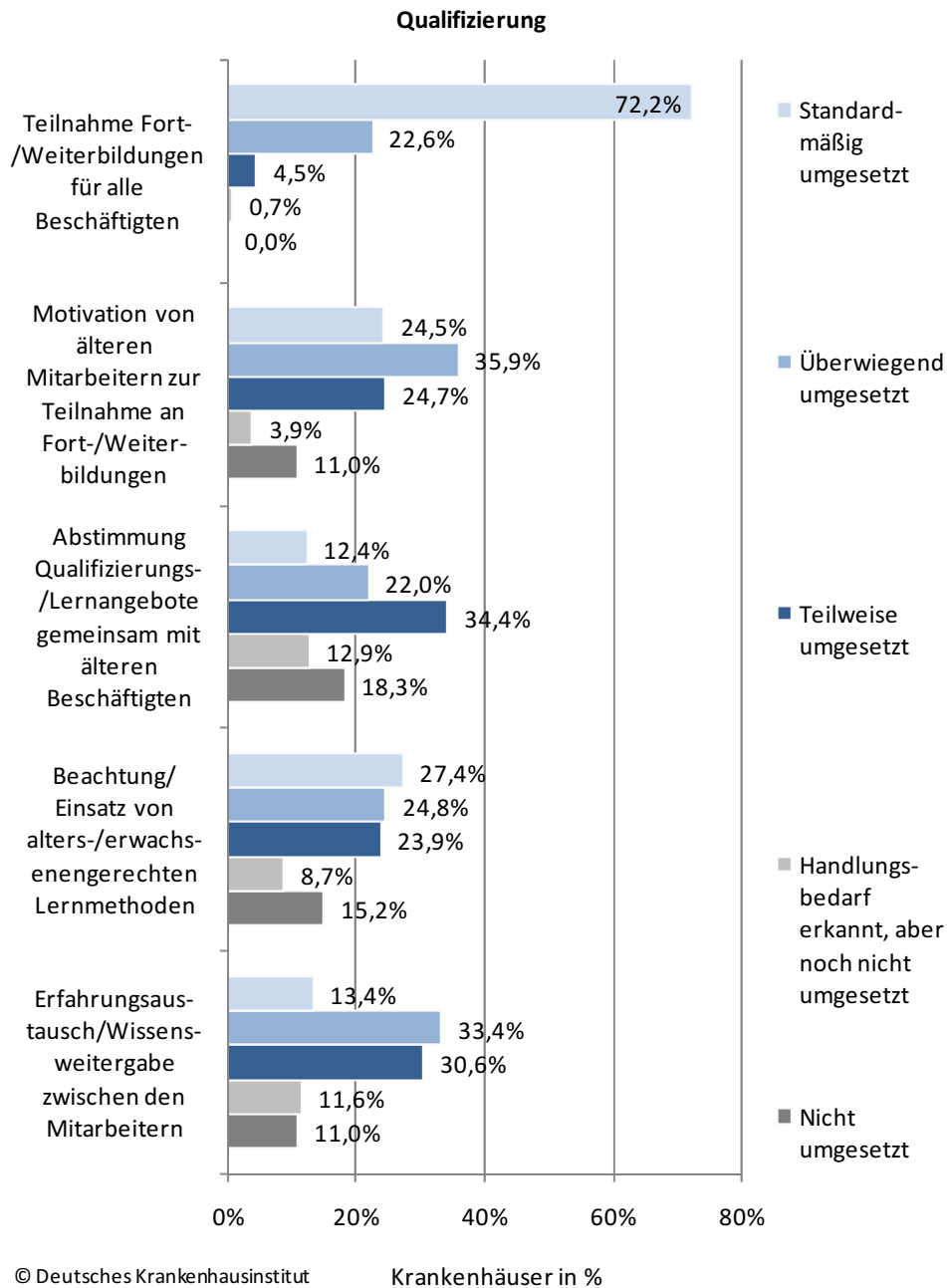


Abb. 19: Qualifizierungsmaßnahmen

Eine horizontale Laufbahnplanung für ältere Mitarbeiter, bei der spezielle Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, um diesen den Wechsel in andere Positionen oder Einsatzfelder zu ermöglichen, wird in den Krankenhäusern nur vereinzelt durchgeführt: 6% der Einrichtungen berichteten, solche Qualifizierungsmaßnahmen standardmäßig und 12% der Kliniken überwiegend ihren älteren Mitarbeitern anzubieten. Demgegenüber haben 18% der Häuser

den Bedarf dafür erkannt, aber noch nicht umgesetzt und zusätzlich hält ein Drittel der Einrichtungen diese Angebote nicht für ihre älteren Mitarbeiter vor (Abb. 20).

Des Weiteren erklärten 14% der Krankenhäuser, dass bei ihnen die Mitarbeiter mittleren und höheren Alters standardmäßig und fast die Hälfte aller Einrichtungen (46%), dass ihre Pflegekräfte mittleren und höheren Alters überwiegend neue Technologien genauso kompetent beherrschen wie die jüngeren.

Hinsichtlich der Praxisrelevanz von Fort- und Weiterbildungen berichteten 19% der Häuser, dass die von ihren Mitarbeitern erworbenen Fähigkeiten standardmäßig und die Hälfte der Einrichtungen, dass die in Fort- und Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen der Pflegekräfte überwiegend im beruflichen Alltag eingesetzt werden können.

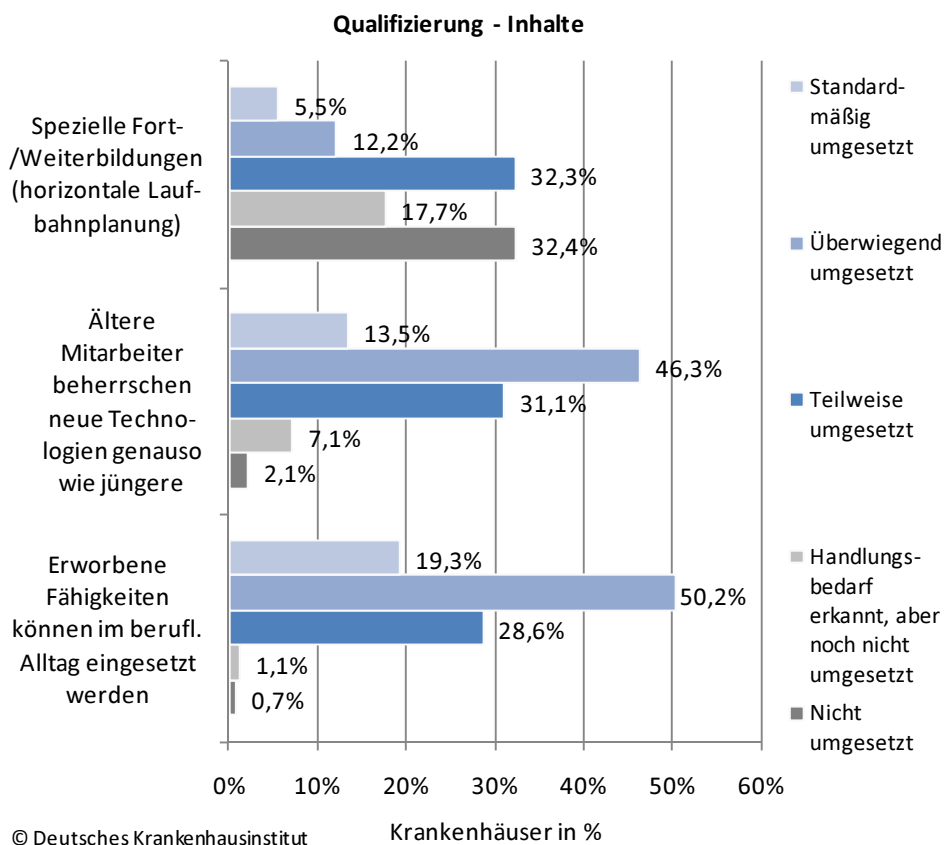


Abb. 20: Qualifizierungsmaßnahmen – Inhalte

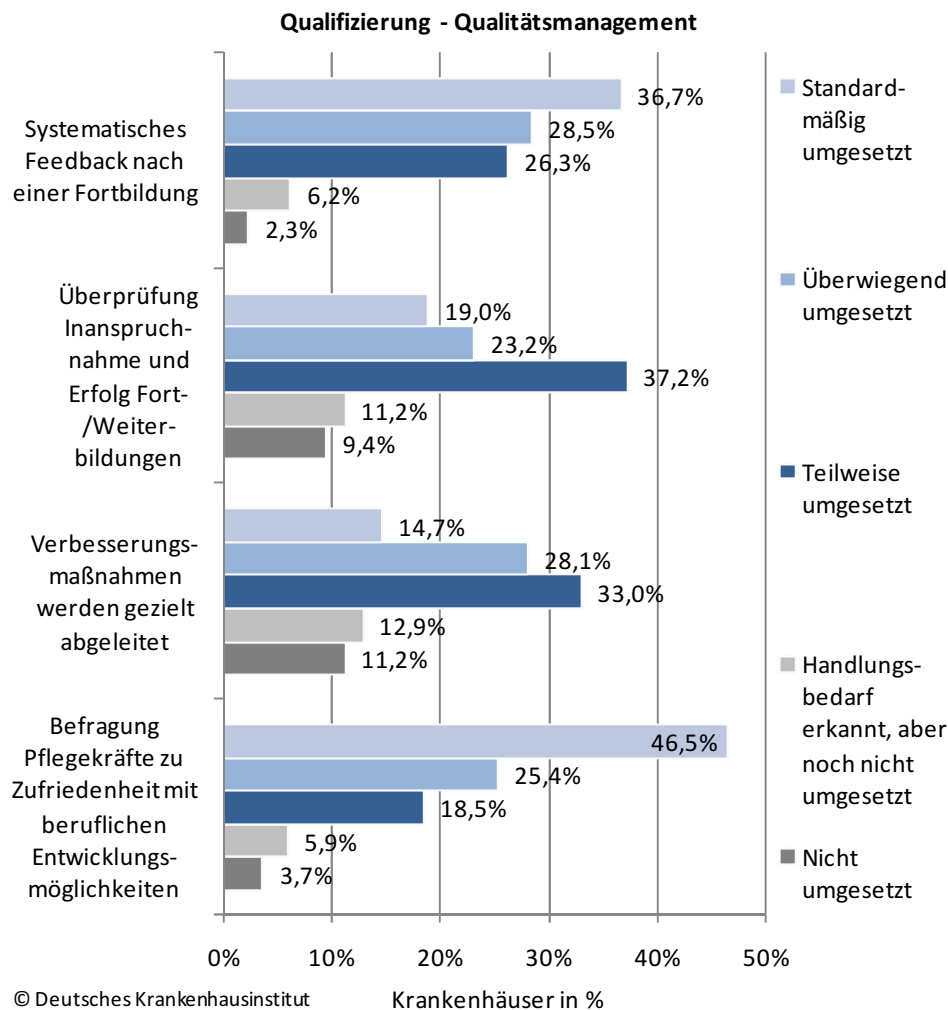


Abb. 21: Qualifizierungsmaßnahmen – Qualitätsmanagement

Gut jedes dritte Krankenhaus (37%) holt nach einer Fortbildung standardmäßig systematisch Feedback über z.B. Qualität der Fortbildung und Nutzen für den Mitarbeiter von den Pflegekräften ein. 29% der Kliniken sammeln überwiegend Feedback über Fortbildungen bei den Mitarbeitern (Abb. 21).

Rund jede fünfte Einrichtung überprüft jeweils standardmäßig oder überwiegend die Inanspruchnahme und den Erfolg von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen insbesondere von älteren Mitarbeitern regelmäßig.

Verbesserungsmaßnahmen aus diesen Überprüfungen werden standardmäßig von 15% der Kliniken und überwiegend von 28% der Einrichtungen gezielt abgeleitet. 13% der Krankenhäuser haben hier einen Handlungsbedarf erkannt, jedoch noch nicht umgesetzt.

Die große Mehrheit der Krankenhäuser befragt ihre Pflegekräfte in Mitarbeitergesprächen regelmäßig zu ihrer Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten (47% standardmäßig umgesetzt; 25% überwiegend umgesetzt).

In die weitere Betrachtung der Qualifizierungsmaßnahmen nach Krankenhausgrößen und Trägern wurden nur diejenigen Krankenhäuser aufgenommen, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Im Gegensatz zu den Maßnahmen der Personalplanung, bei denen insgesamt kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Größe gefunden wurde, zeigt sich in Bezug auf die Qualifizierungsmaßnahmen, dass große Krankenhäuser (ab 600 Betten) im Umsetzungsgrad etwas über den anderen Einrichtungen liegen (Abb. 22).

So wird in fast sämtlichen Kliniken ab 600 Betten (92%) beispielsweise standardmäßig und überwiegend Feedback nach einer Fortbildung, über deren Qualität und Nutzen, systematisch bei den Mitarbeitern eingeholt. Kleinere Einrichtungen holen im Mittel ca. zu 62% Feedback nach einer Fortbildung bei ihren Pflegekräften ein.

Regelmäßige Befragungen der Pflegekräfte zu ihrer Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten werden in Mitarbeitergesprächen standardmäßig und überwiegend von 83% der großen Krankenhäuser durchgeführt. Mittelgroße und kleinere Einrichtungen führen solche Zufriedenheitsbefragungen dahingegen zu ca. 70% durch.

Auch motivieren Häuser ab 600 Betten ältere Mitarbeiter häufiger gezielt zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, beispielsweise indem sie Fort- und Weiterbildungen als Anreiz oder Anerkennung setzen (Krankenhäuser ab 600 Betten: 72% standardmäßig und überwiegend umgesetzt vs. Krankenhäuser 50 bis 599 Betten: 59% standardmäßig und überwiegend umgesetzt).

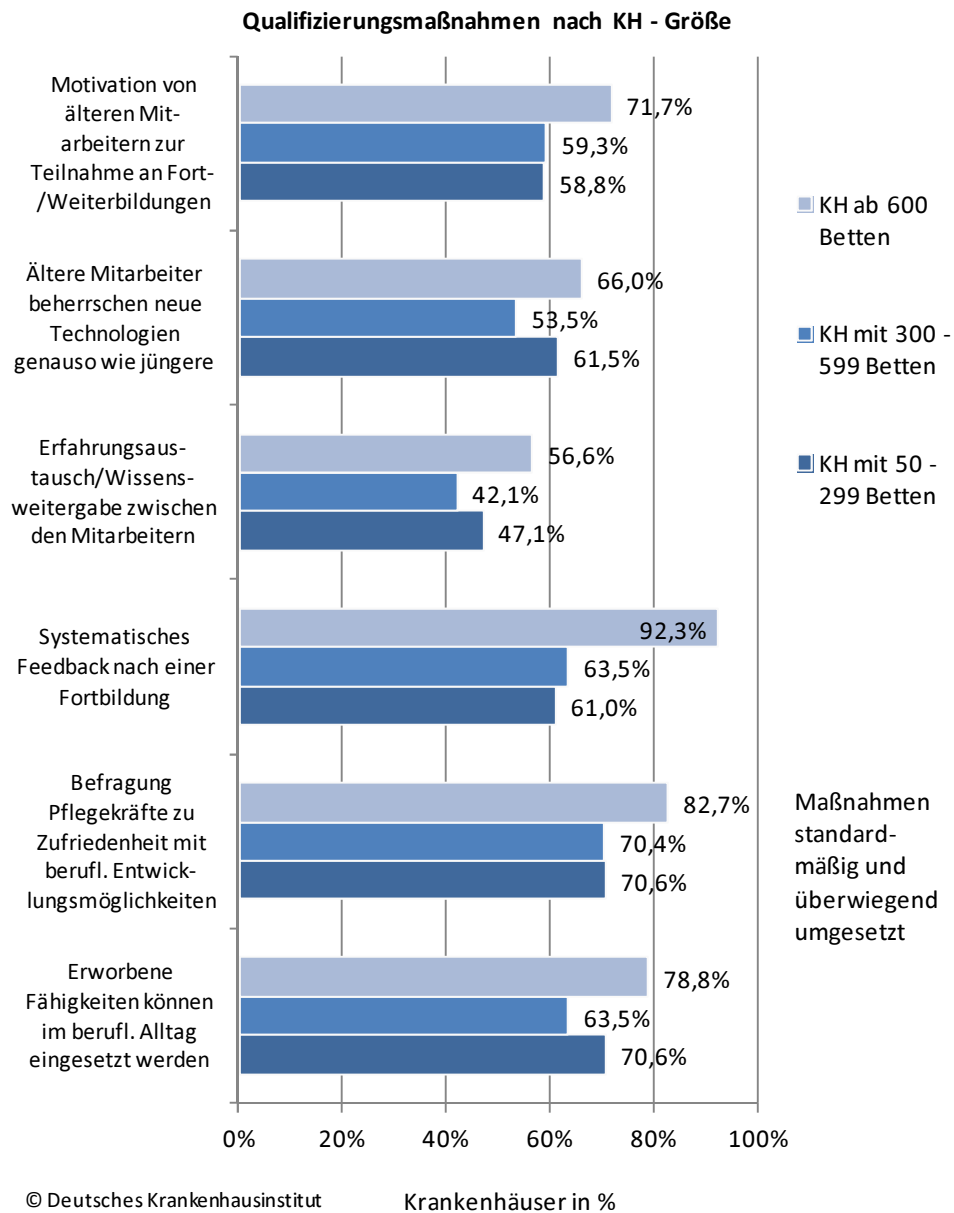


Abb. 22: Qualifizierungsmaßnahmen nach Krankenhausgröße (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

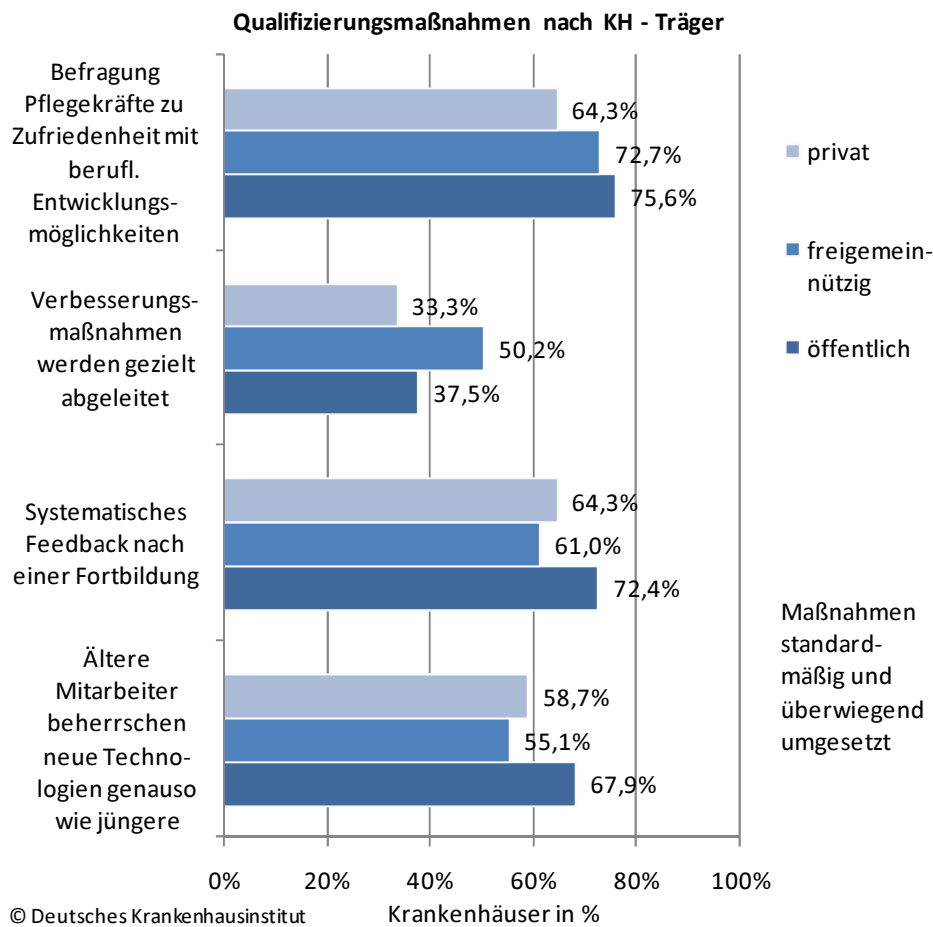


Abb. 23: Qualifizierungsmaßnahmen nach Krankenhaus-Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

Im Gegensatz zu Krankenhäusern unterschiedlicher Größe wurde bei den Qualifizierungsmaßnahmen kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Träger gefunden (Abb. 23).

Systematisches Feedback der Mitarbeiter nach einer Fortbildung holen standardmäßig und überwiegend 72% der öffentlichen Krankenhäuser, 64% der privaten Kliniken und 61% der freigemeinnützigen Einrichtungen ein.

Gezielte Verbesserungsmaßnahmen für Qualifizierungen aus Überprüfungen leiten standardmäßig und überwiegend 50% der freigemeinnützigen Einrichtungen, 33% der privaten Kliniken und 38% der öffentlichen Krankenhäuser ab.

6 Personalentwicklung

Der Bereich der Personalentwicklung ist von hoher Bedeutung und wird gleichzeitig in den Krankenhäusern oft vernachlässigt (Schönberg, 2012). Daher wurde in dieser Untersuchung ein Schwerpunkt auf die Entwicklung der Mitarbeiter des Pflegebereichs gelegt. Personalentwicklung bedeutet hier wörtlich, dass für jede Pflegekraft einzeln Hilfestellungen und Richtungsweisungen gegeben werden, wie sich der Mitarbeiter entwickeln muss, um in den nächsten Jahren noch den Anforderungen seiner Arbeit gewachsen zu sein. Die so an ihn gestellten Anforderungen will und soll der Mitarbeiter erfüllen können und zwar zum einen in Bezug auf die Aufgaben, die das Unternehmen an ihn stellt und zum anderen in Bezug auf die eigene Arbeitsfähigkeit.

Dementsprechend führen 53% der Krankenhäuser standardmäßig regelmäßige Mitarbeitergespräche mit allen – auch älteren – Mitarbeitern zur Festlegung des Qualifizierungsbedarfs und zur Karriereplanung durch. 21% der Kliniken haben die Feststellung des Qualifizierungsbedarfs bzw. die Karriereplanung in Mitarbeitergesprächen überwiegend umgesetzt (Abb. 24).

10% der Einrichtungen fördern standardmäßig und 41% überwiegend die berufliche Weiterentwicklung ihrer Mitarbeiter durch den Einsatz in unterschiedlichen Arbeitsbereichen im Verlauf ihres Berufslebens im Krankenhaus.

Zur Vermeidung von Überlastung insbesondere älterer Mitarbeiter ermöglichen 5% der Kliniken standardmäßig und 16% überwiegend einen Wechsel an andere gleichwertige Arbeitsplätze. Fast die Hälfte der Einrichtungen (45%) hat diese horizontale Laufbahnentwicklung für ältere Mitarbeiter teilweise umgesetzt. Im Falle eines Stellenwechsels oder einer Umsetzung älterer Mitarbeiter achten jedoch 22% der Krankenhäuser standardmäßig und 35% überwiegend auf eine Vermeidung von Reputationsverlust und finanziellen Einbußen für die betroffenen Mitarbeiter.

Wenig Umsetzung finden dagegen in den Krankenhäusern besondere Maßnahmen für Mitarbeiter „über 40“: Insgesamt 7% der Kliniken führen standardmäßig oder überwiegend spezielle Personalentwicklungsmaßnahmen für Mitarbeiter „über 40“ durch. Jede vierte Einrichtung hat hier zwar Handlungsbedarf erkannt, jedoch noch nicht umgesetzt.

Ein ähnliches Bild zeigt die kontinuierliche Überprüfung verschiedener Arbeitsbereiche auf Überlastungsgefährdungen: Insgesamt 14% der Einrichtungen führen standardmäßig oder

überwiegend kontinuierliche Überprüfungen der Anforderungen verschiedener Arbeitsbereiche für ältere Mitarbeiter auf Überlastungsgefährdungen durch. Jedes vierte Krankenhaus hat in diesem Bereich Handlungsbedarf erkannt, aber noch nicht umgesetzt.

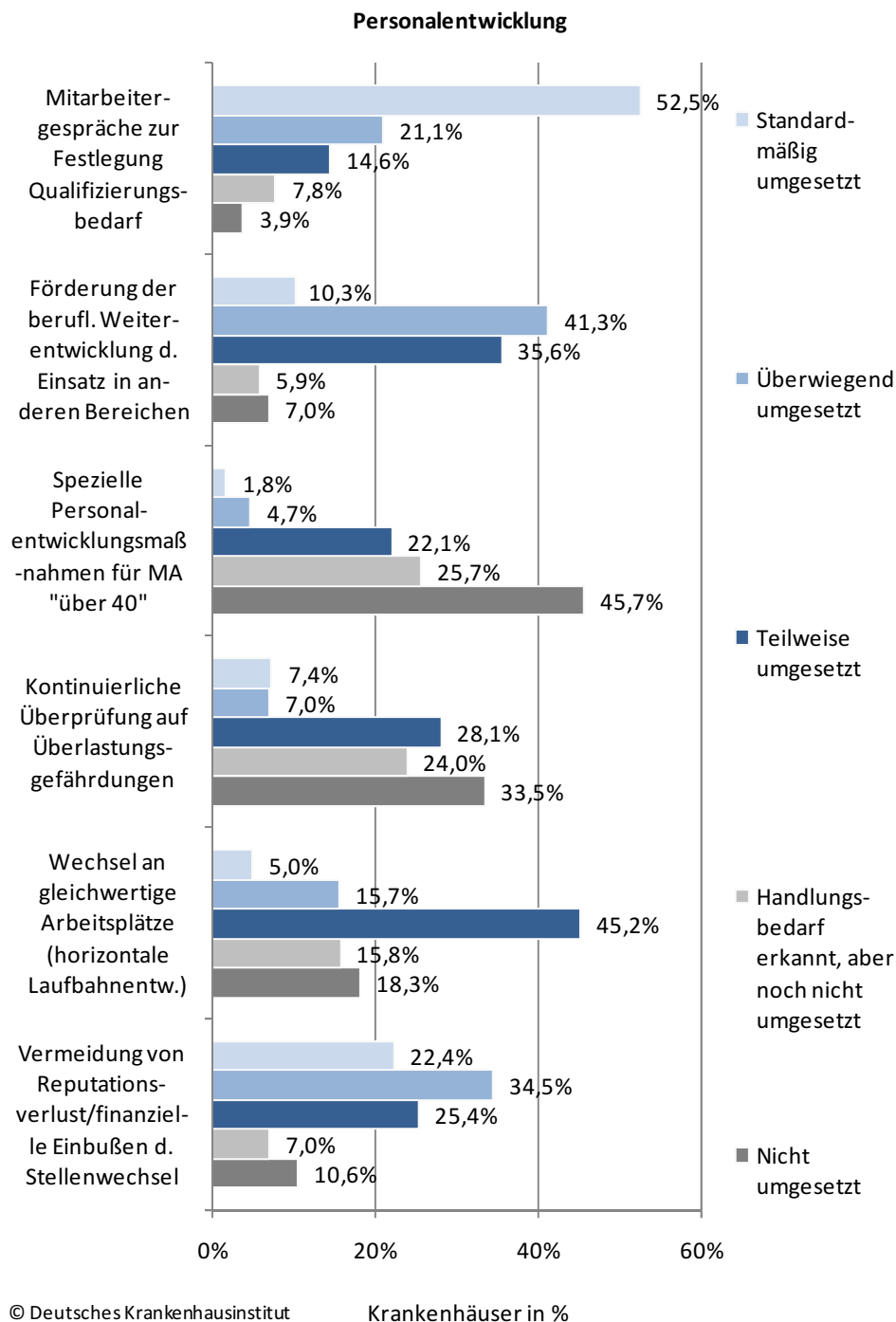


Abb. 24: Personalentwicklungsmaßnahmen

Die weiteren Personalentwicklungsmaßnahmen nach Krankenhausgrößen und Trägern werden nur von denjenigen Krankenhäusern berichtet, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Die Umsetzung von Personalentwicklungsmaßnahmen im Pflegebereich ist in den großen Krankenhäusern (ab 600 Betten) etwas weiter fortgeschritten als bei den mittelgroßen und kleinen Einrichtungen (Abb. 25):

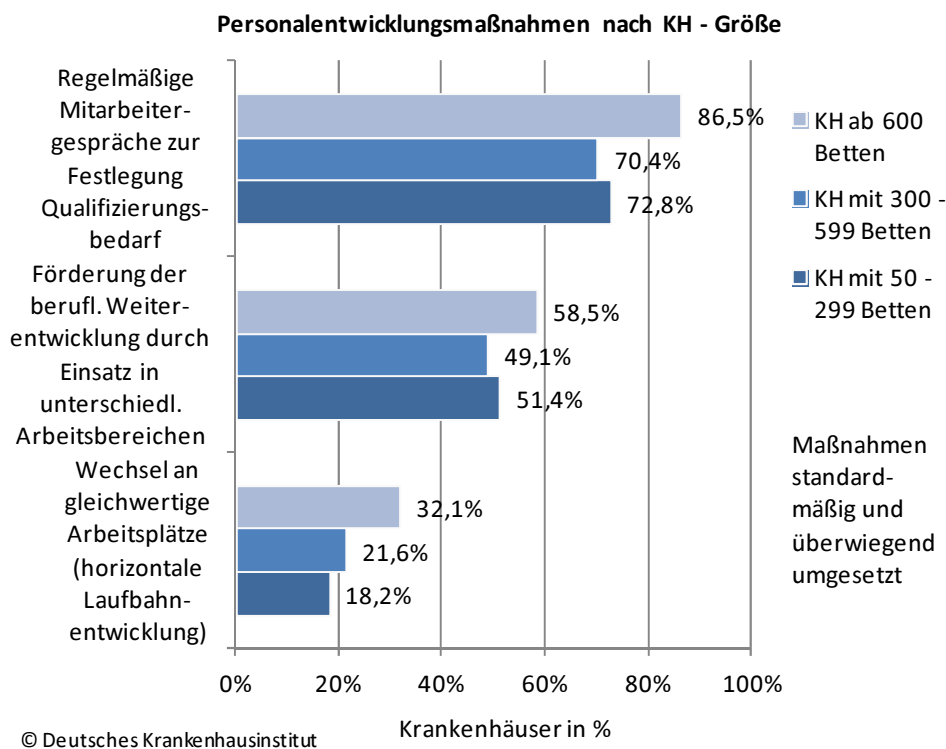


Abb. 25: Personalentwicklungsmaßnahmen nach Krankenhausgröße (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

So führen die überwiegende Mehrheit (87%) der Häuser ab 600 Betten und rund 72% der übrigen Einrichtungen standardmäßig und überwiegend Mitarbeitergespräche zur Festlegung des Qualifizierungsbedarfs und zur Karriereplanung mit sämtlichen – auch älteren – Mitarbeitern in regelmäßigen Intervallen.

59% der großen Kliniken und rund 50% der mittelgroßen und kleinen Krankenhäuser fördern standardmäßig und überwiegend die berufliche Weiterentwicklung ihrer Pflegekräfte durch den Einsatz in unterschiedlichen Arbeitsbereichen im Verlauf ihres Berufslebens im Krankenhaus.

Gleichzeitig ermöglicht knapp jede dritte große Klinik und rund jede fünfte mittelgroße und kleine Einrichtung einen Wechsel ihrer älteren Mitarbeiter an andere gleichwertige Arbeitsplätze im Krankenhaus zur Vermeidung von Überlastung (horizontale Laufbahnentwicklung).

Im Unterschied zu der Betrachtung nach Krankenhausgrößen konnte bei den verschiedenen Maßnahmen der Personalentwicklung kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger gefunden werden (Abb. 26).

Regelmäßige Mitarbeitergespräche zur Festlegung des Qualifizierungsbedarfs und zur Karriereplanung haben standardmäßig und überwiegend 79% der freigemeinnützigen Einrichtungen, 71% der öffentlichen Krankenhäuser und 66% der privaten Kliniken mit allen Mitarbeitern, auch den älteren, durchgeführt.

Die berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter im Pflegebereich fördern standardmäßig und überwiegend 55% der öffentlichen Krankenhäuser, 52% der freigemeinnützigen Einrichtungen und 46% der privaten Kliniken durch den Einsatz in unterschiedlichen Arbeitsbereichen im Verlauf ihres Berufslebens im Krankenhaus.

Im Falle eines Stellenwechsels oder von Umbesetzungen älterer Mitarbeiter wird bei 62% der freigemeinnützigen Krankenhäuser und rund 53% der Einrichtungen privater und öffentlicher Träger standardmäßig und überwiegend auf die Vermeidung von Reputationsverlust und finanziellen Einbußen für die entsprechenden Pflegekräfte geachtet.

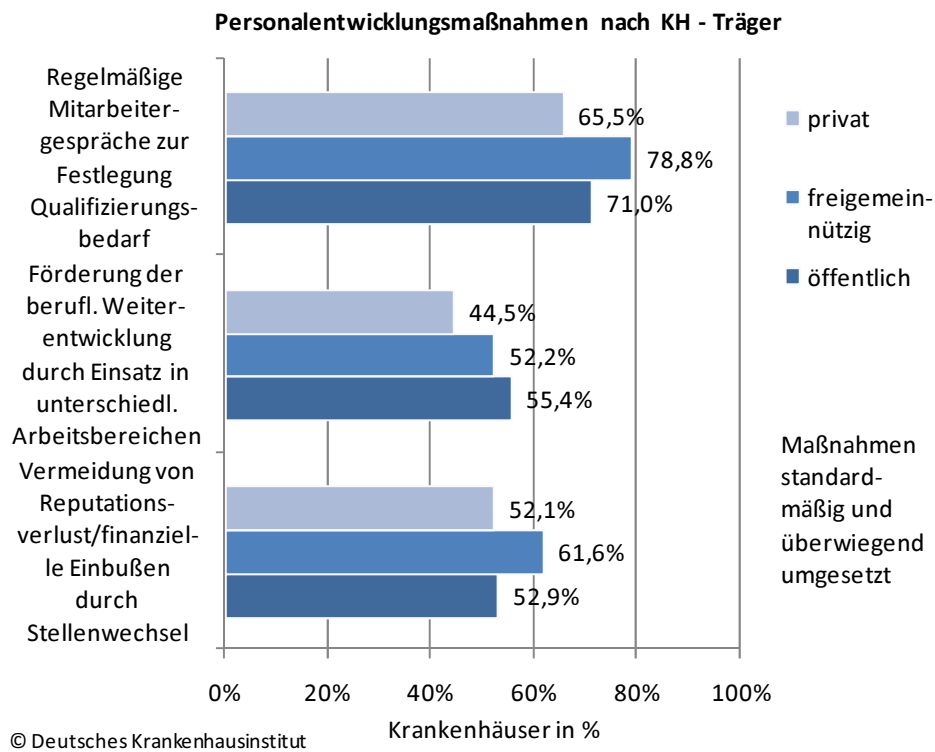


Abb. 26: Personalentwicklungsmaßnahmen nach Krankenhaus - Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

7 Arbeitsorganisation

Vor dem Hintergrund der derzeitigen demografischen und arbeitsmarktpolitischen Entwicklungen überdenken viele Krankenhäuser ihre bestehenden Arbeitskonzepte in der Pflege, um weiterhin eine patientengerechte Versorgung unter Beibehaltung eines hohen Qualitätsstandards gewährleisten zu können. Sowohl Arbeitsabläufe, Teamstrukturen, Kommunikationsprozesse und Kompetenzanforderungen an die Beschäftigten werden überprüft. Veränderungen in der Krankenpflege, insbesondere im Bereich der Arbeitsorganisation, sollten in entsprechende Konzepte einer proaktiven Personalpolitik einfließen, um frühzeitige Ausstiege aus dem Beruf zu vermeiden und die Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter länger zu erhalten, als dies bisher der Fall war (Gottwald, 2012).

7.1 Arbeitsorganisationsmaßnahmen

Um den derzeitigen Stand der Krankenhäuser mit Blick auf die Arbeitsorganisation im Pflegebereich zu erheben, wurden die Teilnehmer gebeten, die folgenden arbeitsorganisatorischen Maßnahmen für ihre Einrichtung zu bewerten.

Es zeigte sich, dass knapp jede fünfte Klinik standardmäßig und 44% der Krankenhäuser überwiegend das individuelle Leistungsvermögen ihrer Mitarbeiter in der Pflege bei der Personaleinsatzplanung einbeziehen (Abb. 27). Bei dessen Umsetzung sind sodann auch 14% der Einrichtungen standardmäßig und 45% überwiegend in der Lage, die Mitarbeiter entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrem Alter einzusetzen.

In 27% der Krankenhäuser ist allerdings standardmäßig und in 48% überwiegend das Einsatzspektrum der älteren Mitarbeiter ebenso groß wie das der jüngeren. Des Weiteren werden ältere Mitarbeiter in knapp jedem dritten Krankenhaus standardmäßig und in jeder zweiten Klinik überwiegend genauso häufig wie ihre jüngeren Kollegen an Arbeitsplätzen mit neuen Technologien und Verfahren eingesetzt.

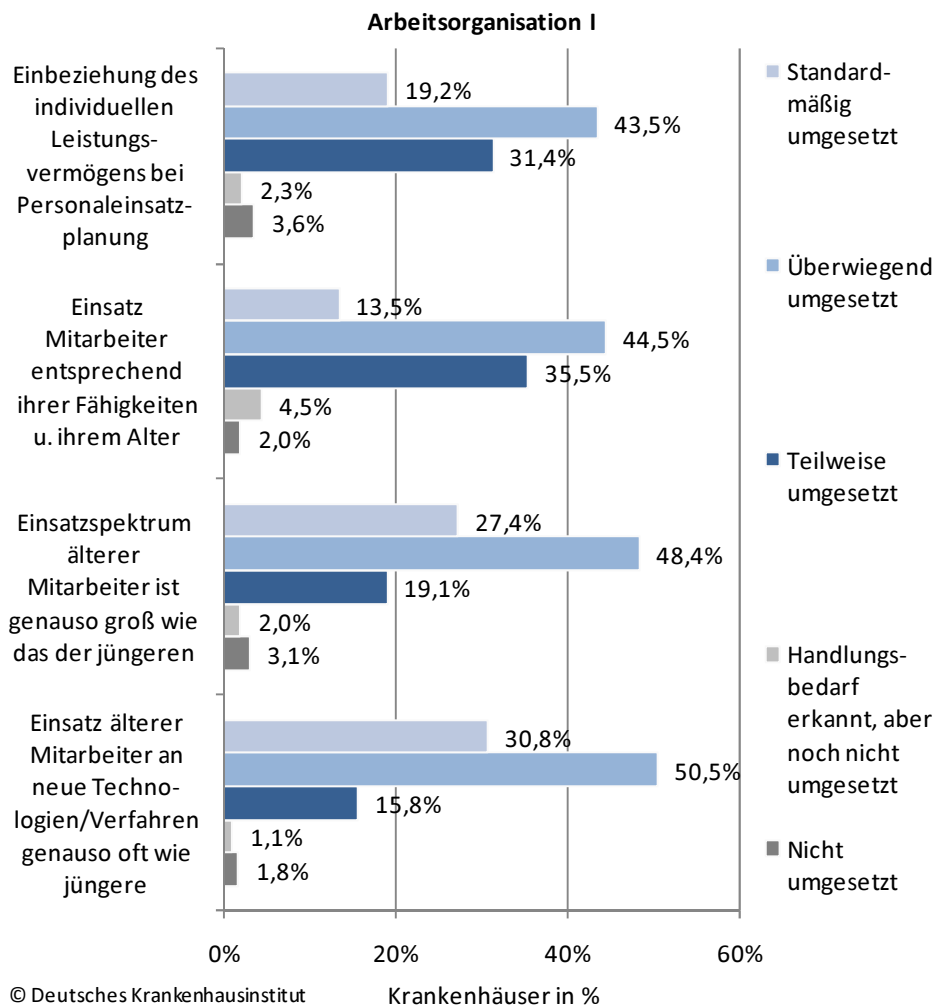


Abb. 27: Arbeitsorganisationsmaßnahmen I

Die Teamzusammenstellung in den einzelnen Einrichtungen erfolgt zurzeit sehr heterogen: 13% der Krankenhäuser achten standardmäßig und 29% überwiegend darauf, dass ihre Arbeitsteams durch die Vorgesetzten bewusst altersausgewogen zusammengestellt werden (Abb. 28). Auf der anderen Seite lassen 8% der Einrichtungen standardmäßig und 35% der Kliniken überwiegend ihre Pflgeteams selbst derart von den Mitarbeitern zusammenstellen, dass die Tätigkeiten auch von älteren Pflegekräften ausgeübt werden können.

Ein deutlicher Anteil der Kliniken (15% standardmäßig; 35% überwiegend) holt schon heute das systematische Feedback ihrer Mitarbeiter bezüglich des Nutzens und der Qualität der Arbeitsstrukturierung ein. Fast ebenso viele (14% standardmäßig; 32% überwiegend) leiten aus dieser Überprüfung gezielt Verbesserungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiter ab.

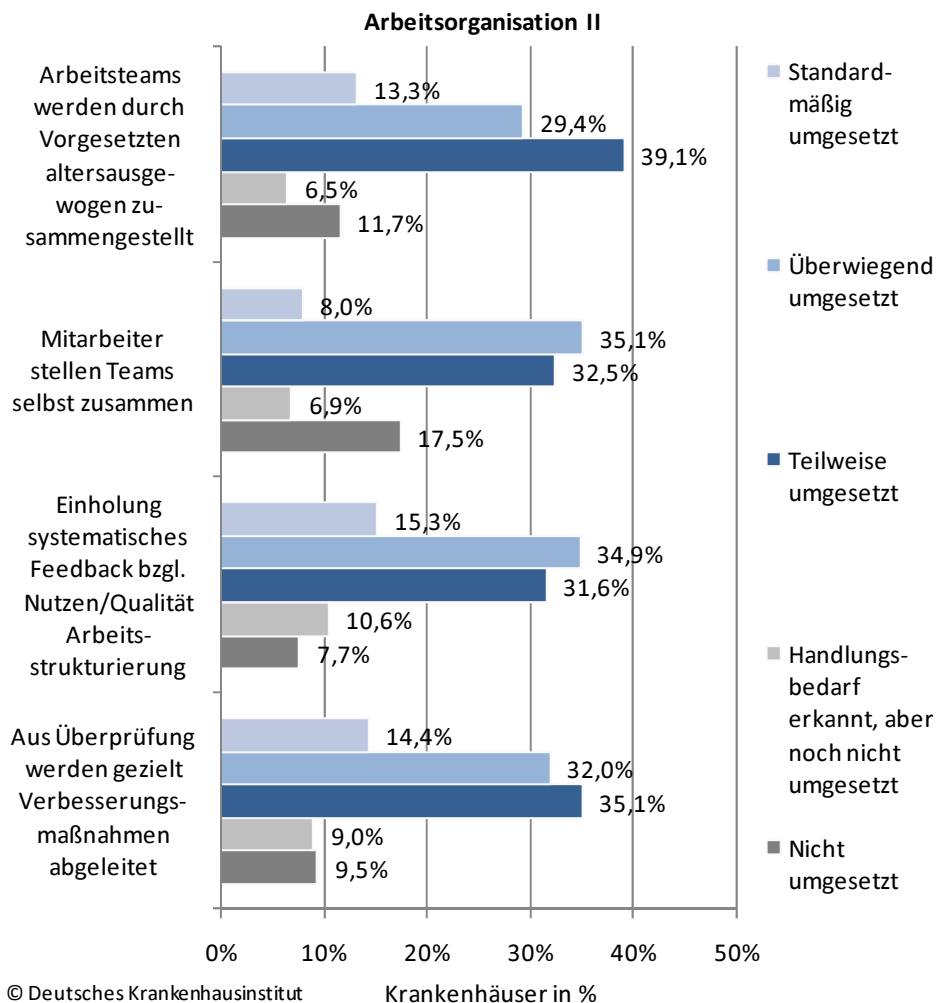


Abb. 28: Arbeitsorganisationsmaßnahmen II

Selbstbestimmtes Arbeiten, indem die Mitarbeiter an der Gestaltung der eigenen Arbeitsorganisation beteiligt werden, bietet jedes dritte Krankenhaus standardmäßig und 45% der Einrichtungen überwiegend seinen Pflegekräften (Abb. 29).

Die Durchführung selbstbestimmter Kurzpausen zur Regeneration ermöglichen 13% der Häuser standardmäßig und 28% überwiegend ihren älteren Mitarbeitern jederzeit. 12% der Einrichtungen haben hier zwar einen Handlungsbedarf erkannt, aber noch nicht umgesetzt.

Den Einsatz älterer Mitarbeiter in anderen Aufgabenbereichen zur Vermeidung körperlicher Belastungen bewerkstelligen insgesamt 16% der Einrichtungen standardmäßig oder über-

wiegend. Über die Hälfte der Kliniken (53%) hat diese Organisationsmaßnahme teilweise in ihrer Einrichtung umgesetzt.

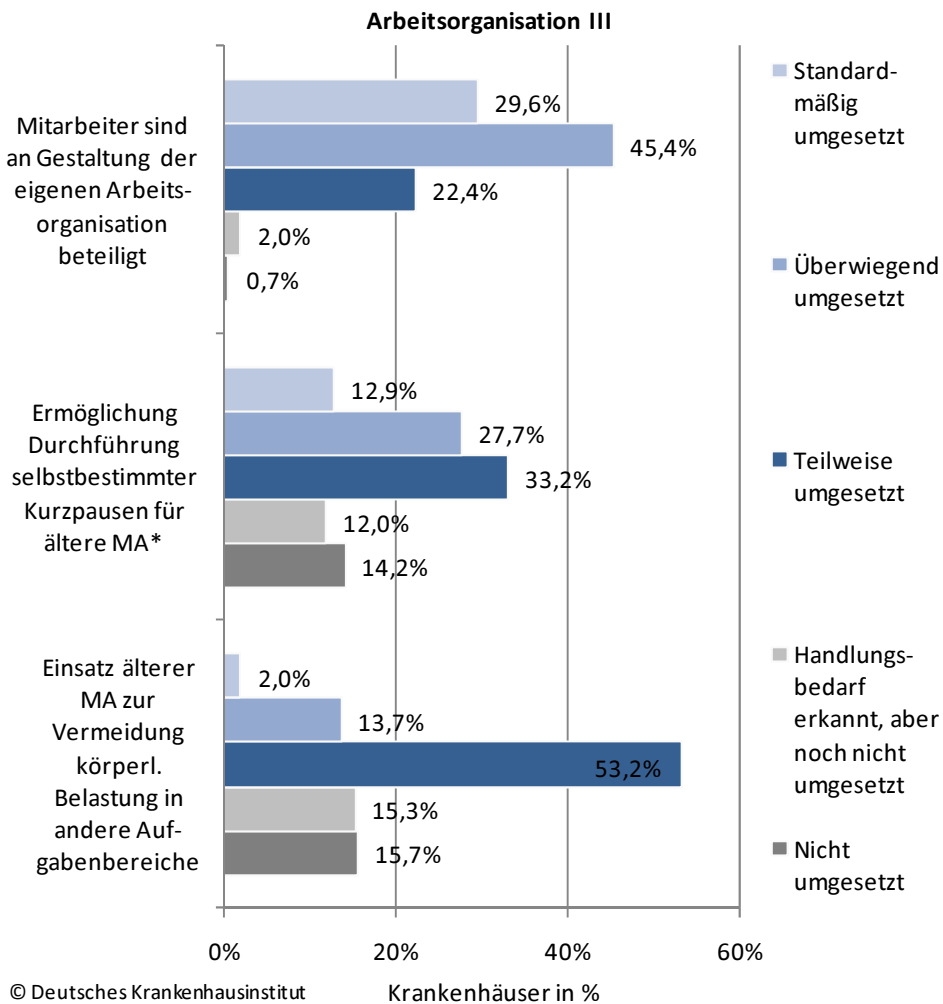


Abb. 29: Arbeitsorganisationsmaßnahmen III

*MA: Mitarbeiter

Die weiteren arbeitsorganisatorischen Maßnahmen nach Krankenhausgrößen und Trägern werden nur von denjenigen Krankenhäusern berichtet, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen dargestellt, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Bei den verschiedenen Maßnahmen der Arbeitsorganisation konnte kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Größe gefunden werden (Abb. 30).

Einige Maßnahmen scheinen jedoch in der Umsetzung für größere Kliniken eher zu bewerkstelligen zu sein als für kleinere Einrichtungen: So ist das Einsatzspektrum älterer Mitarbeiter in 79% der kleinen Kliniken (50 bis 299 Betten), 73% der mittelgroßen Einrichtungen (300 bis 599 Betten) und 66% der Krankenhäuser ab 600 Betten standardmäßig und überwiegend ebenso groß wie das der jüngeren. Dementsprechend ermöglichen jedoch die kleinen Häuser zu 45% standardmäßig und überwiegend ihren älteren Mitarbeitern die Durchführung selbstbestimmter Kurzpausen zur Regeneration (33% mittelgroße Krankenhäuser; 38% große Krankenhäuser).

Auf der anderen Seite ist es nur vermehrt den großen Kliniken möglich (25%), standardmäßig und überwiegend ihre älteren Mitarbeiter zur Vermeidung körperlicher Belastung in anderen Aufgabenbereichen einzusetzen (11% mittelgroße Krankenhäuser; 16% kleine Krankenhäuser).

Arbeitsorganisationsmaßnahmen nach KH - Größe

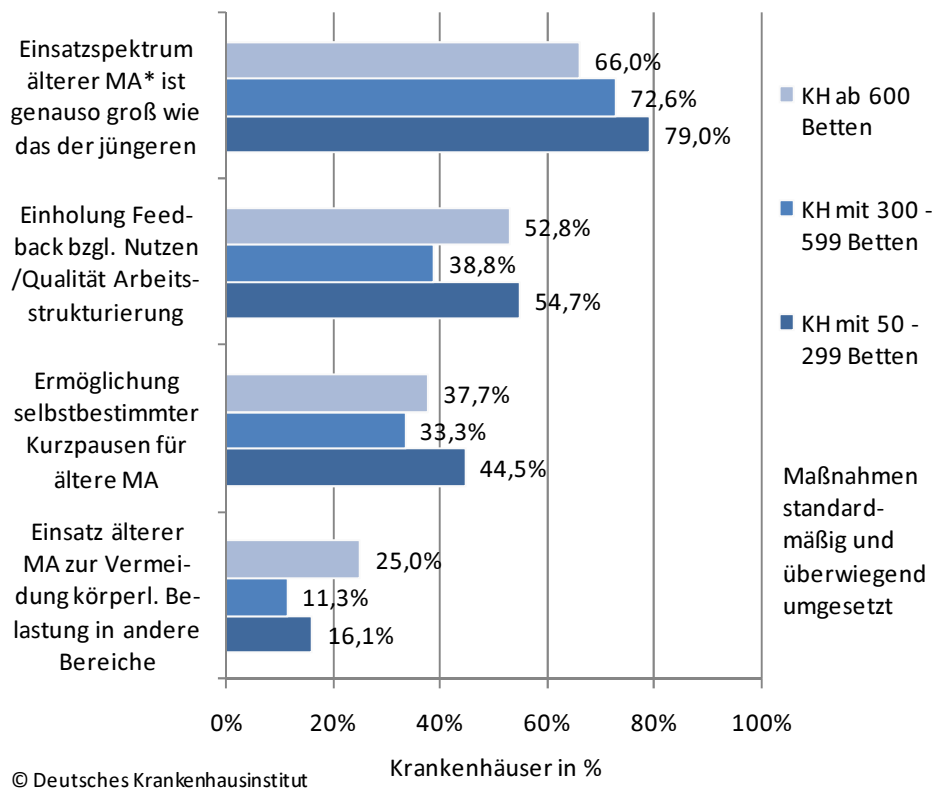


Abb. 30: Arbeitsorganisationsmaßnahmen nach Krankenhausgröße (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)
*MA: Mitarbeiter

Im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger konnte bei den Arbeitsorganisationsmaßnahmen ebenfalls kein einheitliches Muster gefunden werden (Abb. 31).

Der Einsatz der Mitarbeiter entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrem Alter ist in den freigemeinnützigen Einrichtungen zu 63% (standardmäßig und überwiegend) möglich, in privaten Kliniken zu 59% und in jeder zweiten öffentlichen Einrichtung.

In knapp der Hälfte der freigemeinnützigen Krankenhäuser werden die Arbeitsteams durch den Vorgesetzten standardmäßig und überwiegend bewusst altersausgewogen zusammengestellt, während Kliniken der übrigen Träger diese Maßnahme zu 37% umgesetzt haben.

Ein systematisches Feedback der Mitarbeiter mit Blick auf den Nutzen und die Qualität der Arbeitsstrukturierungen holen standardmäßig und überwiegend 57% der privaten Kliniken, 50% der freigemeinnützigen Einrichtungen und 45% der öffentlichen Krankenhäuser ein.

Arbeitsorganisationsmaßnahmen nach KH - Träger

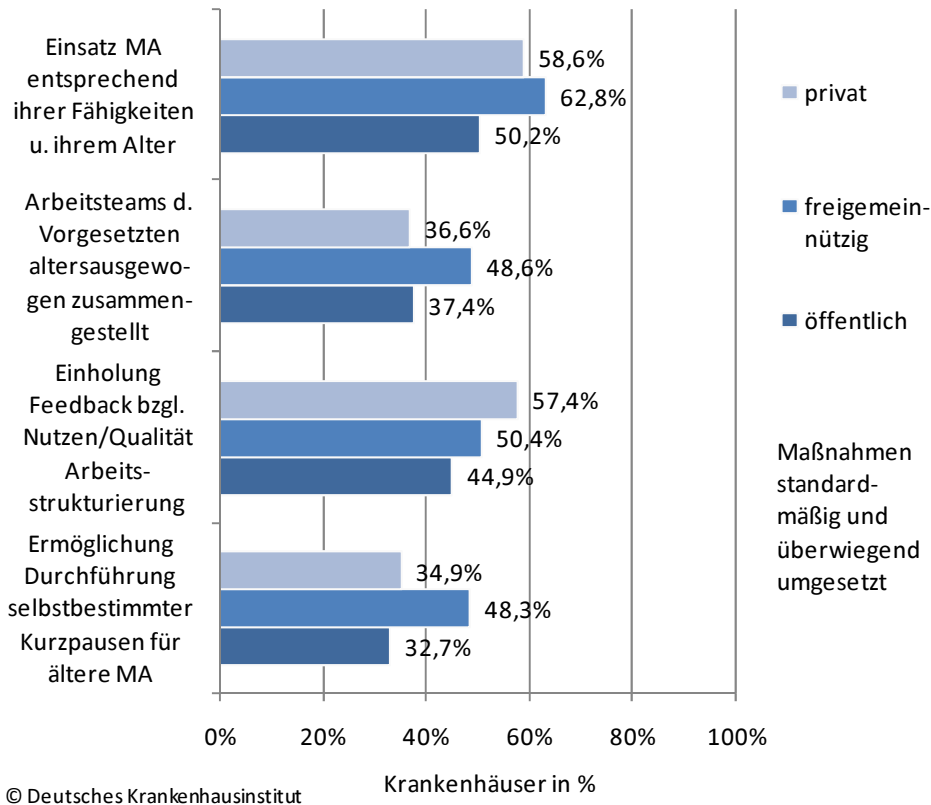


Abb. 31: Arbeitsorganisationsmaßnahmen nach Krankenhaus – Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

7.2 Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter

Für den Fall, dass älteren Mitarbeitern im Krankenhaus neue Tätigkeitsschwerpunkte angeboten werden, sollten die Teilnehmer das Ausmaß und die Art des Angebotes angeben (Abb. 32).

Administrative Arbeit wird älteren Mitarbeitern demnach in 5% der Krankenhäuser standardmäßig und in 27% häufig als neuer Tätigkeitsschwerpunkt angeboten. Eine Beschäftigung im Case- oder Entlassmanagement wird insgesamt in 13% der Kliniken standardmäßig oder häufig, jedoch in 30% der Einrichtungen niemals älteren Mitarbeitern angeboten.

Die Weitergabe ihres Wissens als Mentor für jüngere Mitarbeiter bieten 7% der Krankenhäuser standardmäßig und 31% häufig älteren Pflegekräften als neuen Tätigkeitsschwerpunkt

an. Ebenso werden ältere Mitarbeiter in 4% der Einrichtungen standardmäßig und in 19% häufig als Praxisanleiter für Pflegeschüler eingesetzt.

Eine Reihe von Krankenhäusern bieten ihren älteren Mitarbeitern darüberhinaus sonstige Tätigkeitsschwerpunkte an. Eine tiefergehende Betrachtung dieser Schwerpunkte ist in Kapitel 7.3 zu finden.

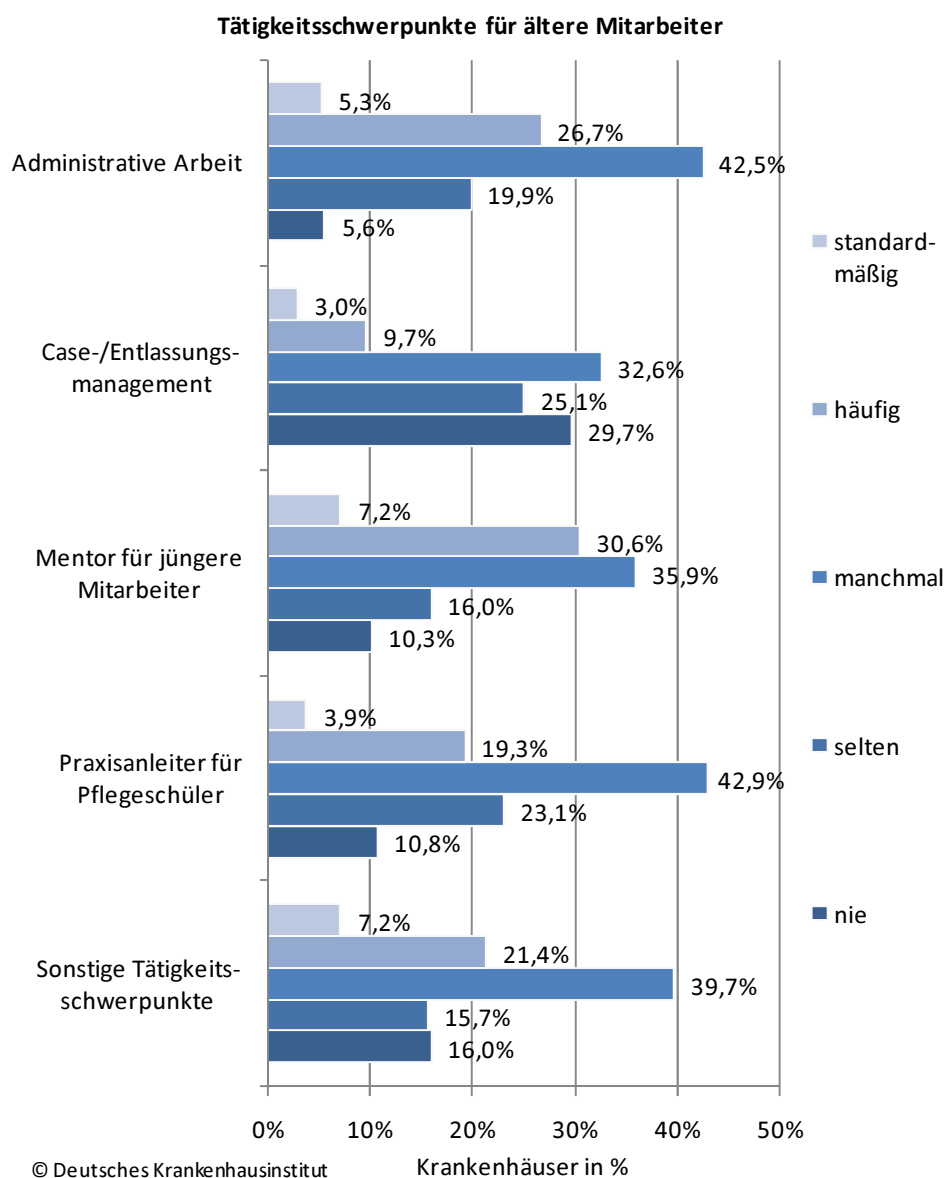


Abb. 32: Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter

Tätigkeitsschwerpunkte nach Krankenhausgrößen und Trägern werden nur von denjenigen Krankenhäusern berichtet, welche den Einsatz ihrer Mitarbeiter in den entsprechenden Arbeitsgebieten „standardmäßig“ oder „häufig“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Schwerpunkte dargestellt, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Große Krankenhäuser, ab 600 Betten, zeichneten sich dadurch aus, dass sie eher als die kleineren Kliniken (standardmäßig und häufig) ältere Mitarbeiter in der Anleitung junger Kollegen bzw. Schüler eingesetzt haben (Abb. 33).

So werden ältere Pflegekräfte in großen Kliniken zu 45%, in mittelgroßen zu 32% und in kleinen Häusern zu 39% als Mentoren für jüngere Kollegen eingesetzt. Ebenso werden in knapp jedem dritten großen Krankenhaus und in 22% der kleineren Einrichtungen die erfahreneren Mitarbeiter als Praxisanleiter für Pflegeschüler herangezogen.

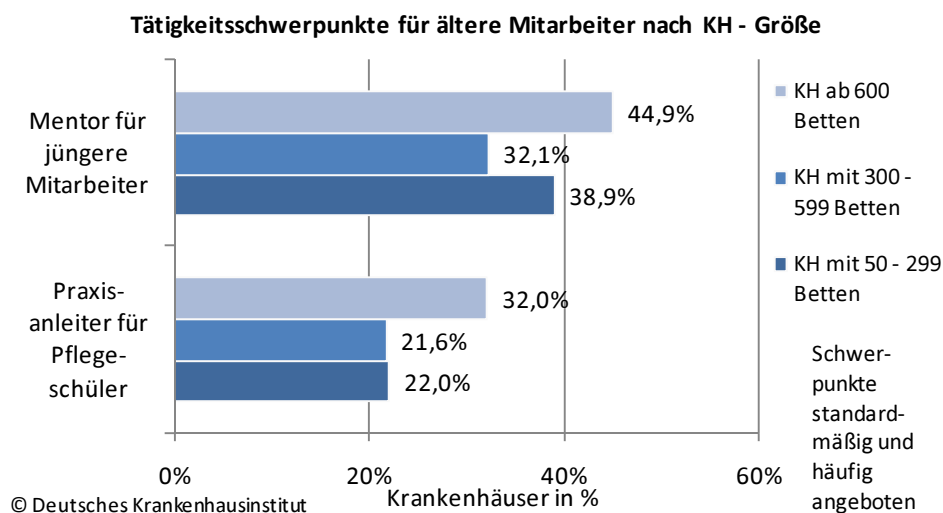


Abb. 33: Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter nach Krankenhausgröße (standardmäßig und häufig angeboten)

Ebenso scheinen Krankenhäuser privater Träger häufiger als Einrichtungen freigemeinnütziger und öffentlicher Träger andere Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter der Pflege anzubieten (Abb. 34).

27% der privaten Kliniken setzen ihre älteren Mitarbeiter standardmäßig und häufig im Case- oder Entlassungsmanagement ein, welches im Gegensatz dazu 8% der freigemeinnützigen und 10% der öffentlichen Häuser ihren Pflegekräften anbieten. Gut jedes zweite private Krankenhaus nutzt die Erfahrung ihrer älteren Mitarbeiter (standardmäßig und häufig) als Mentoren für jüngere Pflegekräfte, im Vergleich zu freigemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen mit jeweils gut einem Drittel der Kliniken.

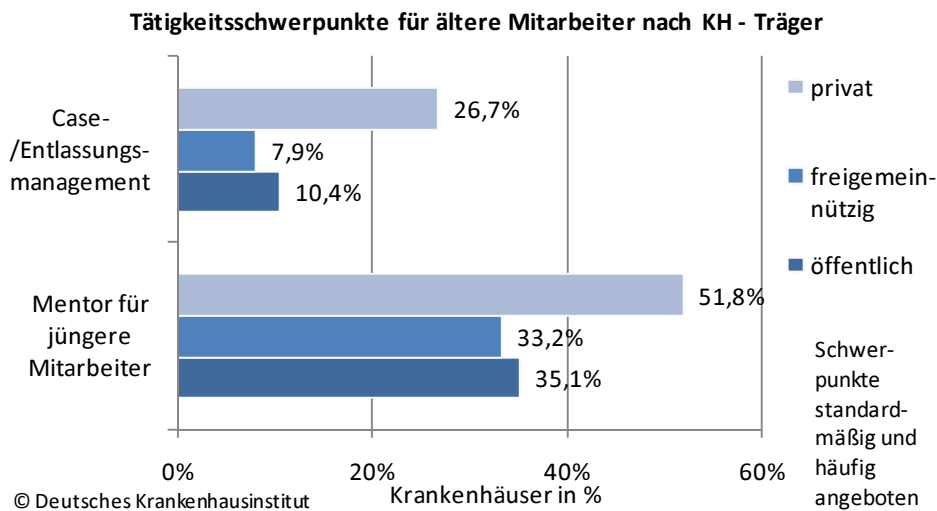


Abb. 34: Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter nach Krankenhaus - Träger (standardmäßig und häufig angeboten)

7.3 Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter

Eine Reihe von Krankenhäusern bietet ihren älteren Mitarbeitern darüberhinaus sonstige neue oder andere Tätigkeitsschwerpunkte. Insgesamt haben 33 Einrichtungen 39 Schwerpunkte angegeben, welche sich in drei Kategorien einteilen lassen (Abb. 35): Gut die Hälfte der Nennungen galten patientenfernen und Organisationsaufgaben wie beispielsweise der Dokumentation und Codierung. 28% der Tätigkeiten wurden als körperlich weniger belastende patientennahe Arbeitsbereiche identifiziert (z.B. Ambulanz, Blutentnahme) und 21% der Aufgaben lagen in Spezialgebieten (z.B. Diagnostikaufgaben, Pflegeberatung). Eine exakte Auflistung der einzelnen Tätigkeiten ist im Anhang zu finden.

Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter

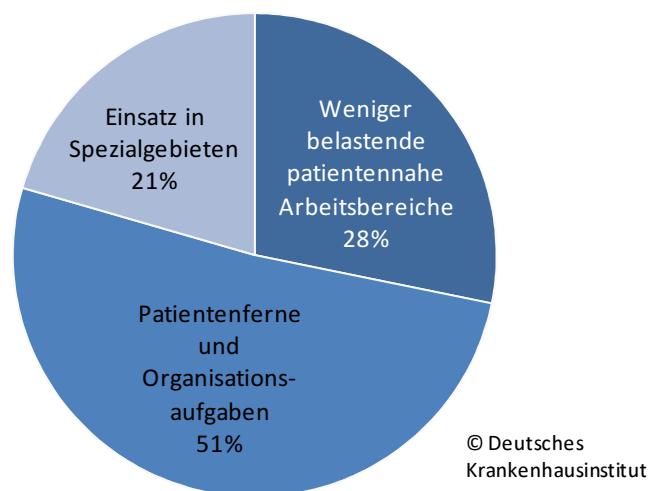


Abb. 35: Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter

7.4 Engpässe durch spezielle Arbeitsorganisation

Durch die spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter entstehen in 20% der befragten Kliniken dauerhaft Engpässe in der allgemeinen Arbeitsorganisation bzw. Personalplanung. 58% der Krankenhäuser berichteten, dass manchmal Engpässe entstehen und nur 22%, dass überhaupt keine Engpässe durch eine veränderte Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter hervorgerufen werden (Abb. 36).

Engpässe in Arbeitsorganisation/Personalplanung durch spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter

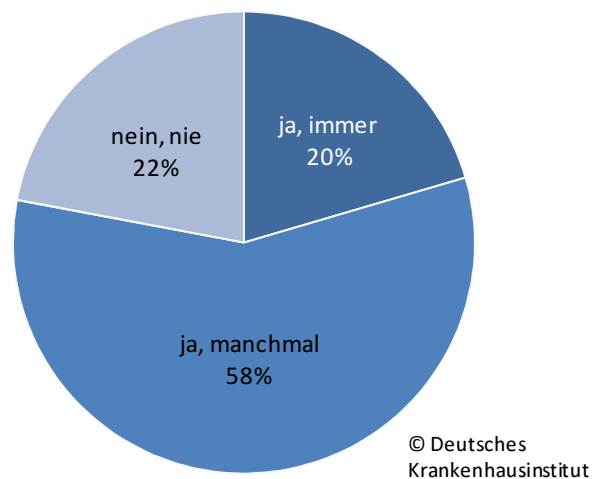


Abb. 36: Engpässe in Arbeitsorganisation/Personalplanung durch spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter

Engpässe in Arbeitsorganisation bzw. Personalplanung nach Krankenhausgrößen und Trägern werden nur von denjenigen Krankenhäusern berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden. Da es keine nennenswerten Unterschiede in den Engpässen hinsichtlich der verschiedenen Krankenhausgrößen gab, werden an dieser Stelle nur Ergebnisse für Einrichtungen unterschiedlicher Träger berichtet.

Private Kliniken berichteten am wenigsten Engpässe (34%: nein, nie) durch spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter, während freigemeinnützige Krankenhäuser die häufigsten Probleme (24%: ja, immer) als Folge in der allgemeinen Arbeitsorganisation bzw. Personalplanung bekundeten (Abb. 37).

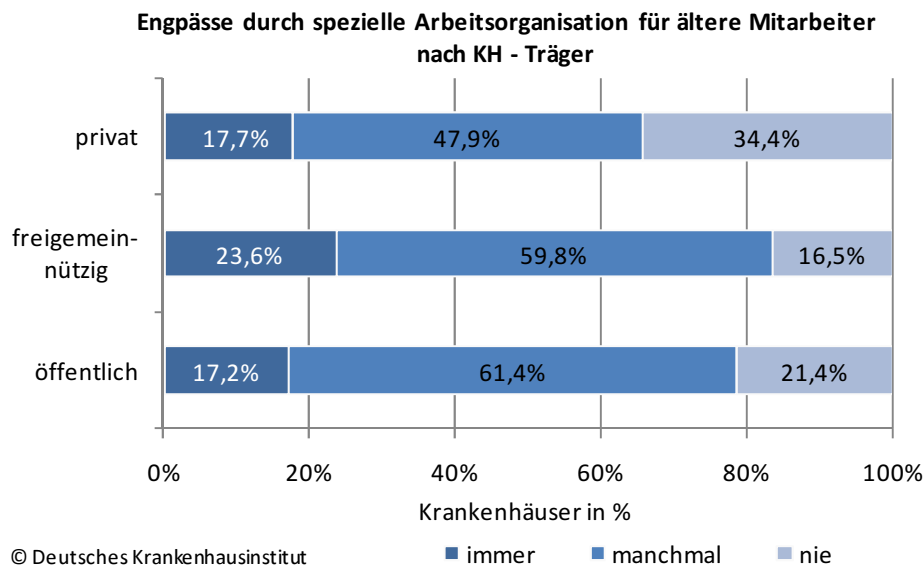


Abb. 37: Engpässe in Arbeitsorganisation/Personalplanung durch spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter nach Krankenhaus - Träger

7.5 Kompensationsmaßnahmen zur Beseitigung von Personalengpässen

Durch die spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter können Engpässe in der allgemeinen Arbeitsorganisation bzw. Personalplanung entstehen (siehe Kapitel 7.4). Rund 34% der befragten Häuser gab auf Nachfrage an, Kompensationsmaßnahmen zur Beseitigung dieser Personalengpässe durchzuführen.

Im Rahmen einer offenen Frage nannten die Teilnehmer hierfür einzelne Maßnahmen (Abb. 38): So werden Personalengpässe häufig mit Hilfe von Aushilfskräften oder Springerpools kompensiert (20%). Neben einem festen Pool an Springerkräften setzen die Häuser auf die kompensatorische Unterstützung durch Studenten, Praktikanten oder Absolventen des Bundesfreiwilligendienstes.

Ebenso nannten die Einrichtungen die Änderung der Dienstplangestaltung, Aufgabenverteilung und Arbeitszeitmodelle (20%) als Kompensationsmaßnahme. Des Weiteren versuchen die Kliniken mittels vorausschauender Planung, einer prioritätenorientierten Arbeitszeitgestaltung und verbesserten Arbeitsabläufen Personalengpässen entgegenzuwirken.

Im Falle von Personalengpässen gaben etwa 19% der Häuser an, auf einen stationsübergreifenden Personalaustausch zu bauen. Personelle Umstrukturierungen werden, nach Angaben der Häuser, in Rotationsmodelle etabliert. Ebenso wurden im Rahmen der durchgeführten Reorganisationen Versetzungen geschildert.

Häufig sind Engpässe in der Arbeitsorganisation bzw. Personalplanung jedoch nicht durch Umstrukturierungen oder zusätzliche Aushilfskräfte kompensierbar. In etwa 19% der Krankenhäuser können Mitarbeiter den entstandenen Engpässen nur durch die Absolvierung von Mehrleistungen und Überstunden entgegenwirken. Knapp 13% der Häuser leisten diesen Ausgleich mit Hilfe von jüngeren Mitarbeitern. Nach Angaben der Kliniken werden jüngere Mitarbeiter vor allem im Nachtdienst eingesetzt. Zudem wird eine hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft, besonders von jüngeren Mitarbeitern, gefordert.

In einigen Fällen kann eine Kompensation der Engpässe nicht mehr auf interner Ebene stattfinden. In diesen Fällen wird externes Personal zur Unterstützung benötigt (Abb. 38). Knapp 10% der Häuser gaben an, Zeitarbeiter und Leihkräfte zur Aushilfe einzustellen.

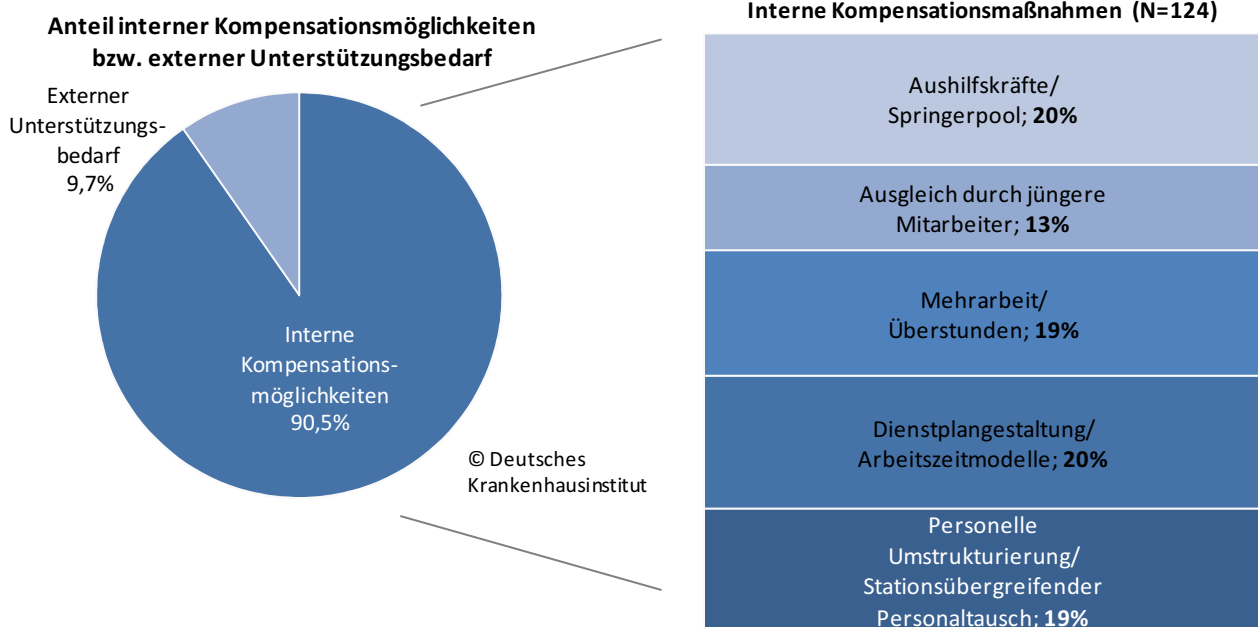


Abb. 38: Durchgeführte Maßnahmen zur Kompensation von Personalengpässen (Anteil interner Kompensationsmöglichkeiten bzw. externer Unterstützungsbedarf)

8 Arbeitszeitgestaltung

Die Ergebnisse der Basisbefragung der NEXT-Studie in Deutschland (Simon et al., 2005) zeigen, dass die Organisation der Arbeitszeiten im Pflegeberuf von großer Bedeutung ist. Durch Wochenend-, Bereitschafts- und Nachtdienste, unvorhersehbares „Einspringen“ und Unregelmäßigkeiten kommt es zu körperlichen wie auch psychosozialen Belastungen für die Pflegekräfte. Dementsprechend war der Anteil der befragten Pflegekräfte, welche mit den Arbeitszeiten in Bezug auf ihr persönliches Wohlergehen unzufrieden waren, 30%. Der Anteil derjenigen, die mit den Arbeitszeiten in Bezug auf ihr Privatleben unzufrieden waren, lag noch höher (bei ca. 45%).

Die große Bedeutung der Arbeitszeitorganisation für die Mitarbeiter zeigt sich insbesondere in dem deutlichen Zusammenhängen zwischen der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten einerseits und Burnout und dem Arbeit-/Familie-Konflikt andererseits, die wiederum großen Einfluss auf den Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, haben (Simon et al., 2005).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, bieten Krankenhäuser ihren Mitarbeitern vielfach unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zur flexiblen Gestaltung an.

8.1 Arbeitszeitmodelle für alle Mitarbeiter

Die Teilnehmer dieser Umfrage wurden im Folgenden gebeten anzugeben, welche der vorgegebenen Arbeitszeitmodelle in ihren Krankenhäusern den Mitarbeitern in der Pflege angeboten werden.

So werden in fast sämtlichen Krankenhäusern (98%) Teilzeitarbeit und in gut der Hälfte aller Kliniken zeitversetzte Dienste als Arbeitszeitmodelle für Pflegekräfte vorgehalten. Flexible Teilzeitschichten und Altersteilzeit werden den Mitarbeitern in der Pflege ebenfalls vielfach (46% bzw. 45%) angeboten (Abb. 39).

Arbeitszeitmodelle wie Langzeitkonten / Lebensarbeitszeitkonten (11%) oder Jobsharing (8%) finden dagegen im Pflegebereich der Krankenhäuser kaum Beachtung.

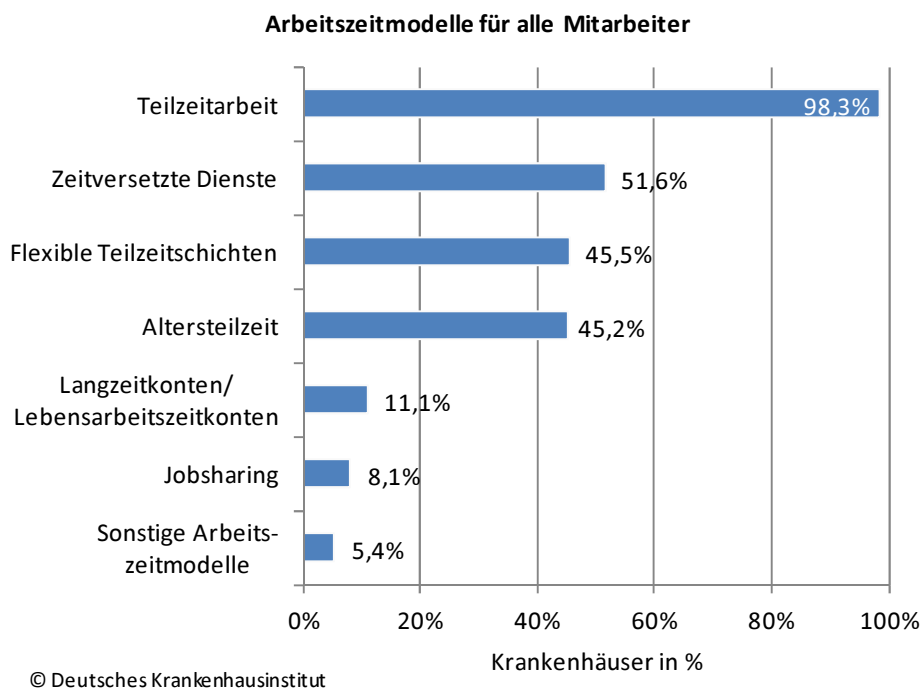


Abb. 39: Arbeitszeitmodelle für alle Mitarbeiter des Pflegebereichs

Eine Auflistung der sonstigen Arbeitszeitmodelle, welche für Pflegekräfte in den Krankenhäusern bereitgehalten werden, ist in Tabelle Tab. 3 zu sehen.

Tab. 3: Sonstige Arbeitszeitmodelle

Sonstige Arbeitszeitmodelle	Anzahl
Flexible / persönliche Arbeitszeiten	5
Arbeitszeitkonten	4
Befreiung von Nachtdiensten, Bereitschafts-, Rufdienst	3
Spezielle Schichtmodelle / keine langen Arbeitsblöcke	2
Teilzeitarbeitsschichten	1
Verlängerung der Arbeitszeit durch mehr Pausen	1
Wunschkonzept bei Einsatz im Pool	1

Arbeitszeitmodelle für Pflegekräfte in unterschiedlichen Krankenhausgrößen und Trägern werden nur von denjenigen Krankenhäusern berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungsgößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Während Teilzeitarbeit in Krankenhäusern aller Größen nahezu vollständig angeboten wird, ist die Umsetzung anderer Arbeitszeitmodelle deutlich abhängig von der Klinikgröße. Das Angebot an Arbeitszeitmodellen steigt hier erkennbar mit zunehmender Größe der Krankenhäuser:

So werden zeitversetzte Dienste in 46% der kleinen Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten, 57% der mittelgroßen Kliniken mit 300 bis 599 Betten und 72% der Einrichtungen ab 600 Betten durchgeführt. Ein übereinstimmendes Muster zeigt das Angebot von flexiblen Teilzeitschichten sowie Altersteilzeit (Abb. 40).

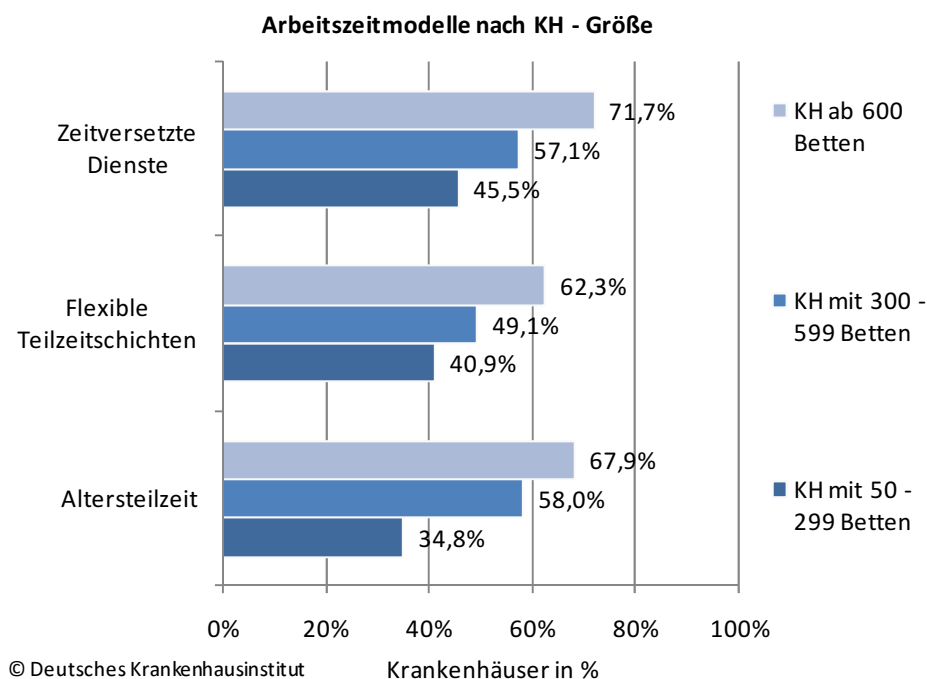


Abb. 40: Arbeitszeitmodelle für Mitarbeiter des Pflegebereichs nach Krankenhausgröße

Bei dem Angebot unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle für Pflegekräfte zeigten sich keine Unterschiede im Hinblick auf Krankenhäuser verschiedener Träger, mit einer Ausnahme: Das Modell der Altersteilzeit wird den Pflegekräften deutlich häufiger in öffentlichen Einrichtungen (63%) als in freigemeinnützigen Krankenhäusern (40%) oder privaten Kliniken (28%) angeboten (Daten nicht gezeigt).

8.2 Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung

Spezielle Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung wurden von den Teilnehmern der Umfrage mit Blick auf den Umsetzungsgrad für die Mitarbeiter der Pflege in ihrem Krankenhaus bewertet (Abb. 41).

Die Möglichkeit, sich faktisch an der Arbeitszeitgestaltung zu beteiligen, indem die Mitarbeiter ihre Arbeitszeit bzw. den Dienstplan mitgestalten, bieten standardmäßig 29% der Krankenhäuser und überwiegend 35% der Kliniken. Die konsequente Einhaltung einmal erstellter Dienstpläne gewährleisten 3% der Einrichtungen standardmäßig aber 40% der Krankenhäuser überwiegend.

36% der Krankenhäuser gewährleisten standardmäßig und 38% überwiegend, dass bei Mitarbeitern mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen der Dienstplan kurzfristig flexibel gehalten werden kann.

Weitere Arbeitszeitgestaltungen, welche tiefer in den organisatorischen Ablauf der Stationen eingreifen, sind dagegen seltener umgesetzt. Eine verringerte Nacht- und Wochenendarbeit für Mitarbeiter mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen wird in 10% der Einrichtungen standardmäßig und 22% der Kliniken überwiegend ermöglicht. Einen kompletten Ausstieg aus der Schichtarbeit für ältere Mitarbeiter ermöglichen dagegen insgesamt 5% der Kliniken standardmäßig oder überwiegend und 39% der Einrichtungen bieten ihren Pflegekräften diese Möglichkeit nicht an. Ebenso bieten insgesamt 19% der Krankenhäuser ihren Mitarbeitern standardmäßig oder überwiegend die Möglichkeit für eine berufliche „Aus-Zeit“ (Sabbatical), um sich beruflich weiterzubilden oder zu regenerieren, während 45% der Einrichtungen dieses Angebot nicht machen.

Im Hinblick auf unterschiedliche Krankenhausgrößen und Träger konnten keine nennenswerten Unterschiede bei der Umsetzung spezieller Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung festgestellt werden.

Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung

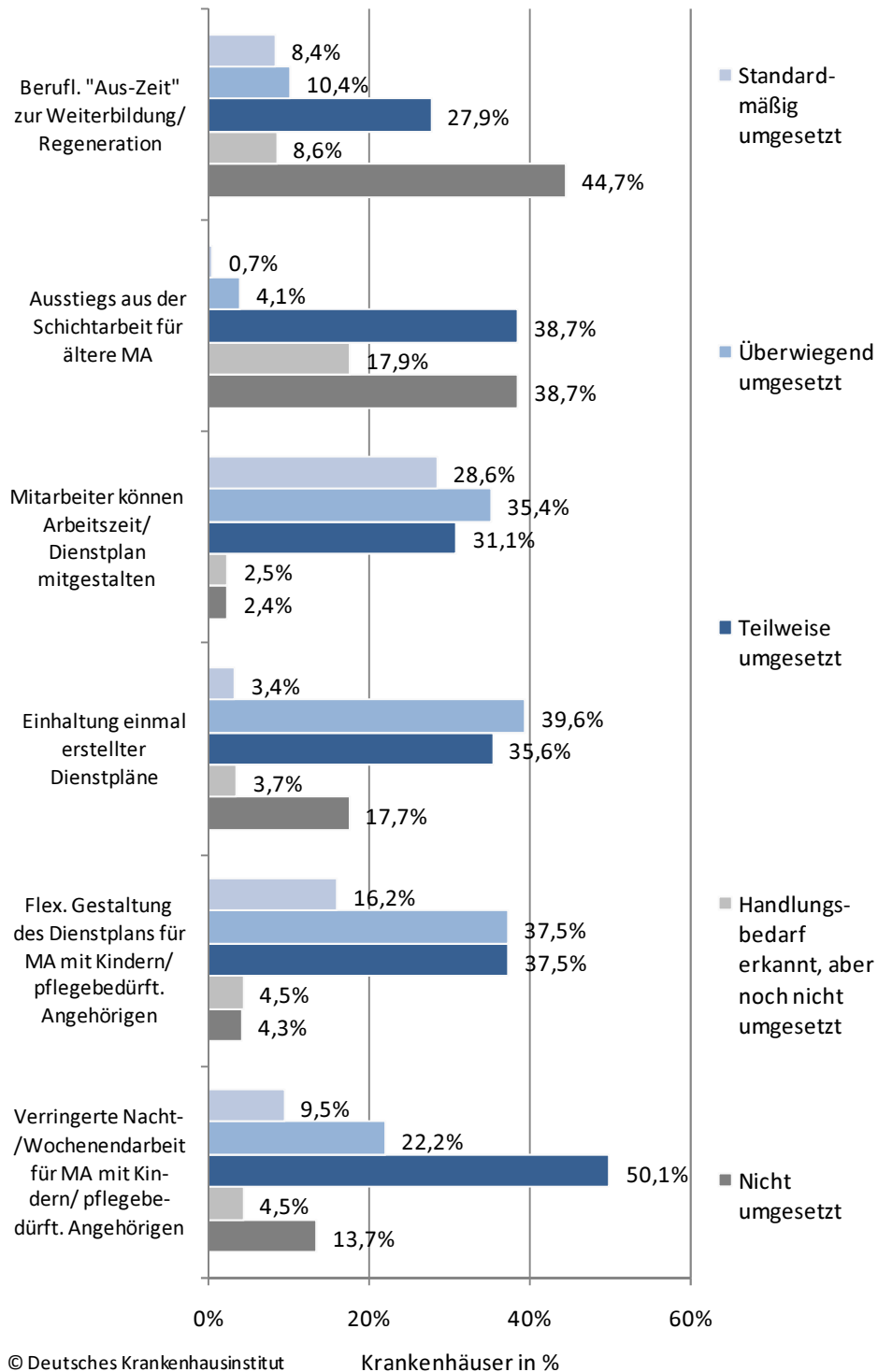


Abb. 41: Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung im Pflegebereich
*MA: Mitarbeiter

9 Arbeitsplatzgestaltung

Angesichts der bereits dargelegten derzeitigen Problemlagen im Krankenhaus und der vielfältigen Arbeitsbelastungen und Beanspruchungssituationen im Pflegebereich ist eine gesundheitsförderliche Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung ein wichtiger Bereich im Krankenhaus. Darunter fallen Maßnahmen, die auf die Gestaltung einer anforderungsoptimierten und belastungsreduzierten personenbezogenen Krankenhausarbeit abzielen (Weigl, Müller, 2005).

Unterschiedliche Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung und Qualitätsstandards wurden im Folgenden von den Teilnehmern der Umfrage für ihr Krankenhaus bewertet.

Qualitätsstandards für die Arbeitsplatzgestaltung sind vielfach schon in den Krankenhäusern umgesetzt (Abb. 42): So sind in jeweils knapp einem Drittel der Kliniken standardmäßig und überwiegend für die Einrichtung von Arbeitsplätzen und Tätigkeitsbereichen krankenhausspezifische Standards vorhanden.

16% der Einrichtungen halten standardmäßig und 20% überwiegend Belastungsanalysen für körperlich und psychisch fordernde Arbeitsplätze und Tätigkeitsbereiche vor. Einen Handlungsbedarf erkannt haben in diesem Bereich 22% der Krankenhäuser, jedoch noch keine Umsetzungen vorgenommen.

Regelmäßige positive Rückmeldungen über ihre Arbeitsleistungen erhalten die Pflegemitarbeiter in 37% der Kliniken standardmäßig und in 29% überwiegend durch ihren Vorgesetzten in Personalgesprächen.

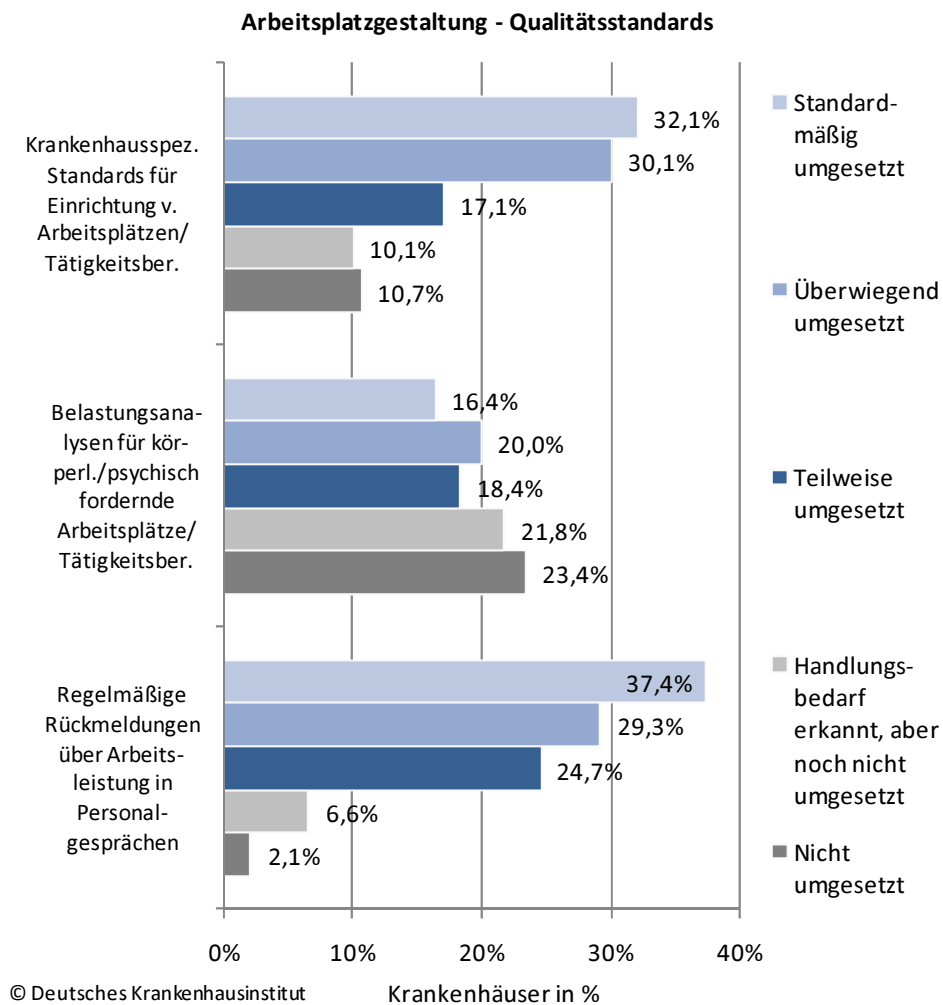


Abb. 42: Arbeitsplatzgestaltung - Qualitätsstandards

Wesentlich umfangreicher als die Qualitätsstandards sind schon verschiedene Möglichkeiten einer Arbeitsplatzgestaltung in den Pflegebereichen der Krankenhäuser umgesetzt: So werden in 39% der Häuser standardmäßig und in 42% überwiegend die Mitarbeiter in die Gestaltung ihrer Arbeitsbereiche und der Arbeitsabläufe miteinbezogen, beispielsweise durch die Förderung von Verbesserungsvorschlägen (Abb. 43).

Des Weiteren sind zur Verhinderung körperlicher Beschwerden in 19% der Häuser standardmäßig und in 45% überwiegend die Arbeitsplätze und Tätigkeitsbereiche nach ergonomischen (z.B. rückengerechten) Gesichtspunkten gestaltet sowie in 36% der Einrichtungen standardmäßig und in 38% überwiegend der flächendeckende Einsatz von Arbeitsgeräten

umgesetzt. Ebenso werden in 20% der Krankenhäuser standardmäßig und in 44% der Kliniken überwiegend die Arbeitsabläufe so gestaltet, dass sie kräfte- und rüchenschonend sind.

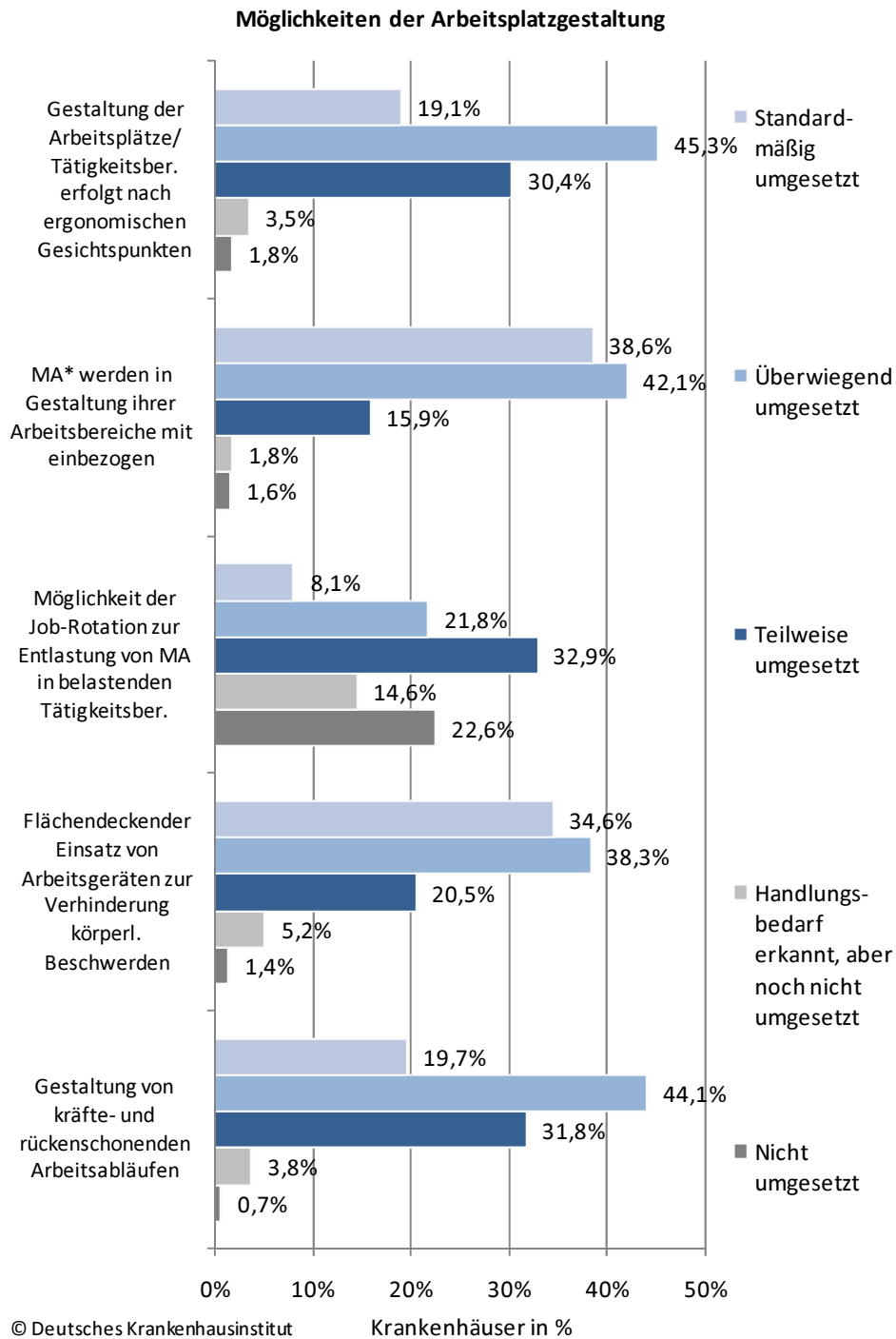


Abb. 43: Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung

*MA: Mitarbeiter

Die eher personalorganisatorische Maßnahme, einer Möglichkeit zur Job-Rotation zur Entlastung der Mitarbeiter in belastenden Tätigkeitsbereichen, wird in 8% der Krankenhäuser standardmäßig und in 22% der Kliniken überwiegend umgesetzt.

Im Hinblick auf unterschiedliche Krankenhausgrößen konnten keine nennenswerten Unterschiede bei der Umsetzung unterschiedlicher Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung festgestellt werden. Bei einigen Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung wurden leichte Umsetzungsunterschiede mit Blick auf Einrichtungen unterschiedlicher Träger gefunden, jedoch ohne ein einheitliches Muster auszuprägen. Beispielsweise sind in 71% der privaten Kliniken, 63% der öffentlichen Einrichtungen und 58% der freigemeinnützigen Häuser krankenhausspezifische Standards für die Einrichtung von Arbeitsplätzen und Tätigkeitsbereichen vorhanden (Abb. 44).

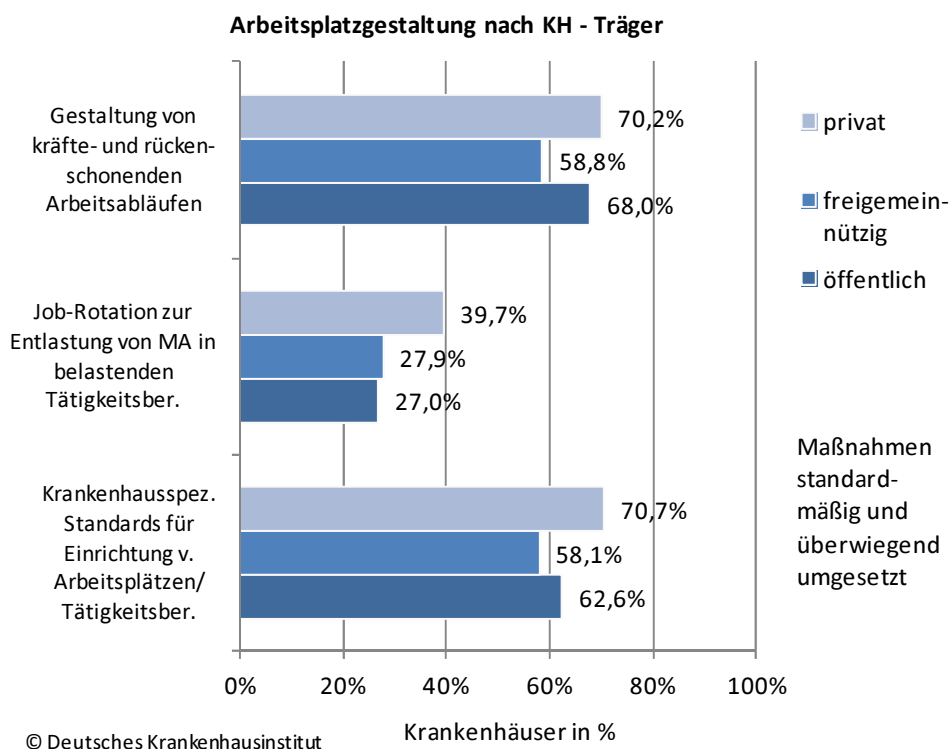


Abb. 44: Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung nach Krankenhaus – Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

10 Gesundheitsförderung

Im Gesundheitswesen wird der Mensch als Dienstleister am Menschen betrachtet. Als Person bildet er durch sein Wissen, seine Erfahrungen und auch seine Sozialkompetenz das humane Potenzial des Unternehmens ab. Dieses Humankapital kann durch Motivation, Qualifikation, aber auch die eigene Gesundheit gesteigert werden (Bruder, 2007). Diesen Zusammenhang haben heute viele Krankenhäuser schon erkannt.

Dabei geht es nicht allein um die Absenkung von Fehlzeiten oder Verlängerung der Arbeitsfähigkeit, sondern auch um die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem Arbeitsplatz und damit verbunden die Identifikation mit dem Krankenhaus und die Motivation zu besonderer Leistungsbereitschaft. Diese Faktoren zusammengenommen spielen bekanntermaßen eine entscheidende Bedeutung beim Ausstieg des Pflegepersonals aus dem Pflegeberuf: Schlechte Gesundheit und niedrige Arbeitsfähigkeit erhöhen bei Pflegekräften die Absicht, den Beruf zu verlassen (Hasselhorn et al., 2005).

Um den aktuellen Stand der Gesundheitsfördermaßnahmen in den Krankenhäusern zu erheben, wurden die Teilnehmer gebeten, die im Folgenden vorgegebenen Angebote und Vorgehensweisen der Kliniken für ihre Einrichtung zu bewerten.

Die Ergebnisse zeigen, dass den meisten Krankenhäusern die betriebliche Gesundheitsförderung mittlerweile ein wichtiges Anliegen ist (Abb. 45): 41% der Einrichtungen haben standardmäßig und 26% überwiegend die Gesundheit(sförderung) von Mitarbeitern ausdrücklich als Wert, Ziel in der Mission oder Leitbild des Krankenhauses verankert. Fast ebenso viele Kliniken (39%: standardmäßig, 23% überwiegend) haben regelmäßige Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements wie beispielsweise Gesundheitstage, Stressbewältigungsprogramme oder Rückenschulungen etc. etabliert.

Viele Krankenhäuser (29% standardmäßig, 25% überwiegend) unterstützen auch die Teilnahme an Gesundheits- und Präventionsangeboten durch z.B. Anrechnung auf Arbeitszeit. Selbstverständlich ist ferner, für den Großteil der Einrichtungen (35% standardmäßig, 33% überwiegend), dass den Pflegekräften regelmäßige Pausen in einer stressfreien ungestörten Umgebung ermöglicht werden.

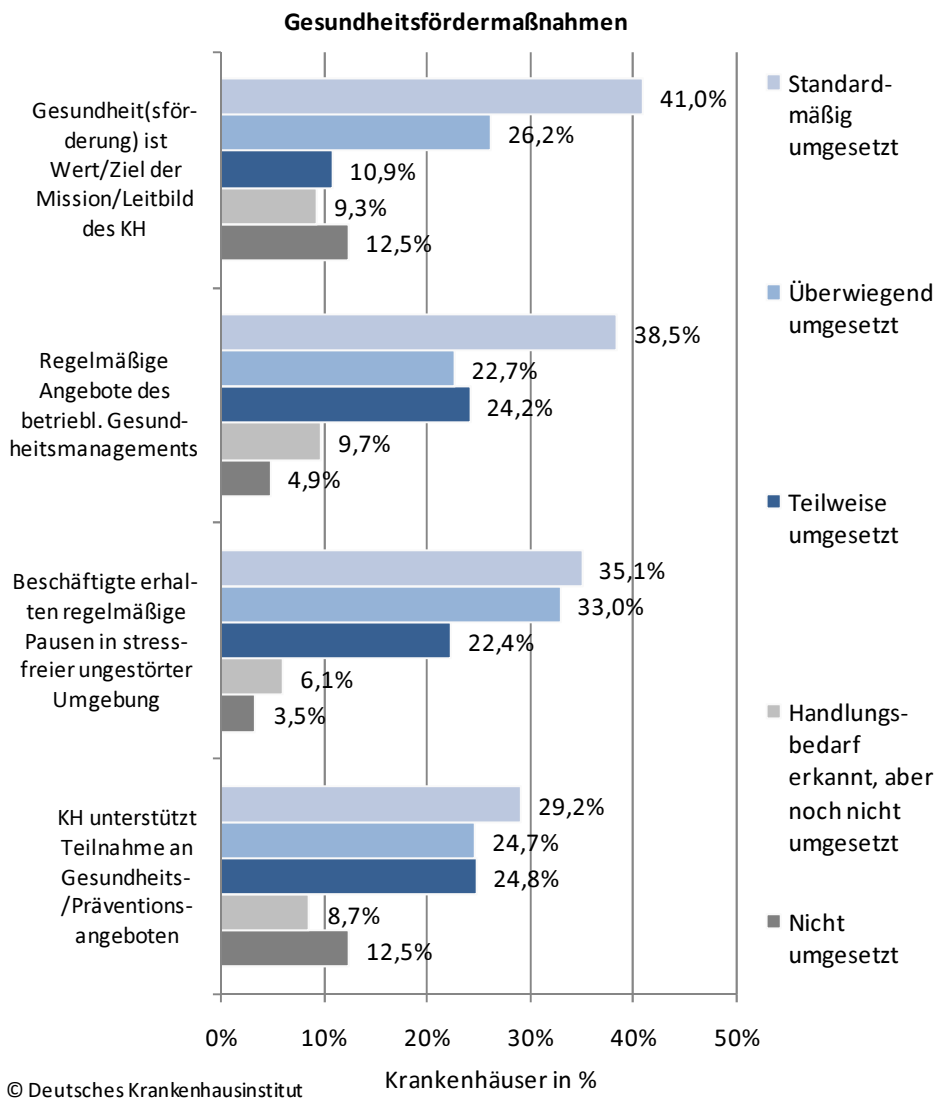


Abb. 45: Gesundheitsfördermaßnahmen

Eine bereits flächendeckende Umsetzung konnte in Bezug auf einige konkrete Maßnahmen festgestellt werden (Abb. 46): Ein Wiedereingliederungsmanagement nach einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen pro Jahr wird den Pflegemitarbeitern in 63% der Krankenhäuser standardmäßig und in 21% überwiegend angeboten. 59% der Einrichtungen führten standardmäßig und 28% überwiegend konkrete Maßnahmen durch, um Arbeitsbelastungen abzubauen. Dies umfasst beispielsweise den flächendeckenden Einsatz von höhenverstellbaren Betten. Ist auf der anderen Seite jedoch ein Abbau einseitiger Arbeitsbelastungen nicht möglich, sind deutlich weniger Einrichtungen in der Lage (6%: standardmäßig, 22% überwie-

gend), für ihre Mitarbeiter einen Belastungswechsel z.B. durch Rotationskonzepte herbeizuführen.

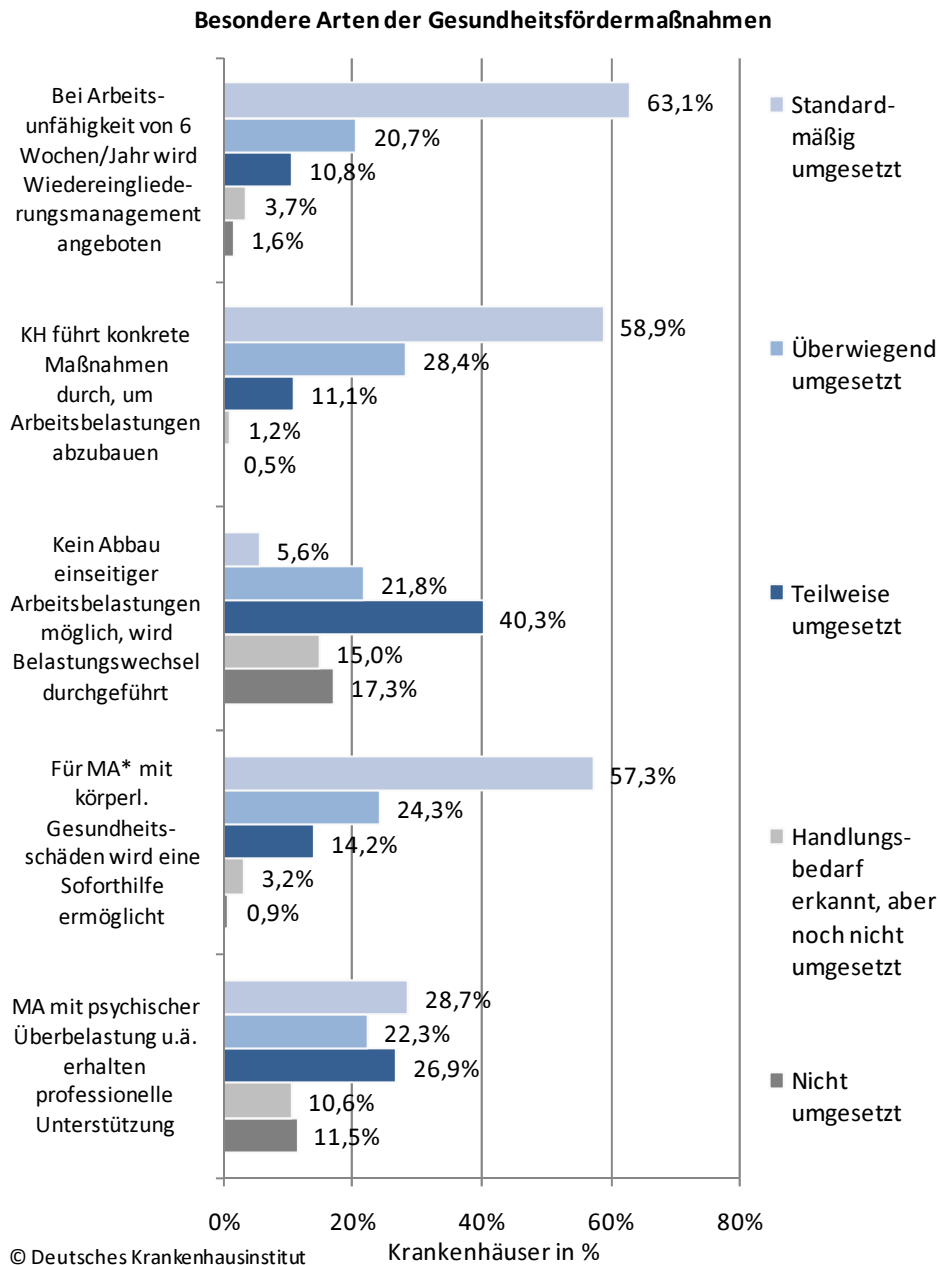


Abb. 46: Besondere Arten der Gesundheitsfördermaßnahmen

*MA: Mitarbeiter

Sollten Mitarbeiter aber bereits körperliche Gesundheitsschäden davongetragen haben, wird ihnen in 57% der Krankenhäuser standardmäßig und in 24% überwiegend eine Soforthilfe z.B. durch den Betriebsarzt ermöglicht. Hilfe bei psychischen Belastungen wird dagegen deutlich seltener geboten: Mitarbeiter mit psychischer Überbelastung, Depressionen oder Burnout erhalten in 29% der Krankenhäuser standardmäßig und in 22% überwiegend professionelle psychische und emotionale Unterstützung, beispielsweise durch Supervisionen.

Qualitätsstandards für Gesundheitsfördermaßnahmen sind in den Krankenhäusern noch nicht flächendeckend umgesetzt (Abb. 47): Lediglich die Durchführung von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen über die Arbeitsbelastung und Arbeitsfähigkeit des Pflegemitarbeiters wird in 38% der Einrichtungen standardmäßig und in jeder vierten Klinik überwiegend umgesetzt.

Insgesamt 23% der Krankenhäuser haben standardmäßig oder überwiegend für die betriebliche Gesundheitsförderung von Pflegekräften messbare Ziele formuliert. Jedes dritte Krankenhaus hat den Bedarf für eine Zielformulierung bei Gesundheitsmaßnahmen zwar erkannt, jedoch noch keine Umsetzungen eingeleitet.

Die Inanspruchnahme und den Erfolg von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen überprüfen regelmäßig insgesamt 27% der Kliniken standardmäßig oder überwiegend. 29% der Häuser haben hier ebenfalls einen Handlungsbedarf erkannt, aber noch nicht umgesetzt. Insgesamt 31% der Krankenhäuser holen standardmäßig oder überwiegend ein systematisches Feedback der Mitarbeiter hinsichtlich des Nutzens und der Qualität der Gesundheitsförderungen ein. 23% haben auch hier noch keine Umsetzungen durchgeführt, obwohl sie den Bedarf erkannt haben.

Aus den Überprüfungen der Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden standardmäßig und überwiegend in insgesamt 26% aller Einrichtungen gezielt Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Auch dafür sehen 25% der Kliniken einen Handlungsbedarf, den sie jedoch noch nicht gedeckt haben.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung - Qualitätsstandards

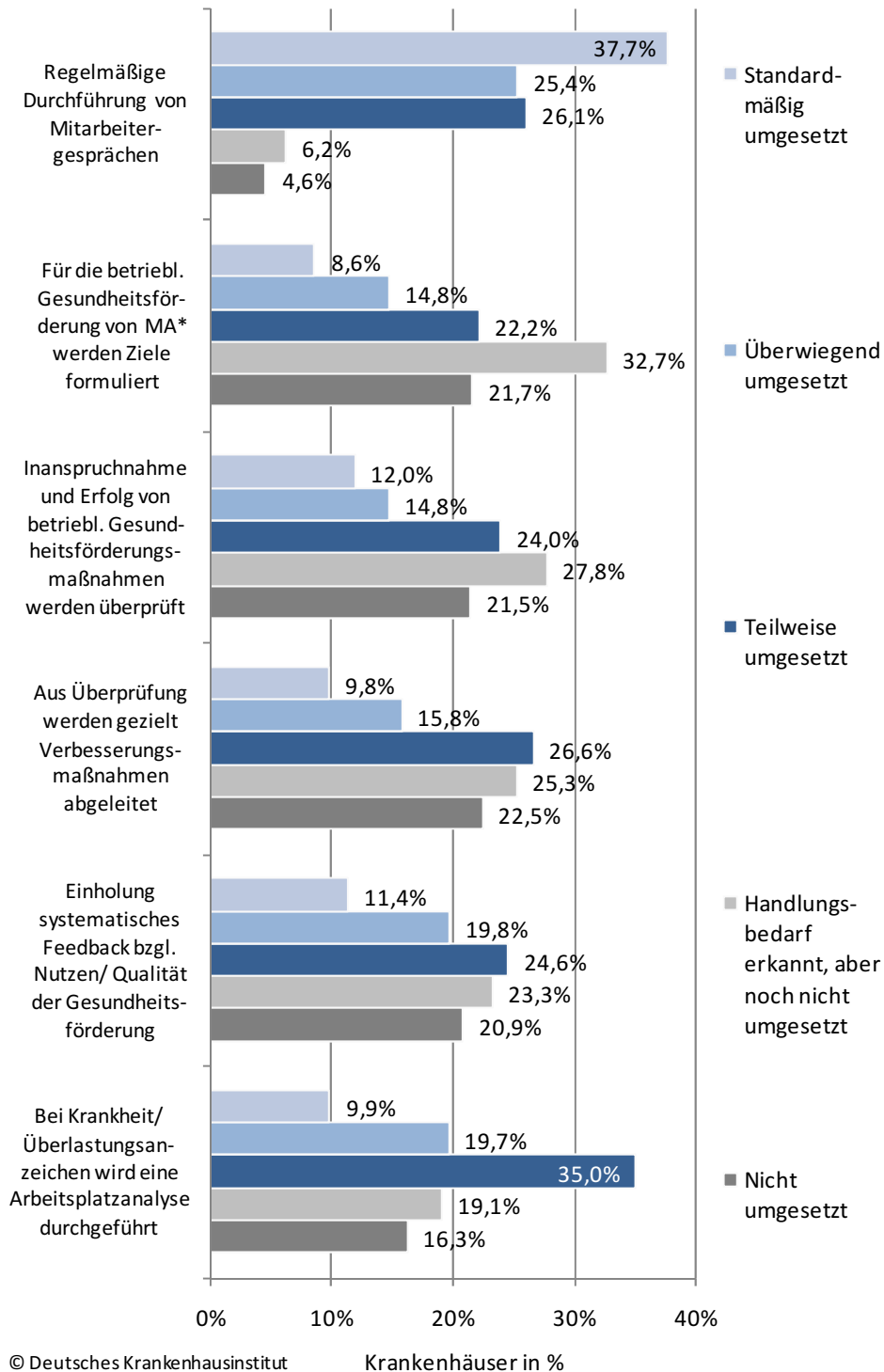


Abb. 47: Maßnahmen der Gesundheitsförderung - Qualitätsstandards
*MA: Mitarbeiter

In die weitere Betrachtung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach Krankenhausgrößen und Trägern wurden nur diejenigen Krankenhäuser aufgenommen, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Bei den Gesundheitsförderungsmaßnahmen zeigt sich in Bezug auf die Einrichtungsgrößen eine Zunahme im Umsetzungsgrad bei einigen Maßnahmen der Krankenhäuser mit ansteigender Bettenanzahl (Abb. 48): Das generelle regelmäßige Angebot eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (Gesundheitstage, Stressbewältigungsprogramme, Rückenschulungen etc.) wird beispielsweise in gut jeder zweiten kleinen Klinik (50 bis 299 Betten), 68% der mittelgroßen Häuser (300 bis 599 Betten) und in 91% der Einrichtungen ab 600 Betten standardmäßig und überwiegend vorgehalten.

Ebenso werden Arbeitsplatzanalysen bei Krankheit und Überbelastungsanzeichen von Pflege Mitarbeitern in 27% der kleinen Häuser, 31% der mittelgroßen Kliniken und 42% der Häuser ab 600 Betten standardmäßig und überwiegend durchgeführt.

Bei psychischer Überbelastung, Depressionen oder Burnout der Mitarbeiter erhalten die Pflegekräfte in 43% der kleinen Häuser und 63% bzw. 64% der mittelgroßen und großen Kliniken standardmäßig und überwiegend professionelle psychische und emotionale Unterstützung (z.B. Supervisionen).

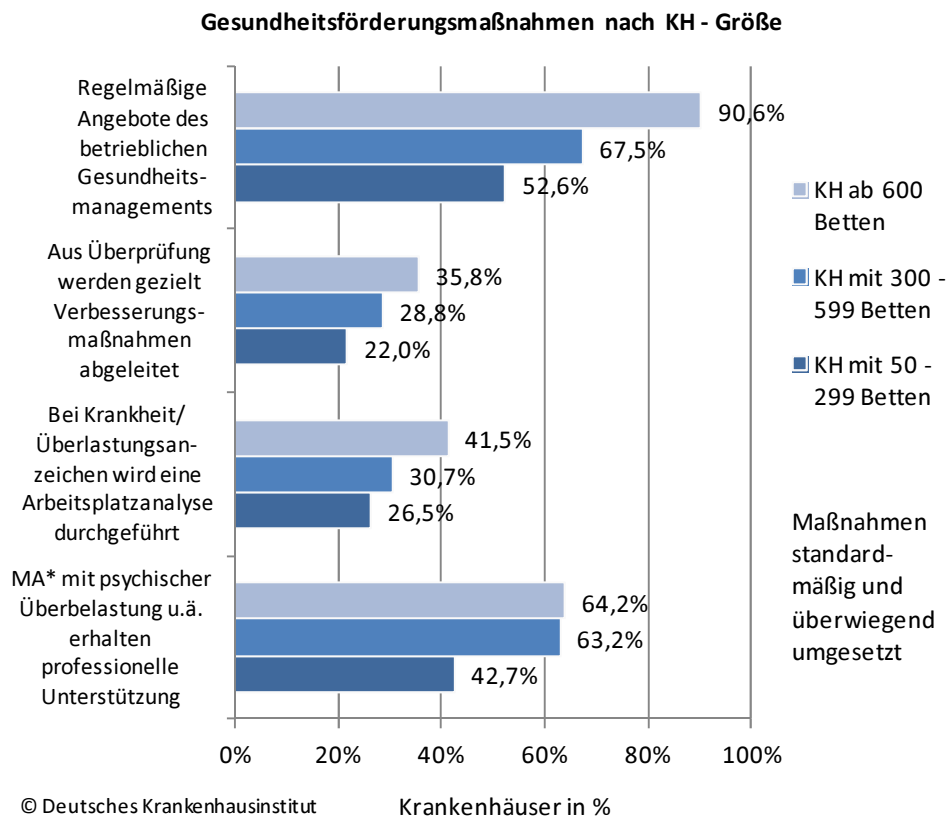


Abb. 48: Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach Krankenhausgröße (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

*MA: Mitarbeiter

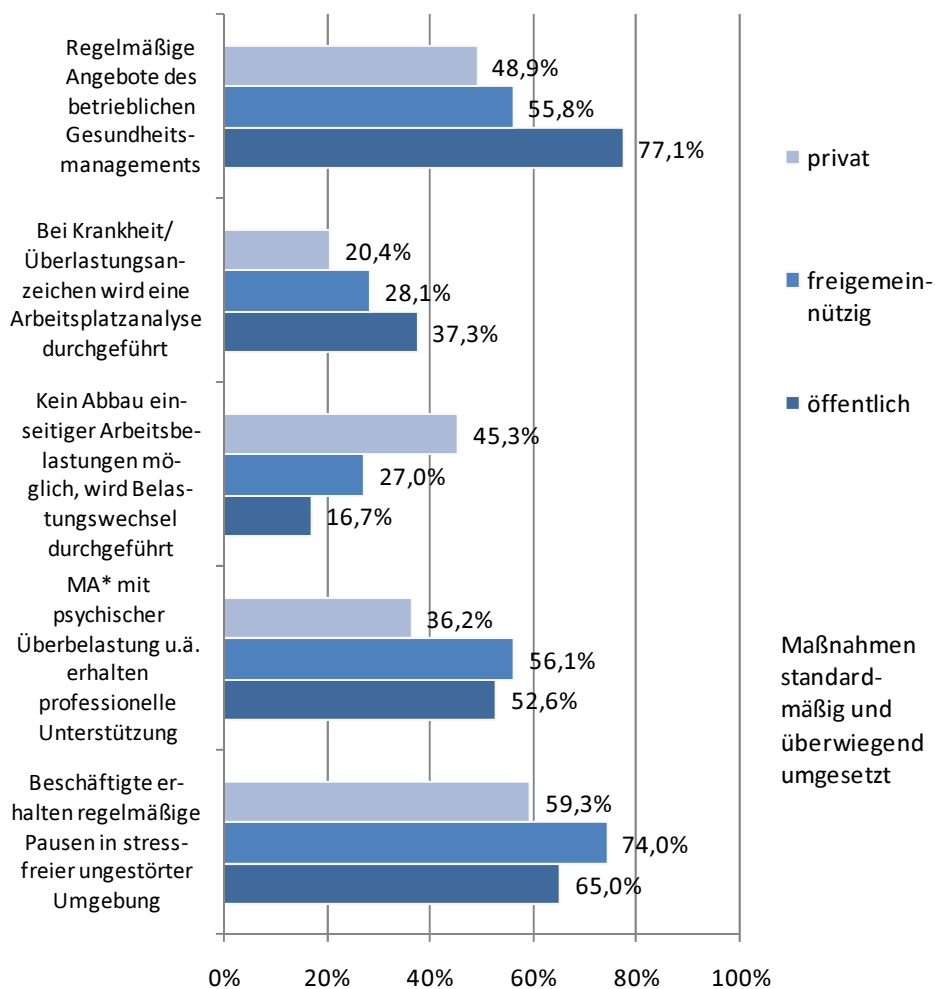
Im Gegensatz zu der Betrachtungsweise nach Krankenhausgröße konnte mit Blick auf die Träger der Einrichtungen kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad der Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefunden werden (Abb. 49). Das regelmäßige Angebot eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für Pflegekräfte wird am häufigsten (standardmäßig und überwiegend) von den öffentlichen Arbeitgebern (77%) gestellt, gefolgt von den freigemeinnützigen Kliniken (56%) und den privaten Einrichtungen (49%).

Bei anderen Förderungsmaßnahmen, wie beispielsweise dem Durchführen eines Belastungswechsels bei einem Rotationskonzept, falls ein Abbau einseitiger Arbeitsbelastungen nicht möglich ist, liegen die privaten Kliniken mit 45% standardmäßiger und überwiegender Umsetzung vor den freigemeinnützigen (27%) und öffentlichen (17%) Einrichtungen.

Bei psychischer Überbelastung, Depressionen oder Burnout der Mitarbeiter erhalten dagegen die Pflegekräfte der freigemeinnützigen Krankenhäuser am häufigsten (56%: standard-

mäßig und überwiegend) professionelle psychische und emotionale Unterstützung (z.B. Supervisionen) gefolgt von den Mitarbeitern in öffentlichen Einrichtungen (53%) und in privaten Kliniken (36%).

Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach KH - Träger



© Deutsches Krankenhausinstitut Krankenhäuser in %

Abb. 49: Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach Krankenhaus - Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)
*MA: Mitarbeiter

11 Unternehmenskultur und Führung

Auf der Grundlage einer 10-jährigen Studie wiesen Ilmarinen und Tempel nach, dass gutes Führungsverhalten und gute Arbeit von Vorgesetzten der einzig hoch signifikante Faktor für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr ist (Ilmarinen, Tempel, 2010). Im Umgang mit älteren Beschäftigten nimmt demnach die Führungskraft eine zentrale Funktion ein: Schlechte Führung sowie mangelndes Vorgesetztenfeedback hat vermehrte Kündigungsabsichten der Mitarbeiter zur Folge (Weigl, Müller, 2012). Auf der anderen Seite kann eine wertschätzende und anerkennende Führung zur Bindung der Pflegemitarbeiter beitragen.

Führungskräfte sollten stetig ihr Verhalten und ihre Einstellung älteren Mitarbeitern gegenüber überprüfen. Das Personalmanagement eines Krankenhauses sollte demzufolge der evtl. bestehenden Altersdiskriminierung sowie ungerechtfertigten Vorurteilen über ältere Pflegekräfte entgegenreten und Fortbildungs- und Trainingsmöglichkeiten für ältere Beschäftigte schaffen (Weigl, Müller, 2012).

Um Informationen über Unternehmenskultur und Führungsverhalten in den Krankenhäusern zu sammeln, wurden die Teilnehmer gebeten, nachfolgende Punkte für ihr Unternehmen zu bewerten.

Demnach herrscht in den meisten Krankenhäusern (32%: standardmäßig, 43% überwiegend) ein allgemeines Klima der ständigen Verbesserung der Organisation und auch der Mitarbeiter (Abb. 50).

In diesem Sinne schaffen derzeit 11% der Einrichtungen standardmäßig und 33% überwiegend positive Rahmenbedingungen, um ein langes Erwerbsleben für Pflegekräfte zu ermöglichen. Ebenso viele (11%: standardmäßig, 33%: überwiegend) schaffen positive Rahmenbedingungen dafür, ein langes Erwerbsleben für Pflegekräfte überhaupt wünschenswert zu machen. Diese Bemühungen scheinen schon im Ansatz sehr erfolgreich zu sein, denn in den meisten Krankenhäusern (32%: standardmäßig, 50%: überwiegend) ist den Mitarbeitern bekannt, dass eine lange gesunde und motivierte Berufstätigkeit in der Pflege vom Krankenhaus erwünscht ist. Die Bedeutung, welche die Krankenhäuser ihren Pflegemitarbeitern beimessen, wird ebenfalls deutlich in der hohen Anzahl der Einrichtungen (42%: standardmäßig, 22%: überwiegend), die regelmäßig Mitarbeiterbefragungen zur Verbesserung der Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit durchführen.

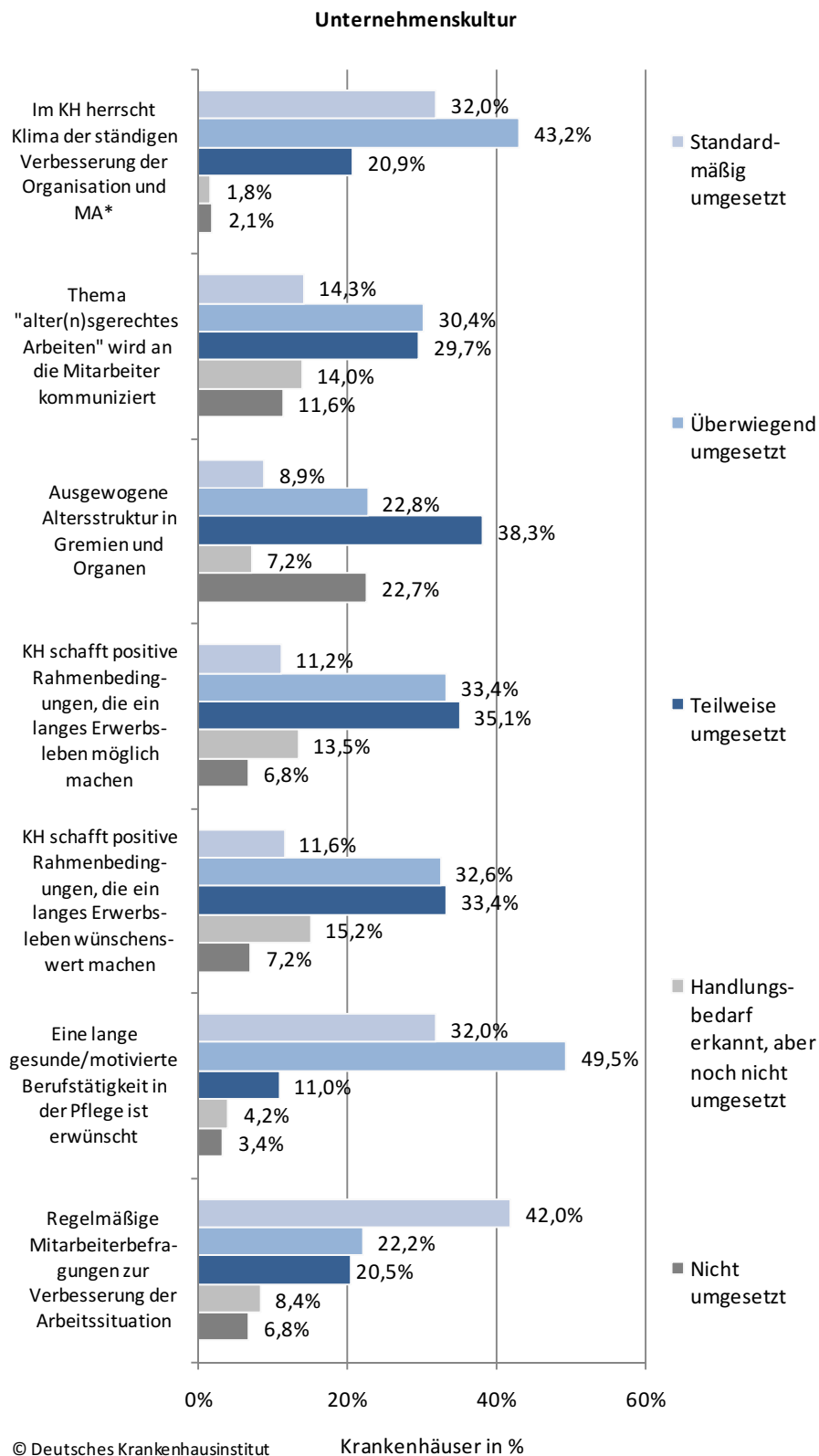


Abb. 50: Unternehmenskultur
*MA: Mitarbeiter

Bei der Entwicklung des Konzeptes des „Great Place to Work“ haben Levering und sein Team entdeckt, dass es Mitarbeitern nicht auf bestimmte Maßnahmen oder Instrumente ankam, um ihren Arbeitgeber als guten Arbeitgeber wahrzunehmen. Vielmehr wurde deutlich, dass gute Arbeitgeber dem gesamten Bereich der Beziehungen zwischen Unternehmen und Beschäftigten hohe Aufmerksamkeit schenken. Insbesondere wurden Faktoren wie beispielsweise Teamgeist oder die Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiter als wichtige Treiber einer positiven Arbeitsplatzkultur herauskristallisiert (Schulte et al., 2009).

Die Mehrheit der Krankenhäuser (34%: standardmäßig, 45%: überwiegend) fördert in diesem Sinne schon ein Betriebsklima, das auf die Wertschätzung der verschiedenen Beschäftigtengruppen ausgerichtet ist (Abb. 51). Des Weiteren wird bei fast sämtlichen Einrichtungen standardmäßig (46%) oder überwiegend (42%) darauf geachtet, dass ältere Mitarbeiter in der Pflege ebenso wie jüngere Wertschätzung in ihrer Arbeit erfahren.

Zur weiteren Förderung eines guten Betriebsklimas unternehmen bereits 39% der Krankenhäuser standardmäßig und 43% überwiegend bzw. Vorgesetzte dieser Einrichtung konkrete Maßnahmen, Vorurteile oder Probleme zwischen den Altersgruppen abzubauen, wenn es solche geben sollte. Ebenso organisiert 74% der Krankenhäuser standardmäßig Betriebsfeste, Mitarbeitertreffen etc., an denen Mitarbeiter unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen teilnehmen.

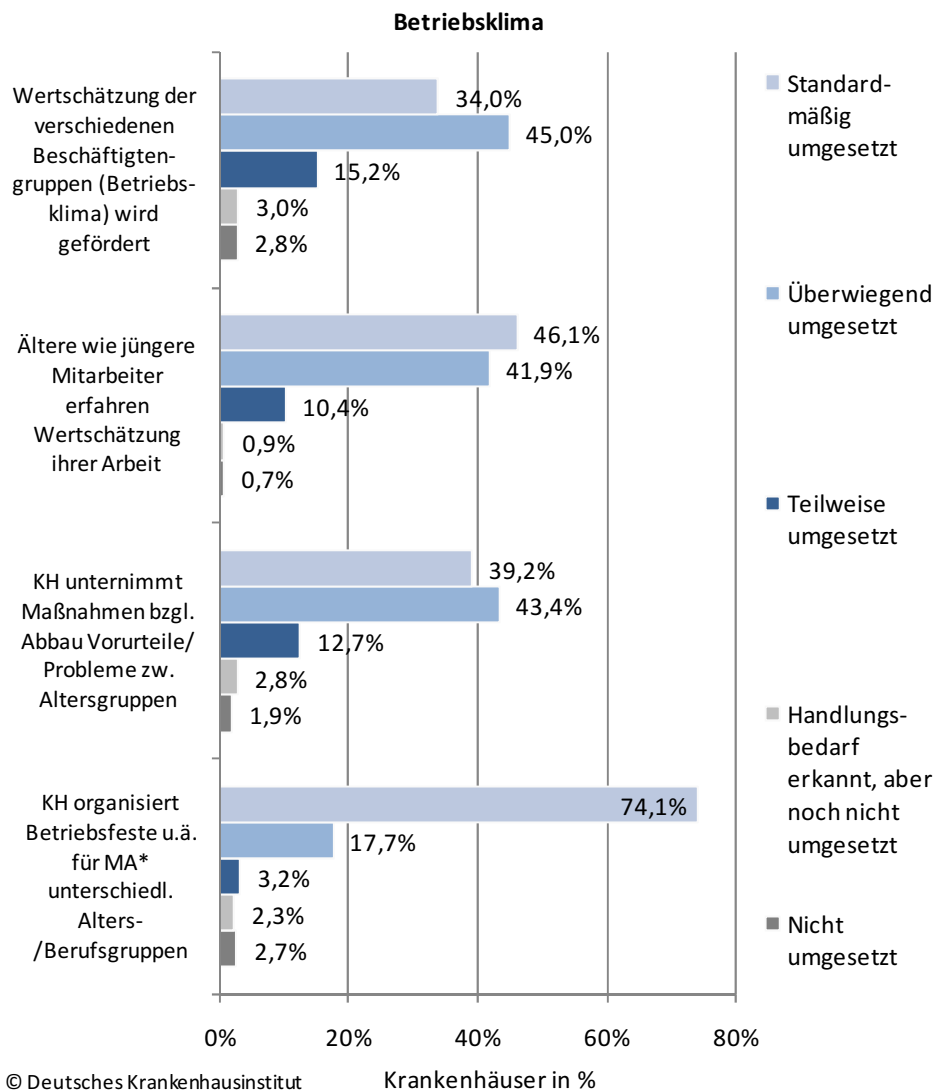


Abb. 51: Betriebsklima
*MA: Mitarbeiter

Als konkrete Maßnahme für positive Rahmenbedingungen, die ein langes Erwerbsleben für Pflegekräfte möglich wie wünschenswert machen, haben fast sämtliche Kliniken (43%: standardmäßig, 47%: überwiegend) einen Führungsstil etabliert, der jüngeren und älteren Mitarbeitern gleichermaßen gerecht wird (Abb. 52). Nur wenige Krankenhäuser (insgesamt 28% standardmäßig oder überwiegend) haben jedoch dazu ihre Führungskräfte im Umgang mit älteren Beschäftigten in Fortbildungen oder Coachings geschult.

Viele Führungskräfte (13%: standardmäßig, 38%: überwiegend) gestalten dennoch aktiv das Arbeitsumfeld ihrer Mitarbeiter, um diesen eine lange Berufstätigkeit in der Pflege zu ermöglichen. Um eine (lange) Berufstätigkeit in der Pflege auch erstrebenswert zu gestalten, werden in den meisten Krankenhäusern (28%: standardmäßig, 53%: überwiegend) die Mitarbeiter bei wichtigen Fragen und Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen, beteiligt.

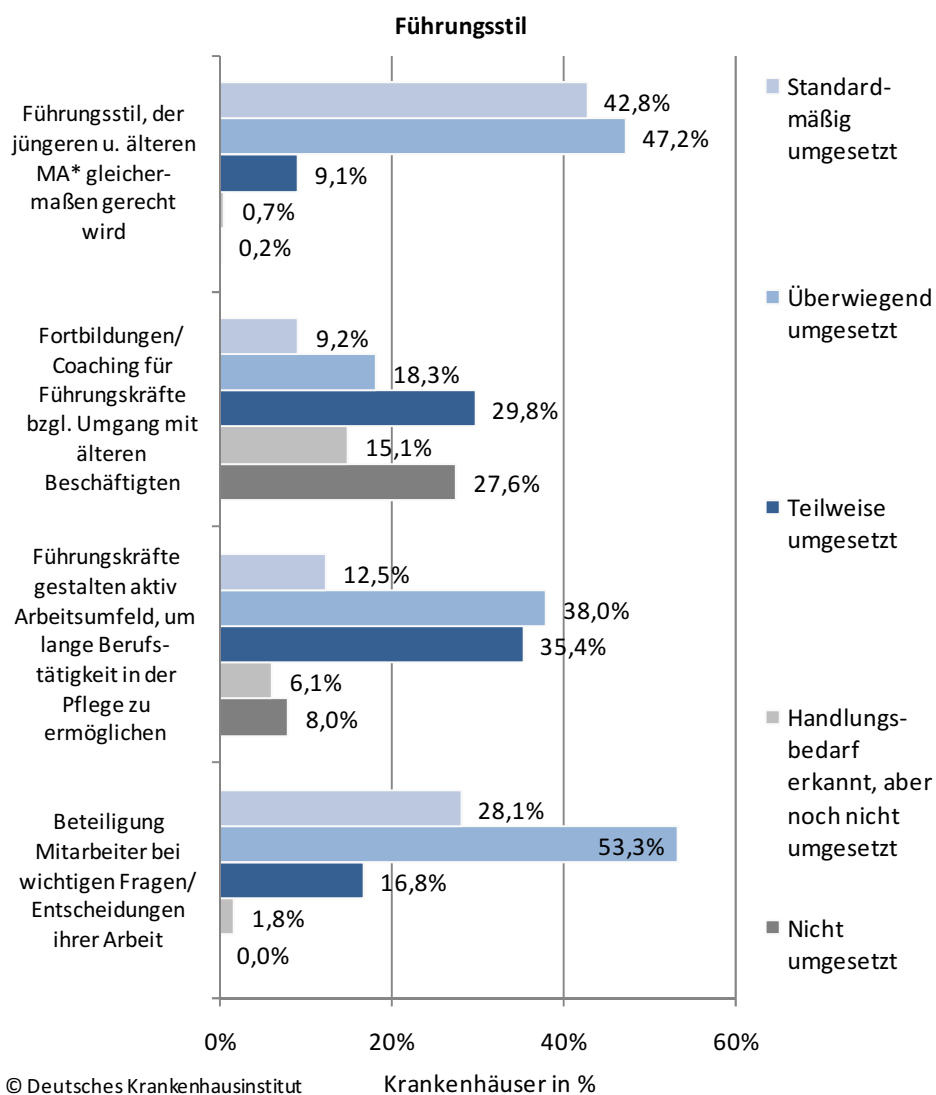


Abb. 52: Führungsstil
*MA: Mitarbeiter

Gratifikationen zur Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiter in der Pflege sind in den Krankenhäusern noch nicht sehr weit verbreitet (Abb. 53): Im Durchschnitt hat insgesamt ca. jedes vierte Krankenhaus (standardmäßig und überwiegend) betriebliche Anreizsysteme nach den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter unterschiedlicher Altersgruppen ausgerichtet. Bei insgesamt 27% der Einrichtungen berücksichtigen Gratifikationen (standardmäßig und überwiegend) neben Arbeitsleistungen auch Erfahrungswissen, Einsatzbereitschaft und Flexibilität der Mitarbeiter. Bei zusammen genommen jedem fünften Krankenhaus enthält das Gratifikationssystem (standardmäßig und überwiegend) auch nicht monetäre Leistungen wie Arbeitszeitgestaltung oder Freizeit.

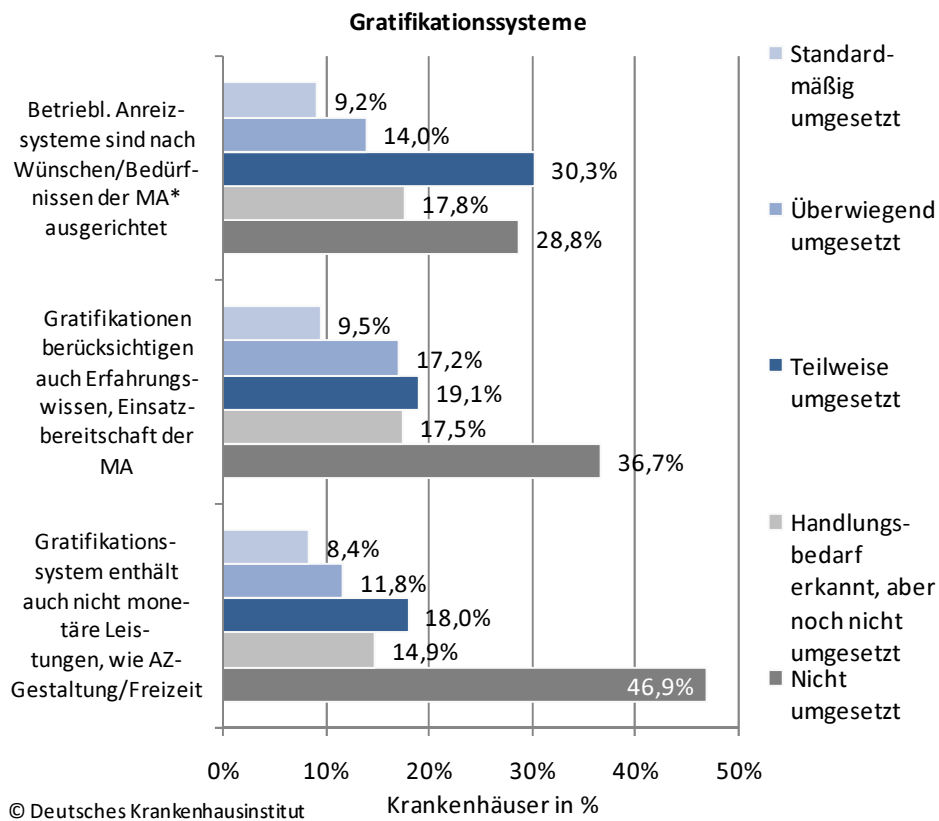


Abb. 53: Gratifikationssysteme

*MA: Mitarbeiter

In die folgende Betrachtung der Faktoren der Unternehmenskultur und Führung nach Krankenhausgrößen und Trägern wurden nur diejenigen Krankenhäuser aufgenommen, welche die entsprechende Maßnahme „standardmäßig“ oder „überwiegend“ umgesetzt haben. Darüber hinaus werden nur diejenigen Maßnahmen berichtet, bei denen nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausgrößen (gemessen an drei Bettengrößenklassen) bzw. Trägerarten festgestellt wurden.

Insgesamt wurde bei den verschiedenen Faktoren und Maßnahmen kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Größe gefunden (Abb. 54). Auf eine ausgewogene Altersstruktur in Gremien und Organen achten standardmäßig und überwiegend rund ein Drittel der Häuser mit 50 bis 599 Betten und knapp ein Viertel der großen Kliniken ab 600 Betten.

Zur Verbesserung der Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit führen die meisten mittelgroßen Krankenhäuser (70%: Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten) sowie mehr als die Hälfte der kleinen (63%: Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten) und großen (57%: Krankenhäuser ab 600 Betten) Einrichtungen standardmäßig und überwiegend regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch.

Vorhandene Gratifikationssysteme für Mitarbeiter im Pflegebereich enthalten in jeder vierten kleinen Klinik sowie 15% der Häuser ab 600 Betten und 11% der mittelgroßen Einrichtungen standardmäßig und überwiegend auch nichtmonetäre Leistungen wie beispielsweise Angebote zur Arbeitszeitgestaltung oder Freizeit.

Unternehmenskultur und Führung nach KH - Größe

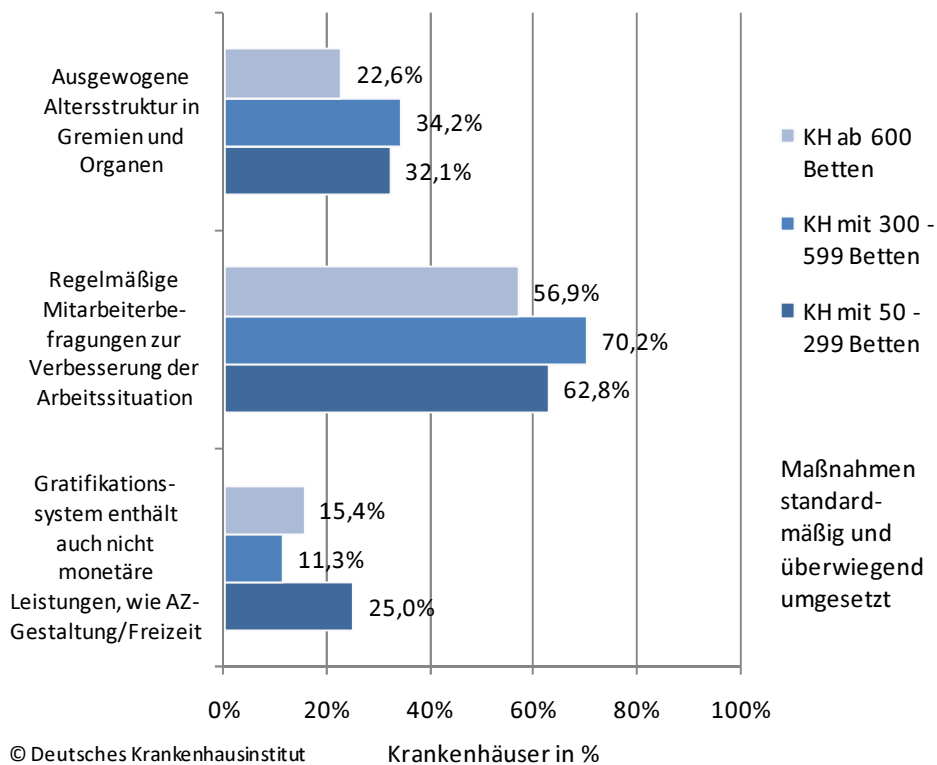


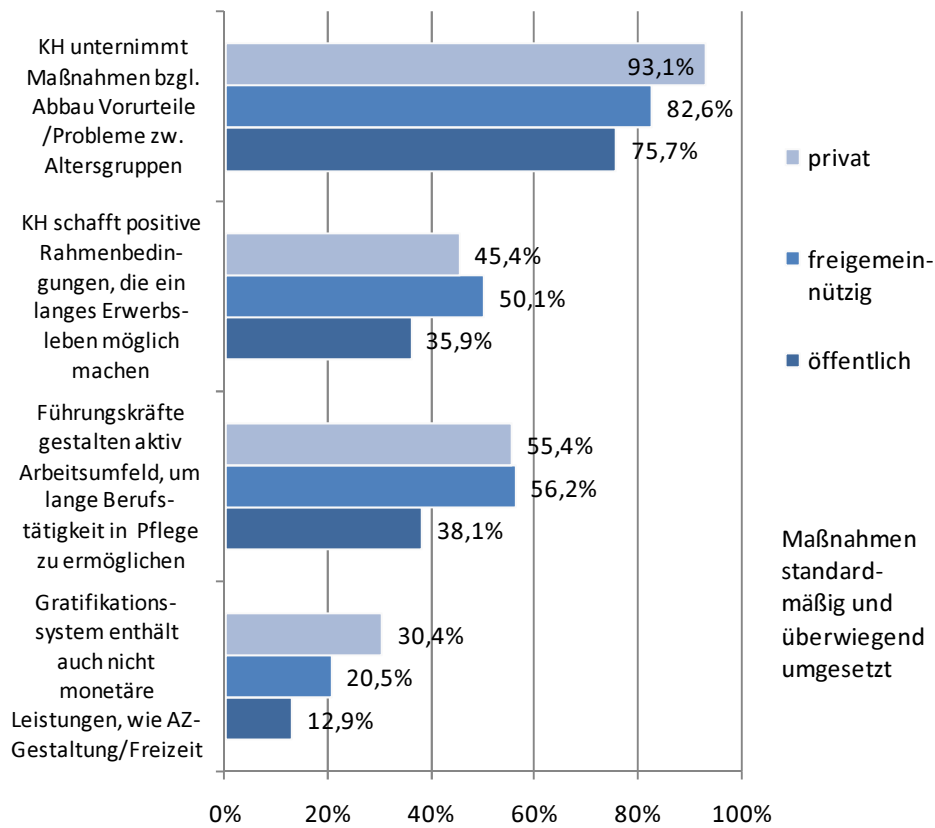
Abb. 54: Unternehmenskultur und Führung nach Krankenhausgröße (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

Ähnlich, wie bei der Betrachtungsweise nach unterschiedlichen Krankenhausgrößen, wurde bei den verschiedenen Faktoren und Maßnahmen der Unternehmenskultur und Führung kein einheitliches Muster im Umsetzungsgrad zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger gefunden (Abb. 55).

In der Mehrheit der Einrichtungen unternimmt das Krankenhaus selbst oder ggf. der Vorgesetzte (standardmäßig und überwiegend) konkrete Maßnahmen, um Vorurteile oder Probleme zwischen den Altersgruppen abzubauen, wenn es diese gibt. Dabei liegen die privaten Kliniken (93%) leicht vor den freigemeinnützigen Einrichtungen (83%) und den öffentlichen Krankenhäusern (76%).

Die aktive Gestaltung des Arbeitsumfeldes der Mitarbeiter durch die Führungskräfte in der Art, dass eine lange Berufstätigkeit in der Pflege ermöglicht wird, ist in gut 55% der privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen standardmäßig und überwiegend umgesetzt und in 38% der öffentlichen Krankenhäuser.

Unternehmenskultur und Führung nach KH - Träger



© Deutsches Krankenhausinstitut Krankenhäuser in %

Abb. 55: Unternehmenskultur und Führung nach Krankenhaus - Träger (standardmäßig und überwiegend umgesetzt)

12 Besondere Projekte und Modelle

Altersspezifische Aspekte können auch im Rahmen konkreter Projekte oder Modelle in den Krankenhäusern thematisiert werden. Rund 17% der Häuser gaben an, besondere Projekte im Bereich des altersgerechten Arbeitens durchzuführen.

Im Rahmen einer offenen Frage nannten die Teilnehmer hierfür einzelne Beispiele (Abb. 56): So werden häufig regelmäßige Seminar, Weiterbildungs- und Coachingeinheiten (18%) zum Thema „50plus“, Burn-Out-Prophylaxe, „Young-Nurse-Team“, Arbeits- und Stressbewältigung oder Kinästhetik etc. angeboten. Ebenso finden Sport- und Entspannungseinheiten sowie Angebote einer Rückenschule (13%) in den Häusern Verwendung. Nach Angaben der Häuser werden z.B. Massagen, Wassergymnastik und Anmeldungen im Fitness-Center finanziell unterstützt.

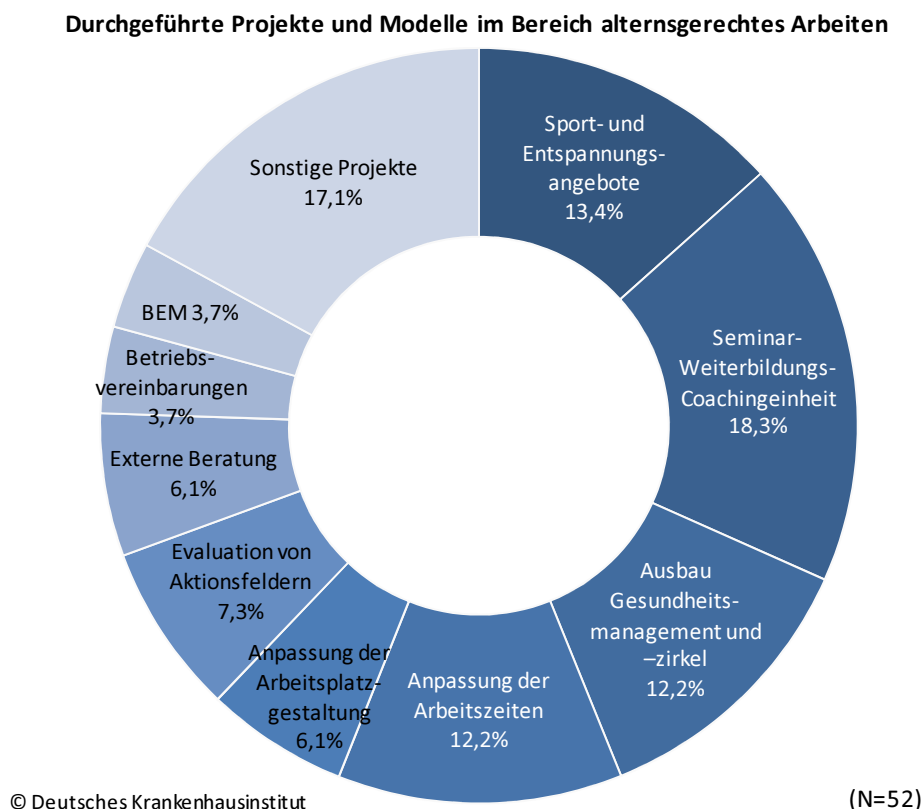


Abb. 56: Durchgeführte Projekte und Modelle im Bereich altersgerechtes Arbeiten

Zudem wurden konkrete Modelle zur Anpassung der Arbeitszeiten (12%) beschrieben. Diese beinhalten auf individueller Ebene u.a. eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die mögliche Entbindung von Schicht- und Nachtdiensten und die Überarbeitung von Pausengestaltungen; auf personeller Ebene wird, neben einem festen Springerpool, eine Teambildung mit gemischter Altersverteilung als Möglichkeit zur Kompensation altersspezifischer Probleme beschrieben.

Auf betrieblicher Ebene nannten einige Häuser den Ausbau des Gesundheitsmanagements und –zirkels (12%) als besonderes Projekt, umso die Förderung der Gesundheit und die des Diversity Managements zu gewährleisten. Auch konkrete Betriebsversammlungen und Betriebsvereinbarungen (4%) zur Fokussierung altersgerechter Arbeitsweisen werden vereinzelt genutzt.

Das Handlungsspektrum zur Gestaltung eines altersgerechten Arbeitsplatzes ist groß. Demzufolge finden sich in den Häusern verschiedene Ansätze, welche in der Kategorie *Sonstige Projekte* zusammengetragen wurden. Beschrieben wurde, neben Handlungsempfehlungen zur strukturierten Gesundheitsförderung und Kompetenzerhaltung der alternden Belegschaft im Pflegebereich, die Thematisierung der Führungskräfte sensibilisierung und die Durchführung von Supervisionen. Des Weiteren werden eigens für Demografieprojekte Arbeitsstellen geschaffen. Einige Häuser setzen zur Etablierung altersgerechter Arbeitsweisen auf individuelle Lösungswege, welche im Gespräch mit Betroffenen und Vorgesetzten erörtert werden.

Kritik

Anzumerken sei an dieser Stelle, dass einige Häuser das Format der offenen Frage nutzten, um auftretende Probleme und Bedenken bei der Umsetzung altersspezifischer Aspekte in ihren Einrichtungen zu äußern. Nach Aussagen dieser Häuser scheiterten Projekte oder Modelle zum altersgerechten Arbeiten zum einen an mangelnder Unterstützung des Managements sowie der Mitarbeiter und zum anderen aufgrund zu enger Personalressourcen. In Zeiten des Fachkräftemangels sind in der Pflege, insbesondere in ländlichen Gebieten, die Personaldecken sehr dünn, es fehlen nicht selten Schüler und Praktikanten.

Vor diesem Hintergrund bestehe oft kaum die Möglichkeit, eine angemessene Aufteilung der Dienste zu bewerkstelligen, um so die Arbeit altersgerecht gestalten zu können. Zudem feh-

len die zeitlichen Ressourcen und die Finanzierung zur Erarbeitung von Modellen und Projekten in diesem Bereich. Des Weiteren wurde geschildert, dass Modelle flexibler Arbeitszeiten, Schichtsplittung etc. nur von wenigen Mitarbeitern genutzt würden. Ebenso würden gesundheitliche Präventionsmaßnahmen von den Mitarbeitern kaum angenommen.

Kleine ländlich gelegene Krankenhäuser lebten oft von einem guten Betriebsklima im Pflegebereich und loyalen Pflegekräften, welche langjährig mit der Einrichtung verbunden seien und so zu wertvollen Mitarbeitern würden – ungeachtet ihres Alters.

13 Zusammenfassung

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die stetig ansteigende Anzahl Pflegebedürftiger bzw. von Patienten in keinem proportionalen Verhältnis zur Anzahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen steht. Als weitere Schwierigkeit trifft die Krankenhäuser, dass der Pflegeberuf besonders hohe Anforderungen an die körperliche und psychische Belastbarkeit der Mitarbeiter stellt und gerade bei dieser personalintensivsten Gruppe im Krankenhaus nicht selten erhebliche Fluktuationsraten und Berufsausstiege zu verzeichnen sind. Die Kliniken sind daher darauf angewiesen, die Arbeitsfähigkeit ihrer Pflegekräfte möglichst über ihre gesamte Lebensarbeitszeit zu erhalten. Die Mittel und Wege, mit denen ein Unternehmen die Voraussetzungen dafür schafft, seine Mitarbeiter im Pflegebereich langfristig und gesund an ihrem Arbeitsplatz zu halten, können vielfältig sein.

Vor diesem Hintergrund wurde das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI e.V.) von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit der Untersuchung „Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus - Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften“ betraut.

13.1 Personalplanung

Bei einer derzeitigen Anzahl von rund 360.000 Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern (ohne Psychiatrien) sind ca. 86.000 Pflegenden zwischen 18 und 30 Jahre alt. Gleichzeitig sind 175.000 Pflegekräfte 31-49 Jahre alt und 99.000 pflegerisch Tätige 50 Jahre und älter. Der damit steigende Anteil älterer und abnehmende Anteil jüngerer Mitarbeiter wird zu einer Verringerung des Pflegekräftepotenzials in den Einrichtungen führen und zukünftig eine noch gravierendere Abnahme an zur Verfügung stehenden Fachkräften im Pflegebereich nach sich ziehen.

Für eine effektive und zukunftsorientierte Personalplanung in der Pflege gibt es daher in einigen Krankenhäusern deutliche Ansätze für regelmäßige Altersstrukturanalysen, dem Aufstellen von Zukunftsszenarien sowie der Implementierung eines Nachfolgemanagements. Bei der Personalrekrutierung werden in vielen Häusern im Pflegebereich die Stellenausschreibungen insbesondere derart formuliert, dass sich auch ältere Fachkräfte angesprochen fühlen. Des Weiteren werden vielfach bei innerbetrieblichen Stellenbesetzungen ausdrücklich Mitarbeiter jeder Altersgruppe gleich berücksichtigt.

13.2 Qualifizierung

Die demografische Entwicklung, eine immer älter werdende Belegschaft und der sich verstärkende Fachkräftemangel verlangen in der Pflege nicht nur eine zielgerichtete langfristige Personalplanung in quantitativer Hinsicht sondern auch in qualitativen Aspekten. Daher haben die meisten Einrichtungen mittlerweile in ihrer Krankenhauspolitik verankert, dass alle Beschäftigten, unabhängig ihres Alters, an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. Einige Häuser motivieren dabei auch gezielt ältere Mitarbeiter zur Teilnahme durch z.B. Fort- und Weiterbildungen als Anreiz, Anerkennung oder Wertschätzung ihrer Arbeit oder indem bei betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen speziell auf den Einsatz von alters- bzw. erwachsenengerechten Lernmethoden geachtet wird. Die Abstimmung der Auswahl der Qualifizierungs- und Lernangebote gemeinsam mit den älteren Beschäftigten auf deren Bedürfnisse (z.B. nach Inhalten, Zielen und Methodik) findet jedoch erst in wenigen Häusern statt.

Den Krankenhäusern ist bei der Fort- und Weiterbildung ihrer Pflegemitarbeiter Praxisrelevanz besonders wichtig: Viele Einrichtungen betonen, dass von den Mitarbeitern die erworbenen Fähigkeiten stets im beruflichen Alltag eingesetzt werden können. Des Weiteren wird das Qualifizierungsniveau der Pflegemitarbeiter, unabhängig vom Alter, auf einem hohen Stand gehalten. Zahlreiche Kliniken gaben an, dass Mitarbeiter mittleren und höheren Alters neue Technologien genauso kompetent beherrschen wie die jüngeren Pflegekräfte.

Ein Qualitätsmanagement der Qualifizierungsmaßnahmen ist in einigen Krankenhäusern teilweise schon etabliert teilweise noch im Aufbau: Während in einer Reihe von Einrichtungen systematisches Feedback der Mitarbeiter nach einer Fortbildung eingeholt sowie die Inanspruchnahme und der Erfolg von Fortbildungen regelmäßig überprüft wird und daraus gezielt Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden, finden regelmäßige Mitarbeitergespräche zur Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in vielen Kliniken statt.

13.3 Personalentwicklung

Bei knappen Ressourcen qualifizierter Fachkräfte am Arbeitsmarkt ist die Bindung und Entwicklung des eigenen Fachpersonals umso bedeutender. Dementsprechend führen viele Einrichtungen mit allen Pflegekräften – auch mit älteren – regelmäßige Mitarbeitergespräche zur Festlegung des Qualifizierungsbedarfs und zur Karriereplanung. Ebenso wird die berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter durch den Einsatz in unterschiedlichen Arbeitsbereichen im Verlauf ihres Berufslebens im Krankenhaus gefördert.

Noch wenig etabliert in den Einrichtungen sind dagegen spezielle Personalentwicklungsmaßnahmen für Mitarbeiter „über 40“, kontinuierliche Überprüfungen verschiedener Arbeitsbereiche auf Überlastungsgefährdungen für ältere Mitarbeiter sowie die Möglichkeit zur Vermeidung von Überlastung älterer Pflegekräfte einen Wechsel an andere gleichwertige Arbeitsplätze durchzuführen.

13.4 Arbeitsorganisation

Aufgrund der heutigen demografischen sowie arbeitsmarktpolitischen Situation überdenken viele Krankenhäuser ihre bestehenden Arbeitskonzepte im Pflegebereich, um weiterhin eine patientengerechte Versorgung mit einem hohen Qualitätsstandard gewährleisten zu können. Obwohl viele Einrichtungen mittlerweile das individuelle Leistungsvermögen ihrer Mitarbeiter bei Personaleinsatzplanungen einbeziehen und diese entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrem Alter einsetzen, ist bei ebenso vielen Häusern das Einsatzspektrum der älteren Mitarbeiter genauso groß wie das der jüngeren. Insbesondere werden ältere Mitarbeiter ebenso häufig wie jüngere an Arbeitsplätzen mit neuen Technologien und Verfahren eingesetzt.

Die altersausgewogene Zusammenstellung der Arbeitsteams wird ebenso häufig durch den Vorgesetzten wie durch die Pflegemitarbeiter selbst durchgeführt. Nicht nur in diesem Punkt sind die Pflegekräfte in vielen Krankenhäusern an der Gestaltung der eigenen Arbeitsorganisation beteiligt. Neue Tätigkeitsschwerpunkte werden älteren Mitarbeitern dagegen vom Krankenhaus angeboten, vorwiegend im administrativen Bereich und Wissensmanagement (z.B. Mentor, Praxisanleiter) für jüngere Kollegen. Engpässe durch die spezielle Arbeitsorganisation für ältere Mitarbeiter in der Pflege entstehen, zumindest manchmal, in der Mehrheit der Krankenhäuser. Diese Engpässe können jedoch fast vollständig durch interne Kompensationsmöglichkeiten ausgeglichen werden. Ein geringer Teil der Engpässe wird mit externer Unterstützung kompensiert.

13.5 Arbeitszeitgestaltung

Eine familienfreundliche und flexible Arbeitszeitgestaltung ist besonders im Pflegeberuf von großer Bedeutung. So überrascht es nicht, dass fast sämtliche Krankenhäuser ihren Pflegekräften Teilzeitarbeit anbieten. Rund die Hälfte der Einrichtungen haben zudem noch zeitversetzte Dienste, flexible Teilzeitschichten und Altersteilzeit für ihre Pflegemitarbeiter im Angebot.

Des Weiteren bieten eine Reihe von Krankenhäusern bei Mitarbeitern mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen die Möglichkeit, die Dienstpläne kurzfristig flexibel zu halten sowie generell Einfluss auf ihre Arbeitszeit bzw. den Dienstplan zu nehmen.

Einen Ausstieg älterer Mitarbeiter aus der Schichtarbeit sowie eine berufliche „Aus-Zeit“ (Sabbatical) zur Weiterbildung oder Regeneration wird einstweilen von den Einrichtungen kaum unterstützt.

13.6 Arbeitsplatzgestaltung

Angesichts der vielfältigen Arbeitsbelastungen und Beanspruchungssituationen in der Pflege ist eine gesundheitsförderliche Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung ein wichtiger Bereich im Krankenhaus. So sind in vielen Einrichtungen bereits krankenhausspezifische Standards für die Einrichtung von Arbeitsplätzen und Tätigkeitsbereichen vorhanden. Belastungsanalysen für körperlich und psychisch fordernde Arbeitsplätze und Tätigkeitsbereiche sind dagegen weniger gut etabliert, jedoch ist das Bewusstsein für den Handlungsbedarf in diesem Bereich durchaus vorhanden.

Noch deutlicher als bei der Arbeitszeit werden Mitarbeiter in die Gestaltung ihrer Arbeitsbereiche und der Arbeitsabläufe miteinbezogen. Des Weiteren ist der flächendeckende Einsatz von Arbeitsgeräten zur Verhinderung körperlicher Beschwerden ebenfalls gut etabliert. Etwas geringer im alltäglichen Umsatz liegen die Gestaltung der Arbeitsplätze und Tätigkeitsbereiche nach ergonomischen Gesichtspunkten sowie die generelle Gestaltung kräfte- und rüchenschonender Arbeitsabläufe.

13.7 Gesundheitsförderung

Den meisten Krankenhäusern ist mittlerweile die Gesundheit(sförderung) von Mitarbeitern ein wichtiges Anliegen, sodass sie ausdrücklich als Wert oder Ziel in der Mission bzw. dem Leitbild der Einrichtung verankert ist. Dementsprechend gibt es auch in vielen Kliniken regelmäßig Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements und es wird im Alltag darauf geachtet, dass den Pflegekräften regelmäßig Pausen in einer stressfreien ungestörten Umgebung ermöglicht werden.

Als besondere Arten von Gesundheitsfördermaßnahmen sind das Wiedereingliederungsmanagement für Mitarbeiter nach einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen pro Jahr, konkrete

Maßnahmen zum Abbau von Arbeitsbelastungen (z.B. flächendeckender Einsatz von höhenverstellbaren Betten) sowie eine Soforthilfe für Pflegemitarbeiter mit körperlichen Gesundheitsschäden weitreichend in den Einrichtungen etabliert.

Qualitätsstandards für Maßnahmen der Gesundheitsförderungen, wie beispielsweise die Formulierung von messbaren Zielen, die Überprüfung von Inanspruchnahme und Erfolg bzw. Einholung von Feedback bezüglich des Nutzens und der Qualität sowie die gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen, sind derzeit in den Krankenhäusern nicht flächendeckend umgesetzt. Allerdings haben die Einrichtungen den Handlungsbedarf in diesen Bereichen erkannt.

13.8 Unternehmenskultur und Führung

Schon seit einigen Jahren ist branchenübergreifend in den Unternehmen bekannt, dass nicht nur die harten Faktoren einen bedeutenden Einfluss auf den Unternehmenserfolg ausüben. Vielmehr wurde deutlich, dass auch die sogenannten weichen Faktoren wie beispielsweise die Unternehmenskultur oder das Führungsverhalten der Vorgesetzten einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg eines Unternehmens leisten. In diesem Sinne achten auch die meisten Kliniken darauf, dass ihre Mitarbeiter wissen, dass eine lange gesunde und motivierte Berufstätigkeit in der Pflege vom Krankenhaus erwünscht ist. Ebenso werden in den meisten Einrichtungen mehr oder weniger regelmäßig Mitarbeiterbefragungen zur Verbesserung der Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt.

Des Weiteren schaffen einige Krankenhäuser positive Rahmenbedingungen, die ein langes Erwerbsleben für Pflegekräfte möglich und auch wünschenswert machen. Ein weiterer Faktor, der bekanntermaßen einen starken Einfluss auf die Beziehung eines Mitarbeiters zu seinem Unternehmen sowie Arbeitsplatz hat, ist das Betriebsklima. Zur Förderung des allgemeinen Betriebsklimas organisieren fast sämtliche Kliniken standardmäßig Betriebsfeste oder Mitarbeitertreffen, an denen Mitarbeiter unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen teilnehmen. Zusätzlich fördert die Mehrheit der Krankenhäuser aktiv ein Betriebsklima, das auf die Wertschätzung der verschiedenen Beschäftigtengruppen – älteren wie jüngeren Mitarbeitern – ausgerichtet ist.

Unterstützt werden solche Maßnahmen von den meisten Einrichtungen durch den Einsatz eines Führungsstils, der jüngeren und älteren Mitarbeitern gleichermaßen gerecht wird. Im Gegensatz zu dieser Aussage werden jedoch in nur wenigen Kliniken die Führungskräfte

durch Fortbildungen oder Coachings im Umgang mit den Bedürfnissen älterer Beschäftigter geschult.

Betriebliche Anreizsysteme bzw. Gratifikationssysteme sind derzeit in den Krankenhäusern im Pflegebereich noch nicht sehr weit verbreitet.

13.9 Besondere Projekte und Modelle

Als besondere Prozesse, Projekte oder Modelle zum altersgerechten Arbeiten in ihrem Krankenhaus führten die Teilnehmer im Wesentlichen regelmäßige Seminar, Weiterbildungs- und Coachingeinheiten zum Thema „50plus“, Burn-Out-Prophylaxe, „Young-Nurse-Team“, Arbeits- und Stressbewältigung oder Kinästhetik etc. an. Ebenso finden Sport- und Entspannungseinheiten sowie Angebote einer Rückenschule in den Häusern Verwendung. Des Weiteren wurden konkrete Modelle zur Anpassung der Arbeitszeiten und zum Ausbau des Gesundheitsmanagement und –zirkels beschrieben.

14 Fazit

Die vorliegende Studie kann anschaulich und erstmalig in Deutschland für die Gesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser auf statistisch breiter Basis grundlegende Informationen über den derzeitigen Stand altersgerechter Arbeitsweisen im Pflegebereich der Krankenhäuser aufzeigen. Durch die direkte Befragung der Pflegedienstleiter konnten auf der einen Seite wichtige und gut etablierte Bereiche des altersgerechten Arbeitens ermittelt werden. Auf der anderen Seite fehlt für eine umfassende Beurteilung bei essentiellen Faktoren wie beispielsweise der Unternehmenskultur und dem Führungsverhalten der Vorgesetzten die Wahrnehmungsperspektive der betroffenen Mitarbeiter. Diese für das Thema des altersgerechten Arbeitens bedeutende Perspektive sollte ebenfalls Gegenstand einer Untersuchung sein.

Die Erkenntnis, dass der steigende Anteil älterer und abnehmende Anteil jüngerer Mitarbeiter zu einer Verringerung des Pflegekräftepotenzials in den Einrichtungen führen und zukünftig zu einer noch gravierenderen Abnahme an zur Verfügung stehenden Fachkräften im Pflegebereich führen wird, scheint schon in vielen Krankenhäusern vorhanden zu sein. Trotz weitreichender Anfänge fehlt es in den Einrichtungen jedoch noch häufig an Informationen sowie praxistauglichen Konzepten und Strategien, um auch bei niedriger Personaldichte, hohem Arbeitsaufkommen und geringen Ressourcen diesem Problem zu begegnen.

Hemmnisse für eine Umsetzung sind zurzeit nicht selten fehlende finanzielle und personelle Ressourcen. Die Einrichtungen sehen sich ggf. auch ablehnenden Mitarbeitern und langen Implementierungsphasen gegenüber. Hier ist Überzeugungsarbeit und Motivation durch Verantwortliche notwendig.

Eine prospektive Personalplanung inklusive einer individuellen Qualifizierung(splanung) für Pflegekräfte jeglichen Alters sollten in allen Krankenhäusern als wichtige Mittel der Personalarbeit und –entwicklung verstanden werden. Während in vielen Kliniken die fachliche Weiterqualifizierung der Pflegekräfte durch Fort- und Weiterbildung ein Thema ist, steht die Förderung der beruflichen Weiterentwicklung durch z.B. Einsatz in anderen Bereichen, Förderung von Arbeitsbereichen mit unterschiedlichen Belastungsgraden oder speziellen Maßnahmen für Mitarbeiter „über 40“ oft noch in den Anfängen. Hier bestünde auch die Möglichkeit, beide Wege zu vereinen und die Mitarbeiter in neuen Bereichen einzusetzen, die mit erweiterten Anforderungen und neuem Qualifizierungsbedarf verbunden sind, wie beispielsweise dem bisher kaum angebotenen Case- bzw. Entlassungsmanagement sowie der Arbeit

in Pflegestützpunkten oder –beratungsstellen. Solche alternativen Einsatzmöglichkeiten verbunden mit einer veränderten Laufbahngestaltung müssen jedoch frühzeitig geplant werden.

Gestaltungsmöglichkeiten arbeitsorganisatorischer Maßnahmen, bei denen mögliche physische Defizite älterer Pflegekräfte ausgeglichen werden können, werden zwar in vielen Kliniken zumindest überwiegend umgesetzt. Hier gibt jedoch zu denken, dass laut Umfrageergebnissen das Einsatzspektrum älterer Mitarbeiter in der Pflege bzw. der Einsatz älterer Pflegekräfte an neuen Technologien und Verfahren genauso groß bzw. häufig ist wie bei jüngeren Mitarbeitern. Insbesondere in diesem Bereich wäre die Mitarbeiterperspektive eine wertvolle Ergänzung der Bewertungsgrundlage.

Um die Bedingungen der jeweiligen Beschäftigungssituation und die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeiter aneinander anzupassen, haben die Krankenhäuser schon einige Arbeitszeitmodelle etabliert, welche jedoch noch ausgebaut werden sollten. Insbesondere Modelle für physisch oder psychisch stark belastete Mitarbeiter, wie beispielsweise eine verringerte Nacht- und Wochenendarbeit für Pflegekräfte mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen oder einen Ausstieg aus der Schichtarbeit speziell für ältere Mitarbeiter, werden kaum angeboten.

Die weitreichende Einbeziehung der Mitarbeiter in die Gestaltung ihrer Arbeitsbereiche, der flächendeckende Einsatz von Arbeitsgeräten zur Verhinderung körperlicher Beschwerden sowie die Gestaltung ergonomischer Arbeitsplätze bzw. kräfte- und rückschonender Arbeitsabläufe ist indessen ein wichtiger Schritt, den die Krankenhäuser auf dem Weg gehen, ihre Mitarbeiter möglichst lange im Erwerbsleben zu halten. Ebenso wichtig ist es jedoch, die Pflegekräfte selbst für das Thema Alter, Gesundheit und die Notwendigkeit, aktiv und eigenverantwortlich zu handeln, zu sensibilisieren. Der Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen hängt im Wesentlichen davon ab, dass die Mitarbeiter diese auch nutzen. Hier muss von Arbeitgeberseite eventuell erst Überzeugungsarbeit geleistet werden. Des Weiteren sind Qualitätsstandards für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Krankenhäusern kaum etabliert. Insbesondere werden die Inanspruchnahme und der Erfolg von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht ausreichend überprüft. Den Handlungsbedarf in diesem Bereich haben die Kliniken zwar erkannt; es sollte jedoch ausdrücklich sichergestellt werden, dass die notwendigen Qualitätsstandards auch umgesetzt werden.

Darüber hinaus sollten alle durchgeführten Veränderungen zum alternsgerechten Arbeiten auf Effektivität und Effizienz sowie ihre Nachhaltigkeit untersucht werden. Somit zeigt sich

ein zusätzlicher Bedarf an Evaluation (z.B. Fluktuationsraten, Krankenstand, Renteneintritt, Gesundheitsfördermaßnahmen, Arbeitszufriedenheit, etc.). Nach erfolgreicher Durchführung von Maßnahmen und Veränderungen zum altersgerechten Arbeiten können die Ergebnisse einer solchen Evaluation jedoch als Argumentationshilfe für die Implementierung weiterer Projekte sowie Überzeugung weiterer Mitarbeiter und Verantwortlicher dienen.

Wie bereits erwähnt, fehlt für eine abschließende Beurteilung der Unternehmenskultur und des Führungsverhaltens die Perspektive der Mitarbeiter, welche jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung war. Es ist ein positiver Aspekt, dass in den Einrichtungen weitreichend regelmäßige Mitarbeiterbefragungen zur Verbesserung der Arbeitssituation durchgeführt werden. Es sollten jedoch zusätzlich ebenso regelmäßig Mitarbeiterbefragungen zur Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima und Führungsverhalten durchgeführt werden.

Die meisten Krankenhäuser fördern zwar, nach offiziellen Angaben, ein Betriebsklima der Wertschätzung der verschiedenen Beschäftigtengruppen. Dies wird nicht zuletzt durch einen Führungsstil erreicht, der gleichermaßen jüngeren wie älteren Beschäftigten gerecht wird. Zum Umgang mit älteren Beschäftigten sollten jedoch zuvor die Führungskräfte besonders geschult oder sensibilisiert werden. Dies wird bisher nur in wenigen Krankenhäusern umgesetzt.

Die zugrunde liegende Studie konnte den derzeitigen Stand altersgerechter Arbeitsweisen im Pflegebereich der Krankenhäuser umfassend aufzeigen. Es wurden wichtige und gut etablierte Bereiche des altersgerechten Arbeitens ermittelt, aber auch Bereiche, in denen wesentliche Aspekte noch kaum im klinischen Alltag umgesetzt wurden. Die Krankenhäuser sind auf einem guten Weg; es bleibt noch viel zu tun.

Anhang

Tab. 4: Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter in patientennahen Arbeitsbereichen

Patientennahe Arbeitsbereiche	Anzahl
Ambulanz-Bereich	5
Versetzung in körperlich weniger belastende Bereiche	2
Pflegerische Sitzwache	1
Blutentnahme	1
Psychiatrie	1
Study Nurse	1

Tab. 5: Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter bei patientenfernen und Organisationsaufgaben

Patientenferne und Organisationsaufgaben	Anzahl
Organisation	6
Sekretariat	3
Belegungsmanagement / Patientenaufnahme	2
Dokumentation / Codierung	5
Dienstplangestaltung u. Arbeitszeit	1
Telefonzentrale	2
Archiv	1

Tab. 6: Sonstige Tätigkeitsschwerpunkte für ältere Mitarbeiter in Spezialgebieten

Einsatz in Spezialgebieten	Anzahl
Spezialisierungen (allgemein)	1
Fachkraft für Demenz	1
Kinästhetiktrainer	1
Diagnostik(aufgaben)	1
Pflegeberatung (Diabetes, Wunden usw.)	1
Pflegeexperten	1
Medikamentenbeauftragte	1
Gefahrenstoff, Brandschutz	1

Literatur

- Afentakis, A., Maier, T. (2010), Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, *Wirtschaft und Statistik*, 11/2010, S. 990 – 1002.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.), (2011), *Fehlzeiten-Report, Führung und Gesundheit, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Reihe: Fehlzeiten-Report, Jahrgang 2011*. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
- Barmer Ersatzkasse (2009), *Barmer Gesundheitsreport 2009 - Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. Online im Internet: http://www.haward.de/cms_pdf/2009__Gesundheitsreport.pdf, [Stand: 29.07.2013].
- Becker, S. (2012), *Demografische Herausforderungen*, in P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe; Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 15 – 23.
- Bieber, D. (2011), *Sorgenkind demografischer Wandel – Warum die Demografie nicht an allem schuld ist*. Oekom Verlag: München, 1. Auflage.
- Binning, C. (2011), *Die Kompetenzinventur - Ein Instrument zur Analyse von Weiterbildungsbedarf im Unternehmen*. Forschungsinstitut Betriebliche Bildung.
- Blum, D. K., Müller, U., Schilz, P. (2004), *Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf*. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstitut im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2011), *Krankenhaus Barometer 2011*, DKI: Düsseldorf.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2012), *Krankenhaus Barometer 2012*, DKI: Düsseldorf.
- Brandenburg, U., Domschke, J.-P. (2007), *Die Zukunft sieht alt aus – Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement*. Gabler Verlag: Wiesbaden, 1. Auflage.

- Breit, H. (2011), Das Bildungssystem im demografischen Wandel: Mehr Bildung bei weniger Kindern, in D. Bieber (Hrsg.), Sorgenkind demografischer Wandel – Warum die Demografie nicht an allem schuld ist. Oekom Verlag: München, 1. Auflage.
- Bruder, F., (2007), Möglichkeiten für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, in: Hellmann (Hrsg.) Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor. Ein neuer Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus, Economica Verlag MedizinRecht.de: Heidelberg, S. 3-46.
- Bundesagentur für Arbeit (2011), Hintergrundinformation - Aktuelle Fachkräfteengpässe, Online im Internet: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Hintergrundinfo-Fachkraeftebedarf-2011-04.pdf>, [Stand: 29.07.2013].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012), Instrumentenkasten für eine altersgerechte Arbeitswelt in KMU. Analyse der Herausforderungen des demografischen Wandels und Systematisierung von Handlungsoptionen für kleine und mittlere Unternehmen. Forschungsbericht Arbeitsmarkt 424, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012), Pflegefachkräftemangel, Online im Internet: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>, [Stand: 21.12.2012].
- Bundesministerium des Innern (2011), Demografiebericht – Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Niestetal.
- Dichter, M., Borchart, D., Iskenius, M., Schmidt, S. G., Hasselhorn, H. M. (2010), Wie spontan verlassen Pflegende ihre Einrichtung? - Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie, Online im Internet: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Einrichtungs-und-Berufsaustieg>, [Stand: 15.01.2013].
- Ehrentraut, O., Fetzer, S. (2007), Die Bedeutung älterer Arbeitnehmer im Zuge der demografischen Entwicklung, in M. Holz, P. Da-Cruz (Hrsg.), Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderung für die strategische Personalplanung. Gabler Verlag: Wiesbaden, 1. Auflage, S. 23 – 35.

- Eiff, W. v., Stachel, K. (2006), Professionelles Personalmanagement – Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen, in W. Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft – Krankenhausmanagement, Medizinrecht, Gesundheitsökonomie. WIKOM: Wegscheid, Band 4, 1. Auflage.
- Fleischer, W. (2012), Change Management: Veränderungsprozesse erfolgreich gestalten. Deutsches Ärzteblatt, 10.
- Geiger, M. (2011), Pflege in einer alternden Gesellschaft, in D. Bieber (Hrsg.), Sorgenkind demografischer Wandel – Warum die Demografie nicht an allem schuld ist. Oekom Verlag: München, 1. Auflage.
- Gottwald, M., (2012), Gestaltungsansätze zur Schaffung alternsgerechter Arbeitsbedingungen, in: Hellmann, Hoefert (Hrsg.) Das Krankenhaus im demografischen Wandel. Medhochzwei Verlag GmbH: Heidelberg, S. 127-143.
- Gröning, W., Kromark, K., Conrad, N. (2012), Älter werden im Pflegeberuf – Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen, in BGWthemen, 01/2012, Hamburg.
- Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., Büscher, Stelzig, A., Kümmerling, A., Müller, B.-H. (2005), Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. NW Verlag Bremerhaven. 135-146.
- Holz, M. (2007), Leistungs- und Erwerbsfähigkeit älterer Mitarbeiter, in M. Holz, P. Da-Cruz, (Hrsg.), Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderung für die strategische Personalplanung. Gabler Verlag: Wiesbaden, 1. Auflage, S. 37 – 51.
- Hug, J. (2012), Demografieorientiertes Personalmanagement im Pflegedienst in P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 231-241.
- Ilmarinen, J., Tempel, J (2002), Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben. Hamburg: VSA, S. 245.
- Kielmannsegg, P. G. (2008), Vorwort, in U. M. Staudinger, H. Häfner (Hrsg.), Was ist Alter(n)? – Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 5 – 8.

- Leidig, S. (2007), Vorurteile, selbsterfüllende Prophezeiungen und Lösungen – Zur Psychologie des Umgangs mit „älteren“ Mitarbeitern, in M. Holz, P. Da-Cruz (Hrsg.), Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderung für die strategische Personalplanung. Gabler Verlag: Wiesbaden, 1. Auflage, S. 99 – 109.
- Metz, A.-M., Kunze, D., Hamann, L., Gehltomholt, E., Urbach, T. (2012), Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften, Berlin.
- Möller, S. (2010), Einfach ein gutes Team – Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen, Top im Gesundheitsjob. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 36-73.
- Mummert, R. (2011), Studie – Personalmanagement ist für Klinikchefs das Wichtigste, Online im Internet: http://www.kma-online.de/nachrichten/management/studie-personalmanagement-ist-fuer-klinikchefs-das-wichtigste___id__25639___view.html [Stand: 30.11.2012].
- Naegler, H. (2008), Personalmanagement im Krankenhaus – Grundlagen und Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, 1. Auflage.
- o.V. (2007), Zukunft für das Krankenhaus – Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation; Eine Studie gefördert durch die Robert Bosch Stiftung. HWP Planungsgesellschaft mbH: Stuttgart, 1. Auflage.
- o.V. (2011), Gesunde Alte im Betrieb – ohne sie geht es demnächst nicht mehr, in Ärzte Zeitung online (Hrsg.), Online im Internet: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/personalfuehrung/article/664495/gesunde-alte-betrieb-geht-demnaechst-nicht.html, [Stand: 30.11.2012].
- Saß, A.-C., Wurm, S., Ziese, T. (2009), Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Entwicklung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, T. Ziese (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Schönberg, G., (2012), Personalentwicklung als Chance für das Krankenhaus, in: Hellmann, Hoefert (Hrsg.) Das Krankenhaus im demografischen Wandel. Medhochzwei Verlag GmbH: Heidelberg, S. 167-184.

- Schrappe, M. (2004), Zum Zusammenhang zwischen Führung, Arbeitsbedingungen und Qualität der Krankenhausarbeit. In B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer, 2004, S. 11-123.
- Schulte, K., Hauser, F., Kirsch, J. (2009), Was macht Unternehmen zu guten Arbeitgebern? Empirische Befunde über die wichtigsten Determinanten einer erfolgreichen Arbeitsplatzkultur, *Wirtschaftspsychologie* (3), S. 17-30.
- Sisignano, A. (2008), Management und Kommunikation Erfolgsstrategien für die Klinik der Zukunft – Marketing, Krisen-PR, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Change Management, Corporate Identity, Human Relations, Führung und Kommunikationskultur. CW Haarfeld: Unterschleißheim, München, 1. Auflage.
- Simon, R., Tackenberg, P., Hasselhorn H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A., und Müller, B.H. (2005), Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal: <http://www.next.uni-wuppertal.de>.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2.
- Statistisches Bundesamt (2009), Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012), Bevölkerung nach Altersgruppen, Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev01.html>, [Stand: 29.07.2013].
- Statistisches Bundesamt (2013a), Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, Online im Internet: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_312&OPINDEX=5&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_340&D.000=ACROSS&D.001=PAGE&D.002=DOWN&D.003=PAGE&D.972=PAGE&D.946=DOWN&D.100=ACROSS, [Stand: 20.08.2013].
- Statistisches Bundesamt (2013b), Gesundheit – Personal, Fachserie 12, Reihe 7.3.2, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2013c), Grunddaten der Krankenhäuser 2011, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., D'hoore, W. (2000), Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49 (2000), 1, S. 37-43.
- Weigl, M., Müller, A. (2005), Arbeit und Gesundheit alternder Belegschaften – Maßnahmen und Gestaltungsmöglichkeiten, in: Hellmann, Hoefert (Hrsg.) *Das Krankenhaus im demografischen Wandel*. Medhochzwei Verlag GmbH: Heidelberg, S. 65-87.
- Weigl, M., Müller, A. (2011), Gesund und leistungsfähig im (oder trotz) Pflegeberuf bleiben: Problemlage und Gestaltungsansätze. *Intensiv - Zeitschrift für Intensivpflege*, 19(1), S. 24-27.
- Zimber, A., Weyerer, S. (1998), *Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen - Ergebnisse einer Verlaufsstudie*. Kuratorium Deutsche Altenhilfe: Köln.