

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Studiengang Pflegeentwicklung und Management (B.A.)

Bachelor-Thesis

Work-Life-Balance für Pflegende im Krankenhaus

- Analyse und Identifikation von geeigneten Strukturen -

Tag der Abgabe: 18.08.2017

Vorgelegt von: Judith Klawitter



Erstprüfer: Prof. Dr. Anja Behrens-Potratz

Zweitprüfer: Prof. Dr. Kirsten Kopke

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Praktische Relevanz der Thematik	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	2
1.3 Methode und Aufbau	2
2 Eingrenzung und Relevanz der Work-Life-Balance	3
2.1 Begriffsklärung Work-Life-Balance.....	3
2.2 Bedeutung von angewandter Work-Life-Balance	5
2.2.1 Für Mitarbeiter.....	5
2.2.2 Für Unternehmen.....	6
2.2.3 Für die Gesellschaft	7
3 Mögliche Work-Life-Balance-Maßnahmen in einem Unternehmen.....	7
3.1 Flexibilisierung der Arbeit durch Arbeitszeitmodelle	8
3.1.1 Chronometrische Arbeitszeitmodelle	9
3.1.2 Chronologische Arbeitszeitmodelle	10
3.1.3 Arbeit auf Abruf, Kombinierte Arbeitszeitmodelle und weitere.....	11
3.2 Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung	13

3.2.1	Qualifizierungsangebote und Wiedereinstiegsprogramme.....	14
3.2.2	Flankierende Serviceangebote	14
3.2.3	Instrumente zur Gesundheitsprävention	16
4	Analyseverfahren.....	16
4.1	Arbeitsplatzanalyse — Strukturen für Pflegende im Krankenhaus.....	17
4.2	Bedarfsanalyse — Bedürfnisse und Belastungen von Pflegekräften auf Normalstationen im Krankenhaus	21
5	Identifikation geeigneter Work-Life-Balance-Maßnahmen für den Pflegedienst im Krankenhaus	26
6	Best-Practice-Untersuchung	35
7	Kritische Würdigung der Analyse	38
8	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	39
	Quellenverzeichnis	42
	Anhang	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Eignung von chronometrischen Arbeitszeitmodellen	27
Abbildung 2 Analyse der Eignung von chronologischen Arbeitszeitmodellen	28
Abbildung 3 Analyse der Eignung von Arbeit auf Abruf, kombinierten Arbeitszeitmodellen und weiteren	30
Abbildung 4 Analyse der Eignung von Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung (ohne Gesundheitsprävention)	32
Abbildung 5 Analyse der Eignung von Maßnahmen der Gesundheitsprävention	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Eigene Berechnung der Altersstruktur in relevanten Pflegeberufen nach Statistisches Bundesamt (2017).....	18
Tabelle 2 Best-Practice-Vergleich.....	36
Tabelle 3 Recherchekomponenten zur Fragestellung.....	52
Tabelle 4 Suchverlauf LIVIVO 11.04.2017	52
Tabelle 5 Eigene Darstellung der Voraussetzungen sowie Vor- und Nachteile der Arbeitszeitmodelle nach BAuA (2013).....	55
Tabelle 6 Eigene Darstellung der Vor- und Nachteile von ausgewählten WLB-Maßnahmen nach Prognos AG (2005a)	62
Tabelle 7 Recherchekomponenten zur Bedarfsbestimmung im Pflegeberuf	64
Tabelle 8 Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus ohne ersichtliche WLB-Komponente	65

Abkürzungsverzeichnis

AltTZG	Altersteilzeitgesetz
AN	Arbeitnehmer
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BfA	Bundesversicherung für Angestellte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Cluster KH	Cluster, die Strukturen im Krankenhaus betreffen
Cluster PD	Cluster, die Bedürfnisse und Belastungen im Pflegedienst betreffen
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus
MA	Mitarbeiter
NRW	Nordrhein-Westfalen
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
WFK	Work-Family-Konflikt
WLB	Work-Life-Balance

1 Einleitung

1.1 Praktische Relevanz der Thematik

Die Engpässe für Fachpersonal in der Krankenpflege deuten bereits heute auf einen echten Fachkräftemangel hin.¹ Ein Grund hierfür ist der demographische Wandel, der nicht nur einen Nachwuchsmangel in den Pflegeberufen zur Folge hat, sondern auch eine erhöhte Anzahl Pflegebedürftiger mit sich bringt.² Umso wichtiger ist es, die Menschen, die sich für den Pflegeberuf entscheiden, für das eigene Unternehmen zu gewinnen und dort zu halten, um auch in Zukunft konkurrenzfähig zu sein. Dies gelingt mit guten Arbeitsbedingungen, denn der Wunsch den Arbeitgeber zu wechseln ist stärker ausgeprägt, werden die Arbeitsbedingungen als schlecht wahrgenommen.³ 78 % der Beschäftigten, die ihr Arbeitsverhältnis als gut beschreiben, können gleichzeitig ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeits- und Privatleben angeben,⁴ welches den Beitrag von WLB (Work-Life-Balance)-Strukturen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen unterstreicht.

Tivig et al.⁵ haben erkannt, dass die Ausweitung der Arbeitszeit ein wichtiges Kompensationspotenzial entgegen des Fachkräftemangels in der Pflege darstellt, denn nahezu die Hälfte der Pflegefachkräfte arbeitet in Teilzeit. Bei einem Frauenanteil von bis zu 86 % in den Pflegeberufen⁶ und der Prämisse, dass die Kindererziehung weiterhin überwiegend in Frauenhand liegt,⁷ kann die hohe Teilzeitquote teilweise mit fehlenden Betreuungsstrukturen begründet werden. Auch hier existieren WLB-Maßnahmen, die die Ausweitung der Arbeitszeit fördern und unterstützen.

Um dem Fachkräftemangel im eigenen Unternehmen schon jetzt entgegenzuwirken, gilt es unter anderem durch WLB-Strukturen krankheits- oder familienbedingte Fehlzeiten zu reduzieren, Mitarbeiter zu binden und die Arbeitszeitkapazität zu erhöhen.

¹ Vgl. ua. Bundesagentur für Arbeit (2017), S. 13, 14, 26, www.statistik.arbeitsagentur.de..., abgerufen am 11.08.2017; Isfort (2016), S. 158; Tivig et al. (2013), S. 48.

² Vgl. Afentakis/Maier (2010), S. 997.

³ Vgl. Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015), S. 2, www.etracker.de..., abgerufen am 01.07.2017.

⁴ Vgl. Fuchs (2007), S. 6, www.etracker.de..., abgerufen am 02.06.2017.

⁵ Vgl. Tivig et al. (2013), S. 11–48.

⁶ Vgl. ua. Afentakis/Maier (2010), S. 995; Tivig et al. (2013), S. 52.

⁷ Vgl. Keller/Haustein (2012), S. 1080–1083.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

In der Literatur sind diverse WLB-Maßnahmen aufgeführt. Durch verschiedene Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der Beschäftigten in Unternehmen, kann ein Theorie-Praxistransfer jedoch nicht eins zu eins umgesetzt werden. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen für die Ausarbeitung:

1. Welche WLB-Maßnahmen sind auf Normalstationen im Krankenhaus struktural möglich?
2. Welchen Bedarf an WLB-Maßnahmen haben Pflegende auf Normalstationen im Krankenhaus?

Die konklusive Fragestellung aus 1. und 2. lautet:

3. Welche WLB-Maßnahmen sind mit den Strukturen im Krankenhaus und den Bedürfnissen von Pflegenden auf Normalstationen vereinbar?

Ziel der Arbeit ist die Analyse und Identifikation von geeigneten WLB-Strukturen für den Pflegedienst der Normalstationen im Krankenhaus.

1.3 Methode und Aufbau

Im Vorfeld wurde eine systematische Literaturrecherche vorgenommen und im Verlauf frei weiter recherchiert. Es wurden die Datenbanken Cinahl, CareLit, LIVIVO, econbiz und econstor genutzt. Die Suche wurde auf Beluga und den gemeinsamen Verbundkatalog ausgeweitet. Die Suchbegriffe, die mithilfe eines abgewandelten PICO (Population – Intervention – Comparison – Outcome)-Schemas hergeleitet wurden, sind in Tabelle 3 dargestellt. Tabelle 4 zeigt exemplarisch den Suchverlauf bei LIVIVO. Beide Tabellen sind im Anhang zu finden.

Zunächst soll die Begrifflichkeit WLB geklärt werden und Vorteile einer WLB-Kultur in Unternehmen herausgearbeitet werden. Daraufhin werden mögliche WLB-Maßnahmen vorgestellt, wie sie in jedem Unternehmen zu finden sein könnten. Im nächsten Schritt erfolgt das Analyseverfahren. Mit einer Arbeitsplatzanalyse von Normalstationen im

Krankenhaus sollen organisationsbedingte Gegebenheiten aufgezeigt werden. In der Bedarfsanalyse werden Bedürfnisse und Belastungen von Pflegenden auf Normalstationen im Krankenhaus herausgearbeitet. Das Analyseverfahren bildet die Grundlage für die Argumentation der identifizierten WLB-Maßnahmen im Pflegedienst eines Krankenhauses. Die Ergebnisse werden in einer Best-Practice-Untersuchung angewandt. Im Abschluss erfolgt eine kritische Würdigung, Zusammenfassung und der Ausblick.

2 Eingrenzung und Relevanz der Work-Life-Balance

In diesem Kapitel wird der Begriff Work-Life-Balance definiert und im Anschluss die Bedeutung der Strukturen in einem Unternehmen dargestellt.

2.1 Begriffsklärung Work-Life-Balance

Der Begriff WLB übersetzt sich mit dem Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben und meint ein „ausgewogenes Verhältnis zwischen beruflichen Anforderungen und privaten Bedürfnissen einer Person“.⁸ Ist dieses Verhältnis nicht ausgeglichen, entsteht ein Konflikt zwischen Arbeits- und Familienwelt, der sogenannte Work-Family-Konflikt (WFK).⁹ WLB ist also ein Begriff, der aus der Konflikttheorie entstanden ist. Beim WFK handelt es sich um einen Rollenkonflikt durch die - mehr oder weniger ausgeprägte - Unvereinbarkeit der beruflichen und familiären Rollen. Man geht davon aus, dass die Rollenausübung des einen Bereiches, die Ausübung der anderen Rolle erschwert,¹⁰ beispielsweise durch einen **zeitbasierten** (time-based), einen **beanspruchungsbasierten** (strain-based) oder einen **verhaltensbasierten** (behavior-based) WFK:¹¹

⁸ Dudenredaktion (2017), www.duden.de..., abgerufen am 24.06.2017.

⁹ Vgl. ua. Frone et al. (1992b), S. 723–728; Greenhaus/Beutell (1985), S. 76–86.

¹⁰ Vgl. Greenhaus/Beutell (1985), S. 77.

¹¹ Vgl. Greenhaus/Beutell (1985), S. 77–82.

1. Ein **zeitbasierter** WFK bedeutet, dass zeitliche Erfordernisse einer Rolle die Erfüllung der anderen Rolle erschweren (z. B. aufgrund eines Wochenenddienstes nicht an einer Familienaktivität teilnehmen können).
2. Bei **beanspruchungsbasierten** WFK wirken sich Belastungssymptome einer Rolle auf die andere Rolle aus (z. B. führt Schlafentzug durch ein Kleinkind im Haushalt zu Unkonzentriertheit auf der Arbeit).
3. Von einem **verhaltensbasierten** WFK spricht man, wenn Verhaltensweisen aus einer Rolle auf die Andere übertragen werden (z. B. mit Familienmitgliedern sprechen, als wären sie untergebene Mitarbeiter).

Es wird deutlich, dass die Arbeit das Privatleben (work-to-family conflict) oder das Privatleben die Arbeit (family-to-work conflict) beeinträchtigen kann.¹²

Der Begriff WLB ist teilweise umstritten, weil Arbeit vom Privatleben nicht trennbar ist und daher nicht ausbalanciert werden kann.¹³ Ein anderer verwendeter Begriff ist beispielsweise die Life-Domain-Balance, die unter anderem von Pangert¹⁴ die Ausgeglichenheit der Erwerbsarbeit zu anderen Lebensdomänen beschreibt.

Grundsätzlich ähneln sich die Definitionen für WLB. Die umfangreichste Begriffsdefinition ist die Folgende, die die Grundlage für diese Arbeit bildet:

*„Work-Life-Balance bedeutet eine neue, intelligente **Verzahnung von Arbeits- und Privatleben** vor dem Hintergrund einer veränderten und sich dynamisch verändernden Arbeits- und Lebenswelt. Betriebliche Work-Life-Balance-Maßnahmen zielen darauf ab, **erfolgreiche Berufsbiographien** unter **Rücksichtnahme auf private, soziale, kulturelle und gesundheitliche Erfordernisse** zu ermöglichen. Ein [...] zentraler Aspekt in dieser grundsätzlichen Perspektive ist **die Balance von Familie und Beruf**. Integrierte Work-Life-Balance-Konzepte beinhalten bedarfsspezifisch ausgestaltete **Arbeitszeitmodelle**, eine **angepasste Arbeitsorganisation**, Modelle zur*

¹² Vgl. ua. Frone et al. (1992a), S. 66; Mesmer-Magnus/Viswesvaran (2005), S. 224–228.

¹³ Vgl. ua. Resch/Bamberg (2005), S. 171–175; Wieden (2016), S. 47–61.

¹⁴ Vgl. Pangert et al. (2016), S. 7.

Flexibilisierung des Arbeitsortes [...], Führungsrichtlinien sowie weitere unterstützende und gesundheitspräventive Leistungen für die Beschäftigten.“¹⁵

WLB umfasst entsprechend dieser Definition Maßnahmen zur:¹⁶

- ✓ Flexibilisierung der Arbeitszeit und Möglichkeiten verschiedener Arbeitszeitoptionen im Lebensverlauf
- ✓ Flexibilisierung des Arbeitsortes
- ✓ gezielten Mitarbeiterbindung durch beispielsweise Personalentwicklung, Gesundheitsprävention, flankierende Serviceleistungen und Wiedereinstiegsmöglichkeiten.

2.2 Bedeutung von angewandter Work-Life-Balance

WLB-Maßnahmen rentieren sich nicht nur für die Arbeitnehmer (AN), sondern auch für Arbeitgeber und die Gesellschaft. Inwieweit dies geschieht, wird im Folgenden dargestellt.

2.2.1 Für Mitarbeiter

WLB-Strukturen ermöglichen den Mitarbeitern, Privatleben und Karriere verlässlich zu planen und problemlos zu gestalten. Darunter fallen Aspekte wie Kinderwunsch und Familienplanung, die Weiterbildung und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit sowie die Weiterbeschäftigung im Alter. Insbesondere Frauen profitieren von WLB durch die Gewährleistung einer weiteren Erwerbsbeteiligung mit Kind.¹⁷ Speziell die Flexibilisierung der Arbeitszeit bringt durch Zeitsouveränität sowie der Interessenvertretung und dem Mitspracherecht bei der Arbeitszeitverteilung mehr Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität mit sich. Dies wiederum trägt zur gesunden WLB bei. Ist die Balance gestört, können sich Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit

¹⁵ BMFSFJ (2005b), S. 4, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁶ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 6, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁷ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 6, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

verschlechtern.¹⁸ Eine ausgewogene WLB hat hingegen positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.¹⁹ Flexible Arbeitszeiten fördern die Gesundheit und das Wohlbefinden.²⁰

2.2.2 Für Unternehmen

WLB-Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter ausgerichtet sind, stellen diese zufrieden. Außerdem steigt mit den wahrgenommenen WLB-Angeboten die Bindung an das Unternehmen.²¹ Das hat eine Leistungssteigerung, geringere Abwesenheit und niedrige Fluktuation zur Folge. Durch die vom Arbeitgeber zugestandene Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich beispielsweise der Arbeitszeitgestaltung, werden Mitarbeiter motiviert, womit wiederum die Produktivität gesteigert wird. So entstehen Wettbewerbsvorteile bei der Fachkräftesicherung. Das positive Bild des Mitarbeiters trägt sich in die Öffentlichkeit und führt zu einer Aufwertung des Unternehmensimages. Folglich werden nicht nur Fachkräfte, sondern auch potentielle Kunden geworben.²²

Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement dienen der Verbesserung der Gesundheit und reduzieren dementsprechend Fehlzeiten. Das amortisiert sich mit 2,70 Euro pro investierten Euro in die Gesundheitsförderung.²³ Eine Kosten-Nutzen-Analyse des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)²⁴ hat ergeben, dass verkürzte Abwesenheitszeiten durch schnellen Wiedereinstieg in das Berufsleben deutlich Kosten für die Neubesetzung und Zeit für die Wiedereingliederung reduzieren. Bestehen keine Strukturen für eine betriebliche Gesundheitsförderung, zweifeln die Mitarbeiter eher an ihrer längerfristigen Arbeitsfähigkeit.²⁵

¹⁸ Vgl. BAuA (2013), S. 6.

¹⁹ Vgl. Wöhrmann (2016), S. 44–48.

²⁰ Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 37.

²¹ Vgl. Kühl (2016), S. 280.

²² Vgl. ua. Bevan (1999) zit. nach Prognos AG (2005b), S. 11, www.prognos.com..., abgerufen am 07.08.2017; BMFSFJ (2005b), S. 6, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017; Forst/Hoehner (2003), S. 24, www.family-and-work.de..., abgerufen am 11.08.2017.

²³ Vgl. BKK Dachverband e.V. (11.04.2017), S. 3, www.bkk-dachverband.de..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁴ Vgl. BMFSFJ (2005a), S. 22–23.

²⁵ Vgl. BKK Dachverband e.V. (11.04.2017), S. 2, www.bkk-dachverband.de..., abgerufen am 11.08.2017.

Vielfältige Rückkehrmöglichkeiten nach der Elternzeit verhindern Fluktuationen, halten die Erwerbstätigkeit von Eltern aufrecht und machen Stellenneubesetzungen überflüssig. Daraus resultierend, erübrigt sich der Folgeaufwand von Einarbeitungen und die Rekrutierungen neuer Mitarbeiter. Für mittelgroße Unternehmen wurden in Folge der Einführung von WLB-Maßnahmen Einsparungen bis zu 100.000 Euro berechnet.²⁶

2.2.3 Für die Gesellschaft

Die höhere Erwerbsbeteiligung durch WLB-Maßnahmen bringt mehr Einkommen in den privaten sowie in den Staatshaushalt. Letzteres ermöglicht Investitionen in die Infrastruktur sowie Forschung und Bildung. Auch Steuersenkungen sind möglich. Die Finanzierung des Sozialversicherungssystems verteilt sich auf mehrere Beitragszahler, welches niedrigere Lohnnebenkosten zur Folge haben kann. Die Ausweitung des Erwerbspersonenpotentials und der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen stärkt das gesamtwirtschaftliche Wachstum. Besteht die Möglichkeit Familie und Beruf zu vereinbaren, kann das zum Anstieg der Geburtenrate führen und wiederum dem demographischen Wandel entgegenwirken, welches folglich in späteren Jahren die Zahl der Erwerbstätigen sicherstellt. Neben allgemein gesellschaftlichen Benefits, können auch die gesetzlichen Krankenversicherungen profitieren, indem durch präventive Maßnahmen in den Betrieben, Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen minimiert werden.²⁷

3 Mögliche Work-Life-Balance-Maßnahmen in einem Unternehmen

Im folgenden Abschnitt werden Maßnahmen der WLB-Definition entsprechend vorgestellt, wie sie in jedem Unternehmen vorzufinden sein könnten.

²⁶ Vgl. BMFSFJ (2005a), S. 18, 30-32.

²⁷ Vgl. Prognos AG (2005b), S. 50–141, www.prognos.com..., abgerufen am 07.08.2017.

3.1 Flexibilisierung der Arbeit durch Arbeitszeitmodelle

Unter Flexibilisierung der Arbeitszeit sind verschiedene Arbeitszeitmodelle zu verstehen, die im Umfang oder der zeitlichen Verteilung von der betriebsüblichen Arbeitszeit variieren. Sie können an den Bedarf des Betriebes oder an Mitarbeiterwünsche angepasst sein.²⁸ Letztere Variante trägt zur psychischen Gesundheit der Mitarbeiter bei.²⁹ Die Verbesserung der WLB hängt ebenfalls von den Mitgestaltungsmöglichkeiten der Mitarbeiter ab. Reagieren Arbeitszeiten flexibel auf Anforderungen im Unternehmen, ist die WLB weniger gut, als würde das Unternehmen flexibel auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter reagieren.³⁰ Grundlage für flexible Arbeitszeiten bildet das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 06. Juni 1994, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt (BGBl.) I. In § 1 heißt es hierzu „Zweck des Gesetzes ist es, [...] die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer [...] bei der Arbeitszeitgestaltung zu gewährleisten und die Rahmenbedingungen für flexible Arbeitszeiten zu verbessern sowie den Sonntag und die [...] Feiertage als Tage der Arbeitsruhe und der seelischen Erhebung der Arbeitnehmer zu schützen.“³¹

Im Folgenden werden verschiedene flexible Arbeitszeitmodelle beschrieben. Auf die Verschriftlichung ausschweifender Vor- und Nachteile für AN und Unternehmen wurde im Sinne der Überschaubarkeit verzichtet. Sie sind in Tabelle 5 im Anhang übersichtlich dargestellt. Sind die Ausführungen gering, sind sie im Text eingeflossen. Die Erkenntnisse der Tabelle entstammen, wenn nicht weiter beschrieben, den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen nach BAuA (2013).³²

²⁸ Vgl. BAuA (2013), S. 10.

²⁹ Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 52.

³⁰ Vgl. BAuA (2013), S. 17.

³¹ ArbZG vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), das zuletzt durch Artikel 12a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist.

³² Vgl. BAuA (2013), S. 26–55.

3.1.1 Chronometrische Arbeitszeitmodelle

Im nächsten Abschnitt werden Arbeitszeitmodelle beschrieben, die gegenüber der betriebsüblichen Dauer der Arbeitszeit verändert sind.³³

Beim **Teilzeit-Modell** ist die Arbeitszeit geringer als betrieblich vereinbart. Es handelt sich um eine Arbeitszeitverkürzung. Die Verteilzeiträume können der Tag, die Woche, der Monat, das Jahr oder auch die Lebensarbeitszeit sein. Bei der vollzeitnahen Teilzeit wird mehr als 30 Wochenstunden gearbeitet. Bei einer Halbtagsstelle ist der AN 10-15 Stunden pro Woche³⁴ oder wirklich die Hälfte der Regelarbeitszeit erwerbstätig.³⁵

Das **Kurzarbeit-Modell** bietet dem Unternehmen die Möglichkeit die übliche Arbeitszeit zu reduzieren, um einem entstanden erheblichen Arbeitsmangel, der nicht branchen- und betriebsüblich oder saisonbedingt ist, entgegenzuwirken. Die AN erhalten von der Bundesagentur für Arbeit Kurzarbeitergeld als Lohnausgleich. Die Auszahlung dieser Leistung ist auf sechs Monate begrenzt. So können Entlassungen vermieden werden und bei Bedarf steht qualifiziertes Personal zur Verfügung.³⁶

Bei der **Mehrarbeit** handelt es sich um jene Arbeitszeit, die über die gesetzlich, tariflich oder vertraglich geregelte Arbeitszeit hinausgeht. Sie bedarf der Zustimmung des Betriebsrats. Unternehmen können mithilfe der Mehrarbeit Auftragsspitzen ausgleichen.³⁷

Grundlage des **Altersteilzeit-Modells** bildet das Altersteilzeitgesetz (AltTZG). Mit dem Modell soll ein gleitender Übergang von Erwerbsleben in die Altersrente ermöglicht werden. Es handelt sich also um eine Teilzeitvariante für ältere Arbeitnehmer ab dem 55. Lebensjahr und endet mit dem Eintritt in den Ruhestand. Die Arbeitszeit wird auf die Hälfte verringert. Gegebenenfalls erfolgt eine Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit, wenn die Einstellung eines sonst Arbeitslosen erfolgt.³⁸ Grundsätzliche Intention ist, die Arbeitsplatzgestaltung an die veränderten sensorischen und motorischen

³³ Vgl. Wildemann (1991), S. 45, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

³⁴ Vgl. BAuA (2013), S. 26–27.

³⁵ Vgl. Wildemann (1991), S. 45, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

³⁶ Vgl. BAuA (2013), S. 32–33.

³⁷ Vgl. BAuA (2013), S. 34–35.

³⁸ Vgl. AltTZG vom 23. Juli 1996 (BGBl. I S. 1078), das zuletzt durch Artikel 151 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist.

Fähigkeiten des AN anzupassen. Die Arbeitszeit sollte insbesondere hinsichtlich der Lage und Dauer der individuellen Leistungsfähigkeit angepasst sein. Es bestehen drei Möglichkeiten der Arbeitszeitverteilung. Entweder arbeitet der AN den gesamten Zeitraum 50 %, verringert schrittweise die Arbeitszeit oder er arbeitet die erste Hälfte weiter in Vollzeit und die zweite Hälfte der Altersteilzeit gar nicht mehr (Blockaltersteilzeitmodell). Letztere Variante scheint allerdings zweckentfremdet, da das Gleiten in den Ruhestand ausbleibt.³⁹

3.1.2 Chronologische Arbeitszeitmodelle

Bei dieser Art von Arbeitszeitmodellen wird die Lage der individuellen Arbeitszeiten verändert.⁴⁰

Gleitzeit besteht aus Zeiten der Anwesenheitspflicht (Kernarbeitszeit) und selbstbestimmter Zeit (Gleitzeitspannen). Sie ist auch für Schichtarbeiter möglich durch Absprachen oder Springer.⁴¹

Bei der **Funktionszeit** handelt es sich um eine Variante des Gleitzeit-Modells. Es gibt jedoch keine Kernarbeitszeit mit Anwesenheitspflicht für einzelne Mitarbeiter, sondern Funktionszeiten in denen die Funktionsfähigkeit der Bereiche gegeben sein muss. Die Mitarbeiter sprechen ihre Anwesenheitszeiten untereinander ab.⁴²

Zur **Schichtarbeit** gehört „jede Form der Arbeitsgestaltung kontinuierlicher oder nicht kontinuierlicher Art mit Belegschaften, bei der Arbeitnehmer nach einem bestimmten Zeitplan, auch im Rotationsturnus, sukzessive an den gleichen Arbeitsstellen eingesetzt werden, so dass sie ihre Arbeit innerhalb eines Tages oder Wochen umfassenden Zeitraums zu unterschiedlichen Zeiten verrichten müssen.“⁴³ Schichtarbeit umfasst also alle Arbeitszeitformen, die wechselnd oder konstant, aber zu ungewöhnlichen Zeiten, stattfinden. Beim Zwei-Schichtsystem wird meist in Früh- und Spätschicht gearbeitet. Im

³⁹ Vgl. BAuA (2013), S. 30–31.

⁴⁰ Vgl. Wildemann (1991), S. 50, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

⁴¹ Vgl. BAuA (2013), S. 36–37.

⁴² Vgl. BAuA (2013), S. 38–39.

⁴³ Artikel 2 Nr. 5 der Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung vom 04. November 2003 (ABl. Nr. L 299 S. 9).

Drei-Schichtsystem wird zwischen Früh-, Spät- und Nachtschicht gewechselt. Wird der Betrieb dauerhaft aufrecht erhalten, spricht man von vollkontinuierlicher Schichtarbeit.⁴⁴

Das **7/7-Arbeitszeitmodell** ist eine besondere Form des Schichtdienstes. Explizit handelt es sich um ein Zwei-Schichtsystem, dass sich an Arbeitszeitmodellen von Polizei und Feuerwehr anlehnt. Die Mitarbeiter haben sieben Tage hintereinander für zehn Stunden Dienst inkl. zwei Stunden Pausenzeit. In der Folgewoche folgt der Freizeitausgleich abzüglich des Dokumentationstages. Teilzeitarbeitende arbeiten bspw. 8,5 Stunden (inkl. eine Stunde Pause) oder sie arbeiten sechs Tage voll und haben dementsprechend acht Tage frei.⁴⁵

Geteilte Dienste gestalten sich folgendermaßen: an einem Tag werden zwei kurze Blöcke gearbeitet, damit die zulässige Höchstarbeitszeit nicht überschritten wird, gilt die Zeit zwischen den Blöcken als Ruhe- oder Pausenzeit.⁴⁶ Aus gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen wird von geteilten Diensten abgeraten.⁴⁷

3.1.3 Arbeit auf Abruf, Kombinierte Arbeitszeitmodelle und weitere

Kombinierte Arbeitszeitmodelle variieren die Arbeitszeit hinsichtlich Lage und Dauer.⁴⁸ Bei der Arbeit auf Abruf muss der AN in kurzer Zeit die Arbeit aufnehmen können. An welchem Ort er sich bei Abrufempfang aufhalten muss, hängt von der Art des Dienstes ab.⁴⁹

Der **Bereitschaftsdienst** gehört zur Arbeit auf Abruf. Der Arbeitgeber gibt vor, wo sich der AN während des Bereitschaftsdienstes aufzuhalten hat. Meist ist der Aufenthaltsort die Einrichtung selbst, damit die Arbeit im Bedarfsfall zügig aufgenommen werden kann.⁵⁰ Sie

⁴⁴ Vgl. BAuA (2013), S. 47.

⁴⁵ Vgl. Weiß (2014), S. 54–55.

⁴⁶ Vgl. Michel (2014), S. 30.

⁴⁷ Vgl. Erlass des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW vom 30. Dezember 2013 (III 2 – 8312).

⁴⁸ Vgl. Wildemann (1991), S. 67, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

⁴⁹ Vgl. BAuA (2013), S. 44–45.

⁵⁰ Vgl. BAuA (2013), S. 54.

sind unverzichtbar in Unternehmen, die eine 24-Stunden-Betreuung gewährleisten müssen, aber bieten dem Arbeitnehmer keine Vorteile.⁵¹ Bereitschaftsdienste, auch wenn nicht gearbeitet wird, sind Arbeitszeit, entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH).⁵²

Bei **Rufbereitschaft** kann der AN seinen Aufenthaltsort frei wählen, sollte aber gegebenenfalls den Einsatzort zeitnah erreichen können. Hierunter ist auch die Erreichbarkeit per Mobiltelefon zu verstehen. Normalerweise werden Rufbereitschaften über die vereinbarte Arbeitszeit hinaus geleistet.⁵³ Als besondere Form der Rufbereitschaft sei hier die Arbeit auf Abruf zur Kompensierung von kurzfristigen Personalausfällen genannt, wie sie bereits in den Pflegeberufen häufig praktiziert wird.⁵⁴

Die **Jahresarbeitszeit** verteilt die Nettojahresarbeitszeit, abhängig von der Auftragslage, ungleich über das Jahr, wobei das Arbeitsentgelt konstant bleibt.⁵⁵

Bei der Teilzeitvariante des **Job-Sharings** wird ein Arbeitsplatz mit entsprechender Arbeitszeit auf zwei oder mehr Personen verteilt. Die Aufgaben und Arbeitszeiten teilen die Job-Sharer untereinander auf, wenn dies nicht möglich ist, übernimmt diese Aufgabe der Vorgesetzte. Denkbar sind sowohl Halbtagesrhythmen als auch wechselnde Wochen- und Monatsrhythmen innerhalb des gesetzlichen Arbeitszeitrahmens.⁵⁶

Tellearbeit ist ein kombiniertes Arbeitszeitmodell, das zusätzlich zur Lage und Dauer der Arbeitszeit den Arbeitsort flexibilisiert.⁵⁷

Grundlage für **Sabbaticals** bildet das Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG). Laut § 8 TzBfG besteht nach sechs Monaten Betriebszugehörigkeit die Möglichkeit zur Arbeitszeitverringerung. Der Arbeitgeber muss zustimmen und die Verteilung mit dem AN festlegen. Es sei denn dem stehen betriebliche Gründe gegenüber. Hierbei darf der Arbeitsablauf oder die Sicherheit im Betrieb nicht beeinträchtigt werden oder

⁵¹ Vgl. BAuA (2013), S. 54.

⁵² Vgl. EuGH vom 09.09.2003 – C-151/02 [Jaeger] – EuGHE I 2003, Slg. 2003, I-8389.

⁵³ Vgl. BAuA (2013), S. 55.

⁵⁴ Vgl. Dolezalek-Frese et al. (2014), S. 6, <https://www.dbfk.de...>, abgerufen am 11.08.2017.

⁵⁵ Vgl. BAuA (2013), S. 45–46.

⁵⁶ Vgl. BAuA (2013), S. 28–29.

⁵⁷ Vgl. BAuA (2013), S. 50–51.

unverhältnismäßige Kosten verursachen.⁵⁸ Es handelt sich um arbeitsfreie Zeit mit Abwesenheit vom Arbeitsplatz außerhalb der tariflichen Urlaubszeiten und weiterbestehender Betriebszugehörigkeit, also einen längeren bezahlten Sonderurlaub.⁵⁹ Dazu wird entweder über einen Zeitraum auf einen Teil des Gehalts verzichtet, dann muss der AN in der Freistellungsphase nicht arbeiten, erhält aber das gekürzte Gehalt weiter⁶⁰ oder Überstunden werden eingelöst.⁶¹ Das Ausmaß der Auszeit kann stark variieren. Von einem Kurzsabbatical (ein bis drei Monate), über ein Sabbatical (bis zum zwölften Monat) bis zum eigentlichen Sabbatjahr (ab dem zwölften Monat).⁶² Auch die Verwendung der Zeit variiert. Sabbaticals können für Privat- (Regeneration, Kinderbetreuung, Neuorientierung, Projekte) oder Weiterbildungszwecke (Qualifizierung, berufliche Neuorientierung) genutzt werden. Hauptsache die Selbstverwirklichung steht im Vordergrund.⁶³ Eine weitere Motivation kann aber auch der Abstand von Problemen im Betrieb sein.⁶⁴

Zwei Drittel der Unternehmen glauben, dass die Bedeutung von Sabbaticals in Zukunft zunehmen wird.⁶⁵ Der Hauptgrund für die Einführung ist die Unterstützung der Mitarbeitermotivation, gefolgt vom Beitrag zur WLB und Steigerung der Mitarbeiterbindung.⁶⁶

3.2 Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung

Im Folgenden werden Maßnahmen, die speziell auf die Mitarbeiterbindung abzielen, vorgestellt. Zur Verdeutlichung, wie die einzelnen Instrumente aussehen können, werden Beispielangebote herangezogen, wie sie in Unternehmen umgesetzt worden sind. Eine

⁵⁸Vgl. Teilzeit- und Befristungsgesetz vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1966), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist.

⁵⁹ Vgl. ua. BMFSFJ (2005b), S. 15, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017; Klenner et al. (2002), S. 176–177, 193, www.boeckler.de..., abgerufen am 05.07.2017.

⁶⁰ Vgl. Klenner et al. (2002), S. 175, www.boeckler.de..., abgerufen am 05.07.2017.

⁶¹ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 177, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁶² Vgl. Klenner et al. (2002), S. 178, www.boeckler.de..., abgerufen am 05.07.2017.

⁶³ Vgl. ua. BMFSFJ (2005b), S. 15–16, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017; Siemers (2005), S. 119–274.

⁶⁴ Vgl. Klenner et al. (2002), S. 193, www.boeckler.de..., abgerufen am 05.07.2017.

⁶⁵ Vgl. Schaaf (2013), S. 56.

⁶⁶ Vgl. Schaaf (2013), S. 50.

umfangreiche Ausarbeitung zu den Vorteilen der Maßnahmen finden sich in Tabelle 6 im Anhang. Die Tabelleninhalte stammen aus Untersuchungen der Prognos AG.⁶⁷

3.2.1 Qualifizierungsangebote und Wiedereinstiegsprogramme

Unter Qualifizierungsangebote fallen Aspekte der Personalentwicklung. Glaubwürdige Entwicklungsmöglichkeiten können die Mitarbeiterbindung erhöhen und die Einsatzmöglichkeiten im Betrieb vergrößern.⁶⁸ Bei der Sparkasse Saarbrücken bspw. können Beschäftigte in Elternzeit an fachlichen Fortbildungen und frauenspezifischen Seminaren teilnehmen.⁶⁹

Zur Förderung und Erleichterung des Wiedereinstiegs in die Erwerbstätigkeit können Wiedereinstiegsprogramme eingeführt werden. Die Gründe der beruflichen Auszeit reichen dabei von Elternzeit bis zum Sabbatical.⁷⁰ Bei der Bundesversicherung für Angestellte (BfA) gibt es ein Eingliederungsmanagement nach langfristiger Erkrankung. Die Voith AG bietet hingegen ein Eingliederungsmanagement gegen Ende der Elternzeit an, bei dem Informations- und Bildungsmaßnahmen stattfinden, um den Mitarbeiter auf den neuesten Stand der Entwicklungen im Unternehmen zu bringen.⁷¹ Die Sparkasse Saarbrücken bietet zudem Kontakthalte-Programme während Abwesenheitsphasen an.⁷²

3.2.2 Flankierende Serviceangebote

Flankierende Serviceangebote sind Begleitangebote eines Unternehmens, die sich zwar auf die Erwerbstätigkeit auswirken, diese aber nicht ausgestalten.⁷³ Die Erwerbsfähigkeit wird durch flankierende Serviceangebote unterstützt, indem sie zeitliche Konflikte bei der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben und damit Stressfaktoren minimieren.⁷⁴

⁶⁷ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 35–65, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

⁶⁸ Vgl. Prognos AG (2005b), S. 15, www.prognos.com..., abgerufen am 07.08.2017.

⁶⁹ Vgl. BMFSFJ (2005a), S. 21.

⁷⁰ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 35–36, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

⁷¹ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 21, 25, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁷² Vgl. BMFSFJ (2005a), S. 21.

⁷³ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 40, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

⁷⁴ Vgl. Prognos AG (2005b), S. 62, www.prognos.com..., abgerufen am 07.08.2017.

3.2.2.1 Familienservices

Unter Familienservices fallen die pflegerische Betreuung oder Versorgung von Angehörigen und die Betreuung von Kindern.

Maßnahmen für die Versorgung pflegebedürftiger oder betreuungsbedürftiger Angehörige sind bspw. die Vermittlung von Pflegediensten oder Belegplätze in Altenheimen.⁷⁵

Möglichkeiten zur Sicherstellung der Betreuung von Kindern stellen ein betriebseigener Kindergarten oder Hort, Belegplätze im Kindergarten, Kinderbetreuung in Notfallsituationen, Kooperationen mit Familienservice, Unterstützung von Elterninitiativen, Freizeitangebote für Kinder sowie Kinder im Betrieb und Eltern-Kind-Arbeitszimmer dar.⁷⁶ Die Commerzbank bietet neben einem langfristigen Betreuungsplatz in den betriebseigenen Kindertagesstätten mit weit gefassten und flexiblen Öffnungszeiten, auch eine spontane Betreuung von Kindern an. Für Kinder bis zwölf Jahre besteht ein Betreuungsservice von 7-19 Uhr. Zusätzlich erhalten Eltern hier Zuschüsse zu Kinderbetreuungskosten und eine kostenfreie Beratung und Vermittlung zum Thema Kinderbetreuung. Die Commerzbank gibt an, dass sich die Kindertagesstätte allein durch den vermiedenen Arbeitsausfall rechnet. Die Fraport AG hat ihre Öffnungszeiten für die spontane Betreuung an Flughafenzeiten angepasst. Sie öffnen von 6-22 Uhr. Dabei entstehen Kosten von fünf Euro für die Anmeldung und 2,50 Euro für je eine Mahlzeit. Das Angebot kann auch von anderen Unternehmen in Flughafennähe genutzt werden.⁷⁷

3.2.2.2 Haushaltsnahe Dienstleistungen

Die Begrifflichkeit haushaltsnahe Dienstleistungen stammt aus dem Einkommensteuergesetz (EStG) § 35a. Demnach handelt es sich um Tätigkeiten im privaten Haushalt, die von Dienstleistern ausgeführt werden.

Haushaltsnahe Dienstleistungen umfassen z. B. Angebote zum Fensterputzen, Essen (Essen mit der Familie im Unternehmen oder zum Mitnehmen), Gärtnern und für die

⁷⁵ Vgl. Forst/Hoehner (2003), S. 21, www.family-and-work.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁷⁶ Vgl. Forst/Hoehner (2003), S. 21, www.family-and-work.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁷⁷ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 48–50, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

private Wäsche.⁷⁸ Sie sind insbesondere geeignet für Mitarbeiter mit zeitintensiven beruflichen Anforderungen oder solchen mit ungünstig gelegenen Arbeitszeiten.⁷⁹ Sie reduzieren Stress durch die Entlastung in der Domäne Privatleben und führen so zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung des Mitarbeiters.⁸⁰

3.2.3 Instrumente zur Gesundheitsprävention

Zunächst sind **Fitnessangebote und Betriebssport** zu nennen. Auf Grund des steigenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung und der demographischen Entwicklung sind solche Angebote zu empfehlen. Dem gegenüber steht die Finanzierungsfrage. **Programme zur Förderung gesundheitlicher Kompetenzen** lassen sich leicht als Trainings- oder Schulungsmodul umsetzen. Der BfA bietet im Rahmen dieser Angebote verhaltenspräventive und verhältnispräventive Maßnahmen, die der Prävention von Skelett- oder Muskelerkrankungen durch Rückenschulen und Bewegungsübungen dienen. Weitere Angebote sind Entspannungstraining und Seminare zum Zeit- oder Stressmanagement. Im Bereich **Gesundheits-Check** ist die Bertelsmann AG Vorreiter. Mit Screenings zu Erkrankungsrisiken geht die Leistung über die betriebsärztlichen Untersuchungen hinaus. Gesundheits-Checks sind dahingehend sinnvoll, da das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung ebenso steigt, wie die Lebensarbeitszeit. Weiterhin sind **Aktionstage zum Thema Gesundheit** zu nennen, zu den leicht umsetzbare Instrumente der Gesundheitsförderung zählen.⁸¹

4 Analyseverfahren

Es handelt sich um eine Sekundäranalyse, für die Studien, die Normalstationen oder den Pflegedienst im Krankenhaus allgemein betreffen, berücksichtigt wurden. Normalstationen sind alle somatischen Abteilungen im Krankenhaus ohne Intensiv- und

⁷⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013), S. 43–44, www.bundesgesundheitsministerium.de..., abgerufen am 25.07.2017.

⁷⁹ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 18, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁸⁰ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 41, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

⁸¹ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 53–65, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

Funktionsabteilung.⁸² Ausgeschlossen sind daher Studien, die sich ausschließlich mit Einrichtungen der Altenpflege, sowie Stationen im Intensivbereich, der Psychiatrie und dem Funktionsdienst befassen. Die gefundenen strukturalen Gegebenheiten im Krankenhaus sowie die Bedürfnisse und Belastungen Pflegender wurden gesammelt und im Anschluss unter Oberbegriffen geclustert. Für die übersichtliche Namensgebung werden die Cluster, die Strukturen im Krankenhaus betreffen, mit Cluster KH abgekürzt und jene für den Pflegedienst mit Cluster PD. Die Tabelle 3 im Anhang zeigt die Suchbegriffe in den Datenbanken zum Analyseteil 4.2 auf. Ist im Folgenden von Normalstationen die Rede, beziehen sie sich auf das Setting Krankenhaus.

4.1 Arbeitsplatzanalyse — Strukturen für Pflegende im Krankenhaus

Das **Cluster KH-Schichtdienst** belegt die betriebliche Notwendigkeit des Schichtdienstes im Krankenhaus. Im Sinne des § 107 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser Einrichtungen, „die mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten.“ Dies macht eine Anwesenheit und Einsatzbereitschaft der Pflegenden rund um die Uhr erforderlich und bedeutet, dass eine vollkontinuierliche Schichtarbeit gewährleistet werden muss. Nur etwa 15 % der Pflegenden im Krankenhaus inkl. Funktionsdienst arbeiten im regelmäßigen Tagdienst.⁸³ Die Schichten werden mit den notwendigen Informationen übergeben.⁸⁴

Das **Cluster KH-Personalstruktur** skizziert die Personalzusammensetzung von Pflegenden auf Normalstationen im Krankenhaus. Die präzise Altersstruktur für Normalstationen im Krankenhaus konnte nicht recherchiert werden. Mit Hilfe der

⁸² Vgl. ua. Grabbe et al. (2005), S. 30–40, <http://epub.sub.uni-hamburg.de...>, abgerufen am 11.08.2017; Simon et al. (2005), S. 12, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

⁸³ Vgl. Simon et al. (2005), S. 36, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

⁸⁴ Vgl. Stab/Hacker (2016), S. 22.

Altersstruktur im Gesundheitswesen allgemein, soll hier durch Berechnungen ein möglicher Querschnitt dargestellt werden. Zum größten Teil arbeiten Gesundheits- und Krankenpfleger, sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in den Krankenhäusern.⁸⁵ Hilfskräfte (Assistenten und Helfer) sind hingegen eher selten vertreten.⁸⁶ Daher wurden in die Berechnung der Altersstruktur Berufe in der Fach- sowie Gesundheits- und Krankenpflege und Fachkinderkrankenpflege einbezogen. Tabelle 1 zeigt die potentielle Altersstruktur für Normalstationen im Krankenhaus. Die Zahlen der Hochrechnung stammen vom Statistischen Bundesamt.⁸⁷

Tabelle 1 Eigene Berechnung der Altersstruktur in relevanten Pflegeberufen nach Statistisches Bundesamt (2017)

Beruf \ Alter	Unter 30	30-40	40-50	50-60	60+
Gesundheits-und Krankenpflege	171.000	170.000	205.000	226.000	56.000
Fachkrankenpflege	8.000	17.000	23.000	24.000	5.000
Fachkinderkrankenpflege	1.000	1.000	12.000	1.000	0.000
gesamt	180.000	188.000	240.000	251.000	61.000
Anteil	20 %	20 %	26 %	27 %	7 %

Die Berechnungen weichen nur geringfügig von der Hochrechnung durch Löffert ab.⁸⁸ Demnach sind etwa 28-34 % der Pflegekräfte im Krankenhaus derzeit älter als 50 Jahre und die Tendenz ist zunächst steigend.⁸⁹ Während in der Next-Studie von 2005 die Stichprobe im Krankenhaus noch jung war und nur 12,5 % der Altersgruppe der über 50-Jährigen angehörten,⁹⁰ waren 2012 in NRW (Nordrhein-Westfalen) 13 % über 55 Jahre alt.⁹¹ Grund hierfür ist der Stellenabbau mit Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups), der insbesondere junge Menschen durch bspw. ausbleibende Übernahmen der Auszubildenden betraf. Dadurch altert die Krankenhauspflege überdurchschnittlich

⁸⁵ Vgl. ua. Isfort (2016), S. 3–4; Simon et al. (2005), S. 33, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017; Statistisches Bundesamt (2017), S. 55–56, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

⁸⁶ Vgl. ua. Isfort (2014a), S. 133; Isfort (2016), S. 3–4; Nock et al. (2013), S. 21.

⁸⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S. 32–33, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

⁸⁸ Vgl. Löffert/Golisch (2013), S. 28, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁸⁹ Vgl. Tivig et al. (2013), S. 49–55.

⁹⁰ Vgl. Simon et al. (2005), S. 8–9, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

⁹¹ Vgl. Isfort (2014a), S. 136.

schnell.⁹² 2012 war der Hauptausstiegsgrund von Pflegenden in NRWs Krankenhäusern der Vorruhestand und die Rente.⁹³

Ein weiterer Teilaspekt der Personalstruktur soll die Geschlechterverteilung darstellen. In den Pflegeberufen ist ein hoher Anteil an Frauen zu verzeichnen (bis zu 86 %).⁹⁴ Frauen sind durchschnittlich geringer beschäftigt als Männer und investieren weiterhin einen großen Anteil ihrer Zeit in Haushaltsführung und Betreuung der Familie.⁹⁵ Bis zu 70 % der Pflegekräfte beenden, teilweise nur vorübergehend, die Berufsausübung für die Kindererziehung oder eine Schwangerschaft.⁹⁶ 40 % der Pflegekräfte leben mit einem oder mehr Kinder in einem Haushalt.⁹⁷

Die Fluktuationsrate von Pflegekräften in Krankenhäusern liegt bei etwa 6 %.⁹⁸

Das **Cluster KH-Arbeitsaufwand** widmet sich der Qualität und Quantität von Aufgaben der Pflegenden. Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)⁹⁹ wurden DRGs eingeführt. Seitdem ist ein erhöhtes Arbeitsaufkommen für Pflegende zu verzeichnen.¹⁰⁰ DRGs führen zu Mehrarbeit für Pflegende durch Personalabbau und fehlender Reduzierung der Aufgaben.¹⁰¹ Zusätzlich kommt es zur Verkürzung der Liegezeiten und einer Fallzahlenerhöhung der Patienten. Sie sind nur noch an den pflegeintensiven Tagen im Krankenhaus und auch die arbeitsintensiven Aufnahme- und Entlassungsprozeduren häufen sich, welche die Arbeitslast steigern.¹⁰² Die Arbeitsbelastung und der Arbeitsaufwand werden durch hohe quantitative Arbeitsanforderungen verschlimmert. So

⁹² Vgl. Isfort/Weidner (2010), S. 6, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017.

⁹³ Vgl. Isfort (2014a), S. 137.

⁹⁴ Vgl. ua. Afentakis/Maier (2010), S. 995; Isfort (2016), S. 3–5; Statistisches Bundesamt (2016), S. 55–57, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017; Statistisches Bundesamt (2017), S. 12, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017; Tivig et al. (2013), S. 52.

⁹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015), S. 145–146, www.destatis.de..., abgerufen am 12.08.2017.

⁹⁶ Vgl. ua. Blum et al. (2004), S. 16–23, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Isfort (2014a), S. 137.

⁹⁷ Vgl. Buxel (2011), S. 51, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

⁹⁸ Vgl. ua. Blum et al. (2004), S. 78–79, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Löffert/Golisch (2013), S. 30, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

⁹⁹ Vgl. GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684) geändert worden ist.

¹⁰⁰ Vgl. ua. Aiken et al. (2012), S. 5; Bartholomeyczik et al. (2008), S. 29, www.baua.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁰¹ Vgl. ua. Bräutigam et al. (2014), S. 42, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Kleinknecht-Dolf et al. (2015), S. 97–101; Statistisches Bundesamt (2016), S. 12, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁰² Vgl. ua. Braun et al. (2008), S. 72; Statistisches Bundesamt (2016), S. 11, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

nehmen die ärztlichen Tätigkeiten sowie Organisation und Dokumentation und damit pflegefremden Tätigkeiten zu.¹⁰³ Dies deckt sich mit Aussagen von Pflegenden. Bis zu zwei Drittel geben an, die anfallende Arbeit in der vorgesehenen Zeit nicht zu schaffen.¹⁰⁴ Fast alle Pflegenden spüren die Zunahme der Arbeitslast.¹⁰⁵ Neben den DRG-abhängigen Stressoren steigert der demographische Wandel die Arbeitsintensität. Patienten mit dementiellen und anderen pflegebedürftigen Erkrankungen nehmen zu.¹⁰⁶

Das **Cluster KH-WLB-Angebote** fasst angebotene WLB-Strukturen und die Wahrnehmung der Angebote durch Pflegende zusammen.

Für Angebote von Jahresarbeitszeit- oder Lebensarbeitszeitkonto-Modellen überwiegt tendenziell Unzufriedenheit bei Pflegenden.¹⁰⁷ Unzureichende Teilzeitangebote haben bei einem Drittel der Berufsaussteiger ziemlich oder sehr zur Entscheidung beigetragen.¹⁰⁸ Andererseits besitzen bspw. 62 % der Krankenhäuser in NRW Strukturen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit. Ein weiterer angebotener Aspekt für flexible Arbeitszeiten ist ein späterer Arbeitsbeginn für Angestellte mit Kindern, der in 39 % der Krankenhäuser in NRW gewährt wird.¹⁰⁹ Altersteilzeitmodelle werden in ein Drittel der Häuser angeboten.¹¹⁰

Etwa 30 % der Pflegenden gibt an notwendige Fort- und Weiterbildungen zu erhalten und mehr als zwei Drittel werden auf der Suche nach passgenauen Fortbildungen nicht vom AG unterstützt. Die finanzielle Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsangeboten geben immerhin 40% der Pflegenden an. Der Qualifizierungsbedarf wird bei einem Drittel der Pflegenden nicht erhoben.¹¹¹ Wiedereinstiegsprogramme bieten etwas mehr als die

¹⁰³ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 76, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Bräutigam et al. (2014), S. 47–48, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Nock et al. (2013), S. 27.; Simon et al. (2005), S. 15, 41–42, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁰⁴ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 77, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 11.

¹⁰⁵ Vgl. Nock et al. (2013), S. 25.

¹⁰⁶ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 75, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Isfort (2014b), S. 37–38, 42–72, www.dip.de..., abgerufen am 12.08.2017; Nock et al. (2013), S. 25–27.

¹⁰⁷ Vgl. Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁰⁸ Vgl. Blum et al. (2004), S. 22–23, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁰⁹ Vgl. Isfort (2016), S. 163.

¹¹⁰ Vgl. Isfort/Weidner (2007), S. 24, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017.

¹¹¹ Vgl. Bräutigam et al. (2014), S. 35, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017.

Hälfte der Krankenhäuser in NRW an.¹¹² Für ältere Mitarbeiter fehlt es an Konzepten und alternativen Einsatzmöglichkeiten, um auf die Anforderungen im Alter zu reagieren.¹¹³

Ein Viertel der Krankenhäuser in NRW halten eine Betriebskindertagesstätte vor und 42 % bieten sogar Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende Angehörige.¹¹⁴ Dennoch beklagt die Hälfte der Berufsausscheider auf Grund von Priorisierung der Kindererziehung fehlende Betreuungsmöglichkeit für Kinder.¹¹⁵

Betriebliche Gesundheitsförderung wird in fast zwei Drittel der Häuser in NRW angeboten.¹¹⁶ Jedoch gibt die Hälfte der Pflegenden fehlende Gesundheitsförderung an.¹¹⁷

4.2 Bedarfsanalyse — Bedürfnisse und Belastungen von Pflegekräften auf Normalstationen im Krankenhaus

Auf Grund der Begriffsdefinition von WLB in Kapitel 2.1 und der Vorstellung der möglichen WLB-Maßnahmen im Unternehmen in Kapitel 3, wurden zur Analyse insbesondere Faktoren zur Arbeitszeitgestaltung, Betreuungssituation, Qualifizierung und Wiedereinstieg sowie zur Gesundheit herangezogen. Belastungsfaktoren, die für die WLB Pflegenden keine Relevanz besitzen oder mit den vorgestellten Maßnahmen nicht zu beheben sind, finden sich in Tabelle 8 im Anhang.

Das **Cluster PD-Belastungen** teilt sich in die Cluster PD-körperliche Belastung sowie PD-psychische Belastungen und Stressfaktoren. Grundsätzlich ist zur Belastungssituation in den Krankenpflegeberufen zu sagen, dass die Belastung deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt.¹¹⁸

¹¹² Vgl. Isfort (2016), S. 163.

¹¹³ Vgl. ua. Isfort/Weidner (2007), S. 24, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017; Isfort/Weidner (2010), S. 44–45, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017.

¹¹⁴ Vgl. Isfort (2016), S. 163.

¹¹⁵ Vgl. Blum et al. (2004), S. 16–17, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹¹⁶ Vgl. Isfort (2016), S. 163.

¹¹⁷ Vgl. BKK Dachverband e.V. (11.04.2017), S. 2, www.bkk-dachverband.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹¹⁸ Vgl. Nolting et al. (2000), S. 18, <http://people.f3.htw-berlin.de>..., abgerufen am 11.08.2017.

Zum **Cluster PD-körperliche Belastung** ist grundsätzlich anzumerken, dass Dreiviertel der Pflegekräfte angeben unter körperlicher Belastung am Arbeitsplatz zu leiden.¹¹⁹ Jeder Fünfte Berufsaussteiger gibt die körperliche Verfassung als Begleitgrund zum Ausstieg an.¹²⁰ Die Betroffenen leiden häufig unter körperlichen und allgemeinen Beschwerden.¹²¹ Sogar die körperliche Erschöpfung wurde angegeben.¹²² Dies resultiert aus den körperlichen Anforderungen, wie z. B. Heben und Tragen, die der Beruf mit sich bringt.¹²³ Zusätzlich kommen Pflegende mit gefährlichen Stoffen, wie Desinfektions- und Reinigungsmittel sowie Chemotherapeutika in Kontakt.¹²⁴

Das **Cluster PD-psychische Belastungen und Stressfaktoren** befasst sich mit psychischen und emotionalen Stressoren. Psychische und emotionale Belastungen entstehen bei Pflegenden durch das Verhalten und den Zustand des Patienten.¹²⁵ Die Konfrontation mit dem Tod, Krankheit und Leiden belastet Pflegende weiterhin.¹²⁶ Auch die Sorge die körperlich belastende Arbeit mit dem 55. Lebensjahr und später noch ausführen zu können ist ein Belastungsfaktor Pflegender.¹²⁷ Zusätzlich wirkt sich zu wenig Zeit für die persönlichen Probleme von Patienten belastend aus,¹²⁸ was an der Zunahme von patientenfernen Tätigkeiten liegt.¹²⁹ Eine weitere Bürde stellt die Schichtarbeit und die Wochenenddienste dar.¹³⁰ Eine lärmende Arbeitsumgebung wird von etwa einem Drittel als störend empfunden.¹³¹ Weiter können Pausen kaum genommen werden oder sie finden

¹¹⁹ Vgl. Münch et al. (2003), S. 133.

¹²⁰ Vgl. Blum et al. (2004), S. 17, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹²¹ Vgl. Nolting et al. (2006), S. 111–112.

¹²² Vgl. Buxel (2011), S. 75, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹²³ Vgl. ua. Grabbe et al. (2005), S. 28, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017; Simon et al. (2005), S. 16, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹²⁴ Vgl. Simon et al. (2005), S. 14, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹²⁵ Vgl. ua. Braun et al. (2004), S. 62; Nolting et al. (2006), S. 111–112; Simon et al. (2005), S. 20, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹²⁶ Vgl. ua. Braun et al. (2004), S. 62; Simon et al. (2005), S. 19, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹²⁷ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 75, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Institut DGB-Index Gute Arbeit (2013), S. 22–23, www.etracker.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹²⁸ Vgl. ua. Münch et al. (2003), S. 133; Bräutigam et al. (2014), S. 54, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹²⁹ Vgl. ua. Braun et al. (2004), S. 47–50; Bräutigam et al. (2014), S. 44–45, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹³⁰ Vgl. ua. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 28, 45–46; Blum et al. (2004), S. 22, 23, 66, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹³¹ Vgl. Simon et al. (2005), S. 13, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

auf der Station mit Unterbrechungen statt.¹³² Zu den Stressoren Zeitdruck und Hetze¹³³ kommt die ständige Infektionsgefährdung.¹³⁴ Der Stress im Allgemeinen sorgt bei mehr als der Hälfte der Pflegekräfte für große Unzufriedenheit.¹³⁵ Die Arbeitsbelastung ist hoch und durch die Mehrarbeit gehen eigene Ruhezeiten zurück, die für die Gesunderhaltung wichtig wären und zur beruflichen Erschöpfung führen können.¹³⁶

Das **Cluster PD-Erkrankungen und Beschwerden** unterteilt sich ebenfalls in körperliche und psychische Erkrankungen. Die Krankheitshäufigkeit und -dauer der Pflegenden steigt.¹³⁷ Sie weisen überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage und etwas mehr stationäre Aufenthalte als andere Berufsgruppen auf.¹³⁸ Vor allem treten gesundheitliche Probleme, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen, im Krankenhaus gehäuft auf.¹³⁹ Pflegende sind zudem psychosomatischen Beschwerden überdurchschnittlich häufig ausgesetzt.¹⁴⁰

Das **Cluster PD-körperliche Erkrankungen und Beschwerden** beinhaltet, dass auf einer neurologischen Station jeder Dritte im Pflegedienst häufig Rückenschmerzen beklagt und nur geringfügig weniger Schulter-Nackenbeschwerden auftreten.¹⁴¹ Pflegende leiden häufig unter Muskel-Skelett-Erkrankungen¹⁴² und Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule.¹⁴³ Auch Erkrankungen der Haut kommen gehäuft vor.¹⁴⁴

¹³² Vgl. ua. Bräutigam et al. (2014), S. 40, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Grabbe et al. (2005), S. 31, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017; Isfort/Weidner (2010), S. 56, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017.

¹³³ Vgl. ua. Blum et al. (2004), S. 18–20, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Braun et al. (2004), S. 62–63; Braun et al. (2008), S. 92; Grabbe et al. (2005), S. 31, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017; Institut DGB-Index Gute Arbeit (2013), S. 22–23, www.etracker.de..., abgerufen am 11.08.2017; Nock et al. (2013), S. 24.

¹³⁴ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 75, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Simon et al. (2005), S. 11, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹³⁵ Vgl. Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹³⁶ Vgl. Redaktion Die Schwester Der Pfleger (2008), S. 506–508.

¹³⁷ Vgl. Isfort/Weidner (2007), S. 21–22, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017.

¹³⁸ Vgl. Braun et al. (2004), S. 173.

¹³⁹ Vgl. Nock et al. (2013), S. 32.

¹⁴⁰ Vgl. Nolting et al. (2000), S. 21, <http://people.f3.htw-berlin.de>..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁴¹ Vgl. Münch et al. (2003), S. 134.

¹⁴² Vgl. Braun et al. (2004), S. 192.

¹⁴³ Vgl. Grabbe et al. (2005), S. 49, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁴⁴ Vgl. ua. Braun et al. (2004), S. 193–195; Grabbe et al. (2005), S. 116, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017.

Zum **Cluster PD-psychische Erkrankungen** ist zunächst die allgemeine Häufung von psychischen Erkrankungen im Pflegedienst zu erwähnen.¹⁴⁵ Jeder Vierte Berufsaussteiger gibt als Begleitgrund zum Ausstieg psychische Erschöpfung an.¹⁴⁶ Der Schichtdienst und andere Faktoren bringen eine hohe Burn-Out-Gefährdung mit sich.¹⁴⁷ Viele Pflegende leiden unter schnellem Ermüden und Schlafstörungen.¹⁴⁸

Wie wichtig Pflegenden die Gesundheitsförderung ist, soll im **Cluster PD-Gesundheitsförderung** analysiert werden. Die Mehrheit der Pflegenden im Allgemeinen geben an, dass ihnen die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wichtig ist. Dennoch nehmen mehr als ein Drittel, wenn Maßnahmen vorhanden sind, nicht daran teil, obwohl die gesundheitliche Gefährdung als hoch eingeschätzt wird. Jene, die auch privat aktiver sind, nehmen tendenziell eher Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung wahr.¹⁴⁹

Wie sich die Strukturen des Krankenhauses auf die Domäne Privatleben auswirkt, soll im **Cluster PD-Vereinbarkeit Familie und Beruf** analysiert werden. Viele Pflegende befinden sich in einem Rollenkonflikt zwischen Arbeit und Familie.¹⁵⁰ Berufsaussteiger geben als Ausstiegsgrund unter anderem Belastungen privater Kontakte und Einschränkungen von Aktivitäten durch die Dienstzeiten an.¹⁵¹ Ein großer Teil Pflegender empfindet die zeitlichen Anforderungen der Lebensbereiche Arbeit und Privatleben, als schlecht vereinbar,¹⁵² was häufige Überstunden nur noch verstärken.¹⁵³ Nahezu die Hälfte der im Krankenhaus arbeitenden Pflegekräfte ist zufrieden mit der Vereinbarkeit der Arbeitszeiten und Privatleben.¹⁵⁴ Zudem ist die freie Zeit durch spontanes Einspringen eingeschränkt planbar.¹⁵⁵ Berufsaussteiger im Forschungsprojekt von Blum¹⁵⁶ gaben an,

¹⁴⁵ Vgl. Braun et al. (2004), S. 192–195.

¹⁴⁶ Vgl. Blum et al. (2004), S. 16–17, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁴⁷ Vgl. ua. Aiken et al. (2012), S. 3; Amlinger-Chatterjee (2016), S. 26–31; Simon et al. (2005), S. 20–21, 46–47, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁴⁸ Vgl. ua. Grabbe et al. (2005), S. 48, <http://epub.sub.uni-hamburg.de>..., abgerufen am 11.08.2017; Münch et al. (2003), S. 134.

¹⁴⁹ Vgl. BKK Dachverband e.V. (11.04.2017), S. 2–3, www.bkk-dachverband.de..., zuletzt geprüft am 10.06.2017.

¹⁵⁰ Vgl. Simon et al. (2005), S. 49–50, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁵¹ Vgl. Blum et al. (2004), S. 22, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁵² Vgl. Nock et al. (2013), S. 32.

¹⁵³ Vgl. ua. Blum et al. (2004), S. 22–23, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Braun et al. (2004), S. 51–52; Braun et al. (2008), S. 70; Isfort/Weidner (2010), S. 53–55, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017; Nock et al. (2013), S. 32; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 11.

¹⁵⁴ Vgl. Simon et al. (2005), S. 36–37, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁵⁵ Vgl. ua. Dolezalek-Frese et al. (2014), S. 6, <https://www.dbfk.de>..., abgerufen am 11.08.2017; Isfort/Weidner (2010), S. 53, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017; Nock et al. (2013), S. 32; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 11.

dass die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger gar nicht bis wenig zum Berufsausstieg beigetragen hat.

Das **Cluster PD-Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Selbstverwirklichung** soll das Qualifizierungspotential von Pflegenden beleuchten. Es fehlen die Unterstützung der Vorgesetzten zur Förderung der beruflichen Entwicklung Pflegender¹⁵⁷ und die flexible Planung der Qualifizierungsangebote.¹⁵⁸ Eine zunehmende Qualifizierung senkt die Bindung an den Beruf. Ein Viertel der Pflegekräfte im Krankenhaus fühlt sich häufig bis immer nicht ausreichend qualifiziert.¹⁵⁹

Im **Cluster PD-Arbeitszeiten** wird die Zufriedenheit Pflegender mit den Arbeitszeiten beleuchtet. Nur ein Drittel der Pflegenden im Krankenhaus kann persönliches Wohlbefinden aus den Arbeitszeiten ziehen,¹⁶⁰ weshalb einer der häufigsten Ausstiegsgründe Pflegender der Wochenenddienst, die Nachtarbeit und die Schichtarbeit darstellt.¹⁶¹ Bei einer Rückkehr in den Pflegeberuf würden zwei Drittel der Berufsaussteiger ausschließlich Frühdienst machen wollen und Spät- sowie Nachtdienste werden eher abgelehnt.¹⁶² Neun von zehn Aussteiger würden, wenn sie in den Pflegeberuf zurückkehren, in Teilzeit arbeiten und 91 % der Pflegenden wünschen sich Teilzeitangebote in ihren Unternehmen.¹⁶³ Pflegende begrüßen die größtenteils vorhandene Einflussnahme auf die Dienstplangestaltung.¹⁶⁴ Flexible Arbeitszeiten (78 %) wünscht sich die Mehrheit der Pflegenden, wobei geteilte Dienste abgelehnt werden.¹⁶⁵ In der Pflege allgemein ist zudem eine hohe Teilzeitquote zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte der Pflegenden arbeiten nicht in Vollzeit.¹⁶⁶

¹⁵⁶ Vgl. Blum et al. (2004), S. 16–17, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁵⁷ Vgl. ua. Bräutigam et al. (2014), S. 35, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Buxel (2011), S. 76, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁵⁸ Vgl. Bräutigam et al. (2014), S. 35, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁵⁹ Vgl. Simon et al. (2005), S. 31, 40–41, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁶⁰ Vgl. Simon et al. (2005), S. 36–37, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁶¹ Vgl. Blum et al. (2004), S. 22–23, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁶² Vgl. Blum et al. (2004), S. 36, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁶³ Vgl. Blum et al. (2004), S. 36, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁶⁴ Vgl. Simon et al. (2005), S. 34–35, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁶⁵ Vgl. Blum et al. (2004), S. 36, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁶⁶ Vgl. ua. Statistisches Bundesamt (2016), S. 51–54, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017; Statistisches Bundesamt (2017), S. 12, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

Für das **Cluster PD-Bedürfnisse Pflegender 60+** wurden die Wünsche, Sorgen und Bedürfnisse der älteren Pflegenden zusammengefasst. Ein großes Thema für Pflegende um die 60 Jahre ist die Altersteilzeit, die wieder Freiräume in der Freizeitgestaltung bietet. Monetäre Einbußen bei Nutzung der Altersteilzeit halten Pflegende im erforderlichen Alter von der Inanspruchnahme ab. Die Gründe für Altersteilzeit sind gesundheitliche Probleme, längere Regenerationsphasen und Leistungsabfall sowie Probleme mit dem Schichtdienst. Mit dem Alter ist auch der Wunsch nach sozialer Teilhabe und regelmäßigen Arbeitszeiten intensiver. Ebenso ist das Bedürfnis nach Weiterentwicklung mit 60 Jahren nicht gestillt. Es besteht der Wunsch nach Wertschätzung und Rücksichtnahme auf Veränderungen im Alter und altersgerechten Fortbildungen beispielsweise mit Computerkursen und durch Gesundheitsförderung.¹⁶⁷

5 Identifikation geeigneter Work-Life-Balance-Maßnahmen für den Pflegedienst im Krankenhaus

In diesem Schritt soll erörtert werden, welche Maßnahmen, sowohl für Normalstationen im Unternehmen Krankenhaus, als auch für Pflegende auf Normalstationen geeignet oder unumgänglich sind. Begründungsgrundlage bilden Vor- und Nachteile der WLB-Maßnahmen sowie der Analyseteil. Strukturen, die uneingeschränkt geeignet erscheinen oder unumgänglich sind, werden in den Abbildungen als Ellipsen dargestellt. Abbildung 1 stellt die Ergebnisse für chronometrische Zeitmodelle dar.

¹⁶⁷ Vgl. Pschichholz et al. (2015), S. 349–350.

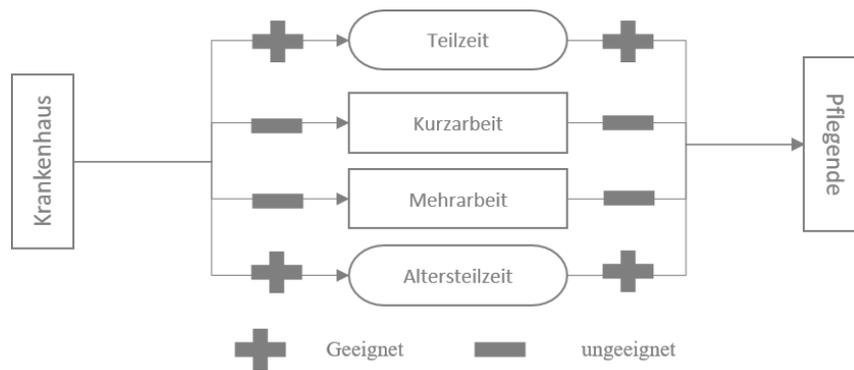


Abbildung 1 Eignung von chronometrischen Arbeitszeitmodellen

Teilzeit-Modelle werden in den Krankenhäusern bereits ermöglicht. Dafür spricht die hohe Teilzeitquote der Pflegenden.¹⁶⁸ Die Vorteile für Unternehmen, die Teilzeit anbieten überwiegen im großen Teil der Unternehmen den Nachteilen.¹⁶⁹ Durch die unumgängliche Schichtarbeit¹⁷⁰ finden Übergaben ohnehin statt und der Nachteil, dass die Fehlerquote durch Übergaben steigt,¹⁷¹ fällt kaum ins Gewicht. Das Cluster PD-Arbeitszeiten zeigt deutlich, dass Pflegenden freiwillig in Teilzeit arbeiten und solche Angebote als wünschenswert empfinden. Ebenso ist Teilzeit für Eltern wünschenswert, was immerhin 40% der Pflegenden im Krankenhaus einschließt. Dementsprechend sind Teilzeitangebote für beide Seiten geeignet.

Für den Krankenhausbetrieb kommen sowohl Kurz- als auch Mehrarbeit nicht in Betracht. Bezüglich der Kurzarbeit ist anzumerken, dass auf Normalstationen im Krankenhaus keine erheblichen Arbeitsausfälle zu erwarten sind. Die Bettenauslastung liegt in Deutschland bei über 90 %.¹⁷² Mehrarbeit kommt nur bei Auftragsspitzen in Betracht, die Betten im Krankenhaus sind jedoch begrenzt und eine Überbelegung lediglich in Katastrophensituationen denkbar. Für die Pflegenden bietet weder Kurz- noch Mehrarbeit einen Mehrwert für die WLB, da sie sich an betriebliche Erfordernisse und nicht die Bedürfnisse der Mitarbeiter richten.¹⁷³

¹⁶⁸ Vgl. Cluster PD-Arbeitszeiten.

¹⁶⁹ Vgl. Wanger (2006), S. 3–4.

¹⁷⁰ Vgl. Cluster KH-Schichtdienst.

¹⁷¹ Vgl. BAuA (2013), S. 26.

¹⁷² Vgl. Statistisches Bundesamt (2016), S. 10, www.destatis.de..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁷³ Vgl. BAuA (2013), S. 32–35.

Altersteilzeit-Angebote sind im Krankenhaus geeignet, insbesondere im Hinblick auf die Altersstrukturen.¹⁷⁴ Altersteilzeit-Modelle vermögen das ältere Personal und damit die Erfahrung zu halten.¹⁷⁵ Zudem können Altersteilzeitmodelle die Altersstruktur positiv beeinflussen und es kommt nicht zum Pensionsschock.¹⁷⁶ Auch die vorhandenen Pflegekräfte zwischen 50 und 60 Jahren können von Strukturen profitieren, die bereits jetzt geschaffen werden. Pflegende sind zum Teil von den finanziellen Einbußen abgeschreckt, wie im Cluster Bedürfnisse Pflegender 60+ gezeigt, aber insbesondere im Hinblick auf die Cluster Krankenhaus-Arbeitsaufwand, PD-Belastungen sowie PD-Erkrankungen und Beschwerden wird die Dringlichkeit für Altersteilzeitstrukturen für Pflegende unterstrichen.

Abbildung 2 befasst sich mit der Eignung von chronologischen Arbeitszeitmodellen.

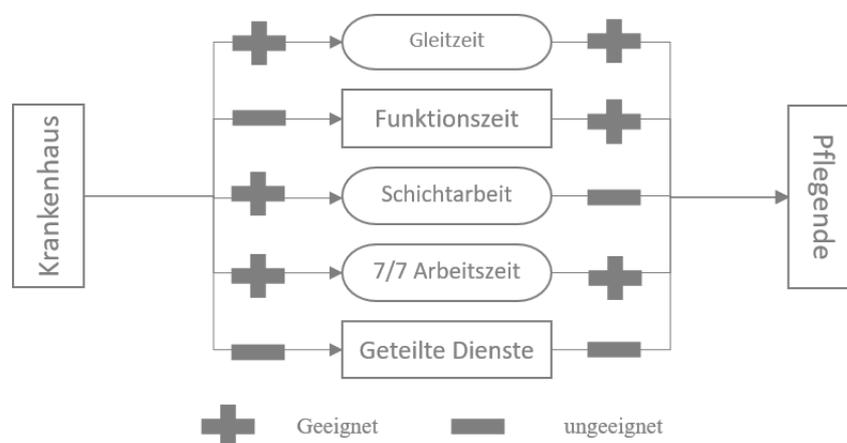


Abbildung 2 Analyse der Eignung von chronologischen Arbeitszeitmodellen

Gleitzeit ist auch bei Schichtarbeitsmodellen durch Springer möglich.¹⁷⁷ Das bedeutet allerdings einen Mehraufwand an pflegerischem Personal, sodass es für Krankenhäuser nur begrenzt geeignet ist. Eine unkonventionelle Möglichkeit der Gestaltung von Gleitzeit ist die Planung höherer Stundensätze im Dienstplan. Das Mehr an Zeit kann dann individuell zum früheren Gehen oder spontanem späteren Kommen von einzelnen Personen in Absprache mit Kollegen genutzt werden, wenn der Arbeitsaufwand dies zulässt.¹⁷⁸ Durch

¹⁷⁴ Vgl. Cluster KH-Personalstruktur.

¹⁷⁵ Vgl. BAuA (2013), S. 30.

¹⁷⁶ Vgl. Wildemann (1991), S. 47, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

¹⁷⁷ Vgl. BAuA (2013), S. 36.

¹⁷⁸ Vgl. Gärtner et al. (2016), S. 10.

die Überstundenproblematik bei Pflegenden auf Normalstationen¹⁷⁹ könnte der Dienstplan sogar normal gestaltet werden und Überstunden durch individuelle Gleitzeit in Absprache mit den Kollegen abgebaut werden. Gleitzeit ist, wenn auch nur bedingt durch Absprachen im Krankenhaus umsetzbar und adäquat. Für Pflegende ist das Gleitzeit-Modell geeignet. Sie wünschen sich die Flexibilität,¹⁸⁰ die ihnen Gleitzeit bieten könnte.¹⁸¹

Die Funktionszeit ist für Normalstationen im Krankenhaus nicht praktikabel, da eine Station 24 Stunden funktionsfähig sein muss,¹⁸² was die Überschaubarkeit der Absprachen in der Funktionszeit überschreitet. Pflegenden jedoch käme diese Art von Gleitzeit entgegen, da auch hier wieder die gewünschte Flexibilität gewährleistet wird.¹⁸³

Die Schichtarbeit ist ein unerlässliches Arbeitszeitmodell auf Normalstationen im Krankenhaus.¹⁸⁴ Für Pflegende jedoch ist Schichtarbeit ungeeignet. Sie macht vielfach krank¹⁸⁵ und ist größtenteils der Ausstiegsgrund für Pflegende aus dem Beruf.¹⁸⁶ Der Schichtdienst auf Normalstationen ist eindeutig an die Belange und Erfordernisse an das Unternehmen angepasst und zeigt keine WLB-Komponenten. Ein Kompromiss könnte das 7/7 Arbeitszeitmodell darstellen, das auch im Krankenhaus umsetzbar ist und keine Nachteile befürchten lässt. Auch für Pflegende scheint dieses Modell attraktiv. Das Modell wird im Unternehmen gut angenommen und bietet viele Vorteile.¹⁸⁷

Geteilte Dienste werden von Pflegenden abgelehnt¹⁸⁸ und machen im Krankenhausalltag bei kontinuierlicher Anwesenheitspflicht von Pflegenden über den Tag verteilt keinen Sinn. Eher sollte eine sinnvolle Verteilung der Aufgaben von Pflegenden angestrebt werden, um die Arbeitslast über den Tag zu verteilen.

Abbildung 3 zeigt die Eignung von Arbeit auf Abruf, kombinierten und anderen Arbeitszeitmodellen.

¹⁷⁹ Vgl. Cluster PD-Vereinbarkeit Familie und Beruf.

¹⁸⁰ Vgl. Cluster PD-Arbeitszeiten.

¹⁸¹ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 10, www.prognos.com, abgerufen am 11.08.2017.

¹⁸² Vgl. Cluster KH-Schichtdienst.

¹⁸³ Vgl. BAuA (2013), S. 38.

¹⁸⁴ Vgl. Cluster KH-Schichtdienst.

¹⁸⁵ Vgl. ua. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 26–31; Cluster PD-psychische Erkrankungen.

¹⁸⁶ Vgl. Cluster PD-Arbeitszeiten.

¹⁸⁷ Vgl. Weiß (2014), S. 54–55.

¹⁸⁸ Vgl. Cluster PD-Arbeitszeiten.

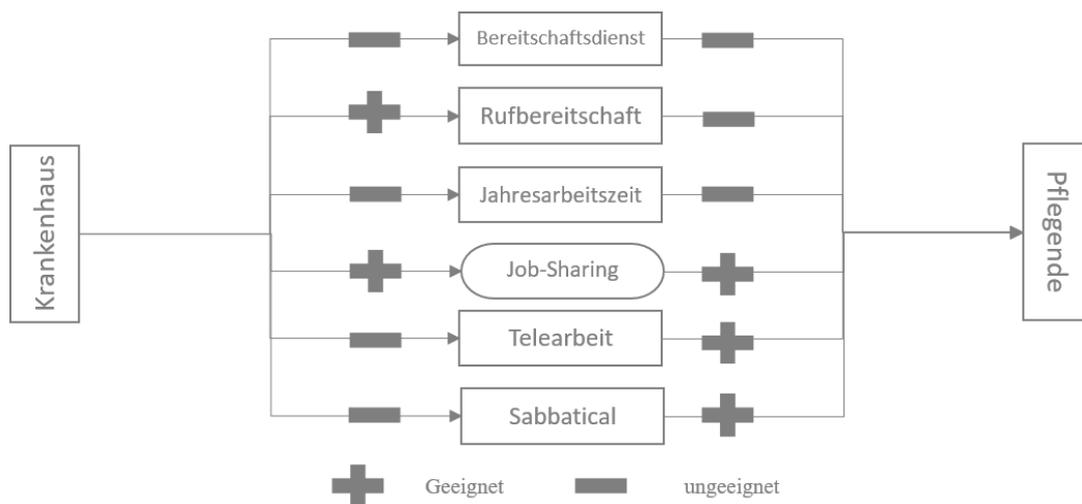


Abbildung 3 Analyse der Eignung von Arbeit auf Abruf, kombinierten Arbeitszeitmodellen und weiteren

Bereitschaftsdienst ist für Pflegende auf Normalstationen im Krankenhaus nicht geeignet. Weder aus Sicht des Krankenhauses, weil selbst bei wenig Aufwand am Patienten, die im Cluster KH-Arbeitsaufwand beschriebenen, zugenommenen patientenfernen Tätigkeiten ausgeführt werden können. Auch hier gilt es auf eine sinnvolle Verteilung der Arbeit über den Tag verteilt zu achten. Für Pflegende bietet der Bereitschaftsdienst keinerlei Vorteile, er ist an die Belange des Unternehmens angepasst.¹⁸⁹ In Anbetracht, dass Pflegende mit ihrer sinnstiftenden Tätigkeit zufrieden sind¹⁹⁰ und die abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit schätzen,¹⁹¹ kann ein Bereitschaftsdienst keinen Beitrag dazu leisten.

Rufbereitschaft wird im Krankenhaus bereits eingesetzt und ist für die Kompensation von kurzfristigen Personalausfällen für das Unternehmen geeignet.¹⁹² Sie bietet als flexibles Arbeitszeitmodell keine WLB-Komponente und ist an die Erfordernisse des Unternehmens ausgerichtet. Sie ist keine Arbeitszeit und die Rufbereitschaft an sich bedeutet einen Eingriff in das Privatleben,¹⁹³ wodurch auch ohne Anruf der Erholungsfaktor der Freizeit geringer ausfällt.¹⁹⁴ Wird dann auch noch an einem freien Tag eingesprungen, führt das zu weiteren Überstunden und einer vermehrten Belastung privater Kontakte sowie zu Einschränkungen privater Aktivitäten. Rufbereitschaft steht zudem im Verdacht ein

¹⁸⁹ Vgl. BAuA (2013), S. 54.

¹⁹⁰ Vgl. ua. Körber et al. (2017), S. 6, www.thieme-connect.com..., abgerufen am 10.07.2017; Simon et al. (2005), S. 28–29, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁹¹ Vgl. Braun et al. (2004), S. 64.

¹⁹² Vgl. Dolezalek-Frese et al. (2014), S. 6, <https://www.dbfk.de>..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁹³ Vgl. Pangert et al. (2016), S. 24–26.

¹⁹⁴ Vgl. Pangert et al. (2016), S. 45.

Risikofaktor für die negative Beeinflussung der psychischen Gesundheit zu sein¹⁹⁵ und wird als nicht geeignet für Pflegende gewertet.

Jahresarbeitszeit ist für Krankenhäuser ungeeignet, da keine branchen- und betriebsüblichen oder saisonbedingten Schwankungen zu erwarten sind. Die Arbeitsbelastung für Pflegende ist bereits hoch, wie in den Cluster KH-Arbeitsaufwand und PD-Belastungen skizziert. Deswegen kann eine unausgeglichene Belastung, die mit Jahresarbeitszeit einhergeht als ungeeignet eingestuft werden.

Job-Sharing ist durch die ohnehin vorhandenen Teilzeitkräfte im Krankenhaus bereits unumgänglich. Denkt man an die Vollzeitkräfte, wäre es ebenfalls ein Leichtes, diese mit einem Job-Sharing-Partner in einem festgelegten Rhythmus die Stationen tauschen zu lassen, um für Abwechslung zu sorgen. So wären Pflegende bspw. interpersonale Belastungen und Kommunikationsstörungen¹⁹⁶ nicht dauerhaft ausgesetzt und könnten Abwechslung erfahren, indem man mit anderen Teams zusammenarbeitet oder auch nur, um Berufserfahrung auszubauen und so ebenfalls den WLB-Aspekt Qualifizierung bedienen. Diese Art von Job-Sharing steigert durch die einhergehende Qualifizierung die innerbetriebliche Mobilität.¹⁹⁷

Telearbeit ist auf Grund der Notwendigkeit der Anwesenheit¹⁹⁸ keine Alternative für den Pflegedienst im Krankenhaus. Eine kleine Ausnahme bietet ein Dokumentationstag, der von zu Hause erledigt werden könnte. Der mehrfach erwähnte Wunsch der Pflegenden nach mehr Flexibilität könnte mit Telearbeit jedoch gut erfüllt werden.¹⁹⁹

Sabbatical-Modelle könnten prinzipiell von Krankenhäusern umgesetzt werden, jedoch scheint der Aufwand den Nutzen zu übersteigen. Umso kleiner das Unternehmen, desto größer der spürbare Mehrwert für das Unternehmen, z. B. Mitarbeiterbindung, Image des Unternehmens und Betriebsklima. Sabbaticals fördern zwar die Motivation, Ausgeglichenheit und Produktivität der Mitarbeiter, jedoch nur für einen begrenzten

¹⁹⁵ Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 37.

¹⁹⁶ Vgl. ua. Bartholomeyczik et al. (2008), S. 31, www.baua.de..., abgerufen am 11.08.2017; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 14; Simon et al. (2005), S. 24–25, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

¹⁹⁷ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 41, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

¹⁹⁸ Vgl. Cluster KH-Schichtdienst.

¹⁹⁹ Vgl. BAuA (2013), S. 50.

Zeitraum von maximal 6 Monaten. Trotz der Mitarbeiterbindung können Fluktuation und Fehlzeiten nicht verbessert werden.²⁰⁰ Zudem geht der Personalausfall auf Zeit mit einer Phase der Personalbeschaffung für das Unternehmen einher. Die Mitarbeiter im Pflegedienst jedoch könnten Sabbaticals zur Kindererziehung nutzen. Das Cluster KH-Personalstruktur zeigt einen Frauenüberschuss in der Pflege und 40 %, die mit Kindern in einem Haushalt leben, was diesen Nutzen relevant erscheinen lässt. Das Sabbatical kann aber auch genutzt werden, um dem stressigen Arbeitsalltag²⁰¹ für eine Zeit lang zu entfliehen.

Die Divergenz der Unzufriedenheit der Pflegenden, trotz Vorhandensein von flexiblen Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus,²⁰² kann mit einem fehlenden Transfer an die Anforderungen im Schichtsystem begründet werden, denn nicht alle Modelle sind uneingeschränkt auf den Schichtdienst und die Anforderungen an Pflegekräfte zu übertragen.

Abbildung 4 zeigt die Eignung von Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung. Die Gesundheitsprävention wird dabei gesondert in Abbildung 5 betrachtet. Angebote zum Familienservice wurden in Anhängerservice und Kinderbetreuung differenziert, da sie eine individuelle Betrachtung beanspruchen.

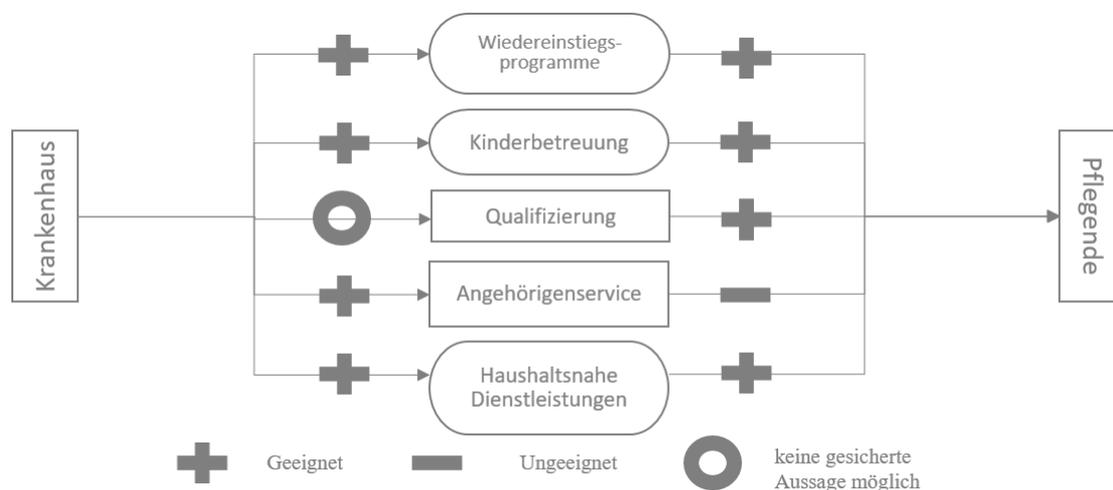


Abbildung 4 Analyse der Eignung von Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung (ohne Gesundheitsprävention)

²⁰⁰ Vgl. Schaaf (2013), S. 49–55.

²⁰¹ Vgl. Cluster KH-Arbeitsaufwand; Cluster PD-Belastungen.

²⁰² Vgl. Cluster KH-WLB-Angebote.

Die Relevanz für Pflegende von Wiedereinstiegsprogrammen, Angeboten zur Kinderbetreuung und haushaltsnahen Dienstleistungen erklärt sich hauptsächlich im Cluster KH-Personalstruktur. Der hohe Frauenanteil, die Haushalte mit Kindern und die aufgewendete Zeit für Haushalt und Betreuung der Frauen sprechen für eine gewünschte Entlastung durch o.g. WLB-Strukturen. Wiedereinstiegsprogramme ermöglichen Pflegenden zudem die Wahrung der beruflichen Kontinuität und eine vereinfachte Lebens- und Berufsplanung.²⁰³ Der Wunsch und Bedarf an Angeboten zur Kinderbetreuung wird zudem explizit im Cluster KH-WLB-Angebote ersichtlich. Haushaltsnahe Dienstleistungen bieten sich im Krankenhaus für Vollzeitkräfte bspw. im 7/7 Arbeitszeitmodell an, da sie in der Arbeitswoche von ungünstig gelegenen und langen Dienstzeiten betroffen sind. Diese drei Maßnahmen sind zudem auch für die Institution Krankenhaus geeignet. Die Entlastungen der Domäne Privatleben (Kindererziehung, Haushalt) führen im besten Fall zur Aufstockung der Arbeitszeit und damit zur Fachkräftesicherung. Das Cluster PD-psychische Belastungen und Stressfaktoren zeigt wie wichtig die Stressreduktion im Privatleben ist, um eine Erwerbstätigkeit aufrecht zu erhalten und Folgekrankheiten wie Burn-Out zu vermeiden. Wiedereinstiegsprogramme ermöglichen einen reibungslosen Wiedereinstieg und verhindern die Dequalifizierung im Unternehmen, zudem sind sie leicht umsetzbar.²⁰⁴ Kinderbetreuungsangebote sind für Krankenhäuser im Hinblick auf den Frauenanteil und dem Berufsausstieg zur Kindererziehung lohnenswert. Nicht umsonst halten in NRW bereits etwa 24 % sogar eine eigene Betriebskindertagesstätte vor.²⁰⁵

Der Abschnitt zur Qualifizierung im Cluster KH-WLB-Angebote und das Cluster PD-Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Selbstverwirklichung zeigen, dass wenig Interesse an Fort- und Weiterbildung seitens der Arbeitgeber besteht. Ob diese Tatsache an einem Nicht-Können oder Nicht-Wollen liegt, kann abschließend nicht geklärt werden, was eine gesicherte Aussage zur Eignung nicht möglich macht. Für Pflegende dürften Weiterbildung und Qualifikation attraktiv sein, um der Überforderung entgegen zu wirken und so Stress zu reduzieren.²⁰⁶

²⁰³ Vgl. Prognos AG (2005b), S. 40, www.prognos.com..., abgerufen am 07.08.2017.

²⁰⁴ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 36–39, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁰⁵ Vgl. Isfort (2016), S. 163.

²⁰⁶ Vgl. Cluster PD-Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Selbstverwirklichung.

Familienservices sind im Krankenhaus möglich und bei ausreichend Nachfrage sinnvoll. Entsprechende Angebote existieren bereits in einzelnen Häusern.²⁰⁷ Für Pflegende ist laut Cluster PD-Vereinbarkeit Familie und Beruf jedoch kein Bedarf ersichtlich.



Abbildung 5 Analyse der Eignung von Maßnahmen der Gesundheitsprävention

Für den Krankenhausbetrieb sind Maßnahmen der Gesundheitsprävention insbesondere auf Grund der hohen berufsbedingten Beschwerden und Belastungen, die im Cluster PD-Erkrankungen und Cluster PD-Erkrankungen und Beschwerden dargestellt sind, zwingend erforderlich. Ein Krankenhaus kann in seinen betriebswirtschaftlichen Möglichkeiten nur daran interessiert sein, gesundheitsbildende Maßnahmen anzubieten, um die Produktivität der Mitarbeiter und ihre Erwerbstätigkeit zu sichern. Die Maßnahmen zielen auf Prävention, Sensibilisierung oder Gesundheitsstanderhebung ab und sind zur Gesunderhaltung sinnvoll, nicht nur für körperliche, sondern auch für psychische Belange. Sie sind teilweise leicht umsetzbar und rechnen sich.²⁰⁸

Auch für Pflegende sind die Maßnahmen zur Gesundheitsprävention geeignet, sieht man sich das Cluster PD-Erkrankungen und Beschwerden an. Zudem ist die Gesundheitsförderung nach Cluster PD-Bedürfnisse Pfleger 60+ den älteren Pflegenden wichtig. Nur sporadisch vorhandene Hebehilfen²⁰⁹ verstärken die Gefahr von Rückenschmerzen und -erkrankungen. Die Vorteile für Pflegende sind unter anderem der Erhalt der Arbeitsfähigkeit, die Verringerung von gesundheitlichen Beschwerden,

²⁰⁷ Vgl. Isfort (2016), S. 163.

²⁰⁸ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 53–65, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁰⁹ Vgl. ua. Simon et al. (2005), S. 18, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.; Stab/Hacker (2016), S. 24.

Erkrankungen und Verletzungen, die Reduktion von Stress sowie die Förderung von Bewältigungskompetenzen.²¹⁰

Das inkongruente Abbild zwischen vorhanden Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung laut Krankenhaus und fehlenden Angeboten laut Pflegekräfte, könnte ein Hinweis darauf geben, dass die Angebote nur teilweise auf die Bedürfnisse der Pflegenden zugeschnitten sind.²¹¹

6 Best-Practice-Untersuchung

Im Folgenden sollen die identifizierten WLB-Maßnahmen, mit Angeboten aus einem Krankenhaus in Deutschland verglichen werden und Verbesserungspotentiale mit Hilfe der Ergebnisse der Arbeit dargestellt werden. Es wurde gezielt ein Krankenhaus ausgewählt, dass eine transparente Außendarstellung an den Tag legt. Zudem sollte es intensiv mit verschiedenen WLB-Angeboten werben. So wurde das Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster ausgewählt.

Das FEK ist ein Akutkrankenhaus mit Schwerpunktversorgung. Es verfügt über 646 Betten. Das Einzugsgebiet umfasst Neumünster und Mittelholstein, womit das FEK einen Versorgungsauftrag für etwa 150.000 Einwohner hat. Es behandelt die Patienten voll- und teilstationär sowie ambulant. 2.016 Angestellte sind im FEK beschäftigt, davon 824 im Pflege und Funktionsdienst. Ausbildungsplätze sind 146 vorhanden.²¹²

Das FEK ist als Akademisches Lehrkrankenhaus bekannt und kooperiert in diesem Rahmen mit den medizinischen Fakultäten des UKSH (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) Kiel und der Universität Hamburg. Zusätzliche Kooperationen finden im Rahmen des 6K-Verbundes²¹³ statt.²¹⁴

²¹⁰ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 53–65, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²¹¹ Vgl. Cluster KH-WLB-Angebote.

²¹² Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2017b), www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

²¹³ Ein Verbund von sechs Kliniken in Schleswig Holstein.

²¹⁴ Vgl. Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2017a), www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Best-Practice Untersuchung dargestellt. Da der Schichtdienst nicht als WLB-Struktur zu werten ist, wurde er nicht berücksichtigt. In Spalte eins werden alle geeigneten WLB-Maßnahmen gelistet, wie sie aus der Analyse hervorgehen. Die Unterpunkte Fitnessprogramme und Betriebssport, Förderprogramme, Gesundheitscheck sowie Aktionstage sind unter Gesundheitsförderung zu finden. Sie wurden zusammengefasst, da alle für den Pflegedienst geeignet sind. Spalte zwei gibt alle geschaffenen WLB-Strukturen im FEK wieder und in Spalte drei findet sich das Verbesserungspotential bzw. Vorschläge zur Verbesserung.

Tabelle 2 Best-Practice-Vergleich

Geeignete WLB-Maßnahmen	WLB-Maßnahmen im FEK	Verbesserungspotential
Teilzeit	- Individualisierte Teilzeit-beschäftigung ²¹⁵	- gering oder nicht weiter beschriebene Umsetzung, daher keine Aussage zu treffen
Altersteilzeit	- Individualisierte Teilzeit-beschäftigung ²¹⁶	- Alternative Einsatzgebiete zum Stationsalltag, z. B. im Funktionsdienst älteren MA (Mitarbeitern) vorbehalten
7/7 Arbeitszeitmodell	- Keine Umsetzung benannt	- Bedarfs- und Interessenerhebung bei Pflegenden - Bei Interesse: zeitlich begrenztes Modellprojekt auf einzelnen Stationen - Bei guter Akzeptanz dauerhafte Umsetzung

²¹⁵ Vgl. ua. Bundesministerium für Gesundheit (2013), S. 52, www.bundesgesundheitsministerium.de..., abgerufen am 25.07.2017.; FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017

²¹⁶ Vgl. ua. Bundesministerium für Gesundheit (2013), S. 52, www.bundesgesundheitsministerium.de..., abgerufen am 25.07.2017.; FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

Geeignete WLB-Maßnahmen	WLB-Maßnahmen im FEK	Verbesserungspotential
Job-Sharing	- Keine Umsetzung benannt	- Angebote schaffen, die Vollzeitkräften Abwechslung bieten kann (Rotation)
Wiedereinstiegsprogramme	- Wiedereingliederungsmanagement, das bspw. durch Intensivierung der Zusammenarbeit mit Sozialversicherungsträgern weiterentwickelt wird ²¹⁷ - Kontakthalteprogramme und Fortbildungen während der Elternzeit ²¹⁸	- Angebote kurz vor Beendigung der Elternzeit schaffen um Wiedereinstieg zu erleichtern
Kinderbetreuung	- Betriebskindergarten mit 80 Elementarplätzen und 30 Krippenplätzen ²¹⁹ - Ausbau der Kinderbetreuung durch Befragungen, in denen der Bedarf der strukturalen Anforderungen generiert wird ²²⁰	- Gut ausgebaut - Regelmäßig Bedarf erheben
Haushaltsnahe Dienstleistungen	- Kantine ²²¹	- Vergünstigungen und mögliche Ausweitung des Angebotes auf Familienmitglieder - Wäscheservice - Dienstleisterdatenbank

²¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013), S. 53, www.bundesgesundheitsministerium.de..., abgerufen am 25.07.2017.

²¹⁸ Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

²¹⁹ Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

²²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013), S. 53, www.bundesgesundheitsministerium.de..., abgerufen am 25.07.2017.

²²¹ Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

Geeignete WLB- Maßnahmen	WLB-Maßnahmen im FEK	Verbesserungspotential
Gesundheits- förderung	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung Kinaesthetic²²² - Angebote: ²²³ <ul style="list-style-type: none"> - Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gerätenutzung und vergünstigte Anwendungen im Therapiezentrum - Mitarbeiterrabatt in Krankenhausapotheke - Vielfältige Betriebssportangebote 	<ul style="list-style-type: none"> - Angebot ggf. ausweiten mit Gesundheitschecks und Aktionstagen zum Thema Rücken, Haut...

Das FEK bietet bereits ein breites Spektrum an WLB-Strukturen, dennoch sind die angebotenen Maßnahmen mitunter ausbaufähig. Das Best-Practice-Krankenhaus bietet allerdings sogar das Modell vom Sabbatical an,²²⁴ obwohl es in der Analyse von Seiten des Krankenhauses ungeeignet schien.

7 Kritische Würdigung der Analyse

Die literaturbasierte Analyse bietet einen soliden Überblick über die Bedürfnisse von Pflegekräften auf Normalstationen. Die Erhebung von eigenen Daten mit gezielten Fragestellungen zum Bedarf der WLB hätte aber zu genaueren Ergebnissen und stichhaltigeren Argumentation führen können. Vor- und Nachteile für flexible Arbeitszeitmodelle beruhen auf arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Primäranalysen wären vorteilhaft. Zudem sind die Aussagen in den Vor- und Nachteilen lückenhaft, trotz weiterer Recherchen konnten die Felder „Keine benannt“ nicht durch Informationen zu den Vor- und Nachteilen ersetzt werden.

²²² Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 25, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

²²³ Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

²²⁴ Vgl. FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (2011), S. 35, www.friedrich-ebert-krankenhaus.de..., abgerufen am 05.08.2017.

Die Bedarfe der Pflegenden sind nicht Verallgemeinerungsfähig. Die Analyse bietet aber erste Anhaltspunkte für geeignete WLB-Maßnahmen im Krankenhaus. Geteilte Dienste oder Schichtarbeit können individuell sinnvoll sein und zur WLB beitragen, wenn bspw. die Betreuung von Kindern während der Mittagspause gewährleistet werden muss. Der Bedarf an Betreuungsleistungen für die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen ist unter Pflegenden im Krankenhaus zwar nur gering ausgeprägt, dennoch kann es sinnvoll sein auch diesen Mitarbeitern Hilfsangebote zu bieten, um sie langfristig am Unternehmen zu binden und Folgekosten zu vermeiden. Zusätzlich ist im Hinblick auf den demographischen Wandel eine Zunahme des Bedarfes zu erwarten, weswegen Strukturen und Lösungsansätze bereits heute erarbeitet und bei Bedarf eingesetzt werden sollten. Die gewonnenen Erkenntnisse haben in Zukunft ebenfalls eine Relevanz auch für andere Betriebe in denen Pflegende beschäftigt sind, da mit dem demographischen Wandel die Nachfrage nach 24h-Pflege- und Gesundheitsdiensten steigt.

Am Beispiel des Sabbaticals der Best-Practice-Untersuchung wird deutlich, dass auch Angebote mit ins Repertoire aufgenommen werden können, die in dieser Arbeit als nicht geeignet eingestuft wurden. Sie sind individuell abhängig vom Pflegepersonal und dem Unternehmen. Ebenfalls sind auch die Unternehmensgröße sowie finanzielle Aspekte für die Umsetzung von WLB-Strukturen entscheidend. Obgleich sich WLB-Maßnahmen betriebswirtschaftlich rechnen, spielen zunächst finanzielle Aspekte zur Umsetzung und Einführung von WLB-Strukturen eine wichtige Rolle. Die Investitionen, die dem Nutzen vorausgehen, bedürfen einer gesonderten Analyse.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Durch die Unterschiede zwischen Anspruch des Krankenhausbetriebes und der Bedürfnisse Pflegender sind nicht alle WLB-Maßnahmen uneingeschränkt umsetzbar. Aus der Perspektive des Krankenhauses sind Modelle der Teilzeit, Gleitzeit und Rufbereitschaft geeignet. Schichtarbeit ist unumgänglich und das 7/7 Arbeitszeitmodell eine einfühbare Alternative zum gängigem Drei-Schicht-System. Weiterhin bieten sich Strukturen zum

Job-Sharing, Wiedereinstieg, Familienservice und Angebote für haushaltsnahe Dienstleistungen an. Alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können das Angebot in Krankenhäusern ergänzen.

Auch für Pflegende sind Teilzeitangebote, Gleitzeitmodelle, Job-Sharing und das 7/7 Arbeitszeitmodell geeignet. Weitere Überschneidungen der Eignung bestehen bei Angeboten zur Kinderbetreuung, zur Gesundheitsförderung, Wiedereinstiegsprogrammen und haushaltsnahe Dienstleistungen. Um den Bedürfnissen der Pflegenden gerecht zu werden, eignen sich Funktionszeit, Telearbeit, Sabbatical- und Qualifizierungsangebote.

Es wird die Umsetzung von Teilzeit- und Altersteilzeitangeboten und niederschwelligen Gleitzeitstrukturen empfohlen, da sie in der Eignung Übereinstimmungen bei Pflegenden und dem Krankenhausbetrieb zeigen. Desweiteren bietet sich die Umsetzung von Angeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen, Wiedereinstieg und Kinderbetreuung an. Auch Job-Sharing-Strukturen und Gesundheitsförderung bereichern das Unternehmen und die Pflegenden. Schichtarbeit ist unumgänglich, aber für Pflegende ungeeignet. Ein Kompromiss bietet das 7/7 Arbeitszeitmodell, das dem gängigen Drei-Schicht-System vorzuziehen ist.

Der Schichtdienst ist für Normalstationen im Krankenhaus unerlässlich, umso wichtiger ist es, geeignete Arbeitszeitmodelle zu etablieren, die den Anforderungen der Pflegenden gerecht werden und arbeitswissenschaftliche Empfehlungen zur Schichtplangestaltung zu etablieren. Eine große Belastung der Pflegenden stellt die Rufbereitschaft dar. Einen Beitrag zur WLB können im Krankenhaus Modelle zur Einsparpolitik (Ausfallmanagement) leisten, um die Erreichbarkeit zu Hause auf ein Minimum zu reduzieren oder die Rufbereitschaft, wie sie derzeit praktiziert wird, ganz zu eliminieren. Einen Lösungsansatz bietet hier ein Springerpool, der zusätzlich niederschwellige Gleitzeitstrukturen ausbauen könnte. WLB-Maßnahmen, insbesondere da die Möglichkeiten beschränkt sind, schaffen allein keine ausreichend starke Mitarbeiterbindung, deswegen sollte die Aufwertung und Attraktivitätssteigerung des Berufes im Vordergrund stehen, welche teilweise als Aufgabe des Staates zu betrachten ist. Wer als Unternehmen konkurrenzfähig bleiben möchte, sollte sich sogenannte

Magnetkrankenhäuser²²⁵ zum Vorbild nehmen, die sich z. B. eine entsprechende Personalstärke vorhalten.²²⁶

Für die betriebswirtschaftliche Forschung im Krankenhaus ergibt sich Entwicklungsbedarf für WLB-Strukturen, die sich den Gegebenheiten im Setting Krankenhaus anpassen können. Ein weiterer wichtiger Themenaspekt sind die Qualifizierungsangebote für Pflegende im Krankenhaus. Zu erforschen ist, warum diese bislang vernachlässigt werden.

²²⁵ Krankenhäuser, die eine Anziehungskraft auf Patienten, sowie Pflegekräfte ausüben.

²²⁶ Vgl. Friedrich/Poigné (2012), S. 72.

Quellenverzeichnis

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias** (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* o. Jg. (11/2010), S. 990–1002.
- Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Martin et al.** (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: *BMJ (Clinical Research)* 344, S. 1-14.
- Bechtel, Peter; Smerdka-Arhelger, Ingrid** (Hg.) (2012): *Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bevan, Stephen** (1999): *Family-friendly employment. The business case.* Nottingham: DfEE (Research report, RR136).
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas** (2004): *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung.* St. Augustin: Asgard-Verlag (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32).
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Müller, Rolf** (2008): *Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten.* St. Augustin: Asgard-Verlag (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 60).
- Friedrich, Detlef; Poigné, Christiane** (2012): *Mitarbeiterbindung – Konzept der Magnethospitäler. Das Magnethospital – Erfolgskonzept aus den USA.* In: Peter Bechtel und Ingrid Smerdka-Arhelger (Hg.): *Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 70–74.
- Frone, Michael R.; Russell, Marcia; Cooper, Mary L.** (1992a): Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. In: *Journal of Applied Psychology* 77 (1), S. 65–78.

- Frone, Michael R.; Russell, Marcia; Cooper, Mary L.** (1992b): Prevalence of work-family conflict. Are work and family boundaries asymmetrically permeable? In: *Journal of Organizational Behavior* 13 (7), S. 723–729.
- Gärtner, Johannes; Marschitz, Werner; Baumgartner, Peter; Boonstra-Hörwein, Karin** (2016): Mehr Gleitzeit in die Schichtarbeit! In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 70 (1), S. 9–11.
- Greenhaus, Jeffrey H.; Beutell, Nicholas J.** (1985): Sources of Conflict Between Work and Family Roles. In: *The Academy of Management Review* 10 (1), S. 76–88.
- Keller, Matthias; Haustein, Thomas** (2012): Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. In: *Wirtschaft und Statistik* (01/2012), S. 1079–1100.
- Kleinknecht-Dolf, Michael; Spichiger, Elisabeth; Frei, Irena A.; Müller, Marianne; Martin, Jacqueline S.; Spirig, Rebecca** (2015): Monitoring von Pflegekontextfaktoren - Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizerischen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der SwissDRG. In: *Pflege* 28 (2), S. 93–107.
- Kühl, Detlev** (2016): Balanceorientierte Führung. Eine Modellableitung als zukünftiger Managementansatz. Dissertation. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Mesmer-Magnus, Jessica R.; Viswesvaran, Chockalingam** (2005): Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict. A meta-analytic examination. In: *Journal of Vocational Behavior* 67 (2), S. 215–232.
- Münch, Eckhard; Walter, Uta; Badura, Bernhard** (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, 42).
- Nolting, Hans-D.; Grabbe, Yvonne; Genz, Hartmut O.; Kordt, Martin** (2006): Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. In: *Pflege* 19 (2), S. 108–115.
- Pschichholz, Barbara; Kunze, Maria; Thoma, Jorun; Feuchtinger, Johanna** (2015): Beschäftigungssicherung Pflegender 60+. Projekt Silver Nurse am Universitätsklinikum Freiburg. In: *Pflegewissenschaft* 17 (6), S. 345–353.

- Redaktion Die Schwester Der Pfleger** (2008): "Wir arbeiten am Limit.". In: *Die Schwester Der Pfleger* 47 (06/08), S. 506–508.
- Resch, Marianne; Bamberg, Eva** (2005): Work-Life-Balance - Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben? In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 49 (4), S. 171–175.
- Schaaf, Kerstin** (2013): Sabbaticals – Auszeit vom Job. Eine empirische Untersuchung über den Nutzen aus Unternehmenssicht. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Siemers, Barbara** (2005): Sabbaticals - Optionen der Lebensgestaltung jenseits des Berufsalltags. Frankfurt am Main, Wien u.a.: PETER LANG.
- Weiß, Thomas** (2014): Sieben Tage arbeiten – sieben Tage frei. Neues Arbeitszeitmodell sorgt für bessere Work-Life-Balance. In: *Heilberufe/Das Pflegemagazin* 6 (66), S. 54–55.
- Wieden, Michael** (2016): Chronobiologie im Personalmanagement. Wissen, wie Mitarbeiter ticken. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

Internetquellen

- Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke; Schmidt, Sascha; Rieger, Monika A.; Berger, Elisabeth** (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Projekt F 2032. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. Online verfügbar unter www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2032.pdf;jsessionid=52859F2587E2588E61ADB2043ECCDB1D.s2t2?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- BKK Dachverband e.V.** (11.04.2017): Umfrage: Mehr als ein Viertel Pflegebeschäftigten gibt an, längerfristig kaum weiter arbeiten zu können. Berlin. Christine Richter, christine.richter@bkk-dv.de. Online verfügbar unter www.bkk-dachverband.de/fileadmin/presse/pressemitteilungen/PM_11-04-2017_Umfrage_zeigt_Hohe_Belastung_Gesundheitsberufe.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

- Blum, Karl; Müller, Udo; Schilz, Patricia** (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf. Online verfügbar unter www.dki.de/sites/default/files/downloads/wiedereinstieg_pflegekraefte.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- BMFSFJ** (Hg.) (2005b): Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/blob/95550/eb8fab22f858838abd0b8dad47cbe95d/work-life-balance-data.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret** (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (Arbeitspapier, 306). Online verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2017.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung** (Hg.) (2017): Fachkräfteengpassanalyse (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter www.statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-06.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit** (Hg.) (2013): Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus. 1. Auflage. Berlin. Online verfügbar unter [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg\[pubid\]=2332](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg[pubid]=2332), zuletzt geprüft am 25.07.2017.
- Buxel, Holger** (2011): Jobwahlverhalten, Motivation, und Arbeitsplatzzufriedenheit on Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Münster. Online verfügbar unter www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/holger-buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2017.

- Dolezalek-Frese, Anuschka; Ernst, Rosemarie; Häußler, Andreas; Kieninger, Cornelius; Oberländer, Mathias; Weiß, Gerhard; Knüppel, Johanna** (2014): Kompensation von Personalausfällen in der Pflege. Ein Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – Bundesverband. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/expertengruppen/pflege-im-krankenhaus/BAG-PiK-Kompensation.pdf>, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Dudenredaktion** (2017): "Work-Life-Balance" auf Duden online. Online verfügbar unter www.duden.de/node/1059319/revisions/1635231/view, zuletzt geprüft am 24.06.2017.
- FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH** (Hg.) (2011): Der Weg zu Ihrem Traumjob! Karrierebroschüre des FEK. Online verfügbar unter www.friedrich-ebert-krankenhaus.de/beruf-und-karriere/, zuletzt geprüft am 05.08.2017.
- FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH** (Hg.) (2017a): Rund ums FEK. Unser Unternehmensprofil. Online verfügbar unter <http://www.friedrich-ebert-krankenhaus.de/rund-ums-fek/unsere-unternehmensprofil/>, zuletzt geprüft am 05.08.2017.
- FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH** (Hg.) (2017b): Rund ums FEK. Unser Unternehmensprofil. Zahlen & Fakten. Online verfügbar unter www.friedrich-ebert-krankenhaus.de/rund-ums-fek/unsere-unternehmensprofil/zahlen-fakten/, zuletzt geprüft am 05.08.2017.
- Forst, Michael; Hoehner, Markus A. W.** (2003): Strategien einer familienbewussten Unternehmenspolitik. Berichtsband. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter www.family-and-work.de/infodownload/Hertiestiftung_Strat_einer_fambew_Unt_politik_Berichtsband_2003.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Fuchs, Tatjana** (2007): Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben – Die Balance zwischen beruflichem und privatem Leben im Spiegel von Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit und familiären Rahmenbedingungen. Ein Bericht auf Basis der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit 2007. Hg. v. DGB-Index Gute Arbeit GmbH. INIFES. Stadtbergen. Online verfügbar unter www.etracker.de/lnkcnt.php?url=http%3A%2F%2Findex-gute-arbeit.dgb.de%2Fveroeffentlichungen%2Fsonderauswertungen%2F%2B%2Bco%2B%2B6d3579f4-36aa-11e4-84ca-52540023ef1a%3Ft%3D1&et=rxKMuV&lnkname=Vereinbarkeit-

von-beruflichem-und-privatem-Leben-Erscheinungsjahr-2007.pdf, zuletzt geprüft am 02.06.2017.

Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans-D.; Loos, Stefan (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Berlin. Online verfügbar unter http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_stationaere_Krankenpflege_2005.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.) (2013): Arbeitsfähig bis zur Rente? DGB-Index Gute Arbeit - Der Report. Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2012 zur Ermittlung des DGB-Index Gute Arbeit. Berlin. Online verfügbar unter www.etracker.de/lnkcnt.php?url=http%3A%2F%2Findex-gute-arbeit.dgb.de%2Fveroeffentlichungen%2Fjahresreports%2F%2B%2Bco%2B%2Be2f089ba-d762-11e3-bdb7-52540023ef1a%3Ft%3D1&et=rxKMuV&lnkname=Report-2012-Die-Ergebnisse-der-Repraesentativerhebung.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.) (2015): Arbeitsqualität und Unternehmensbindung. Warum wollen Beschäftigte den Arbeitgeber wechseln? Berlin (DGB-Index Gute Arbeit Kompakt, 02/2015). Online verfügbar unter www.etracker.de/lnkcnt.php?url=http%3A%2F%2Findex-gute-arbeit.dgb.de%2Fveroeffentlichungen%2Fkompakt%2F%2B%2Bco%2B%2Bb2676154-7687-11e5-88ca-52540023ef1a%3Ft%3D1&et=rxKMuV&lnkname=DGB-Index_Kompakt_2-2015_Unternehmensbindung.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2017.

Isfort, Michael; Weidner, Frank (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Andrea Neuhaus und Stefan Reimers. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2017.

Isfort, Michael; Weidner, Frank (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Andrea Neuhaus, Sebastian Kraus, Veit-H. Köster und Danny Gehlen. Hg. v.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2017.

Isfort, Michael (2014b): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Jutta Klostermann, Danny Gehlen und Bianca Siegling. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2017.

Klenner, Christian; Pfahl, Svenja; Reuyß, Stefan (2002): Arbeitszeiten – Kinderzeiten – Familienzeiten. Bessere Vereinbarkeit durch Sabbaticals und Blockfreizeiten? Forschungsprojekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie (MASQT) des Landes Nordrhein-Westfalen. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-. Düsseldorf. Online verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/wsi_proj_sabbati2.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2017.

Klenner, Christina; Pfahl, Svenja (2008): Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht - Wege aus dem Arbeitszeitdilemma: Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden. Hg. v. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-. Düsseldorf (WSI-Diskussionspapier, 158). Online verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_158.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Körber, Michael; Schmid, Klaus; Drexler, Hans; Kiesel, Johannes (2017): Subjektive Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Life-Balance von Ärzten und Pflegekräften eines Kommunalklinikums im ländlichen Raum im Vergleich zu einem großstädtischen Universitätsklinikum. In: *Gesundheitswesen Online Publikation*. Online verfügbar unter www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-121596.pdf, zuletzt geprüft am 10.07.2017.

Löffert, Sabine; Golisch, Anne (2013): 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. Düsseldorf. Online verfügbar unter www.dki.de/sites/default/files/publikationen/alternsgerechtes_arbeiten.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Nolting, Hans-D.; Berger, Judith; Niemann, Désirée; Schiffhorst, Guido; Genz, Hartmut O.; Kordt, Martin (2000): BGW-DAK Stress-Monitoring 2001. Überblick über die Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Online verfügbar unter http://people.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/instrumente/KFZA-BGW-DAK-StressMonitoring_UEBERBLICK.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Prognos AG (Hg.) (2005a): Work-Life-Balance als Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Band 1: Betriebliche Maßnahmen und gesellschaftliche Trends. Berlin, Basel. Online verfügbar unter www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/000005_Prognos_Studie_Work-Life_b1.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Prognos AG (Hg.) (2005b): Work-Life-Balance als Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Band 2: Wirkungsmechanismen und volkswirtschaftliche Effekte. Berlin, Basel. Online verfügbar unter www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/000005_Prognos_Studie_Work-Life_b2.pdf, zuletzt geprüft am 07.08.2017.

Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans M.; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Hg. v. Universität Wuppertal. Online verfügbar unter www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1, zuletzt geprüft am 30.06.2017.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015): Zeitverwendungserhebung. Aktivitäten in Stunden und Minuten für ausgewählte Personengruppen. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/Zeittbudgeterhebung/Zeitverwendung5639102139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 12.08.2017.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2016): Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden (Fachserie 12: Gesundheit, Reihe 6.1.1). Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611117004.pdf;jsessionid=232A98FD38B7FD05903BFD4E0C820E93.cae1?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.07.2017.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Personal. Wiesbaden (Fachserie 12: Gesundheit, Reihe 7.3.2). Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalP DF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.07.2017.

Wildemann, Horst (1991): Flexible Arbeits- und Betriebszeiten – wettbewerbs- und mitarbeiterorientiert. Leitfaden zur Einführung. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. München. Online verfügbar unter www.mentalhealthpromotion.net/resources/flexaz.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2017.

Sonstige Quellen

Amlinger-Chatterjee, Monischa (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Atypische Arbeitszeiten. Projekt F 2353. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua: Bericht).

BAuA (2013): Im Takt? Risiken, Chancen und Gestaltung von flexiblen Arbeitszeitmodellen. 4., unveränderte Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

BMFSFJ (Hg.) (2005a): Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen. - Kosten-Nutzen-Analyse-. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Isfort, Michael (2014a): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2013. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Isfort, Michael (2016): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2015. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Unter Mitarbeit von Helga Gessenich, Danny Gehlen, Jonas Hylla und Daniel Tucman. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Michel, Tobias (2014): Schichtplan-Fibel. Lösungen für unseren Alltag. 8. Auflage. Hg. v. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di. Berlin.

Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Hans-Böckler-Stiftung (Arbeitspapier, 296).

- Pangert, Barbara; Pauls, Nina; Schüpbach, Heinz** (2016): Die Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Life-Domain-Balance und Gesundheit. Forschung Projekt F 2353. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (baua: Bericht).
- Stab, Nicole; Hacker, Winfried** (2016): Stationsorganisation im Krankenhaus. Entwicklung und Erprobung eines kriteriengeleiteten Bewertungs- und Gestaltungsverfahrens. Projekt F 2253. 1. Auflage. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua: Bericht).
- Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria** (2015): Picker Report 2015. Gute Pflege braucht gute Bedingungen. Mit Qualifikation, Wertschätzung und Führung gegen Überlastung und Fachkräftemangel. Picker Institut Deutschland gGmbH. Hamburg.
- Tivig, Thusnelda; Henseke, Golo; Neuhaus, Jens** (2013): Berufe im Demografischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot. Berlin.
- Wanger, Susanne** (2006): Teilzeitarbeit fördert Flexibilität und Produktivität. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB-Kurzbericht, 7).
- Wöhrmann, Anne M.** (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Work-Life-Balance. Forschung Projekt F 2353. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (baua: Bericht).

Anhang

Tabelle 3 Recherchekomponenten zur Fragestellung

Komponente	deutsch	Synonyme	englisch
Berufsgruppe	Pflegende	Pflegefachkraft, Krankenpfleger	Nurse, carer
Intervention	Work Life Balance	Betriebliches Gesundheitsmanagement, innerbetriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitszeitmodelle	occupational health[care] management), work time model, working time model, working hours model, family-friendly employment
Setting	Krankenhaus	Klinikum, Klinik, Spital	Hospital, infirmary, clinic
Outcome	Personalbindung, Fachkräftesicherung	Mitarbeiterbindung, Commitment	Personnel commitment, secure skilled personell
Beteiligte	Führungskräfte	Führungsebene, Führung	Executiv, leader, manager

Tabelle 4 Suchverlauf LIVIVO 11.04.2017

Nr.	Suchformulierung	Trefferzahl
1	Pfleg*	148.449
2	Krankenpfleg*	50.201
3	1 OR 2 Pflege* OR Krankenpflege*	176.019
4	Work-Life-Balance	4.422.798
5	„Work Life Balance“	208
6	Arbeitszeitmodell*	476

Nr.	Suchformulierung	Trefferzahl
7	betrieblich*	75.020
8	Innerbetrieblich*	3.704
9	Gesundheitsmanage*	5.744
10	4 OR 5 OR 6 OR (7 OR 8) AND 9 ((Work-Life-Balance OR „Work Life Balance“) OR Arbeitszeitmodell*) OR (betrieblich* OR Innerbetrieblich*) AND Gesundheitsmanage*	4.424.850
11	Krankenhaus	708.974
12	Klinik*	158.025
13	*Spital	1.645.718
14	11 OR 12 OR 13 Krankenhaus OR Klinik* OR *Spital	1.973.103
15	(Personal* OR Mitarbeiter*) AND *bindung	3.748
16	Commitment	103.101
17	16 OR 15 ((Personal* OR Mitarbeiter*) AND *bindung) OR Commitment	106.514
18	Führung*	52.292
19	3 AND 10 (Pflege* OR Krankenpflege*) AND ((Work-Life-Balance OR „Work Life Balance“) OR Arbeitszeitmodell*) OR (betrieblich* OR Innerbetrieblich*) AND Gesundheitsmanage*	15.724

Nr.	Suchformulierung	Trefferzahl
20	14 AND 19 (Krankenhaus OR Klinik* OR *Spital) AND (Pflege* OR Krankenpflege*) AND ((Work-Life-Balance OR „Work Life Balance“) OR Arbeitszeitmodell*) OR (betrieblich* OR Innerbetrieblich*) AND Gesundheitsmanage*	5.319
21	17 AND 18 AND 20 (((Personal* OR Mitarbeiter*) AND *bindung) OR Commitment) AND Führung*) AND (Krankenhaus OR Klinik* OR *Spital) AND (Pflege* OR Krankenpflege*) AND ((Work-Life-Balance OR „Work Life Balance“) OR Arbeitszeitmodell*) OR (betrieblich* OR Innerbetrieblich*) AND Gesundheitsmanage*	2.067
22	21 AND PY=2010:2017 (((((Personal* OR Mitarbeiter*) AND *bindung) OR Commitment) AND Führung*) AND (Krankenhaus OR Klinik* OR *Spital) AND (Pflege* OR Krankenpflege*) AND ((Work-Life-Balance OR „Work Life Balance“) OR Arbeitszeitmodell*) OR (betrieblich* OR Innerbetrieblich*) AND Gesundheitsmanage*) AND PY=2010:2017	835
23	(((Pflege* OR Krankenpflege*) AND "Work life balance" OR Work-life-balance) AND Krankenhaus OR Klinik* OR *Spital) AND ((Personal* OR Mitarbeiter*) AND *bindung) OR Commitment) AND Führung AND PY=2010:2017	199

Tabelle 5 Eigene Darstellung der Voraussetzungen sowie Vor- und Nachteile der Arbeitszeitmodelle nach BAuA (2013)

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Teilzeit	<ul style="list-style-type: none"> - Effektivere Verarbeitung in Stoßzeiten²²⁷ - Ermöglicht die Ausdehnung von Betriebs- und Servicezeiten mit Fachkräften²²⁸, sowie Job-Sharing²²⁹ - Teilzeitbeschäftigte sind motivierter, produktiver und weisen niedrigere Fehlzeiten auf²³⁰ - erforderliche Verbesserung der Kommunikation kann sich positiv auf das Betriebsklima auswirken - höhere MA-Bindung²³¹ und Erhalt von Humankapital²³² 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von Überstunden in Stoßzeiten - Flexibilität in der Tages-, Wochen- oder Urlaubsgestaltung - Zeitgewinn, Verringerung der Arbeitsbelastung, berufliche Kontinuität und damit Vermeidung von Dequalifizierung²³³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehraufwand bei Planung des Personaleinsatzes²³⁴ - Steigender Bedarf an Kommunikation durch Übergaben sowie geringfügig Mehraufwand und Kostenerhöhung für die Verwaltung²³⁵ - Personalzusatzkosten²³⁶ → Kostenanstieg für Einarbeitung, Lohnnebenkosten und Weiterbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Fehler- und Risikoquote durch Übergaben 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeitkonten - Geeignet und wünschenswert für Eltern²³⁷ → vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen²³⁸

²²⁷ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 7, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²²⁸ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 8, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²²⁹ Vgl. Wanger (2006), S. 3.

²³⁰ Vgl. Wanger (2006), S. 3.

²³¹ Vgl. Wanger (2006), S. 3.

²³² Vgl. Prognos AG (2005a), S. 7, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²³³ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 8, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²³⁴ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 21, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²³⁵ Vgl. Wanger (2006), S. 3–4.

²³⁶ Vgl. Wanger (2006), S. 3.

²³⁷ Vgl. ua. Klenner/Pfahl (2008), S. 23–27, www.boeckler.de..., abgerufen am 11.08.2017; Prognos AG (2005a), S. 16, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017

²³⁸ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 16–17, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Kurzarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Entlassungen können vermieden werden und bei Bedarf steht qualifiziertes Personal zur Verfügung - Kostensenkung - Kurzarbeitsbedingte Ausfallzeiten können für Qualifizierungsmaßnahmen genutzt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Ängste vor Arbeitsplatzverlust - Psychische Belastung - Wenn zumutbar muss zuvor Urlaub, und Überstunden abgebaut werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Erheblicher Arbeitsausfall - Keine branchen- und betriebs-üblichen oder saisonbedingten Arbeitsausfälle
Mehrarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgleich von Auftragspitzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der AN - Zusätzliche Vergütung - Risiko erhöhter AN-Ausfall 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefährdung der Sicherheit und Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Zustimmung des Betriebsrats - Arbeitszeitkonten
Altersteilzeit	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt der Erfahrung im Unternehmen - Langsames Ausscheiden ermöglicht Weitergabe von Erfahrung und Wissen an neue MA - Vereinfachter und kostengünstiger Personalabbau durch Blockaltersteilzeit - Vermeidung von „Pensionschock“ und gewünschte Veränderung der Altersstruktur möglich²³⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung an veränderter Leistungsfähigkeit durch flexible Einteilung der Arbeitszeit in Absprache mit Arbeitgeber - Erleichterter Übergang in den Ruhestand 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Könnte vom Arbeitgeber in Blockaltersteilzeit gedrängt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeitkonten - Ab dem 55. Lebensjahr

²³⁹ Vgl. Wildemann (1991), S. 47, www.mentalhealthpromotion.net..., abgerufen am 01.07.2017.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Gleitzeit	<ul style="list-style-type: none"> - Unproblematische Einführung - Zufriedene, motivierte und produktive MA - Durch verschiedene Kernzeiten können Spitzenzeiten personell abgedeckt werden²⁴⁰ - Behördengänge und Arztbesuche sind Privatsache 	<ul style="list-style-type: none"> - Individueller Spielraum bezüglich Lage und Dauer der Arbeitszeit (täglich, wöchentlich oder monatlich) 	<ul style="list-style-type: none"> - keine 	<ul style="list-style-type: none"> - keine 	<ul style="list-style-type: none"> - Beachtung des ArbZG - Gleitzeitkonto
Funktionszeit	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung der Ansprechzeiten an Kundenwünsche - Fördert das unternehmerische Denken der MA - MA sind motiviert und zufrieden 	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitsouveränität und Verantwortung - Möglichkeit zur ausgeglicheneren WLB 	<ul style="list-style-type: none"> - MA für Vorgesetzte nicht ansprechbar bei Bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Gutes Teamklima - Hohe soziale Kompetenz der Teammitglieder - Arbeitszeitkonten
Schichtarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - 24-Stunden-Produktion/Dienstleistung 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Zuschläge teurer 	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Belastung - Mit der Zeit treten Schlaf- und Leistungsstörungen, sowie weitere körperliche Probleme auf²⁴¹ - Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld - Hohes Unfallrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> - Ununterbrochene Arbeitsprozesse - Lange Maschinenlaufzeiten - Kontinuierliche Dienstleistungen

²⁴⁰ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 10, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁴¹ Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 26–31.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
7/7 Arbeitszeitmodell ²⁴² <ul style="list-style-type: none"> - Mittagsübergaben entfallen - Weniger Fehlzeiten - Möglichkeit Rahmendiensstplanung 	<ul style="list-style-type: none"> - Erholungsfaktor in Freiwuche hoher Stellenwert (höher als Mehrbelastung während der Dienstzeiten) - Positive Auswirkung auf Urlaubsplanung - ruhigerer Arbeitsalltag - Minimierung von Wegekosten - ausreichend Zeit für Pflegedokumentation - Kontinuität - Möglichkeit Rahmendiensstplan 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrbelastung in Arbeitswoche - Lange Arbeitstage 		

²⁴² Vgl. Weiß (2014), S. 54–55.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Rufbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Wettbewerbsvorteile - Kostengünstiger als Bereitschaftsdienst 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Arbeitszeit - Eingriff in Privatleben²⁴³ - Geringer Erholungsfaktor der Freizeit²⁴⁴ - Risikofaktor für negative Beeinflussung der psychischen Gesundheit²⁴⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe und unvorhersehbare Arbeitseinsätze - Bereithalten am Arbeitsort nicht erforderlich
Jahresarbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> - Auf saisonale Auftragsschwankungen kann reagiert werden - Vermeidung von Überstunden und Unterlastung 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von Überstunden 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt 	<ul style="list-style-type: none"> - Kann in Arbeit auf Abruf münden - In Stoßzeiten wenig Zeiten zur Regeneration 	<ul style="list-style-type: none"> - Auftragslage schwankt saisonal - Arbeitsfallanalysen der letzten Jahre - Jahresarbeitszeitkonto

²⁴³ Vgl. Pangert et al. (2016), S. 24–26.

²⁴⁴ Vgl. Pangert et al. (2016), S. 45.

²⁴⁵ Vgl. Amlinger-Chatterjee (2016), S. 37.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Job-Sharing <ul style="list-style-type: none"> - Gute Chancen Fachkräfte zu rekrutieren, die in Teilzeitarbeit wollen oder können - Erfahrung und Wissen bleiben mit gebundenen Mitarbeitern erhalten - Kompensation von Ausfällen mit Job-Sharing-Partner und geringer Regelungsaufwand²⁴⁶ - Höhere Motivation und Produktivität der AN 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeitverteilung untereinander frei möglich → Zeitsouveränität - Teilzeitbeschäftigte können anspruchsvolle Vollzeitprojekte anteilig übernehmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Auswahlverfahren Mehraufwand für Personalabteilung - Anfangs Verlustzeiten durch Übergaben - Kosten erhöhter Verwaltungsaufwand 	<ul style="list-style-type: none"> - bei Uneinigkeit legt der Vorgesetzte Arbeitszeit fest 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeitkonten - Tandem muss harmonieren - besonders gut für das mittlere Management 	
Telearbeit <ul style="list-style-type: none"> - Einsparung von Arbeitsräumen - Erhöhung der Arbeitsproduktivität - Motivierte und zufriedene AN → positive Auswirkung auf Produktivität und Fehlertage - Hohe Personalbindung 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeiten relativ frei wählbar - familienfreundlich - Weniger Ablenkung als im Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktverlust der Beschäftigten zum Betrieb möglich²⁴⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Selbstorganisation führt zu ungünstigen Arbeitszeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - PC-kompatible Arbeit und technische Infrastruktur - Keine Anwesenheit der MA am Arbeitsplatz notwendig 	

²⁴⁶ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 23, www.prognos.com. . . ., abgerufen am 11.08.2017.

²⁴⁷ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 32, www.prognos.com. . . ., abgerufen am 11.08.2017.

Arbeitszeitmodell	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Nachteile Unternehmen	Nachteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Sabbatical	<ul style="list-style-type: none"> - Umso kleiner das Unternehmen, desto größer der spürbare Mehrwert → verbessert Mitarbeiterbindung, Image des Unternehmens, Betriebsklima und sorgt für Motivation, Ausgeglichenheit und Produktivität der Mitarbeiter²⁴⁸ - Nutzung der Entwicklung durch Sabbatical²⁴⁹ - Ermöglicht Überstundenabbau und Kompensierung von geringer Auftragslage 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstverwirklichung²⁵⁰ oder Freiraum für andere Privatbelange²⁵¹ - Auszeiten können Arbeitsüberlastung und drohenden Burn-Out kompensieren²⁵² 	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Effekte auf MA nur für einen begrenzten Zeitraum von maximal 6 Monate²⁵³ - Fluktuation und Fehlzeiten werden trotz MA-Bindung nicht verbessert²⁵⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Einbußen und Arbeitsplatzunsicherheit nach Rückkehr²⁵⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeitkonten und Geldkonten²⁵⁶ - die Bedeutung von Sabbaticals wird in Zukunft zunehmen²⁵⁷

²⁴⁸ Vgl. Schaaf (2013), S. 49–55.

²⁴⁹ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 13, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁵⁰ Vgl. BMFSFJ (2005b), S. 16, www.bmfsfj.de..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁵¹ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 13, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁵² Vgl. Prognos AG (2005a), S. 13, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁵³ Vgl. Schaaf (2013), S. 54–55.

²⁵⁴ Vgl. Schaaf (2013), S. 50.

²⁵⁵ Vgl. Prognos AG (2005a), S. 21, www.prognos.com..., abgerufen am 11.08.2017.

²⁵⁶ Vgl. Klenner et al. (2002), S. 177, www.boeckler.de..., abgerufen am 05.07.2017.

²⁵⁷ Vgl. Schaaf (2013), S. 56.

Tabelle 6 Eigene Darstellung der Vor- und Nachteile von ausgewählten WLB-Maßnahmen nach Prognos AG (2005a)

WLB-Maßnahme	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Qualifizierungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der MA - Breitere Einsatzmöglichkeiten des Personals. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wertschätzung der Weiterbildungsbereitschaft - Erhalt der Lernfähigkeit. - Steigerung innerbetrieblicher Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine benannt
Wiedereinstiegsprogramme	<ul style="list-style-type: none"> - Ermöglichen reibungslosen Wiedereinstieg - Qualifikationserhalt und Kompetenznutzung der MA 	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrung beruflicher Kontinuität - Beschäftigte bleiben in Betriebssachen auf dem neuesten Stand und können sich Anforderungen anpassen - Erleichterte Integration in Betriebsalltag 	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebsgröße für Umsetzung irrelevant - besondere Relevanz in Unternehmen, die starken Veränderungen und Innovationen ausgesetzt sind
Familien-services	<ul style="list-style-type: none"> - frühzeitige Rückkehr von Beschäftigten in Elternzeit und Reduzierung des Überbrückungs- und Wiedereingliederungsaufwands - Erhöhung der MA-Bindung - Verhinderung von Dequalifikation - Reduktion der Folgekosten einer Erwerbsunterbrechung - Vermindern kurzfristigem Personalausfall. - AN kann bei betrieblichen Notwendigkeit trotz familiären Zeitbedarfs arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarkeit von Familie und Beruf - Erleichterung der Kinderbetreuung - Entspannteres Arbeiten - Erhöhung der zeitlichen Flexibilität 	<ul style="list-style-type: none"> - Nachfrage bei MA - Betriebsgröße entscheidend - Hohe Investitionen - Kleine Betriebe eher Beratung und Vermittlung

WLB-Maßnahme	Vorteile Unternehmen	Vorteile AN	Voraussetzungen und Eignung
Instrumente zur Gesundheitsprävention	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Betriebsklimas - Imagegewinn und Steigerung des Bekanntheitsgrads - Steigende MA-bindung und sinkende Personalfrequenzen - Reduktion des Unfallrisikos - Weitere Kostensenkung durch: <ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Fehlzeiten - Entlastung der Betriebskrankenkasse - Senkung der Entgeltfortzahlungskosten - Vermeidung von Produktivitätsverlusten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbau des individuellen Wissens und der Fähigkeiten zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit - kostengünstige Angebote bringen finanzielle Ersparnis - Reduzieren: <ul style="list-style-type: none"> - gesundheitliche Beschwerden, Erkrankungen und Verletzungen → Erhalt und Förderung von Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft, Gesundheit und Lebensqualität. - Stress und Arbeitsbelastungen - Verbessern: <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden - Bewältigungskompetenzen - Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch das Angebot zeitlich komprimierter Check-Ups aus einer Hand 	<ul style="list-style-type: none"> - Eignen sich auf Grund: <ul style="list-style-type: none"> - steigendem Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung - demographischer Entwicklung - steigender Lebensarbeitszeit - einfacher Umsetzung

Tabelle 7 Recherchekomponenten zur Bedarfsbestimmung im Pflegeberuf

Komponente	Deutsch	Synonym	englisch
Berufsgruppe	Pflegende	Pflegefachkraft, Krankenpfleger, Pflegeberuf	Nurse
Untersuchungssitem	Stressoren, Belastungen, Rahmenbedingungen	Anspannung, Strapaze, Stress, Druck, Beanspruchung, Überforderung, Überlastung, Stressfaktor, Umstände, Schichtarbeit, Fluktuation	Stressor, stress, burden, strain, load, parameters, circumstances, exertion, pressure, claim, overextension, congestion, shift-work
Setting	Krankenhaus	Klinikum, Klinik, Spital	Hospital, infirmary, clinic
Suchterm deutsch	(Pfleger OR Pflegefachkraft OR Krankenpfleger OR Pflegeberuf) AND (Stress* OR Belastung OR Rahmenbedingung OR Anspannung OR Strapaz* OR Druck OR Beanspruchung OR Überforderung OR Überlastung OR Umstände OR Schichtarbeit OR Fluktuation) AND Krankenhaus OR Klinik* OR Spital.		

Tabelle 8 Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus ohne ersichtliche WLB-Komponente

	Cluster	Nicht geclusterte oder nicht näher beschriebene Faktoren
Unzufrieden	<p><i>Umgang mit Rationalisierung/ Folgen der Einführung der DRG:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalausstattung²⁵⁸ - vermehrte Bürokratie²⁵⁹ - Kostendruck²⁶⁰ ist unvereinbar mit Berufsethos und Versorgungsqualität und führt damit zu Überstunden²⁶¹ <p><i>Cluster KH-Umgebungsfaktoren und Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 77 % geben als Belastung häufiges Telefonklingeln an²⁶² - Störungen führen unter anderem zur mangelhaften Schichtübergabe und Informationsweitergabe sowie Zeitmangel²⁶³ - nur sporadisch Hebehilfen vorhanden²⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe gesellschaftliche Anerkennung²⁶⁵ - Vergütung²⁶⁶ - Eingeschränkter Handlungsspielraum durch Aufgabenlimitation,²⁶⁷ aber Einfluss auf Arbeit auf Normalstationen am höchsten²⁶⁸ - Interpersonale Belastungen und Kommunikationsstörungen²⁶⁹ - Störungen und Unterbrechungen der Arbeit²⁷⁰

²⁵⁸ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Nock et al. (2013), S. 24; Redaktion Die Schwester Der Pfleger (2008), S. 507.

²⁵⁹ Vgl. ua. Münch et al. (2003), S. 133; Bräutigam et al. (2014), S. 45, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017.

²⁶⁰ Vgl. Nock et al. (2013), S. 24.

²⁶¹ Vgl. Braun et al. (2008), S. 74.

²⁶² Vgl. Münch et al. (2003), S. 133.

²⁶³ Vgl. Simon et al. (2005), S. 38, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁶⁴ Vgl. ua. Simon et al. (2005), S. 18, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.; Stab/Hacker (2016), S. 24.

²⁶⁵ Vgl. Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017.

²⁶⁶ Vgl. ua. Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Bräutigam et al. (2014), S. 39, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Institut DGB-Index Gute Arbeit (2013), S. 22, www.etracker.de..., abgerufen am 11.08.2017; Isfort/Weidner (2010), S. 45, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017; Nock et al. (2013), S. 32; Simon et al. (2005), S. 42, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁶⁷ Vgl. ua. Bartholomeyczik et al. (2008), S. 30 unter www.baua.de; Blum et al. (2004), S. 19, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Nolting et al. (2006), S. 111–112.

²⁶⁸ Vgl. ua. Blum et al. (2004), S. 20, www.dki.de..., abgerufen am 11.08.2017; Simon et al. (2005), S. 23, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁶⁹ Vgl. ua. Bartholomeyczik et al. (2008), S. 31, www.baua.de..., abgerufen am 11.08.2017; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 14; Simon et al. (2005), S. 24–25, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁷⁰ Vgl. ua. Braun et al. (2004), S. 62; Isfort/Weidner (2010), S. 66, www.dip.de..., abgerufen am 18.07.2017; Stahl/Nadj-Kittler (2015), S. 11.

<p>Zufrieden</p>	<p><i>Cluster PD-Bedürfnisse Pflegender 60+.</i>²⁷¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive Einstellung zum Beruf - Lebens- und Berufserfahrung stärken Kompetenzen im Beruf - Altersgemischte Teams bevorzugt 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatzsicherheit, unbefristeten Vertrag und Arbeitsplatznähe.²⁷² - Sinnhaftigkeit des Berufes²⁷³ - Unterstützung durch Kollegen²⁷⁴ - Abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit²⁷⁵
-------------------------	--	--

²⁷¹ Vgl. Psychichholz et al. (2015), S. 349–351.

²⁷² Vgl. ua. Bräutigam et al. (2014), S. 39, www.boeckler.de..., abgerufen am 01.07.2017; Buxel (2011), S. 58, www.fh-muenster.de..., abgerufen am 01.07.2017; Isfort (2016), S. 158; Nock et al. (2013), S. 32.

²⁷³ Vgl. ua. Körber et al. (2017), S. 6, www.thieme-connect.com..., abgerufen am 10.07.2017; Simon et al. (2005), S. 28–29, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁷⁴ Vgl. Simon et al. (2005), S. 24–27, www.next.uni-wuppertal.de..., abgerufen am 30.06.2017.

²⁷⁵ Vgl. Braun et al. (2004), S. 64.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Hamburg, 18.08.2017

Judith Klawitter