

Institut Arbeit und Technik (IAT) im
des Wissenschaftszentrum NRW

**Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen
auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf
am Beispiel der Gesundheitswirtschaft**

Eine Expertise
im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“

– Endfassung –

Erstellt durch:

PD Dr. Josef Hilbert
Michaela Evans

Gelsenkirchen, Dezember 2003

Inhalt

1. Die Gesundheitswirtschaft – Eine Wachstumsbranche zeigt Profil!	3
1.1 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft: Quantitative Dimensionen	6
1.2 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft: Qualitative Dimensionen	11
1.3 Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft – Der Blick in die Zukunft!	14
2. „Innovation und Qualifizierung“ – Voraussetzungen zur Entwicklung des „Megamarktes Gesundheit“	18
3. Die Gesundheitswirtschaft im Umbruch – Herausforderung für die Qualifizierung	20
3.1 Die Situation der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitssektor– Hindernis für den „Professionellen-Wandel?“	21
3.2 Von der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation.....	24
3.3 Kein Service „von der Stange“ – Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität	26
3.4 Moderne Technik macht's möglich – Innovative Dienstleistungs- und Organisationskonzepte	27
3.5 Personalmangel in der Gesundheitswirtschaft – Auslöser betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten.....	28
3.6 Die „gesunde“ Profilierung braucht Lernnetzwerke	28
4. Modernisierung, Qualifikationsentwicklung und Qualifikationsbedarf der Gesundheitswirtschaft – Empirische Ergebnisse	29
4.1 Modernisierung in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit weiteren Wirtschaftssektoren	31
4.2 Organisation und Finanzierung betrieblicher Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Ein Überblick	35
4.3 Nachfrage nach Gesundheitsberufen und Qualifikationen	42
4.3.1 Berufe die in Stellenanzeigen nachgefragt werden	43
4.4 Wichtige fachliche und überfachliche Anforderungen der Betriebe	43
4.4.1 Neue Qualifikationsanforderungen der Betriebe nach Berufen	44
4.4.2 Neue Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungserfordernisse.....	45
4.5 Neue Berufe in der Gesundheitswirtschaft	46
4.6 Weiterbildung aus Sicht der Mitarbeiter – Krankenhäuser und stationäre Altenhilfeeinrichtungen im Vergleich	48
4.6.1 Mitarbeiterbefragung in Krankenhäusern	48
4.6.2 Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen	53
5. Fazit und Ausblick	58
6. Literatur	60

1. Die Gesundheitswirtschaft – Eine Wachstumsbranche zeigt Profil!

Obwohl das Gesundheitswesen in Deutschland immer wieder im Zentrum zahlreicher Reformbemühungen steht – zuletzt im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2003 – ist in den letzten Jahren zudem verstärkt von der „Gesundheitswirtschaft als *Zukunftsbranche*“ (Hilbert 2000), der „Gesundheit als *Wirtschaftsfaktor*“ (Henke u.a. 2003), dem „*Wachstumsmarkt Gesundheit*“ (Oberender u.a. 2003; Herrmann/Verse-Herrmann 1997) oder aber den „*Markchancen im Pflege- und Gesundheitswesen*“ (Paul-Lempp-Stiftung 1997) zu lesen. Die Diskussionen um das bundesdeutsche Gesundheitssystem als bloßen „Kostenfaktor“, der aufgrund seiner paritätischen Finanzierung die Entwicklung des Standorts Deutschland auf dem Weg zur internationalen Wettbewerbsfähigkeit bremst, scheinen zu einseitig geführt. Häufig bleibt dabei unberücksichtigt, dass der Weg in die *Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft*¹ in den letzten zwanzig Jahren entscheidend durch den Ausbau der *gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* bereitet und vorangetrieben wurde. Die *Triebkräfte*, die diesen Prozess forcieren und das Erscheinungsbild der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft somit entscheidend mitgestalten sind vor allem:

- der *soziodemographische Wandel*, der den gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf steigen lässt;
- der *medizinisch-technische Fortschritt*, der zu neuen Möglichkeiten der Gesunderhaltung, der Diagnose und Heilung führt;
- sich ändernde *individuelle Lebensentwürfe, Werte und Präferenzen*, die in der Folge die auch die Bereitschaft erhöhen, für gesundheitsbezogene Angebote zusätzliche private Mittel aufzuwenden.

Die Produktion von Gesundheit als eines maßgeblichen Teils von *Lebensqualität* ist in den letzten Jahren zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor geworden. Ausgelöst in der Vergangenheit durch das einflussreiche Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG) Mitte der 90er Jahre (vgl. SVRKAIG 1996), hat sich der Blickwinkel auf das Gesundheitswesen deutlich verändert: Neben den Kostenaspekten werden zunehmend auch die wirtschaftlichen Chancen sowie der Beitrag zur gesellschaftlichen Wertschöpfung thematisiert: Ein expandierender Gesundheitssektor stellt gleichzeitig auch einen bedeutenden Wirtschafts- und Wachstumsfaktor dar, so die Erkenntnis des Sachverständigenrates bereits Ende der 80er Jahre (vgl. SVRKAIG 1987). Zwar gibt es in der Literatur noch keine allgemeingültige Definition der „Gesundheitswirtschaft“, gleichwohl lässt sich das Profil der

¹ Der Begriff der Wissensgesellschaft wird vielfach verwendet, ist in seiner Definition jedoch nicht eindeutig geklärt. Während das Bundesforschungsministerium die Wissensgesellschaft ausschließlich über den Weg der Entwicklung der IuK-Technologien definiert (technische Definition), rückt die OECD demgegenüber die Definition der Wissensgesellschaft als spezifische Märkte in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Willke hingegen definiert die Wissensgesellschaft mit Bezug auf ein verändertes Innovationsverständnis: „Von einer Wissensgesellschaft oder einer wissensbasierten Gesellschaft lässt sich sprechen, wenn zum einen die Strukturen und Prozesse der materiellen und symbolischen Reproduktion einer Gesellschaft so von wissensabhängigen Operationen durchdrungen sind, dass Informationsverarbeitung, symbolische Analyse und Expertensysteme gegenüber anderen Faktoren der Reproduktion vorrangig werden.“ (vgl. Fretschner/ Hilbert 2002: 73; vgl. unter <http://www.uni-bamberg.de/sowi/europastudien/erlangen.htm>). Der Begriff der Dienstleistungsgesellschaft hingegen betont vor allem den Wandel der Beschäftigungsstruktur. Ausschlaggebend für die Klassifikation als Dienstleistungsgesellschaft ist die Verteilung der formellen Erwerbstätigkeit auf verschiedene Tätigkeitsbereiche (vgl. Häußermann/Siebel 1995). Die Begriffe der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft liefern somit zunächst unterschiedliche, sich jedoch ergänzende soziologische Gegenwartsdiagnosen. Das „Kerngeschäft“ des Gesundheitswesens ist die Bereitstellung personen- und wissensintensiver Dienstleistungen: medizinische, beratende, vor- und fürsorgende ebenso wie therapeutische und vor allem pflegerische Leistungen. Das „Wissen“ als dominante Quelle von Produktivität und Innovation kann aus dieser Sicht im Rahmen der „Dienstleistungsgesellschaft“ thematisiert werden. Dies erlaubt theoretisch den Anschluss der Debatten um den beschäftigungsstrukturellen Wandel der Dienstleistungsgesellschaft an Fragestellungen der Qualifizierung und Professionalisierung in den Berufen des Dienstleistungssektors im Allgemeinen und in den Gesundheitsdienstberufen im Speziellen.

Branche – siehe Abbildung 1 – darstellen: Neben den *personal- und wissensintensiven* Dienstleistungen im *Kernbereich* der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zählen auch die *kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien* sowie die *Randbereiche und Nachbarbranchen* mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen zur Gesundheitswirtschaft.

Das Profil der Gesundheitswirtschaft

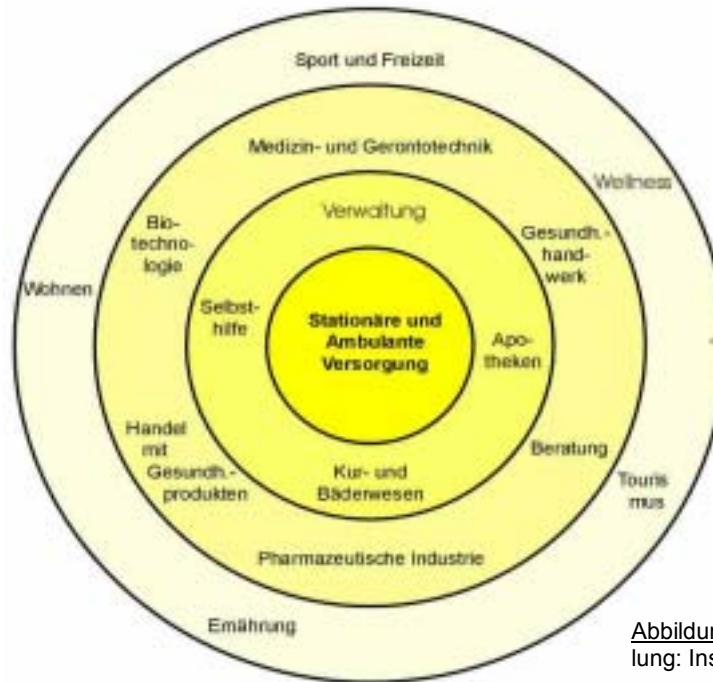


Abbildung 1: Konzeption und Darstellung: Institut Arbeit und Technik (IAT)

Basierend auf dem *erweiterten Gesundheitssystembegriff*² werden die *Verflechtungen* der Gesundheitswirtschaft mit *anderen Wirtschaftssektoren* thematisiert. Dieses erweiterte Verständnis betont gerade den produktiven Charakter gesundheits- und personenbezogener Dienstleistungen entlang der Wertschöpfungskette. Der systematische Ausbau der Gesundheitswirtschaft beinhaltet sowohl viel versprechende Wachstumschancen für Wirtschaft und Beschäftigung als auch die berechtigte Hoffnung auf eine deutliche Steigerung der Lebensqualität für breite Bevölkerungsschichten. Die Beschäftigten in den *personal- und wissensintensiven* Dienstleistungen der unmittelbaren Patientenversorgung – angesprochen werden vor allem Ärzte, Kranken- und Altenpflegekräfte als die wesentlichen Berufsgruppen – stehen hier, nicht zuletzt aufgrund der spezifischen Charakteristika der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit, vor besonderen Herausforderungen: Ihr berufliches Handeln in Interaktion mit dem Klienten (***Mikroebene der beruflichen und tätigkeitsbezogenen Rahmenbedingungen***) wird einerseits durch den Wandel der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – z.B. Gesetze und Verordnungen, demographische und soziokulturelle Entwicklungen und dadurch bedingte Veränderungen in der Patientenstruktur sowie ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein – mitgeprägt (***Makroebene der institutionellen, soziodemographischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen***). An-

² Die traditionelle Gliederung der Gesundheitssystemforschung folgt der institutionellen Gliederung des Gesundheitswesens. In dessen Mittelpunkt stehen die ärztlichen Dienstleistungen. Im Weiteren wird unterschieden zwischen der stationären Versorgung in Krankenhäusern (inklusive Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) sowie der ambulanten Versorgung, welche in erster Linie in der Bundesrepublik durch die niedergelassenen Ärzte gewährleistet wird. Vom Zentrum der ärztlichen Dienstleistungen aus werden diese dann im ambulanten Sektor durch nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleistungen ergänzt. Gemeint sind hiermit Leistungen im Bereich Pflege, Therapie und Arzneimittelversorgung. Entsprechend dieser Einteilung erfolgt also im traditionellen Gesundheitssystembegriff eine Fokussierung ausschließlich auf die Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

dererseits ist das berufliche Handeln eingebettet in die spezifischen Handlungsbedingungen der jeweiligen Einrichtungen – z.B. Technikeinsatz am Arbeitsplatz, Formen der Arbeitsorganisation, Beschäftigungsstruktur – in denen die Mitarbeiter tätig sind (**Mesoebene der betrieblichen Rahmenbedingungen**). Vor allem

- der *demographische Wandel* und die dadurch bedingte Zunahme älterer Patienten mit multimorbiden und chronischen Krankheitsbildern;
- die *Neustrukturierung und Modernisierung der Patientenversorgung* durch die Einführung integrierter Versorgungsstrukturen und die Implementierung von „Disease Management Programmen“;
- die *Stärkung von „Markt“ und „Wettbewerb“* innerhalb der Branche durch rechtlich-gesetzgeberische Vorgaben;
- die damit verbundene Notwendigkeit, durch die Konzeption und Bereitstellung *innovativer Produkte und Dienstleistungen* auch *private Mittel* zu aktivieren;
- die *Steigerung der Effizienz der Patientenversorgung*, z.B. durch die Einführung von *clinical pathways*;
- die wachsenden Möglichkeiten der *Internationalisierung* der Gesundheitswirtschaft;
- *Innovationen* im medizinisch-technischen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Bereich;
- wachsende *Qualitätsansprüche* der Patienten an die personen- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen

haben grundlegenden Einfluss auf das berufliche Handeln der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen. Die erfolgreiche Entwicklung der Branche wird nicht zuletzt davon abhängen inwieweit es gelingen wird, sowohl ausreichend Personal für die Arbeit in den Krankenhäusern, Altenhilfeeinrichtungen und –diensten der ambulanten und stationären Versorgung gewinnen, als auch die berufliche Verweildauer³ in den Kernberufen⁴ der Gesundheitsversorgung deutlich steigern zu können. Ansatzpunkte hierzu sind neben der deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten „vor Ort“ – z.B. durch moderne Formen der Arbeitsorganisation und des Technikeinsatzes – die *Bereitstellung von Qualifizierungsstrukturen und -maßnahmen*, welche kontinuierliche und anschlussfähige Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten sicherstellen. Die Grundlagen beruflicher Handlungskompetenz im Bereich personenbezogener Dienstleistungen sollten in Anbetracht der enormen Entwicklungsdynamik der Branche möglichst nicht als Konstanten verstanden werden. Betriebliche und individuelle Qualifizierungsmaßnahmen eröffnen den Beschäftigten die Möglichkeit, Wissensbestände auf ihre Relevanz hin zu überprüfen, ihr Wissen fortzuentwickeln, zu aktualisieren und neue Wissensbausteine zu integrieren, die traditionell nicht zum Kern der beruflichen Handlungskompetenz gehören.

„Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. (...) Neben der Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine standardi-

³ Die Diskussionen um die berufliche Verweildauer in der Pflege werden hauptsächlich vor dem Hintergrund der häufig belastenden Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Senioreneinrichtungen (Stichwort: Burn-Out) geführt. Neben der Frage, wann und warum Arbeitskräfte aus dem Berufsleben ausscheiden, ist es jedoch ebenso wichtig zu diskutieren, wieso der Anteil der Berufsrückkehrer/innen gerade in den Pflegeberufen so gering ist. Da gerade in der Pflege zu einem Großteil Frauen beschäftigt sind, sollten vor dem Hintergrund der Familienphase von weiblichen Pflegekräften auch verstärkt die Möglichkeiten der flexiblen Arbeitszeitgestaltung und die Einrichtung flexibler (betrieblicher) Kinderbetreuungsmöglichkeiten diskutiert werden.

⁴ Zu den Kernberufen zählen vor allem Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Heilpraktiker, Masseure, Krankenschwestern/-pfleger, Helfer in der Krankenpflege, Altenpfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Medizinisch-technische Assistenten und die therapeutischen Berufe.

sierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: 17)

Die berufliche und berufsbegleitende Qualifizierung im Sinne der *Personalgewinnung* und – *entwicklung* leistet nicht nur einen entscheidenden Beitrag zu einem *kontinuierlichen, von der Basis ausgehenden Professionalisierungsprozess* in den Gesundheitsberufen sondern wird zur Entwicklungsvoraussetzung der Branche selbst. Im Mittelpunkt dieser Expertise steht die Frage, welche Auswirkungen sich durch den Wandel der institutionellen Rahmenbedingungen auf den betrieblichen und individuellen Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft nachzeichnen lassen. Dabei lässt sich prinzipiell zwischen einem *quantitativen* (Wie viele Fachkräfte braucht die Gesundheitswirtschaft?) und einem *qualitativen* (Welche Qualifizierungsinhalte sind notwendig?) Qualifizierungsbedarf unterscheiden. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, würde ein umfassender Überblick zu diesem Thema die differenzierte Analyse entlang der unterschiedlichen „Schalen“ und Berufe auch in den Randbereichen und Nachbranchen der Gesundheitswirtschaft notwendig machen. Da ein entsprechendes Vorgehen den Rahmen der Expertise jedoch sprengen würde, soll hier im Wesentlichen auf die Veränderungen des Qualifizierungsbedarfs durch die institutionellen, soziodemographischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen eingegangen werden. Im Weiteren soll im Rahmen der Expertise skizziert werden, welche Implikationen und Reformbedarfe sich hieraus für das System der beruflichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen und die betriebliche Personalentwicklung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft – vor allem in den Pflegeberufen der ambulanten und stationären Versorgung – ableiten lassen.

1.1 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft: Quantitative Dimensionen

Die Gesundheitswirtschaft bildet bereits heute einen bedeutenden Teil der Gesamtwirtschaft und der Blick in die Zukunft lässt weiteres wirtschaftliches Wachstum und positive Beschäftigungsimpulse erwarten. Die größte Berufsgruppe der Gesundheitswirtschaft bilden derzeit die Beschäftigten in den Gesundheitsdienstberufen der ambulanten und stationären sowie der teilstationären Versorgung, also eben jene Personen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Der zukünftige Bedarf an beruflichen Qualifikationen auf Facharbeitsniveau wird sich nach den Prognosen mit Abstand am stärksten auf die „Gesundheits- und Sozialberufe“ auswirken. Umgekehrt wird die Nachfrage nach „nicht formal Qualifizierten“ proportional ebenfalls in diesem Bereich am stärksten sinken. Für die Zukunft drohen jedoch gerade in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung erhebliche Personalengpässe.

Die Gesundheitswirtschaft gehört als überaus personalintensiver Teil des Dienstleistungssektors mit ihren rund 4,1 Mio. Beschäftigten⁵ (vgl. Stat. BA 2003) bundesweit zu den wenigen Wachstumsbranchen der letzten Jahre. Mehr noch: *Entgegen dem Trend der Gesamtwirtschaft* wächst die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Etwa jeder zehnte Erwerbstätige in Deutschland ist derzeit in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Gegenüber dem Vorjahr stieg

5 Die Datenlage zur Beschäftigung ist derzeit noch sehr heterogen. Die Gesundheitspersonalrechnung folgt bei den Beschäftigtenzahlen dem Stichtagsprinzip zum Jahresende. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen umfassen alle im Sektor Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben. Unter den Beschäftigten werden Beschäftigungsfälle nachgewiesen, so dass Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen auch mehrfach gezählt werden. Zu den Beschäftigten zählen im einzelnen Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Beamte, Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter, Auszubildende, Zivildienstleistende sowie Praktikantinnen und Praktikanten. Den Beschäftigten werden auch zugeordnet: Erkrankte, Urlauberinnen und Urlauber sowie Personen, die Übungen bei der Bundeswehr ableisten und alle sonstigen vorübergehend Abwesende, Streikende und von Aussperrung betroffene Personen, solange das Arbeitsverhältnis nicht gelöst ist. Nicht zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen gezählt werden ehrenamtlich Tätige sowie Beschäftigte, die als Beauftragte aus anderen Sektoren in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind.

die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitswirtschaft um rund 45.000 Personen. Im internationalen Vergleich präsentiert sich die Beschäftigung innerhalb der Branche damit auf einem hohen Niveau⁶. Die herausragende Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als zentraler Bereich der Dienstleistungsökonomie und als „heimliche Heldin“ des Strukturwandels in der Bundesrepublik zeigt sich besonders deutlich im Ruhrgebiet: In den letzten zwanzig Jahren sind allein in dieser Region im Bereich der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen ca. 105.000 neue Arbeitsplätze entstanden (Hilbert u.a. 2001). Mit ihren derzeit rund 280.000 Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft damit zum beschäftigungsintensivsten Bereich der Ruhr-Region avanciert.

Wirtschaftliche Kennziffern, wie der *Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP)*, liefern weitere Indikatoren die dazu geeignet sind, die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in der Gesamtwirtschaft abzubilden: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist zwischen 1992 und 1996 von 10,1% auf 11,1% gestiegen. Danach lag er auf etwa gleich bleibendem Niveau (10,8 %) und betrug für das Jahr 2001 schließlich 10,9%. Die Gesundheitswirtschaft war bereits vor einigen Jahren neben der Automobilindustrie – einschließlich der Zulieferbetriebe – der größte Wirtschaftsbereich in Deutschland (vgl. Hermann/Verse-Hermann 1997: 11). Der exemplarische Vergleich des Umsatzes und der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft mit der Automobilproduktion im Jahr 2000 verdeutlicht noch einmal den zentralen Stellenwert der Branche: Den ca. 4,1 Mio. Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft stehen „nur“ 834.000 Beschäftigte in der Automobilindustrie gegenüber. Der Umsatz ist hier zwar mit 238 Mrd. Euro ein wenig höher, dennoch wurden in der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2000 rund 219 Mrd. Euro erwirtschaftet.

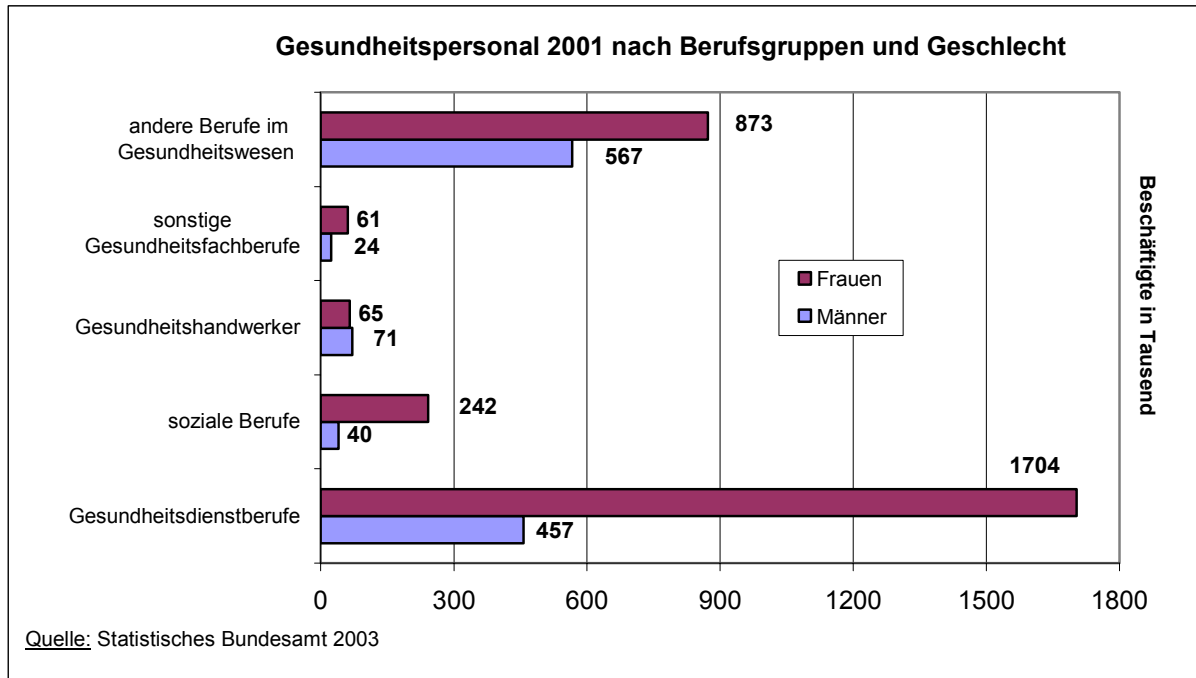
Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesanstalt für Arbeit zufolge sind ca. 12 Prozent der 2,15 Mio. Betriebe in Deutschland in Sparten der Gesundheitswirtschaft tätig (vgl. Gewiese 2002)⁷. Im Jahr 2001 waren ca. 3,8 Mio. Menschen (dies entspricht 93,1% aller in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten) im Gesundheitswesen im engeren Sinne beschäftigt. In den Einrichtungen des *Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft* werden Dienstleistungen und Güter für den Endverbraucher produziert und bereitgestellt. Hierzu zählen Einrichtungen der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung, ebenso Rettungsdienste sowie Einrichtungen des Gesundheitsschutzes. In den *Vorleistungs- und Zulieferindustrien* gingen knapp 283.000 Personen einer Beschäftigung nach (vgl. Stat. BA 2003). Mit 52,9% bzw. 2,2 Mio. Erwerbstätigen übten im Jahr 2002 mehr als die Hälfte der Beschäftigten im Gesundheitswesen einen sog. *Gesundheitsdienstberuf*⁸ aus, wobei der hohe Frauenanteil dieser Berufsgruppe mit 78,2% den Anteil der weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt (71,5%) übertraf. Die zweitgrößte Gruppe der Beschäftigten stellten die sog. „anderen Berufe des Gesundheitswesens“. Hierunter sind all jene Berufe zu subsumieren, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, den sozialen Berufen, den Gesundheitshandwerkern⁹ und den sonstigen Gesundheitsfachberufen zugeordnet sind: Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken sowie Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind (vgl. Abbildung 2).

6 Zu einem detaillierten internationalen Vergleich der Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU siehe z.B. Schneider u.a. 2002.

8 Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen hierbei diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, also Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker. Nicht erfasst werden hingegen z.B. die Altenpflegerinnen und -pfleger. Sie zählen statistisch zu den sozialen Berufen des Gesundheitswesens.

9 Augenoptiker, Zahntechniker oder Orthopädiemechaniker sind hierunter gefasst.

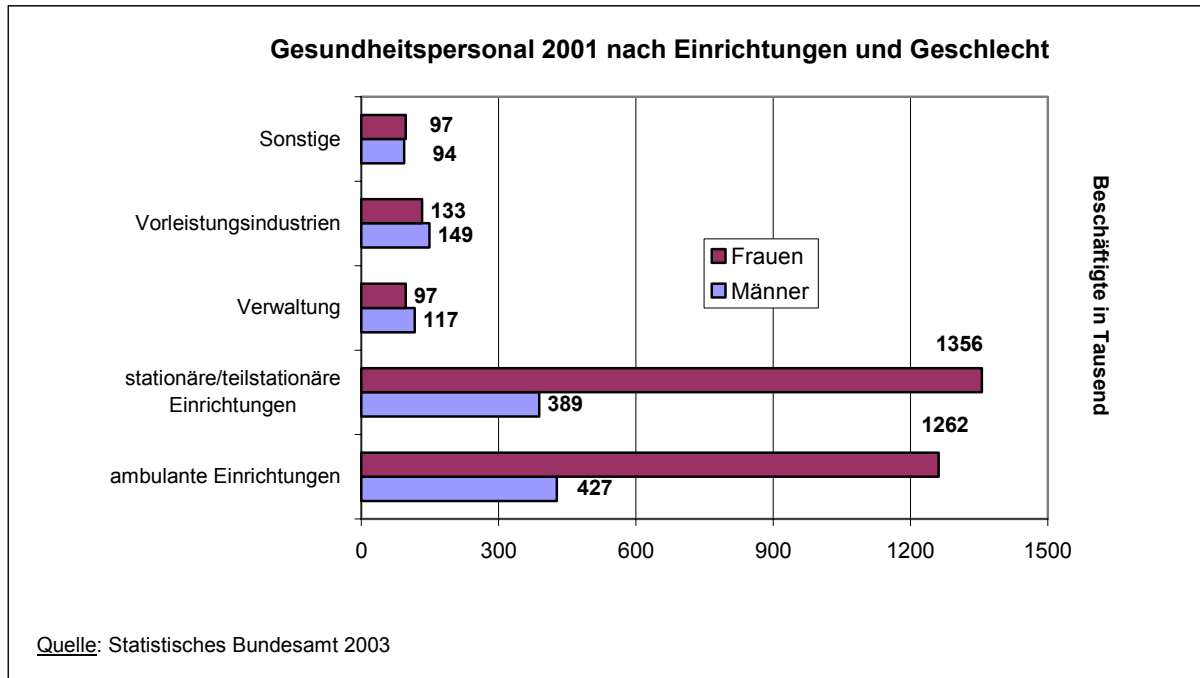
Abbildung 2



Die Entwicklung der wichtigsten Beschäftigtengruppen im Zeitverlauf (1997 bis 2001) ergibt folgendes Bild: Während bei den „Gesundheitshandwerkern“, den „sonstigen Gesundheitsfachberufen“ und den „anderen Berufen im Gesundheitswesen“ ein Rückgang der Beschäftigten zu verzeichnen war, hat sich die Zahl der Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung und den sozialen Berufen (auch Altenpflegerinnen und –pfleger) erhöht: Insgesamt haben zwischen 1997 und 2001 rund 93.000 Personen eine neue Beschäftigung in einem Gesundheitsdienstberuf gefunden. Dies entspricht einer Wachstumsrate von 4,5% innerhalb des zugrunde gelegten Zeitraums. Im Jahr 2001 waren in den Einrichtungen, insbesondere beim Haus- und Reinigungspersonal, gegenüber 1997 rund 137.000 Personen weniger beschäftigt, was einer relativen Abnahme der Beschäftigtenzahl um 8,7% entspricht (vgl. Stat. BA 2003). Der Beschäftigungsrückgang der „anderen Berufe im Gesundheitswesen“ ist im Wesentlichen auf sog. *Outsourcing-Prozesse*¹⁰ zurückzuführen, bei welchen einzelne Unternehmensbereiche und Prozesse der Leistungserstellung an externe Dienstleister ausgelagert werden. Dies hat zur Folge, dass die Beschäftigten dieser Dienstleistungsanbieter statistisch gesehen nicht mehr im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung erfasst werden.

¹⁰ Die Outsourcing-Effekte werden darauf zurückgeführt, dass sich durch die Auslagerung des Krankenhauspersonals aus den Tarifstrukturen des BAT deutliche Kostenvorteile realisieren lassen. So sind beispielsweise Reinigungskräfte im Rahmen des BAT um ein Drittel teurer als Reinigungskräfte außerhalb dieses Tarifbereichs. In einer Pressekonferenz am 16.09.2002 in Berlin haben die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), der Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam die Modernisierung des öffentlichen Tarifrechts sowie einen Spartentarifvertrag für Krankenhäuser gefordert. Die beteiligten Verbände bekräftigten ihre auch bereits einzeln geäußerte Auffassung, dass der BAT in der heutigen Fassung für die Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen im Wettbewerb zunehmend ungeeignet sei. Insbesondere die Förderung der Leistungsorientierung, die Schaffung flexibler Arbeitszeitregelungen und eine Rücknahme der Regelungsdichte werden angestrebt. Die Suche nach neuen, leistungsbezogenen Entgeltssystemen jenseits des BAT wird voraussichtlich in den Krankenhäusern auch in den nächsten Jahren ein viel diskutiertes Thema sein.

Abbildung 3



Die Zuordnung der Beschäftigten zu den Einrichtungstypen der Gesundheitswirtschaft (vgl. Abbildung 3) zeigt eine Konzentration der Beschäftigung vor allem auf die *ambulanten* (Praxen, Apotheken, ambulante Pflege etc.), *stationären* sowie *teilstationären Einrichtungen* (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflege etc.). Im Zeitverlauf weist die Beschäftigungsentwicklung in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung einen interessanten Verlauf auf: Waren 1997 noch mehr Personen (+ 111.000) in den ambulanten Einrichtungen als in den stationären oder teilstationären Einrichtungen beschäftigt, so hat sich dieses Verhältnis bis zum Jahr 2001 nahezu umgekehrt. Vor allem in den Arztpraxen, den Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk /-einzelhandel waren starke Beschäftigungsabnahmen zu verzeichnen (-110.000 Personen). Der Blick auf die Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Personalgruppen in Krankenhäusern (Tabelle 1) verdeutlicht neben den **Beschäftigungsvolumeneffekten** der Gesamtbranche auch die **Beschäftigungsstruktureffekte** in den Einrichtungen. „Gewinner“ der Beschäftigungsentwicklung waren insbesondere das *Personal des Pflegedienstes*¹¹ und des *ärztlichen Dienstes*.

11 Die Entwicklung der Berufe „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen, Säuglings-, Kinderkrankenschwestern und -pfleger“ (BO 853) im Berufsfeld „Personenbezogene und soziale Dienstleistungen“ seit Anfang der 90er Jahre im Rahmen der Erwerbstätigenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit relativiert demgegenüber das positive Bild der Beschäftigungsentwicklung ein wenig: Während sowohl die Rehabilitationsberufe (BO 852 +47%) als auch die sozialpflegerischen Berufe (BO 861 + 50%) Trends der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung aufweisen konnten, die über die generellen Entwicklungen im Berufsfeld hinausgehen, konnte vor allem der Beruf der „Krankenpflege“ keine überdurchschnittlichen Entwicklungstendenzen, sondern nur leichte Steigerungen aufzeigen (+1%) (vgl. auch: <http://www.pallas.iab.de>)

Tabelle 1: Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Personalgruppen im Krankenhaus (1991-2001)

Jahr	Ärzte	Pflegedienst				Sonstiges Personal		
		(Kinder-) Kranken- Pfleger/- schwestern	Kranken- pflege Helfer/- innen	Zusam- men	Medi- zin.- techn.- und Funktions- dienst	Wirt-, Haus- personal, techn. Dienst	Verwal- tungs- personal	Schü- ler
1991	99 548	270 768	32 312	303 080	230 312	186 678	69 818	89 177
1992	99 673	281 251	32 593	313 844	234 605	182 285	70 074	87 370
1993	100 082	289 456	32 240	321 696	236 458	176 095	69 717	85 896
1994	102 425	299 740	32 104	331 844	237 763	171 262	69 329	87 109
1995	104 552	308 919	32 736	341 655	246 004	166 489	70 457	88 841
1996	106 243	310 861	29 743	340 604	247 767	159 689	70 449	89 186
1997	107 752	309 791	27 013	336 804	248 316	151 567	69 538	88 270
1998	109 768	311 587	25 718	337 305	248 832	145 990	69 174	85 261
1999	111 198	310 921	24 500	335 421	250 315	140 403	69 110	82 149
2000	112 899	312 175	23 371	335 546	253 247	134 656	68 873	81 008
2001	114 930	314 857	22 740	337 597	256 071	131 937	69 678	78 117
Ver- ände- rung in Pro- zent	15	16	-30	11	11	-29	0	-12

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12/Reihe 6, Wiesbaden 2003; eigene Berechnungen.

Deutlich rückläufig entwickelten sich im Beobachtungszeitraum hingegen die Zahlen zur Beschäftigung von Krankenpflegehelfer/innen und des „sonstigen Personals“. Die These eines zunehmenden *skill mixes* in den Einrichtungen – hier als der Zuwachs an geringer qualifizierten Mitarbeitern (Krankenpflegehelfer/innen) – kann anhand dieser Zahlen zumindest für den Krankenhaussektor nicht aufrechterhalten werden¹². Besorgniserregend sind darüber hinaus die rückläufigen Zahlen der Schüler/-innen in den Pflegeberufen. Alleine in den Krankenhäusern ist

¹² Wie sich die Beschäftigung von geringer Qualifizierten in den Einrichtungen zukünftig entwickeln wird oder entwickeln sollte, ist derzeit nicht endgültig geklärt. Während einerseits vor einer erneuten Zunahme der Arbeitsteilung und einem damit verbundenen Rückschritt in dem Professionalisierungsprozess der Pflege durch die Einstellung geringer Qualifizierter Pflegekräfte gewarnt wird, so könnten andererseits gerade für arbeitslose Menschen mit niedrigen Ausgangsqualifikationen hier durchaus Beschäftigungschancen generiert werden. Allerdings sollten in diesem Falle Weiterbildungs- und Personalentwicklungsstrukturen in den Einrichtungen vorgehalten werden können, die es den geringer Qualifizierten Pflegekräften prinzipiell ermöglichen, sich im Berufsfeld weiterqualifizieren zu können.

die Zahl der Auszubildenden zwischen 1991 und 2001 um rund 12 % gesunken. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die vereinzelt zu beobachtende sinkende Bereitschaft der Einrichtungen zur Ausbildung von Pflegekräften: In Rheinland-Pfalz bspw. können in der Altenpflege schon seit einigen Jahren nicht mehr alle von der Landesregierung bereitgestellten schulischen Ausbildungsplätze belegt werden, da die stationären Altenhilfeeinrichtungen zu wenig fachpraktische Ausbildungsplätze anbieten. In diesem konkreten Fall kam es dann auf Initiative des Sozialministeriums¹³ zu einer „Nachvermittlungsaktion“, verbunden mit dem Appell an die stationären Altenpflegeeinrichtungen, zusätzliche Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen (vgl. Care-Konkret (43), 2003: 5). Insgesamt klagt der überwiegende Teil der Einrichtungen, vor allem in der stationären Altenhilfe, dennoch über die angespannte Personalsituation und die Schwierigkeit, (geeignete) Bewerber für die offenen Stellen finden zu können (vgl. dip 2002)¹⁴. In der Praxis führt der Mangel an Nachwuchskräften mittelfristig zu erheblichen Personalengpässen, und dies wird in der Folge nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bleiben. Die aktuellen Meldungen über Nachwuchs- und Rekrutierungsprobleme (für den ärztlichen Dienst: vgl. KMA (9), 2003) in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung des Gesundheitswesens überschatten die eigentlich positiven Entwicklungsaussichten der „Jobmaschine Gesundheitswirtschaft“.

1.2 Arbeit in der Gesundheitswirtschaft: Qualitative Aspekte

Die Ursachen des Personalnotstands sind vielfältig. Die Chancen, ausreichend Personal für die Tätigkeiten in der unmittelbaren Patientenversorgung rekrutieren zu können, haben sich in den letzten Jahren zunehmend dadurch verschlechtert, dass aufgrund der schwachen Geburtenjahrgänge weniger Auszubildende und Studierende in den ärztlichen und pflegerischen Berufen einen entsprechenden Abschluss erlangt haben oder aber zunehmend in andere Branchen jenseits der Gesundheitsversorgung – etwa in die Unternehmensberatung und in den journalistischen Bereich – und ins europäische Ausland abwandern. Eine gewichtige Rolle spielen in diesem Kontext die unattraktiven Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und den Altenhilfeeinrichtungen. Vielfältige Untersuchungen und Studien sind zu diesem Thema in den letzten Jahren erstellt worden (für die Vielzahl der Studien zur Arbeitssituation in der Pflege stellvertretend: vgl. Büssing/Glaser 2003; Spinner 2002; Berger u.a. 2000; Berger u.a. 2001), deren gemeinsames Szenario sich folgendermaßen zusammenfassen lässt: Die Arbeit in den Gesundheitsberufen – vor allem der Pflegeberufe – ist geprägt von einem starken Engagement der Beschäftigten für ihre Arbeit trotz der hohen körperlichen und psychischen Belastungen und, im Vergleich zu anderen Berufen auf Facharbeitsniveau, niedrigen Vergütungen, geringen Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten und unflexiblen Arbeitszeiten bei hoher Teilzeitquote in stark hierarchisch angelegten Organisationsstrukturen sowie einer schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wie Tabelle 2 zeigt, haben die Fallzahlen in den Krankenhäusern im Laufe der letzten Jahre deutlich zugenommen, bei einer gleichzeitigen Reduzierung der

13 Beteiligt waren des Weiteren Vertreter der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Anbieter von stationären Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz.

14 Insgesamt rund 49% der Krankenhäuser geben an, offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Weitere 28 % der Einrichtungen bestätigen dies ebenso für nicht besetzte Stellen im Pflege- und Funktionsdienst. Grundsätzlich lassen sich bei der Problematik der Stellenbesetzung auch regionale Differenzen feststellen. Für die neuen Bundesländer wird die Situation der Besetzung offener Stellen für den Ärztlichen Dienst geradezu als „dramatisch“ beschrieben: 80% (!!) aller Häuser haben hier Probleme bei der Suche nach Ärzten/innen. Bei den Pflege- und Funktionsdiensten präsentiert sich die Situation hingegen nicht ganz so dramatisch. So konnten 29% der westdeutschen, aber nur 19% der ostdeutschen Krankenhäuser offene Stellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzen (vgl. DKI 2003). Bei der Problematik der Besetzung offener Stellen ist im Weiteren danach zu fragen, ob sich grundsätzlich keine Bewerber auf die offenen Stellen melden (quantitatives Stellenbesetzungsproblem) oder aber ob die Stellen nicht vergeben werden können, weil die Bewerber aus unterschiedlichsten Gründen (z.B. Qualifikation) nicht für die Stelle als geeignet eingestuft werden (qualitatives Stellenbesetzungsproblem). An dieser Stelle wäre dann die Rolle des vorgelagerten Schul- und Ausbildungssystems für den Bewerbermangel in den Kernberufen des Gesundheitswesens zu thematisieren. Dies soll im Rahmen der Expertise noch bei der Darstellung der institutionellen Rahmenbedingungen und ihrem Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf der Branche geleistet werden.

Pflegetage sowie der Verweildauern in den Einrichtungen. Dies führte zu einer deutlichen *Intensivierung der Leistungserbringung* und damit zu einer deutlichen Steigerung der *Arbeitsintensität* in den Krankenhäusern.

Tabelle 2: Aufgabenentwicklung in Krankenhäusern 1991-2001

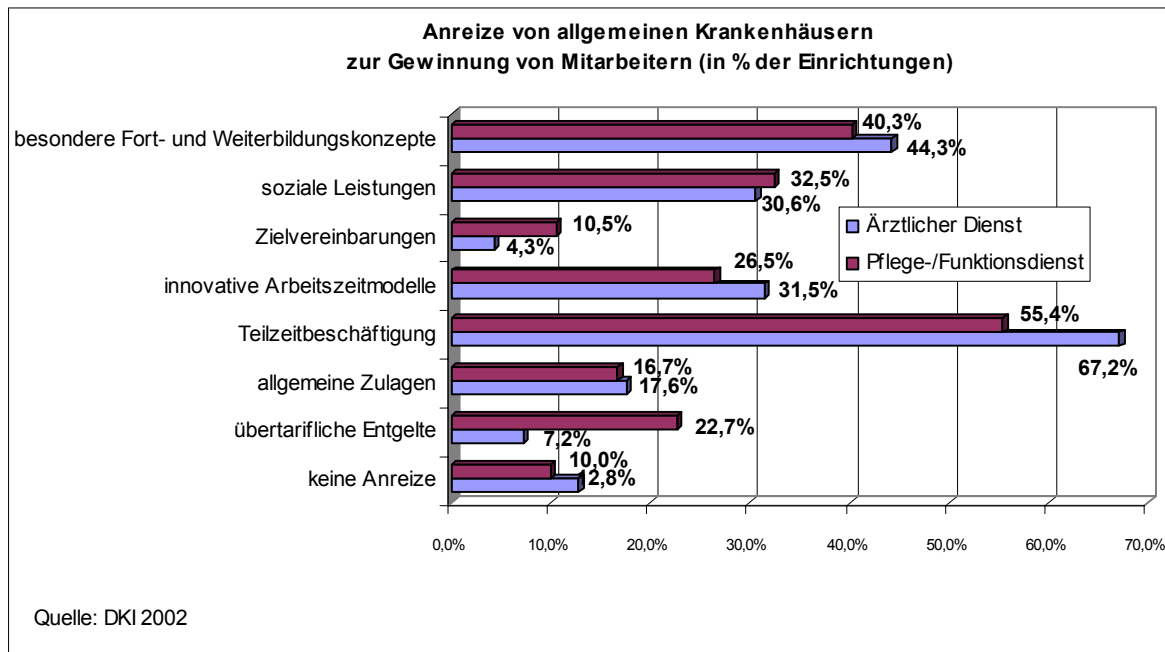
Jahr	Betten	Fallzahl	Pflegetage (in Tausend)	Verweildauer
1991	665 565	13 924 907	203 552	14,6
1992	646 995	14 233 471	198 028	13,9
1993	628 658	14 385 416	189 935	13,2
1994	618 176	14 626 639	185 178	12,7
1995	609 123	15 001 593	181 697	12,1
1996	593 743	15 231 877	174 313	11,4
1997	580 425	15 510 578	170 919	11,0
1998	571 629	15 952 070	170 906	10,7
1999	565 268	16 260 785	168 864	10,4
2000	559 651	16 486 672	167 013	10,1
2001	552 680	16 583 906	162 795	9,8
Veränderung in Prozent	-17	19	-20	-33

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12/Reihe 6.1, Gesundheitswesen, Wiesbaden

Darüber hinaus haben Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) ergeben, dass die Pflegekräfte trotz einer deutlich gestiegenen Arbeitsintensität etwa 28% ihrer Arbeitszeiten mit *fachfremden oder patientenfernen Tätigkeiten* verbringen, was ebenfalls als sehr belastend wahrgenommen wird (vgl. Blum 2003). Die Situation der Beschäftigten in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung zwischen wachsender Nachfrage, einer Intensivierung der Leistungserstellung, zunehmendem Kostendruck und steigenden Qualitätsanforderungen von Seiten des Gesetzgebers führen dazu, dass die Attraktivität der Berufe zunehmend sinkt. Auf Ebene der Leistungserstellung führt dies zu einem deutlichen Personal-mangel und in der Folge auch zu einer weiteren Überlastung des vorhandenen Personals. Zudem wirken sich die unzeitgemäßen Ausbildungs- und Karrierewege sowie der geringe gesellschaftliche Status der pflegerischen Gesundheitsberufe unmittelbar auf die Attraktivität der Berufe aus und forcieren somit einen Mangel an dringend benötigten Fachkräften in den Einrichtungen. Derzeit wird u.a. an der Universität Wuppertal an einer Studie (NEXT-Studie: Nurses' Early Exit Study) gearbeitet, welche zum ersten Mal im Rahmen eines europäischen Vergleichs systematisch klären soll, warum viele Pflegekräfte den Pflegeberuf lange vor Erreichen des Rentenalters verlassen (vgl. <http://www.next-study.net>). Die bisherigen Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich ein deutlicher Zusammenhang nachweisen lässt, zwischen dem Wunsch, die Pflege zu verlassen (nicht nur die Einrichtung!) sowie den Arbeitsbedingungen nach Einschätzung der Befragten „vor Ort“. Dies bedeutet also, dass zwischen „attraktiveren“ und „unattraktiveren“ Einrichtungen unterschieden werden kann. Die Flucht vor den spezifischen Arbeitsbedingungen im Betrieb führt im ungünstigsten Fall somit letztendlich zum generellen Berufsausstieg. Im Umkehrschluss verweisen diese Ergebnisse aber auch darauf, dass die Einrichtungen durchaus Gestaltungsspielräume besitzen, um ihre Beschäftigten durch betriebliche Maßnah-

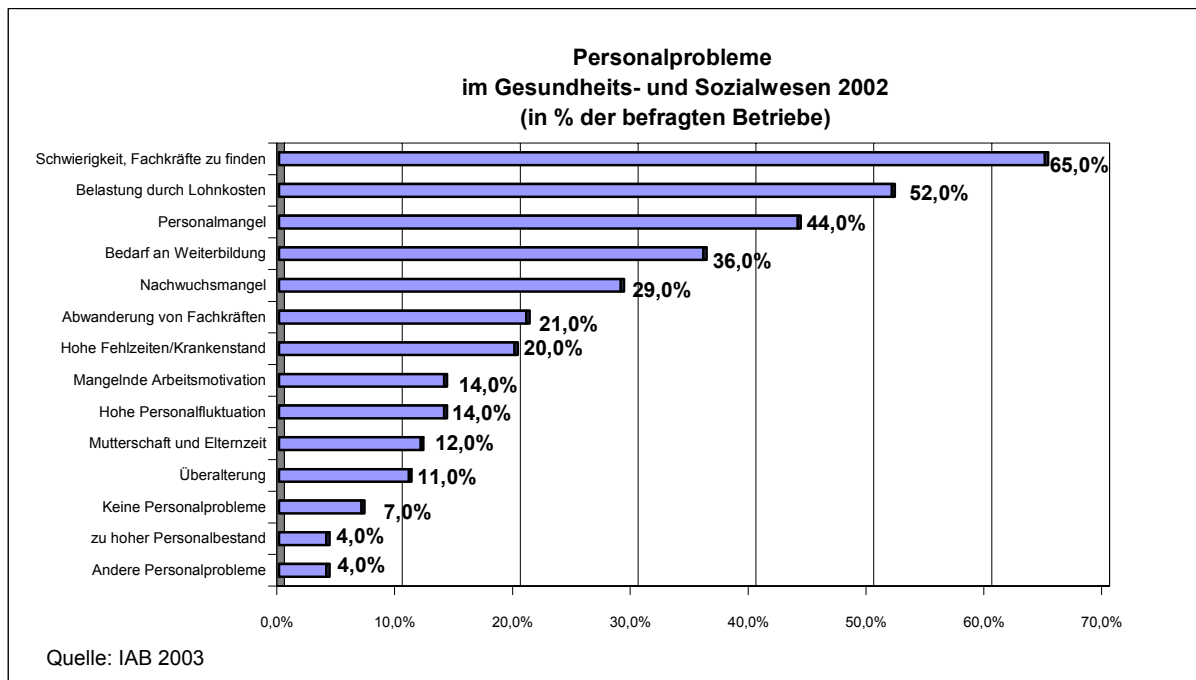
men zur Verbesserung der Arbeitssituation im Beruf zu halten. Der starke Nachholbedarf der Einrichtungen in diesem Bereich wird bereits dadurch signalisiert, dass die Steigerung der Kundenzufriedenheit in Krankenhäusern derzeit in erster Linie auf Kosten der Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen ist. Dies lässt sich wiederum auf organisatorische Probleme zurückzuführen, die den Beschäftigten bei einer entsprechenden Kundenorientierung hohes Improvisationsvermögen und überdurchschnittliches Engagement abverlangen (vgl. Bandemer u.a. 2002).

Abbildung 4



„Der Kampf um das Personal hat begonnen“ (von Eiff: 2003), so lassen sich die Auswirkungen des Fachkräftemangels von betrieblicher Seite aus derzeit wohl treffend beschreiben. Wie Abbildung 4 zeigt, gehören neben der *Bereitstellung von besonderen Fort- und Weiterbildungskonzepten*, die *Möglichkeit der Teilzeitarbeit* in Verbindung mit *innovativen Arbeitszeitmodellen* und das Vorhalten von *sozialen Leistungen* zu den wesentlichen Anreizinstrumenten der Krankenhäuser zur Gewinnung von Personal. Die „sozialen Leistungen“ beinhalten etwa die Bereitstellung von Wohnraum oder Kinderbetreuungsmöglichkeiten. In Anbetracht des Fachkräftemangels ist es umso erstaunlicher, dass viele Einrichtungen immer noch ihre Chancen zum effizienteren Wirtschaften in einer Nichtbesetzung von offenen Stellen oder aber gar in einem Abbau von Personal suchen. Das IAB hat im Rahmen seiner Gesundheitswesenstudie auf Basis des IAB-Betriebspanels (vgl. Gewiese u.a. 2003) folgende, über den Fachkräftemangel hinaus gehenden Personalprobleme der Betriebe im Gesundheitswesen identifiziert (vgl. Abbildung 5):

Abbildung 5



Neben der Schwierigkeit generell Fachkräfte für die Arbeit gewinnen zu können, zählen des Weiteren die hohen Lohnnebenkosten (52,0%) und der Bedarf an Weiterbildung (36%) zu den wichtigen von den Betrieben geäußerten Personalproblemen. Darüber hinaus klagt jeder fünfte Betrieb des Gesundheits- und Sozialwesens über hohe Fehlzeiten und einen hohen Krankenstand (20,0%). Die Bereitstellung von *Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen* bildet in Krankenhäusern einerseits ein wichtiges Anreizinstrument, um Beschäftigte für die Arbeit in der Einrichtung gewinnen zu können. Andererseits zählt der zukünftige Bedarf an Weiterbildung in vielen Betrieben der Gesundheitswirtschaft derzeit zu den wesentlichen personalbezogenen Problemfeldern.

1.3 Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft – Der Blick in die Zukunft

Die Nachfrage nach Arbeitskräften in der Gesundheitswirtschaft lässt sich prinzipiell aus der *Nachfrage nach Leistungen und/oder neuer Angebote* ableiten¹⁵. Wahrscheinlich ist zudem auch die Realisierung von Beschäftigungseffekten über die sog. „*angebotsinduzierte Nachfrage*“. Darüber hinaus können Veränderungen in der Arbeitszeitgestaltung einen wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach Arbeitskräften haben. Jüngstes Beispiel ist hier das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Bereitschaftsdienst von Ärzten. Nach dem EuGH-Urteil muss der Bereitschaftsdienst zukünftig als Arbeitszeit angerechnet werden mit der Folge, dass die Einrichtungen vor erheblichen Problemen bei der Deckung ihrer Arbeitszeiten im Rahmen des bisherigen Personalpools stehen. Die Schätzungen zum realen Bedarf an zusätzlichen Ärzten schwanken derzeit jedoch noch erheblich: So werden nach Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) etwa 15.000 oder gar 27.000 zusätzliche Ärzte

¹⁵ Die Beschäftigung wird hier in einem engen Zusammenhang mit dem Ausgabeniveau bzw. der Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor gesehen (in % des BIP). Da das Niveau der Ausgaben in den letzten Jahren gestiegen ist, kann hieraus auf Basis der Grundannahmen abgeleitet werden, dass es sich bei der Gesundheitswirtschaft um einen Bereich handelt, der auch in Zukunft durch die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet sein wird.

aufgrund der Veränderung der rechtlichen Grundlage benötigt, der Bundesverband der Krankenhausdirektoren spricht hingegen „nur“ von 10.000 neuen Jobs (vgl. <http://www.spiegel.de>; recherchiert am 12.09.2003; WAZ vom 10.09.2003)¹⁶. Lösungen zur Deckung des Personalbedarfs werden vor allem in der Kombination aus der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle und zusätzlichen Einstellungen gesehen. Als wesentliche Triebkraft der Nachfrage und des Angebots an sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und somit auch der Beschäftigungsnachfrage gilt darüber hinaus die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit. Während in der Vergangenheit pflegerische und versorgende Tätigkeiten durch Frauen im Haushalt quasi ehrenamtlich erbracht wurden, werden diese ökonomisch wertvollen Dienstleistungen nun aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen an den Markt ausgelagert und dort nachgefragt (vgl. Bosch/Wagner 2003:490 ff.; Hilbert/Naegele 2002). Insgesamt wird ein deutlicher Anstieg der Nachfrage an Pflegekräften vor allem durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen prognostiziert. Potenziale für die Entstehung neuer Arbeitsplätze werden überwiegend in der ambulanten Versorgung psychisch und demenziell erkrankter Personen, in der Beratung und Schulung von Rehabilitanden, im Home-Care-Management oder aber in der Freizeitpädagogik und der Seniorenarbeit gesehen. Auch die Bereitstellung von „*Dienstleistungen für mehr Lebensqualität*“ in Kombination mit pflegerischen Diensten – „*care plus*“-Angebote – bietet positive Beschäftigungsaussichten. Voraussetzung zur Realisierung der Beschäftigungspotenziale ist hier allerdings die Aktivierung zusätzlicher privater Mittel durch die systematische Erschließung neuer Geschäftsfelder und die Entwicklung und Bereitstellung innovativer und kundenorientierter Produkte und Dienstleistungen.

Nach den Untersuchungen von Schneekloth und Potthoff zu den Rahmenbedingungen der ambulanten häuslichen Versorgung von 1993 (Schriftenreihe BMFFSJ Nr. 20) liefert das DIW (vgl. Schulz u.a. 2001) eine Bedarfsberechnung für den Berufsbereich „Pflege“.¹⁷ Sie bezieht sich vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland auf den Zeitraum der nächsten 50 Jahre und unterscheidet bei den berufsbezogenen Prognosedaten zwischen „Fachkräftebedarf“ und „Bedarf bei anderen Beschäftigten“ (i.d.R. Verwaltungs- und Hauswirtschaftskräfte). Die Interpretation der DIW-Daten erlaubt eine erstaunlich treffgenaue und plausible Anbindung an die bis heute vorliegenden Informationen zur Erwerbstätigenentwicklung im Berufsfeld (BA/IAB, Stat. BA): Für den *stationären Sektor* geht das DIW bis 2050 von einem zusätzlichen Bedarf an „professioneller außerfamiliärer Hilfe“ in Höhe von 130% bis 145% aus - verglichen mit den Ausgangsdaten von 2000.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich insbesondere auch für den *ambulanten Sektor*: Hier prognostiziert das DIW (ausgehend von 1999) vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und unter der Voraussetzung eines gleich bleibenden Verhältnisses von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung (19: 81) bis 2020 einen wachsenden Fachkräftebedarf („Pflegekräfte für Dienstleistungen im Sinne der Pflegeversicherung“) von + 48% (40.100), bis 2050 ist es ein Zuwachs von 131% (62.400). Sollte sich das Verhältnis von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung auf das heutige Niveau der Pflegestufe III verändern

16 Das Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) hat darüber hinaus ein Gesetz vorgelegt, mit dem die Abschaffung der AiP (Arzt-im-Praktikum)-Phase zum Wintersemester 2004/2005 vollzogen werden soll. Vorgesehen ist, dass Studierende, die vor dem 01.10.2004 ihr Humanmedizinstudium mit dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen haben, noch die AiP-Phase absolvieren müssen. Für diejenigen, die das Studium mit Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach bisherigem Recht oder des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 nach dem 30.09.2004 abschließen, erfolgt die Erteilung der Approbation unmittelbar nach Abschluss des Studiums. Diese Absolventen müssen keine AiP-Phase mehr ableisten. Es ist davon auszugehen, dass durch das geplante Gesetz den Krankenhäusern deutliche Mehrkosten sowie ein zusätzlicher Personalbedarf entstehen werden.

17 Bandemer/Hilbert/Schulz haben bereits 1998 umfangreiche Szenarien zur Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft vorgelegt. Ausgehend von drei unterschiedlichen Politikmodellen (etatistisches Modell, neoliberales Modell, Dienstleistungspolitikmodell) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass auf Grundlage des Dienstleistungsmodells im Vergleich der Politikmodelle die höchsten Beschäftigungszuwächse – bis 2010 rund 966.000 neue Arbeitsplätze – erzielt werden könnten (vgl. Bandemer u.a. 1998).

(25 : 75), würde sich der Fachkräftebedarf bis 2020 sogar um 95% (52.800), bis 2050 sogar um 204% (82.200) erhöhen. Die Entwicklungsdynamik des stationären und des ambulanten Sektors zeigt sich auch in der Berechnung des DIW zur Entwicklung der Nachfrage nach Betreuungsdienstleistungen nach Pflegestufen (Tabelle 3):

**Tabelle 3: Nachfrage nach Betreuungsleistungen- nach Pflegestufen
(Prognose 2020 und 2050)**

	2020	2050
Pflegestufe I	+50%	+56%
Pflegestufe II	+ 55%	+ 66%
Pflegestufe III	+ 50%	+ 63%

Quelle: DIW 2001

Unterstellt man, dass die Betreuung Pflegebedürftiger auf dem Niveau der Pflegestufe I eher von ambulanten Diensten, die Betreuung auf Pflegestufe III hingegen eher im stationären Bereich stattfindet, zeigt sich, dass die prognostizierten Beschäftigungspotenziale mindestens zur Hälfte von ambulanten Diensten getragen werden. Die zunehmende Bedeutung des ambulanten Sektors für die Rekrutierung von qualifizierten Fachkräften ergibt sich lt. DIW auch aus mindestens zwei weiteren Entwicklungen:

- Bei erwartet stark zunehmender Berufstätigkeit von Frauen steht das bislang stark in Anspruch genommene „innerfamiliäre weibliche Pflegepotenzial“ (Töchter pflegen Eltern) in immer geringerem Umfang zur Verfügung. Der Rückgang muss durch „professionelle außerfamiliäre Hilfen“ als ambulante Dienstleistung ersetzt werden.
- Die Prognosen des DIW konzentrieren sich ausschließlich auf Pflegeleistungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Ambulante sozialpflegerische Dienstleistungen könnten sich jedoch auf ein weitaus umfangreicheres Spektrum an personenbezogenen Dienstleistungen erstrecken, was wiederum erhebliche Auswirkungen auf das Beschäftigungspotenzial hätte.

Für Nordrhein-Westfalen (NRW) sind im Rahmen der Studie „Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW“ zwei *Szenarien zur Beschäftigungsentwicklung* für die gesamte Gesundheitswirtschaft vorgelegt worden (vgl. Tabelle 4; FfG/IAT/MHH 2001: 136). Während das *obere Szenario* von einer Realisierung von ca. 196.200 neuen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2015 ausgeht, verweist das *untere Szenario* auf deutlich geringere Zuwächse und sogar auf Personalabbau in einzelnen Bereichen. Auffallend ist hier die Einschätzung der Beschäftigungsentwicklung in der stationären Versorgung: Das Abbauszenario beruht im Wesentlichen auf einer politisch induzierten Umsteuerung des Krankenhaussektors. Die Reduktion der Fallzahlen durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausüberweisungen, Maßnahmen der Effizienzsteigerung der Versorgung aber auch der durch die Verlagerungen in den ambulanten Sektor induzierte Personalabbau führen in der Prognose zu einem deutlichen Abbau der Beschäftigung.

**Tabelle 4: Prognose zur Beschäftigungsentwicklung
in der Gesundheitswirtschaft NRW bis 2015**

	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Ambulante Versorgung	+ 30.000	+ 60.000
Stationäre Versorgung	- 15.600	+ 10.600
Altenhilfe und –pflege	+ 44.000	+ 100.000
Zulieferindustrien und Nachbarbranchen	+ 12.300	+ 25.600
Gesamt	+ 70.700	+ 196.200

Die Anbieter des Gesundheitswesens stehen unter enormen politischem und gesellschaftlichem Druck: Einerseits soll die Qualität der Versorgungsleistungen deutlich verbessert werden und andererseits sollen die Leistungen auch wesentlich effizienter als bisher erbracht werden. Dies führt zu der widersprüchlichen Situation, dass die Einrichtungen des stationären und ambulanten Sektors zwar auf zusätzliches Personal angewiesen sind, sich jedoch aufgrund des Kostendrucks nicht selten gezwungen sehen, ihr dringend benötigtes Personal abzubauen oder gar nicht erst einzustellen. Da die Personalkosten immerhin rund 66% der Sachkosten der Krankenhäuser ausmachen (vgl. DKG 2003: 19 f.)¹⁸, sehen viele Einrichtungen hier die Chance, dem wachsenden Kostendruck in den nächsten Jahren durch Personalabbau zu begegnen (vgl. Gewiese u.a. 2003). Insgesamt zeigen sich jedoch deutliche Differenzen in den Einschätzungen zur erwarteten Personalentwicklung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor: Während rund 16,0% der Altenpflegeheime für 2006 einen steigenden Personalbestand erwarten, sind es in den Allgemeinen Krankenhäusern lediglich 8,9% der Einrichtungen (vgl. ebd.).

Zur *Qualifikationsentwicklung* in den „Gesundheits- und Sozialberufen“ hat das Ifo-Institut (Munz/Ochel 2001) in seinen Prognosen interessante Aussagen vorgelegt:

- Die Arbeitslosigkeit wird trotz des zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs auf hohem Niveau bleiben. Die qualifizierte Berufsausbildung wird damit zum entscheidenden Faktor für eine (relative) soziale Sicherung.
- Alle Projektionen des Qualifikationsbedarfs der letzten Jahre sprechen dafür, dass die Veränderungen in den Wirtschaftssektoren (z.B. „Gesundheits- und Sozialwesen“, Personenbezogene und soziale Dienstleistungen, Gesundheitswirtschaft) und den Tätigkeitsstrukturen eine relativ hohe Qualifizierung der Erwerbstätigen erforderlich macht.

Der Bedarf nach hohen beruflichen Qualifikationen wird sich nach den Prognosen des Ifo-Instituts mit Abstand am stärksten auf die „Gesundheits- und Sozialberufe“ auswirken. Umgekehrt wird die Nachfrage nach „nicht formal Qualifizierten“ proportional ebenfalls in diesem Bereich am stärksten sinken. Die Realisierung der positiven Beschäftigungschancen ist – wie die Studie „Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW“ deutlich betont – jedoch kein „Selbstläufer“. Die Entwicklung der Branche ist nicht zuletzt von der Innovationsfähigkeit der

18 Im Rahmen der Personalkosten entfallen wiederum rund 39% und damit der größte Teil der Kosten auf den Pflegedienst (39%), gefolgt vom Ärztlichen Dienst (22,3%) und vom Medizinisch-technischen Funktionsdienst (20,9%) (vgl. DKG 2003: 20).

individuellen und betrieblichen Akteure und damit wesentlich von den Qualifizierungsaktivitäten abhängig.

2. „Innovation und Qualifizierung“ – Voraussetzungen zur Entwicklung des „Megamarktes Gesundheit“

Kondratieff hat darauf hingewiesen, dass es sich bei den von ihm beschriebenen Zyklen zugleich um Reorganisationsprozesse einer Gesellschaft handelt. Damit verbunden sind Innovationsschübe die neue Ideen, Bedürfnisse, neue Produkte und Unternehmen, neue Formen der Arbeitsorganisationen aber auch neue Qualifikationsanforderungen mit sich bringen. Laut Nefiodow befinden wir uns am Beginn eines neuen Zyklus, der wahrscheinlich durch den gesellschaftlichen Bedarf nach ganzheitlicher Gesundheit (körperlicher, seelischer, sozialer und ökologischer) geprägt sein wird (vgl. Nefiodow 1996). Humankapital und Qualifikation spielen für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen generell, und somit auch für die Gesundheitswirtschaft eine bedeutende Rolle. Definiert man Humankapital als „(...) das in ausgebildeten und lernfähigen Individuen repräsentierte Leistungspotential einer Bevölkerung“ (Doré/Clar 1997: 159)¹⁹, dann wird deutlich, welche zentrale Rolle den Beschäftigten im wirtschaftlichen Entwicklungsprozess der Gesundheitswirtschaft zukommt. Darüber hinaus besteht eine enge Kopplung zwischen „Humankapital und Wissen“: Die Beschäftigten können Wissen nutzen, produzieren und sie sind letztendlich auch Träger des Wissens. Die wachsende Bedeutung von „Wissen“ in der Dienstleistungsgesellschaft zeigt sich u.a. daran, dass das wirtschaftliche Wachstum nicht mehr nur alleine aus einem wachsenden Produktionsvolumen entsteht, sondern vielmehr aus der Akkumulation und Nutzung von Wissen im wirtschaftlichen Innovationsprozess. Für Bildung und Qualifizierung ergeben sich aus dieser Entwicklung folgende Konsequenzen (vgl. Lehner 1999):

- die Zunahme von allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und anderen extrafunktionalen Kompetenzen bei relativer Abnahme der Bedeutung von Faktenwissen;
- Traditionelle Formen und Strukturen der Teilung der Wissensproduktion werden zunehmend durch neue integrative und interdisziplinäre Formen ersetzt;
- Wissensgenerierung und Wissensnutzung wachsen sowohl im Hochschulbereich als auch im schulischen Bereich zusammen.

Die Umsetzung und Verwertung von „Wissen“ in einer Region oder in einem Betrieb setzt voraus, dass die Beschäftigten auf Basis ihrer Qualifizierung in der Lage sind, das vorhandene „Wissen“ anwenden zu können. „Humankapital“ stellt aus dieser Perspektive eine „innovative Kraft“ dar, ohne die eine qualitative Veränderung und Neuentwicklung von Produkten und Dienstleistungen nicht möglich wäre. „Qualifizierung“ ist in diesem Sinne sowohl als *Prozess* wie auch als *Instrument* zu verstehen, die dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten im Zeitverlauf auszubauen und zu stärken. An dieser Stelle soll jedoch auf eine deutliche Schwäche des Erklärungsansatzes betrieblicher und individueller Qualifizierungsentscheidungen durch den Humankapitalansatz hingewiesen werden: Die Entscheidung zur Qualifizierung folgt nach der Logik des Ansatzes lediglich ökonomischen Kalkülen, d.h. eine Investition in Qualifizierungsmaßnahmen wird dann getätigt werden, wenn der Wert der erwarteten Erträge der Maßnahmen die damit verbundenen Aufwendungen übersteigt. Vernachlässigt werden aus dieser Perspektive Qualifizierungsentscheidungen, die an veränderten Rahmenbedingungen bzw. Kontextfaktoren ansetzen und das Qualifizierungsverhalten aus dieser Sicht zu erklären versuchen. Betriebe und Individuen qualifizieren sich auch in der *Erwartung von Veränderungen (prospektive Qualifizierung)*, so dass konkrete Kosten-Nutzen-Analysen

¹⁹ Zum Humankapitalansatz: siehe auch Becker 1975.

das Entscheidungsverhalten zwar beeinflussen, es jedoch nicht vollständig erklären können. Die Expertise folgt in ihrem Erklärungsansatz insofern keinem geschlossenen theoretischen Ansatz entlang der „Humankapitaltheorie“, da sie die Vorrangigkeit der Kontextfaktoren und ihre Implikationen für die Qualifizierungsaktivitäten unterstellt.

Die Qualifikationsforschung versucht den Begriff des „Humankapitals“ um den Begriff der „*Qualifikation als umfassende Handlungskompetenz*“ zu erweitern. Fachkompetenz, Methodenkompetenz und soziale Kompetenz werden im Begriff der „Handlungskompetenz“ gebündelt. Eine Person hat dann eine „Qualifikation“ für den Arbeitsplatz, wenn sie die

„(...) zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt, wenn [sie] Probleme unabhängig und flexibel lösen kann, und wenn [sie] willens und fähig ist, in [ihrer] Arbeitsumgebung und –organisation vorausschauend zu planen.“ (Doré/Clar 1997: 165)

Gegenüber der Humankapitaltheorie ermöglicht der *Ansatz der Qualifikationsforschung* die Berücksichtigung der wechselseitigen Bedingtheit von „Qualifikation“ und „Handlungskompetenz“: Berufliches Handeln erfolgt immer in einem sozialen Kontext, d.h. die Möglichkeiten und Grenzen beruflichen Handelns werden durch die Individuen ständig neu bewertet. Ändern sich die Kontextfaktoren, so ist das berufliche Handeln unmittelbar davon betroffen. Betriebliche Fort- und Weiterbildung dient in diesem Kontext idealtypische sowohl als Instrument der vorausschauenden *Personal- und Organisationsentwicklung* wie auch als Instrument, um defizitäre Personalqualifikationen an sich verändernde Bedarfe anzupassen. Für die Beschäftigten bedeutet betriebliche Fort- und Weiterbildung die Aktualisierung ihres Wissens an die sich verändernden Anforderungen mit dem Ziel sich *fachlich* und/oder sich beruflich fortzuentwickeln (Aufstiegsorientierung), aber auch der Sicherung und Erhöhung ihrer Beschäftigungsfähigkeit durch die (Wieder)Herstellung von Handlungskompetenz. Insofern besitzen betriebliche und individuelle Qualifizierungsmaßnahmen immer auch eine *Korrektivfunktion*, z.B. nach Abschluss einer Berufsausbildung.

Die Bereitstellung von Aus- und Weiterbildungsstrukturen die möglichst nah am realen Bedarf ausbilden und gegebenenfalls die „marktgerechte“ Korrektur des Qualifikationsprofils sicherstellen, wird somit zu einer wesentlichen Entwicklungsvoraussetzung der Gesundheitswirtschaft. Orientiert man sich an dem Begriffsverständnis der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslanges Lernen“ dann umfasst „Lebenslanges Lernen“ „(...) die Gesamtheit allen formalen, nicht-formalen und informellen Lernens über den Lebenszyklus hinweg“ (Expertenkommission Finanzierung Lebenslanges Lernens 2002: 29). Ziel ist es, die segmentierten Bildungsbereiche (Vorschulbildung, schulische Bildung, Berufsbildung, Hochschulbildung, allgemeine und berufliche Weiterbildung) stärker als dies bisher der Fall ist, miteinander zu verzahnen und zu einem kohärenten, transparenten und durchlässigen Gesamtsystem auszubauen. Hieraus kann – der Expertenkommission folgend – eine idealtypische Vorstellung bezüglich eines entsprechenden Gesamtsystems abgeleitet werden:

- Notwendig ist Lernen auf durchlässigen und zugleich miteinander verzahnten Bildungspfaden;
- Notwendig ist Lernen in einer vielfältigen, transparenten und an den konkreten Bedarfen orientierten Angebotslandschaft;
- Notwendig ist Lernen durch die Bereitstellung von ausreichend psychischen, institutionellen, zeitlichen und monetären Ressourcen;
- Notwendig ist Lernen unter den Bedingungen von Transparenz und Qualität. (ebd.)

Die personenbezogenen Dienstleistungen befindet sich derzeit mit den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens in einem tief greifenden Veränderungsprozess: „Aus den Gesundheits- und Sozialberufen sind – unter Einschluss der *„Pflegeberufe“*! – personenbezogene Dienstleistungsberufe geworden, deren Qualifikationsprofil sich nach dem Leistungsbedarf eines spezifischen Wirtschafts- und Arbeitsmarktgebietes mit seinen schnellen Orientierungswechseln richtet.“ (Becker 2002: 30). Die Notwendigkeit der Förderung berufsbegleitender Qualifizierung als „Investition in das Humankapital“ sowie die Bereitschaft zum „Lebenslangen Lernen“ der Beschäftigten sind wesentliche Forderungen von Seiten der Einrichtungsträger und der Einrichtungen in diesem Zusammenhang, wenn auch nicht sonderlich neu. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass gerade die Beschäftigten in den Pflegeberufen sich durch hohes berufliches Engagement sowie durch ein hohes Bildungsinteresse und eine ausgeprägte Qualifizierungsbereitschaft auszeichnen (für die Altenpflege siehe: Bermejo/Muthny: 1994; Becker/Meifort 1997: 286 ff.).

Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft ist aufgrund einer zunehmenden Verlagerung der Finanzierung vom öffentlichen und halb-öffentlichen in den privaten Bereich auf die Entwicklung attraktiver und marktgängiger Dienstleistungsangebote und ihre Refinanzierung auch durch private Mittel angewiesen. Allerdings sind die zentralen Berufsgruppen – wie etwa die Pflegeberufe – derzeit nicht auf diese Herausforderungen und neuen Tätigkeitsfelder eingestellt, so dass es hier zu deutlichen *Passungsproblemen in der Qualifikationsstruktur* kommt (vgl. Becker 2002, Meifort 2002). Dieses „Mismatch“ beruht u.a. darauf, dass Qualifikationsprofile in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen weniger anhand harter, objektiver Berufsdaten, sondern vielmehr auf der Grundlage der Orientierung an der Entwicklung sozialer und kultureller Einstellungsveränderungen entwickelt werden, die Berufe stecken gewissermaßen in einer *„Traditionitätenfalle“* (vgl. Meifort ebd.). Innovationen und Neuorientierungen in der Wirtschaft beeinflussen das Beschäftigungssystem, welches seinerseits spezifische Anforderungen an das Aus- und Weiterbildungssystem stellt. Die Dynamik, mit welcher sich die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren gewandelt hat, hat nicht nur nachhaltigen Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf betrieblicher und individueller Akteure, sondern lässt das bisherige System der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen zunehmend an seine Grenzen stoßen.

3. Die Gesundheitswirtschaft im Umbruch – Herausforderung für die Qualifizierung

Die Gesundheitswirtschaft ist einer Vielzahl von Entwicklungstrends ausgesetzt, welche die beruflichen Anforderungen und somit den Qualifizierungsbedarf der Branche sowohl direkt als auch indirekt beeinflussen. Neben einzelnen, für die jeweiligen Einrichtungen bedeutenden Entwicklungs Herausforderungen lässt sich darüber hinaus ein *gemeinsames Szenario* darstellen, das den Qualifizierungsbedarf der Branche nachhaltig beeinflusst und verändert. Hierbei ist im Weiteren zu unterscheiden zwischen solchen Entwicklungstrends, welche die Branche und damit den Qualifizierungsbedarf punktuell verändern (*Einflussfaktoren „geringerer Reichweite“*; z.B. die Einrichtung der DRG's in den Krankenhäusern erfordert verstärkt die Durchführung von Kodier-Schulungen bei den Pflegekräften) und solchen Entwicklungstrends, die die Branche grundlegend beeinflussen (*Einflussfaktoren „höherer Reichweite“*; z.B. demographische Entwicklung führt in den Betrieben der Gesundheitswirtschaft zu älter werdenden Belegschaften und erfordert zukünftig verstärkt die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für speziell für ältere Arbeitnehmer).

Die im Folgenden dargestellten Entwicklungstrends sind in ihren Wirkungen auf den Qualifizierungsbedarf nicht immer trennscharf. Dennoch lässt sich idealtypisch folgender Wirkungszusammenhang unterstellen: Die Veränderungen der gesundheitsrechtlichen und –politischen Rahmenbedingungen ebenso wie gesellschaftliche „Megatrends“ (soziodemographischer Wandel, Wandel der kulturellen Werthaltungen; **Makroebene**) verändern die Voraussetzungen unter denen die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft agieren (**Mesoebene**). Der daraus entstehende Qualifizierungsbedarf der Betriebe und der Beschäftigten (**Mikroebene**) beschreibt die Diskrepanz zwischen den tatsächlich vorhandenen sowie den benötigten Qualifikationen zur Bewältigung des Wandels. In der einschlägigen Literatur, wie auch in Interviews mit Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft haben sich die im Folgenden dargestellten Entwicklungstrends als bedeutsam in ihren Auswirkungen auf den Qualifizierungsbedarf herausgestellt:

Die gesundheitsrechtlichen Vorgaben und Herausforderungen, die zunehmende „Ökonomisierung“ sowie der akute und prognostizierte Fachkräftemangel der Branche sind wichtigste Auslöser für die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in der Gesundheitswirtschaft. Die Dynamik und Reichweite der Veränderungen der Rahmenbedingungen der letzten Jahre unterstreichen, dass sich die Branche in einem gravierenden und nachhaltigen Umbruch befindet. Das derzeitige System der beruflichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen ist jedoch konträr zu den idealtypisch formulierten Anforderungen an ein kohärentes System „Lebenslangen Lernens“, und ist damit derzeit nur begrenzt in der Lage, die aus dem Wandel entstehenden Anforderungen zu bewältigen.

3.1 Die Situation der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitssektor– Hindernis für den „Professionellen-Wandel?“

Für die Übernahme einer Berufstätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen steht heute eine breite Palette von Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angesprochen sind hierbei einerseits Angebote der *beruflichen Erstausbildung*, aber auch Möglichkeiten der *Fort- und Weiterbildung* in den Gesundheitsberufen. Seit 1990 ist darüber hinaus auch der *tertiäre Bildungssektor* (Hochschulqualifikation)²⁰ in das System der beruflichen Bildung einbezogen worden. Die Ausbildung im Gesundheitssektor findet im bundesdeutschen Ausbildungsgeschehen bislang jedoch nur wenig Beachtung: Im Mittelpunkt steht nach wie vor die Ausbildung im Rahmen des „dualen System“. Die Erstausbildung in den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgt nur zu einem quantitativ kleinen Teil im Rahmen des dualen Systems. Eine Besonderheit der beruflichen Bildung des Gesundheitswesens besteht gerade darin, dass parallel zueinander in unterschiedlichen Qualifikations- und Rechtssystemen ausgebildet wird (vgl. Becker 2002: 14). Dabei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:

- (1) *Der Ausbildung im dualen Ausbildungssystem* der betrieblichen Berufsausbildung (bundeseinheitlich geregelt durch das Berufsbildungsgesetz [BBiG] bzw. durch die Handwerksordnung [HwO]²¹;
- (2) *Der Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens* (Fach-, Berufsfach-, Kollegschulen oder andere Schulen des Gesundheitswesens).

²⁰ Die Hochschulausbildung im Bereich der Pflege lässt sich abstufen in die eigentlichen Universitäts- oder Fachhochschulstudiengänge (z.B. Pflegemanagement), daran anschließende Postgraduiertenstudiengänge (Public Health mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft) und die Pflegewissenschaftliche Promotion.

²¹ Zu den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens, die im Rahmen des dualen Systems ausgebildet werden zählen u.a.: Arzthelfer/-in, Zahnarzthelfer/-in, Pharmazeutisch-kaufm. Angestellte(r), Augenoptiker/-in, Hörgeräteakustiker/-in oder aber die Ausbildung zum Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen.

Zusätzlich zum Rechtssystem der bundeseinheitlichen *Ausbildung nach BBiG* gelten für die Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens die Rechtsnormen der *Berufsgesetze des Bundes* (z.B. das novellierte Krankenpflegegesetz oder seit 2003 auch das Altenpflegegesetz [AltPflG]²²) sowie die Verordnungen und Ausbildungsregelungen der einzelnen Bundesländer (*Landesregelungen*). Laut der Zahlen der gemeldeten Schüler ist die Ausbildung in den Gesundheitsberufen an den Schulen des Gesundheitswesens bedeutsamer als die im Rahmen des dualen Ausbildungssystems. Die statistische Erfassung der Auszubildendenzahlen gestaltet sich jedoch aufgrund der unterschiedlichen Zuordnung der einzelnen Ausbildungsrichtungen sowie des unterschiedlichen Status der Ausbildungsstätten recht schwierig. Ein exemplarischer Vergleich der Ausbildungszahlen des Jahres 1999 zeigt für NRW folgendes Bild: Insgesamt waren hier zu diesem Zeitpunkt in der gesamten Wirtschaft rund 335.270 Auszubildende gemeldet. In den Berufen des Gesundheitswesens absolvierten im selben Berichtsjahr insgesamt 78.649 Personen eine Ausbildung, davon entfielen rund 28.703 auf die Ausbildung im dualen System, weitere 40.727 auf die Schulen des Gesundheitswesens und 9219 Schüler/-innen waren an den Berufskollegs (ehemals Kollegschulen und Berufsbildende Schulen) gemeldet. (vgl. LDS NRW 2001: 33 ff). Jeder fünfte Jugendliche in NRW hat im Jahr 1999 dementsprechend eine Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen absolviert. Der Gesundheitssektor ist somit nicht nur aus sozial- und arbeitsmarktpolitischer Sicht, sondern auch in Bezug auf das Ausbildungsgeschehen von großer Bedeutung²³. Die demographische Entwicklung und die damit verbundene steigende Nachfrage nach Beschäftigten in den Gesundheitsberufen ist insofern nicht nur eine arbeitsmarktpolitische Chance, sondern auch eine Herausforderung an das bestehende System der beruflichen Bildung. Allerdings, ob die berufliche Bildung im Gesundheitsbereich diesen Herausforderungen gerecht werden kann, wird von vielen Experten bezweifelt. Sie charakterisieren den Status Quo demgegenüber mit Begriffen wie *Zersplitterung*, *Regionalisierung* und *Partikularisierung*. Die Gründe für solche Einschätzungen sind die Folgenden:

- ❖ Für die unterschiedlichen Berufsbereiche (z.B. Prävention, Pflege, Rehabilitation oder Medizintechnik) existiert eine Vielzahl von Berufen sowie „ (...) ein kaum zu durchschauendes Ausmaß an struktureller Unordnung, geteilten Zuständigkeiten und Einflussnahmen, systematischer Unschärfe sowie begrifflicher Vielfalt.“ (Becker 2002: 12). Im Jahr 2001 konnten für 59 Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen 168 Regelungen für die Ausbildung gezählt werden. Bis zur Verabschiedung eines bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes galten auch in der Altenpflege 17 verschiedene Gesetze auf Ebene der 16 Bundesländer für die Grundausbildung.
- ❖ Auch im Bereich der „beruflichen Weiterbildung“²⁴ ist das Bild keineswegs transparenter: Für 99 staatlich anerkannte Weiterbildungsabschlüsse galten im Jahr 2001 insgesamt 144 Regelungen (vgl. ebd.: 14).
- ❖ Übertroffen wird diese Unübersichtlichkeit noch durch die auf dem Markt existierenden Angebote im Bereich der „sonstigen Weiterbildung“: Nach Schätzungen werden die bisher benannten Qualifizierungsmöglichkeiten noch ergänzt um annähernd 1.000 be-

22 Seit dem 1. August 2003 wird die Altenpflegeausbildung bundesweit einheitlich durchgeführt. Das neue Altenpflegegesetz löst die bisherigen unterschiedlichen Ausbildungsregelungen der Länder ab und schafft erstmals bundesweit gleiche Rahmenbedingungen.

23 Die Ausbildungsaktivitäten im Gesundheitssektor haben sich in den letzten Jahren in NRW (1995-2001) entlang der einzelnen Berufe jedoch recht unterschiedlich entwickelt: Während vor allem in den „Kernberufen“ der Kranken- (- 18,6%) und Altenpflege (-10,4%) rückläufige Auszubildendenzahlen zu verzeichnen waren, konnten bspw. die „Physiotherapeuten“ (+ 44,1%) und die „Logopäden“ (168,2%) deutliche Zuwächse an Auszubildenden verzeichnen (vgl. FfG 2003: 107).

24 In den Gesundheits- und Sozialberufen hat sich folgende begriffliche Unterscheidung durchgesetzt: Im Rahmen der sog. *Aufstiegs- oder Funktionsweiterbildung* ist die berufliche Weiterbildung darauf gerichtet, betriebliche Leitungsfunktionen und Managementfunktionen zu übernehmen. Die *Fachweiterbildung* beinhaltet demgegenüber die klinische Spezialisierung für ein bestimmtes Fachgebiet wie der Intensivpflege, dem Operationsdienst oder der psychiatrischen Pflege.

rufsähnliche Fort- und Weiterbildungsabschlüsse (vgl. Becker 2002(b): 13). Diese Weiterbildungsangebote gehen inhaltlich jedoch kaum über das Qualifikationsniveau der Erstausbildung hinaus und tragen in der Folge nur zu einer weiteren Erosion der Berufsstruktur in diesem Bereich bei.

- ❖ Das lebhaftere Entstehen neuer Weiterbildungsangebote drückt aus, dass große Teile der Branche die bisherigen Berufsbilder – vor allem in der Altenpflege – in ihrer traditionellen Form nur noch für begrenzt tragfähig hält; allerdings gibt es auch noch keinen in sich geschlossenen Neuentwurf, sondern nur „wildes Stochern im Nebel“.

Der Bedarf nach neuen Qualifizierungsinhalten und –ausrichtungen wird mithin durchaus erkennbar. Es ist allerdings fraglich, ob und inwieweit die derzeit vorherrschende „wilde Modernisierung“ und eine oftmals *korrigierende Qualifizierung* dabei hilft, die „Traditionalitätenfalle“ der Gesundheitsberufe zu überwinden und die Qualifikationen den tatsächlichen Bedarfen der Betriebe anzupassen, da:

- viele schulischen Qualifikationsinhalte und fachliche Orientierungen die betrieblichen Anforderungen in zentralen Punkten nicht mehr treffen;
- die häufig fehlende Verknüpfung von theoretischen und praktischen Inhalten dazu führt, dass berufliches Lernen sich kaum an sog. „Schlüsselqualifikationen“ der Branche orientiert;
- Die Anschlussfähigkeit der erworbenen Berufsqualifikationen innerhalb des Berufsfeldes, aber auch gegenüber anderen Berufen nur unzureichend gewährleistet ist ;
- die Bildungsstrukturen insgesamt zu intransparent und undurchlässig sind ;
- es nur wenig flächendeckend verbindliche Standards sowohl bezüglich der Angebotsinhalte als auch der Qualifikation des Lehrpersonals gibt;
- es derzeit zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten, etwa in den Bereichen Organisation und Management, gerade auch für Ärztliches Personal gibt;
- viele Weiterbildungsqualifikationen häufig nur betriebsintern verwertbar sind.

Diese Beschreibung sollte allerdings nicht den Eindruck erwachsen lassen, die Ausbildung gerade in den Pflegeberufen ginge völlig an den Bedarfen vorbei, sondern es handelt sich hierbei nach wie vor um eine qualifizierte Berufsausbildung auf inhaltlich hohem Niveau. Zudem sind bereits einige der neuen Anforderungen in die Curricula der Alten- und Krankenpflegeausbildung aufgenommen worden. Inwieweit allerdings z.B. die Novellierung des Krankenpflegegesetzes zum 1. Januar 2004 geeignet ist, den Beruf der Krankenpflege zu modernisieren und an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, ist derzeit nicht unumstritten (vgl. Neiheiser/Walger 2003). Während der Kanon der vermittelten Inhalte als momentan zeitgemäß gilt, gibt es Zweifel, ob die Vorbereitung auf das Weiterlernen, auf das Anpassen und Weiterentwickeln der einmal erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten ausreichend eingeübt wird. Zwar sind die Zahlen zur Teilnahme an Massnahmen der beruflichen Weiterbildung insgesamt seit Beginn der 80er Jahre erheblich (um mehr als das Dreifache) gestiegen (vgl. Becker 2002 (c): 5), aber es ist fraglich inwieweit sich dies dann auch in einer deutlichen Verbesserung der beruflichen Situation der Beschäftigten ausdrückt. Die Zersplitterung berufsrechtlicher Regelungen, die Vielfalt und hohe Intransparenz der Weiterbildungsangebote, die inhaltliche Rückständigkeit vieler Ausbildungsinhalte in Bezug auf neue Anforderungen ebenso wie das „Mismatch“ zwischen erforderlicher und tatsächlich durchgeführter Weiterbildung sind Charakteristika des derzeitigen Systems der beruflichen Bildung im Gesundheitssektor, die deutlich machen, dass es noch ein weiter Weg ist, um den oben idealtypisch formulierten Anforderungen an ein kohärentes System des „Lebenslangen Lernens“ gerecht werden zu können.

3.2 Von der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation

Die Gesundheits- und Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren immer wieder Gegenstand zahlreicher Diskussionen gewesen. Dabei gilt die Suche nach Lösungen vor allem solchen Ansätzen, welche die Qualität medizinischer Leistungen und Prozesse – immer auch mit Blick auf den internationalen Vergleich – verbessern und gleichzeitig die Kosten dämpfen sollen. Die Finanzierungsmodalitäten sollten möglichst so gestaltet sein, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft (Stichwort: Lohnnebenkosten) möglichst nicht beeinträchtigt bzw. sogar verbessert wird. Wie bereits andere Wirtschaftsbereiche zuvor (z.B. Telekommunikation, Energiewirtschaft, Postwesen u.a.) wird auch im Gesundheitswesen *staatlicher Regulierung um Wettbewerbselemente ergänzt*. Das jüngste GKV-Modernisierungsgesetz ist hier keine Ausnahme. Die wichtigsten *Reformansätze und –schritte*, welche die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren nachdrücklich beeinflusst haben, können mit folgenden Stichworten umrissen werden:

Tabelle 4: Gesundheitsrechtliche und –politische Vorgaben mit Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft

- **Grenzüberschreitende Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen** folgt dem Marktrecht der EU (Freier Waren- und Dienstleistungsverkehr; 2005)
- **Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs** zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993;
- Maßnahmen der **internen und externen Qualitätssicherung** und der **Qualitätsentwicklung** nicht zuletzt als Reaktion auf festgestellte Qualitätsmängel vor allem in der stationären Versorgung älterer Menschen (Einführung des **Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG)** im Jahr 2001);
- **Verpflichtung zur Qualitätssicherung** im stationären Sektor durch Novellierung des SGB V §§ 135a ff (2001);
- Auf- und Ausbau **integrierter Versorgungsstrukturen** mit dem Ziel einer effizienteren und effektiveren kunden- bzw. patientenorientierten Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche (nach § 140 a-h SGB V);
- Verzahnung der Leistungsanbieter vor dem Hintergrund spezifischer Krankheitsbilder (**Disease-Management-Programme**);
- Neuregelung bei der Pauschalierung der Entgeltsysteme (**Einführung der DRGs**²⁵ ab 2004 verbindlich);
- **GKV-Modernisierungsgesetz 2003 verpflichtet Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe zukünftig zur Fortbildung** (z.B. Vorschriften zur Fortbildung in den Pflegediensten);
- **Nutzung neuer IuK-Technologien** für eine Verbesserung der Wirksamkeit und eine effizientere Gestaltung von Informations- und Kommunikationsströmen (z.B. elektronische Patientenakte);

Die politisch gewollte Stärkung des Wettbewerbsprinzips im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass der *Innovations-*, der *Wettbewerbs-* und der *Profilierungsdruck* für die einzelnen Anbieter der Gesundheitswirtschaft in der Vergangenheit deutlich gestiegen ist und auch künftig weiter steigen wird. Qualität ist somit zu einem entscheidenden Wettbewerbsparameter geworden. Der Konkurrenzdruck zwischen den Anbietern der Gesundheitswirtschaft erhöht die Notwendigkeit, sich durch innovative Produkte und Dienste von den Konkurrenten auf dem „Pflegermarkt“ abzusetzen und durch die Verbesserung der Patienten- bzw. der Kundenorientierung sowie durch gezieltes Marketing Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Während die Qualifi-

²⁵ DRG steht für die „Diagnosis Related Groups“. Hierbei handelt es sich um Patientenklassifikationssysteme, die aufwandsähnliche Krankheitsfälle einer möglichst kostenhomogenen Fallgruppe und einer bestimmten Kostenklasse zuordnen.

zierungsaktivitäten in der Vergangenheit in erster Linie auf die skizzierten *fachlich dominierten Fort- und Aufstiegsweiterbildungen* beschränkt waren, gewinnt in Zukunft der *Qualifikationsmix* zunehmend an Bedeutung. Der vielfach beschriebene Wandel der Einrichtungen von „Sozial-Unternehmen“ zu modernen „Dienstleistungsorganisationen“ rückt daher bisher eher vernachlässigte, aber notwendige Kompetenzen in den Bereichen *Management, Controlling, Organisation, Kundenorientierung, Technik, Logistik und Finanzierung* in den Mittelpunkt der Qualifizierungsaktivitäten. Die Einrichtungen reagieren auf die gesundheitsrechtlichen- und politischen Rahmenbedingungen mit einer Veränderung ihrer Organisation, ihrer Strukturen sowie ihrer betriebsinternen und schnittstellenübergreifenden Abläufe. Die Ausbildung von *Kompetenz- und Gesundheitszentren* in Krankenhäusern, die Ausgründung von *Profit-Centern*, die Einführung von *clinical pathways* ebenso wie ein Wechsel von der Funktions- zur Bereichspflege, die Einführung von Pflegesystemen (z.B. Primary Nursing), aber auch der Trend zur Fusionierung und Privatisierung – etwa die Bildung von Krankenhauskonzernen – erhöhen insgesamt den Koordinationsbedarf und verändern somit auch die Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten. Die Krankenhäuser werden zukünftig verstärkt darauf achten, sich durch „Alleinstellungsmerkmale“ (z.B. Darstellung ihrer medizinischen Kompetenzen) von den Konkurrenten absetzen zu können. Der Patient der Zukunft – sofern es sich nicht um Akutfälle handelt, bei denen keine Entscheidungsspielräume gegeben sind – wird mobiler und besser informiert sein und bei der Wahl des Krankenhauses mitentscheiden wollen. In der Folge entstehen neue Qualifizierungsfelder, die sich aus der einschlägigen Literatur wie folgt zusammenfassen lassen:

- Information und Kommunikation
- EDV und Technikanwendung
- Prozessmanagement und Dokumentation
- Kundenorientierung/Patientenorientierung
- Qualitätsmanagement
- Marketing
- Logistik
- Steuerung mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen
- Produkt- und Dienstleistungsentwicklung
- Fachlich/pflegerische Entwicklung
- Organisation und Management

Darüber hinaus werden sich auch *neue Einsatzfelder* für Ärzte und Pflegekräfte in den Einrichtungen ergeben. Im Rahmen der Ausgründung von Gesundheitszentren ist z.B. der Einsatz in Call-Centern (*Gatekeeper-Funktion*), in der Gesundheits- und Ernährungsberatung oder aber in der Durchführung von Präventionsangeboten denkbar. Dass die veränderten Rahmenbedingungen durch die Akteure auch wahrgenommen werden, trifft allerdings nicht in jedem Falle zu. So sind beispielsweise zahlreiche ambulante Pflegedienste aufgrund von Qualifizierungsdefiziten derzeit nicht oder nur begrenzt in der Lage, den Markt zu erschließen“ (vgl. Care-Konkret, 43: 2003). Gerade die ambulanten Pflegedienste stehen vor dem Hintergrund der jüngsten gesundheitspolitischen Vorgaben unter Druck in punkto Qualifizierung: Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe zukünftig zur Fortbildung verpflichtet. In den Verträgen mit den Krankenkassen nach § 132a SGB V müssen demnach Vorschriften zur Fortbildung in den Pflegediensten aufgenommen werden. Über den Inhalt der Fortbildung verhandeln die Bundesverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, dann drohen Sanktionen: Abschläge bei den Vergütungen sind dann vorgeschrieben (vgl. ebd.: 7). Darüber hinaus können die Pflegedienste durch das GKV-Modernisierungsgesetz nach § 140d nun auch Partner in der integrierten Versorgung sein: Qualifizierungsbedarfe in den Bereichen Überleitungs- bzw.

Schnittstellenmanagement werden hier immer wieder im Kontext der Einführung der Fallpauschalen betont (vgl. Reisach 2003). Im Bereich der Altenpflege, aber auch in der Rehabilitation wird es aufgrund der Einführung der DRGs zu einer deutlichen Steigerung des Schweregrads der behandelten Fälle kommen, da die Krankenhäuser sich primär auf die Behandlung der Patienten mit akutem medizinischem Versorgungsbedarf beschränken werden (vgl. Bandemer /Hilbert 2003: 5). Die Qualifikation der Beschäftigten wird in Zukunft in stärkerem Maße auch auf diese Behandlungsfälle ausgerichtet werden müssen.

Der Anstoß zum Wandel von der „regulierten Sozialeinrichtung“ zur „wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“ erfolgt jedoch nicht nur direkt durch die angesprochenen Regulierungen. Viele Einrichtungen haben darüber hinaus Schwierigkeiten, ihre Einnahmen und Kosten den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, da in den Köpfen nach wie vor das „Kostendeckungsprinzip“ vorherrscht. Die gestiegenen Anforderungen von Seiten der Verbraucher führen zudem dazu, dass diese zunehmend darauf achten, von den qualitativ besten Anbietern versorgt zu werden. Während einige Einrichtungen diesen Weg erkannt haben und versuchen, sich durch umfangreiche Aktivitäten in den Bereichen Qualitätsmanagement und Kundenorientierung eine gute Ausgangsposition zu verschaffen, wird die Notwendigkeit kundenorientierte und bezahlbare Leistungen bereitzustellen von vielen Anbietern derzeit noch nicht wahrgenommen.

3.3 Kein Service „von der Stange“ – Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität

Unserer Gesellschaft verändert sich: Der Begriff des „sozio-demographischen Wandels“ dient dabei als Oberbegriff für jene Strukturen und Entwicklungen, die sich mit der Bevölkerungsentwicklung, der Bevölkerungszusammensetzung sowie der Art und Weise des Zusammenlebens der Menschen befassen. Es ist offensichtlich, dass sich hierunter eine ganze Fülle von Entwicklungstrends zusammenfassen lassen, so dass eine Fokussierung auf solche Entwicklungen notwendig wird, welche die Gesundheitswirtschaft und im Weiteren den Qualifizierungsbedarf in besonders nachhaltiger Weise beeinflussen. Besonders hervorzuheben sind an dieser Stelle die Schlussfolgerungen für den Qualifizierungsbedarf, welche sich aus einer „alternden Gesellschaft“ und der Veränderung der Ansprüche der Menschen an Produkte und Dienstleistungen der Branche ergeben.

Der demographische Wandel nimmt dabei in zweifacher Hinsicht nachhaltigen Einfluss auf die Branche:

- der demographische Wandel führt einerseits zu *veränderten Patientenstrukturen* (Zunahme älterer Patienten mit multimorbiden Krankheitsbildern);
- der demographische Wandel führt andererseits zu einer nachhaltigen *Veränderung der Altersstruktur der Beschäftigten* in den Betrieben der Gesundheitswirtschaft.

Die absolute Zahl älterer Menschen wird deutlich zunehmen, schätzungsweise von 13 Mio. im Jahr 2000 auf gut 21 Mio. im Jahr 2040 und dies bei einem Rückgang der Gesamtbevölkerung. Dies bedeutet, dass somit auch der relative Anteil älterer Menschen erheblich wachsen wird (von ca. 16% im Jahr 2000 auf ca. 28% im Jahr 2040). Besonders die Altersgruppe der Hochbetagten wird dabei eine deutliche Zunahme zu verzeichnen haben (vgl. Stat. BA 2000: 14). Beeinflusst wird von diesen Entwicklungen nicht nur die quantitative Nachfrage nach professionellen Hilfs-, Dienstleistungs- und Pflegeangeboten (also auch nach Pflegekräften) und geronto-medizinischen Leistungen (vgl. Naegele 1999). Veränderte Konsumpräferenzen und der Wunsch nach einem langen, gesunden und aktiven Leben rücken zunehmend das Bedürfnis und die Nachfrage der Menschen nach hochwertigen *neuen Produkten und Dienstleis-*

tungen für mehr Lebensqualität in den Mittelpunkt. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem Angebote der Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft: Sport, Freizeit und Wellness, aber auch Tourismus oder Ernährung. Die Konzeption und Bereitstellung integrierter Angebote, z.B. in der Kombination aus pflegerischen und haushaltsbezogenen Dienstleistungen gerade für ältere Menschen, kann nicht nur einen deutlichen Zugewinn an Lebensqualität mit sich bringen, sondern auch – wie beschrieben – positive Beschäftigungseffekte freisetzen. Gemeint sind damit allerdings keine Produkte und Dienstleistungen „von der Stange“, sondern die differenzierten und sich wandelnden Kundenbedürfnisse müssen in der Planung, Konzeption, Bereitstellung und Vermarktung berücksichtigt werden. Gerade ältere Menschen präsentieren sich nicht mehr länger als homogene Kundengruppe, sondern ihre Konsumpräferenzen differenzieren sich analog zu ihren Lebensstilen zunehmend weiter aus. Interessante Ansätze hierzu sind in den letzten Jahren durch die Konsum- und Lebensstilforschung vorgelegt worden (vgl. Müller 1995; GfK 1999). Vor allem die „Seniorenwirtschaft“ hat in den letzten Jahren als Gestaltungsfeld für Wachstum, Beschäftigung und Lebensqualität bei Akteuren aus Wirtschaft, Regional- und Strukturpolitik deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Neben der Entwicklung neuer Angebote erfordert der Wettbewerb unter den Anbietern auch einen grundlegenden Wechsel in Richtung „Kundenorientierung“. Die Messung der „Kundenzufriedenheit“ z.B. über wiederholte Befragungen der Kunden in den Einrichtungen und die Umsetzung der daraus entwickelten Verbesserungsvorschläge erfordern die Einführung eines internen Qualitätsmanagements. Die Zunahme von chronischen und multimorbiden Krankheitszuständen und von Pflegebedürftigkeit – voraussichtlich über längere Zeiträume als dies heute der Fall ist – verändern auch die dafür notwendigen Qualifikationen in Richtung einer *Zunahme gerontologischer und gerontopsychiatrischer Qualifikationsinhalte*. Darüber hinaus steigt auch die Zahl der Patienten ausländischer Herkunft. Für die Qualifizierung in der Pflege ist dies vor dem Hintergrund existierender Sprachbarrieren und kultureller Differenzen sicherlich für die Zukunft eine nicht zu unterschätzende Herausforderung.

3.4 Moderne Technik macht's möglich – Innovative Dienstleistungs- und Organisationskonzepte

Der Prävention, Heilung und der Rehabilitation eröffnen sich durch neuere gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse und durch die Anwendung moderner *High-Tech-Medizin* neue Perspektiven. Neben der Mikrosystemtechnik, der Biochemie und Biotechnologie bietet auch die *Informations- und Kommunikationstechnologie* neue Chancen und vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten für neue Leistungen – etwa in den Bereichen der *Telemedizin* oder des *Health Monitorings*. Die moderne IuK-Technologie kann nicht nur wichtige Dienste bei der Erstellung und Anpassung von Trainingsgeräten oder Prothesen leisten, sondern darüber hinaus ermöglicht sie es auch, Patienten über die stationäre Rehabilitation hinaus zu begleiten und zu unterstützen. Auch die Frühwarnung zur Erkennung möglicher gesundheitlicher Risiken kann durch den Einsatz und die Verknüpfung moderner Technologien unterstützt werden (*Tele-Health-Monitoring*). Die direkte Implantation von Herzschrittmachern bspw. entkoppelt die Hilfe in Krisensituationen zunehmend von der direkten ärztlichen Intervention. Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt, der primär auf eine Verbesserung der Prävention, Heilung und Rehabilitation des Patienten zielt, gehören hierzu auch Verfahren, die zu einer effizienteren, schnelleren, angenehmeren und kostengünstigeren Behandlung von Patienten führen können. Im Mittelpunkt stehen hier moderne *Technikeinsatz- und Organisationskonzepte*, die vor allem darauf zielen, die Informations-, Kommunikations- und Koordinationskosten sowohl innerhalb der Einrichtungen als auch zwischen den Einrichtungen und Versorgungsbereichen zu reduzieren. Die Telematik im Gesundheitswesen, Patienteninformationssysteme, die Reorganisation der Logistik und neue Formen der *Arbeitsorganisation* und des *Qualitätsmanagements* sind Beispiele hierfür. Die wachsende Bedeutung sowohl der High-Tech-Medizin als auch der IuK -

gestützten Organisationskonzepte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung verändern die Qualifikationsanforderungen: Die Fähigkeit, die hochsensiblen technischen Geräte zu bedienen und zu warten erfordern das grundlegende Verständnis zur Funktionsweise der Geräte und werden zukünftig die „handwerklichen“ Fähigkeiten ergänzen.

3.5 Personalmangel in der Gesundheitswirtschaft – Auslöser betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten

In vielen Betrieben der Gesundheitswirtschaft liegt derzeit eine Situation vor, in der das Angebot an Arbeitskräften auf den regionalen Arbeitsmärkten nicht mit einer entsprechenden Nachfrage befriedigt werden kann. Die sinkenden Ausbildungszahlen in den Schulen des Gesundheitswesens (vgl. BMBF 2003: 130 f.), der Rückgang der Zahlen der neuausgebildeten Ärzte (vgl. Arnold u.a. 2001), die zunehmende Zahl unbesetzter Stellen in der Pflege (DKI 2003), die Abwanderung von qualifiziertem Personal ins europäische Ausland sowie die wachsende Beschäftigung von Medizinern in fachfremden Branchen (z.B. in der Unternehmensberatung; vgl. Windeck 2003), all dies sind Hinweise auf einen bereits existierenden Fachkräftemangel in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Patientenversorgung, welcher sich in den nächsten Jahren noch weiter zu verschärfen droht. „Der Personalmangel gefährdet die menschenwürdige Pflege“ (CareKonkret 2003: 3): Allein in der stationären Altenpflege fehlen bundesweit derzeit rund 20.000 Fachkräfte. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat kürzlich im Rahmen seiner Gesundheitswesenstudie nachgewiesen, dass der drohende Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft eine wesentliche Triebkraft zur Initiierung betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten darstellt. Dabei stand die Frage, „ (...) inwieweit der Personalbedarf der Betriebe des Gesundheitswesens durch eine Rekrutierung am externen Arbeitsmarkt gedeckt werden kann und welche Rolle die eigene Qualifizierung in diesem Zusammenhang steht“ (Gewiese u.a.: 2003: 29) im Mittelpunkt des Interesses. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Variablen „Fachkräftebedarf“ und „Personalsuche, aber keine – einstellungen“ einen signifikant positiven Effekt auf die Anzahl der Weiterbildungsteilnehmer im Betrieb ausübten²⁶. Die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen war dann höher, wenn die Betriebe für die kommenden zwei Jahre Schwierigkeiten erwartet hatten, Fachkräfte auf dem externen Arbeitsmarkt zu finden. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass die Betriebe nicht nur bei drohendem, sondern auch bei bereits bestehenden Problemen der Stellenbesetzung mit Qualifizierungsmaßnahmen reagierten. Dieses Ergebnis ist umso erstaunlicher, da gerade in einer Situation des akuten Fachkräftemangels die Freistellung der vorhandenen Arbeitskräfte zu weiteren betrieblichen Engpässen führen dürfte.

3.6 Die „gesunde“ Profilierung braucht Lernnetzwerke

Die Chancen der Gesundheitswirtschaft sind in den letzten Jahren zu einem begehrten Thema der Regional-, der Wirtschafts- und der Strukturpolitik geworden. Zahlreiche Regionen in Deutschland versuchen derzeit sich als Gesundheitsregionen zu profilieren um so nicht nur nachhaltige Effekte für Wirtschaft und Beschäftigung, sondern auch wesentliche Beiträge für die Lebensqualität der Bevölkerung erzielen zu können (vgl. Preusker 2003). Zu den prominentesten Regionen in der Bundesrepublik zählen etwa die „Bundeshauptstadt der Gesundheit Erlangen“, die „Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe“, der „Gesundheitsmarkt Berlin“²⁷ oder

²⁶ Zum verwendeten statistischen Verfahren der Studie siehe Gewiese u.a.: 2003: 25 ff.

²⁷ Die Stadt Berlin kann hinsichtlich der Gesundheitswirtschaft auf eine differenzierte Akteursebene blicken, sowohl im Dienstleistungsbereich als auch in der Produktherstellung. Fast jeder achte Erwerbstätige Berlins ist in der Gesundheitswirtschaft tätig. Im Jahr 2000 entsprach dies ca. 180.000 Arbeitsplätzen (vgl. Fretschner u.a. 2003; Henke u.a. 2002).

aber auch die „Gesundheitsmetropole Ruhrgebiet“. Auch wenn die einzelnen Regionen in ihren jeweils eingeschlagenen Entwicklungspfaden recht unterschiedliche Schwerpunktsetzungen verfolgen, so ist ihnen doch gemeinsam, dass sie versuchen die Aktivitäten der Gesundheitswirtschaft mit einer innovativen Regionalpolitik zu verknüpfen: „Gesundheitsförderung und Regionalentwicklung gehen Hand in Hand, so dass neben Lebensqualität auch eine zukunftsfähige Wirtschaftsweise erreicht und Beschäftigung langfristig gesichert werden kann“ (Stauch/Kunzmann 1998: 12). Aus der Profilierung einzelner Regionen als Gesundheitsstandorte lassen sich zunächst keine direkten Qualifizierungsbedarfe ableiten, diese variieren entsprechend der regionalen Schwerpunktsetzung. In einer Region, die sich primär auf die Bereiche Prävention und gesundheitsnahe Angebote (z.B. Wellness) stützt, werden andere Qualifizierungsbedarfe von Bedeutung sein, als in einer Region deren Stärke sich in den Bereichen Biotechnologie wieder finden lassen. Gemeinsam ist ihnen dennoch, dass sie auf die Bereitstellung einer entsprechenden *Lern- und Qualifizierungsinfrastruktur* angewiesen sind, um eine möglichst zeit- und ortsnahe Qualifizierung ihrer Beschäftigten durchführen zu können. Das am Institut Arbeit und Technik entwickelte Konzept der „Innovativen Räume“ betont,

dass es „ (...) künftig gerade auch vor dem Hintergrund zunehmend knapper werdender Mittel, nicht mehr darum gehen wird, immer wieder einzelne Innovationen anzustoßen und zu unterstützen. (...) Es wird nicht mehr nach einzelnen Innovationen gefragt, sondern nach den Rahmenbedingungen für die Entstehung und Umsetzung von Innovationen.“ (Rehfeld 2003).

Ein interessanter Ansatz des Aufbaus einer Qualifizierungslandschaft findet es sich derzeit im Ruhrgebiet: Im Rahmen der *Initiative MedEcon-Ruhr* (Medicine and Economy²⁸) hat sich eine Arbeitsgruppe „Lernallianzen“ gebildet. Diese besteht aus unterschiedlichen Akteuren der Aus- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft und möchte im Ruhrgebiet die Grundlagen für ein konzertiertes Vorgehen im Bereich der Qualifizierung durch den Aufbau einer Entwicklungspartnerschaft schaffen.

4. Modernisierung, Qualifikationsentwicklung und Qualifikationsbedarf der Gesundheitswirtschaft – Empirische Ergebnisse

Im vorangegangenen Kapitel wurden die wesentlichen Entwicklungstrends und Rahmenbedingungen beschrieben, die den Qualifizierungsbedarf der Gesundheitswirtschaft sowohl quantitativ als auch qualitativ beeinflussen. Lassen sich die daraus idealtypisch abgeleiteten Veränderungen des Qualifizierungsbedarfs auch empirisch nachweisen? Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse basieren nicht auf einer einzigen Erhebung, sondern sind aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengestellt worden. Dies hat einerseits den Vorteil, dass ein breites Spektrum an Ergebnissen mit Blick auf die unterschiedlichen Akteure präsentiert werden kann und somit ein guter Überblick über das aktuelle Qualifizierungsgeschehen in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung gezeichnet werden kann. Problematisch ist bei diesem Vorgehen allerdings die Anschlussfähigkeit der Daten und der Ergebnisse. Derzeit mangelt es jedoch noch an umfassenden Studien zu diesem Themenbereich in

²⁸ Ein guter Überblick über die Initiative findet sich auch im Internet unter <http://www.medeconruhr.de>.

der Gesundheitswirtschaft²⁹. Die nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die im Folgenden verwendeten Datenquellen:

Tabelle 5: Verwendete Datenquellen im Kontext der Expertise

Datenquelle	Untersuchungsdesign
A. GIB-Betriebsbefragung NRW 2002; Sonderauswertung für das Institut Arbeit und Technik (IAT)	Landesweite, schriftliche Unternehmensbefragung 2002 zur Erkundung der gegenwärtigen Beschäftigungslage. Insgesamt wurden 1.303 NRW-Betriebe der Gesundheitswirtschaft mit mehr als 4 Beschäftigten befragt. Die Auswahl der Betriebe erfolgte durch eine nach drei Betriebsgrößenklassen (5-9, 10-49, über 50 Beschäftigte) geschichteten Zufallsstichprobe aller NRW-Betriebe.
B. Ergebnisse aus der Forschung zur Qualifikations-Früherkennung (FreQueNZ)	Zur genauen Funktionsweise der FreQueNZ-Initiative siehe http://www.frequenz.net
C. 1 Analyse von Stellenanzeigen	Grundlage der Auswertung sind mehr als 5.000 Stellenanzeigen, die im Berufsfeld „Gesundheit und Soziales“ von September bis November 2001 aus 40 Zeitungen und Fachzeitschriften erhoben wurden.
C 2. Inserentenbefragungen	Im Oktober 2002 wurden mehr als 1.300 Betriebe zu den inserierten Stellen befragt.
D. Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft	Grundlage der Auswertung bilden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen 2003. Befragt wurden sowohl Beschäftigte in 8 Krankenhäusern (N= 1623) als auch in 35 stationären Altenhilfeeinrichtungen (N= 534).
E. Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)	Bei der Befragung der DKI handelt es sich um eine schriftliche Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern. Beteiligt waren insgesamt 389 Krankenhäuser, die Rücklaufquote betrug 39,2%. 73,3% der Einrichtungen waren in den alten Bundesländern, 26,7% in den neuen Bundesländern ansässig. Die größte Gruppe bildeten dabei nach Art des Krankenhauses die Plankrankenhäuser (90,4%), Hochschulkliniken (3,9%) und solche Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 108 Nr.3 SGB V abgeschlossen hatten (5,7%). Differenziert nach der Art

²⁹ Einen ersten Aufschlag bildet hierbei das an der Universität Bielefeld durchgeführte Projekt „Strukturbildung zum Lebenslangen Lernen“ – Trendbeobachtung und Frühermittlung von Qualifizierungsbedarfen in der Gesundheitswirtschaft“ (vgl. Brose 2003). Ein weiterer interessanter Branchenbericht zu Trendqualifikationen im Bereich des Gesundheitswesens auf Basis der Methode des Branchenscoutings ist zudem vom Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung Halle Leipzig e.V. (ISW) vorgelegt worden (vgl. Abicht u.a. 2002).

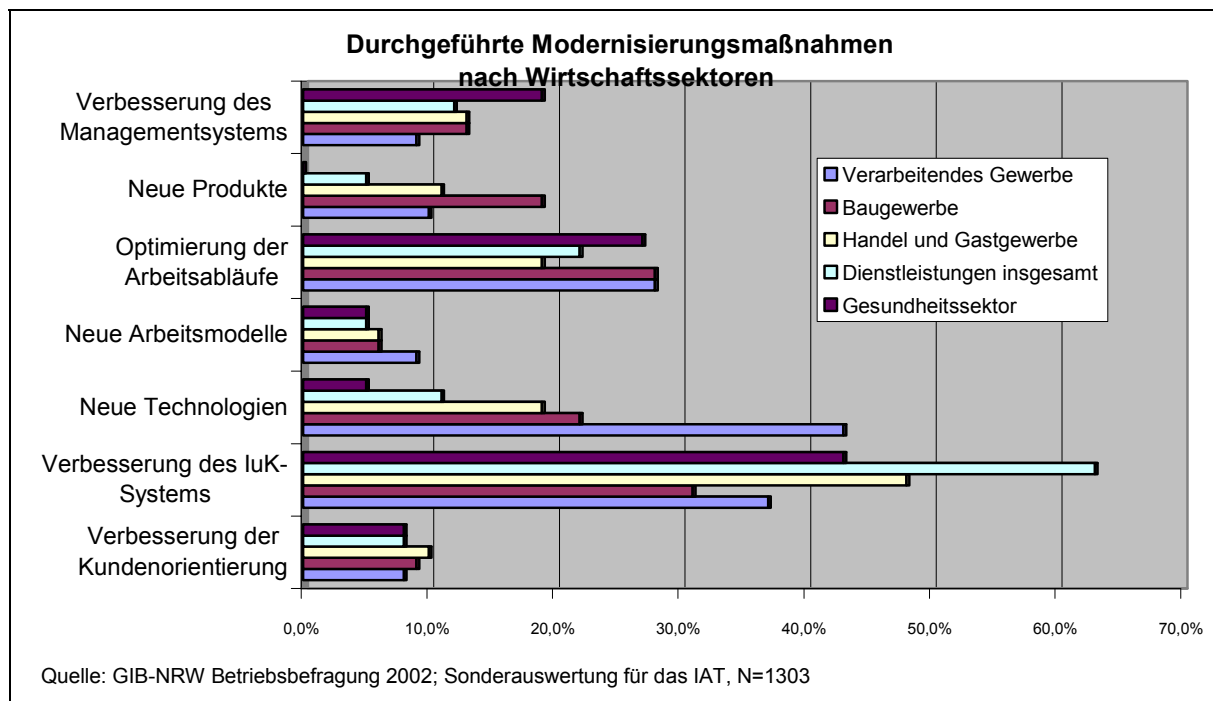
	<p>des Trägers entfielen 49,1% auf öffentlich-rechtliche, 39,8% auf frei-gemeinnützige und 10,8% auf private Trägerschaften. Weitere 0,3% der befragten Einrichtungen machten diesbezüglich keine Angaben. Die Ausrichtung der Krankenhäuser staffelt sich wie folgt: 78,9% Allgemeinkrankenhäuser und 19,5% waren als Fachkrankenhäuser einzustufen. 4,6% der Einrichtungen waren darüber hinaus noch als Belegkrankenhäuser einzuordnen.</p>
<p>F. IAB-Gesundheitswesenstudie 2003</p>	<p>Repräsentative Befragung von Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens, die im Frühjahr 2002 in Anlehnung an das IAB-Betriebspanel erstmalig durchgeführt wurde. In die Befragung einbezogen wurden nur Betriebe die nach der WZ-93 Klassifizierung den NACE-Code 85 für Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen haben. Insgesamt wurden rund 7.500 Betriebe angeschrieben, 2.738 Betriebe sandten auswertbare Fragebögen zurück. Die Rücklaufquote betrug damit 37%.</p>

Insgesamt haben die im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Aussagen verstärkt explorativen Charakter und dienen aufgrund der unzureichenden Anschlussfähigkeit der Daten eher der Hypothesenbildung. Einzelne Teilaspekte im Zusammenhang der Modernisierung, der Qualifikationsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs der Gesundheitswirtschaft wären in entsprechenden Teilstudien noch weiter zu vertiefen.

4.1 Modernisierung in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit weiteren Wirtschaftssektoren

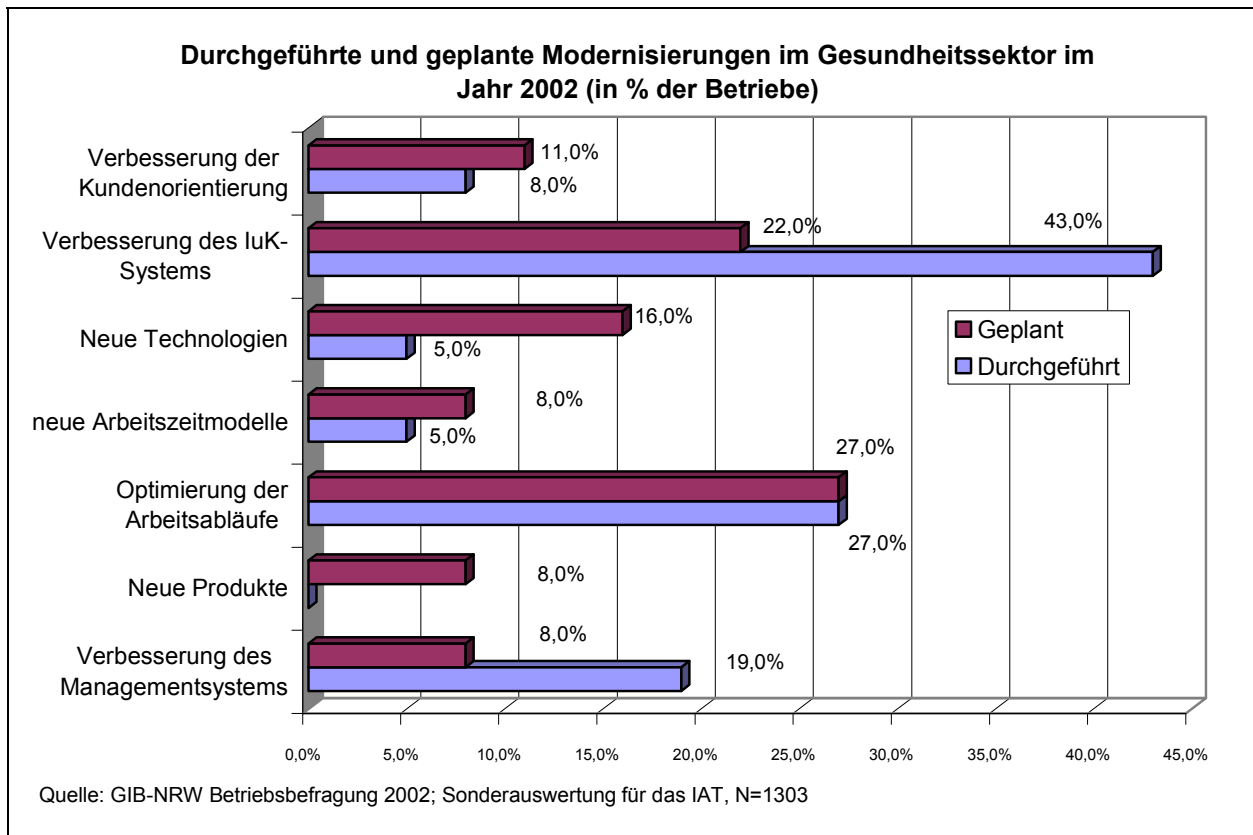
Die Gesundheitswirtschaft ist, wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, eine Branche im Umbruch. Damit die Betriebe sich unter den veränderten Rahmenbedingungen behaupten können, werden Modernisierungsmaßnahmen notwendig. Die Abbildung 6 zeigt die durchgeführten Modernisierungsmaßnahmen im Vergleich der Wirtschaftssektoren (Verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe, Handel und Gastgewerbe, Dienstleistungen insgesamt, Gesundheitssektor) zueinander. In den Betrieben des Gesundheitswesens stehen mit 43% der Nennungen deutlich die Verbesserungen des Informations- und Kommunikationssystems im Mittelpunkt, gefolgt von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und des Managementsystems. Diese haben im intersektoralen Vergleich im Gesundheitssektor eine überdurchschnittliche Bedeutung. Erstaunlicherweise keine Rolle spielt hingegen die Entwicklung neuer Produkte (0%). Auch der Verbesserung der Kundenorientierung wird im Vergleich keine herausragende Bedeutung beigemessen. Die Abbildung bestätigt insgesamt die großen Modernisierungsfelder IuK-Systeme, Optimierung der Betriebsabläufe (Prozesse/Organisation) und Management. Interessanterweise sind auch in den Bereichen in denen in der Vergangenheit keine Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt worden sind, kaum Maßnahmen geplant, während die Bereiche, die bereits in der Vergangen-

Abbildung 6



heit eine große Rolle bei der Modernisierung spielten, auch in Zukunft durch weitere Maßnahmen gestützt werden (vgl. [Abbildung 7](#)). Ausnahmen bilden hierbei Maßnahmen in den Bereichen „Kundenorientierung“, „neue Technologien“ und „neue Arbeitszeitmodelle“. Lediglich 8% der Betriebe des Gesundheitssektors planen in Zukunft Maßnahmen zur Einführung und Entwicklung neuer Produkte. In Anbetracht der herausragenden Bedeutung der Produktentwicklung für die Gesundheitswirtschaft erscheint dieses Ergebnis sehr ernüchternd. Zentral bleiben weiterhin Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur Verbesserung des IuK-Systems. Etwas „innovationsfreudiger“ zeigen sich die Betriebe hingegen bei der geplanten Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Kundenorientierung (11%) und der Einführung neuer Technologien (16%). 27% der Betriebe im Gesundheitssektor planen für die Zukunft weitere Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsabläufe. Damit bleiben Modernisierungen in diesem Bereich für die Unternehmen nach wie vor von herausragender Bedeutung. Neue Arbeitszeitmodelle spielen erstaunlicherweise auch für die Zukunft eher eine untergeordnete Rolle. Lediglich 8% der Betriebe planen zukünftig in diesem Bereich Modernisierungsmaßnahmen durchzuführen.

Abbildung 7



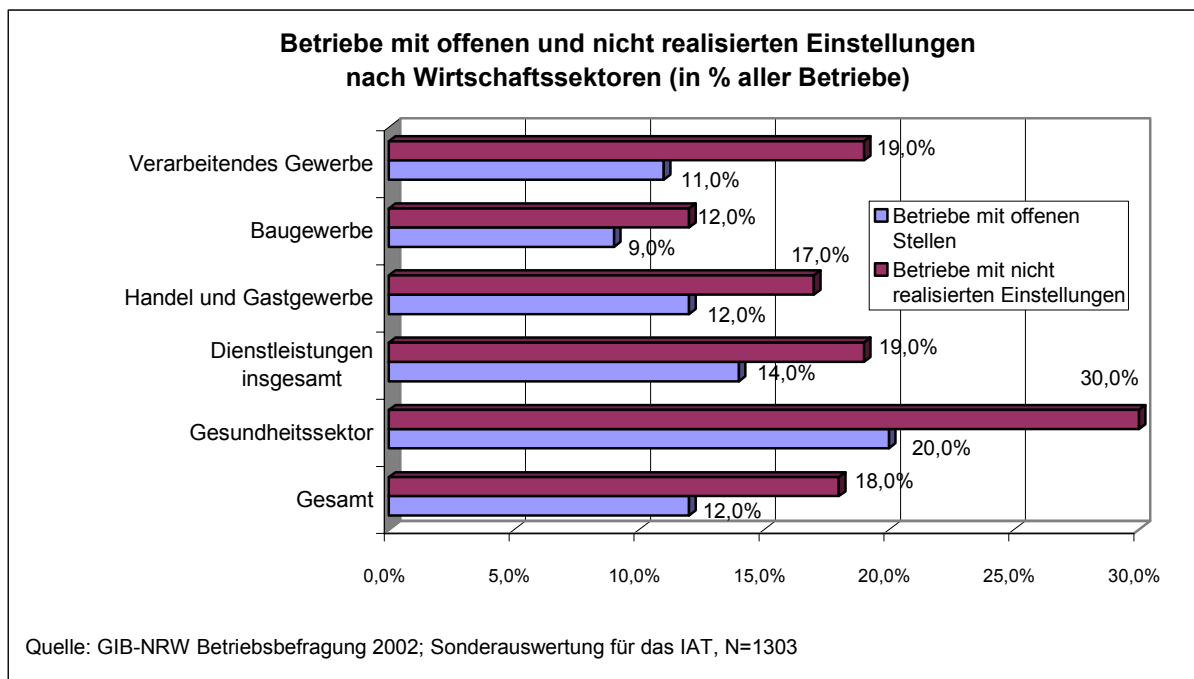
Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Modernisierungsaktivitäten im Gesundheitssektor im Vergleich der Wirtschaftssektoren grundsätzlich nicht zu verstecken brauchen. Allerdings verweisen die Ergebnisse auch darauf, dass vor allem die für die Entwicklung der Branche wichtigen Bereiche wie „Kundenorientierung“ und die „Entwicklung neuer Produkte“ derzeit noch eher „stiefmütterlich“ behandelt werden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich eine Vielzahl der Betriebe ihren Möglichkeiten des Wirtschaftens jenseits des „Kostendeckungsprinzips“ derzeit noch nicht bewusst geworden ist.

Der Blick auf die Betriebe mit offenen Stellen und nicht realisierten Einstellungen (vgl. [Abbildung 8](#)) verweist auf die großen Personalrekrutierungsprobleme in der Gesundheitswirtschaft. Während die Werte zu den offenen Stellen angeben, wie viel Prozent der befragten Betriebe offene Stellen angeben, verweisen die Zahlen zu den nicht realisierten Einstellungen darauf, wie viele der befragten Betriebe (in %) Bewerber auf offene Stellen eingeladen hatten, diese dann aber nicht eingestellt haben. Insgesamt 12% der befragten Betriebe verfügten über offene Stellen, 18% der Betriebe konnten geplante Einstellungen nicht realisieren. Die Abbildung zeigt recht deutlich, dass es sich nicht um ein alleiniges Problem des Gesundheitssektors handelt, offene Stellen nicht mit geeigneten Bewerbern besetzen zu können. Gleichwohl scheint der Gesundheitssektor ein „Problemkind“ des Dienstleistungssektors zu sein: Die Werte in dieser Branche liegen deutlich über den Werten der übrigen Wirtschaftssektoren. Etwa ein Drittel der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft konnte Einstellungen nicht realisieren (30%); dieser Wert liegt deutlich über den Vergleichswerten der anderen Branchen. Auch der Wert zu den offenen Stellen liegt deutlich über den Ergebnissen der anderen Branchen (20%). Generell verfügen im Dienstleistungssektor überdurchschnittlich viele Betriebe (14%) über

offene Stellen, und es scheint hier wesentlich problematischer zu sein, die offenen Stellen auch mit geeigneten Bewerbern besetzen zu können (19%). Etwa jeder fünfte Betrieb konnte trotz Einstellungsgespräche seine Stellen nicht besetzen.

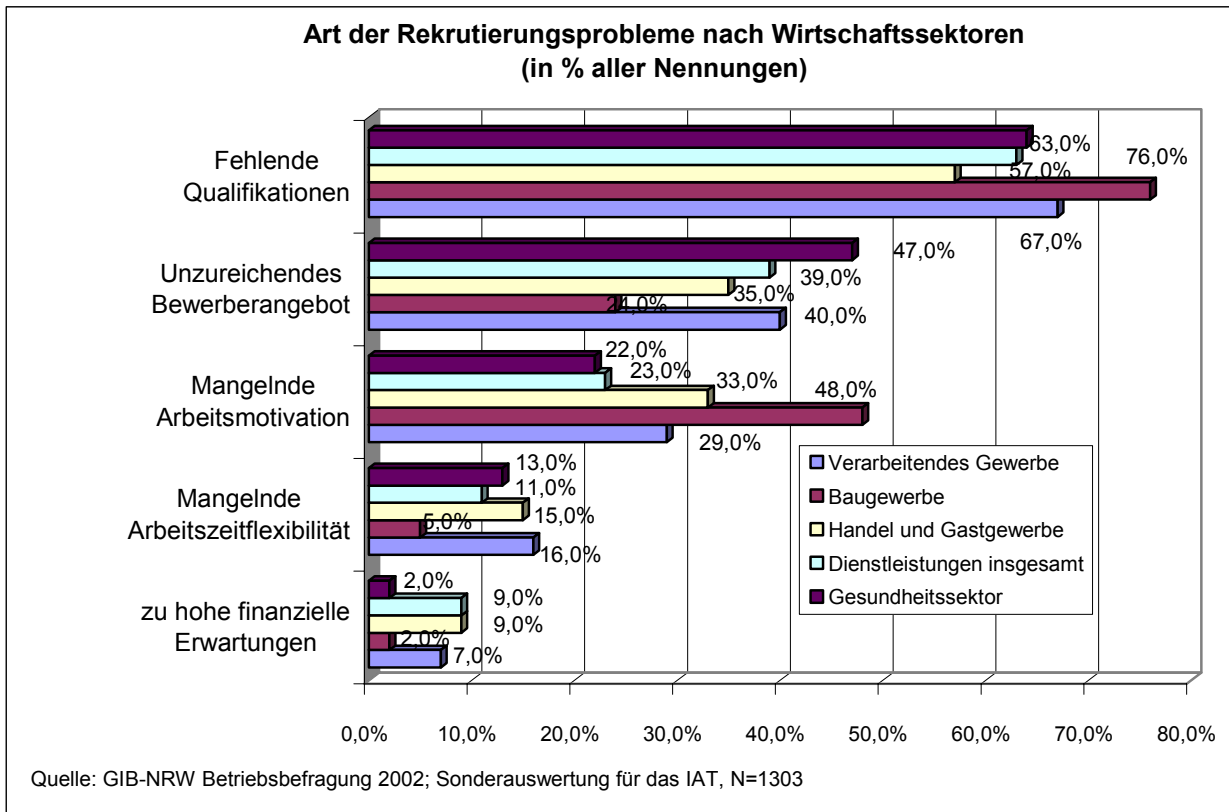
Der Gesundheitssektor hat also offensichtlich nicht nur überdurchschnittlich viele Betriebe mit offenen Stellen, sondern es gelingt – trotz Einstellungsgespräche – in rund einem Drittel der befragten Betriebe nicht, diese offenen Stellen auch zu besetzen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass neben einem *quantitativen Stellenbesetzungsproblem* (es melden sich keine Bewerber) ein gewichtiges *qualitatives Stellenbesetzungsproblem* (Bewerber sind aus betrieblicher Sicht nicht für die Stelle geeignet) im Gesundheitssektor existiert.

Abbildung 8



Warum Einstellungen häufig nicht realisiert werden, darüber kann die folgende Abbildung 9 Auskunft geben: Zwar wird in allen Branchen auf die Frage nach der Art der Rekrutierungsprobleme angegeben, dass es sich hierbei in erster Linie um „fehlende Qualifikationen“ handelt, diese Nennung ist jedoch im Gesundheitssektor (64%) neben dem Baugewerbe (76%) am deutlichsten ausgeprägt. Auch zeigt der Dienstleistungssektor insgesamt hier wieder überdurchschnittliche Werte. Der Personalmangel bzw. die Tatsache, dass offene Stellen nicht besetzt werden können, ist dementsprechend hauptsächlich auf Qualifizierungsdefizite innerhalb der Branche zurückzuführen. Weitere 47% der Betriebe des Gesundheitssektors geben darüber hinaus an, dass ein „unzureichendes Bewerberangebot“ ursächlich für die Personalrekrutierungsprobleme verantwortlich ist. Auch eine „mangelnde Arbeitsmotivation“ (22%) wird von den Betrieben beklagt. Zu „hohe finanzielle Erwartungen“ oder eine „mangelnde Arbeitszeitflexibilität“ spiegeln hingegen in den ausgesuchten Branchen lediglich eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 9



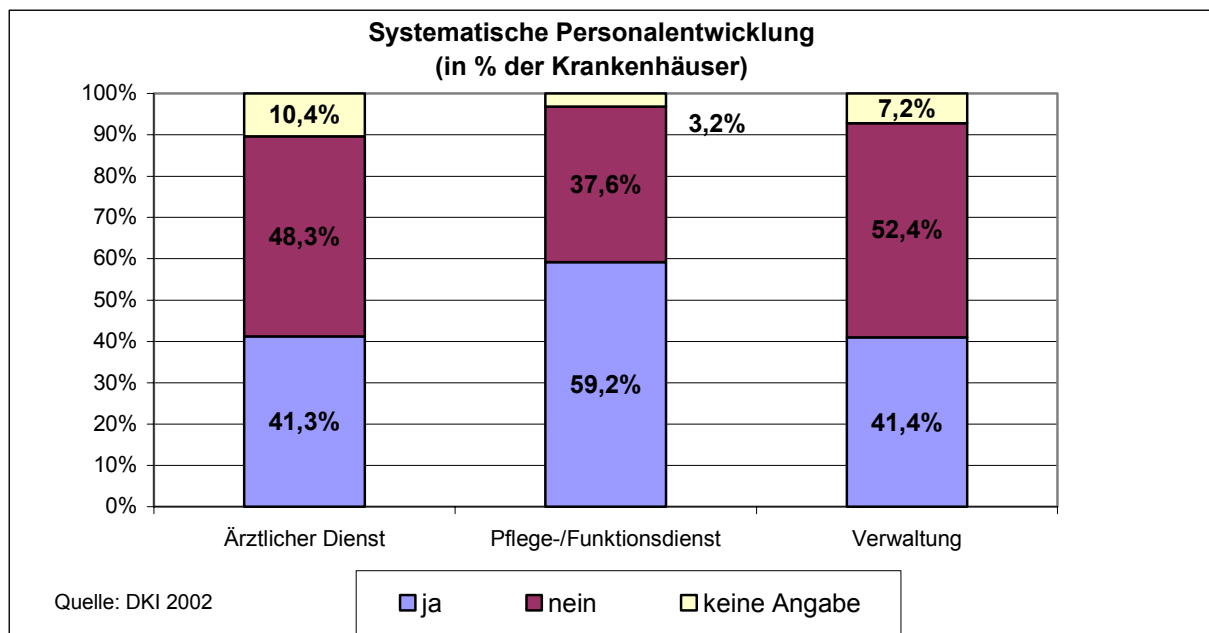
4.2 Organisation und Finanzierung betrieblicher Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Ein Überblick

Während bisher Fragen bezüglich der Modernisierungsaktivitäten der Branche im Mittelpunkt standen, soll in diesem Abschnitt skizziert werden, wie die Betriebe (hier: die Krankenhäuser) die Fort- und Weiterbildung ihrer Beschäftigten organisieren und finanzieren. „Unter einer systematischen Personalentwicklung“ wird die Planung der Maßnahmen verstanden, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen“ (Offermanns 2003). Hierunter lassen sich also auch Maßnahmen subsumieren, welche auf den Erhalt und/oder auf die Verbesserung der Motivation der Beschäftigten zielen. Zusammenfassend gehören dazu ebenso Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung wie auch die gezielte Laufbahnplanung, die Durchführung von Mitarbeitergesprächen (Leistungsbeurteilungs-, Potentialbeurteilungs- und Bewertungsgespräche) sowie die jeweiligen Verfahren der Stellenausschreibung und Besetzung. Abbildung 10 zeigt, dass 41,3% der Krankenhäuser für den Ärztlichen Dienst³⁰, 59,2% der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst sowie 41,4% der Krankenhäuser für den Verwaltungsdienst entsprechende Personalentwicklungssysteme vorhalten. Auch wenn die Zahlen auf den ersten Blick eine recht positive Situation beschreiben, so verweisen sie jedoch auch auf die Tatsache, dass es in jedem zweiten Krankenhaus für den Ärztlichen Dienst sowie in mehr als

³⁰ Die hohe Zahl der Krankenhäuser, die beim Ärztlichen Dienst keine Angaben machen konnten, ist darauf zurückzuführen, dass in Belegkrankenhäusern keine systematische Personalentwicklung für Ärzte betrieben wird (DKI 2003).

einem Drittel der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst *keine systematische Personalentwicklung* gibt. In nahezu jedem zweiten Krankenhaus werden darüber hinaus keine Maßnahmen der Personalentwicklung für die Beschäftigten in der Verwaltung vorgehalten. Grundsätzlich ist fraglich, ob Einrichtungen die *eine* Maßnahme vorhalten, welche laut Definition der Personalentwicklung dient, hier nicht gleichgewichtet werden, mit Einrichtungen die demgegenüber eine ganze Bandbreite von Maßnahmen vorhalten, dies würde das Bild dann deutlich verzerren. An dieser Stelle wäre es sinnvoll, zwischen verschiedenen *Typen der Personalentwicklungspraxis* in den Krankenhäusern zu unterscheiden. In Untersuchungen zur Situation der Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe wurden solche Typisierungen in Bezug auf die Qualifizierungspraxis der Einrichtungen vorgenommen. Auf einer Fünfer-Skala wurde zwischen „kaum praktiziert“, „unregelmäßig und ungeplant praktiziert“, „organisatorisch oder inhaltlich geplant praktiziert“, „nach einem festen Konzept praktiziert“ und „es gab ein Fort- und Weiterbildungskonzept“ differenziert. Im Ergebnis zeigte sich, dass rund 36% der stationären Einrichtungen die Fort- und Weiterbildung nach einem festen Konzept praktizieren. Lediglich 8% der Einrichtungen konnten ein „Fort- und Weiterbildungskonzept“ vorweisen.

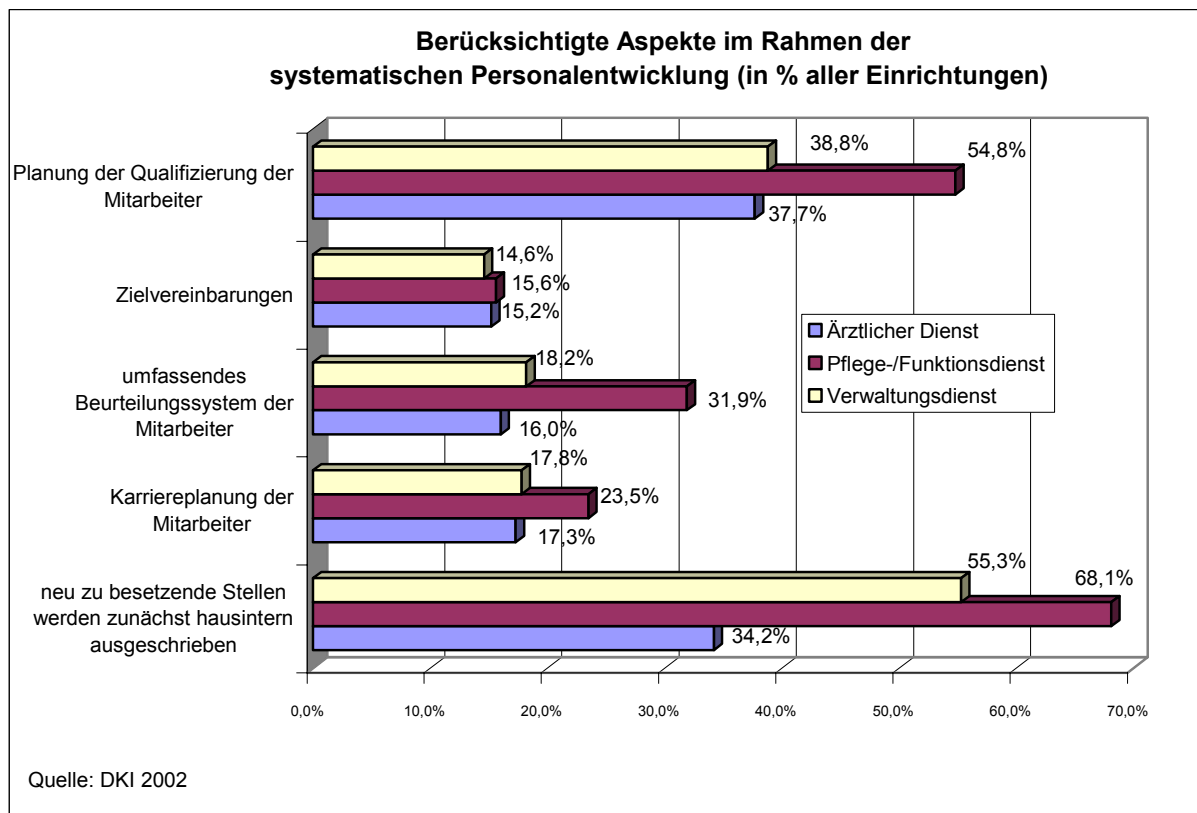
Abbildung 10



Ein gutes weiteres Drittel der Einrichtungen hingegen praktizierte die Fort- und Weiterbildung seiner Beschäftigten „unregelmäßig und ungeplant“. Bei den ambulanten Diensten lag der Prozentsatz der Einrichtungen, die lediglich „unregelmäßig“ und ad-hoc Fort- und Weiterbildung praktizieren mit 47,1% deutlich höher. Darüber hinaus variierte die Qualifizierungspraxis mit der Größe der Einrichtung: Je größer die Einrichtung (nach Plätzen) desto häufiger waren „nach einem festen Konzept“ geplante Qualifizierungen anzutreffen (vgl. Rohleder 1999: 42 ff.). Die von den Krankenhäusern vorgehaltenen Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung zeigen dabei im Vergleich der Arbeitsbereiche recht unterschiedliche *Schwerpunktsetzungen* (vgl. [Abbildung 11](#)). Während immerhin über 50% der befragten Einrichtungen angeben, bei Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst eine *Planung der Qualifizierung* durchzuführen, erfolgt dies bei den Ärzten nur in 37,7% und bei Mitarbeitern der Verwaltung nur in 38,8% der untersuchten Einrichtungen. *Zielvereinbarungen* ebenso wie eine *Karriereplanung* der Mitarbeiter gehören nur in wenigen Krankenhäusern zu einer systematischen Personalentwicklung und wenn, dann vor allem für den Pflege- und Funktionsdienst. Zu den

am häufigsten genannten Maßnahmen gehörte für die drei ausgewählten Arbeitsbereiche auch die Praxis, neu zu besetzende Stellen zunächst hausintern auszuschreiben. Die Frage nach der Art der Maßnahmen variieren darüber hinaus mit der Größenklasse der befragten Einrichtungen. Bei den Häusern ≥ 300 Betten führen 30% eine Karriereplanung durch, im Gegensatz zu den Häusern in der Größenklasse bis unter 100 Betten. Hier führen nur die Hälfte der befragten Einrichtungen entsprechende Maßnahmen durch. Für die Ärzte und die Verwaltungsmitarbeiter gestaltet sich die Situation ein wenig anders: Führend sind hier die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten, bei denen jeweils ein Viertel der Einrichtungen diese Form der systematischen Personalentwicklung betreibt. Die Praxis, neu zu besetzende Stellen zunächst hausintern auszuschreiben, gehört noch über alle Arbeitsbereiche hinweg zu den am häufigsten genannten Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung. Zu den Maßnahmen der Planung und Qualifizierung der Mitarbeiter gehören in einem bedeutenden Umfange auch die Fort- und Weiterbildung.

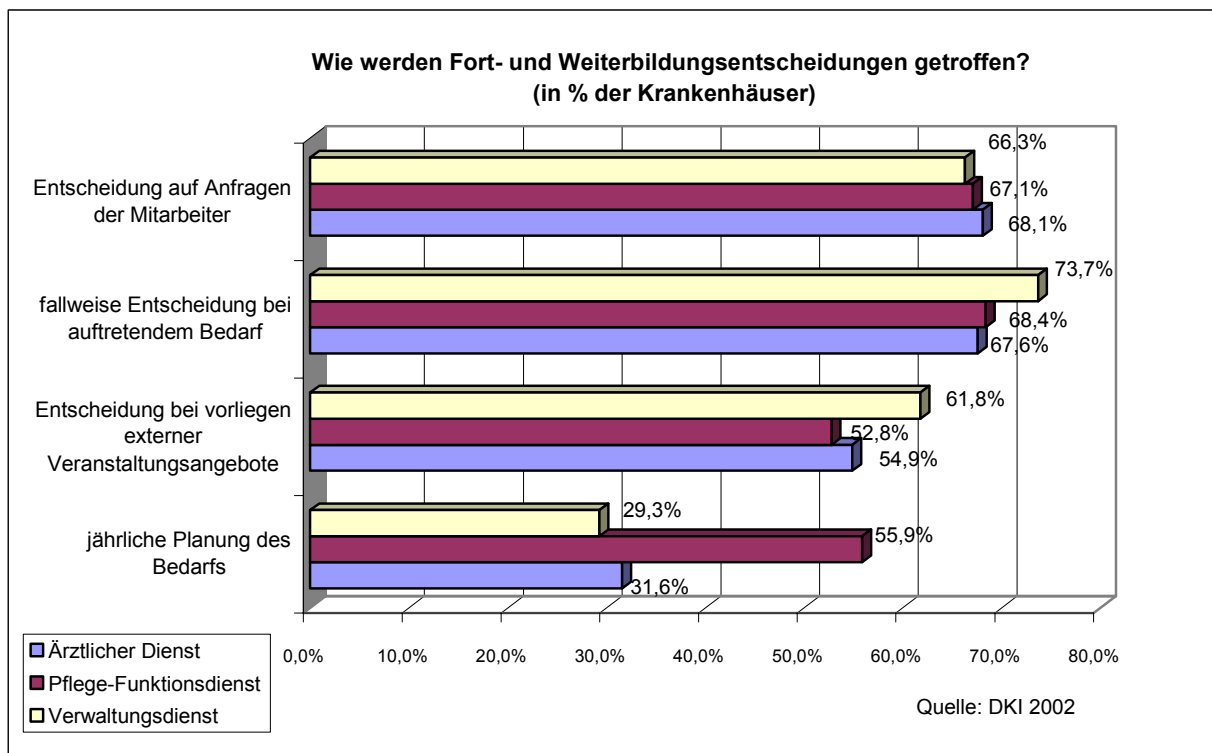
Abbildung 11



Auf welcher Basis werden eigentlich die Entscheidungen zur Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter getroffen? Zunächst ist es positiv festzustellen (vgl. [Abbildung 12](#)), dass über zwei Drittel der Krankenhäuser unabhängig der Zugehörigkeit der Mitarbeiter zu einem bestimmten Arbeitsbereich, die Entscheidung zur Fort- und Weiterbildung auf Anfragen der Mitarbeiter fallen. Dies spricht für eine relativ stark ausgeprägte Partizipation der Mitarbeiter in Fragen der Personalentwicklung und im Bereich der Planung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die fallweise Entscheidung bei auftretendem Bedarf ist ebenfalls eine häufig verbreitete Entscheidungsgrundlage und bei den Mitarbeitern des Verwaltungsdienstes in 73,7% der Einrichtungen die häufigste Antwort auf die Frage, wie Fort- und Weiterbildungsentscheidungen getroffen werden. Wie stark allerdings die Fort- und Weiterbildungsentscheidungen von Krankenhäusern auch angebotsseitig geprägt werden, zeigt sich u.a. darin, dass mehr als jedes

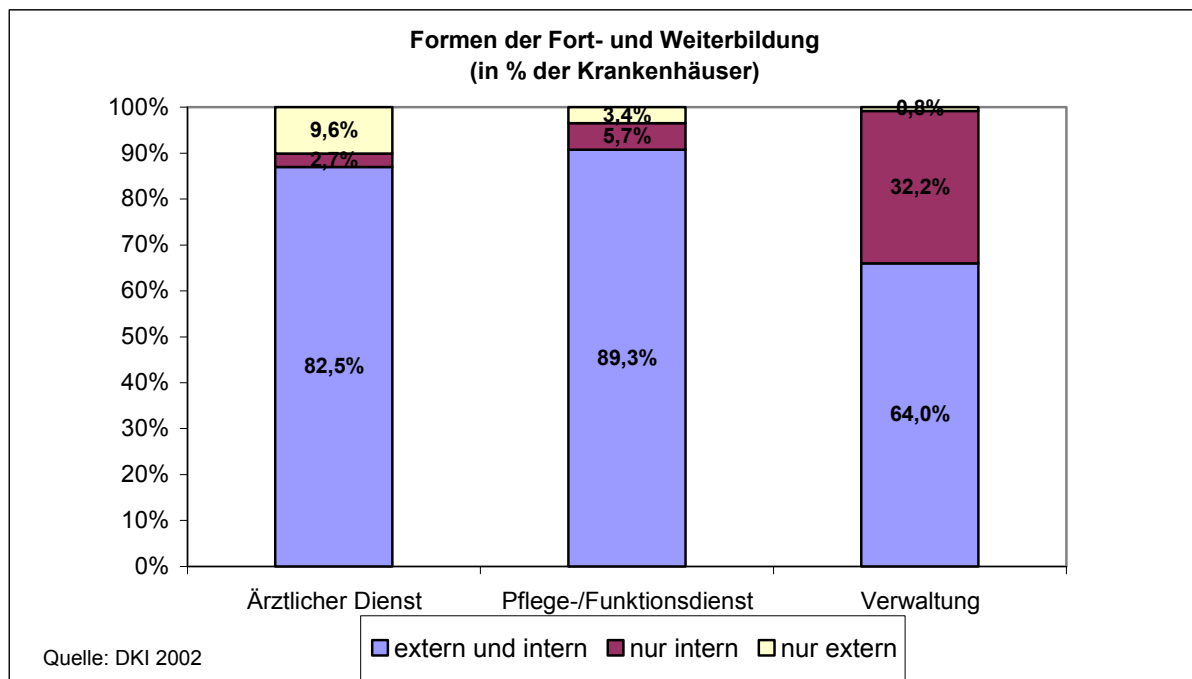
zweite Krankenhaus die Qualifizierungsentscheidung bei Vorliegen externer Veranstaltungsangebote trifft. Die Differenzierung der Ergebnisse nach Arbeitsbereichen zeigt, dass bei Ärzten die Entscheidung zur Fort- und Weiterbildung in erster Linie auf Anfrage der Mitarbeiter erfolgt (68,1%), während beim Pflege- und Funktionsdienst in 68,4% der Einrichtungen die fallweise Entscheidung bei auftretendem Bedarf im Vordergrund steht. Zudem verweist die Abbildung auf die relativ hohe Bedeutung der jährlichen Planung des Bedarfs für den Pflege- und Funktionsdienst. In mehr als jedem zweiten Krankenhaus erfolgt dort die Fort- und Weiterbildung auf Basis einer Planung (55,9%). Zusammenfassend scheint in den Einrichtungen ein „Nebeneinander“ von eigeninitiiertes, fallweiser und extern initiiertes Weiterbildung zu existieren. Die jährliche Planung des Bedarfs wird zumindest für die Ärzte und das Verwaltungspersonal in nur rund einem Drittel der Einrichtungen praktiziert.

Abbildung 12



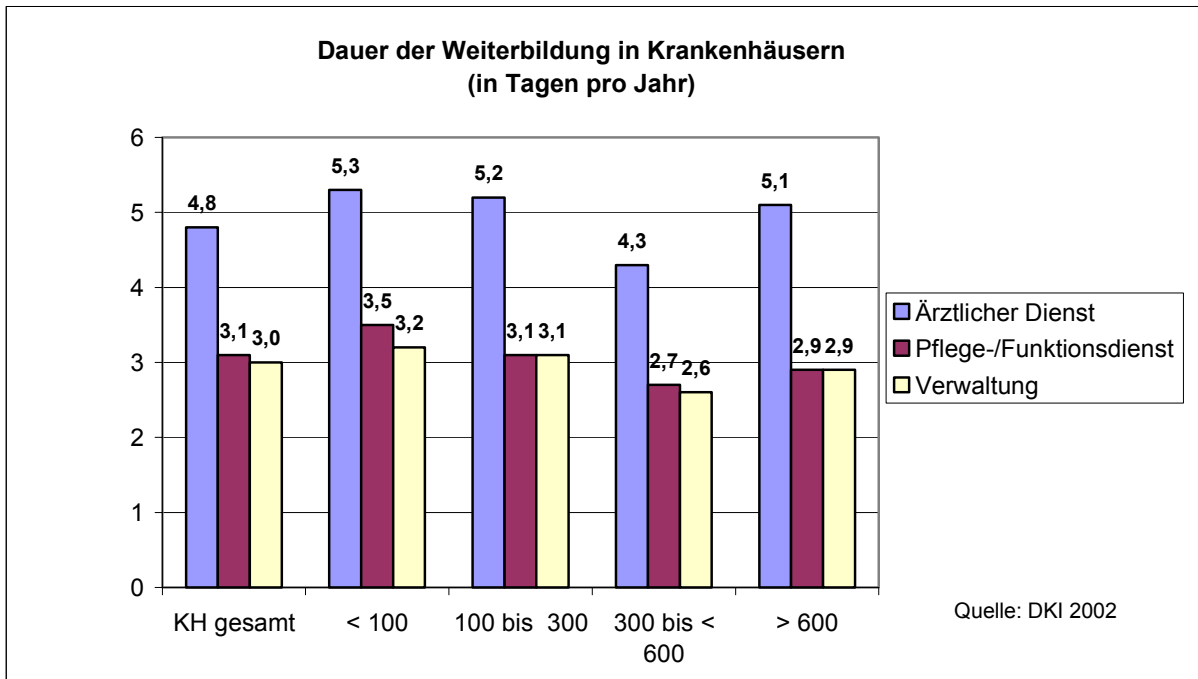
Die Fort- und Weiterbildung kann sowohl im Rahmen interner, als auch durch externe Veranstaltungen erfolgen (vgl. [Abbildung 13](#)). Nahezu alle befragten Einrichtungen führen sowohl für den Ärztlichen Dienst, als auch für den Pflege- und Funktionsdienst und die Verwaltung sowohl externe als auch interne Veranstaltungen durch. Für alle drei Arbeitsbereiche spielt in den befragten Einrichtungen der *Mix aus externen und internen Maßnahmen* die entscheidende Rolle. In der Verwaltung sind allerdings im Vergleich der Arbeitsbereiche die internen Maßnahmen bei 32,2% der Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Für den Ärztlichen Dienst spielen darüber hinaus die externen Veranstaltungen, wie medizinische Fachkongresse und Tagungen, eine wesentliche Rolle: 9,6% der befragten Einrichtungen geben an, dass sie für den Ärztlichen Dienst nur externe Maßnahmen vorhalten.

Abbildung 13



Die Betrachtung der Anzahl der Tage (vgl. [Abbildung 14](#)), die im Jahr für externe Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stehen zeigt, dass sich hier deutliche Differenzen zwischen den Arbeitsbereichen nachzeichnen lassen. Während jedem Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes durchschnittlich 4,8 Tage im Jahr für seine Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen, sind es sowohl im Pflege- und Funktionsdienst als auch in der Verwaltung nur etwa jeweils 3 Tage. Diese deutliche Differenz zwischen den Arbeitsbereichen bleibt auch im Vergleich der Krankenhäuser nach Größenklassen erhalten. Allerdings variiert hier die Dauer der Weiterbildung. Den höchsten Mittelwert weisen Einrichtungen < 100 Betten auf. Hier verfügt der ärztliche Dienst über 5,3 Tage, der Pflege- und Funktionsdienst über 3,5 und die Verwaltung über 3,2 Tage im Jahr zwecks Fort- und Weiterbildung. Die Tage, welche für diese Maßnahmen der Personalentwicklung zur Verfügung stehen, verringern sich mit der Größe des Krankenhauses: Kleine Einrichtungen wenden mehr Tage im Jahr für die Weiterbildung ihrer Mitarbeiter auf als Größere. Deutlich variieren die Werte bei den Ärzten: Zwischen durchschnittlich 5,3 Tagen in Einrichtungen <100 Mitarbeitern und 4,3 Tagen in Einrichtungen, die zwischen 300 bis < 600 <Mitarbeitern beschäftigen.

Abbildung 14



In nur ca. 3% der Fälle finanzieren die Krankenhäuser die externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht (vgl. [Abbildung 16](#)). Die Vollfinanzierung aller Maßnahmen ist, wie die Abbildung deutlich zeigt, abhängig von dem jeweiligen Arbeitsbereich. Während in 9,6% der Krankenhäuser aller Maßnahmen des Ärztlichen Dienstes finanziert werden ist dies bei den Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst bereits in 30,1% der Einrichtungen der Fall. Mitarbeiter der Verwaltung bekommen in 41,8% der befragten Krankenhäuser alle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finanziert. Während jedoch mehr als jede zweite Einrichtung ihren Verwaltungsmitarbeitern zumindest einen Teil der Maßnahmen finanziert, ist dies beim Ärztlichen Dienst in über 80%, im Pflege- und Funktionsdienst in rund 68% der untersuchten Einrichtungen der Fall. Die Zahlen verweisen noch auf einen weiteren wichtigen Umstand. Zwar werden in einem Großteil der Krankenhäuser ein Teil der Maßnahmen finanziert, jedoch bedeutet dies auch, dass die Mitarbeiter einen nicht unerheblichen Teil der Kosten selbst zu tragen haben. Insbesondere bei Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes wird der Großteil der Maßnahmen zwar mitfinanziert, gefolgt vom Pflege- und Funktionsdienst. Die übrigen Kosten müssen jedoch von den Beschäftigten selbst getragen werden. Am Beispiel zweier anerkannter Weiterbildungsqualifikationen im Gesundheitssektor (Fachkrankenschwester /-pfleger für Gerontopsychiatrie; Alten- oder Gerontotherapeutin) wird von Becker aufgezeigt, dass die eigenfinanzierte berufliche Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten zu einem „undurchsichtigen und kostenintensiven Lotteriespiel“ werden kann, da sowohl die Weiterbildungskosten als auch die Weiterbildungsdauer regional enorm schwanken können, für Angebote mit gleicher Qualifikationsdauer im gleichen Bundesland sogar um mehr als 20%. An diesem Punkt wird der Weiterbildungsmarkt für Interessierte zu einer „regionalisierten Kostenfalle“, weite „Bildungsreisen“ sind weder zeitlich noch aus Kostengründen zu bewältigen (vgl. Becker 2002: 45). *Regionale Qualifizierungsnetzwerke* könnten an dieser Stelle sowohl Klarheit über Kosten als auch über die Qualität der Weiterbildungsangebote schaffen und auch die Kosten für einzelne Einrichtungen insgesamt deutlich reduzieren.

Die Ergebnisse des DKI (ohne Abbildung) zeigen auch auf, dass nur in einem sehr kleinen Teil der Krankenhäuser die Mitarbeiter grundsätzlich keine Freistellung für externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erhalten (ca. 0,5% der Einrichtungen in den zugrunde gelegten Arbeitsbereichen). Dagegen erfolgt in rund 36% der Einrichtungen für den Ärztlichen Dienst, in 46% der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst und in rund 50% der Häuser für die Mitarbeiter der Verwaltung eine Freistellung für alle Maßnahmen. Darüber hinaus zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Freistellung und Größe des Krankenhauses, vor allem für den Pflege- und Funktionsdienst sowie für die Verwaltungsmitarbeiter: Je größer die befragten Krankenhäuser sind, desto höher ist der Anteil, bei denen eine grundsätzliche Freistellung erfolgt (vgl. DKI 2003: 44 f.). Allerdings sinkt – wie bereits beschrieben - die Zahl der Tage, die für Weiterbildung der Beschäftigten in den einzelnen Arbeitsbereichen aufgewendet werden mit zunehmender Größe der Einrichtungen.

Der finanzielle Aufwand der Fort- und Weiterbildungen je Vollkraft betragen im Durchschnitt aller befragten Einrichtungen im zugrunde gelegten Befragungszeitraum 199 Euro (vgl. Abbildung 15). Die Aufwendungen für Fort- und Weiterbildung werden in großen Einrichtungen insgesamt aufgrund der höheren Mitarbeiterzahl höher einzustufen sein. Der Vergleich der Aufwendungen je Vollkraft zeigt hingegen, dass kleine Einrichtungen (<100 Mitarbeitern) mit 263 Euro je Vollkraft überdurchschnittlich hohe Ausgaben für die Fort- und Weiterbildungen ihrer Mitarbeiter haben. Mit zunehmender Größe der Krankenhäuser lassen sich bezüglich der Weiterbildung dementsprechend Kostenvorteile realisieren: In Einrichtungen ≥ 600 Betten liegen die Weiterbildungskosten mit 144 Euro deutlich unter den im Durchschnitt aller Einrichtungen festgestellten Kosten je Vollkraft.

Abbildung 15

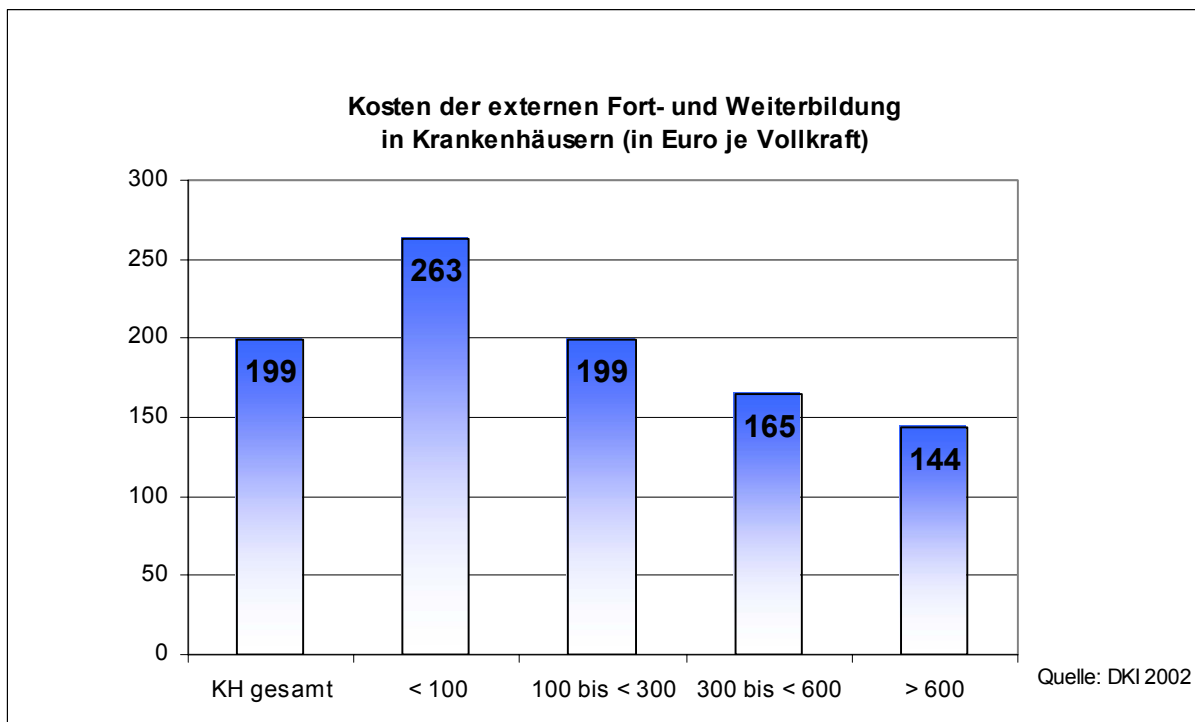
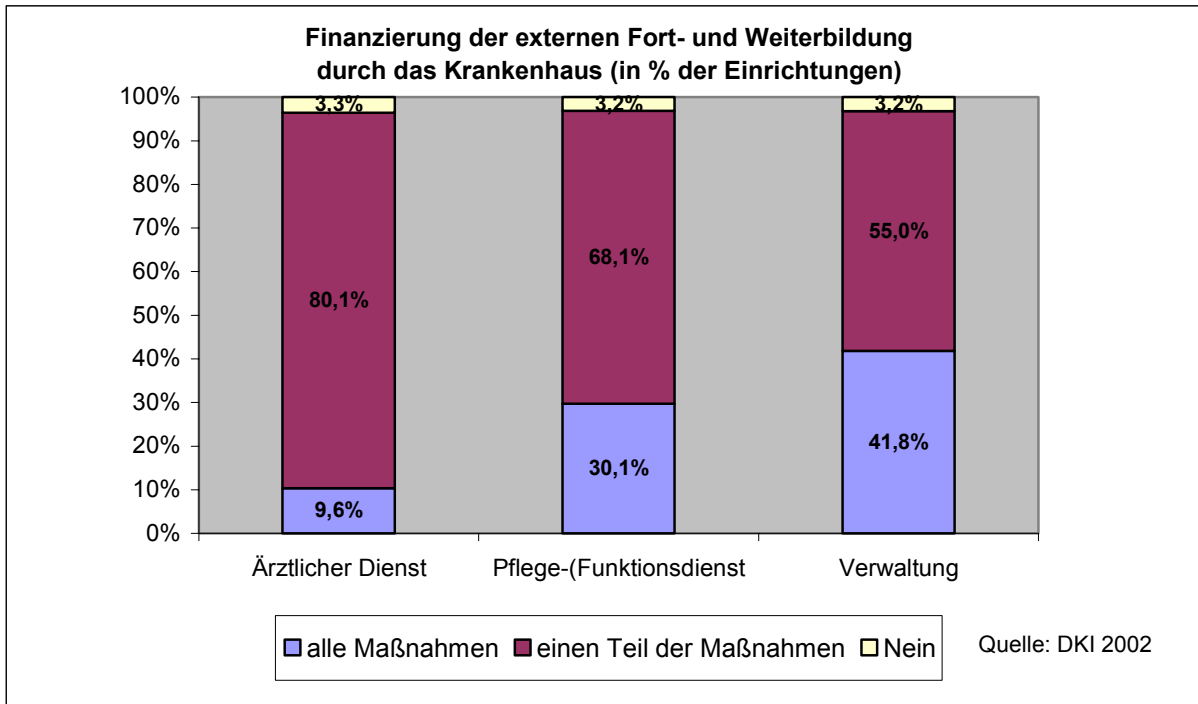


Abbildung 16



4.3 Nachfrage nach Gesundheitsberufen und Qualifikationen

Als Zugang zum Qualifikationsbedarf der Betriebe bietet sich eine *Analyse von Stellenanzeigen* an. Zum einen sind Stellenanzeigen leicht zugänglich, zum anderen spiegeln sie den aktuellen Bedarf und die gegenwärtigen und zukünftig erwarteten Qualifikationsanforderungen der Betriebe wider, denn aus betrieblicher Sicht sind Neueinstellungen Investitionen, die auf die Zukunft ausgerichtet sind. Stellenanzeigenanalysen allein liefern jedoch kein verlässliches und hinreichendes Bild über eventuelle Qualifizierungserfordernisse, die zur Deckung des Fachkräftebedarfs der Betriebe notwendig sind. Der Informationsgehalt von Stellenanzeigen ist nämlich je nach beruflichem Teilarbeitsmarkt sehr unterschiedlich, und die in Stellenanzeigen formulierten Qualifikationsanforderungen sind nicht allein an den tatsächlichen Anforderungen der zu besetzenden Stellen ausgerichtet, sondern stellen auch auf die Bewerbersituation auf dem Arbeitsmarkt ab und werben für die jeweilige Tätigkeit und das Unternehmen. Hinzu kommt, dass zur Feststellung von Qualifikationsengpässen auf dem Arbeitsmarkt Informationen darüber benötigt werden, in welchem Umfang die Betriebe die nachgefragten Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt auch rekrutieren konnten. Das BIBB führt daher mit zeitlichem Abstand *Inserentennachbefragungen* durch, um Angaben der Betriebe zur Bewerbersituation, zu den Anforderungen an die Bewerber, zur Stellenbesetzung, zur Qualifikation und zu Qualifikationsdefiziten der Stelleninhaber sowie zu neuen Qualifikationsanforderungen in den Berufen zu erhalten.

Grundlage der nachfolgenden Ausführungen sind mehr als 5.000 Stellenanzeigen, die im Berufsfeld „Gesundheit/Wellness“ vom September bis November 2001 aus 40 Zeitungen und Fachzeitschriften erhoben wurden sowie eine Inserentennachbefragung von Oktober 2002, bei

der sich mehr als 1.300 Betriebe zu den inserierten Stellen äußerten.³¹ Die Erhebungen sollten insbesondere Antworten auf folgende Fragen liefern:

1. Welche Qualifikationen werden im Berufsfeld Gesundheit/Wellness (ohne Ärzteschaft) auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt?
2. Welche Hinweise gibt es auf Qualifizierungserfordernisse und neue Qualifikationsanforderungen in den Berufen des Berufsfelds Gesundheit/Wellness?

4.3.1 Berufe die in Stellenanzeigen nachgefragt werden

Die Analyse der Stellenanzeigen spiegelt die Ergebnisse zum hohen Fachkräftebedarf der Gesundheitswirtschaft, vor allem in den Pflegeberufen deutlich wieder. Von den erhobenen Stellen entfielen mit einem Anteil von 34% die meisten ausgeschriebenen Stellen auf die Pflegeberufe, gefolgt von den (Zahnarzt-)helferinnen (15%), den therapeutischen Berufen (9%), sowie den Laborberufen (7%) und den (heil)pädagogischen Berufen (8%). Die verbleibenden 27% verteilen sich auf die übrigen Berufe im Berufsfeld Gesundheit /Wellness. Jede zweite Stellenanzeige in diesem Berufsfeld entfällt auf die folgenden fünf Einzelberufe: Krankenschwestern/pfleger (21%), Altenpflegerinnen (10%), Arzthelferinnen (9%), Krankengymnasten/Physiotherapeuten (7%) sowie Zahnarthelfer/innen (6%).

Nach Angaben der Betriebe und Einrichtungen, die sich an der Inserentennachbefragung beteiligten (N= 1.314) wurde knapp jede vierte ausgeschriebene Stelle neu geschaffen. Der Anteil neuer Stellen liegt für alle Gesundheits- und Wellnessberufe damit entsprechend bei 24%. Einen deutlich höheren Anteil an neu geschaffenen Stellen haben die ambulanten Pflegedienst, die Hersteller von Medizintechnik, die Pharmaunternehmen sowie die Krankenkassen. Im Gegensatz dazu haben Apotheken so gut wie keine neuen Stellen geschaffen. Auch bei den ausgeschriebenen Stellen von Kliniken /Krankenhäusern sowie stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil neuer Stellen deutlich unter dem Durchschnitt.

Rund 85% der Stellen in den Bereichen Gesundheit/Wellness werden von Einrichtungen in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung, also jenen Einrichtungen der direkten Patientenversorgung angeboten. Aufgrund der hohen Branchenkonzentration hängen die Beschäftigungsmöglichkeiten stark von der Entwicklung des Gesundheitswesens ab. Außerhalb dieses Kernbereichs können die Berufsangehörigen in den Bereichen Gesundheit/Wellness Beschäftigungsmöglichkeiten vor allem bei den Herstellern von Medizintechnik, Pharmaunternehmen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen sowie in Fitness- und Wellnessseinrichtungen.

4.4 Wichtige fachliche und überfachliche Anforderungen der Betriebe

Generell lässt sich feststellen, dass die Betriebe die so genannten „Soft Skills“ in allen Gesundheits- und Wellnessberufen als besonders wichtig ansehen. Auf einer Skala von eins (völlig unwichtig) bis sieben (sehr wichtig) stuften sie diese im Durchschnitt um den Wert sechs ein. Am wichtigsten sind ihnen *Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit*. Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/innen gehen die Betriebe bei den „Soft Skills“ auch die wenigsten Kompromisse ein. Der Anteil der eingestellten Bewerber/innen, bei denen die Betriebe Defizite in diesem Bereich sehen, liegt überwiegend unter zehn Prozent. Allein bei den kognitiven und den *Problemlösungskompetenzen* liegen die von den Betrieben erkannten Defizite leicht dar-

³¹ Vgl. SCHADE, H.-J.: Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/innen im Berufsfeld Gesundheit/Wellness. Bonn 2003

über (13%), und hier im Schwerpunkt bei Altenpflegekräften und Arzthelfern/innen. Bei den fachübergreifenden Qualifikationen ragen *IT-Anwenderkenntnisse* heraus, die für wichtig erachtet werden insbesondere bei Kinderkrankenpflegekräften/Hebammen, Pflegelehrkräften, Arzthelfern/innen, OP-Pflegekräften und Pharmareferenten/innen. *Betriebswirtschaftliche Kenntnisse* werden vor allem bei Pharmareferenten/innen, Pflegelehrkräften und OP-Pflegekräften geschätzt, *Erfahrung mit Projektarbeit* bei Pflegelehrkräften und Kinderkrankenpflegekräften/Hebammen. *Englischkenntnisse* wurden bei keinem der Berufe eine größere Bedeutung für die Einstellung beigemessen. Bei den fachspezifischen Qualifikationen werden *Kenntnisse in der medizinischen Dokumentation* und der *Qualitätssicherung* von den Arbeitgebern bei den meisten Berufen als überdurchschnittlich wichtig angesehen. Lediglich bei Zahn Technikern/innen und Pharmareferenten/innen haben diese nur eine geringe Bedeutung.

Die Berufe des Berufsfeldes Gesundheit/Wellness haben ansonsten klare fachliche Qualifikationsprofile und Schwerpunkte: Bei den Pflegeberufen sind *patientenorientierte Qualifikationen* besonders wichtig. An erster Stelle stehen, wie zu erwarten ist, Kenntnisse in der Pflege, wobei solchen in der ambulanten Pflege nur eine unterdurchschnittliche Bedeutung beigemessen wird. Daneben hielten die Arbeitgeber noch Erfahrungen aus einer leitenden Tätigkeit häufiger als im Durchschnitt für wichtig. Bei den Krankenpflegekräften kommen noch Kompetenzen im Bereich *psychosoziale Intervention* und *Beratung* sowie Kenntnisse über *Hilfsmittel für Patienten* hinzu. Bei den OP-Pflegekräften dagegen liegt ein weiterer Schwerpunkt in der *Beherrschung medizintechnischer Apparate* und bei Kinderpflegekräften/Hebammen in der *Beratung*, einschließlich *psychosozialer Intervention*, *Ernährungsberatung* und *Prävention*.

Das Profil der Altenpflegekräfte ist vergleichbar dem der Krankenpflegekräfte. Bei den Arzt- und Zahnarzthelfern/innen, besonders bei letzteren, dominieren Kenntnisse in der *Arztassistenz*. Wichtig bei Arzthelfern/innen sind daneben noch Kenntnisse in der *Bedienung medizinischer Apparate*; bei Zahnarzthelferinnen liegt der zweite Schwerpunkt dagegen bei der *Patientenberatung*. Bei neuen Mitarbeitern/innen in Laborberufen nennen die Arbeitgeber neben guten Kenntnissen in der *Diagnose-*, *Labortechnik* und *Bedienung medizintechnischer Apparate* keine weiteren Schwerpunkte. Bei den therapeutischen Berufen liegen die Schwerpunkte in der *Rehabilitation* und bei den *medizinischen Hilfsmitteln* für die Patienten. Bei Krankengymnasten/Physiotherapeuten sind daneben noch Kenntnisse in der *Prävention* und der *Fitness-/Wellnessförderung* wichtig, bei den Ergotherapeuten dagegen Kenntnisse im Bereich der *psychosozialen Intervention* und *Beratung*. Letztere sind auch bei den pädagogischen Berufen sehr wichtig. Bei den Logopäden/-Logopädinnen liegen weitere Schwerpunkte in der *ambulanten Rehabilitation*, bei den Heilpädagogen/innen in der *Heilerziehungspflege* und bei den Pflegelehrkräften neben den Bereichen *Unterricht*, *Pflege* in der *Ernährungsberatung*, *Prävention* und im Bereich *medizinische Hilfsmittel für Patienten*. Bei Pharmaberatern/innen stehen allein Kenntnisse in der *Beratung* und im *Vertrieb/Verkauf* hoch in der Gunst der Arbeitgeber.

4.4.1 Neue Qualifikationsanforderungen der Betriebe nach Berufen

Bei 15% der 1.314 nachbefragten Betriebe wurde angegeben, dass für die jeweilige Stelle nicht nur in der Branche übliche, sondern auch *neue Qualifikationsanforderungen* gestellt werden. Überdurchschnittlich war dies der Fall bei Stellen für pädagogische und therapeutische Berufe (mit Ausnahme bei den Logopäden), unterdurchschnittlich bei Stellen für Pflegeberufe. Im Klartext offen angegeben wurden folgende, häufiger genannte neue Qualifikationsanforderungen:

- (1) **Kranken-/Entbindungspflege:** PC-gestützte Dienstplanung, telefonische Beratung, naturheilkundliches Wissen, Qualitätssicherung, -management, gerontopsychiatrische

und geriatrische Kenntnisse, Sterbebegleitung, (Kinder)Intensivpflege im häuslichen Bereich und damit zusammenhängende soziokulturelle Probleme.

- (2) **Altenpflege:** Erstellen von Gutachten, Schmerztherapie, Sterbebegleitung, Betreuung Demenzkranker, Organisation von Nachbarschaftshilfe.
- (3) **Arzthelfer/-innen:** PC-Bedienung und PC-gestützte Kommunikation, (telefonische) Beantwortung medizinischer Fragen, Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern, bei Zahnarzthelfer/-innen zusätzlich Dentalberatung, Zahnreinigung, -prophylaxe.
- (4) **MTA/MTRA:** Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben, molekularbiologische Techniken, Strahlentherapie.
- (5) **Krankengymnastik, Physiotherapie:** PC-Bedienung und PC-gestützte Kommunikation und Terminierung, Kinderneurophysiologie, Behandlung/Beratung am Arbeitsplatz (Ergonomie, Prävention), organisatorische Aufgaben bei der Akquise und Betreuung von Firmen, Gruppenbehandlung im Fitness-Studio: Step Aerobic, medizinische Trainingstherapie, Prävention, Aufbautraining.
- (6) **Ergotherapeuten/innen:** administrative Aufgaben, neue Anamnese- und Testbereiche, basale Stimulation, Frührehabilitation bei Schädel- und Hirnverletzten, Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder, Anforderungen der Krankenkassen an die ambulante Rehabilitation.
- (7) **Logopäden/innen:** Therapieplanung auf Basis standardisierter Tests, Behandlung von Schluckstörungen, Freifördertätigkeit (mobiler Einsatz in Kindertagesstätten, Schulen, Elternberatung), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten/Therapeutinnen.
- (8) **Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger/innen:** PC-gestützte Dokumentation, Sozialmanagement, Qualitätskontrolle, -standards, Kooperation mit externen Fachdiensten, systemische Beratung, Kenntnisse über Gruppenabläufe und (sozial)psychiatrische Auffälligkeiten.
- (9) **Pflegelehrkräfte:** strategische Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Entwicklung therapeutischer Assessments in der Ausbildung.

4.4.2 Neue Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungserfordernisse

Hinweise auf Qualifizierungserfordernisse liefern die Angaben der einstellenden Betriebe und Einrichtungen zu den Defiziten neu eingestellter Bewerber/innen und zu neuen Qualifikationsanforderungen in den Berufen. Der anhaltende Kostendruck im Gesundheitswesen fordert von allen Beschäftigten ein kostenbewusstes und qualitätsorientiertes Handeln. Es überrascht daher nicht, dass die Betriebe auf diesen Gebieten erhöhte Anforderungen an neue Mitarbeiter/innen stellen und hier auch noch die Notwendigkeit weiterer Qualifizierungen sehen. Auch bei Qualifikationen, die stärker präventiv ausgerichtet sind wie Ernährungsberatung und Fitness/Wellness Förderung, die ebenfalls dazu beitragen können, die Krankheitskosten zu senken, sehen die Betriebe noch Qualifizierungsbedarf. In Gesundheits- und Wellnessberufen werden aber auch neue Qualifikationsanforderungen gestellt, die Berufsangehörige sich aneignen müssen. Dies sind zum einen berufsübergreifende, zum anderen spezielle fach- und zielgruppenspezifische Qualifikationen. Am häufigsten nannten die Betriebe:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. IT-Qualifikationen im Zusammenhang mit Planungs-, Verwaltungs-, Dokumentations- und Kommunikationsaufgaben, 2. Beratung, medizinische Information, 3. Prophylaxe/Prävention, Frühförderung, Frührehabilitation, 4. Qualitätskontrolle/-sicherung, 5. Spezielle diagnostische und therapeutische Qualifikationen für verschiedene Zielgruppen, zum Beispiel Umgang mit/Behandlung von verhaltensgestörten oder entwicklungsauffälligen Kindern, Demenzkranken, psychiatrisch Auffälligen, Epileptikern, Schädel- und Hirnverletzten; daneben Sterbehilfe sowie Schmerztherapien, gerontopsychiatrische und geriatrische Kenntnisse, 6. Neue Zielgruppen, zum Beispiel Akquise und Betreuung von Firmen, Behandlung von Mitarbeitern im Betrieb, Beratung von Kindern in Kindergärten und Schulen sowie deren Eltern, Gruppenbehandlung oder -unterweisung fitness- und wellnesorientierter Gesunder. |
|---|

Die Ergebnisse der Erhebungen zur Qualifikationsnachfrage und zum Qualifikationsangebot in nichtärztlichen Gesundheits- und Wellnessberufen sind ein Spiegel der aktuellen Situation. Zur Zeit werden verschiedene Ansätze für Reformen im Gesundheitswesen intensiv diskutiert. Medizinisches Handeln steht zunehmend unter dem Druck, seine Wirksamkeit und Qualität per Evaluation nachzuweisen, Fragen der Kostenvermeidung durch Prävention erhalten stärkeres Gewicht, und es zeichnet sich eine Verlagerung von der kollektiven und solidarisch finanzierten Gesundheitsfürsorge hin zu individuellen und privat finanzierten Gesundheitsdienstleistungen ab. Diese neuen Akzentsetzungen und Orientierungen im Gesundheitswesen hinterlassen auch bei der Qualifikationsnachfrage auf dem Stellenmarkt ihre Spuren. So sind den Arbeitgebern bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/innen Qualifikationen in den Bereichen Betriebswirtschaft, Qualitätssicherung und medizinische Dokumentation besonders wichtig, bei Berufsangehörigen der therapeutischen Berufe schätzen sie darüber hinaus unternehmerische Einstellungen und Kompetenzen in Zusammenhang mit der Erschließung und Betreuung neuer Kundengruppen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen werden durch die in Planung befindlichen Reformvorhaben mehr oder weniger gravierend verändert. Dies wird sich auch auf die Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung in den Gesundheits- und Wellnessberufen auswirken und zu neuen Qualifikationsbedarfen führen. In qualitativer Hinsicht wird jedoch nicht mit einer gravierenden Änderung der Richtung der hier skizzierten Qualifizierungserfordernisse gerechnet.

4.5 Neue Berufe in der Gesundheitswirtschaft

Die veränderten Rahmenbedingungen haben im Bereich der personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahren nicht nur zu neuen Qualifikationsanforderungen innerhalb der bestehenden Berufsbilder, sondern auch zu *neuen Berufen* geführt. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren waren neue Berufe in der Gesundheitswirtschaft, vor allem in den 90er Jahren, jedoch eine echte „Mangelware“ (vgl. BMBF 2003). Exemplarisch sollen an dieser Stelle zwei neue Berufsbilder der Gesundheitswirtschaft skizziert werden.

- ❖ *Operationstechnischer Assistent (OTA)*: Der Operationstechnische Assistent wird überwiegend in Operationsabteilungen sowie in Funktionsbereichen wie der Endoskopie oder der Ambulanz eingesetzt. Das Einsatzfeld dieses Berufsbildes ist jedoch nicht nur auf den Klinikbereich im engeren Sinne beschränkt. Auch in Arztpraxen und in Zentren für ambulantes operieren wird der OTA eingesetzt. Erste Initiativen für die Bildung dieses neuen Berufsbildes gingen zu Beginn der 90er Jahre von Krankenhäusern in NRW aus, und zwar von Einrichtungen in Mülheim, Köln und Mönchengladbach, welche unter einem ernstzunehmenden Personalmangel im Operationssaal litten. Dass die Pilot-

projekte zur Schaffung dieses neuen Berufsbildes ausgerechnet in NRW initiiert wurden ist dabei kein Zufall: Der stark wachsende Bedarf an qualifiziertem Op-Personal führte einige Jahre zuvor bereits in den Niederlanden (als Nachbarland) und der Schweiz zum Berufsbild des Operationstechnischen Assistenten (OTA). Im Jahr 1996 wurde die Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten dann durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Fachausbildung auch in Deutschland anerkannt. Die Tätigkeiten des OTA reichen von der fachkundigen Betreuung der Patienten während ihres Aufenthalts in der Operations- bzw. Funktionsabteilung, über die Assistenz vor, während und nach Operationen. Auch der Umgang mit den für die Operationen benötigten Instrumenten, Apparaten und Materialien sowie deren Wartung gehört zu den Tätigkeiten des OTA. Die Ausbildung zum OTA erfolgt 3-jährig und hat einen Umfang von mindestens 1.600 Stunden Theorie sowie weiteren (mind.) 3.000 Stunden Praxis in unterschiedlichen chirurgischen Fachgebieten sowie in den Funktionsbereichen. Die *Ausbildung erfolgt an Schulen*, die sich nach Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) anerkennen lassen können. Die Einführung des OTA hat den bis dorthin existierenden traditionellen Rekrutierungsweg (Zugang über die Krankenpflegeausbildung mit anschließender zweijähriger berufsbegleitender Weiterbildung; theoretische Weiterbildung mind. 720 Stunden und praktische Weiterbildung mind. 2000 Stunden)³² ergänzt. Die bisherige Form der Qualifizierung von Krankenschwestern/-pfleger für den Operationsdienst wurde von den Einrichtungen als zu lang, zu kostenintensiv und letztlich auch als zu unspezifisch eingestuft. (vgl. Bals u.a. 2001; Quaas Wegweiser Gesundheitsberufe 2003). Der ursprüngliche angestrebte „Billigberuf“ hat sich in den letzten Jahren allerdings nicht nur zu einem „Ausbildungsrenner“, sondern auch zu einem qualifizierten und anspruchsvollen Ausbildungsberuf entwickelt.

- ❖ *Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen.* Im Gegensatz zur schulischen Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten erfolgt die Ausbildung zum Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen *bundeseinheitlich* 3-jährig *im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)*. Das Berufsbild wurde erstmals im Jahr 2001 als Ausbildungsberuf angeboten. Der beschriebene Wandel der Einrichtungen des Gesundheitswesens von Sozialeinrichtungen zu wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisationen hat die Wahrnehmung des Verhältnisses zwischen Ärzten, Pflegekräften und den Patienten nachhaltig verändert. Die Notwendigkeit, dass Krankenhäuser oder Altenpflegeheime sich verstärkt als Dienstleister im Wettbewerb begreifen müssen, erfordert neue Kompetenzen auch im Bereich der kaufmännischen Aufgaben. Hier setzt das Berufsbild des Kaufmanns/-frau im Gesundheitswesen an: Die Planung und Organisation von Geschäfts- und Leistungsprozessen, die Entwicklung von Dienstleistungsangeboten ebenso wie die Bereiche Qualitätsmanagement und das Marketing von Gesundheitseinrichtungen gehören zu ihren Aufgabenbereichen. Die Kaufleute im Gesundheitswesen arbeiten an den Schnittstellen zwischen den Arbeitsbereichen innerhalb der Einrichtung und zu andern Unternehmen des Gesundheitswesens (vgl. Quaas Wegweiser Gesundheitsberufe 2003). Die Ausbildungsinhalte sind jedoch noch stark an strukturellen Fragen (Gliederung der Sozialversicherungsträger) und öffentlichen Finanzierungssystemen orientiert (Welche Finanzierungs- und Vergütungsarten im Gesundheitswesen gibt es?).

Die Vielzahl von Aus-, Fort- und Weiterbildungsberufen sowie Zusatzqualifikationen in den Gesundheitsberufen hat eine fast kaum noch zu überschaubare Fülle erreicht. Einerseits besteht zwar durchaus die Notwendigkeit, die bestehenden Berufe an die aktuellen Erfordernisse

³² Diese Angaben sind entnommen dem Weiterbildungsgesetz der Alten- und Krankenpflege des Lands NRW (vgl. Schell 1995)

anzupassen und gegebenenfalls auch neue Berufe zu entwickeln. Andererseits besteht bei einer zu großen Fülle von beruflichen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in einem Berufsfeld auch die Gefahr, dass die einzelnen Berufe in ihren Inhalten und Ausrichtungen kaum noch voneinander abgrenzbar sind. An dieser Stelle wäre zu überlegen, inwiefern eine Reduzierung auf einige Kernberufe, welche dann um darauf aufbauende Qualifizierungsmodule ergänzt werden könnten, sinnvoll wäre. Ein entsprechender Ansatz könnte einerseits dazu beitragen, der „wilden Modernisierung“ im Berufsfeld „Gesundheit und Soziales“ Einhalt zu gebieten und insgesamt das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen deutlich transparenter, durchlässiger und kohärenter zu gestalten.

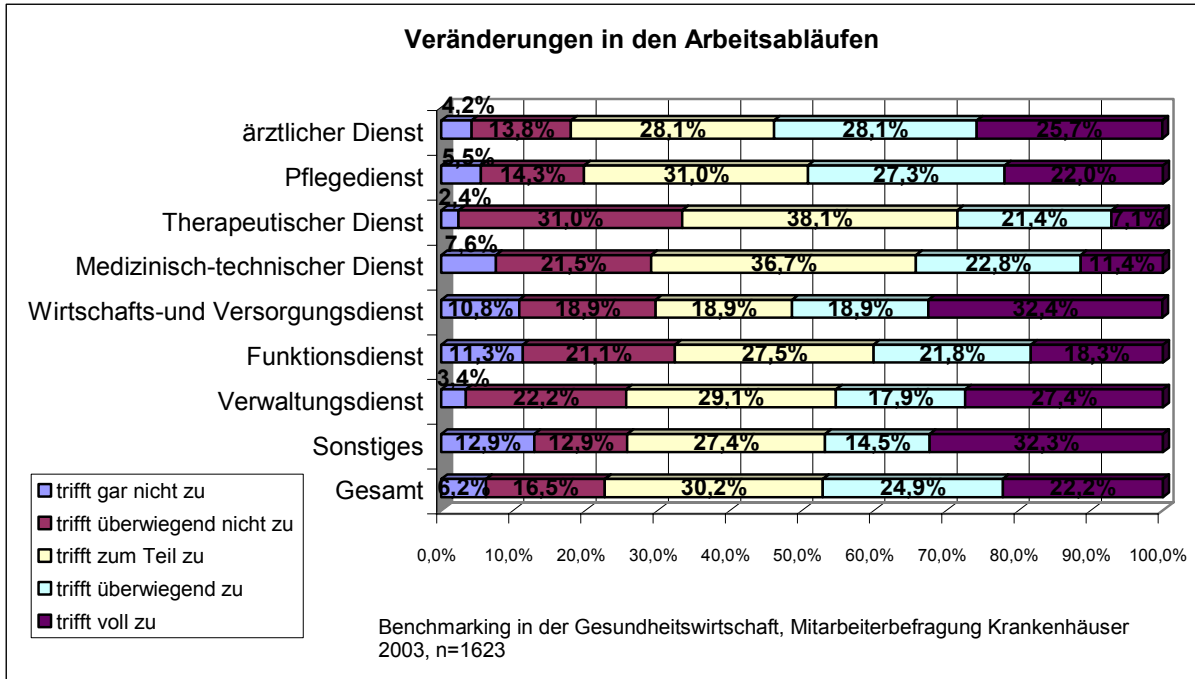
4.6 Weiterbildung aus Sicht der Mitarbeiter – Krankenhäuser und stationäre Altenhilfeeinrichtungen im Vergleich

Abschließend wird noch ein Überblick darüber gegeben werden, wie die derzeitige Situation der Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen durch die dort beschäftigten Mitarbeiter beurteilt wird. Hier wird auf die erhobenen Daten der Mitarbeiterbefragungen im Rahmen der Benchmarking-Erhebung 2003 zurückgegriffen werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass sich die befragten Einrichtungen bereits seit geraumer Zeit an Benchmarking-Prozessen beteiligen. Die damit verbundenen Qualitätsentwicklungsprozesse spiegeln sich natürlich auch in den Ergebnissen der Befragung wider, so dass die Beurteilung der Weiterbildungssituation tendenziell positiver ausfällt als bei Einrichtungen, die entsprechende Prozesse nicht durchlaufen haben. Die Systematisierung der in der Befragung erfassten Arbeitsbereiche folgt der in den Krankenhäusern gängigen Differenzierung.

4.6.1 Mitarbeiterbefragung in Krankenhäusern

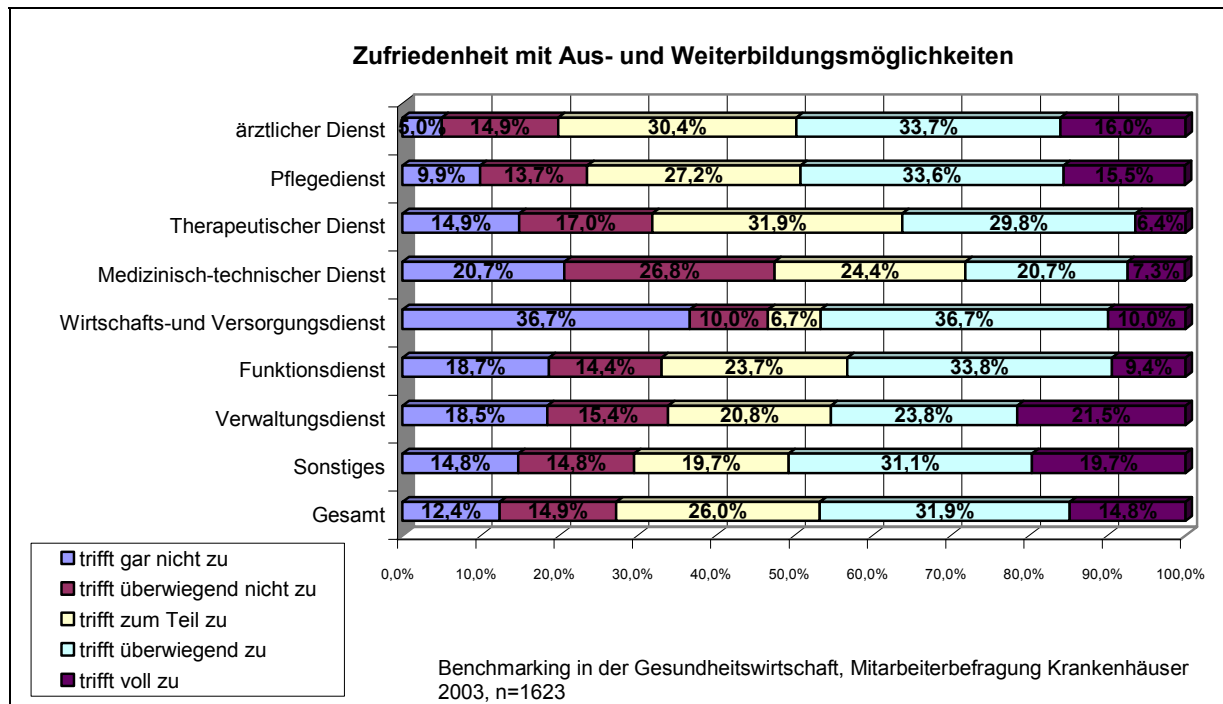
Die Arbeitsabläufe in den untersuchten Krankenhäusern haben sich im Laufe der letzten Jahre nach Einschätzung der befragten Mitarbeiter, wie Abbildung 17 zeigt, recht deutlich verändert. Von allen befragten Mitarbeitern gaben über drei Viertel (77,3%) an, dass sich ihre Arbeitsabläufe „deutlich“ bis „zum Teil“ verändert haben. Dabei zeigen sich tendenziell Unterschiede in der Beurteilung nach den Arbeitsbereichen, in welchen die Mitarbeiter beschäftigt sind. Insgesamt 81,9% der Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und 80,3% der Beschäftigten des Pflegedienstes gaben an, dass sich ihre Arbeitsabläufe in den letzten Jahren verändert haben. Sowohl der Therapeutische Dienst (66,6%) als auch der Medizinisch-technische Dienst (70,9%) sowie der Funktionsdienst (67,6%) waren in ihren Einschätzungen hingegen ein wenig zurückhaltender.

Abbildung 17



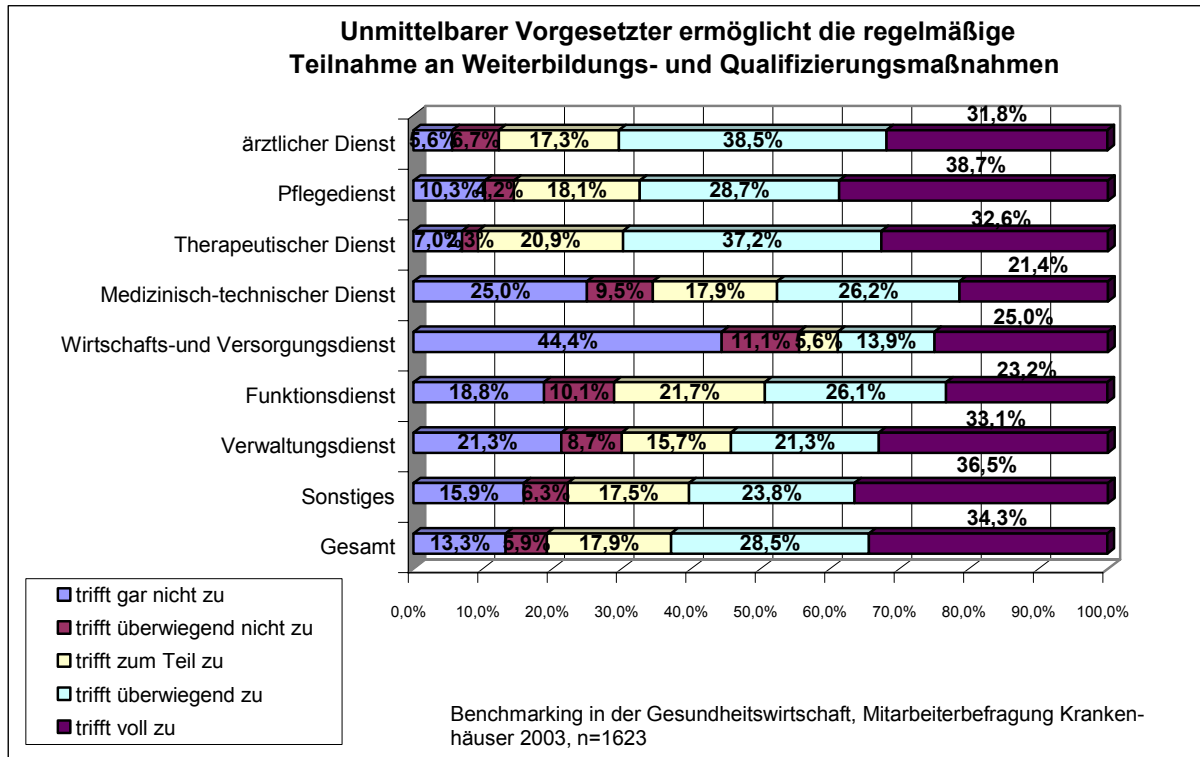
Der Prozentsatz derjenigen Mitarbeiter die konstatierten, in den letzten Jahren keine Veränderung ihrer Arbeitsabläufe festgestellt zu haben, ist sowohl bei den „Sonstigen“ (12,9%) als auch bei den Beschäftigten des Funktionsdienstes (11,3%) sowie beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst (10,8%) deutlich höher ausgeprägt. Wie zufrieden sind eigentlich die Beschäftigten mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten? Über ein Viertel (27,3%) der Mitarbeiter in den befragten Einrichtungen gab an, dass sie mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtung „gar nicht“ oder „überwiegend nicht zufrieden“ sind (vgl. [Abbildung 18](#)). Ein Vergleich der Bewertungen entlang der Arbeitsbereiche zeigt, dass insbesondere der Medizinisch-technische (47,5%) sowie der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (46,7%) mit den Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtungen „gar nicht zufrieden“ bzw. „überwiegend nicht zufrieden“ sind. Diese Beschäftigtengruppen waren allerdings auch deutlich stärker vom Personalabbau in den letzten Jahren betroffen als die übrigen Beschäftigtengruppen, so dass vermutet werden kann, dass die Frage der Aus- und Weiterbildung für diese Arbeitsbereiche ein sensibles Thema im Kontext ihrer Beschäftigung darstellt. Deutlich zufriedener hingegen zeigten sich wiederum die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes: Während 49,7% der Ärzte angaben, mit den Weiterbildungsmöglichkeiten „voll zufrieden“ oder „überwiegend zufrieden“ zu sein, waren dies in der Pflege 49,1%.

Abbildung 18



Die Zufriedenheit mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten wird nicht zuletzt auch dadurch beeinflusst, inwieweit der /die unmittelbare Vorgesetzte den Mitarbeitern die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen ermöglicht (vgl. [Abbildung 19](#)). In der Summe aller befragten Einrichtungen gaben 13,3% der Mitarbeiter an, dass die Aussage, ihr Vorgesetzter ermöglicht ihnen die regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsaktivitäten, für sie „gar nicht zutreffend“ erscheint. Dabei zeigten sich wiederum die Beschäftigtengruppen im Vergleich deutlich unzufriedener, welche auch insgesamt die Weiterbildungsmöglichkeiten negativer einstufen. 25% der Befragten des Medizinisch-technischen Dienstes und sogar 44,4% der Mitarbeiter im Wirtschafts- und Versorgungsdienst gaben an, dass die ihnen vorgelegte Aussage für sie „gar nicht zutreffend“ erscheint. Neben der Tatsache, dass es im Medizinisch-technischen Dienst ebenso wie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst einerseits durch vermehrte Auslagerung und Zentralisierung von Funktionsbereichen (z.B. Outsourcing von Laborleistungen und Zusammenlegung von Krankenhaus-Apotheken) in den letzten Jahren zu einem vermehrten Personalabbau gekommen ist, ist auch fraglich wie „weiterbildungsintensiv“ diese Bereiche generell sind und welchen Einfluss dies auf die Zufriedenheit der Beschäftigten mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten hat.

Abbildung 19

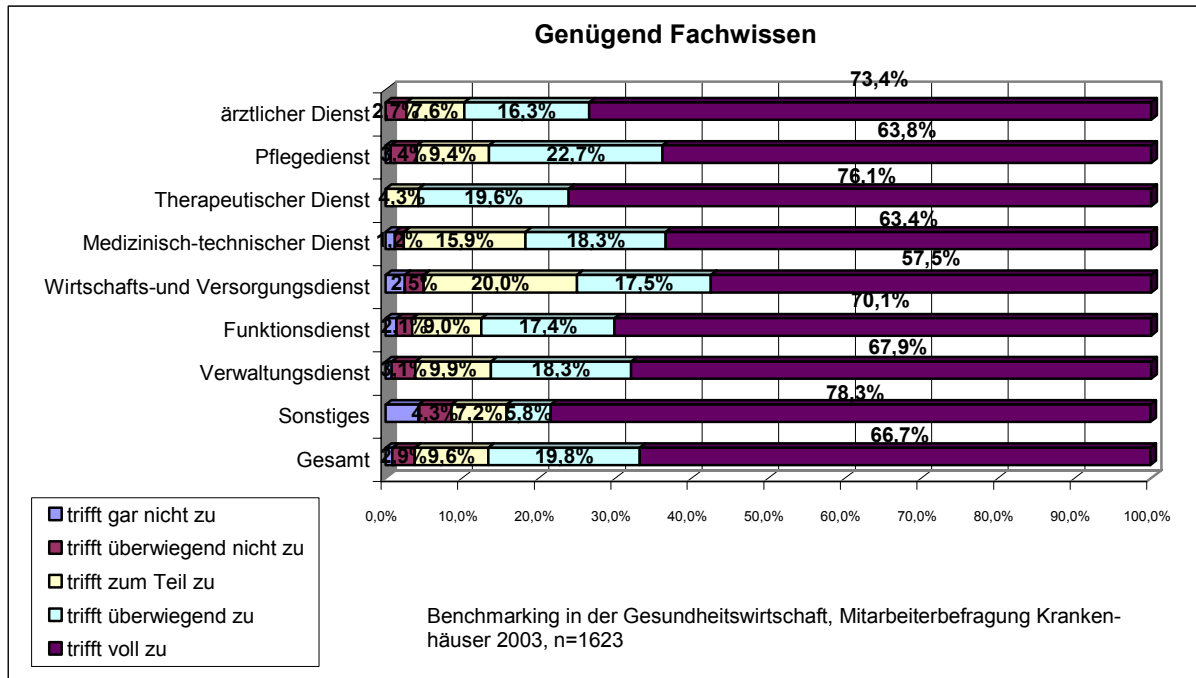


Da der medizinisch-technische Fortschritt ebenso wie die Etablierung neuer Diagnose-, Rehabilitations- und Behandlungskonzepte in den nächsten Jahren verstärkt Qualifizierungsmaßnahmen notwendig werden lässt, kann davon ausgegangen werden, dass sich dieses Bild in den nächsten Jahren verändern wird. Nicht nur insgesamt deutlich zufriedener mit den Weiterbildungsmöglichkeiten, sondern auch mit dem Verhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten in punkto Qualifizierung präsentierten sich die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes (31,8%) sowie die Pflegekräfte (38,7%) in den befragten Krankenhäusern. Hierbei handelt es sich allerdings auch um Arbeitsbereiche, die traditionell sehr „wissensintensiv“ sind, so dass tendenziell auch von den Vorgesetzten deutlich häufiger die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen ermöglicht wird.

Die Notwendigkeit zur Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen lässt sich auch indirekt daraus ableiten, inwieweit die Beschäftigten *selbst* der Meinung sind, über genügend Fachwissen zur Erfüllung ihrer Kernaufgaben (vgl. [Abbildung 20](#)) und über extrafunktionales Wissen – z.B. für organisatorische Aufgaben – zu verfügen. Darauf verweist noch mal die folgende Abbildung. 73,4 % der Beschäftigten des ärztlichen Dienstes gaben an, dass sie ihrer Ansicht nach über genügend Fachwissen für die Tätigkeiten verfügen, die zu ihren Kernaufgaben gehören. Demgegenüber legten immerhin 10,4% (!) der befragten Ärzte offen, dass sie ihr Fachwissen für unzureichend halten. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass Ärzte aufgrund des rasanten Erkenntnisfortschritts ihrer Profession deutlich kritischer gegenüber der Aktualität ihres eigenen Wissens sind, so sind diese Zahlen trotzdem nicht weniger überraschend. Eine deutliche Differenz gegenüber den Ärzten in der Beurteilung des eigenen Fachwissens zeigt sich bei den Beschäftigten des Pflegedienstes. Hier sind es lediglich 63,8% der Mitarbeiter, die das Gefühl besitzen, über genügend Fachwissen zu verfügen. Zudem ist bei den Pflegekräften mit insgesamt 13,5% auch der Prozentsatz der Befragten deutlich höher, die über ein unzureichendes Fachwissen klagen. Insgesamt kann an dieser Stelle auf Basis der Selbsteinschät-

zung der Befragten von nicht unerheblichen Qualifizierungsdefiziten in den Kernberufen der Gesundheitswirtschaft ausgegangen werden.

Abbildung 20

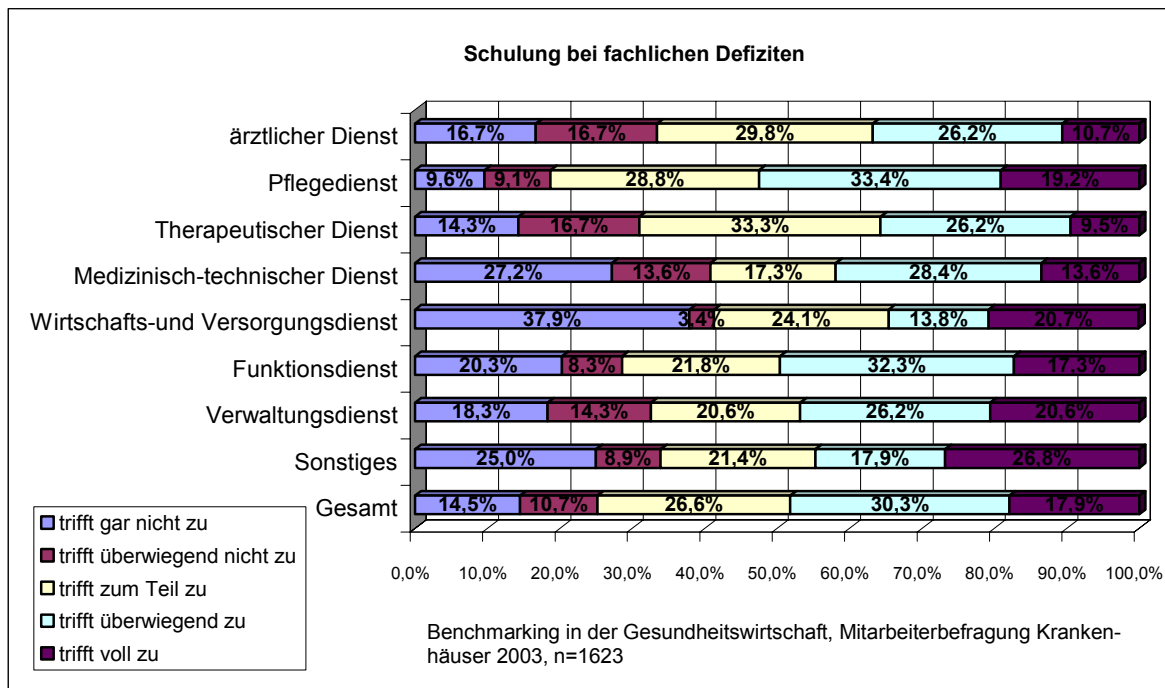


Die im Rahmen der Benchmarkingbefragung erhobene subjektive Beurteilung bezüglich des *extrafunktionalen Wissens*³³ (ohne Abbildung) zeigt eine deutlich negativere Beurteilung: Hier geben lediglich 41,6% der befragten Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes an, dass sie ihrer Meinung nach für andere Tätigkeiten (also nicht ihre Kerntätigkeiten) entsprechendes extrafunktionales Fachwissen haben, im Pflegedienst waren es 38,7% der befragten Mitarbeiter. Die Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung bezüglich des extrafunktionalen Wissens in der Befragung haben gezeigt, dass sich anscheinend hier ebenfalls ein deutlicher Bedarf zur Qualifizierung abzeichnet. Wie reagieren nun die Einrichtungen, wenn die Mitarbeiter über fachliche Defizite klagen? Die Schulungsbereitschaft der Einrichtungen bietet kein positives Bild (vgl. Abbildung 21): Insgesamt 14,5% der befragten Mitarbeiter geben an, dass sie bei fachlichen Defiziten *nicht* geschult werden. Besonders betroffen scheinen hier wiederum die Mitarbeiter des Medizinisch-technischen Dienstes (27,2%) und des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes (37,9%) zu sein. Allerdings sind es in der Beschäftigtengruppe des Medizinisch-technischen Dienstes auch über 20% der Befragten die angaben, in jedem Fall beim Auftreten fachlicher Defizite Schulungsmaßnahmen zu erhalten. Die Schulungsbereitschaft gegenüber den Mitarbeitern des Pflegedienstes scheint darüber hinaus deutlich ausgeprägter zu sein als bei den Beschäftigten des ärztlichen Dienstes. Während von den Pflegekräften immerhin 9,6% angeben, bei fachlichen Defiziten keine Schulungen zu erhalten, sind es beiden Ärzten immerhin über 16%. Wie schon die Ergebnisse zu der Durchführung von Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung in den Einrichtungen gezeigt haben, scheinen die Ärzte in punkto Qualifizierung und Personalentwicklung (im Vergleich der Arbeitsbereiche) bislang eine eher vernachlässigte Beschäftigtengruppe zu sein.

33 Hierzu zählen beispielsweise Kenntnisse in den Bereichen Management, Organisation oder betriebswirtschaftliche Kenntnisse.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die beschriebenen Veränderungen der Rahmenbedingungen sich bereits deutlich in der Veränderung der Arbeitsabläufe in den befragten Krankenhäusern niedergeschlagen haben. Allerdings besteht noch ein erheblicher Nachholbedarf hinsichtlich der betrieblichen Aktivitäten im Bereich der Qualifizierung der Mitarbeiter. Immerhin jeder Vierte Beschäftigte ist mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten seiner Einrichtung nicht zufrieden. Gleichzeitig geben vor allem die Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung an, über erhebliche Defizite in Bezug auf ihre fachlichen und extrafunktionalen Kompetenzen zu verfügen. Hierauf wird jedoch von betrieblicher Seite aus derzeit nur unzureichend reagiert. Dies zeigten auch die Ergebnisse zu den betrieblichen Aktivitäten der Personalentwicklung. Das Gefühl der Beschäftigten, für ihre Aufgaben nur unzureichend qualifiziert zu sein, kann auf Dauer zu einer Zunahme der psychischen Belastungen führen und in der Folge auch die Bereitschaft zum Berufsverbleib negativ beeinflussen. Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse auch auf erhebliche Differenzen in der Beurteilung der Fort- und Weiterbildungssituation innerhalb der Personalstruktur: Während die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes ebenso wie in der Pflege, die Qualifizierungssituation in ihrer Einrichtung noch vergleichsweise positiv beurteilen, zeigten sich die Mitarbeiter gerade jener Arbeitsbereiche die in den letzten Jahren verstärkt von Reorganisationsmaßnahmen und Personalabbau betroffen waren, in ihren Einschätzungen deutlich unzufriedener.

Abbildung 21

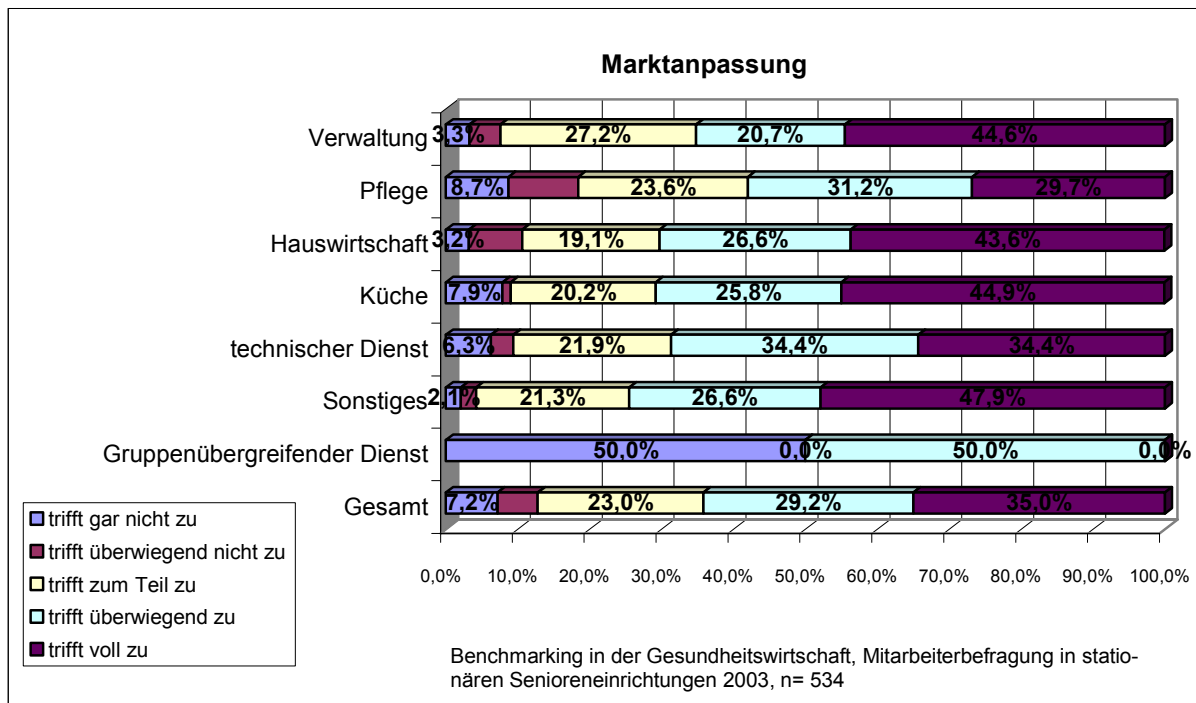


4.6.2 Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen

Die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen spiegeln sich ebenfalls deutlich bei der Befragung der Mitarbeiter von stationären Senioreneinrichtungen wider. In den vorangegangenen Kapiteln wurde betont, wie notwendig es für die Zukunft der Branche sein wird, neue innovative und kundenorientierte Produkte und Dienstleistungen anbieten zu können und welche Implikationen dies für die Qualifizierung der Beschäftigten mit sich bringen wird. Die folgende Abbildung 22 zeigt die Antworten der Beschäftigten in stationären

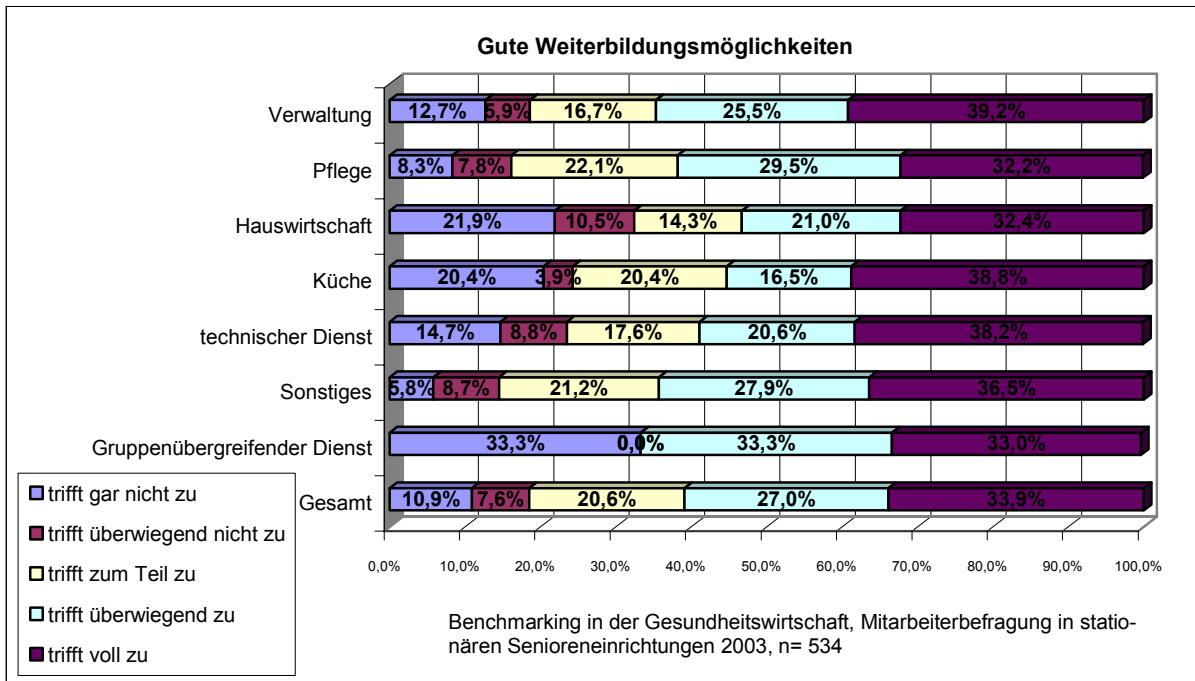
folgende Abbildung 22 zeigt die Antworten der Beschäftigten in stationären Senioreneinrichtungen (in Prozent) auf die im Fragebogen vorgelegte Aussage „Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, ihre Dienstleistungen aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen“. Insgesamt 35% der Befragten gaben an, dass diese Aussage in Bezug auf ihre Einrichtung „voll zutreffend sei“. Ein relativ großer Prozentsatz der Befragten äußerte sich dennoch eher skeptisch diesbezüglich: Immerhin 35,8 % der Mitarbeiter kreuzten die Aussage „gar nicht zutreffend“ bis „nur zum Teil zutreffend“ an. Insgesamt äußerte sich rund ein Drittel der befragten Mitarbeiter dahingehend, dass von ihrer Einrichtungen bereits die Notwendigkeit erkannt wurde, die Produkte und Dienstleistungen den sich verändernden Marktanforderungen anzupassen, während ein weiteres Drittel der Befragten diese Herausforderung in ihren Einrichtungen noch nicht hinreichend umgesetzt sehen. Besonders zurückhaltend zeigen sich in ihren Einschätzung in punkto „Marktanpassung“ die Beschäftigten in der Pflege (29,7%). Mit zunehmender Distanz zu den Kunden der Einrichtung scheint sich jedoch die Bewertung in Bezug auf die Frage nach neuen Produkten und Dienstleistungen zu verbessern.

Abbildung 22



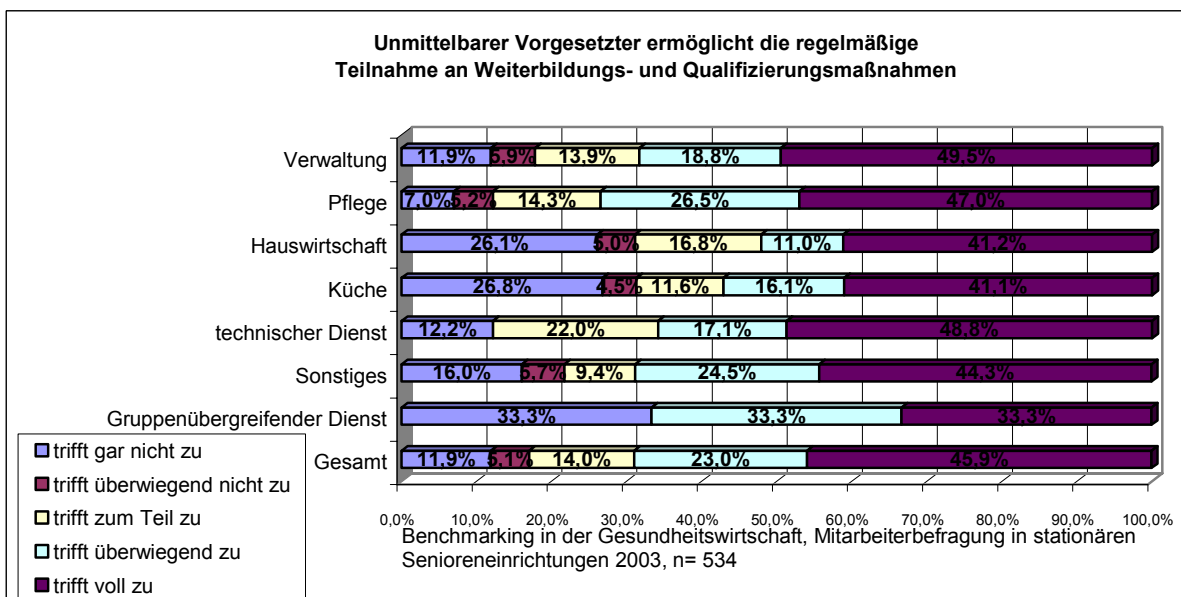
Während sich beispielsweise die Mitarbeiter aus Verwaltung oder Küche nahezu in 45% der Fälle überzeugt davon zeigten, dass ihre Einrichtung sich dem Markt mit neuen Angeboten anpasst („trifft voll zu“), scheinen die Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung hier einen gänzlich anderen Eindruck zu haben. Insgesamt 33,9% der befragten Mitarbeiter zeigten sich mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtung zufrieden (vgl. Abbildung 23). Hier lassen sich lediglich marginale bereichsspezifische Unterschiede feststellen. Die zufriedenste Beschäftigtengruppe bilden mit 39,2% die Mitarbeiter der Verwaltung, gefolgt von den Beschäftigten in der Küche (38,8%) sowie den Mitarbeitern des technischen Dienstes (38,2%).

Abbildung 23



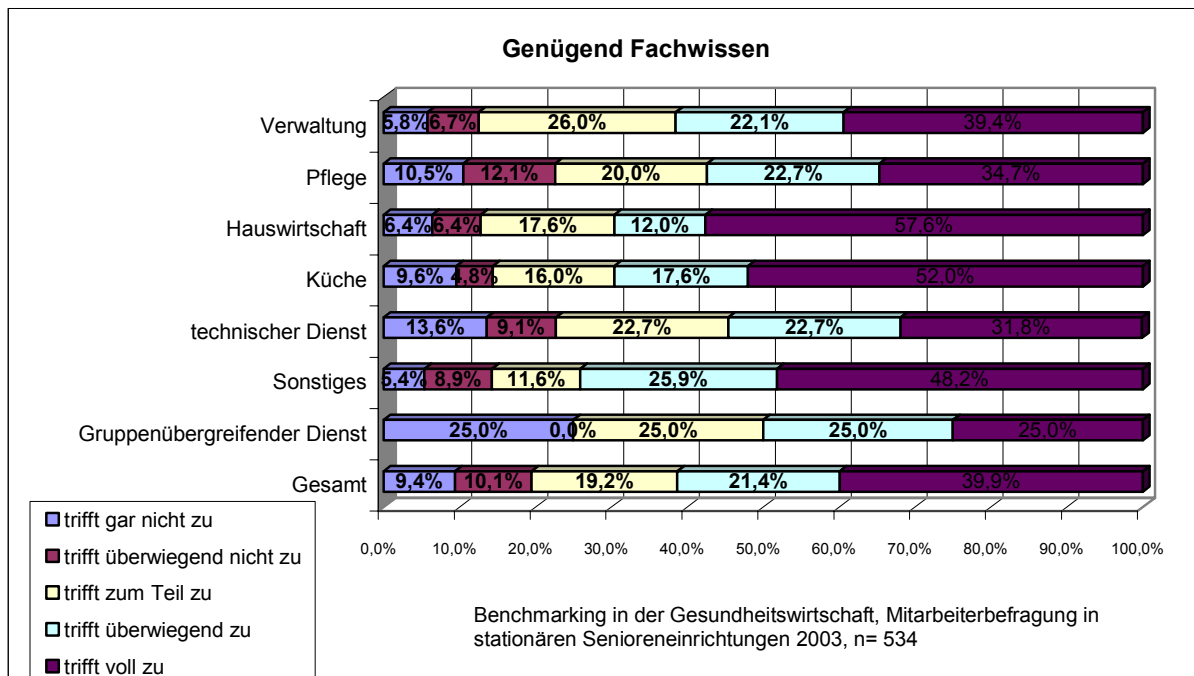
Leichte Differenzen bezüglich der Beurteilung der Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen hingegen bei den Beschäftigten in der Pflege: Hier fällt mit 32,2% der Prozentsatz der mit den Weiterbildungsmöglichkeiten zufriedenen Befragten im Vergleich geringer aus. Deutlich unzufrieden zeigten sich die Beschäftigten in den Bereichen „Hauswirtschaft“ und „Küche“. Im Rahmen der Befragung gab hier jeder vierte Mitarbeiter an, dass er der Aussage „Mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten bin ich zufrieden“ gar nicht zustimmen kann.

Abbildung 24



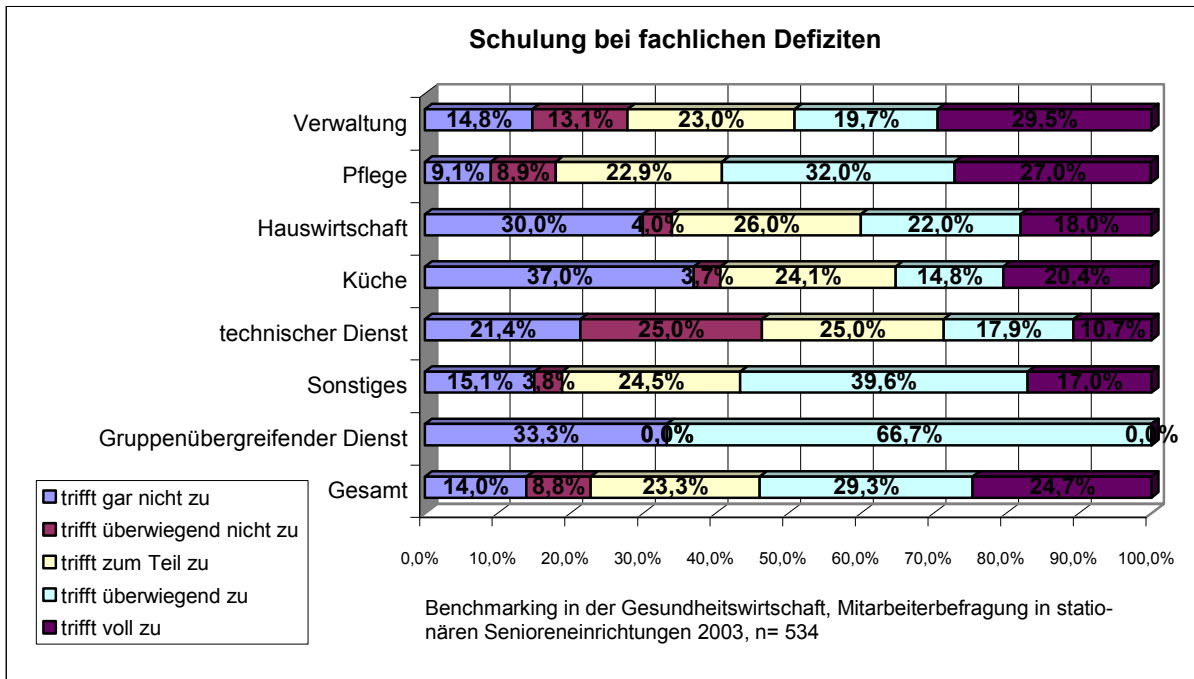
Im Vergleich zu den in den Krankenhäusern befragten Mitarbeitern scheinen die Beschäftigten in den stationären Senioreneinrichtungen die Ermöglichung der Weiterbildungsteilnahme durch ihren Vorgesetzten insgesamt positiver zu beurteilen (vgl. [Abbildung 24](#)). Vor allem die Mitarbeiter der Verwaltung (49,5%) sowie die Beschäftigten des technischen Dienstes (48,8%) und in der Pflege (47,0%) bewerten das Verhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten bezüglich der Ermöglichung der Weiterbildungsteilnahme als positiv. Wie schon im Rahmen der Frage nach der Gesamtzufriedenheit mit den Weiterbildungsmöglichkeiten, sind es wiederum die Beschäftigten im Bereich „Hauswirtschaft“ (26,1%) und „Küche“ (26,8%) die sich mit dem Verhalten des Vorgesetzten deutlich unzufrieden zeigen. Die Frage inwieweit die Beschäftigten der Meinung sind, zur Erfüllung ihrer Aufgaben über genügend Fachwissen zu verfügen, zeichnet demgegenüber ein deutlich negativeres Bild als dies bei den befragten Beschäftigten in den Krankenhäusern der Fall war (vgl. [Abbildung 25](#)). So geben 10,5% der Beschäftigten in der Pflege an, dass sie ihrer Meinung nach nicht über genügend Fachwissen verfügen.

Abbildung 25



Im Gegensatz zu den bisherigen Fragen zeigen sich hier die Beschäftigten im Bereich „Hauswirtschaft“ und Küche deutlich zufriedener. Insgesamt muss die These der gravierenden Qualifizierungsdefizite in den Kernberufen der Krankenhäuser allerdings auch auf den stationären Bereich der Alteneinrichtungen ausgeweitet werden. Reagieren die Senioreneinrichtungen im Falle von fachlichen Defiziten auch mit entsprechenden Schulungen? Während in den befragten Krankenhäusern 19,2% der Pflegekräfte angeben, bei fachlichen Defiziten geschult zu werden, sind es in den stationären Senioreneinrichtungen 27,0% der Mitarbeiter in der Pflege.

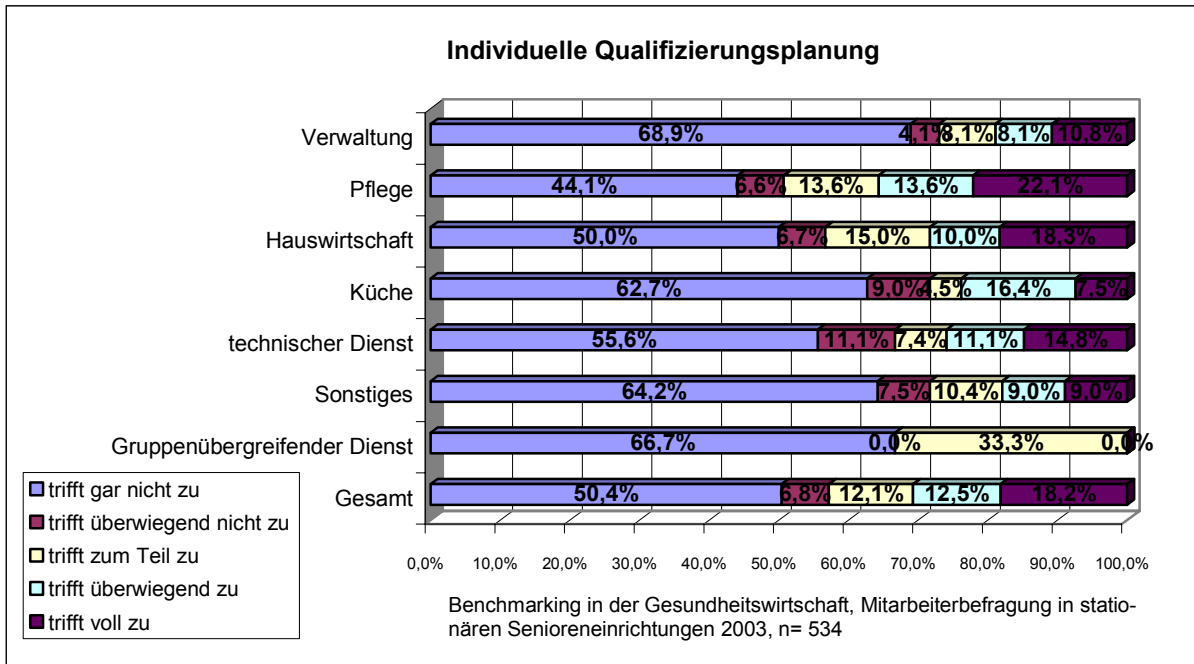
Abbildung 26



14,8% der in der Verwaltung beschäftigten Befragten gaben an, dass sie bei fachlichen Defiziten *nicht* geschult werden. Noch deutlicher sind die Angaben bei den Beschäftigten der Bereiche „Hauswirtschaft“ (30,0%) und „Küche“ (37,0%). Bezieht man die Antwortkategorie „trifft überwiegend nicht zu“ mit in die Auswertung ein, dann ist der „technische Dienst“ Verlierer im Kontext der Frage nach der Schulungsbereitschaft bei fachlichen Defiziten: 46,0% der Mitarbeiter, die eine Zugehörigkeit zu diesem Arbeitsbereich angaben, sind nicht der Ansicht, dass sie bei fachlichen Defiziten geschult werden. Darüber hinaus gab rund jeder zehnte in der Pflege Beschäftigte an, dass er im Falle von fachlichen Defiziten nicht geschult wird. Insgesamt überwiegen hier jedoch die mittleren Antwortkategorien „trifft zum Teil zu“ und „trifft überwiegend zu“: Insgesamt 54,9% der Befragten antworteten mit diesen Aussagen.

Die Antworten der Mitarbeiter zu der Aussage „Unsere Einrichtung hat für mich eine Qualifizierungsplanung angelegt“ (vgl. [Abbildung 27](#)) zeigen deutlich, dass Maßnahmen der individuellen Personalentwicklung, ähnlich den Krankenhäusern, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe kaum eine Rolle spielen. Zwar finden, wie bereits erläutert, im Falle von fachlichen Defiziten Schulungsmaßnahmen statt, dabei handelt es sich jedoch keineswegs um Maßnahmen, die individuell mit den Mitarbeitern geplant werden und eine vorausschauende berufliche Entwicklung der Beschäftigten unterstützen. Die befragten Senioreneinrichtungen scheinen eher eine *reaktive und korrigierende Qualifizierungsstrategie* (Schulung bei fachlichen Defiziten), denn eine *individuelle, proaktive und Veränderungen antizipierende Qualifizierungsplanung* zu verfolgen. Die Tatsache, dass 44,1% der in der Pflege Beschäftigten angeben, dass die Einrichtungen in denen sie arbeiten, für sie *keine individuelle Qualifizierungsplanung* vorsieht, trägt nicht gerade dazu bei die Arbeit in der Altenpflege interessant zu gestalten. Die Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen scheint dabei stärker dem „Gießkannenprinzip“ zu folgen, als sich an modernen Maßnahmen der Personalentwicklung zu orientieren.

Abbildung 27



5. Fazit und Ausblick

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Branche im Um- und Aufbruch. Die Veränderungen der Rahmenbedingungen haben sich dabei in den letzten Jahren mit einer enormen Dynamik und Reichweite vollzogen. Der Gesundheitswirtschaft werden im Allgemeinen hervorragende Aussichten auf Wachstum und Beschäftigung bescheinigt, allerdings werden diese positiven Erwartungen zunehmend durch den derzeit herrschenden und sich in der Zukunft höchstwahrscheinlich verschärfenden Fachkräfteengpass getrübt. In der Branche entsteht somit ein enormer *quantitativer Qualifizierungsbedarf*, der voraussichtlich unter anderem erst dann eingelöst werden kann, wenn sich die Rahmenbedingungen auf institutioneller und betrieblicher Ebene, etwa die Arbeitsbedingungen, deutlich verbessern und die Arbeit insgesamt deutlich interessanter wird. Neben dem Fachkräftebedarf der Branche lässt sich zudem eine Veränderung der *Qualifizierungsinhalte* (qualitativer Qualifizierungsbedarf) beobachten und in den letzten zehn Jahren sind, wenn auch eher zögerlich, neue Berufe und „Tätigkeiten an der Schwelle zur Beruflichkeit“ im Bereich der personen- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft entstanden. In der Situation des akuten und prognostizierten Fachkräftemangels reagieren die Unternehmen und Betriebe der Gesundheitswirtschaft mit eigeninitiierten Qualifizierungsmaßnahmen, so das Ergebnis der IAB Gesundheitswesenstudie. Allerdings ist die Gesundheitswirtschaft genau in diesem Punkt sehr verwundbar. Die Situation der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitssektor zeichnet ein deutliches Bild der Fragmentierung und diese Voraussetzungen stehen geradezu konträr zu den idealtypisch formulierten Anforderungen an ein kohärentes System „Lebenslangen Lernens“. Allerdings fehlt es bisher an einem systematischen Überblick zum Weiterbildungssektor in der Gesundheitswirtschaft. Bildungskarrieren gerade in den Kernberufen der Kranken- und Altenpflege enden nicht selten in einer (betrieblichen) „Sackgasse“. So lässt sich beispielsweise bis heute an die Krankenpflegeausbildung ein Studium in diesem Bereich nicht anschließen, sofern nicht vor der Ausbildung der Zugang zur Hoch- bzw. Fachhochschulreife erworben wurde. Die Qualifizierungs-

aktivitäten sind außerdem nur in den seltensten Fällen an eine systematische Personalentwicklung gekoppelt. Als vorläufiges Fazit lässt sich zusammenfassen: Die Gesundheitswirtschaft ist eine Branche mit guten Aussichten jedoch mit einem „stotternden Qualifizierungsmotor“. Wesentliche Herausforderungen der Zukunft liegen u.a. darin,

- dass System der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen deutlich transparenter und anschlussfähiger zu gestalten;
- Konzepte der systematischen Personalentwicklung für die Gesundheitsberufe zu entwickeln und diese verstärkt in den Einrichtungen zu verankern und mit neuen Ansätzen der Arbeitsorganisation zu verknüpfen;
- einrichtungsübergreifende „Qualifizierungspools“ zu entwickeln und bereitzustellen, da die Einrichtungen hierdurch Kostenvorteile bei der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter realisieren könnten;
- die Entwicklung und Durchführung eines kontinuierlichen Ausbildungs-, Arbeitsmarkts- und Qualifizierungsmonitorings in der Gesundheitswirtschaft auf regionaler und überregionaler Ebene zu forcieren;
- zusätzlich neue Arbeitsmarktgruppen (z.B. Migranten/-innen, ältere Arbeitnehmer) für die Gesundheitswirtschaft zu qualifizieren;
- „best practise“-Ansätze im Bereich der Qualifizierung und Personalentwicklung zu identifizieren (auch aus anderen Branchen), zu erproben und diese Ansätze im Rahmen eines regional und überregional organisierten Austauschs in den Einrichtungen zu verankern;
- ein Programm „Moderne Arbeit in der Gesundheitswirtschaft“ zu initiieren, um die Beschäftigung in der Branche durch die Verbindung von modernen Arbeitszeit-, Arbeitsorganisations- und Personalentwicklungskonzepten deutlich interessanter als bisher zu gestalten.

6. Literatur

- Abicht, L./ Baldin, K.-M./ Freikamp, H. (2002):* Trendqualifikationen im Bereich des Gesundheitswesens. Branchenbericht zum Projekt „Trendqualifikationen als Basis zur Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen“. Studie des isw Halle-Leipzig e.V., gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Arnold, M./ Klauber, J./ Schellschmidt, H. (Hg.) (2001):* Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt Personal. Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Bals, T. (2002):* Innovative Gesundheitsberufe – neue Tätigkeitsfelder und Berufsbilder im Gesundheitswesen. In: Gesundheitswirtschaft: Zukunft der Gesundheitsberufe – Herausforderungen und Strategien. Tagungsdokumentation der OstWestfalenLippe Marketing AG und des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG) vom 13. November 2002, Bad Oeynhausen, S. 18-30.
- Bandemer, S. von/ Born, A./ Hilbert, J. (2002):* Arbeit im Dienstleistungssektor - Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung. In: Brödner, P./Knuth, M. (Hg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. Rainer Hampp Verlag, München und Mering 2002, S. 379-429.
- Bandemer, S. von/ Hilbert, J./ Schulz, E. (1998):* Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten. In: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt. Campus Verlag, Frankfurt/ New York 1998, S. 412-434.
- Bandemer, S. von/ Hilbert, J. (2003):* Moderne Arbeit in Medizin und Pflege. In: Institut Arbeit und Technik (Hg.): Jahrbuch 2002/2003, Gelsenkirchen, S.117-128.
- Becker, G. (1975):* Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. University of Chicago Press.
- Becker, W. (2002 [a]):* Pflegeausbildung – Quo vadis? In: Meyer, G./ Lutterbeck, J. (Hg.): Pflegebildung – Quo vadis? Beiträge zur 10. Werkstatt für die Pflege am 4. Juli 2001, Fachtagung der Pflegepädagogik. Fachbuch Richter GmbH, Münster 2002, S. 11-31.
- Becker, W. (2002 [b]):* Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug um über berufliche Reformen reden zu können? In: Becker, W./ Meifort, B. (Hg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe - Qualifikationsentwicklungen, Strukturveränderungen, Paradigmenwechsel. Bertelsmann- Verlag, Bielefeld 2002, S. 9-42.
- Becker, W. (2002 [c]):* Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales: Taugt Weiterbildung als Element beruflicher Entwicklungsplanung. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) (Hg.): Berufsbildung und Qualifikationstrends im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Bestandsaufnahmen und Konzepte für Aus- und Weiterbildung. Wissenschaftliches Diskussionspapier des Bundesinstituts für Berufsbildung, Nr. 61, Bonn 2002, S. 5-54.

- Becker, W./ Meifort, B. (1997):* Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zur Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bertelsmann- Verlag, Bielefeld.
- Berger, J. u.a. (2001):* BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege, Berlin/Hamburg.
- Berger, J. u.a. (2000):* DAK-BGW Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik, Berlin/Hamburg.
- Bermejo, I./ Muthny, F.A. (1994):* „Bournout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Lit-Verlag Münster, Hamburg.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hg.) (2003):* Berufsbildungsbericht 2003.
- Blum, K. (2003):* Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH.
- Büssing, A./ Glaser, J. (2003):* Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegesystems. In: Büssing, A./ Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogrefe-Verlag 2003, S. 101-129.
- Bosch, G./ Wagner, A. (2003):* Dienstleistungsgesellschaften in Europa und Ursachen für das Wachstum der Dienstleistungsbeschäftigung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 55. Jg., Heft 3, 2003, S. 478-499.
- Brose, B. (2003):* Strukturbildung zum Lebenslangen Lernen – Trendbeobachtung und Frühermittlung von Qualifizierungsbedarfen in der Gesundheitswirtschaft. 2. Delphi-Bericht, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Care Konkret (2003):* Zeitung für Entscheider in Pflege und Verwaltung, 6. Jg., Nr. 43, 2003.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2003):* Zahlen – Daten – Fakten. Düsseldorf, Berlin.
- Dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) (2002.):* Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland.
- DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2003):* Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002.
- Doré, J./ Clar, G. (1997):* Bedeutung von Humankapital. In: Doré, J./ Clar, G./ Mohr, H. (Hg.): Humankapital und Wissen. Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung. Springer Verlag 1997, S. 159-174.
- Eiff, W. von (2003):* Der Kampf ums Personal hat begonnen. In: Krankenhaus Umschau, 8/2003, S. 684-686.
- Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens (Hg.) (2002):* Auf dem Weh zur Finanzierung Lebenslangen Lernens. Zwischenbericht. Bertelsmann-Verlag, Bielefeld.

- FfG (Forschungsgesellschaft für Gerontologie) (2003):* Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2002. Situation in Ausbildung und Beschäftigung. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG)/ Institut Arbeit und Technik (IAT)/ Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2001):* Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fretschner, R./ Hilbert, J./ Langer, D. (2003):* Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe: Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten. Studie im Auftrag der OstWestfalenLippe Marketing GmbH, Bielefeld.
- Fretschner, R./ Hilbert, J. (2002):* ... Sondern für's Leben Lernen wir: Bildung und Qualifizierung in der Dienstleistungswirtschaft. In: Hartmann, A./ Mathieu, H. (Hg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2002, S. 72-97.
- Gewiese, T./ Leber, U./ Schwengler, B. (2003):* Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen—Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB - Gesundheitswesenstudie. I.E.
- GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) (1999):* 50plus – Mehr als nur eine Generation. GfK Marktforschung, Nürnberg.
- Häußermann, H./ Siebel, W. (1995):* Dienstleistungsgesellschaften. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Henke, K.-D./ Mackenthun, B./ Schreyögg, J. (2003):* Gesundheit als Wirtschaftsfaktor. Eine ökonomische Analyse des Berliner Gesundheitsmarktes. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 46, Nr. 8, Springer-Verlag Heidelberg 2003, S. 642 – 647.
- Herrmann, D./ Verse-Herrmann, A. (1997):* Wachstumsmarkt Gesundheit & Pflege. Berufe – Ausbildungsmöglichkeiten – Perspektiven. Eichborn Verlag, Frankfurt am Main.
- Hilbert, J. (2000):* Gesundheitswirtschaft: Vom Sorgenkind zur Zukunftsbranche. In: Blanke, Bernhard / Hilbert, Josef (Hg.): Sozialstaat im Wandel: Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000, S. 55-68
- Hilbert, J./ Naegele, G. (2002):* Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung. In: Bosch, G./ Hennicke, P./ Hilbert, J./ Kristof, K./ Scherhorn, G. (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen: ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt: Campus-Verlag 2002, S. 347-369.
- Hilbert, J/ Rohleder, C./ Roth, G. (2001):* Der heimliche Held des Strukturwandels? Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet. Vortrag im Rahmen von "Historama Ruhr 2000", Konferenz "Bevölkerung, Umwelt und Gesundheit im Ruhrgebiet im sozialen Wandel seit 1945" am 25.6.2000 in Essen, Zeche Zollverein. Manuskript. Stand: 2. Juli 2001. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.

- KMA (Klinik Management Aktuell) (2003):* Ärztemangel. Studie zeigt erhebliche Nachwuchsprobleme. Ausg. 9, S. 7, 2003.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS) (2001):* Beschäftigungsfaktor Gesundheitswesen, Strukturen, Trends, regionale Bedeutung. Düsseldorf.
- Lehner, F. (1999):* Qualität und Qualitätssicherung von Bildung. In: Jobelius, S./ Rünker, R./ Vössing, K. (Hg.): Bildungs-Offensive: Reformperspektiven für das 21. Jahrhundert. VSA Verlag Hamburg, S. 49-56.
- Meifort, B. (2002):* Die „weichen“ Fakten: Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen – qualitative Befunde. In: Becker, W./ Meifort, B. (Hg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe - Qualifikationsentwicklungen, Strukturveränderungen, Paradigmenwechsel. Bertelsmann- Verlag, Bielefeld 2002, S. 43-56.
- Müller, S. (1995):* Zwischen Medien- und Marktrealität – Zielgruppe Senioren. In Absatzwirtschaft, Nr. 12, S. 42-48.
- Munz, S./ Ochel, W. (2001):* Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit. Studie im Auftrag des Bundesministeriums des Innern, unabhängige Kommission „Zuwanderung“. IFO-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Naegele, G. (1999):* Demographie und Sozialepidemiologie – Zur These vom demographisch bedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben. In: Naegele, G./ Igl, G. (Hg.): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, Oldenbourg Verlag, München 1999, S. 63-65.
- Nefiodow, L. (1996):* Der sechste Kondratieff : Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin.
- Neiheiser, R./ Walger, M. (2003):* Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes. In: das Krankenhaus, Heft 7, 2003, S. 534-538.
- Oberender, P./ Hebborn, A./ Zerth, J. (2002):* Wachstumsmarkt Gesundheit. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.
- Paul-Lempp-Stiftung (Hg.) (1997):* Marktchancen im Pflege- und Gesundheitswesen. Innovative Dienstleistungsformen der Zukunft. Raabe Fachverlag für Öffentliche Verwaltung, Stuttgart.
- Preusker, U. (2003):* Regionalen Gesundheitsmärkten gehört die Zukunft. In: Klinik Management aktuell, Nr. 80, 2003, S. 57 f.
- Rehfeld, D. (2003):* Innovative Räume. In: Das Magazin. Zeitschrift des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, 14. Jg., Ausgabe 3/03, S. 21-23.
- Rohleder, C. (1999):* Untersuchung zur Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hg.), Köln 1999.

- Schade, H.-J. (2003):* Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/innen im Berufsfeld Gesundheit und Soziales, Bonn.
- Schell, W. (1995):* Weiterbildungsgesetz Alten- und Krankenpflege des Landes Nordrhein-Westfalen. Brigitte Kunz Verlag, Hagen.
- Schneekloth, U./ Potthoff, P (1993):* Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung", Band 111.2 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Schneider, M./ Hofmann, U./ Jumel, S./ Köse, A. (2002):* Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU. BASYS Gutachten gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Augsburg.
- Schulz, E./ Leidel, R./ König, H.-H. (2001):* Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Diskussionspapiere Nr. 240, Berlin.
- Spinner, G. (2003):* Die Situation der Beschäftigten im Gesundheitssektor – Zwischen wachsender Nachfrage, steigendem Kostendruck und tariflicher Flexibilisierung. PLS Ramboll Management (Hg.): Transparenzstudie im Auftrag von ver.di, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung.
- Statistisches Bundesamt (2003):* Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003):* Fachserie 12 Gesundheitswesen/ Reihe 6, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000):* Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050 – Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsentwicklung, Wiesbaden.
- Stauch, A./ Kunzmann, K.-R. (1998):* Gesundheit und europäische Regionalentwicklung: innovative Politik für Touristik und Technologie, Medikur-Report 4, Hamm.
- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001):* Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Bd. 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Nomos Verl.-Gesellschaft, Baden-Baden.
- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1996):* Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche: Sondergutachten 1996, Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Nomos Verl.-Gesellschaft, Baden-Baden.
- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1987):* Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden.
- Reisach, B. (2003):* Herausforderungen für die Pflege stehen vor der Tür. In: Pflegen ambulant, 14. Jg., Nr. 3, 2003, S. 21- 25.
- Windeck, P. (2003):* Mediziner in der Unternehmensberatung? In: Unternehmensberater, Heft 5, 2003.

Quaas (Agentur für Berufsplanung im Gesundheitswesen) (Hg.) (2003): Wegweiser Gesundheitsberufe 2003.

Internetquellen:

<http://www.next-study.net>

<http://www.medeconruhr.de>

<http://www.pallas.iab.de>

<http://www.spiegel.de>