

Bochum und Herne

gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



WIEGE – Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft

Ergebnisdokumentation

des Projektes im Auftrag der Städte Bochum und Herne, gefördert im Rahmen der „Landesinitiative Netzwerk W“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen

Stadt Bochum

stadtherne
Gleichstellungsstelle

**Gleichstellungsstelle
Wirtschaftsförderung**

Fachstelle Frau und Beruf

Autoren:

Sandra Dörpinghaus / Michaela Evans

Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule Gelsenkirchen, Gelsenkirchen
unter Mitarbeit von Christoph Winter und Delia Windisch (IAT)

Kontakt:

Sandra Dörpinghaus
0209/1707-227
doerpinghaus@iat.eu

Michaela Evans
0209/1707-121
evans@iat.eu

Kontakt:

Karin Knütter
0234/910-3296
kknuetter@bochum.de

Ulrike Hammerich
02323/163582
ulrike.hammerich@herne.de

Gelsenkirchen, August 2010

Bärbel Weber
0234/910-2047
bweber@bochum.de

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1. Management Summary – Die Ergebnisse im Überblick..... | 3 |
| 2. Einleitung und Problemaufriss | 5 |
| 3. Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik..... | 10 |
| 3.1 Beschäftigungstrends der Gesundheitswirtschaft..... | 11 |
| 4. Perspektive „Wiedereinstieg“ – Ausgewählte Ergebnisse der Forschung und Überlegungen zur Gesundheitswirtschaft..... | 13 |
| 5. Zielsetzungen, Leitfragen und methodisches Vorgehen zur Studie..... | 20 |
| 6. Die Gesundheitswirtschaft als Branche für den Wiedereinstieg – Ergebnisse des Projektes | 23 |
| 7. Ergebnisse der qualitativen Interviews | 25 |
| 7.1 Themenkomplex: Beschäftigung von Wiedereinsteigerinnen / Erfahrungen mit Wiedereinsteigerinnen | 25 |
| 7.2 Themenkomplex: Tätigkeitsfelder und nachgefragte Qualifikationen für Wiedereinsteigerinnen | 30 |
| 7.3 Themenkomplex: Erfolgs-/Misserfolgskfaktoren für das Wiedereinstiegsmanagement | 36 |
| 7.4 Themenkomplex: Unterstützung und Transfer..... | 39 |
| 8. Zusammenfassung und Ausblick | 40 |
| 9. Literatur..... | 42 |

1. Management Summary – Die Ergebnisse im Überblick

- Debatten und Strategien zur Fachkräftesicherung in Deutschland erfahren derzeit eine hohe Aufmerksamkeit. Im Mittelpunkt steht nicht zuletzt die Frage, wie neue Zielgruppen für den Arbeitsmarkt gewonnen werden können. Wiedereinsteigerinnen stellen branchenübergreifend eine interessante, wenngleich mit Blick auf das jeweilige Qualifikationsniveau, die spezifische Familiensituation oder ihre Erwartungen an die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, eine ebenso heterogene wie anspruchsvolle Zielgruppe des Arbeitsmarktes dar.
- Die Gesundheitswirtschaft ist gesundheits-, sozial- und wirtschaftspolitisch eine bedeutende Branche. Zahlreiche Kommunen, Regionen und Bundesländer zielen in ihrer Entwicklungsarbeit darauf, die Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung weiterzuentwickeln *und* sich hierdurch neue regional- und strukturpolitische Perspektiven zu erschließen. In den kommenden Jahren ist aufgrund der vorliegenden soziodemographischen und epidemiologischen Daten für die Ruhr-Region von einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsarbeit auszugehen. Gleichzeitig befindet sich die Branche jedoch in nachhaltigen – auch beschäftigungsstrukturellen – Umbrüchen. Die Auseinandersetzung mit den Chancen für Wiedereinsteigerinnen zielt auf ihre Bedeutung für die Fachkräftegewinnung, -sicherung und -entwicklung der Gesundheitswirtschaft, und der Wirtschaft insgesamt.
- Die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft hängen von den Vorerfahrungen, der Ausstiegsdauer, dem konkreten Tätigkeitsfeld sowie dem Qualifikationsniveau ab. Es lässt sich eine große Spannweite hinsichtlich Alltagspraktiken im betrieblichen Umgang mit Wiedereinsteigerinnen aufzeigen. Der Wiedereinstieg präsentiert sich vielfach nicht als tatsächliche Rückkehr, sondern vielfach als Rückkehr nach eingeschränkter Erwerbstätigkeit.
- Eine qualifikationsgerechter Arbeitseinsatz sowie die systematische Verankerung des Wiedereinstiegsmanagements in die betriebliche Personal- und Organisationsentwicklung markieren die zentralen Eckpunkte für einen nachhaltig erfolgreichen Wiedereinstieg. Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zielen bislang nicht systematisch auf Wiedereinsteigerinnen als Ressource zur Fachkräftegewinnung. Trotz der öffentlichen Debatten um einen Fachkräftemangel in zentralen Gesundheitsberufen wird diese Zielgruppe bislang nicht systematisch umworben.
- Wichtige Suchfelder für aussichtsreiche Einstiegsqualifikationen sind im patientennahen Bereich zu suchen. Im Fokus stehen patienten- und bewohnernahe, aktivierende Betreuungs- und Begleitdienste. Darüber hinaus gewinnen auch Assistenzqualifikationen sowie Servicedienste im Bereich Dokumentation, Koordination und Beratung für Wiedereinsteigerinnen an Bedeutung.

- Tendenziell sind die Chancen für Wiedereinsteigerinnen mit Vorerfahrungen in einem Gesundheitsberuf gegenüber an- und ungelernten Wiedereinsteigerinnen als aussichtsreicher zu bewerten. In den letzten Jahren sind zwar zahlreiche neue, auch niedrighschwellige Einstiegsqualifikationen für die Gesundheitsbranche entstanden. Ob diese für Wiedereinsteigerinnen in der Praxis tatsächlich neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnen, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Ein entscheidender Punkt ist, ob die Stellenplanung in den Einrichtungen/Unternehmen auch auf den mittel- und langfristigen Einsatz entsprechender Qualifikationen vorbereitet ist. Niedrighschwellige Einstiegsqualifikationen für Wiedereinsteigerinnen drohen, wenn nicht adäquate Strukturen der Fort- und Weiterbildung vorgehalten werden können, in beruflichen Sackgassen und beruflicher Überforderung zu münden. Die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen hängen damit in hohem Maße von der Innovationsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen selbst ab.
- Auf betrieblicher Ebene sind die Qualifizierung und Professionalisierung der Personal- und Organisationsentwicklung wichtige Ansatzpunkte, um die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen zu verbessern. Auf regionaler Ebene können ein systematisches Qualifizierungs- und Beschäftigungsmonitoring sowie die Unterstützung von überbetrieblichen Kooperations- und Qualifizierungsverbänden von Gesundheitseinrichtungen wichtige Impulse liefern. Darüber hinaus ist es unerlässlich, die mittel- und langfristige Verwertbarkeit niedrighschwelliger Einstiegsqualifikationen in der Gesundheitsbranche kritisch zu untersuchen, auch mit Blick auf mögliche psychische und physische Belastungen für die Beschäftigten.

2. Einleitung und Problemaufriss

In Deutschland wird derzeit intensiv nach umsetzungsfähigen und nachhaltigen Konzepten gesucht, wie angesichts des demographischen Wandels der zukünftige Fachkräftebedarf der Wirtschaft gedeckt werden kann. In diesem Zusammenhang steht auch die Frage im Mittelpunkt, wie Frauen gezielt für den Arbeitsmarkt gewonnen, im Erwerbsleben gehalten oder nach berufsbiographischen Passagen, die mit einer temporären Aufgabe der Erwerbstätigkeit einhergehen können, als Fachkräfte für die Wirtschaft wieder gewonnen werden können. Die aktuellen Facetten der Diskussion um „Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsmarkt“ sind überaus vielfältig – von der (Unter-)Repräsentanz von Frauen in Spitzenpositionen der Wirtschaft (Holst/Wiemer 2010), die Bedeutung des Niedriglohnssektors für Frauen (Kalina/Weinkopf 2009) über die Auswirkungen einer zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit auf die Realisierung gesellschaftlicher Geschlechtergerechtigkeit (Klenner 2009), der Analyse existierender Geschlechterungleichheiten in Betrieben (WSI 2010) bis hin zum *Gender-Pay-Gap* – also der Beschreibung nach wie vor existierender Lohnunterschiede zwischen Männern und Frauen (Hirsch/König/Möller 2009).

Die Gründe, die sowohl aus wissenschaftlicher als auch aus Gestaltungsperspektive für eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Wiedereinstieg von Frauen in die Erwerbstätigkeit sprechen, lassen sich in einem ersten Zugriff wie folgt umreißen: Aus ökonomischer und volkswirtschaftlicher Perspektive geht es um die Aufgabe, das Fachkräftepotenzial von Frauen und ihrer Qualifikationen gesellschaftlich und gesamtwirtschaftlich besser nutzen zu können. Ein längerer Berufsausstieg kann nicht nur aus individueller, sondern auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht erhebliche Verluste des Humankapitals mit sich bringen (vgl. Klenner 2009). Hinzu kommt der demographische Faktor: Für die kommenden Jahre wird eine deutliche Verknappung des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland erwartet. Eine Vielzahl von Branchen steht vor der Aufgabe nach Wegen zu suchen, um angesichts einer wachsenden Fachkräftekonkurrenz die Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften auch einlösen zu können (vgl. Schnur/Zika 2007). Problembeschreibung und Diagnose erscheinen auf den ersten Blick branchenübergreifend. Die Frage, wie der *Drop-Out* qualifizierter Frauen im Ingenieurwesen durch tragfähige Strategien verhindert werden kann (vgl. Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg 2009) wird ebenso thematisiert, wie neue Wege, um beispielsweise den Arztberuf für Frauen attraktiver zu gestalten¹. Im Vorwort der Studie „Beruflicher Wiedereinstieg

¹ Um den Ärztinnen- und Arztberuf attraktiver zu gestalten, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen „Runden Tisch“ zu dieser Thematik eingerichtet. Neben dem Deutschen Ärztinnenbund (DÄB) wurden hierzu Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft, der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften, der für Gesundheit zuständigen Ministerien der Länder sowie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eingeladen. Schwerpunktthemen sind u.a. die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, der Ausbau der Kinderbetreuung in der Weiterbildung und in der ambulanten ärztlichen Tätigkeit, der Umgang mit Mutterschutzrichtlinien, Wiedereinstiegserleichterungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Elternzeit sowie der

nach der Familiengründung“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) heißt es:

„Die Lebensentwürfe und Lebensläufe der Frauen von heute sind bunter und vielfältiger als zuvor. Und wir haben die bestausgebildete Frauengeneration, die es in Deutschland je gab. [...] Mit der Gründung einer Familie sieht sich ein beträchtlicher Teil der Frauen heute noch gezwungen, ihren Beruf vorübergehend oder ganz aufzugeben. Wenn sie erst im fortgeschrittenen Alter der Kinder den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben suchen, stoßen viele von Ihnen auf Schwierigkeiten, die nicht nur die Frauen selbst, sondern auch ihre Familien belasten. Auch die Wirtschaft ist betroffen. Misslingt den gut ausgebildeten und eingearbeiteten Müttern die Rückkehr an den Arbeitsplatz, geht den Arbeitgebern in der Generation „40 plus“ viel Potenzial verloren. [...] Der Wiedereinstieg in den Beruf ist ein langer Prozess, der gerade für Mütter mehrerer Kinder zu einem schwierigen Hindernislauf werden kann. [...] Die Studie zeigt auch: Die Unternehmen profitieren von den Berufsrückkehrerinnen. Vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen und die Frauen erhalten die Chance, wieder Aufgaben zu übernehmen, die ihrer Ausbildung und ihrem Leistungsstand entsprechen.“ (BMFSFJ 2008: S. 5)

In Nordrhein-Westfalen bilden die Themen Wiedereinstieg und Berufsrückkehr für Frauen schon seit längerem einen zentralen Schwerpunkt der Politik². Während der demographische Wandel seitens der Unternehmen primär als Risiko für die Fachkräftegewinnung thematisiert wird, kann dieser aus Perspektive der Frauen durchaus auch neue Chancen der Partizipation am Erwerbsleben eröffnen. Angesichts des schrumpfenden Arbeitskräftepotenzials, bei steigender Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften, können Unternehmen und Betriebe auf Dauer nicht auf qualifizierte Frauen verzichten (vgl. Allmendinger/Kessler/Ebner 2006). Mit einem erfolgreichen beruflichen Wiedereinstieg sind auch eine Reihe von sozialen Chancen verbunden – diese reichen von der Realisierung der Integration beruflicher *und* familiärer Lebensziele über die Existenzsicherung in akut schwierigen Lebensphasen wie Trennung, Scheidung, Erwerbslosigkeit oder dem Verlust des Partners, bis hin zur Sicherung der Lebensgrundlage im Ruhestand³.

Der Anteil erwerbstätiger Frauen in Deutschland ist immer noch deutlich niedriger als der von Männern. Während rund 84% der Männer (Vollzeit 81%) berufstätig sind, sind es bei den Frauen derzeit rund 66% (Vollzeit 34%). Das im Rahmen der Lissabon-Strategie festgelegte Ziel, eine Frauenerwerbsquote von 63% zu realisieren, scheint für Deutschland zunächst formal erreicht. Gleichwohl zeigt sich auch, dass Frauen in bestimmten Lebensphasen ihre Erwerbstätigkeit erheblich reduzieren – oder gar ganz aufgeben. Ursachen können etwa Ortswechsel aufgrund der Berufstätigkeit des Partners, Krankheit und Pflegebedarf innerhalb der Familie

dafür erforderliche Mentalitätswechsel im Gesundheitswesen. (vgl. <http://www.aezrtinnenbund.de/>; 30.7.2010)

² <http://www.wiedereinstieg.nrw.de/>

³ http://www.wiedereinstieg.nrw.de/schnelleinstieg/gute_gruende/index.php (30.7.2010)

oder – als häufigster Anlass – die Geburt eines Kindes und die ersten Jahre der Familiengründung sein (vgl. BMFSFJ 2008). Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie Frauen für den Arbeitsmarkt (wieder-)gewonnen werden können, ist keineswegs neu. Angesichts eines drohenden oder in Teilen bereits existierenden branchenspezifischen Fachkräftemangels, wurden in der Vergangenheit wiederholt entsprechende Strategien und Konzepte debattiert. Gleichwohl verdeutlicht die kursorische Darstellung der aktuellen Ausgangsbedingungen, dass die Auseinandersetzung mit dem Wiedereinstieg von Frauen in das Erwerbsleben aus sozialer und ökonomischer, wissenschaftlicher und praktischer Perspektive derzeit dringend geboten ist.

„Berufsrückkehrerinnen“ und „Wiedereinsteigerinnen“ stellen mit Blick auf das Qualifikationsniveau, die spezifische Familiensituation oder ihre Erwartungen an die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit eine ebenso heterogene wie anspruchsvolle Zielgruppe des Arbeitsmarktes dar. Die **Gesundheitswirtschaft** ist eine Branche, die in den vergangenen Jahren durch einen deutlichen Zuwachs an Beschäftigung gekennzeichnet war. Auch gilt sie als aussichtsreiches Beschäftigungsfeld der Zukunft. Vorliegende Studien und Veröffentlichungen verweisen auf die Schlüsselstellung der Gesundheitswirtschaft für die Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts- und Innovationspolitik. Gemessen an ihren derzeit rund 4,6 Millionen Beschäftigten, einem Umsatzvolumen von rund 260 Mrd. Euro sowie ihren Beiträgen zur Wertschöpfung, leistet die Branche nicht nur einen bedeutenden Beitrag zum Sozialstaat, sondern auch zum Wirtschaftsstandort Deutschland (Henke/Neumann/Schneider et al. 2010; Goldschmidt/Hilbert 2009; Evans/Hilbert 2009;). Allein im personalintensiven Gesundheits- und Pflegesektor wird derzeit gut ein Zehntel des Bruttoinlandproduktes erwirtschaftet (vgl. Goldschmidt/Hilbert 2009, S. 26). Vor allem das klassische Gesundheitswesen hat sich auch in Krisenzeiten als überaus stabil erwiesen. Für die Zukunft wird mit einem weiteren Ausbau der Beschäftigung gerechnet – Gründe hierfür sind der demographische Wandel (Alterung der Gesellschaft), das steigende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt, der neue Möglichkeiten zur Gesunderhaltung und Heilung schafft.

Vorliegende Daten zur Arbeitsmarktentwicklung der „Gesundheits- und Pflegeberufe“ in Deutschland zeigen, dass in den einzelnen Berufsgruppen in den vergangenen Jahren recht unterschiedliche Entwicklungspfade nachgezeichnet werden können. Wachstum wurde vor allem in den *patientennahen Berufen* (Altenhilfe, Physiotherapie, Altenhilfe) realisiert. Dabei verlief die Entwicklung in den einzelnen Einrichtungstypen und mit Blick auf einzelne Berufsgruppen durchaus unterschiedlich: So konnte etwa im Krankenhaussektor eine Abnahme der Beschäftigung in der Pflege, bei gleichzeitigem Beschäftigungsaufbau bei den Ärztinnen und Ärzten verzeichnet werden. (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2010). Vorliegende Prognosen gehen von einem wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarf in den kommenden Jahren aus. So könnte sich der Bedarf an Vollzeitkräften im Pflegesektor bis zum Jahr 2050 auf bis zu 1,6 Mil-

lionen insgesamt verdreifachen (Enste/Pimpertz 2008)⁴. Die wachsende Nachfrage an Gesundheitsarbeit wird allerdings begleitet durch nachhaltige Modernisierungsherausforderungen in den Einrichtungen und Unternehmen - vor allem im Kernbereich des klassischen Gesundheitswesens: die Einführung der DRGs im Krankenhaussektor, die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich oder die Entwicklung neuer Gesundheits- und Betreuungsangebote sind nur einige Beispiele dafür, die verdeutlichen, wie sich die Branche derzeit im Umbruch befindet. Die Nachfrage nach patientennaher Gesundheitsarbeit steigt, neue Angebote und Leistungen werden benötigt und gleichzeitig mehren sich die Meldungen über einen drohenden Fachkräftemangel in zentralen Gesundheitsberufen.

Angesichts dessen braucht das Ziel, tatsächlich Beschäftigungschancen in der Gesundheitswirtschaft zu eröffnen, verstärkt Wissen darüber, wie und mit welchen konkreten Strategien Beschäftigungsperspektiven vor Ort geschaffen und neue Zielgruppen für Beschäftigung erreicht werden können. Die Branche ist derzeit durch einen hohen Anteil (durchschnittlich 75%) an Frauenerwerbstätigkeit, Teilzeitbeschäftigung und in wachsendem Maße auch durch geringfügige Beschäftigung geprägt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2010). Dies birgt mit Blick auf tragfähige Perspektiven von Berufsrückkehrerinnen Chancen, aber auch Risiken. Notwendig ist vor allem, sich mit neuen und erweiterten Fragen zur Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft auseinanderzusetzen. Diese lassen sich in einem ersten Zugriff wie folgt skizzieren:

- In welchen Arbeits- und Tätigkeitsfeldern der Gesundheitswirtschaft entstehen neue und/oder erweiterte Beschäftigungsoptionen?
- Für welche Zielgruppen können diese Beschäftigungschancen erschlossen werden? Welche Qualifikationen sind notwendig?
- Bieten neue Arbeits- und Tätigkeitsfelder auch mittel- und langfristig Perspektiven im Erwerbssystem?
- Welche Rahmenbedingungen (z.B. Einkommen, Karrierechancen, Arbeitsbelastung, Qualifikationen) kennzeichnen die neuen Tätigkeitsfelder?
- Wie können neue Zielgruppen (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund) für den Arbeitsmarkt „Gesundheit“ mobilisiert werden?
- Wie kann die Umsetzung nachhaltiger Beschäftigungsoptionen in der Gesundheitswirtschaft im Rahmen der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik einerseits, und durch das Engagement der Unternehmen und Einrichtungen andererseits, befördert werden?

Im Mittelpunkt des Projektes „**WIEGE – Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft**“ im Auftrag der Städte Bochum und Herne, gefördert im Rahmen der "Landesinitiative Netzwerk W" stand die Zielsetzung, Perspektiven für WiedereinsteigerInnen

⁴ Weitere Prognosen zur Entwicklung des Arbeitsmarktes „Pflege“ liegen aktuell etwa von Hackmann (2009; Fokus: Altenpflege unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer) oder Pohl (2009) vor.

in der Gesundheitswirtschaft in der **Region mittleres Ruhrgebiet** (hier: Stadt Bochum und Stadt Herne) auszuloten. Das Projekt verfolgte folgende übergeordneten Zielsetzungen:

- Die **Verbesserung der Erwerbschancen** von Frauen in der Region mittleres Ruhrgebiet,
- die **Sondierung von Beschäftigungschancen und -bedingungen** von Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft in der Region mittleres Ruhrgebiet,
- die Identifizierung von Ansatzpunkten/Bausteinen für ein **systematisches Wiedereinstiegsmanagement**,
- die **Förderung der Aktivitäten regionaler Netzwerke** zur Unterstützung von Berufsrückkehrerinnen.

Zu den Rückkehrerinnen im Sinne des Projektes gehören vorwiegend Frauen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf. Gleichwohl erschien es im Untersuchungsdesign auch sinnvoll nach Optionen für Frauen mit fachfremden Ausgangsqualifikationen (z.B. aus dem kaufmännischen Bereich) sowie ohne abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheitswirtschaft zu suchen. Aufgrund der vorab skizzierten Potenziale wurde zudem eine Fokussierung auf die Felder der ambulanten und stationären Altenhilfe (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft), auf den Krankenhaussektor, den Vor- und Zulieferbereich der Gesundheitswirtschaft (hier: Medizintechnik) sowie auf den Bereich Sport/Freizeit/Wellness (gesundheitsbezogene Randbereiche) vorgenommen.

Im Rahmen des **explorativ angelegten Projektes** sind qualitative Interviews mit Personalverantwortlichen und Geschäftsführungen von Einrichtungen aus den genannten Bereichen durchgeführt worden. Im Fokus der themenzentrierten Interviews standen die Sondierung zentraler Tätigkeits- und Beschäftigungsfelder für Wiedereinsteigerinnen, aussichtsreicher Qualifikationen sowie die Identifizierung von Ansatzpunkten für ein systematisches und individuell orientiertes Wiedereinstiegsmanagement. Zudem wurden weiterführende Handlungsmöglichkeiten für die beteiligten Netzwerkpartner erarbeitet. Die gewonnenen Ergebnisse wurden zusammengeführt und im Rahmen eines Expertenworkshops diskutiert. Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Studienergebnisse in Form des vorliegenden Abschlussberichtes.

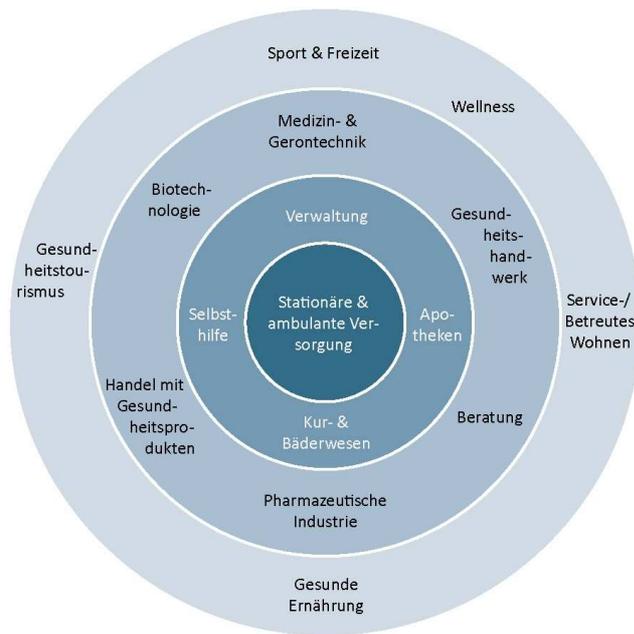
3. Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik

Die Gesundheitswirtschaft stellt eine relevante Wirtschaftsbranche in Deutschland dar, welche innerhalb der letzten Jahre mit Blick auf ihre Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung sowie ihre Innovationskraft positive Impulse setzen konnte. Der Fakt dass, entgegen der gesamtdeutschen Entwicklung, der Gesundheitssektor gar Umsatzsteigerungen verzeichnen konnte und mit einem Umsatz von 260 Milliarden Euro derzeit einen der größten Wirtschaftszweige Deutschlands darstellt, hat einen großen Teil dazu beigetragen, die verengte Sicht des Gesundheitswesens als Kostenfaktor um eine zweite Dimension, der *Gesundheitswirtschaft* als wichtiger Baustein für die regionale Wirtschafts- und Strukturentwicklung zu ergänzen.

Festzuhalten ist aber auch, dass die Gesundheitswirtschaft eine sehr heterogene Branche darstellt, um dessen Zentrum – der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung – sich eine Vielzahl weiterer gesundheitsrelevanter Bereiche gruppiert hat, die folgendermaßen zusammengefasst werden können (Abbildung 1):

- Der *Kernbereich der Gesundheitswirtschaft*, welcher neben der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung die Altenhilfe, die Praxen der nicht-ärztlichen Berufe und schließlich auch die Gesundheitsverwaltung umfasst.
- Die *Vorleistungs- und Zulieferindustrien*, zu denen die Health Care Industry (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie) sowie der Gesundheitshandel und der Großhandel mit medizinischen Produkten zählen.
- Die *gesundheitsrelevanten Randbereiche*, hierzu gehören jene Branchen, die ihr Potenzial aus der Verknüpfung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit anderen Wirtschaftsbereichen ziehen, beispielsweise der Gesundheitstourismus, die Fitness- und Wellnessbranche aber auch Angebote des betreuten Wohnens.

Abbildung 1: Das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



© Institut Arbeit und Technik

Ein Blick auf die Beschäftigtenzahlen der Gesundheitswirtschaft zeigt, dass diese heute schon bedeutend sind. Im Jahre 2008 waren rund 4,6 Millionen Menschen in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft beschäftigt (Statistisches Bundesamt), hiervon alleine eine Millionen in NRW bzw. knapp 300.000 im Ruhrgebiet (vgl. Clustermanagement NRW). Dabei hat sich die Branche als Beschäftigungsmotor der Vergangenheit erwiesen und kann innerhalb der letzten Jahre auf deutliche Beschäftigungszuwächse zurückblicken. Und auch in Zukunft ist aufgrund des technisch-medizinischen Fortschritts, der Alterung der Gesellschaft und damit einhergehend steigenden Bedarfen sowie eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung mit weiteren Beschäftigungsgewinnen zu rechnen.

3.1 Beschäftigungstrends der Gesundheitswirtschaft

Die aufgezeigten Entwicklungen verlaufen keinesfalls für alle Bereiche und Beschäftigte der Gesundheitswirtschaft gleichermaßen, deshalb lohnt sich ein genauer Blick auf die Beschäftigungstrends der letzten Jahre, um mögliche Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen sondieren zu können (Bundesagentur für Arbeit 2010):

- Im Zeitraum zwischen 2000 und 2008 ist eine *Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten* im Gesundheitsbereich um fast 13 % im Gesundheitsbereich zu konstatieren. Hier hebt sich der Beschäftigungsaufbau deutlich vom leichten Rückgang der Beschäftigung (-1 %) der deutschen Gesamtentwicklung ab.
- Diese Beschäftigungsgewinne des Gesundheitssektors sind jedoch zum Teil auf eine *Substitution von Vollzeit- in Teilzeitarbeitsplätze* zurückzuführen. So stieg die Zahl der

in Teilzeit Beschäftigter zwischen 2000 und 2008 überproportional um rund 51 % an, die Anzahl der geringfügig Beschäftigten um 32 %, während die Vollzeitbeschäftigung im gleichen Zeitraum nur um knapp einen Prozentpunkt zulegen konnte.

- Besondere Beschäftigungsgewinne konnten insbesondere in den Bereichen der *Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenhilfe sowie der Physiotherapie* realisiert werden.
- Der Gesundheitsbereich zeichnet sich mit 83 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten durch einen besonders *hohen Anteil weiblicher Beschäftigter* aus. Innerhalb einzelner Berufsgruppen wie beispielsweise den Arzthelferinnen, Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen oder den Medizinlaboranten ist der Frauenanteil sogar noch höher ausgeprägt.
- Mit Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheitssektor ist ein deutlicher *Beschäftigungsknick in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen* erkennbar, welcher sich vor allem durch Kinder- und Erziehungsphasen erklären lässt.

Vor dem Hintergrund des steigenden Fachkräftebedarfs der Gesundheitswirtschaft bei einer gleichzeitig – bedingt durch den demografischen Wandel – abnehmenden Zahl an potentiellen Erwerbstätigen, gewinnt die Verfügbarkeit von ausreichend qualifiziertem Personal sowohl für die patientennahe Gesundheitsversorgung wie auch für die Realisierung weiterer Wachstumspotenziale des Gesundheitssektors (etwa im High-Tech-Bereich) an Bedeutung. Die Gesundheitswirtschaft ist größtenteils durch personenbezogene Dienstleistungen gekennzeichnet, die nur bedingt rationalisierbar sind. Die aktuelle öffentliche wie auch wissenschaftliche Diskussion zur Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft lässt sich durch folgende Kernfragestellungen zusammenfassen:

- a) Wie können Arbeitsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft so gestaltet werden, dass die Branche wieder über eine höhere Attraktivität für Nachwuchskräfte (Fachkräftegewinnung) aber auch für Beschäftigte in den Gesundheitsberufen im Sinne der Fachkräftesicherung verfügt?
- b) Wie kann eine neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen aussehen? Welche Rolle spielen hier die Bereiche der Physiotherapie, der Ergo- und Logotherapie und die sozialen Berufe?
- c) Wie können Berufsbilder und Qualifikationen der Gesundheitswirtschaft (insbesondere die Pflegeberufe) zukunftswirksam entwickelt werden (Fachkräfteentwicklung)? Welchen Beitrag zum Attraktivitätsgewinn von Gesundheitsarbeit kann die Akademisierung, im Bereich der Aus- und Weiterbildung leisten?
- d) An welchen Stellen entstehen neue Qualifikationsbedarfe und ggfls. neue Berufe im Gesundheitswesen?

Darüber hinaus ist die langfristige Entwicklung der Gesundheitswirtschaft mit Blick auf den prognostizierten Fachkräftemangel insbesondere davon abhängig, ob und wie es der Branche in Zukunft gelingt, auch bislang vom Arbeitsmarkt wenig umworbene Gruppen wie beispielsweise die der Frauen nach der Familienphase, anzusprechen und zu (re-)integrieren. Vorliegende Ergebnisse der aktuellen „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2010“ (verweisen sowohl auf die *beschäftigungsstrukturellen Veränderungen* in der Gesundheitsbranche als auch auf die *steigende Nachfrage nach Gesundheitsarbeit* in Pflege Betreuung (Zunahme von Teilzeitbeschäftigung/Stellenumbau, wachsende Nachfrage nach spezialisierten Fachkräften, Zunahme der offenen Stellen im ambulanten Bereich etc.).

4. Perspektive „Wiedereinstieg“ – Ausgewählte Ergebnisse der Forschung und Überlegungen zur Gesundheitswirtschaft

Das Thema „Wiedereinstieg in den Beruf“ ist längst kein Randphänomen mehr, vielmehr betrifft es einen Großteil der Frauen in Deutschland. Einer repräsentativen Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zufolge haben 61 % der Frauen zwischen 18 und 65 Jahren bereits mindestens einmal ihre Erwerbstätigkeit familienbedingt unterbrochen. Und mit 44 % möchte fast die Hälfte der Frauen, die sich derzeit in Erwerbspause befinden, bald wieder in ihren Beruf einsteigen (BMFSFJ 2008). Im Folgenden werden relevante Erkenntnisse der angeführten Untersuchung zum Thema „Wiedereinstieg“ als Basis für das eigene Projektvorhaben dargestellt:

- Die *Motive der Wiedereinsteigerinnen sind vielfältig* und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt: Zum einen spielen *materielle Gründe* wie die Existenzsicherung der Familie bzw. die finanzielle Unabhängigkeit für den beruflichen Wiedereinstieg eine große Rolle. Aber auch *immaterielle Gründe* wie der Aspekt der Selbstverwirklichung durch den Beruf sowie das Gefühl der Unabhängigkeit nehmen eine hohe Bedeutung ein.
- Aufgrund von Individualisierungstendenzen sowie der Pluralisierung der Lebensverläufe kann man nicht von dem Wiedereinstieg als punktuellere Ereignis sprechen. Der berufliche Wiedereinstieg ist vielmehr als ein *Prozess* zu verstehen, *der individuell gestaltet werden sollte*.
- Die Planung des beruflichen Wiedereinstiegs ist für Frauen eng mit ihrer persönlichen familiären Situation und mit Fragen der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* verknüpft, zudem kommt der Unterstützung durch den Partner beim Wiedereinstieg eine besondere Rolle zu.
- Vielfach zeigen sich beim Wiedereinstieg *divergierende Erwartungen* zwischen den Berufsrückkehrerinnen, den Wünschen der Arbeitgeber sowie den konkreten Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, beispielsweise hinsichtlich der Arbeitszeiten, notwendiger Qualifikationen oder des Aufgabenprofils.

- Zentrale Folge der Differenzen zwischen dem Wunsch des Wiedereinstiegs und den tatsächlichen Möglichkeiten ist, dass rund ein Drittel der Frauen, die nach einer Familienphase in ihren Beruf zurückgekehrt sind, über einen *Ausstieg aus dem Wiedereinstieg* nachdenken.
- Ursache für den Wiederausstieg ist nicht die fehlende Motivation der Wiedereinsteigerinnen an sich. Sie ist vielmehr als Ausdruck *mangelnder Unterstützung und fehlender Strukturen* für die berufliche Rückkehr zu verstehen. So wird der Wiedereinstieg oftmals mit beruflichen, emotionalen wie auch finanziellen Belastungen seitens der Frauen empfunden. Die Städte Bochum und Herne erarbeiten vor diesem Hintergrund im Rahmen der „Landesinitiative Netzwerk W“ einen praxisorientierten Leitfaden für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Arbeitgebern und Wiedereinsteigerinnen Hilfestellung für die Berufsrückkehr zu geben.
- Das Potenzial und die Innovationskraft von Wiedereinsteigerinnen ist von den Unternehmen in Deutschland bisweilen noch zu wenig erkannt worden. Die fokussiert nicht nur auf Wiedereinsteigerinnen als wichtige Fachkräftenressource, sondern auch auf die spezifischen Kompetenzen, die diese in ihre Arbeit einbringen können.

Darüber hinaus kann aufgezeigt werden, dass je nach *demografischer Lebenslage* und *soziokultureller Wertorientierung* erhebliche Unterschiede zwischen Frauen aus verschiedenen Milieus⁵ in Bezug auf die Bedeutung der Berufsrückkehr, den Umgang mit spezifischen Hürden in der Wiedereinstiegsphase, das aktive Suchen von Chancen sowie den Erwartungen an die Orientierungs- und Übergangphase vorliegen. Auch werden Erfahrungen der Berufsrückkehr unterschiedlich verarbeitet und bewertet. Frauen geringer und mittlerer Bildung betrachten die Familienplanung weitgehend abgekoppelt von der Berufsplanung. Aus Perspektive der Berufsrückkehr bedeutet dies, dass Selbstverwirklichungs- und Karriereoptionen hier häufig nur eine untergeordnete Rolle spielen. Wesentlich bedeutsamer ist hingegen der Wunsch, wieder im gelernten Beruf tätig zu sein, eigenes Geld zu verdienen und sich über das Arbeitsleben auch eigenständige Sozialkontakt zu erschließen. Demgegenüber steht bei Frauen mit höherer formaler Bildung der berufliche Kontext deutlich im Zentrum. Die private Familienplanung wird variabel an den beruflichen Bedingungen und Chancen ausgerichtet. Eine zeitlich und organisatorisch gut vorbereitete Berufsrückkehr gehört ebenso dazu, wie die Realisierung der Balance zwischen „Familie“ und „Beruf“. Unterstützung wird sowohl vom Partner als auch seitens des Arbeitgebers eingefordert (vgl. BMFSFJ 2008).

⁵ Unterschieden wird im Rahmen der Studie des BMFSFJ auf Basis der SINUS-Milieus zwischen den Traditionellen (Älteren) Milieus (Konservative, Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische), den Modernen Leitmilieus (Etablierte, Postmaterielle) dem Modernen Mainstream (Bürgerliche Mitte), den Postmodernen Milieus (Moderne Performer, Experimentalisten) sowie den Milieus am unteren Rand der Gesellschaft (Konsum-Materialisten, Hedonisten). Die jeweiligen Milieus werden durch spezifische Wertorientierungen abgebildet, welche letztlich auch Unterschiede in der Einstellung zur Berufsrückkehr manifestieren. Zur genauen Beschreibung der genannten Milieus und den jeweiligen Konsequenzen für die Berufsrückkehr siehe BMFSFJ (2008), Kapitel IV.

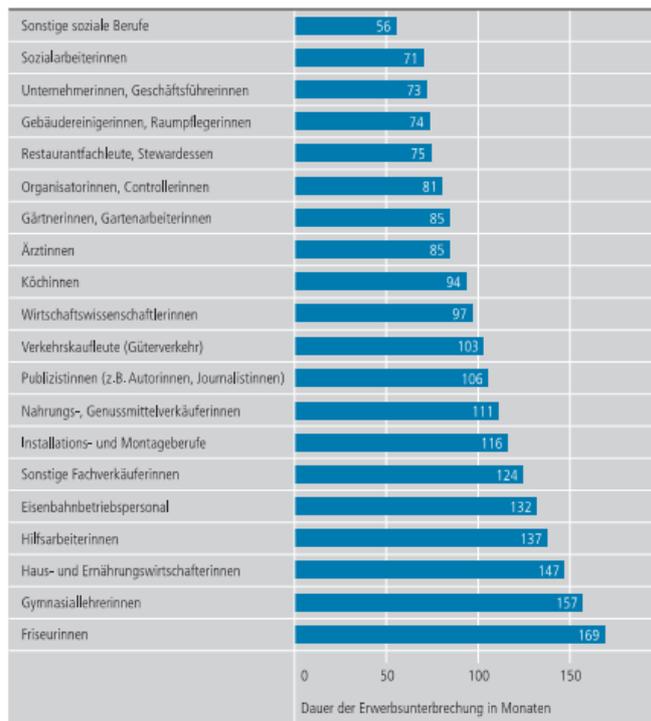
Aus der Forschung sind zudem *Hürden und Hemmnisse* bekannt, die den beruflichen Wiedereinstieg maßgeblich erschweren können. Branchenübergreifend werden vor allem Hürden seitens des Partners, Schwierigkeiten der Kinderbetreuung bzw. der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, berufliche Hürden, gesellschaftliche Hindernisse, emotionale und finanzielle Hürden für den Wiedereinstieg benannt. Die beruflichen Hürden zielen vor allem auf Flexibilität und Mobilität, auf das Problem der beruflichen Dequalifizierung während der Ausstiegszeit, auf die Vergabe beruflicher Positionen an andere Mitarbeiter/-innen und die Notwendigkeit einer kompletten beruflichen Neuorientierung. Gesellschaftliche Hürden zielen insbesondere auf ein mangelndes Verständnis und Anerkennung für die Berufswünsche von Frauen sowie auf die emotionale Entlastung der Männer bei der Berufstätigkeit der Frauen. Hinzu kommen des Weiteren noch Sorgen berufstätiger Mütter um ihre Akzeptanz am Arbeitsplatz und die existierenden steuerlichen Rahmenbedingungen, welche nach wie vor das traditionelle Alleinverdienermodell fördern (vgl. BMFSFJ 2008).

Vorliegende Studien zu den Beschäftigungschancen für Wiedereinsteigerinnen sind primär auf technologische oder ingenieurwissenschaftlich-orientierte Berufsbilder ausgerichtet. Mit Blick auf das Gestaltungsfeld der Gesundheitswirtschaft ergibt sich eine Reihe von *branchenspezifischen Rahmenbedingungen*, welche sowohl Chancen als auch spezifische Herausforderungen für einen beruflichen Wiedereinstieg bieten. Generell ist anzunehmen – ausgehend von den thematisierten Beschäftigungstrends der Gesundheitswirtschaft – dass der Gesundheitssektor als Wachstumsmarkt ein aussichtsreiches Beschäftigungsfeld für die Wiedereinsteigerinnen darstellt. Insbesondere der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist nach wie vor durch einen *hohen Anteil weiblicher Erwerbstätigkeit* geprägt, in der Gesundheits- und Krankenpflege beträgt der Anteil derzeit rund 86,4% (Isfort/Weidner 2009). Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – vor allem im Bereich personenbezogener Dienstleistungen – ist zudem mit einer hohen Identifikation der Beschäftigten verbunden, welche zusätzliche Motivation für einen Wiedereinstieg in den Beruf mit sich bringen könnte. Demgegenüber sprechen insbesondere die hohen Arbeitsbelastungen und die geringe Attraktivität der Pflegeberufe gegen einen Wiedereinstieg in die Gesundheitswirtschaft.

Die Arbeitsbedingungen in dem jeweils ausgeübten Beruf vor der Ausstiegsphase beeinflussen nach vorliegenden Studien nicht nur die Dauer der Erwerbsunterbrechung, sondern können auch zum endgültigen Berufsausstieg beitragen. Als besonders unattraktiv gelten in diesem Zusammenhang Berufe, die mit langen Arbeitszeiten und einem körperlich anstrengenden Arbeitsalltag verbunden sind. Umgekehrt gelten für den Wiedereinstieg jene Berufe als besonders attraktiv, die im Rahmen flexibler und selbstbestimmter Arbeitszeiten bei geringen körperlichen Belastungen ausgeübt werden können. Vor allem auch die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen gilt für Frauen mit familiärer Bindung nach vorliegenden Studien als attraktiv (vgl. Allmendinger/Henning Stuth 2009). Nachfolgende Abbildung liefert auf der Basis von Mikrozensusdaten einen Überblick über die Streuung der Dauer der Erwerbsunterbrechung, diffe-

renziert nach den zuletzt ausgeübten Berufen. Für das Berufsbild „Ärztin“ zeigt sich im Durchschnitt eine mittlere Ausstiegsdauer von 85 Monaten (Abbildung 2).

Abbildung 2: Streuung der Dauer der Erwerbsunterbrechung von Frauen im Alter von 25 bis unter 60 Jahren (Deutschland, differenziert nach zuletzt ausgeübtem Beruf, 2006)

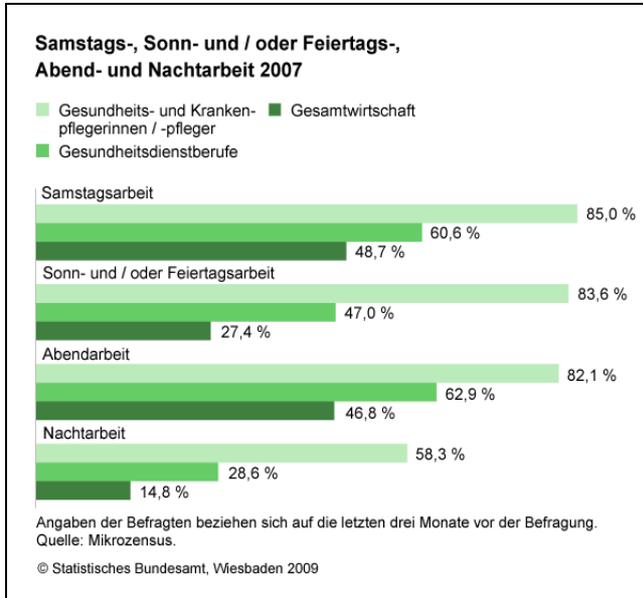


Quelle: Mikrozensus 2006, In: Stuth/Henning/Allmendinger 2009, S. 40

Aus Studien zum Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf ist zudem bekannt, dass die hohe Veränderungsdynamik dieses Berufes und die damit verbundene schnelle Wissensentwertung während der Abwesenheit neue Herausforderungen nach der Rückkehr mit sich bringen, die in einem „Praxischock“ für die Berufsrückkehrerinnen resultieren können (Institut für betriebliche Gesundheitsförderung 2005). Um einen belastungsarmen und erfolgreichen Wiedereinstieg zu fördern, spielt ein professionelles Personal- und Wiedereinstiegsmanagement eine bedeutende Rolle, jedoch ist dies in den Einrichtungen des Gesundheitssektors bisweilen eher die Ausnahme (vgl. von Eiff/Stachel 2006). Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die organisatorischen Gegebenheiten in der Pflegepraxis einem flexiblen Wiedereinstieg vielfach im Weg stehen. Darüber hinaus zeichnet sich die Situation speziell in den Krankenhäusern, entgegen des zunehmenden Fachkräftebedarfs, durch wirtschaftlichen Druck und Personalabbau in den letzten Jahren aus (vgl. Simon 2008). Nicht zuletzt die Einführung der DRGs im Krankenhaussektor hat maßgeblich dazu beigetragen, dass sich der wirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen in den letzten Jahren deutlich erhöht hat. In der Folge ist nicht nur eine Zunahme belastender Arbeitsbedingungen und eine Erhöhung der Arbeitsintensität, sondern auch eine wachsende Distanz der Beschäftigten zu ihrem beruflichen und professionellen Selbstverständnis festzu-

stellen (vgl. Braun/Buhr/Klinke et al. 2010). Auch dies dürfte sich a zunächst negativ auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg auswirken.

Abbildung 3: Arbeitszeiten bei Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen im Vergleich mit Gesundheitsdienstberufen insgesamt und der Gesamtwirtschaft (2007)



Quelle: Afentakis 2009

Ein zentrales Merkmal der Gesundheitsversorgung ist, dass die Leistungsbereitschaft zu jeder Tages- und Nachtzeit sichergestellt sein sollte. Die Arbeit in einem Gesundheitsberuf unterscheidet sich damit auch maßgeblich von der Arbeit in anderen Branchen. Insbesondere den Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen wird angesichts dessen eine große Arbeitsflexibilität abverlangt. Schichtdienste, das Arbeiten zu außergewöhnlichen Wochen- und Tageszeiten sowie Stress und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme prägen den Arbeitsalltag (Abbildung 3). Rund 69% der Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen arbeiteten im Jahr 2007 ständig, regelmäßig oder gelegentlich im Schichtdienst. Die Vergleichswerte für die Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft waren mit rund 17% und 14% deutlich niedriger. Zudem waren Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger besonders von ständiger, regelmäßiger oder gelegentlicher Samstagsarbeit (85%), Sonn- und/oder Feiertagsarbeit (84%), Abendarbeit (82%) und Nachtarbeit (58%) betroffen. Überstunden und die geleistete Wochenarbeitszeit sind ebenfalls wichtige Indikatoren zur Erfassung und Beschreibung der Arbeitsbedingungen. Im Jahr 2007 arbeiteten knapp 22% der Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mehr als normalerweise. Bei den Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft waren die Anteile ähnlich hoch (21% bzw. 20%).

Hinzu kommt die Belastung durch arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme: Von den befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern gaben 16% an, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem hatten. Der Anteil der Be-

schäftigten in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft mit mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem fiel in den letzten 12 Monaten mit 6,4% bzw. 6,5% deutlich niedriger aus. Hauptbeschwerden sind Gelenk-, Knochen- oder Muskelbeschwerden, insbesondere im Rückenbereich. Hier lag der Anteil der betroffenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger mit 87% höher als bei den Beschäftigten in den Gesundheitsdienstberufen (76%) und in der Gesamtwirtschaft (77%) (vgl. Afentakis 2009). Das „Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.“ (DIP), Köln fasst zentrale Ergebnisse seiner aktuellen Studie zur Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Pflege wie folgt zusammen (vgl. Isfort/Weidner 2009):

- In den Jahren 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut. Jede siebte Stelle ist damit verloren gegangen. Bundesweit wurden in 2008 in den allgemeinen Krankenhäusern 1.840 Vollkräfte zusätzlich im Pflegedienst beschäftigt. Das entspricht einem Personalaufbau um 0,7%. Umgerechnet auf die Versorgungseinrichtungen bedeutet dies, dass weniger als eine Stelle pro Krankenhaus in Deutschland zusätzlich geschaffen wurde.
- Als Folge des massiven Abbaus der Pflege im Krankenhaus im vergangenen Jahrzehnt verläuft der demographische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege zunehmend schneller. Es konnte gezeigt werden, dass der Stellenabbau vor allem bei jüngeren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen realisiert wurde. So wurden vor allem weniger Ausbildungsabsolventen übernommen. Die Krankenhauspflege altert statistisch schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung.
- Eine Erhöhung der Anzahl der zu versorgenden Patienten geht nicht selten mit einem weiteren parallelen Stellenabbau einher, der sich auch als Stellenumbau (Pflegekräfte werden durch Servicekräfte ersetzt/ ergänzt) und als temporäre Nichtbesetzung offener Stellen abbilden lässt.

Während in der stationären Altenhilfe Fachkräftequoten vorliegen, existiert in den Krankenhäusern eine entsprechende Regelung derzeit nicht. Dennoch ist die Arbeit durch einen hohen Anteil an qualifiziertem Fachpersonal gekennzeichnet, was einen Einstieg un- oder angelernter Wiedereinsteigerinnen zunächst erschweren könnte. Eine interessante Perspektive für Wiedereinsteigerinnen könnte jedoch durch einen Ausbau der Service- und Assistenzkräfte geschaffen werden.

Abbildung 4 : Die Gesundheitswirtschaft als aussichtsreiches Beschäftigungsfeld für Wiedereinsteigerinnen?

| Pro | Contra |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Gesundheitswirtschaft als Wachstumssektor• Personenbezogene Dienstleistungen prägen Gesundheitswirtschaft• Traditionell hoher Anteil von Frauenerwerbstätigkeit• Gesellschaftlicher Gesundheits- und Pflegebedarf wird zukünftig steigen• Dienstleistungsarbeit ist nur begrenzt rationalisierbar• Hohe Berufsidentifikation/Berufsethos der Beschäftigten• Feminisierung von Medizin und technisch-orientierten Gesundheitsberufen• Gesundheitsarbeit ist wissensintensiv und auf qualifizierte Fachkräfte angewiesen• Drohender Fachkräftemangel erfordert Mobilisierung neuer Gruppen auf dem Arbeitsmarkt | <ul style="list-style-type: none">• Arbeitsbelastung, Bezahlung und Image der Gesundheitsberufe• Wirtschaftlicher Druck der Einrichtungen und Personalabbau im Krankenhaussektor• Hoher Anteil qualifizierter Facharbeit erschwert Einstieg an-/ungelernter Rückkehrerinnen• Systematisches Personalmanagement ist die Ausnahme• Organisatorische Defizite verhindern flexiblen Wiedereinstieg• Schnelle Wissensentwertung während der Abwesenheitsphase• Gesundheitspolitische Unsicherheiten• Intransparenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildungslandschaft |

Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 4 fasst die zentralen Argumente „Pro“ und „Contra“ der Gesundheitswirtschaft als aussichtsreiches Beschäftigungsfeld für Wiedereinsteigerinnen zusammen. Die Zusammenstellung sowie die vorab kursorisch ausgeführten Ergebnisse der Forschung zum beruflichen Wiedereinstieg zeigen, dass sich die Ausgangssituation in der Gesundheitswirtschaft zunächst ambivalent darstellt. Die Perspektiven der Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmotor und eine hohe Berufsidentifikation treffen aus Sicht der Beschäftigten auf zunehmend belastende Arbeitsbedingungen. Und: Die Bedeutung der Branche für weibliche Erwerbsarbeit sowie die zunehmende Feminisierung von Medizin und technisch-orientierter Gesundheitsberufe treffen auf unzureichende Strukturen systematischer Personal- und Organisationsentwicklung in den Einrichtungen. Angesichts dieser gegensätzlichen Befunde diente das vorliegende Projekt nicht zuletzt auch dazu, für Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft sowie für die beteiligten Städte Bochum und Herne (als Teil der Region mittleres Ruhrgebiet) der „Landesinitiative Netzwerk W“ und ihrer Partner einen ersten Ein- und Überblick in konkrete Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft zu liefern. Im Folgenden werden Zielsetzung und methodisches Vorgehen zum Projekt näher erläutert.

5. Zielsetzungen, Leitfragen und methodisches Vorgehen zur Studie

In den vorangegangenen Kapiteln wurden sowohl Grundkenntnisse über Beschäftigungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft als auch wichtige Ergebnisse aus der Literatur über den Prozess des Wiedereinstiegs in den Beruf dargestellt. Es hat sich gezeigt, dass angesichts vorliegender Entwicklungen und Erkenntnisse hinsichtlich der Arbeits- und Beschäftigungssituation, die Gesundheitswirtschaft sich zunächst als ambivalentes Zielfeld für Wiedereinsteigerinnen präsentiert. Mit Blick auf die zentralen Fragestellungen und Ziele der Studie, die Beschäftigungschancen für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft im mittleren Ruhrgebiet zu evaluieren, ergeben sich folgende Suchfelder:

Tabelle 1: Perspektive Wiedereinstieg – Aussichtsreiche Suchfelder

| Mesoebene (Organisationen) | Mikroebene (Individuell) |
|---|--|
| Bereiche der Gesundheitswirtschaft | Qualifikationsniveaus |
| <u>Kernbereich:</u> Ambulante und stationäre Altenhilfe, Krankenhaussektor | Abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf |
| <u>Vorleistungs-/ Zulieferindustrien:</u> Apotheken, Logistik, Medizintechnik | Quereinsteigerinnen mit fachfremder Qualifikation |
| <u>Gesundheitsbezogene Randbereiche:</u> Sport, Freizeit, Wellness | Wiedereinsteigerinnen ohne Qualifikationen |

Quelle: eigene Darstellung

Ausgehend von diesem Untersuchungsdesign ergab die Studie noch Hinweise auf einen weiteren interessanten Entwicklungstrend: Im Laufe der Befragungen bekräftigte sich die Hypothese, nach der einzelne Leistungsbereiche der Gesundheitswirtschaft zunehmend zusammenwachsen und gemeinsame Angebote entwickeln. Dies führt aller Voraussicht nach perspektivisch auch zu neuen Tätigkeits- und Arbeitsfeldern in der Branche, für welche wiederum auch neue Qualifikationen und Kompetenzen nachgefragt werden. In der Untersuchung wurde dieser Aspekt schließlich dadurch aufgegriffen, indem im Zuge der Interviews auch nach sog. Cross-Innovationsfeldern und ihrer Bedeutung für die Chancen von Wiedereinsteigerinnen gefragt wurde. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum, November 2009 bis Februar 2010, 14 leitfadengestützte qualitative Interviews in den Städten Bochum und Herne geführt. Hierbei wurde sowohl die Heterogenität der Gesundheitswirtschaft durch die Abdeckung der drei Bereiche Kernsektor, Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie gesundheitsbezogene Randbereiche berücksichtigt, als auch unterschiedliche Qualifikationsniveaus der Wiedereinsteigerin-

nen thematisiert. Als Ansprechpartner für die aktivierende Befragung boten sich – je nach Unternehmen – sowohl Geschäftsführungen, Personalabteilungen oder Pflegedienstleitungen an. Die Interviewergebnisse wurden anschließend protokolliert und anhand folgender Themenkomplexe und Leitfragen ausgewertet:

Themenkomplexe der Befragung

Themenkomplex 1: Beschäftigung von Wiedereinsteigerinnen

- Werden Wiedereinsteigerinnen aktuell in der Einrichtung/im Unternehmen beschäftigt?
- Welche Ausbildung/welche Qualifikation haben die Wiedereinsteigerinnen?
- Waren die Wiedereinsteigerinnen vor dem Ausstieg bereits in dem jetzigen Beruf tätig?
- Waren die Wiedereinsteigerinnen vor dem Ausstieg bereits in der Einrichtung tätig?
- Wie lange dauerte die Erwerbsunterbrechung?

Themenkomplex 2: Erfahrungen mit Wiedereinsteigerinnen

- Welche Motive seitens der Wiedereinsteigerinnen sind den Einrichtungen/Unternehmen bekannt?
- Wie wird die Wiedereinstiegsphase seitens der Einrichtung/des Unternehmens bewertet?
- Entsprechen die Erwartungen der Einrichtungen/Unternehmen an die Aufnahme der Tätigkeit nach eigenen Einschätzungen denen der Wiedereinsteigerinnen?
- Wie werden die institutionellen/organisatorischen Voraussetzungen zum Wiedereinstieg bewertet?
- Wie häufig sind erneute Ausstiege aus dem Wiedereinstieg in der Einrichtung/im Unternehmen?

Themenkomplex 3: Tätigkeitsfelder und Qualifikationen für Wiedereinsteigerinnen

- In welchen Tätigkeits-/Arbeitsfeldern erfolgt in der Einrichtung/im Unternehmen der Wiedereinstieg?
- Wie verläuft die Wiedereinstiegsphase (Vorbereitung, Ablauf in den ersten Wochen, Verweildauer nach Wiedereinstieg)?
- Welche Qualifikationen/Kompetenzen erleichtern den Wiedereinstieg?
- Lässt sich eine Tendenz zur Dequalifizierung während der Erwerbsunterbrechung feststellen?

- Um welche Qualifizierungs-/Kompetenzdefizite handelt es sich hierbei und wie wird auf diese reagiert?
- Was leistet die Einrichtung/das Unternehmen zur Qualifizierung und Kompetenzentwicklung? Welche Anforderungen werden an die Wiedereinsteigerinnen selbst gestellt?

Themenkomplex 4: Erfolgs- und Misserfolgskriterien eines systematischen Wiedereinstiegsmanagements

- Existiert in der Einrichtung/im Unternehmen ein systematisches Wiedereinstiegsmanagement?
- Was sind Bausteine des (systematischen) Wiedereinstiegsmanagements?
- Was sind Erfolgsfaktoren für einen gelungenen Wiedereinstieg?
- Welche Faktoren erschweren einen systematischen Wiedereinstieg?
- Was sind aus Perspektive der Einrichtung/des Unternehmens Entwicklungsbedarfe im Wiedereinstiegsmanagement?

Themenkomplex 5: Unterstützung und Transfer

- Wie hoch ist die Bereitschaft der Einrichtung/des Unternehmens sich an weiteren Initiativen und am Transfer erfolgreicher Modelle zum Wiedereinstieg zu beteiligen?
- Durch welche Leistungen und Angebote können Einrichtungen/Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zur Beförderung des Wiedereinstiegs unterstützt werden?
- In welchen Bereichen und mit welchen Institutionen könnten Kooperationen sinnvoll sein?

Als explorativ angelegte Studie mit dem Fokus auf die Metropolregion mittleres Ruhrgebiet, kann die vorliegende Studie dazu dienen, erste Eindrücke über die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft zu geben. Hierbei erhebt die Studie keinerlei Anspruch auf Repräsentativität der Ergebnisse, sondern zeigt lediglich Tendenzen zum Thema auf. Durch ihren Fokus auf die beiden Städte Bochum und Herne als Teil der Metropolregion Ruhrgebiet bleiben auch eventuelle Unterschiede zu anderen – z.B. ländlicheren – Regionen zunächst unberücksichtigt. Ziel der Studie ist es, zu einem Überblick über mögliche Tätigkeitsfelder und Qualifikationsbedarfe der Wiedereinsteigerinnen zu gelangen und mittels einer aktivierenden Befragung, Einrichtungen und Unternehmen für das Thema Integration von Berufsrückkehrerinnen zu sensibilisieren sowie Aktivitäten von Netzwerken für Wiedereinsteigerinnen zu unterstützen.

Das Projekt „Wiege – Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft“ war als exploratives Projekt zudem nicht darauf angelegt, die vorab skizzierten Forschungser-

gebnisse und daraus ableitbare Hypothesen umfassend abzubilden und an der Gesundheitswirtschaft zu überprüfen. Vielmehr ging es darum, aus *institutioneller Perspektive der Unternehmen und Einrichtungen* der Gesundheitswirtschaft herauszuarbeiten, ob und in welchen Arbeitsfeldern und Tätigkeitsbereichen tragfähige Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft existieren. Die vorliegenden Ergebnisse benötigen angesichts dessen zukünftig einer weiteren Überprüfung oder Konkretisierung auf ausgewählte Einstiegsqualifikationen, Berufsbilder, Zielgruppen und Einrichtungen/Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Der Wert des vorliegenden Projektes liegt zum einen darin, sich vertiefend mit Beschäftigungsstrategien im Arbeitsmarkt „Gesundheit“ aus Perspektive der Einrichtungen/Unternehmen auseinandergesetzt zu haben. Um die prognostizierte Fachkräftenachfrage zukünftig auch einlösen zu können, sollte verstärkt der Frage nachgegangen werden, wie neue Zielgruppen des Arbeitsmarktes für die Arbeit in der Gesundheitsbranche gewonnen werden können. Darüber hinaus ist zu hinterfragen, wie angesichts der vielfach lokal/regional organisierten Arbeitsmärkte im Bereich „Gesundheit“ und „Pflege“, Nachfrage und Angebot an Arbeitskräften so eingelöst werden kann, dass ein Mismatch vermieden wird. Hier stellt sich auch die Frage nach der spezifischen Rolle von Wiedereinsteigerinnen und passgenauen Angeboten und Instrumenten, um sowohl für die Beschäftigten als auch für die Einrichtungen/Unternehmen den Wiedereinstieg zu erleichtern.

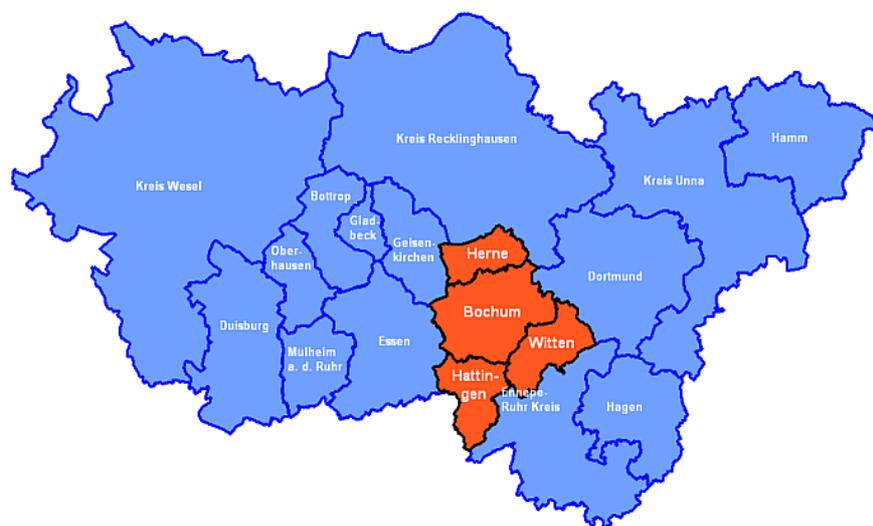
6. Die Gesundheitswirtschaft als Branche für den Wiedereinstieg - Ergebnisse des Projektes

Die Städte Bochum und Herne, in denen die Untersuchung durchgeführt wurde, liegen in der Region Ruhrgebiet und hier in der Teilregion „Mittleres Ruhrgebiet“. Bochum hat derzeit 367.117 Einwohner, in der Stadt Herne haben derzeit rund 160.500 Einwohner ihren Wohnsitz. Das Ruhrgebiet ist eine Region, die bereits seit einigen Jahren offensiv auf die Gesundheitswirtschaft als Hoffnungsträger im Strukturwandel setzt. Schwerpunkte der Entwicklungsaktivitäten liegen insbesondere im Bereich integrierter Versorgungslösungen im demographischen Wandel, der Realisierung neuer Wohn- und Betreuungskonzepte für die älter werdende Gesellschaft sowie im Ausbau von Forschungseinrichtungen und Unternehmen aus dem Bereich der sog. Life Sciences (Medizintechnik, Biomedizin, Biotechnologie).

- Insgesamt sind derzeit rund **300.000 Menschen in der Gesundheitswirtschaft** im Ruhrgebiet beschäftigt. Ein Schwerpunkt mit über 77.000 Beschäftigten bildet die stationäre und teilstationäre Versorgung, gefolgt von der ambulanten Versorgung mit rund 75.000 Beschäftigten sowie der stationären und ambulanten Altenhilfe (rund 65.000 Beschäftigte).
- Im Jahr 2008 lebten insgesamt **1.1 Millionen Menschen über 65 Jahren** in der Ruhr-Region. Bis zum Jahr 2030 wird ihre Zahl um rd. 239.000 anwachsen. Verbunden mit dem demographischen Wandel ist auch eine Alterung der Erwerbsbevölkerung.

- Das Ruhrgebiet ist eine **Region mit besonderen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung**. Insbesondere chronische Erkrankungen und Multimorbidität, Demenzerkrankungen, Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen erfahren in der Ruhr-Region eine hohe Aufmerksamkeit. Für neue und veränderte Krankheitsbilder und gesundheitliche Versorgungsbedarfe werden neue integrierte Versorgungslösungen entwickelt und in der Fläche erprobt.

Abbildung 5: Die Region Ruhrgebiet und die Region „mittleres Ruhrgebiet“⁶



- Veränderte Krankheitsbilder erfordern auch einen **Wandel der Angebote**, des Leistungsportfolios der Gesundheitseinrichtungen sowie des Zusammenspiels in der lokalen und regionalen Gesundheitsversorgung. So stellt die wachsende Zahl von Ein-Personen-Haushalten die Region vor die Zukunftsaufgabe, die Versorgung, Betreuung und Begleitung älterer und/oder kranker Menschen im Zusammenspiel professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Anbieter neu zu organisieren.
- Das Ruhrgebiet ist eine Region, die durch **heterogene soziale und gesundheitliche La-gen** gekennzeichnet ist. Dies bedeutet auch, neue Zugangsmöglichkeiten durch ziel-gruppenspezifische und wohnortnahe Angebote zu schaffen. Ein Schwerpunkt der Ak-tivitäten liegt hier nicht zuletzt im Ausbau kultursensibler Gesundheitsangebote.
- Die **Sicherung des Fachkräfteangebots** ist ein Zukunftsthema für viele Branchen. Auf die Gesundheitswirtschaft trifft dies jedoch in besonderem Maße zu. Aufgrund des demographischen Wandels ist für die kommenden Jahre von einem steigenden Bedarf

⁶ Quelle: <http://www.mittleres-ruhrgebiet.de/>

an qualifizierten Fachkräften in der Gesundheitsversorgung sowie in der Betreuung, Pflege und Begleitung älterer Menschen auszugehen.

- In diesem Zusammenhang spielen **neue Wege in der Versorgung, wie auch in der Arbeitsmarktpolitik**, die Erschließung neuer Zielgruppen für den Arbeitsmarkt sowie neue Gesundheitsberufe und -qualifikationen, die in der Region entwickelt und erprobt werden, eine bedeutende Rolle.

Derzeit liegen in der Gesundheitswirtschaft in Bochum insgesamt 19.105 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vor. In Herne beläuft sich die Zahl auf insgesamt 7.659 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Die Zahl der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse kann für Bochum auf insgesamt 3.673 beziffert werden, für Herne sind 1.310 zu notieren. Hinzu kommen noch jeweils 1.043 (Bochum) bzw. 431 (Herne) Selbständige. Schwerpunkte der Beschäftigung in Bochum sind die ambulante Versorgung (6.135), gefolgt von der stationären und teilstationären Versorgung (6.112) und der stationären und ambulanten Altenhilfe (4.395). Darüber hinaus entfallen in Bochum auch zahlreiche Beschäftigungsverhältnisse auf den Bereich „Versicherung/Verwaltung“ (3.808). In Herne entfallen die Beschäftigungsschwerpunkte auf den Bereich der stationären und teilstationären Versorgung (3.181), auf die ambulante Versorgung (2.322), gefolgt vom Bereich der stationären und ambulanten Altenhilfe.

7. Ergebnisse der qualitativen Interviews

7.1 Themenkomplex: Beschäftigung von Wiedereinsteigerinnen / Erfahrungen mit Wiedereinsteigerinnen

Ausgangspunkt der Ergebnisdarstellung ist die Frage, welche generellen Erkenntnisse zur Beschäftigung von Wiedereinsteigerinnen sich aufzeigen lassen. In den befragten Einrichtungen lag der *Anteil aktuell beschäftigter Wiedereinsteigerinnen* im Durchschnitt zwischen 15-20%, d.h. rund jede fünfte Beschäftigte (hier in Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen) war eine Wiedereinsteigerin nach Erwerbsunterbrechung. Der Wiedereinstieg erfolgte vielfach in das Berufsfeld der „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie in das Berufsfeld „Altenpflege“. Die *Mobilität der Wiedereinsteigerinnen* – gemeint ist hier der Wechsel der Einrichtung nach der Erwerbsunterbrechung – zeigte sich in der stationären Altenhilfe grundsätzlich größer als im Krankenhaussektor: Im Krankenhaussektor waren rund 75% der aktuell beschäftigten Wiedereinsteigerinnen bereits vor der Erwerbsunterbrechung in der Einrichtung tätig, in der Altenhilfe zeigte sich in der Wiedereinstiegsphase eine grundsätzlich größerer Bereitschaft zum Einrichtungswechsel. Hier waren rund 60% der Wiedereinsteigerinnen vor der Erwerbsunterbrechung

in der jeweiligen Einrichtung tätig. Insgesamt wurde *eine relativ hohe Bindung der Wiedereinsteigerinnen an „Ihren“ Arbeitgeber* deutlich. Der Wiedereinstieg von „Außen“ ist eher die Ausnahme als die Regel. Das *Alter der Wiedereinsteigerinnen* lag in Durchschnitt zwischen 28 und 35 Jahren. Häufigster Hintergrund *für den Wiedereinstieg* war die Rückkehr nach einer Familienphase. Im Rahmen der Befragung wurde in der Regel mit Personalverantwortlichen der jeweiligen Einrichtungen gesprochen. Eine der wesentlichen Gründe für den Wiedereinstieg war die existenzielle Notwendigkeit. Selbstverwirklichungs- oder gar Karriereoptionen spielen hingegen kaum eine Rolle. Befördert wird eine entsprechende Wiedereinstiegsmotivation in der Untersuchungsregion nicht zuletzt durch die hohen Arbeitslosensquoten und die damit verbundene Notwendigkeit, die Familie nach Möglichkeit durch zwei Einkommensquellen abzusichern.

Die Ausstiegsphasen dauerten in den genannten Zielberufen durchschnittlich zwischen 12 Monaten und 3 Jahren, Ausnahme bildete im Rahmen der Untersuchung der Wiedereinstieg nach 15 Jahren. Die Interviewpartner gaben zudem an, dass die *Ausstiegsphasen* in den technisch (z.B. Medizinisch-technische Assistentinnen) und akademisch-geprägten Berufsfeldern (v.a. Ärztinnen, Ingenieurinnen im Bereich Medizintechnik) in der Regel kürzer ausfallen. Der Durchschnitt der Befragung lag bei 12 bis 24 Monaten. Die Wiedereinsteigerinnen hatten in der Regel bereits eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolviert (v.a. im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege), der Einstieg an- und ungelernter Beschäftigter erwies sich als äußerst selten. Die Chancen für einen beruflichen Wiedereinstieg in der Gesundheitswirtschaft (hier: Krankenhaussektor und stationäre Altenhilfe) ohne abgeschlossene Berufsausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme kann zunächst als nicht aussichtsreich bewertet werden. In der Untersuchung wurde deutlich, was in den vorhergehenden Analysen angesprochen wurde: Derzeit steht vor allem die Suche nach qualifizierter Facharbeit im Fokus der Gesundheitswirtschaft. Welche Spielräume sich dennoch für Wiedereinsteigerinnen mit einem branchenfremden Beruf sowie für an- und ungelernte Wiedereinsteigerinnen ergeben, soll zu einem späteren Zeitpunkt erörtert werden.

Als weiteres generelles Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Wiedereinstieg in den benannten Institutionen und Berufsgruppen nicht als „spontanes“ Ereignis erfolgt, sondern der Kontakt zum Arbeitsumfeld vielfach bereits während der Familienphase gehalten wird. Damit einhergeht – und dies könnte einen Unterschied zu anderen Branchen darstellen – die Präsenz der Frauen während der Erwerbsunterbrechung in den Einrichtungen. Aufgrund der Schichtdienste und außergewöhnlichen Arbeitszeiten bietet hier die Tätigkeit im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses zum einen gute Möglichkeiten, um einen Zuverdienst während der eigentlichen „Erwerbsunterbrechung“ zu realisieren. Zum anderen kann der Kontakt zum Arbeitgeber und den Kollegen/-innen auch während der Familienphase gehalten werden. Der Wiedereinstieg präsentiert sich nach ersten Ergebnissen der Untersuchung für die benannten Bereiche nicht als Rückkehr nach faktischer Abwesenheit vom ursprünglichen Arbeitsplatz, sondern vielfach als Rückkehr nach eingeschränkter Erwerbstätigkeit. In den Inter-

views wurde zudem betont, dass auch der informelle Kontakt nicht allein in der Freizeit, sondern am Arbeitsplatz selbst auch während der Erwerbsunterbrechung aufrechterhalten wird. Viele Beschäftigte würden die Weiterbildung gerne während der Erwerbsunterbrechung durchführen, jedoch fehlt es nicht selten an der organisatorischen Unterstützung durch den Arbeitgeber.

Die Chancen zum Wiedereinstieg stehen in deutlicher Abhängigkeit von der Ausstiegsdauer, dem konkreten Tätigkeitsfeld sowie dem Qualifikationsniveau. So hat sich im Zuge der Untersuchung gezeigt, dass in spezialisierten Fachbereichen wie der Intensivpflege, der Anästhesiepflege oder im OP-Bereich – im Gegensatz zur nicht spezialisierten Gesundheits- und Krankenpflege – ein frühzeitiger Wiedereinstieg (ca. 12 -18 Monate) angestrebt wird. Hierbei handelt es sich um Tätigkeitsfelder, die durch ein hohes Maß an spezialisiertem Fachwissen und medizinisch-technologische Innovationen geprägt sind. Dies befördert auf Seiten der Beschäftigten während der Erwerbsunterbrechung nicht zuletzt die Sorge um eine Entwertung des eigenen Wissens. Grundsätzlich betonten die befragten Arbeitgeber auf der einen Seite die organisatorischen Kompetenzen und die Belastbarkeit der Wiedereinsteigerinnen. Die Notwendigkeit der Wiedereinsteigerinnen, Familie und Beruf zu vereinbaren, wurde eher als organisatorischer Kompetenzgewinn, denn als Risiko bewertet. Allerdings muss diese zunächst positive Haltung korrigiert werden. So wurde auf der anderen Seite durch die Arbeitgeber auch betont, dass die Anforderungen an die organisatorische Gestaltung und Abwicklung eines flexiblen Wiedereinstiegs die Einrichtungen vielfach überfordere. In diesem Punkt tritt nicht selten der Wunsch der Wiedereinsteigerinnen nach einer flexiblen Einstiegsphase mit den organisatorisch-begrenzten Möglichkeiten der Einrichtungen in Konflikt. Der Wunsch nach einem qualifikationsgerechten und mit Blick auf die Arbeitszeitorganisation flexiblen Wiedereinstieg ist vorhanden, wird jedoch durch die Möglichkeiten der Einrichtungen, dies organisatorisch auch umsetzen zu können, nicht selten konterkariert.

Wiedereinsteigerinnen werden als interessante Zielgruppe des Arbeitsmarktes in den Feldern Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenhilfe bislang nicht systematisch von den Einrichtungen umworben. Dies kann auf mehrere Gründe zurückgeführt werden: Zum einen wurde – entgegen der derzeitigen Diskussion – der Fachkräftemangel von den befragten Einrichtungen zwar als Zukunftsthema, jedoch als derzeit ohne akute Relevanz beschrieben. In diesem Kontext spielt vor allem eine Rolle, dass es sich bei der Untersuchungsregion um einen Verdichtungsraum handelt, in welchem das Angebot an Fachkräften nach Einschätzung der befragten Einrichtungen derzeit noch als ausreichend wahrgenommen wird. Hier wäre zu überprüfen, ob in ländlichen Regionen ähnliche Ergebnisse realisiert werden, oder ob die Aufmerksamkeit gegenüber Wiedereinsteigerinnen hier grundsätzlich höher einzustufen ist. Ein weiterer Grund kann in der relativ hohen Bindung der Beschäftigten an den Arbeitgeber gesehen werden. Die vielfach belastenden Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen führen nach Aussagen der Befragten insbesondere im Krankenhaussektor derzeit offensichtlich noch nicht dazu, dass die Arbeitgeber sich besonders um die Rückkehr von Frauen nach der Familienpha-

se bemühen müssen. Der nicht vorhandene Problemdruck zeigt sich auch im Umgang mit den Wiedereinsteigerinnen. Hier lassen sich recht unterschiedliche Alltagspraktiken identifizieren. Dies betrifft vor allem folgende Aspekte:

- **Hospitationspraktiken:** In einigen der interviewten Einrichtungen gehört es zur Praxis, dass Wiedereinsteigerinnen nach der Erwerbsunterbrechung zunächst eine Hospitationsphase durchlaufen. Ziel ist es, den Kenntnisstand nach längerer Erwerbsunterbrechung zu überprüfen und ggf. Hinweise auf bestehende Qualifikationsdefizite zu erhalten. Des Weiteren ist es Ziel, die Wiedereinsteigerinnen mit den Prozessen und Abläufen in der Einrichtung vertraut zu machen.
- **Arbeitszeitvolumen- und planung:** Ein wichtiges Kriterium für einen gelungenen Wiedereinstieg ist die Frage des Arbeitszeitvolumens und der Arbeitszeitgestaltung. Insbesondere für Frauen mit familiärer Bindung und betreuungspflichtigen Kindern kann die Rückkehr auf eine Teilzeitstelle erheblichen Einfluss auf einen erfolgreichen Wiedereinstieg haben. Allerdings steht dies nicht selten im Widerspruch zu der Vorstellung des Arbeitgebers an die Gestaltung der Wiedereinstiegsphase. Vor allem ein flexibler Umgang mit der Arbeitszeitgestaltung erwies sich als schwierig. Interessante Arbeitszeiten aus Sicht des Arbeitgebers kollidieren nicht selten mit Familienzeiten. Die eingangs formulierte These, dass insbesondere Wochenend- und Feiertagsarbeit eine interessante Perspektive für Wiedereinsteigerinnen darstellen, muss zumindest für Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft kritisch hinterfragt werden⁷. Flexible Wiedereinstiegsangebote werden jedoch nicht nur durch organisatorische Defizite und Hindernisse behindert. So wird der flexible Umgang mit Beschäftigten in der Wiedereinstiegsphase nicht selten auch als Bevorteilung gegenüber den Kolleginnen und Kollegen wahrgenommen. Hier wäre in einem weiteren Schritt vertiefend zu überprüfen, inwieweit die organisatorischen Voraussetzungen und die Planung der Wiedereinstiegsphase auch unter Einbindung und Beteiligung der Beschäftigten insgesamt geplant und realisiert werden.
- **Arbeitszeitbezogene Einstufungspraxis:** In den Interviews wurde das Argument vorgebracht, dass der Einstieg auf einer Vollzeitstelle zur Aufholung von Wissensrückständen als notwendig erachtet wird. Vollzeitstellen werden als „kompaktes Rückkehrprogramm“ gesehen, Teilzeitbeschäftigung droht hingegen die Rückkehrphase zu verlängern. In der Praxis führt dies nicht selten dazu, dass der Wiedereinstieg zunächst auf einer Vollzeitstelle erfolgt, verbunden mit einer vertraglichen Vereinbarung nach der „Anlernphase“ (ca. 6 Monate) auf eine Teilzeitstelle umzusteigen. Allerdings ist der Ausbau der Teilzeitstellen in den vergangenen Jahren massiv erfolgt, so dass sich hier zunehmend weniger Möglichkeiten für Wiedereinsteigerinnen ergeben.

⁷ Wiedereinsteigerinnen möchten vielfach in eine Teilzeitbeschäftigung zurückkehren. Dieses ist jedoch aufgrund der bereits hohen Teilzeitquoten in den Einrichtungen nur begrenzt möglich. So besteht die einzige Chance vielfach dann darin, in eine Vollzeitbeschäftigung zurückzukehren.

- **Qualifikationspraxis und Begleitung während des Einstiegs:** In den vorbereiteten Personal- bzw. Rückkehrgesprächen wird sondiert, über welchen Wissensstand die Wiedereinsteigerinnen aktuell verfügen. Von Wiedereinsteigerinnen wird vielfach erwartet, dass sie sich während der Ausstiegsphase selbst fachlich auf dem Laufenden halten. In diesem Kontext wurde betont, dass die veränderten gesetzlichen Grundlagen im Gesundheitswesen, gänzlich neue Herausforderungen an das Wissen bzw. an die Verknüpfung von Wissen bei den Beschäftigten stellen. Zwar bildet fachliches Know-how nach wie vor die zentrale Grundlage für gute Berufschancen. Gleichwohl gewinnen das Denken in Prozessen und die Verknüpfung fachlichen Wissens mit betriebswirtschaftlichem Know-how einen immer größeren Stellenwert. Isolierte Schulungsangebote – etwa im IT-Bereich – sind zunehmend weniger geeignet, die Wiedereinsteigerinnen fit für die Arbeit nach der Erwerbsunterbrechung zu machen. Das Lernen und die Vorbereitung an konkreten und komplexen „Fallbeispielen“, die die Realität in den Einrichtungen besser abbilden, gewinnen hingegen an Bedeutung.
- **Begleitung während der Einstiegsphase:** Der Wiedereinstieg erfolgt in der Regel als „*training on the job*“. Dies kann jedoch in ganz unterschiedlichen Formen realisiert werden. Während in einigen Einrichtungen Wiedereinsteigerinnen zunächst im Arbeitsalltag „mitlaufen“, setzen andere Einrichtungen gezielt auf „Coaches“, um die Frauen in den ersten Wochen des Wiedereinstiegs gezielt zu begleiten. Die Begleitung des Wiedereinstiegs setzt zudem in Einrichtungen, die über ein systematisches Wiedereinstiegsmanagement verfügen, bereits vor der Erwerbsunterbrechung ein. Im Mittelpunkt steht hierbei die berufsbiographische Planung gemeinsam mit den Beschäftigten. Berufsziele und Weiterbildungsbedarfe werden ebenso thematisiert, wie die frühzeitige Planung der Erwerbsunterbrechung. Hier zeigt sich ein zentrales Ergebnis der Untersuchung: Ein gelungener Wiedereinstieg erfordert in der Regel ein systematisches Wiedereinstiegsmanagement und dieses ist nicht zuletzt auf eine abgestimmte Personal- und Organisationsentwicklung angewiesen.

Die skizzierten Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf den Krankenhaussektor sowie auf den Bereich der stationären Altenhilfe. Beide Bereiche thematisieren derzeit zwar den Fachkräftemangel, ordnen in diesem Zusammenhang jedoch der gezielten Ansprache von Wiedereinsteigerinnen nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Beide Bereiche zeigen grundsätzlich eine große Affinität gegenüber Wiedereinsteigerinnen mit berufsfachlicher Qualifikation. Die Chancen für an- und ungelernte Wiedereinsteigerinnen oder für Frauen, die über einen Quereinstieg in der Gesundheitswirtschaft eine Tätigkeit aufnehmen wollen, können zunächst einmal als nicht sonderlich viel versprechend angesehen werden. Dennoch ergeben sich – wie nachfolgende Ergebnisse verdeutlichen werden – durchaus im Bereich niedrigschwelliger Einstiegsqualifikationen oder im Bereich spezialisierter Weiterbildungsangebote in Kombination mit der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf auch neue Chancen.

7.2 Themenkomplex: Tätigkeitsfelder und nachgefragte Qualifikationen für Wiedereinsteigerinnen

Der demografische Wandel schafft eine steigende Nachfrage nach Angeboten der Pflege, Betreuung und Begleitung von älteren Menschen. Im Fokus stehen hierbei insbesondere patienten- und bewohnernahe, aktivierende Betreuungs- und Begleitdienste. Assistenzqualifikationen sowie Servicedienste im Bereich Dokumentation, Koordination und Beratung gewinnen in diesem Zusammenhang ebenfalls an Bedeutung. Vor allem die Betreuung und Begleitung demenziell veränderter Personen wird zukünftig einen enormen Bedeutungsgewinn erfahren. Im Ruhrgebiet wird angesichts der soziostrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung zudem ein wachsender Bedarf in der Betreuung und Versorgung von älteren und/oder erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund gesehen.

Vor allem die Berufsfelder der „Betreuungsassistentinnen“ und der „Alltagsbegleitung“ (Oberbegriff Fachkraft-Betreuung) gewinnen nach Aussagen der Einrichtungen/Unternehmen an Bedeutung. Die „Fachkraft für Betreuung“ ist eine Aus- bzw. Weiterbildung, die durch interne Vorschriften der Lehrgangsträger oder durch zuständige Stellen im Bereich der Hauswirtschaft nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt ist. Sowohl Pflegehelfer als auch Service- und Betreuungsassistenten haben die Aufgabe, sich hauptsächlich um die Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung von behinderten Menschen oder an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in ambulanten und /oder stationären Einrichtungen zu kümmern. Die gesetzlichen Grundlagen sind in der Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen festgeschrieben. Diese schafft die Voraussetzung dafür, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte ausschließlich zulasten der Pflegeversicherung einstellen und leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung mit den Pflegekassen vereinbaren können.

Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen insbesondere durch Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen (z. B. Malen und Basteln, Spaziergänge und Ausflüge etc.) das Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen positiv beeinflussen und dürfen keine Aufgaben von ausgebildeten Altenpflegern übernehmen. Die Qualifizierung dauert rund 3 Monate und ist daher zunächst durchaus dafür geeignet, Wiedereinsteigerinnen ohne Vorerfahrung in einem Gesundheitsberuf (jedoch mit angeschlossener Berufsausbildung) eine Perspektive in der Pflege zu eröffnen. Die Finanzierung der Ausbildung ist über Betreuungsgutscheine der Bundesagentur für Arbeit, die ARGEN sowie als Selbstzahler möglich. Die Qualifizierung zum/zur „Alltagsbegleiter/-in“ richtet sich an interessierte Personen mit und ohne Vorerfahrungen in der stationären Altenarbeit. Vermittelt wird grundlegendes Wissen zum Umgang mit und Aktivierung von Demenzerkrankten, zudem Kenntnisse zu den gängigen Dokumentationssystemen sowie

Grundkenntnisse der Pflege. So positiv diese niedrighschwelligten Einstiegschancen auch zu bewerten sind, so ergibt sich auch eine Reihe von Schwierigkeiten:

- So ist die Stellenplanung in den Einrichtungen nicht immer auf den Einsatz entsprechender Qualifikationen vorbereitet. Hier ist das bereits erwähnte enge Zusammenspiel von Organisations- und Personalentwicklung von entscheidender Bedeutung. Nicht zuletzt aufgrund der sich wandelnden gesundheitspolitischen und -rechtlichen Rahmenbedingungen herrscht seitens der Einrichtungen vielfach Unsicherheit darüber, ob sich die Einstellung entsprechender Qualifikationen auch langfristig als wirtschaftlich tragfähig erweist.
- Es ist angesichts dessen bislang unklar, wie nachhaltig entsprechende Qualifikationen bzw. Qualifizierungen tatsächlich sind. Eine Gefahr besteht darin, dass verstärkt seitens der Agenturen für Arbeit und der ARGEN in entsprechende Qualifikationen investiert wird, ohne jedoch Informationen über den mittel- und langfristigen Verbleib der vorab Qualifizierten in den Einrichtungen bzw. auf dem Arbeitsmarkt zu haben. Hier gilt es sicherzustellen, dass entsprechende Qualifizierungen nicht zu berufsbiographischen Sackgassen werden.
- Angesichts dessen ist auch die Frage zu stellen, welche Möglichkeiten der Weiter- und Fortbildung sich für die Beschäftigten ergeben. Konkret geht es hierbei auch darum, Aufstiegs- und Anschlussmöglichkeiten sicherzustellen. Eng damit verbunden sind die Verdienstmöglichkeiten seitens der Beschäftigten. Die Beschäftigung erfolgt in der Regel nicht in Vollzeit, sondern als Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung.
- Die Arbeit vor allem mit demenziell erkrankten Personen ist überaus anspruchsvoll. Aufgrund der nur geringen Qualifikationsdauer muss im Blick behalten werden, welche Erfahrungen mit niedrighschwelligten Einstiegsqualifikationen mittel- und langfristig gemacht werden und welchen psychischen und physischen Belastungen die Beschäftigten ausgesetzt sind.

Im Krankenhausbereich präsentiert sich die Situation hingegen ein wenig differenzierter. Hier liegt der Fokus deutlich auf examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie den Pflegehelferinnen. Potenziale werden vor allem im Low-Care-Segment, im Bereich logistischer Dienstleistungen sowie im Bereich von Hotel- und Serviceleistungen gesehen. Im Rahmen der Befragung wurden die Bereiche „Versorgungsassistenz“, „Verpflegungsassistenz“ und die Patientenbegleitung als aussichtsreiche Tätigkeitsfelder für Wiedereinsteigerinnen ohne angeschlossene Berufsausbildung benannt. Die Arbeitsbereiche umfassen vor allem die Unterstützung des Pflegepersonals in der Materialversorgung, den Warentransport im Krankenhaus, die Bedarfserfassung von Medizinprodukten, Überprüfung und Annahme der Waren. Die Tätigkeit als „Verpflegungsassistentin“ zielt vor allem auf:

- Sicherstellung der Essensabfrage und der Übermittlung der Daten,
- Objektive Beratung der Patienten bei der Speisenauswahl und Aufnahme von Beratungsaufträgen für die Diätabteilung,
- Beratende Mitarbeit bei dem Versorgungsangebot im Zuständigkeitsbereich,
- Aufnahme und Weiterleiten von Diätberatungen und Schulungen,
- Verteilung von Speiseplänen in Absprache mit der Diätküchenleitung und der Küchenleitung,
- Übermittlung der Produktionsdaten zu einem definierten Zeitpunkt,
- Einhaltung des Hygienemanagement (HACCP),
- Mitarbeit bei Sonderveranstaltungen im Haus (Bewirtung),
- Mitarbeit in der Zentralküche bei Bedarf.

Entsprechende Qualifikationen werden vor allem dort eingesetzt, wo *Budgetplanung und Organisationsentwicklung in den Krankenhäusern eng aufeinander abgestimmt* sind. Eine Herausforderung besteht darin, den Einsatz entsprechender Qualifikationen nicht zu Lasten des Pflegebudgets gehen zu lassen. Die Einstellung erfolgt dann in der Regel auf dem Budget des hauswirtschaftlichen Dienstes in Abstimmung mit dem Pflegedienst. Ein professionalisiertes Personalmanagement ist hier eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass entsprechende Lösungen gefunden werden. Der Wert besteht nicht nur darin, dass neue Chancen für den beruflichen Wiedereinstieg von Frauen auch ohne Vorerfahrung in einem Gesundheitsberuf ermöglicht werden, sondern dass gleichzeitig ein Beitrag zur Entlastung des vorhandenen Pflegepersonals geleistet werden kann. Die gilt auch für den wachsenden Bedarf an Servicekräften für Wahlleistungspatienten/-innen in Krankenhäusern.

Insgesamt lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass durch die Anforderungen an die Reorganisation zentraler Leistungsprozesse in den Krankenhäusern auch neue Chancen für Wiedereinsteigerinnen geschaffen werden können. Ob diese Chancen jedoch auch tatsächlich genutzt werden, hängt in starkem Maße davon ab, ob vor Ort Strukturen existieren, die die abteilungs- und funktionsbereichübergreifende Suche nach Lösungen ermöglicht. Im Kontext der Untersuchung wurde auch danach gefragt, welche Qualifikationen den Wiedereinstieg für Berufsrückkehrerinnen grundsätzlich erleichtern können. Dies sind in Abbildung 6 zusammengefasst:

Abbildung 6:

Qualifikationen, die den Wiedereinstieg in der Gesundheitswirtschaft erleichtern

- * Kenntnisse in der Intensivpflege und Anästhesie
- * Konfliktmanagement (Patienten/Angehörige)
- * Schnittstellenmanagement (intern und einrichtungsübergreifend)
- * Theoretisches Pflegeverständnis und Kenntnisse zu Expertenstandards
- * Assessment und diagnosebezogene Dokumentation
- * Kenntnisse der Gerontologie und Gerontopsychiatrie
- * Kenntnisse im Umgang mit demenziell veränderten Menschen
- * Kenntnisse zur kultursensiblen Pflege
- * Wundmanagement und Diabetesbehandlung
- * OP-Methoden und Medikation
- * Kenntnisse im EDV-Bereich (Planung, Dokumentation, Abrechnung)
- * Kenntnisse im Bereich Betriebswirtschaft/Controlling/Marketing
- * Kommunikation und Ausdrucksfähigkeit
- * Serviceerfahrung

Neue Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen entstehen nicht zuletzt dadurch, dass traditionelle Gesundheits- und Sozialberufe (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpfleger) einen Bedeutungsgewinn von Qualifikationen auch anderer Berufsfelder erfahren (z.B. kaufmännische, technische, beratende Qualifikationen). Andererseits erfahren auch Gesundheitsqualifikationen einen Bedeutungsgewinn in anderen, branchenfremden Berufsfeldern. Ein Beispiel hierfür ist etwa die ausgebildete medizinische Fachangestellte, die in der Fitnesswirtschaft arbeitet. Im Rahmen der Untersuchung konnten auch weitere Beispiele identifiziert werden: Hierzu zählt etwa die Qualifizierung der Fitnessbranche durch die Einstellung von Physiotherapeutinnen oder akademisch ausgebildete Sportlehrerinnen. Sicherlich zeigen entsprechende Beispiele, dass sich neue Tätigkeitsspielräume für Wiedereinsteigerinnen mit einer abgeschlossenen Gesundheitsqualifikation eröffnen. Hierbei ist jedoch kritisch zu hinterfragen, ob entsprechende Entwicklungen nicht auch die Gefahr der Deprofessionalisierung in sich bergen. Bislang liegen jedenfalls noch keine umfangreicheren Untersuchungen darüber vor, wie sich entsprechende Berufsbiographien im Zeitverlauf entwickeln.

Ein Untersuchungsfeld des Projektes „WIEGE“ war der Bereich der Medizintechnik. Hierbei gilt die aktuelle Suche nach Fachkräften vor allem akademisch-ausgebildeten Wiedereinsteigerinnen. Diese bildeten jedoch keinen Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung. Zudem entstehen in der Medizintechnik Beschäftigungschancen etwa für „Sterilisationsassistentinnen“. Zu den Aufgaben gehören die Reinigung, Sterilisierung und Wiederaufbereitung von medizinischen Geräten und Operationsinstrumenten. Entsprechende Tätigkeiten können insbesondere für Wiedereinsteigerinnen ohne Berufsausbildung einen Einstieg ermöglichen. Zur Vorberei-

tung sind in der Regel ein Fachkundeflehrgang zu absolvieren. Dieser umfasst ca. 80 Stunden zum Erwerb der Tätigkeitsbezeichnung „Technische Sterilisationsassistentin/ Technischer Sterilisationsassistent“. Vermittelt werden grundlegende Kenntnisse der Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, der verschiedenen Aufbereitungs- und Sterilisationsverfahren, Instrumentenkunde, Informationen zur Organisation der Sterilgutversorgung, zu Rechtsgrundlagen und zu Grundsätzen der Qualitätssicherung. Auch hier sind die entstehenden Chancen abzuwägen im Hinblick auf die bestehenden Verdienstmöglichkeiten und die Aufstiegsbedingungen.

Eine besondere Herausforderung stellt die zunehmende Ambulantisierung der Versorgung dar. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen im demografischen Wandel stellt die Versorgung vor Ort vor neue Herausforderungen. Das Ruhrgebiet ist eine Region die, wie vorab ausgeführt, mit Blick auf die Alterung der Bevölkerung und der gesundheitlichen Lage besondere Aufgaben zu bewältigen hat. Hinzu kommt, dass unter der Losung „ambulant vor stationär“ die Versorgung im Krankheits- und/oder Pflegefall in stationären Einrichtungen sich zunehmend auf den ambulanten Bereich verlagern wird. In diesem Zusammenhang wird zukünftig die Frage zu beantworten sein, wie die Versorgung der Menschen in den eigenen vier Wänden durch qualifiziertes Personal sichergestellt werden kann. Ausgangspunkt für den Bedeutungsgewinn „arztentlastender Tätigkeiten“ ist nicht zuletzt die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung bzw. die angenommene höhere Arbeits- und Dienstbelastung niedergelassener Ärzte. Derzeit wird eine Reihe von unterschiedlichen Modellen in der Praxis eingesetzt. Das Spektrum reicht von AGnES – Arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte systemische Intervention, über VerAH – der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, MoPRA – der mobilen Praxisassistentin bis hin zu EVA – der Entlastenden Versorgungs-Assistentin, das Modell der Ärztekammern in NRW. An dieser Stelle kann und soll keine Bewertung der genannten Modelle untereinander vorgenommen werden. Im Kontext der Diskussion um Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen ist der Einsatz neuer Berufsbilder im ambulanten Bereich gleichwohl von Bedeutung.

Die „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) erwirbt die Kompetenzen für die Übernahme von delegationsfähigen Leistungen in der ambulanten Praxis. Sie entlastet dadurch den Arzt/die Ärztin bei der Begleitung und Unterstützung von Patienten und Angehörigen in einer Vielzahl von Aufgabenbereichen, die den Behandlungsprozess betreffen. Das Konzept der „Entlastenden Versorgungsassistentin“ (EVA) sieht eine Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten in folgenden Aufgabenbereichen vor:

- Kontinuierliche Begleitung von Patienten und Angehörigen im Behandlungs- und Versorgungsprozess,
- Unterstützung von Patienten und Angehörigen,
- Durchführung von Hausbesuchen bei immobilen und schwerkranken Patienten,
- Beurteilung der häuslichen Bedingungen/Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten,
- Durchführung des Wundmanagements,

- Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, z.B. Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung),
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests, z. B. Durchführung von Uhrentests, vom Timed up- and go-Test, Esslinger Sturzrisikoassessment,
- Unterstützung im Notfallmanagement der ambulanten Praxis,
- Unterstützung des Arztes bei Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen,
- Mitwirkung bei Impfleistungen,
- Überwachung und Dokumentation der Medikamenteneinnahme.

Die Zusatzqualifikation „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) schließt mit einem Zertifikat der Ärztekammer Westfalen-Lippe ab. Voraussetzung für die spätere Abrechenbarkeit der delegierten Leistungen ist, dass die Teilnehmer der „EVA“-Fortbildung einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin oder dem Krankenpflegegesetz haben. Darüber hinaus müssen mindestens drei Jahre Berufstätigkeit in einer hausärztlichen Praxis nachgewiesen werden.“⁸ Der Einsatz entsprechender Berufsbilder wird zukünftig sicherlich an Bedeutung gewinnen. Derzeit ist die Zulassung jedoch nur in den Versorgungsgebieten erlaubt, die durch eine Unterversorgung mit Ärzten/Ärztinnen gekennzeichnet sind. Dies ist ein strukturelles Defizit, das den Einsatz der sinnvollen Qualifikationen in der Fläche derzeit noch bremst. Die Änderung der Abrechnungsbedingungen ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Anstellung von EVAs aus Perspektive der niedergelassenen Ärzte auch attraktiv ist.

Neben den skizzierten Tätigkeitsfeldern und Qualifikationen gewinnen auch Querschnittskompetenzen an Bedeutung. So wird seitens der befragten Einrichtungen dem Qualitätsmanagement in Verbindung mit pflegfachlichen Kenntnissen, der Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Qualifikationen mit Kenntnissen im Bereich des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit sowie Kenntnissen im Bereich Umwelt- und Energiemanagement für Gesundheitseinrichtungen eine hohe Bedeutung für berufliche Qualifizierung eingeräumt.

⁸ <http://www.aekwl.de/index.php?id=2366>

7.3 Themenkomplex: Erfolgs-/Misserfolgskriterien für das Wiedereinstiegsmanagement

Im Rahmen der Befragung wurde sondiert, welche Erfolgs-/Misserfolgskriterien sich für das Wiedereinstiegsmanagement nachzeichnen lassen. Folgende Aspekte markieren in diesem Zusammenhang wichtige Bausteine:

- Ein „gutes Wiedereinstiegsmanagement“ setzt zunächst bei **guten Arbeitsbedingungen** an. Wie in den ersten Kapiteln deutlich wurde, wird die Gesundheitswirtschaft in den kommenden Jahren im Wettbewerb mit anderen Branchen um Fachkräfte kämpfen müssen. Eine zentrale Voraussetzung, damit auch zukünftig ausreichend qualifizierte und motivierte Menschen in der Branche arbeiten wollen ist, dass die Einrichtungen sich einerseits dafür engagieren, ihre Fachkräfte auch dauerhaft zu binden. In diesem Zusammenhang wird es auf Dauer nicht ausreichen davon auszugehen, dass die Frauen nach der Erwerbsunterbrechung auf jeden Fall in die Einrichtungen zurückkehren. Es müssen auch neue Zielgruppen des Arbeitsmarktes angesprochen und für die Arbeit gewonnen werden. Gute Arbeitsbedingungen, transparente Aufstiegs- und Karrierechancen sind eine wichtige Grundlage hierfür, ebenso wie eine angemessene Entlohnung.
- Ein „gutes Wiedereinstiegsmanagement“ beginnt mit einer **frühzeitigen Planung und Unterstützung der berufsbiographischen Ziele** der Beschäftigten. Hierzu gehört es insbesondere, Möglichkeiten des Wiedereinstiegs frühzeitig aufzuzeigen. In der Untersuchung wurde deutlich, dass der Wunsch nach einem Einstieg auf einer Teilzeitstelle zwar vielfach erwünscht, jedoch organisatorisch und mit Blick auf die Stellenplanung seitens der Einrichtungen vielfach nicht realisiert werden kann. Hier gilt es, frühzeitig die jeweiligen Erwartungen offen zulegen und gemeinsam nach den Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung zu suchen. In diesem Zusammenhang sollten nach Möglichkeit auch Förderungsmöglichkeiten, Einsatzfelder nach der Erwerbsunterbrechung oder beispielsweise Möglichkeiten der Kinderbetreuung thematisiert werden.
- Ein „gutes Wiedereinstiegsmanagement“ setzt auch die **Mitwirkung und Beteiligung aller Beschäftigten in der Einrichtung/Unternehmen** voraus. Im Kern geht es hierbei um die Implementierung einer Wiedereinstiegskultur, die es ermöglicht, das Thema Wiedereinstieg zur Teamaufgabe zu machen. Voraussetzung hierfür sind einerseits vorhandene Möglichkeiten, die Arbeitsorganisation flexibel anzupassen. Andererseits ist notwendig, dass die Einrichtung über systematische Konzepte der „Personalbindung“ und des „Diversity Managements“ verfügt. Alters- und qualifikationsgemischte Teams bilden eine gute Basis für einen gelungenen Wiedereinstieg.
- Ausgehend hiervon zeichnet sich ein „gutes Wiedereinstiegsmanagement“ dadurch aus, dass es in die **Personal- und Organisationsentwicklung** der Einrichtung integriert ist. Hierzu gehört nicht nur die frühzeitige Planung, sondern insbesondere auch die

enge Anleitung und Begleitung der Wiedereinsteigerinnen in der Rückkehrphase. Je nachdem, wie eng der Kontakt zum ehemaligen Arbeitsplatz während der Erwerbsunterbrechung gewesen ist, kann auch die Begleitung durch einen „Wiedereinstiegspaten/-in“ und Hospitationen im Vorfeld sowie während des Einstiegs selbst durchaus sinnvoll sein.

- Ein sensibler Punkt in der Untersuchung war die Frage, wie während der Erwerbsunterbrechung einer Entwertung des Wissens entgegengewirkt werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch deutlich geworden, dass seitens der Beschäftigten durchaus der Wunsch und die Bereitschaft bestehen, **berufsrelevante Qualifizierungen auch in Phasen der Erwerbsunterbrechung** zu ermöglichen. Allerdings mangelt es nicht selten an der Organisation entsprechender Angebote. Hier könnte zukünftig verstärkt auch einrichtungsübergreifend nach Lösungen gesucht werden.
- Ein gelungener Wiedereinstieg braucht einen **qualifikationsgerechten Arbeitseinsatz**. Weder eine Überforderung, noch die Demotivation durch eine Überqualifikation für die dann ausgeübte Tätigkeit wirkt sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden in der Einstiegsphase aus. In diesem Zusammenhang wurde in der Untersuchung immer wieder deutlich, dass bestehende Qualifizierungsangebote für Rückkehrerinnen zu selten auf die tatsächlichen Arbeitsanforderungen vor Ort eingehen. So wurde u.a. bemängelt, dass Rückkehrerinnen zwar IT-Schulungen erhalten, diese jedoch z.B. nicht für eine Kompetenzentwicklung in der Pflegedokumentation tauglich sind. Hier könnte durch gestufte Einstiegskonzepte (erst Theorie, dann Praxistransfer) und die Vorbereitung anhand von **einrichtungstypischen Fallaufgaben** eine passgenauere Qualifizierung im Vorfeld geleistet werden.
- Ein gelungener Wiedereinstieg ist schließlich in hohem Maße auch davon abhängig, ob die angebotenen **Qualifizierungsmaßnahmen nachhaltig** sind und tatsächlich für die Zielgruppe nach Möglichkeit **dauerhafte Erwerbschancen** eröffnen. Gesundheitsbezogene Arbeitsmärkte sind in hohem Maße lokal und regional organisiert. Zielführend kann es jedenfalls nicht sein, niedrigschwellige Aktivitäten der Qualifizierung vorzuhalten, wenn nicht klar ist, wie es um die mittelfristige Verwertung dieser Qualifizierungen auf dem Arbeitsmarkt bestellt ist. Hier ist das enge Zusammenspiel von Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, lokalen/regionalen Weiterbildungseinrichtungen, Arbeitsagenturen oder zielgruppenspezifische Netzwerken eine zentrale Herausforderung.

Neben den vorab skizzierten Punkten, die für einen gelungenen Wiedereinstieg eine hohe Bedeutung haben, lassen sich noch eine Reihe von Punkten aufführen, die sich im Rahmen der Untersuchung als **kritisch** mit Blick auf die Perspektiven von Wiedereinsteigerinnen erwiesen haben:

- So wird in den befragten Einrichtungen – nicht zuletzt aufgrund der Arbeitsverdichtung und der belastenden Arbeitsbedingungen – der Wiedereinstieg der Altersgruppe *50plus* sowie nach langen Phasen der Erwerbsunterbrechung als kritisch gesehen.
- Insbesondere bei denjenigen Tätigkeiten, die durch niedrigschwellige Einstiegsqualifikationen ausgeübt werden können, bestehen zum Teil Konkurrenzen zu möglichen Tätigkeitsfeldern für ältere Beschäftigte. Oder anders formuliert: Interessante Tätigkeitsfelder für Wiedereinsteigerinnen werde nicht von Außen besetzt, sondern werden älteren Pflegekräften der Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Die Untersuchung konnte zeigen, dass kaum Planstellen für Wiedereinsteigerinnen mit niedrigen Einstiegsqualifikationen in den Einrichtungen vorhanden sind. Dies ist hingegen dort der Fall, wo es im Zuge einer integrierten Personal- und Organisationsentwicklung gelingt, die Pflege zu entlasten und entsprechende Stellen auf andere interne Budgets (z.B. hauswirtschaftlicher Dienst) zu verbuchen. Dieser Punkt ist vor allem darum überaus wichtig, da hierdurch erst die notwendige Nachhaltigkeit für die Qualifizierung und die Beschäftigung über einen längeren Zeitraum in den Einrichtungen ermöglicht wird. Die Einstellung von Wiedereinsteigerinnen mit niedrigschwelligen Einstiegsqualifikationen muss sowohl aus Sicht der Frauen, als auch perspektivisch für die Einrichtung mit Blick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit attraktiv sein. Nicht zuletzt, um einer „Bezuschussungsmentalität“ vorzubeugen.
- Eine systematische und integrierte Personal- und Organisationsentwicklung ist in vielen Einrichtungen noch die Ausnahme. Eine flexible Arbeitsorganisation und Dienstplangestaltung ist jedoch eine zentrale Voraussetzung, um Beschäftigungsmöglichkeiten für Wiedereinsteigerinnen zu schaffen. Während Wiedereinsteigerinnen vielfach eine hohe Flexibilität abverlangt wird, ist dies seitens der Einrichtungen eher noch die Ausnahme. In diesem Zusammenhang erschwert nicht zuletzt auch das Konkurrenzdenken der Einrichtungen untereinander regionale „Pool- oder Netzwerklösungen“.

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt: Ein systematisches Wiedereinstiegsmanagement braucht zum einen die Fundierung im Rahmen der Personal- und Organisationsentwicklung. Ein weiterer bedeutender Punkt ist, dass die beteiligten Akteure gemeinsam vor Ort daran arbeiten, Konzepte und Strategien zu entwickeln, um Wiedereinsteigerinnen eine Perspektive zu ermöglichen.

7.4 Themenkomplex: Unterstützung und Transfer

Eine Zukunftsaufgabe besteht darin, Transparenz hinsichtlich der Qualifizierungsanforderungen und der regional/lokal verfügbaren Angebote herzustellen. Insbesondere, um die Beschäftigungsperspektiven für Wiedereinsteigerinnen ohne Vorqualifizierung in einem Gesundheitsberuf zu erhöhen, ist dies eine zentrale Voraussetzung. Bislang fehlt es noch an Transparenz darüber, welche Qualifizierungsangebote vor Ort existieren und welche Zielgruppen hier angesprochen werden könnten. Dies ist jedoch angesichts der prognostizierten Fachkräfteentwicklung eine wesentliche Herausforderung. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass Wiedereinsteigerinnen als interessante Zielgruppe bislang kaum systematisch durch die Einrichtungen angesprochen werden. Dies kann nicht zuletzt darauf zurückgeführt werden, dass die Einrichtungen bislang – entgegen der öffentlichen Diskussion – noch keinen wirklichen Druck in der Gewinnung von Beschäftigten verspüren. Die Debatte um tragfähige Strategien zur Fachkräftesicherung ist derzeit vor allem auf „Spezialisten“ ausgerichtet und bislang wenig mit der Frage, wie auch neue Zielgruppen für den Arbeitsmarkt „Gesundheit“ gewonnen werden können, verknüpft.

Angesichts dessen besteht eine wesentliche Aufgabe darin, Geschäftsführungen und Personalverantwortliche für die Perspektive von Wiedereinsteigerinnen zu sensibilisieren. Dies kann jedoch erst dann zu messbaren Erfolgen führen, wenn im Rahmen der Personal- und Organisationsentwicklung auch tatsächlich neue und dauerhafte Chancen für entsprechende Qualifikationen geschaffen werden. Die Professionalisierung der Personal- und Organisationsentwicklung ist hier ein entscheidender Punkt. Auch gilt es, den Einrichtungen einen Austausch zu den Möglichkeiten des Einsatzes, der Organisation und Finanzierung auch von Beschäftigten mit niedrigschwelliger Einstiegsqualifikation zu erleichtern. Zudem ist der Transfer innovativer betrieblicher Lösungen zur Personal- und Organisationsentwicklung ein entscheidender Punkt. Damit entsprechende Angebote aus Sicht der Beschäftigten nicht in einer beruflichen Sackgasse enden, ist die Einbindung in Strukturen der Personalentwicklung umso wichtiger. Alltagsnahe und integrierte Qualifizierungsangebote im Vorfeld des Wiedereinstiegs, die den Arbeitsalltag in den Einrichtungen möglichst realitätsnah abbilden, sind ein wichtiger Punkt, um die Einmündung in das Beschäftigungssystem möglichst reibungslos zu gestalten.

Interessante Kooperationspartner könnten in diesem Zusammenhang auch die gesundheitswirtschaftlichen Netzwerke in zahlreichen Regionen sein, die in den letzten Jahren bundesweit entstanden sind. Sie haben oft Einrichtungen und Multiplikatoren als Mitglieder organisiert und können im Rahmen der Organisation von Netzwerklösungen wichtige Impulse setzen. Zum anderen eröffnen sie auch die Möglichkeiten des Transfers „guter Lösungen“ in die Gesundheitseinrichtungen und -unternehmen selbst. Das Matching von nachgefragten und angebotenen Qualifikationen ist eine zentrale Voraussetzung, um qualifizierten Wiedereinsteigerinnen auch Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu bieten. Ein regionaler Qualifizierungsmonitor, wie er

bereits in Bremen oder mit Blick auf die Pflege in Rheinland-Pfalz erprobt wurde, kann hier einen wichtigen Beitrag zu einer proaktiven Qualifizierungsstrategie für Wiedereinsteigerinnen leisten. Im Rahmen der Studie wurde häufig das Argument vorgebracht, dass die flexible Organisation der Berufsrückkehr von einer Einrichtung alleine kaum zu leisten ist. Angesichts dessen ist es umso bedeutender, Herausforderungen für Wiedereinsteigerinnen im Verbund anzugehen. Hierfür braucht es geeignete Strukturen der Moderation und Kooperationsplattformen, die dies ermöglichen.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Der gesellschaftliche Bedarf an gesundheits- und pflegebezogenen Produkten und Dienstleistungen wird in den kommenden Jahren weiter wachsen. Vorliegende Prognosen sprechen dafür, dass dies auch mit einem erheblichen Ausbau der Nachfrage nach qualifizierter Beschäftigung einhergehen wird. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie zukünftig Fachkräfte gewonnen und in dem Beruf gehalten werden können. Auch die langfristige Bindung von Personal ist hier eine bedeutende Aufgabe. Eine weitere Herausforderung besteht darin, auch neue Zielgruppen des Arbeitsmarktes für die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft anzusprechen. In der öffentlichen Diskussion spielt in diesem Zusammenhang zunehmend eine Rolle, wie speziell Frauen für den Arbeitsmarkt als Zielgruppen mobilisiert werden können. Diese Debatte ist zunächst keineswegs neu, bereits in früheren Jahren wurde angesichts prognostizierter Phasen des Fachkräftemangels nach tragfähigen Konzepten und Strategien gesucht, um Frauen für den Arbeitsmarkt zu gewinnen. Auch zeigt sich, dass derzeit branchenübergreifend nach entsprechenden Lösungen gesucht wird. Insbesondere Wiedereinsteigerinnen sind in diesem Zusammenhang eine interessante Zielgruppe. Ziel ist es einerseits, den *drop-out* qualifizierter Frauen aus der Berufstätigkeit zu verhindern. Andererseits gilt die Suche auch aussichtsreichen Tätigkeitsfeldern, die für Frauen ohne abgeschlossene Berufsausbildung oder mit niedrigen Einstiegsqualifikationen neue Chancen für eine Erwerbstätigkeit eröffnen.

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Branche, die zunächst einmal grundsätzlich Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen bietet. Allerdings hat die Untersuchung auch gezeigt, dass sich mit Blick auf die Dauer der Erwerbsunterbrechung, der beruflichen Vorerfahrung, dem Qualifikationsniveau sowie dem konkreten Tätigkeitsfeld unterschiedliche Ergebnisse nachzeichnen lassen. So bestehen etwa für Wiedereinsteigerinnen mit bereits abgeschlossener Berufsausbildung vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege recht positive Aussichten, dauerhaft in Erwerbsarbeit einzumünden. Wesentlich kritischer ist hingegen die Situation der Wiedereinsteigerinnen einzustufen, die vorab noch keine Erfahrung im Berufsfeld „Gesundheit“ sammeln konnten. Zwar sind hier in den letzten Jahren – vor allem im Bereich der Betreuung und Begleitung älterer und pflegebedürftiger Menschen – zahlreiche neue, niedrigschwellige Qualifikationsangebote entstanden. Allerdings ist derzeit noch nicht genau abzu-

schätzen, ob diese auch mittel- und langfristig tragfähige Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen bieten.

Viele Einrichtungen/Unternehmen sind im Rahmen ihrer Stellenplanung und der Personal- und Organisationsentwicklung noch nicht darauf eingestellt, entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung zustellen. Hier besteht die Gefahr, dass niedrighschwellige Angebote sich für Wiedereinsteigerinnen zu einer berufsbiographischen Sackgasse entwickeln. Notwendig ist Transparenz darüber herzustellen, wie sozial und wirtschaftlich tragfähige Lösungen aussehen können, um etablierte Berufe (vor allem der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege) einerseits zu entlasten und andererseits auch neue Jobchancen für Wiedereinsteigerinnen zu etablieren. In den eher technisch-orientierten Zweigen der Gesundheitswirtschaft – z.B. der Medizintechnik – liegt der Schwerpunkt eindeutig auf der Ansprache akademisch-qualifizierter Wiedereinsteigerinnen. Hier lassen sich nur geringe Spielräume für An- und Ungelernte identifizieren. Zukünftig an Bedeutung gewinnen werden zudem Kompetenzen anderer Berufsfelder in der Gesundheitswirtschaft bzw. hybride Qualifikationsbilder. Ausgangspunkt derzeit ist in der Regel jedoch die Qualifizierung in einem Gesundheitsberuf mit entsprechender Weiterbildung (z.B. Betriebswirtschaft, Marketing, Energiemanagement, Öffentlichkeitsarbeit).

Ein Hemmnis der Beschäftigung von Wiedereinsteigerinnen liegt nicht zuletzt darin, dass interessante Tätigkeitsfelder vielfach auch interessante Einsatzmöglichkeiten für ältere Beschäftigte bieten. Einrichtungs- und trägerübergreifende Verbundlösungen im Bereich der Qualifizierung und/oder Hospitationen sind bislang die Ausnahme. Dies führt dazu, dass die Chancen für Wiedereinsteigerinnen in hohem Maße von der Innovationsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen selbst abhängig sind. Auch Unsicherheit bezüglich der weiteren gesundheitspolitischen Entwicklung wirkt sich nicht positiv auf die Beschäftigungschancen von Wiedereinsteigerinnen aus. Angesichts dessen besteht eine zentrale Herausforderung zur Verbesserung der Berufschancen für Wiedereinsteigerinnen darin, Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsbranche Informationen über das Spektrum interessanter Qualifikationen zur Verfügung zu stellen und Personal- und Organisationsentwicklung fit für neue Lösungen zu machen. Die größte Hemmschwelle für Wiedereinsteigerinnen besteht nicht zuletzt in unzureichenden Arbeitsbedingungen und inflexibler Arbeitszeitorganisation. Auch sollte sich zukünftig verstärkt mit der Frage auseinandergesetzt werden, wie sich die Verwertbarkeit niedrighschwelliger Zugänge und Einstiegsqualifikationen in der Längsschnittanalyse sowohl auf die Beschäftigten, als auch mit Blick auf die Einrichtungen/Unternehmen selbst darstellt.

9. Literatur

Afentakis, A. (2009): Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg): STATmagazin August 2009: Wiesbaden.

Allmendinger, J./Dressel, K./Ebner, C. (2006): Zum Verhältnis von Demografie, Qualifikation und Frauenerwerbstätigkeit. In: MfGFFI – Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): NRW. Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Düsseldorf.

Allmendinger, J./Henning, M./Stuth, S. (2009): Erwerbsverläufe und Weiterbildungsbeteiligungen von Wiedereinsteigerinnen. Im Auftrag des BMFSFJ „Perspektive Wiedereinstieg: Die Potenziale nicht erwerbstätiger Frauen für den Arbeitsmarkt“. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Blum, K./Müller, U./Schilz, P. (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) (Hg.): Beruflicher Wiedereinstieg nach der Familiengründung. Bedürfnisse, Erfahrungen, Barrieren. Berlin.

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler - Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Hans Huber.

Bundesagentur für Arbeit (2010): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg.

Clustermanagement NRW (2009): Viel Raum für Gesundheit. Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen. Bielefeld.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Dip) (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Auftraggeber: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Eiff W. von/Stachel, K. (2006): Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Wegscheid: WIKOM Verlag.

Enste, D./Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 35. Jahrgang, Heft 4/2008. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.

Evans, M./Hilbert, J. (2009): Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten; Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Goldschmidt, A./Hilbert, J. (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Die Zukunftsbranche. Wegscheid: WIKOM Verlag.

Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 40.

Henke, K.-D./Neumann, K./Schneider, M. et al. (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 30, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Hirsch, B./König, M./Möller, J. (2009): Regionale Unterschiede im „Gender Pay Gap“: Lohnabstand von Frauen in der Stadt kleiner als auf dem Land. IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hg.): IAB-Kurzbericht 22/Okttober 2009, Nürnberg.

Holst, E./Wiemer, A. (2010): Zur Unterrepräsentanz von Frauen in Spitzengremien der Wirtschaft. Ursachen und Handlungsansätze. DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.): Discussion papers 1001, Berlin.

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung (2005): Machbarkeitsstudie Gesunder Wiedereinstieg in den Altenflegerberuf. Köln.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) / Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main (Hg.): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt am Main.

Isfort, M./Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Kalina, T./Weinkopf, W. (2009): Frauen im Niedriglohnsektor in Nordrhein-Westfalen: Auswertung auf Basis des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) für den DGB Bezirk NRW (gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In: Tietjen, Carmen (Red.): Niedriglohnsektor wächst rasant: Sonderausgabe Januar 2009. Informationen zum Arbeitsmarkt. Düsseldorf: DGB Bezirk NRW, S. 6-23.

Klenner, C. (2009): Wiedereinstieg und Frauenerwerbstätigkeit. Geschlechtergerechte Perspektiven für Arbeit und Leben von Frauen. Folienvortrag im Rahmen der Veranstaltung „Zur Ambivalenz der Erwerbs- und Lebenssituation von Frauen“, 21. Oktober 2009, Münster.

Pohl, C. (2009): Der Arbeitsmarkt für Pflege im Spiegel demographischer Veränderungen. VKAD infoDienst, 10/2009. Freiburg.

Schnur, P./Zika G. (2007): Arbeitskräftebedarf bis 2025: Die Grenzen der Expansion. IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hg.): IAB-Kurzbericht 26/Dezember 2007, Nürnberg.

Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg (2009): Potenziale nutzen, Ingenieurinnen zurückgewinnen. Drop-Out von Frauen im Ingenieurwesen: Analyse der Ursachen und Strategien zu deren Vermeidung sowie Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Rückgewinnung. München.

WSI 2010 – Projektgruppe GiB (2010): Geschlechterungleichheiten im Betrieb Arbeit, Entlohnung und Gleichstellung in der Privatwirtschaft. Reihe: Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 110. Berlin: edition sigma.