

Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft - Herausforderungen für die berufliche Bildung

Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft erlebt zur Zeit einen gravierenden Umbruch. Sie muß sich auf wachsende quantitative und qualitative Anforderungen einstellen und neue Märkte erschließen. Daraus entstehen erhebliche Herausforderungen für die berufliche Bildung, die in diesen Bereichen bislang uneinheitlich geregelt ist, berufliche Mobilität behindert und die berufsübergreifende Kooperationsfähigkeit vernachlässigt.

Dieser Aufsatz beschäftigt sich zunächst mit den aktuellen Trends der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und im Anschluß daran mit den daraus erwachsenden Aufgaben für die berufliche Bildung. Dabei wird die berufliche Bildung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zuerst im Vergleich zu generellen Entwicklungen des Berufsbildungssystems verortet. Danach werden einige zur Zeit diskutierte Reformwege der Gesundheits- und Sozialberufe angesprochen, die eine stärkere Vereinheitlichung der Ausbildungsregelungen und die Integration von verschiedenen Berufsfeldern anstreben. Schließlich wird der Fokus auf die Möglichkeit einer Integration von Berufen gelegt, die über den Kernbereich der Gesundheits- und Sozialberufe hinausgehen könnte und benachbarte Branchen in den Blick rückt.

1. Profilveränderungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

Soziale Dienstleistungen waren die Boombranchen der westdeutschen Ökonomie in den letzten 15 Jahren. Derzeit sind in diesem Bereich ca. 3,3 Millionen Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt - und damit fast 15vH aller Beschäftigten. Von 1980 bis 1995 verzeichnet die Statistik ein Beschäftigungsplus von nahezu 60vH. Die Betrachtung der statistischen Untergliederungen zeigt, daß allein die Bereiche Kinder-/Altenheime u.ä und Gesundheits- /Veterinärwesen über 59vH der Beschäftigten auf sich vereinigen und 1980 bis 1995 mit guten zwei Dritteln Beschäftigungsanstieg auch überdurchschnittlich gewachsen sind.

Tabelle 1: Beschäftigte im Bereich sozialer Dienstleistungen im westlichen Bundesgebiet 1980 - 1995

| Dienstleistungsbereich | 1980 | 1995 | Veränderung |
|--------------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Kinder-/Altenheime u.ä. | 193.148 | 401.902 | +108,1% |
| Gesundheit/Veterinär | 997.563 | 1.580.375 | +58,4% |
| Hygienische Einrichtungen u.ä. | 80.230 | 122.747 | +53,0% |
| Wohlfahrtsverbände, Parteien | 133.682 | 307.682 | +130,2% |
| Schulen, Hochschulen | 416.820 | 472.234 | +13,3% |
| sonstige Bildungsstätten | 172.978 | 291.233 | +68,4% |
| Kirchen, religiöse Vereine | 101.204 | 161.831 | +59,9% |
| Gesamt | 2.095.625 | 3.338.004 | +59,3% |

Quelle: application & support 1996, eigene Berechnungen

Ob der positive Entwicklungstrend sich in Zukunft fortsetzen wird, ist ungewiß. Skeptisch stimmt, daß die öffentlichen und halböffentlichen Mittel für Gesundheit und Soziales derzeit auf dem Prüfstand stehen. Zuversicht kann daraus gezogen werden, daß der Bedarf an gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten - vor allem aus demographischen Gründen - wachsen wird. Für Optimismus spricht auch, daß in den nächsten Jahren erhebliche Fortschritte in der Prävention, Diagnose und Behandlung sowie bei Betreuung und Unterstützung erzielt werden können und daß das Interesse der Menschen, von diesen Fortschritten zu profitieren, groß sein wird.

Ob es zu einem weiteren Wachstum der Gesundheitswirtschaft kommt, wird einerseits von der Entwicklung bei den öffentlichen und halböffentlichen Gesundheitsausgaben und damit von der Politik mitentschieden. Andererseits wird die Zukunft dieses Wirtschaftsbereichs aber vor allem auch von ihm selbst abhängen: von den Strategien und der Leistungsfähigkeit seiner Unternehmen. Gerade vor dem Hintergrund der Rationierung öffentlicher und halböffentlicher Gesundheitsausgaben werden die Perspektiven sehr vieler Gesundheitsanbieter stärker als heute davon abhängen, inwieweit sie ihre Produkte und Dienstleistungen attraktiver und kundenorientierter, wirksamer und kostengünstiger anbieten.

Bessere Leistungen und höhere Effizienz werden gleichermaßen die entscheidenden Ansatzpunkte dafür sein, daß wachsende Teile der Bevölkerung bereit sind, größer werdende Teile ihrer privat verfügbaren Mittel für Lebensqualität und Gesundheit auszugeben. Zumindest für erhebliche Teile unserer Gesellschaft ist auch mittel- und langfristig - trotz der allgegenwärtigen Krisenangst - mit erheblichen Spielräumen bei der Verwendung des verfügbaren Einkommens zu rechnen. Allerdings werden diese Mittel vor dem Hintergrund steigender Sozialabgaben nur dann zu mobilisieren sein, wenn für den Einzelnen ein deutlicher Zusatznutzen der angebotenen Leistungen gegenüber öffentlichen und halböffentlichen Basisangeboten erkennbar ist.

Auch der soziale Wandel in unserer Gesellschaft läßt den Rückschluß zu, daß in Zukunft mit einem größeren Interesse an marktlich oder staatlich angebotenen sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu rechnen ist. Vorsorge, Pflege, Freizeit, Nahrung und Genuß - all dies sind Bereiche, die traditionell eher in Eigenregie bzw. von Familien, Nachbarschaften oder Vereinen ausgefüllt wurden. Es ist aber kaum anzuzweifeln, daß die Ressourcen für das individuelle, familiäre und gemeinschaftliche Engagement schwinden. Ursachen hierfür sind vor allem, daß die Institutionen Ehe und Familie brüchig geworden sind, Frauen zunehmend einem Beruf nachgehen und das moderne Arbeitsleben selbst den Beschäftigten immer mehr Mobilität abverlangt.

Das Ringen um Wettbewerbsvorteile, Effizienz und neue Ressourcen wird parallel gehen zu einem Wandel bei den Arbeitsschwerpunkten und Dienstleistungsstrategien. In der Fachdiskussion werden die Trends mit dem Terminus „Primärversorgung“ zusammengefaßt. Damit ist gemeint, daß

- sich das Gewicht der kurativen Akutmedizin relativieren wird und statt dessen Prävention, die Behandlung chronischer Krankheiten, Betreuung, Pflege, Unterstützung und Aktivierung an Bedeutung gewinnen werden.
- ambulante, gemeindenahе und haushaltsbezogene Dienstleistungsangebote die stationären Angebote ergänzen, z.T. aber auch ersetzen werden.

- die bisherige Abschottung und Sprachlosigkeit zwischen den verschiedenen medizinischen Angeboten einer stärker patienten- bzw. kundenorientierten Ausrichtung und Zusammenfassung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen weichen muß.

Darüber hinaus, und dies wird in den gesundheitswissenschaftlichen Zukunftsdiskursen bislang zu selten thematisiert, wird das synergetische Potential von Gesundheit und benachbarten Branchen - wie Sport, Freizeit, Tourismus, Nahrung und Genuß, Bildung, Lifestyle - wachsen. Bislang sind Gesundheitsdienstleistungen in den Augen vieler Kunden negativ besetzt, weil sie automatisch mit körperlichen, sozialen oder psychischen Beeinträchtigungen in Zusammenhang gebracht werden. Eine positive Zuordnung kann entstehen, wenn Gesundheitsdienstleistungen mit Vorstellungen von einem aktiven Gesundheitsverhalten, einer Investition in die eigene Zukunft korrespondieren. Verschiedene Entwicklungstrends zeigen, daß Gesundheit privates Kapital mobilisieren kann, wenn damit Spaß, Genuß und Status verbunden werden. Die Fitness- und Wellnessbewegung in den USA ist hierfür genauso ein Beispiel, wie die vor zehn Jahren noch für unwahrscheinlich hoch gehaltenen Umsätze mit ökologischen Nahrungs- und Genußmitteln.

2. Erneuerungsbedarf in der beruflichen Bildung im Bereich Gesundheit und Soziales

Die Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft erfordert auch eine Erneuerung der beruflichen Bildung in diesem Wirtschaftszweig. Die Neuorientierungen sind zum einen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken zu tragen. Mindestens genauso wichtig werden aber die anderen Gesundheitsfachberufe¹ sein, die derzeit mindestens drei Viertel des in diesen Wirtschaftsfeldern tätigen Personals ausmachen. Bereits heute wird von den Arzthelfenden, den Kranken- und Altenpflegenden usw. der „Löwenanteil“ aller Kundenkontakte der Gesundheits- und Sozialwirtschaft gepflegt. In einer auf Effizienz, Wirksamkeit, Kundenorientierung, Synergie und Integration ausgerichteten Zukunft wird das Gewicht solcher Gesundheitsfachberufe noch steigen. Die Kompetenzen und die Bereitschaft zum Engagement dieser Berufsgruppen werden sowohl über die Qualität der zukünftigen Gesundheitsversorgung als auch über die Wachstums- und Beschäftigungschancen dieser Bereiche mitentscheiden.

Tabelle 2: Berufstätige in ausgewählten Gesundheitsberufen im Bundesgebiet im Jahr 1995

¹ Die „Gesundheitsfachberufe“, z.B. Krankenschwestern und -pfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätassistentinnen und assistenten, werden häufig auch unter anderen Sammelbezeichnungen geführt, beispielsweise „nicht-ärztliche Gesundheitsberufe“ oder „übrige Gesundheitsdienstberufe“. Hier wird der Begriff „Gesundheitsfachberufe“ verwendet, weil damit eine eigenständige Fachlichkeit unterstellt wird und das Spektrum der einbezogenen Berufe umfassend ist. Siehe hierzu Bals, Thomas (1996): Der Strukturwandel im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf die Tätigkeitsfelder der Berufsgruppen. Vortrags-Manuskript. Universität Osnabrück.

| Berufsbezeichnung | Berufstätige |
|--|---------------------|
| Ärztinnen/Ärzte | 273.880 |
| Zahnärztinnen/-ärzte | 60.616 |
| Apotheker/-innen | 44.696 |
| Heilpraktiker/-innen | 12.000 |
| Masseur/-innen, Krankengymnast/-innen u.ä. | 96.000 |
| Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungshelfer | 679.000 |
| Helfer/-innen in der Krankenpflege | 139.000 |
| Diätassistent/-innen, pharmazeutisch-technische Assistent/-innen | 39.000 |
| Sprechstundenhelfer/-innen | 394.000 |
| Medizinisch-technische Assistent/-innen u.ä. | 100.000 |
| sonstige therapeutische Berufe | 30.000 |

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1996

Die Modernisierung der Gesundheitsfachberufe ist in den letzten Jahren deutlich zu kurz gekommen. Eine der wichtigsten Ursachen dafür ist, daß die Berufsausbildung für die meisten dieser Berufe außerhalb der gängigen Regulierungssysteme verankert ist. In der Regel werden Berufsausbildungen entweder im Sinne des dualen Systems nach dem Berufsbildungsgesetz als anerkannte Ausbildungsberufe organisiert oder sie sind als sogenannte Schulberufe im Rahmen der Länderschulgesetze verfaßt. Viele Gesundheitsfachberufe nehmen dem gegenüber eine Sonderstellung ein, weil sie auf eigenständigen Berufszulassungsgesetzen beruhen, z.T. auch auf in den Bundesländern unterschiedlichen Regelungen, wie es z.B. bei den Altenpflegeberufen noch immer der Fall ist. Diese Ausnahmestellung hat zu einer Abkoppelung dieses Bereichs von den einschlägigen Modernisierungsdiskussionen und Erneuerungsanstrengungen im sonstigen Berufsbildungssystem der Bundesrepublik Deutschland geführt.

Die daraus resultierenden Probleme werden am deutlichsten, wenn man sich die Vielfalt der Berufe und Ausbildungsgänge vor Augen führt. Das Spektrum reicht von der Arbeitserziehung über die Sprachtherapie und die Diätassistenten bis hin zu den verschiedenen Pflegeberufen. Im dualen Berufsbildungssystem hat sich inzwischen das Konzept des Fachberufs mit breiten Qualifikationsprofilen durchgesetzt. Um die Kooperationsfähigkeit zu steigern sowie die horizontale und vertikale Mobilität zu fördern, sind ehemals isolierte Berufe zu Berufsfeldern zusammengefaßt worden. In den neu geordneten Ausbildungen werden zunächst breite Grundlagen- und Schlüsselqualifikationen vermittelt; berufliche Spezialisierungen sind in eine zweite und/oder dritte Ausbildungsstufe bzw. in die Fort- und Weiterbildung verlagert worden. Musterbeispiele für entsprechende Entwicklungen sind die Einführung eines neuen, integrierten Ausbildungsganges in der Bauwirtschaft im Jahre 1974 und die Neuordnung der industriellen Metallberufe, die 1984 abgeschlossen wurde und bei der ehemals 42 Ausbildungsberufe zu nunmehr sechs Berufen mit 16 unterschiedlichen Fachrichtungen zusammengefaßt wurden.

Trotz vergleichbarer Konstellationen und Anforderungen sind entsprechende Reformen im Gesundheitsbereich bislang ausgeblieben. Entsprechend schlecht - so wird häufig angemahnt - steht es deshalb um die „interprofessionelle Kooperation“ der Gesundheitsfachberufe und die Mobilität zwischen ihnen - eine der Schlüsselressourcen für die Modernisierung. Aus Sicht der Beschäftigten wird beklagt, daß die ausgebliebene Integration die Mobilität zwischen den einzelnen Berufen und Bereichen erschwert. Viele Gesundheitsfachberufe bringen stark bela-

stende Arbeitssituationen mit sich. Dazu gehören erhebliche physische und psychische Anforderungen sowie belastende Arbeitszeiten bei gleichzeitig niedriger Entlohnung und zunehmend schlechterer sozialer Sicherung. Dies führt bei den in diesem Bereich Beschäftigten häufig zum „Burn-Out“ und zu dem Wunsch, sich - zumindest für eine Zeit lang - in einem weniger forderndem oder auch nur einem anderen Arbeitsfeld zu bewegen. Wegen der fehlenden Durchlässigkeit sind solche Entlastungsschritte kaum möglich und zwingen zum Berufsausstieg oder zur völligen beruflichen Neuorientierung - ein Schritt, der sowohl aus Sicht der Beschäftigten als auch aus der der Arbeitgeber eine unnötige Entwertung von Qualifikationsinvestitionen darstellt.

Große Defizite sind auch bei den Aufstiegsmöglichkeiten zu verzeichnen. Wenngleich es bescheidene Karrieremöglichkeiten gibt (z.B. von der normalen Krankenpflege zur Stationsleitung), so ist die Weiterbildung im Sozial- und Gesundheitsbereich noch weit von den systematisierten Aufstiegsfortbildungen in der Industrie und im Handwerk entfernt. Die begrenzten horizontalen und vertikalen Mobilitätschancen der Gesundheitsfachberufe lassen diese als „Sackgassenberufe“ erscheinen.

Effizienz, Qualität und Kundenorientierung, Integration und Synergie - diese Schlüsselherausforderungen für die Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft werden mit den bestehenden Strukturen der beruflichen Bildung in diesem Bereich nicht zu erreichen sein. Durch mehr Integration, durch gemeinsame Ausbildungsinhalte - zumindest in der Grundausbildung - sowie durch gemeinsame Schlüsselqualifikationen wie z.B. die interprofessionelle Kooperationsfähigkeit ist hier für Besserung zu sorgen. Darüber hinaus sind die bestehenden horizontalen und vertikalen Mobilitätswege eher ein „disincentive to engage“ denn ein wirkungsvoller Anreiz. Hier ist der Bedarf an transparenten Weiterbildungs- und Karrierewegen unübersehbar.

3. Reformwege der Gesundheits- und Sozialberufe

Die genannten Probleme und Herausforderungen für die Berufsbildungspolitik im Gesundheits- und Sozialbereich sind bereits seit mehreren Jahrzehnten bekannt. Bewegung ist in die Angelegenheit jedoch erst in den letzten Jahren geraten. Sie findet ihren Ausdruck zum einen darin, daß

- vom Bundesrat ein Gesetzentwurf für eine bundesweite Altenpflegeausbildung vorgelegt wurde. Bislang war die Ausbildung in diesem stark wachsenden Bereich unübersichtlich in den Bundesländern unterschiedlich geregelt.
- der Hauptausschuß des Bundesinstitutes für Berufsbildung die Schaffung eines neuen dualen Ausbildungsberufes für ambulante Pflege (geregelt wie eine Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz) empfiehlt.
- dieselbe Instanz die Etablierung einer breiten beruflichen Grundausbildung im Gesundheitsbereich, eine bessere Qualifizierung des Ausbildungspersonals sowie die Entwicklung beruflicher Karrierewege für die Beschäftigten fordert.

Aus der Perspektive der Berufsbildungsforschung zeichnet sich inzwischen immer klarer eine Perspektive für die Modernisierung der beruflichen Bildung in einigen Kernbereichen der Gesundheits- und Sozialberufe ab. Mittlerweile wird diese Perspektive auch von der Politik

aufgegriffen. Allerdings ist es bislang nicht gelungen, die notwendigen Schritte zur Erneuerung tatsächlich auf den Weg zu bringen. Eine erfolgreiche Gestaltung sozialer Systeme - so lehrt die politische Wissenschaft - basiert auf den Ressourcen Wissen, Konsens und Macht. Im Sozial- und Gesundheitssystem fehlt es insbesondere an den beiden zuletzt genannten Ressourcen - Konsens und Macht.

Die geschilderten Erneuerungsinitiativen sind sowohl aus gesundheits- und sozialpolitischen als auch aus arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten überfällig und begrüßenswert. Allerdings trifft ihre Umsetzung auf vielfältige Schwierigkeiten. Insbesondere das Aufeinandertreffen starker Interessen etablierter Akteure - und damit auch zahlreicher alternativer Vorstellungen über die Zukunft der beruflichen Bildung - haben bislang die notwendigen Neuorientierungen weitgehend verhindert.

4. Integration jenseits der Kernbereiche der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

Die Integration der „klassischen“ Kernbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens kann sicherlich dazu beitragen, den veränderten Berufsanforderungen des Gesundheits- und Sozialwesens besser Rechnung zu tragen und eine höhere berufliche Mobilität zu gewährleisten. Jedoch kommt bei den bisherigen Initiativen u.E. zu kurz, daß zukünftig neben den althergebrachten Gesundheitsberufen zunehmend auch benachbarte Arbeitsbereiche an Relevanz gewinnen, für die ebenfalls Handlungsbedarf bei der beruflichen Bildung besteht.

Gesundheit und Soziales werden in Zukunft weniger die Aufgabe ausdifferenzierter, spezialisierter Institutionen (Krankenhäuser, Heime etc.) sein. Insbesondere Gesundheitserhaltung und -förderung werden stattdessen stärker als bisher Teil des normalen Lebens werden und zu Hause, am Arbeitsplatz oder in anderen, eher alltäglichen Zusammenhängen stattfinden. Diesem Megatrend im Gesundheitssystem könnte man mit einem Ansatz zur Integration von Berufsbildern bzw. zur Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven gerecht werden, der solche Qualifikationen zusammenfaßt, die über das traditionelle Verständnis von Gesundheit, Medizin und Soziales hinausgehen und gezielt auf die Entwicklung synergetischer Potentiale zwischen diesen Branchen einerseits und weiteren wirtschaftlichen und sozialen Bereichen andererseits setzen.

Ein derartiges integratives und innovatives Berufsfeld wird an bereits bestehende Berufe anschließen. Beispiele für Schnittstellen sind die heutigen Arbeitsgebiete der Diätassistenten, der Physiotherapie und der Hauswirtschaft. Es bestehen auch teilweise Anknüpfungspunkte zum Kernbereich der Gesundheitsfachberufe - zur Pflege. Darüber hinaus können individuelle Durchstiege in naheliegende Hoch- und Fachhochschulstudiengänge erleichtert werden, beispielsweise in die Bereiche Oecotrophologie oder Sozialarbeit. Im Gegensatz zu Integrationsanstrengungen, die sich ausschließlich auf den Kernbereich der Gesundheitsfachberufe konzentrieren, hätte die Zusammenführung der benachbarten Bereiche den Vorteil, nicht mit den sehr fest und vielfältig verankerten und damit auch beharrungsfähigen Interessen „über Kreuz“ zu geraten.

Die konkrete Utopie eines solchen neuen Berufsbildes ließe sich möglicherweise in der Sammelbezeichnung „Fachkraft für gesundes Leben“ nach dem Berufsbildungsgesetz zusammenfassen. Nach einer gemeinsamen Grundausbildung im ersten Jahr könnte die Qualifizierung in verschiedene Berufsfelder aufgeteilt werden: z.B. Mobilität und Freizeit, Kommunikation, Leistungsphysiologie, Nahrung und Genuß und Wohnen. In einem dritten Ausbildungsjahr

stünde dann eine Spezialisierung auf ausgewählte Tätigkeitsbereiche an. Für das Berufsfeld Kommunikation wäre dann beispielsweise an Bereiche wie Betreuung und Aktivierung, Kommunikation und Hausnotruf oder Organisation von Selbsthilfe zu denken. In einem weiteren halben Ausbildungsjahr ließen sich eventuell noch Zusatzqualifikationen aneignen, die den Einstieg in etablierte Arbeitsfelder - z.B. das Arbeiten in einem ambulanten Pflegedienst - erleichtern könnten, damit zwischen den Kern- und Peripheriebereichen der Gesundheitsfachbereiche nicht neue „Sprachlosigkeiten“ aufgebaut werden.

Abbildung 1: Duale Berufsausbildung „Fachkraft für gesundes Leben“

| | | | | | | | |
|-----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------|------------------------|--|
| 1. Jahr | Gemeinsame Grundausbildung Gesundheit | | | | | | |
| 2. Jahr | Berufsfeld I Mobilität & Freizeit | Berufsfeld II Kommuni- kation | Berufsfeld III Leistungs- physiologie | Berufsfeld IV Nahrung & Genuß | Berufsfeld V Wohnen | Berufsfeld VI (...) | |
| 3. Jahr | Spezialisierung der einzelnen Berufsfelder | | | | | | |
| 3,5. Jahr | Gemeinsame Berufsvorbereitung/Zusatzqualifikationen an den Schnittstellen „klassischer Gesundheitsfachberufe“ | | | | | | |

Die vielfältigen Anschlußmöglichkeiten an bereits bestehende Berufsbereiche legen einen modularen Aufbau der Ausbildung nahe - vor allem hinsichtlich des Ziels, eine möglichst hohe Anpassungsgeschwindigkeit an die Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu erreichen. Vorhandene Vorqualifikationen könnten die notwendige Ausbildungszeit verkürzen. Durch die zunehmende Spezialisierung der Ausbildungsinhalte ab dem zweiten Ausbildungsjahr könnten außerdem einzelne Module für spezialisierte Fortbildungen verwendet werden.

Im Hinblick auf die potentielle Nachfrage nach „Fachkräften für gesundes Leben“ müssen selbstverständlich noch genauere Bedarfsabschätzungen erfolgen. A priori besteht allerdings keineswegs Grund zu pessimistischen Prognosen. So befindet sich z.B. der gesamte bundesdeutsche Kur- und Heilbäderbereich in einem Umbruch - weg von der sogenannten Sozialkur und bis hin zum Alten- und Gesundheitstourismus; die geeigneten Qualifikationen für eine nachhaltige Entwicklung in diese Richtung sind aber noch nicht verfügbar.