

Peter Ittermann / Karin Scharfenorth

**Soziale Arbeit in der Zukunft
- Billigware oder Qualitätsdienstleistung?**
Herausforderungen und Gestaltungsperspektiven
in Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenhilfe

*Eine Veröffentlichung im Rahmen des WZN-Verbundprojekts
„Zukunft der Arbeit“*

Diskussionspapier Nr. 3

ISSN 0949-4944

Gelsenkirchen 1996

Herausgeber:
Institut Arbeit und Technik
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon: 0209/1707-0
Fax-Nr.: 0209/1707-110

Vorwort

Wir stehen am Beginn tiefgreifender Veränderungen im Arbeitsleben. Es handelt sich um Strukturbrüche, die seit einiger Zeit unter der Überschrift „Zukunft der Arbeit“ kontrovers diskutiert werden. Themen sind u.a.:

- ob Vollbeschäftigung wieder herstellbar oder zu einem „Mythos“ geworden ist,
- wie die Qualität von Arbeit künftig aussehen wird,
- ob der Dienstleistungssektor die „Beschäftigungshoffnung“ des 21. Jahrhunderts sein wird,
- ob und wie unser Sozialstaat umgebaut werden muß,
- wie Erwerbsarbeit bewertet wird und in welchem Verhältnis Erwerbsarbeit und Nichterwerbsarbeit zueinander stehen werden,
- wie sich die Erwerbstätigkeit von Frauen entwickelt und wie bislang unbezahlte Reproduktionsarbeit künftig bewältigt werden wird,
- wie eine Umsteuerung zu ökologischem Wirtschaften möglich ist.

In Zukunftsdiskussionen kann sich kein Beteiligter - wie etwa bei reinen ex post-Analysen - der Handlungsorientierung seines wissenschaftlichen Tuns entziehen. Der Sinn von Zukunftsforschung liegt darin, Schneisen in die Zukunft zu schlagen für eine bewußte und frühzeitige Auseinandersetzung mit absehbaren Risiken und Problemen.

Ein Verbundprojekt des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, an dem sich das Institut Arbeit und Technik in Gelsenkirchen und das Wuppertal Institut für Klima, Umwelt und Energie beteiligen, befaßt sich mit dem Thema „Zukunft der Arbeit“. Dieses Thema erfordert wegen der Vielfalt der bislang unverbunden nebeneinander laufenden Diskussionsstränge eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen verschiedener Disziplinen. Wir danken dem Land Nordrhein-Westfalen für seine Unterstützung dieses Verbundprojekts.

Das Projekt läuft von Mitte 1995 bis Ende 1997. Die in dieser Zeit entstehenden Werkstattberichte und Expertisen enthalten wichtiges Material für den Abschlußbericht. Sie werden in einer Reihe von Diskussionspapieren zur „Zukunft der Arbeit“ vorab veröffentlicht, um diese Ergebnisse frühzeitig der interessierten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Es ist zu erwarten und zu hoffen, daß in dieser Reihe ganz unterschiedliche Meinungen vertreten werden, die die Diskussion anregen. Die Beiträge liegen ausschließlich in der Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Gerhard Bosch, Institut Arbeit und Technik
(Projektleitung)

Zusammenfassung

Personenbezogene soziale Dienstleistungen zeichnen sich seit mehreren Jahren durch überdurchschnittliche Beschäftigungszuwächse aus. Ausgehend von wesentlichen demographischen Entwicklungslinien und einer zunehmenden Bedeutung von Dienstleistungsarbeit werden in dieser Studie aktuelle Trends in den Arbeitsfeldern Kinderbetreuung, Krankenpflege und Altenhilfe nachgezeichnet. Dabei wird ein ambivalentes Bild von professioneller sozialer Arbeit entwickelt: Auf der einen Seite bieten die sozialen Dienstleistungen beachtliche Beschäftigungsperspektiven, auf der anderen Seite sind Betreuungs- und Pflegeberufe derzeit von einer geringen Attraktivität gekennzeichnet. Durch innovative Gestaltungsmaßnahmen können Produktivität und Attraktivität von sozialen Dienstleistungen gesteigert und brachliegende Beschäftigungspotentiale erschlossen werden, so die zentrale These dieser Studie; hierzu werden abschließend Modelle für eine soziale Arbeit in der Zukunft entworfen.

Abstract

Jobs in the social service sector have been characterized for a several years now by increasing employments, which are above-average. Based on important demographic developments and an increasing significance of jobs in the service sector, this study describes recent trends in scopes of work such as child care, nursing and care of the elderly. In doing so an ambivalent image is being developed: On the one hand the social services offer remarkable employment oppotunities, on the other hand caretaking jobs are not attractive at present. Based on the thesis, that by means of innovative and creative measures the productivity ans attractiveness of social services can be increased and unexploited employment potentials developed, this study designs models for a social labour of the future.

INHALT

Soziale Arbeit in der Zukunft - Billigware oder Qualitätsdienstleistung?

	Vorbemerkung	9
1	Die Expansion des tertiären Sektors und die Bedeutung der sozialen Dienste.....	11
2	Entwicklungstrends im Bereich sozialer Dienstleistungen	17
2.1	Ausgewählte Bereiche sozialer Dienstleistungen	18
2.1.1	Betreuung von Kleinkindern: Familie, Tagesmutter oder Kindergarten?	18
2.1.2	Gesundheitsversorgung und Krankenpflege: Ambulante Betreuung statt Klinikaufenthalt?	24
2.1.3	Altenhilfe und Altenpflege: Von ehrenamtlichen und familiären Dienstleistungen zur professionellen Altenbetreuung	32
2.2	Soziale Dienstleistungen zwischen öffentlichen und privat organisierten Angeboten.....	40
3	Modelle und Strategien zur Schaffung attraktiver Arbeitsplätze im Bereich sozialer Dienstleistungen.....	43
3.1	Zukunft der Arbeit in der Kinderbetreuung.....	43
3.2	Zukunft der Arbeit in Gesundheitsversorgung und Krankenpflege.....	48
3.3	Zukunft der Arbeit in der Altenbetreuung	50
4	Resümee und Fazit: Beschäftigungsperspektiven von sozialen Dienstleistungen	54
	Literatur	

Die vorliegende Studie ist unter wesentlicher Beteiligung von Herrn Dr. Josef Hilbert entstanden. Wir möchten uns an dieser Stelle für den intensiven Gedankenaustausch, die konstruktive Kritik und die zahlreichen Beiträge herzlich bedanken, durch die diese Arbeit sehr unterstützt wurde.

P.I. + K.S.

Soziale Arbeit in der Zukunft - Billigware oder Qualitätsdienstleistung?

Vorbemerkung

Die gegenwärtige Beschäftigungssituation in Deutschland - ca. vier Millionen Arbeitslose zu Beginn des Jahres 1996 - zeugt von einem akuten politischen und wirtschaftlichen Handlungsbedarf. Fehlende Beschäftigungsperspektiven im industriellen Sektor bei gleichzeitigen Beschäftigungs- und Produktivitätszuwächsen in vielen Dienstleistungsbranchen haben in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft Diskussionen ausgelöst, welche Wachstumspotentiale der tertiäre Sektor birgt und mit Hilfe welcher innovativen Konzepte und Strategien diese Potentiale für zukünftige Beschäftigungsfelder besser erschlossen werden können.

Der Dienstleistungssektor ist in sich weitgehend heterogen und unstrukturiert. Eine präzise Abgrenzung des tertiären vom industriellen Sektor sowie der verschiedenen Dienstleistungszweige untereinander erweist sich als schwierig. Gleichwohl lassen sich Trends identifizieren: So zeichneten sich innerhalb des Dienstleistungssektors in den letzten 15 Jahren neben den unternehmensbezogenen Dienstleistungen vor allem die personenbezogenen sozialen Dienstleistungen durch große Beschäftigungszuwächse aus.

Die deutlich anwachsende Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen ist vor allem Resultat demographischer Veränderungen. Hinzu kommt, daß Familien - oder besser: Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter - immer weniger dazu in der Lage sind, ihre traditionelle Rolle bei der Unterstützung Alter und Kranker sowie bei der Erziehung und Betreuung junger Menschen wahrzunehmen. Verschiedene Entwicklungen - von der wachsenden Berufstätigkeit von Frauen bis zu den Mobilitätszumutungen des modernen Berufslebens lassen die bisherigen Selbsthilfepotentiale der Familie erodieren. Die Kehrseite dieser Entwicklungen ist der immer größer werdende Bedarf an öffentlich oder privat zu erbringenden sozialen Dienstleistungen; sei es, daß diese die bisherigen familiären Aktivitäten ablösen oder - im Sinne eines "New-Welfare-Mixes" - unterstützen und punktuell entlasten.

Innerhalb dieser Studie wird die These verfolgt, daß sich durch eine innovative Weiterentwicklung der sozialen Dienstleistungen neue Chancen eröffnen, die Attraktivität und Produktivität dieses Bereiches zu verbessern und somit Beschäftigungsperspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Der erste inhaltliche Schwerpunkt der Arbeit wird durch eine grundsätzliche Erörterung von Entwicklungstrends im Dienstleistungssektor gebildet (Teil 2). Daran anknüpfend erfolgt eine Analyse von ausgewählten Bereichen der sozialen Dienste, wobei die Beschäftigungssituation besonders eingehend entwickelt wird (Teil 3). In den Mittelpunkt der Betrachtungen werden die sozial- und gesundheitspflegerischen Dienste *Kinderbetreuung*, *Krankenpflege* und *Altenhilfe* gestellt, da diese Bereiche zum einen den Kernbereich sozialer Dienstleistungsarbeit umreißen und zum anderen in der Vergangenheit beachtliche Wachstumssprünge hinsichtlich Personal und Produktivität vollzogen haben. Diese drei Bereiche werden insbesondere anhand der Fragestellungen betrachtet, welche neuen Entwicklungslinien, Dienstleistungsangebote und Beschäftigungsverhältnisse den jeweiligen Bereich prägen und welche Qualität (und Qualitätsdefizite) die jeweiligen Angebote von Dienstleistungen aufweisen. Welche Vorstellungen, Konzepte und Modelle für die Weiterentwicklung der jeweiligen sozialen Dienstleistungsbereiche bestehen (oder zumindest vorstellbar sind), ist Gegenstand der Ausführungen in Teil 4. Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob mit innovativen Technikeinsatz und mit

Organisationsentwicklung nicht nur mehr wirtschaftliche Effizienz, sondern auch qualitative und attraktive Arbeit geschaffen werden kann.

Die Auseinandersetzung mit den Entwicklungspotentialen bei den sozialen Diensten hat gleichstellungspolitisch eine große Bedeutung. Heute wird vielfach befürchtet, die zukünftigen Arbeitsplätze bei den sozialen Diensten seien typische Frauenarbeitsplätze, die nur wenig Qualifizierung erforderten, schlechte Arbeitsbedingungen böten und unterdurchschnittlich entlohnt seien. Die vorliegende Arbeit versteht sich als ein Beitrag zur Suche nach einem Alternativszenario. Die Hoffnung ist, daß durch Erneuerungen bei den sozialen Diensten nicht nur die Qualität und Effizienz der angebotenen Dienstleistungen steigt, sondern auch neuer Spielraum für attraktive Arbeit entsteht.

Die vorliegende Arbeit ist das erste Werk zur Zukunft der Arbeit bei den sozialen Diensten. Es schildert den Status Quo und sucht nach zukunftsweisenden Strategien. In einer weiteren Ausarbeitung werden Qualifizierungsstrategien untersucht, die die Entwicklung dieses Bereiches unter den angesprochenen Gesichtspunkten - besser, billiger und mit attraktiverer Arbeit - voranbringen könnten. In einer dritten Arbeit sollen darüber hinaus quantitative Szenarien für die Zukunft der Arbeit bei den sozialen Diensten entworfen werden.

1 Die Expansion des tertiären Sektors und die Bedeutung der sozialen Dienste

In den letzten Jahrzehnten hat der Stellenwert des Dienstleistungssektors in der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung - nicht nur der Bundesrepublik Deutschland - kontinuierlich zugenommen. Zum einen finden in den Dienstleistungsbranchen immer mehr Personen Beschäftigung, zum anderen ist in vielen Volkswirtschaften der Beitrag der Dienstleistungen zum Bruttosozialprodukt gestiegen, während sich die Anteile sowohl des landwirtschaftlichen als auch des industriellen Sektors am Nationalprodukt und an der Erwerbstätigkeit verringert haben.

Weltweit¹ arbeiten mittlerweile mehr als die Hälfte aller Beschäftigten im tertiären Sektor. Der Anteil der "Dienstleistenden" stieg gemessen an der Gesamtbeschäftigtenzahl von 1960 bis 1993 weltweit von 43,1% auf 64,1%, in Europa von 36,9% auf 58,2% an (OECD 1995a: 42-43). In einzelnen Ländern liegt dieser Anteil deutlich höher als der Durchschnittswert (vgl. Tabelle 1). In Deutschland waren 1994 ca. 61% im tertiären Bereich beschäftigt² (vgl. Kühl 1995), wobei die Verschmelzung von Industrie- und Dienstleistungsbereichen eine genaue Zuordnung von Tätigkeiten zu den einzelnen Sektoren erschwert.

Tab. 1: Anteil der im tertiären Sektor beschäftigten Personen 1993 (ausgewählte OECD-Länder):

Kanada:	73,2%	Vereinigten Staaten:	73,2%
Großbritannien:	71,6%	Niederlande:	71,5%
Norwegen	71,3%	Schweden:	71,1%

Quelle: OECD 1995a

Gleichzeitig ist der Beitrag des Dienstleistungssektors zum Bruttoinlandsprodukt in den letzten Jahren weltweit angestiegen. So betrug der Anteil des tertiären Sektors am Bruttoinlandsprodukt 1993 in den nordamerikanischen Staaten und in einigen europäischen Ländern (Dänemark, Schweden, Großbritannien, Belgien, Frankreich, Niederlande) über 70%. In Westdeutschland - innerhalb der OECD-Nationen neben Japan und Portugal ein Land mit einem traditionell stark ausgeprägten industriellen Sektor - stieg sein Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 57,3% (1983) auf 62,3% (1992) (alle Daten in: OECD 1995a, vgl. auch DIW 13/1994).

Worauf sind nun die Beschäftigungs- und Produktivitätszuwächse des Dienstleistungssektors zurückzuführen? Hintergründe des steigenden Gewichts von Dienstleistungen sind

- die aus demographischen Veränderungen resultierende steigende Nachfrage von Privathaushalten nach vielfältigen Serviceleistungsangeboten einerseits und
- die zunehmende Bedeutung produktionsnaher Dienstleistungen für die wirtschaftliche Entwicklung von Industrieunternehmen durch veränderte Marktanforderungen und Produktionsgestaltung (Verringerung der Fertigungstiefe, Just-in-time, virtuelles Unternehmen, Outsourcing) andererseits.

¹ OECD-Länder

² Die Beschäftigtenanteile sind in West- und Ostdeutschland in etwa gleich hoch.

Demographische und gesellschaftliche Entwicklungstrends - wie der Wandel von Lebensstilen und -entwürfen hinsichtlich Erwerbstätigkeit und Freizeitgestaltung, die steigende Erwerbsneigung von Frauen, die Erosion des Zusammenlebens in Großfamilien und der Bedeutungsgewinn von Ein- und Zwei-Personen-Haushalten - haben in entwickelten Industrienationen den Bedarf nach einem umfassenden Dienstleistungsangebot anwachsen lassen. Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, die früher im Familienverbund oder in Eigen- und ehrenamtlicher Arbeit ausgeführt wurden (u.a. Erziehung, Ausbildung, soziale und gesundheitliche Pflege und Betreuung, familiäre Planungs- und Beratungsaufgaben, Verpflegung, Reinigungsarbeiten und Freizeitgestaltung), werden heute zunehmend in kommerzieller Form von Fremdpersonen und gewerblichen Anbietern von Dienstleistungen erbracht.

Der Wachstumsdynamik des Dienstleistungssektors liegen in den einzelnen Ländern unterschiedliche gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und beschäftigungspolitische Strategien zugrunde, wenngleich der Zuwachs an Arbeitsplätzen im tertiären Sektor in vielen Ländern eng mit der Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungen verknüpft ist (OECD 1995b: 10-11). So gründet sich das Beschäftigungswachstum in den *Vereinigten Staaten* (1993: 1,9 Millionen) und der hohe Anteil der mit Dienstleistungsaufgaben Beschäftigten nicht nur auf eine hohe Zahl erwerbstätiger Frauen und Teilzeitbeschäftigter, sondern auch auf sogenannte "bad jobs" im Dienstleistungsgewerbe: "Geringe soziale Sicherung in den USA führt zu einem hohen Druck auf Arbeitslose, auch schlecht bezahlte Jobs anzunehmen (...). Zwar gibt es in den USA im Gegensatz zur Bundesrepublik einen Mindestlohn, doch ist dieser sehr niedrig (4,25 \$, rund 40% des Durchschnittslohnes), und die soziale Sicherung bei Arbeitslosigkeit ist sehr knapp bemessen, soweit überhaupt ein Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung besteht" (Schettkat 1994: 369). Dies betrifft insbesondere den Einzelhandel, das Gaststättengewerbe, Wach- und Reinigungsdienste, zunehmend jedoch auch den Bereich von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen.

In den *skandinavischen* Ländern hingegen gehen Beschäftigungswachstum und hoher Stellenwert von Dienstleistungsarbeit auf intensive staatliche Interventionspolitik und Subventionsmaßnahmen zurück. Der hohe Anteil von in Dienstleistungsbereichen beschäftigten Frauen³ in Schweden, Norwegen und Dänemark resultiert vornehmlich aus umfassenden sozialen Leistungen und aus öffentlichen Versorgungsangeboten, die von der Kinder- bis zur Altenbetreuung reichen. Die weitgehende Subventionierung und öffentliche Reglementierung von (sozialen und personenbezogenen) Dienstleistungen haben in den nordeuropäischen Nationen jedoch neben der hohen Steuer- und Abgabenbelastung (IWD 1995a: 148) zu mangelnden "Wahlfreiheiten bezüglich der sozialen Sicherung, der Gesundheitsversorgung und der Altersvorsorge" geführt (Häußermann/Siebel 1995: 72f.).

In *Deutschland* ist die wirtschaftliche Entwicklung generell von einer starken Orientierung an hohen Produktivitäts- und Einkommenssteigerungen geprägt. Innovative Strategien im industriellen Sektor, die durch massiven Technikeinsatz und "Verschlankungs"- und Rationalisierungskonzepte dauerhafte Produktivitätsgewinne gewährleisten sollen, haben jedoch in der jüngeren Vergangenheit die zunehmenden Beschäftigungsprobleme nicht mehr lösen können (Bosch 1994: 257). Die Produktivitätsfixiertheit gepaart mit der Annahme, daß der Dienstleistungsbereich keine Produktivitätserfolge bieten kann, haben bislang dazu geführt, daß der tertiäre Sektor weitgehend "stiefmütterlich" behandelt worden ist und daß die Beschäftigungspotentiale in diesem Bereich bisher weitgehend

³ In Europa sind es einzig die nordeuropäischen Länder (Island, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland), die 1993 eine Frauenerwerbstätigenquote von über 70% aufwiesen.

unberücksichtigt geblieben sind. Neuere Entwicklungstrends bewirken hier jedoch ein Umdenken. Hervorzuheben ist dabei vor allem die "Scherenbewegung" von zwei Trends:

- a) der wachsende Unterstützungsbedarf der steigenden Zahl hochbetagter und oft pflegebedürftiger alter Menschen;
- b) die sinkenden Hilfspotentiale der Familien - oder richtiger: der Ehefrauen, Mütter, Töchter und Schwiegertöchter.

Insbesondere die steigende Frauenerwerbstätigkeit steht dem traditionellen Engagement von Familien bei der Unterstützung und Betreuung alter und kranker Menschen entgegen.

Tab. 2: Frauenerwerbsquote in europäischen Ländern 1983 und 1993

	1983	1993
Schweden	76,6%	75,8%
Norwegen	65,5%	71,0%
USA	61,7%	69,1%
Deutschland*	52,5%	61,4%
Portugal	56,7%	59,4%
Frankreich	54,3%	59,0%
Schweiz	55,2%	58,5%

* alte Bundesländer

Quelle: OECD 1995b: 215

Der Anteil der erwerbstätigen Frauen (an allen Frauen im Alter zwischen 15 und 64) ist von 1973 bis 1993 in den OECD-Ländern von 48,3% auf 61,6% angestiegen, in Europa von 44,7% auf 60,6% (OECD 1995: 215). In den einzelnen Ländern war dabei diese Entwicklung zwischen 1983 und 1993 unterschiedlich (vgl. Tab. 2). Während die skandinavischen Länder auf eine hohe Erwerbsquote von weiblichen Personen verweisen können, ist in anderen europäischen Ländern die Quote berufstätiger Frauen in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich langsamer angewachsen (z.B. Schweiz; Frankreich, Portugal). In der Bundesrepublik Deutschland hatte 1983 jede zweite Frau zwischen 15 und 64 eine berufliche Beschäftigung, bis 1993 stieg der Anteil auf 61,4%.

Aber, die wachsende Erwerbstätigkeit von Frauen erzeugt nicht nur einen steigenden Bedarf bei den sozialen Dienstleistungen. Gleichzeitig ist der Dienstleistungssektor - und hier gerade die familien- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen - auch ein äußerst wichtiger und wachsender Arbeitgeber für Frauen (Häußermann/Siebel 1995: 192). Somit steht die Erwerbstätigkeit von Frauen im Bereich personenbezogener Dienstleistungen in einem Spannungsverhältnis: Zum einen sind diese Berufe Nischen für weibliche Erwerbstätigkeit, zum anderen sind viele der neuen "Jobs", die Frauen in den angesprochenen haushalts- und familiennahen Bereichen übernehmen, wenig attraktiv, d.h. sie erfordern keine anspruchsvolle Ausbildung, sind durch schlechte Arbeitsbedingungen charakterisiert und werden vergleichsweise schlecht entlohnt⁴ (Ulshoefer 1992; Scharfenorth 1995).

⁴ Die Entwicklung von steigender Frauenerwerbstätigkeit und Dienstleistungsarbeit beschränkt sich dabei weitgehend auf Westdeutschland. In den neuen Bundesländern stellt sich die Situation anders dar: Die traditionell hohe Quote von erwerbstätigen Frauen sinkt kontinuierlich ab (73% im Jahre 1993). Parallel dazu steigt die Zahl der Arbeitslosen in den neuen Bundesländern weiter an. Von den ca. 1,2 Mio. Arbeitslosen in Ostdeutschland (1993) waren über 60% weiblich.

Tab. 3: Ausmaß, Anteil und Dynamik weiblicher Erwerbstätigkeit in ausgewählten Dienstleistungsbereichen

	<i>Weibliche Beschäftigte 1993</i>	<i>Anteil* 1993 in %</i>	<i>Weibliche Beschäftigte 1991</i>	<i>Anteil* 1991 in %</i>	<i>Wachstumsdynamik 1987-93 in %</i>
Körperpflege	256.000	88,3	249.000	87,1	+ 16,4
Gesundheitsdienst**	1.332.000	87,0	1.269.000	86,5	+ 51,0
Hauswirtsch./Reinig.	894.000	85,6	933.000	86,5	+ 36,3
Sozialpflege	737.000	85,1	665.000	85,0	+ 121,9
Verwaltung/Büro	3.468.000	70,6	3.557.000	69,9	+ 36,7
Handel/Verkauf	1.769.000	63,7	1.834.000	65,6	+ 37,9

* Anteil der weiblichen Beschäftigten an der Gesamterwerbstätigenzahl im jeweiligen Dienstleistungsbereich

** ohne Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/-innen

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die BR Deutschland 1995; 1994; eigene Berechnungen

Welche Dynamik diese Wachstumsentwicklung nehmen wird und wie sie sich auf diese Anzahl und Qualität der Arbeitsplätze bei den sozialen Diensten niederschlägt, ist allerdings noch offen. Viele Wachstumserwartungen stützen sich derzeit (Mitte der 90er Jahre) darauf, daß die Sozialen Sicherungsetats (von der Pflegeversicherung über die Krankenkassen bis zur Sozialhilfe) die entscheidenden Finanzquellen für soziale Dienste sein werden. Diese Perspektive übersieht allerdings, daß viele potentielle Kunden der sozialen Dienste z.T. über beachtliche private Mittel verfügen, was im besonderen Maß für alte Menschen zutrifft. Bereits heute ist erkennbar, daß sich soziale Dienstleistungsanbieter daran machen, ihre Angebote anspruchsvoller, kostengünstiger und kundenspezifischer zu gestalten, um so das private Ausgabeverhalten in Richtung mehr Lebensqualität zu lenken.

Aus vielen anderen Wirtschaftszweigen ist bekannt, daß Strategien des "Besser-und Billiger-Werden", Strategien zur Produktivitätssteigerung, nicht mit billiger, unattraktiver Arbeit realisiert werden können. Die Frage ist also, ob und unter welchen Bedingungen Strategien zur Produktivitätssteigerung bei den sozialen Diensten nicht nur mehr Arbeitsplätze schaffen können, sondern auch zu Verbesserungen bei der Qualität der Arbeit führen. Gesucht sind also Konzepte, die sowohl anspruchsvolle und kostengünstige Dienstleistungen bereitstellen als auch qualifizierte abwechslungsreiche und ordentlich bezahlte Arbeitsplätze bieten. Sowohl für die Zukunft der Arbeit im Dienstleistungssektor als auch für die Qualität und Effizienz der sozialen Dienste ist die Suche nach entsprechenden Gestaltungsansätzen eine Schlüsselaufgabe höchster Priorität (Bandemer/Hilbert 1995: 16).

2 Entwicklungstrends im Bereich sozialer Dienstleistungen

Die Zahl der Beschäftigten im Bereich sozialer Dienstleistungen genau zu bestimmen, erweist sich als schwierig, da nicht eindeutig festgelegt ist, welche Berufe sich unter dem Begriff "soziale Dienstleistungsarbeit" subsummieren und wie sich dieser Begriff von anderen (z.B. personenbezogenen oder konsumbezogenen Dienstleistungen) trennen läßt⁵. So lassen die einschlägigen Statistiken zu Beschäftigtenzahlen in einzelnen Dienstleistungsbranchen kaum eine vergleichende Analyse zu. Dennoch gilt es als unbestritten, daß der Bereich "soziale Dienstleistungen" von großer Wachstumsdynamik und markanten Zuwächsen in den Beschäftigtenzahlen gekennzeichnet ist⁶. Nach OECD-Zahlen betrug 1993 der Anteil der in gemeinschafts- und personenbezogenen Dienstleistungen Beschäftigten an der Gesamtbeschäftigtenzahl in Westdeutschland bereits ca. 20% (vgl. OECD 1995b, S. 40). Laut Statistischem Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland waren 1992 ca. zwei Millionen Personen in sozialpflegerischen und Gesundheitsdienstberufen beschäftigt und eine weitere Millionen als Lehrer und Pädagogen berufstätig (vgl. Statistisches Bundesamt 1994a: 124). In Nordrhein-Westfalen betrug die Zahl der Beschäftigten in sozialen Dienstleistungsberufen 1994 ca. 866.152 Menschen tätig, 52,7% (absolut: + 118.523) mehr als 1980⁷.

Die Wachstumsdynamik sozialer Dienstleistungen in den letzten zwei Jahrzehnten hat die generelle Ausweitung und Bedeutungszunahme von Dienstleistungsarbeit zusätzlich beschleunigt. So konstatiert das Institut der deutschen Wirtschaft hinsichtlich der allgemeinen Beschäftigungsentwicklung zwischen 1973 und 1993: "Unangefochten an der Spitze liegen Sozial-, Erziehungs- und Gesundheitsberufe. Sie allein waren für 1,75 Mio. zusätzliche Arbeitsplätze gut" (IWD 4.5.'95). Bei insgesamt 3,9 Millionen zusätzlichen Arbeitsplätzen im Dienstleistungssektor (während dieses Zeitraums) entspricht dieser Wert einem Anteil von 45%. Hierbei hat sich die Personaldecke der Verbände der freien Wohlfahrtspflege (hauptamtlich Beschäftigte) seit Beginn der siebziger Jahre mehr als verdoppelt (Rauschenbach/Schilling 1995: 330) und sind die Zahlen von SozialarbeiterInnen und SozialpflegerInnen (Heinze u.a. 1994: 201) und von Kranken- und Altenpflegern (IAB 1995: 5) überproportional angestiegen. Doch selbst dieser Beschäftigungsanstieg in sozialer Dienstleistungen hat die Nachfrage nach vielfältigen Betreuungs- und Pflegeleistungen⁸ nicht kompensieren und einen Personalangel nicht verhindern können.

In der Regel werden bei personenbezogener Dienstleistungsarbeit Eigen-, Gebrauchs- und Erwerbsarbeit miteinander verbunden. "Das gilt auch für den Bereich der Sozial- und

⁵ In dieser Ausarbeitung werden soziale Dienstleistungen als *Unterkategorie* der personenbezogenen Dienstleistungen begriffen. Zu den sozialen Dienstleistungen gehören heterogene Bereiche wie die kommunalen Sozialdienste, Angebote des Bildungs- und Gesundheitswesens, des Erziehungs- und des Rehabilitationssektors und der Pflege. Personenbezogene soziale Dienste umfassen sehr unterschiedliche Handlungsformen: psychosoziale Unterstützung, aber auch Betreuen und Pflegen. (Heinze u.a. 1994: 200). Im folgenden Text sind mit "sozialer Dienstleistungsarbeit" vorrangig kinder-, gesundheits- und altenbezogene Dienstleistungen gemeint.

⁶ Allein zwischen 1980 und 1991 stieg die Zahl der Erwerbstätigen im Bereich "gemeinschafts- und soziale Dienste" in den *Vereinigten Staaten* von 11,5% auf 14%, in *Japan* von 16,1% auf 21,1%, in *Großbritannien* von 6,6% auf 12,1% und in *Deutschland* von 9,2% auf 12,2% (vgl. DIW 13/94: 184ff.).

⁷ vgl. Application&Support/ Institut Arbeit und Technik 1995

⁸ So haben z.B. unzureichende öffentliche Dienstleistungsangebote in sozialen Bereichen verbunden mit dem Bestreben von Betroffenen nach mehr Eigeninitiative und informell organisierter Arbeit zur Ausweitung betroffenenorganisierter Versorgungsdienste geführt: eine stetig wachsende Zahl von Initiativen der Selbsthilfe und Selbstorganisation, die häufig in Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Tätigen von Kirchen und Verbänden agieren (Kranken- und Therapiegruppen, Selbsthilfegruppen alter Menschen, selbstorganisierte Kinderläden und -gärten, etc.) (Hegner 1986: 181). Auch in NRW füllen Selbsthilfegruppen Lücken, die durch Versorgungsdefizite öffentlicher und halböffentlicher Dienste entstanden sind (Heinze u.a. 1994: 206).

Gesundheitsdienste. Dort werden gemäß dem Prinzip der 'sozialen Aktion' (...) formal organisierte und professionalisierte Hilfeangebote oder -leistungen mit selbstorganisierten Aktivitäten der familialen und nachbarschaftlichen Eigenhilfe oder der spontan inszenierten und informell organisierten ehrenamtlichen (Selbst-)Hilfe kombiniert. Dabei arbeiten die bezahlten Helfer (z.B. Ärzte, Sozialarbeiter, Gemeindegewerkschaften, Altenpfleger), die außerhalb ihrer Erwerbsarbeitszeit ebenso wie jede andere Gebrauchsarbeit und partielle Selbstversorgung betreiben, sowohl mit Problembetroffenen als auch mit unbezahlt Helfenden zusammen, von denen zumindestens ein Teil auch noch einer Erwerbsarbeit nachgeht" (Hegner 1986: 180f.).

Der Großteil sozialer Dienstleistungen wird von Frauen in Eigenarbeit erbracht. Dies gilt insbesondere für die Kindererziehung und die Altenpflege. Die Haus- und Familienarbeit und Nicht-Erwerbstätigkeit von Frauen wird durch öffentliche Subventionsmaßnahmen (z.B. Ehegatten-Splitting, Erziehungsgeld) gefördert; auch die Einführung der Pflegeversicherung läßt sich als Schritt in diese Richtung deuten. Von sozialkonservativer Seite wird hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung in sozialen Dienstleistungen denn auch mehr auf die Ausweitung von Eigenarbeit und Ehrenamt gesetzt als auf deren Professionalisierung: Neben der Einführung einer "Sozialzeit" soll eine "Kultur des Helfens" und eine "Infrastruktur ehrenamtlicher Hilfen" geschaffen werden (Fink 1990: 9). Hinzu kommt, daß die Frauen im Beruf die gleichen Aufgaben wiederfinden, "die sie schon als Hausfrauen hatten: Kinder erziehen, Alte pflegen, Saubermachen, kurz: haushalts-, personen- oder konsumbezogene Dienstleistungen. Die Frauen werden zusammen mit ihren traditionellen Tätigkeiten in Markt und Staat integriert" (Häußermann/Siebel 1995: 15).

2.1 Ausgewählte Bereiche sozialer Dienstleistungen

Die professionelle Arbeit im Bereich sozialer Dienstleistungen gilt weitgehend noch als gemeinnütziger "Dienst am Nächsten" und als wenig attraktives Beschäftigungsfeld, welches durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse, mangelhafte Ausbildungsinhalte, geringe Karrierechancen und schlechte Bezahlung in der Praxis gekennzeichnet ist. Im folgenden werden anhand der ausgewählten Aufgabenfelder Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenhilfe/-pflege zum einen Entwicklungsstand und -perspektiven sowie die Nachfrage- und Angebotsituation, zum anderen die Organisationsformen und Beschäftigungsverhältnisse (Ausbildung, Qualifizierung, Entlohnung) in personenbezogenen sozialen Dienstleistungen kurz skizziert.

2.1.1 Betreuung von Kleinkindern: Familie, Tagesmutter oder Kindergarten?

Zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, eine steigende Zahl von Alleinerziehenden und die Erosion familiärer und sozialer Netze bewirken Veränderungen eines Dienstleistungsbereiches, der in der allgemeinen Diskussion um Beschäftigungsentwicklung und Dienstleistungsarbeit bisher wenig Beachtung gefunden hat: die professionelle Betreuung von Kindern im Vorschulalter. Zwar wird der Großteil der Kinder unter drei Jahren von Familienangehörigen und der Kinder bis zu sechs Jahren durch öffentlich-institutionelle Kinderbetreuungsangebote versorgt; dennoch reichen diese Betreuungsformen nicht aus, die aufkommende Diskrepanz zwischen außerfamiliärem Betreuungsbedarf von Kleinkindern und vorhandenen Betreuungsangeboten zu kompensieren.

Zwischen Frauenerwerbstätigkeit, Familienstand und (familien)externer Kinderbetreuung besteht ein enger Zusammenhang, der die Nachfrage nach Betreuungsangeboten für Kleinkinder maßgeblich beeinflusst. Die Erwerbsquote der Frauen im Alter zwischen 15 und 65 lag 1993 in Westdeutschland bei über 60% und in Ostdeutschland bei über 70%. Dabei waren in den alten Bundesländern 67,8% der ledigen Frauen und 55,4% der verheirateten Frauen erwerbstätig⁹ (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft 1994a). Die Erwerbsquote aller Frauen mit Kindern unter 15 Jahren betrug (1991) 58,2% (mit unter sechsjährigen Kindern 50,1%, mit unter dreijährigen Kindern 45,2%). Bei den ledigen Frauen zwischen 15 und 65 war diese Quote erheblich höher (mit Kindern bis 15 J.: 69,9%, mit Kindern bis 6 J.: 65,1%, mit Kindern bis 3 J.: 62%). Die geregelte Teilzeit- oder Vollzeit-Berufstätigkeit von Eltern bzw. Alleinerziehenden mit kleinen Kindern korreliert in hohem Maße mit Möglichkeiten der außerfamiliären bzw. außerhäusigen Kinderbetreuung.

Die Möglichkeiten der professionellen Betreuung von Kleinkindern sind in den europäischen Ländern unterschiedlich ausgeprägt. Abgesehen von dem relativ hohen und stabilen Versorgungsniveau öffentlicher Kinderbetreuung in skandinavischen Ländern (und in Ostdeutschland) läßt sich generell konstatieren, "daß es in ganz Europa nicht genügend von der öffentlichen Hand finanzierte Kinderbetreuungsmöglichkeiten (...) für Kinder unter drei Jahren und Einrichtungen zur Betreuung von Kindern über drei Jahren außerhalb der Unterrichtsstunden gibt" (Moss 1990: 13).

Auch der Landessozialbericht für Nordrhein-Westfalen weist auf Defizite im öffentlichen Versorgungsangebot hin: "Die Organisation der Kinderbetreuung beginnt mit Geburt des Kindes. Selbst bei frühzeitigen Anmeldungen in örtlichen Betreuungseinrichtungen ist bereits mit Ablehnung zu rechnen, da die Kapazitäten auf Jahre ausgelastet sind. Selbst der Status 'alleinerziehend' wirkt sich nicht mehr immer als Kriterium der Bevorzugung aus" (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1994: 98). Die außerhäusige Betreuung von Kindern im Vorschulalter findet überwiegend in öffentlichen Einrichtungen (Kindergärten bzw. Kindertagesstätten) statt und wird von Kindergärtnerinnen und -pflegerinnen sowie Sozialpädagoginnen (Rauschenbach 1990: 292) durchgeführt. Der Versorgungsgrad mit Plätzen in öffentlichen Kindertageseinrichtungen weist in der Bundesrepublik Deutschland deutliche Differenzen in Abhängigkeit vom entsprechenden Alter des Kindes und des jeweiligen Wohnortes der Familie (Gemeinde, Bundesland) auf.

Öffentliche Formen der Kinderbetreuung

Die Zahl von *Krippenplätzen* für unter Dreijährige liegen deutlich unter der Zahl zur Verfügung stehenden Kindergartenplätze: 1992 wurden bundesweit ca. 316.000 öffentliche Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter drei Jahren in Krippen und Krabbelgruppen bereitgestellt, was einem Versorgungsgrad von 12,3% entspricht (Statistisches Bundesamt 1994a, S. 505)¹⁰. Dieser Wert wird jedoch durch die umfassenden Betreuungsmöglichkeiten von Kleinkindern in den *neuen* Bundesländern verzerrt (Versorgungsgrad 1992: 56,3%). In den westlichen Ländern wurden 1992 für lediglich 3,4% (73.000 Kinder unter drei Jahren) der unter dreijährigen Kinder öffentliche Betreuungsmöglichkeiten angeboten, wobei dieses Angebot fast ausschließlich auf sogenannten "Problemgruppen" (Alleinerziehende,

⁹ zur Entwicklung seit 1950 vgl. Merkle 1994: 96

¹⁰ Die Trägerschaft der Kinderkrippenplätze (1990) übernehmen dabei zu 53,6% Kommunen, zu 21,8% freie Vereinigungen (wie Elterninitiativen) und zu 2,3% privat-gewerbliche Einrichtungen. Kirchen und Wohlfahrtsverbände sind hierbei in deutlich geringerer Zahl vertreten als bei den Trägerschaften der Kindergärten.

Einkommensschwache, ausländische Familien u.a.) beschränkt bleibt¹¹. Hinzu kommen weitere Defizite durch regional bedingte Disparitäten: Während in den Großstädten Hamburg und Berlin der Versorgungsgrad mit ca. 10% bzw. ca. 18% deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt (und somit dem tatsächlichen Bedarf in etwa entspricht), weisen einige Bundesländer (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Saarland, Bayern und Nordrhein-Westfalen) eine Versorgungsquote von unter einem Prozentsatz auf (Merkle 1994: 109). Insbesondere in vielen ländlichen Gebieten fehlt eine öffentlich organisierte Form der Kleinkinderbetreuung. So decken fünf Großstädte in Westdeutschland 2/3 des Angebots der zur Verfügung stehenden Krippenplätze ab (davon Berlin: 39,7%; Hamburg 14,6%; Schneider 1988). Für Nordrhein-Westfalen konstatiert der Landessozialbericht: "Die Versorgung von Kleinkindern mit Krippenplätzen ist so gut wie gar nicht gewährleistet. Alleinerziehende sind hier auf die familiäre oder privat finanzierte Kinderbetreuung angewiesen. Letzteres scheitert bei vielen an begrenzten finanziellen Mitteln. Die Nachfrage nach finanziellen Unterstützungen für Tagesmütter wird nicht immer durch Jugend- bzw. Sozialämter unterstützt" (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW 1994: 99).

Neben den unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen in Großstädten und ländlichen Gemeinden lassen sich regionale Diskrepanzen in der Versorgung mit Krippenplätzen auf kontroverse ideologische und sozialpolitische Diskussionen und Werthaltungen hinsichtlich einer außerfamiliären Betreuung von Kleinkindern zurückführen. Die Einsicht zur Notwendigkeit von Angeboten außerhäusiger Kleinkinderbetreuung hat sich in vielen Regionen nicht durchgesetzt, vielmehr "gilt die Kinderkrippe auch heute noch als 'Notfalleinrichtung' für Kinder aus Familien, deren Potential zur selbständigen Kindererziehung aus verschiedensten Gründen als kompensationsbedürftig erachtet wird" (Merkle 1994: 110)¹². Zwar muß dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) zufolge bis 1996 (1999) das Angebot an Krippen- und Hortplätzen "dem Bedarf nach" angepaßt werden; unklar jedoch bleibt, wie quantitative und qualitative Veränderungen des bestehenden Angebots im einzelnen aussehen könnten. Notwendig scheint nicht nur die zahlenmäßige Ausweitung von Plätzen und Einrichtungen, sondern auch der Personaldecke: Bereits 1990 hatte im Kinderkrippenbereich eine Mitarbeiterin im Durchschnitt vier Kinder zu betreuen, die einseitige Ausweitung des Platzangebotes würde dieses Verhältnis nur zum Nachteil von Betreuerinnen, Kindern und Eltern verändern.

Die öffentlichen Anstrengungen zur Gewährleistung der außerfamiliären Betreuung und Erziehung von Vorschulkindern konzentrieren sich auf die Instanz Kindergarten. Die Bemühungen der Bundesregierung in den Ländern eine 100% Versorgung mit Kindergartenplätzen zu gewährleisten, konnten bisher nicht realisiert werden. Der von der Bundesregierung gefaßte Beschluß, ab 1996 einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für Kinder ab drei Jahren zu gewährleisten, konnte (in den Ländern) nicht verwirklicht werden. Die Realisierung des Rechtsanspruchs ist auf das Jahr 1999 verschoben worden. Zur Zeit scheinen Bund und Länder noch weit davon entfernt, jedem Kind ab drei Jahren einen Kindergartenplatz zur Verfügung stellen zu können. 1992 wurden im

¹¹ Keine eindeutigen Zahlen liegen in Bezug auf den *tatsächlichen* Bedarf an Betreuungsmöglichkeiten für unter Dreijährige vor (Krippen, Krabbelgruppen, etc.). Schätzungen zufolge werden für ca. 20 bis 30 % der Kinder unter drei Jahren Betreuungsmöglichkeiten gesucht.

¹² Ähnliches wie für das Angebot mit Krippenplätzen gilt für die Versorgung mit Hortplätzen bzw. einer Ganztagesbetreuung (vgl. Merkle 1994: 109). Hier liegt der Versorgungsgrad in Deutschland bei 4,4% (1990), bei ähnlichen regionalen Disparitäten (NRW: 3,2%; Niedersachsen: 2,3%; Hamburg: 19,6%; Berlin: 28,5%).

Bundesdurchschnitt für 72,5% der 3 bis 8jährigen ein Kindergartenplatz angeboten¹³ (Statistisches Bundesamt 1994a). Insgesamt besuchten zu dieser Zeit zwar 89,5% der 5-6jährigen, aber lediglich 44% der 3-4jährigen Kinder einen Kindergarten. Auch hier lassen sich starke regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebots an Kindergarten- und -tagesstättenplätzen ausmachen: Während in den neuen Bundesländern ein Versorgungsgrad von nahezu 100% erreicht wird (ebd.: 505), stehen in den alten Bundesländern nur für zwei von drei Kindern Tagesstättenplätze zur Verfügung.

In den Ländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen und Saarland kann zwar seit einigen Jahren für jedes Kind zwischen 3 und 6 Jahren ein Kindergartenplatz bereitgestellt werden; die meisten Plätze werden jedoch doppelt (vor-/nachmittags) belegt. Große Defizite in der Versorgung mit Kindergartenplätzen weisen die nördlichen Bundesländer auf: So können Schleswig-Holstein, Hamburg und Niedersachsen nur der Hälfte aller Kinder zwischen drei und sechs Jahren einen Kindergartenplatz anbieten¹⁴. Diese regionalen Disparitäten haben in der Vergangenheit zu einer Chancen-Ungleichheit in der Versorgung geführt mit der Benachteiligung alleinerziehender und finanzschwacher Eltern(teile): So ist für Eltern und Kinder entscheidend, "wo die Familie wohnt, ob sie überhaupt einen Kindergartenplatz bekommt, ob sie einen Platz schon für das dreijährige oder erst für das fünfjährige Kind bekommt, ob das Kind vormittags, nachmittags oder ganztags den Kindergarten besuchen kann, ob der Kindergarten in der Nähe oder aber nur mit weiten Fahrwegen zu erreichen ist" (Colberg-Schrader 1991: 76).

In Nordrhein-Westfalen stehen für 75% der Kinder ab drei Jahren Kindergartenplätze zur Verfügung¹⁵. Die Schaffung neuer Plätze stellt viele Kommunen vor schier unlösbare Aufgaben. "Die Revierstädte sind in Not: Sie können den Kindergarten-Rechtsanspruch zum 1.1.1996 für alle Dreijährigen nicht einlösen" (WAZ v. 20.10.1995). So fehlen in den Großstädten Nordrhein-Westfalens mehrere tausend Kindergartenplätze. Die größte Hürde zum Neu- bzw. Ausbau von Kindergärten sind fehlende Finanzierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Investitions- bzw. Betriebskosten, zumal von den Städten und Gemeinden eine fehlende finanzielle Unterstützung durch Bund und Länder bemängelt wird¹⁶.

Entwicklungstrends in der professionellen Kinderbetreuungsarbeit

1993 waren ca. 250.000 Personen als pädagogisch qualifizierte Fachkräfte (Erzieherinnen, Kindergärtnerinnen und -pflegerinnen, Sozialpädagoginnen) im Elementarbereich in den alten Bundesländern tätig, hinzu kommen ca. 73.000 Personen in Ostdeutschland. Der Frauenanteil betrug dabei 97 % (Kahle/Dippelhofer-Stiem 1994: 111). An die Arbeit der

¹³ Die Zahlen zur Versorgung mit Kindergartenplätzen sagen dabei nicht zwangsläufig etwas über den tatsächlichen Versorgungsgrad mit Kindergartenplätzen aus: Aus unterschiedlichen Gründen können von Eltern und Kindern nicht alle angebotenen Plätze wahrgenommen werden.

¹⁴ Jedoch weisen Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen wiederum einen höheren Anteil an Ganztageseinrichtungen (mit Mittagsversorgung) als andere Bundesländer auf. In Berlin beträgt dieser Anteil nahezu 100 %.

¹⁵ 1990 existierten in NRW 384.229 Plätze in 6.217 Kindergärten und 828 Plätze in 46 Kinderkrippen (Statistisches Jahrbuch NRW 1994: 501f.)

¹⁶ Die Kindertagesstätten werden überwiegend durch öffentliche Zuschüsse finanziert. Dabei wird bundesweit ca. ein Drittel der Einrichtungen von öffentlichen/kommunalen Trägern betrieben. In Nordrhein-Westfalen beträgt dieser Anteil lediglich 22%, weitere 12% der Kindergärten werden von Wohlfahrtsverbänden geleitet. Neben einer marginalen Zahl von in privater Trägerschaft stehenden Tagesstätten gehören zwei Drittel der Kindergärten der katholischen oder evangelischen Landeskirche (42% katholische; 23% evangelische Einrichtungen in NRW) an. Da im KJHG die Förderung der Versorgung mit Kindergartenplätzen durch nicht-öffentliche Träger vorgesehen ist (§4, Abs. 2), hat sich die Trägerschaft von Kindergärten durch Kirchen, Verbänden (und privaten Institutionen) etabliert.

Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen in den Institutionen werden hohe Erwartungen herangetragen: Die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Elternteilen, veränderte Ansprüche der Kinder, die Übernahme zusätzlicher Aufgaben (Mithilfe beim Kochen, Reinigung, Disposition und Organisation), die eigene Weiterbildung, Übernahme der Dienste erkrankter Mitarbeiterinnen und Hausbesuche müssen miteinander koordiniert werden (Karsten 1991a: 82)¹⁷. Hinzu kommen neue pädagogische Richtlinien und Erkenntnisse, die die Anforderungen an Ausbildung, Qualifikation und Tätigkeit der Kinderpflegerinnen und Erzieherinnen erhöhen.

Modelle, die auf die Behebung der Probleme der Arbeitsgestaltung und -organisation und der anforderungsgerechten Entwicklung von den Berufsfeldern in der Kinderbetreuung abzielen, sind zwar zahlreich vorhanden, haben sich bisher jedoch als wenig umsetzungsfähig erwiesen (Karsten 1991b: 229f.). Die zentrale Entwicklungslinie in der öffentlich-professionellen Kinderbetreuung bleibt: "Qualifizierung der Erziehungspersonen für immer mehr und immer neue Aufgaben in der formal unveränderten Ausbildung" (Karsten 1991a: 87). Doch die mangelnde Anrechnung von Berufserfahrungen und Verstetigung von Arbeits- und Vergütungsstufen führen zur Zeit eher zu "Sackgassen" als zu Perspektiven in der professionellen Arbeit von Erzieherinnen oder Kinderpflegerinnen. Hohe und steigende Anforderungen an die Kinderbetreuerinnen lassen die Attraktivität des Berufsfeldes sinken und tragen zur kurzen Verweildauer der Berufstätigen bei ("Burn-Out-Syndrom"; Kupka 1991: 239f.)

Privat organisierte Formen der Kinderbetreuung

Die öffentlichen Angebote an Kinderkrippen für die unter Dreijährigen, an Tagesstätten und Horte für ältere Kinder reichen nicht aus, den aktuellen Bedarf und die Qualitätsanforderungen an eine (familien)externe Kinderbetreuung anforderungsgerecht abzudecken. Zwar wird der Ausbau von Kindergartenplätzen weiter forciert, "viele Familien wünschen jedoch eine Unterstützung ihrer Erziehungsarbeit durch ein ausreichendes und qualitativ gutes Angebot an außerhäusiger Betreuung auch schon für Kinder, die noch nicht alt genug sind, den Kindergarten zu besuchen" (Binder 1995: 1). Für die Mehrzahl der Frauen ist ein Angebot von umfassenden Leistungen zur Kinderbetreuung hinsichtlich der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung jedoch von grundlegender Bedeutung. "Die Frage nach der Kinderbetreuung stellt sich heute zugespitzt am Ende des Erziehungsurlaubs: Ein großer Teil der Frauen sieht sich gezwungen, die Berufstätigkeit aufzugeben, weil keine geeigneten Kinderbetreuungsmöglichkeiten gefunden werden" (Colberg-Schrader 1991: 77).

Die Koordination von familiärer und externer Kinderbetreuung und -erziehung ist insbesondere für Alleinerziehende ein zentrales Problem, da diese in weitaus höherem Maße auf eine berufliche Betätigung neben der Kinderbetreuung angewiesen sind. Die Verbindung von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung erweist sich jedoch in der Praxis nicht selten als schwierig: "Eine unabhängige Versorgungssituation scheitert oder wird wird

¹⁷ Nicht selten führt dieses zu hohen Belastungen in der Kinderbetreuungsarbeit. In einer Studie des Instituts Frau und Gesellschaft zur Erziehungsarbeit in Kindergärten Niedersachsens (vgl. Kahle/Dippelhofer-Stiem 1994) bemängeln die Betroffenen die zunehmende Belastung und Arbeitsanforderungen. Stresssituationen durch zusätzliche arbeitsinhaltliche Anforderungen, die fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Berufsbilder von Erzieherin und Kinderpflegerin, arbeitsorganisatorische Defizite (z.B. hinsichtlich Teamarbeit) sowie die Beeinflussung durch vorgegebene Richtlinien und der (konfessionell gebundenen) Trägerschaft - so daß "die Vorstellungen von pädagogischen Leitbildern und deren Umsetzung in der Praxis bei einem Teil der Eltern und Erzieherinnen mitunter nicht übereinstimmen" (ebd. S. 114) - führen zu Problemsituationen in der Kinderbetreuungsarbeit.

maßgeblich durch mangelnde Betreuungseinrichtungen behindert. Eine Verschärfung tritt besonders hervor, wenn keine zusätzlichen, notfalls spontan abrufbaren Unterstützungen durch Eltern, Freunde oder Bekannte möglich sind, oder die Alleinerziehenden in ländlichen Gebieten wohnen" (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1994a). So greifen Eltern, alleinerziehende Mütter und Väter zunehmend auf Alternativlösungen in der Kinderbetreuung zurück.

Das unzureichende öffentliche Versorgungsangebot an Unterbringungsplätzen, fehlende "kunden"-orientierte Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen, finanzielle und zeitliche Belastungen und hohe Koordinierungsanforderungen - verbunden mit der kontinuierlich steigenden Zahl von alleinerziehenden und berufstätigen Müttern (und Vätern) - haben den Markt der privat organisierten Kinderbetreuung in den letzten Jahren stetig anwachsen lassen. Neben den in Eigeninitiative von Eltern gegründeten Kinderläden und Tageseinrichtungen, Eltern-Kind- und Selbsthilfegruppen und privat-informell organisierten Betreuungsverhältnissen - durch Verwandte, Nachbarn und Freunde (vgl. Tabelle 4) - haben sich privat finanzierte Beschäftigungsformen zur Kinderbetreuung (insbesondere der Kinder, die keinen Kindergarten besuchen) als Ergänzung oder Ersatz öffentlicher Angebote etabliert: Tagesmütter, Kinderfrauen, Babysitter, StudentInnen, SchülerInnen, RentnerInnen u.a. (im folgenden zusammenfassend "Tagesmütter" genannt, d.V.) übernehmen gegen Bezahlung die (stundenweise) Versorgung von Kleinkindern; hierdurch hat sich im Bereich nicht-öffentlicher Kinderbetreuung ein unüberschaubarer "grauer Markt" entwickelt.

Tab. 4: Betreuung von Kindern außerhalb ihrer Familien*

<i>Betreuungspersonen</i>	<i>Kinder unter drei Jahren</i>	<i>Kinder zwischen drei und sieben Jahren</i>
Tagesstätte	1,7	64,5
Verwandte	15,7	16,0
Freunde	2,7	4,0
Babysitter/Tagesmutter	1,3	2,4
Zusammen	21,4	86,9

* in Relation zur Gesamtzahl der Kinder der entsprechenden Altersgruppe, alle Angaben in Prozent
Quelle: Merkle 1994: 138 (Zahlen von 1987)

Die Zahl von bezahlten Tagesmüttern in der Bundesrepublik oder in Nordrhein-Westfalen genauer zu bestimmen, ist kaum möglich, da es sich zumeist um inoffizielle, temporäre Beschäftigungsverhältnisse handelt. Die Grenze zwischen ehrenamtlich freiwilliger und bezahlter Beschäftigung ist fließend. Beschäftigungsverhältnisse werden in der Regel weder den Jugendämtern noch den Sozialversicherungsträgern gemeldet. So kommt das "Europäische Netz der Kinderbetreuungsformen der Kommission der Europäischen Gemeinschaften" hinsichtlich der privaten Kinderbetreuung in Deutschland zu dem ernüchternden Schluß: "Es gibt keinerlei Informationen über die Anzahl Tagesmütter und die von ihnen betreuten Kinder" (Moss 1990: 19). Bei einem Vergleich von Daten des Statistischen Bundesamtes zum Angebot von Kindergartenplätzen (1990) mit den Basisdaten des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP von 1990) von außerhäusig betreuten Kindern im Kindergartenalter läßt sich die Differenz zwischen den Daten als Einsatz von Tagesmüttern und anderen Kinderbetreuerinnen deuten (Binder 1995: 3f.). Demnach ergibt sich ein hoher Anteil von nicht öffentlicher außerhäusiger Betreuung in den Großstädten

Hamburg und Berlin. Für Nordrhein-Westfalen beträgt dieser Anteil 10%, für die Bundesrepublik (alte Länder) ca. 9% (ebd.: 4). Da in den Statistiken zur Kinderbetreuung keine Angaben dazu vorhanden sind, wieviele der angebotenen Kindergartenplätze auch tatsächlich in Anspruch genommen werden (können) und wieviele der unter Dreijährigen von bezahlten Tagesmüttern oder unentgeltlich von Personen aus dem familiären Umfeld betreut werden, lassen auch diese Zahlen keine genaue Analyse des Umfangs bezahlter privater Kinderbetreuung zu¹⁸. Einer Schätzung des Deutschen Jugendinstituts zufolge entspricht die Zahl der Betreuungsplätze bei Tagesmüttern in etwa der Anzahl an Krippenplätzen (Schneider 1988), die Anzahl der nicht bei den Jugendämtern registrierten Tagesmütter wird auf ein Drittel der registrierten Tagesmütter geschätzt. Demnach würden ca. 100.000 Kinder in Deutschland von Tagesmüttern betreut. Indizien deuten jedoch darauf hin, daß diese Zahl zu niedrig angesetzt ist.

Die Beschäftigung von Tagesmüttern entsteht in der Regel durch informelle Kontakte (Empfehlungen von Bekannten, Zeitungsanzeigen, schwarze Bretter u.ä.). Einige der arbeitssuchenden Tagesmütter und Kinderfrauen sind selbst - alleinerziehende - Mütter, die einen Nebenerwerb benötigen. Die Arbeitszeiten der Tagesmütter richten sich nach dem Bedarf und werden individuell und flexibel gestaltet. Die Kosten für die Betreuung durch Tagesmütter sind dabei weitgehend uneinheitlich. Eine Studie zur Kinderbetreuung in der Stadt Münster hat ergeben, daß die Eltern/Mütter monatlich zwischen 500 und 900 DM für die Betreuung ihres Kindes aufbringen mußten (Rode/Wilke 1991: 92). Diese Werte scheinen jedoch eher eine Untergrenze der realen Kosten darzustellen¹⁹. Zu den relativ hohen Kosten (insbesondere für Alleinerziehende²⁰) summiert sich ein Unsicherheitsfaktor für die Eltern(teile) hinsichtlich der Qualität und Kontinuität der Betreuungsleistungen. Urlaubszeiten, krankheitsbedingte Ausfälle und sonstige Abwesenheitszeiten der Betreuerinnen lassen sich nicht ohne weiteres adäquat ausgleichen. Die Ausbildung und Befähigungen von Tagesmüttern zur Kinderbetreuung sind in höchstem Maße unterschiedlich und entsprechen nicht immer den Vorstellungen der Betreuungssuchenden.

Aber auch für die betreuenden Personen sind diese Beschäftigungsverhältnisse von mehreren Unsicherheitsfaktoren geprägt. Die Arbeitsverhältnisse sind in der Regel temporär und diskontinuierlich und sind durch eine fehlende soziale Absicherung (hinsichtlich

¹⁸ Bezeichnend hierfür ist der Vergleich der Zahlen für das Land Baden-Württemberg. So weisen die Zahlen des SOEP den Anteil der vier- bis siebenjährigen Kinder, die außerhäusig betreut werden, mit 4,1% geringer aus als der Versorgungsgrad der in diesem Bundesland zur Verfügung stehenden Kindergartenplätze. Es werden **demnach** weniger Kinder außerhäusig betreut (incl. Tagesmütter u.a.(!)) als nach den öffentlichen Angeboten betreut werden könnten.

¹⁹ Wird der Fall angenommen, daß eine alleinerziehende Mutter auf eine Teilzeitbeschäftigung auch in den ersten Jahren ihres Kindes angewiesen ist, und eine Kinderbetreuung für mindestens 4 Stunden am Tag bzw. 20 Stunden in der Woche sucht, müßte sie bereits bei einem Stundenlohn von 6 DM (!) der Tagesmutter monatlich ca. 500 DM aufbringen. Bei einem Stundenlohn von 10 DM würden bereits 800 bis 900 DM anfallen. In der Praxis übersteigt die von Eltern und Alleinerziehenden aufzubringenden Kosten für die außerhäusige Betreuung durch Zusatzkosten und sonstige Auslagen nicht selten die 1000 DM-Grenze; auch wenn bei gegenwärtigen Betreuungsverhältnissen der Stundenlohn für Tagesmütter u.ä. nicht selten unter 10 DM liegt.

²⁰ Alleinerziehende und einkommenschwache Mütter sind häufig auf eine Berufstätigkeit - auch während der ersten Lebensjahre des Kindes - angewiesen. Ein halbwegs sicheres Beschäftigungsverhältnis erfordert die Möglichkeit einer anderweitigen Unterbringung des Kindes. Der Rückgriff auf bezahlte Betreuungsarbeit ist mit einem hohen Kostenaufwand verbunden, so daß ein beachtlicher Teil des erzielten Einkommens der Mütter (und Väter) in die Betreuungsleistungen investiert werden. Geringe Stundenlöhne und ungesicherte Arbeitsverhältnisse im Bereich nicht-öffentlicher Kinderbetreuung hingegen führen wiederum zu Problemsituationen für die Tagesmütter und Kinderfrauen.

Arbeitslosen- und Rentenversicherung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Kündigungsschutz, etc.) und eine geringe Entlohnung gekennzeichnet.

Strategien, die auf eine Verbesserung der Arbeit und Dienstleistungsqualität der privat organisierten Kinderbetreuung abzielen und die vorhandene Beschäftigungspotentiale nutzen wollen, die dieser Bereich sozialer Dienstleistungsarbeit bietet, müssen demnach zwei Aspekte berücksichtigen: Zum einen sollte es Alleinerziehenden und Eltern durch ergänzende Formen der Kinderbetreuung ermöglicht werden, den eigenen Unterhalt selbständig zu bestreiten und einer gesicherten Erwerbstätigkeit nachzugehen; zum anderen muß der Bereich privater Kinderbetreuung durch Tagesmütter und Kinderfrauen neu erfasst und strukturiert werden, so daß die Beschäftigungsverhältnisse hinsichtlich Arbeitsinhalten und -organisation, der Entlohnung und sozialer Absicherung deutlich verbessert werden (vgl. Abschnitt 3.1).

2.1.2 Gesundheitsversorgung und Krankenpflege: Ambulante Betreuung statt Klinikaufenthalt?

Frage- und Problemstellungen des Gesundheitswesens stehen immer wieder im Zentrum sozialpolitischer, ökonomischer und wissenschaftlicher Debatten. Modellvorschläge und Strategien zur Kostendämpfung und zur quantitativen und qualitativen Verbesserung des Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung werden regelmäßig diskutiert. Durch grundlegende Veränderungsprozesse sollen vorhandene Organisationsstrukturen effizienter und flexibler gestaltet werden und die Konstellationen zwischen den beteiligten Akteuren (Ärzte, Krankenhäuser, Patienten, Krankenkassen, Pflegepersonal, ambulante Dienste, staatliche Akteure, etc) neu konturiert werden. So wird das Gesundheitswesen von unzähligen Diskussionen z.B. um Strukturveränderungen und Privatisierungsvorhaben, Gesetzesinitiativen (Gesundheitsreformgesetz 1989, Gesundheitsstrukturgesetz 1993, Pflegeversicherung 1995), Ärzteschwemmen und Pflegenotstand, innovative Finanzierungs-, Kostendämpfungs- und Abrechnungsmodelle, Markt- und Wettbewerbsorientierung von Gesundheitsdienstleistungen, um die Entwicklung von häuslicher Eigenarbeit und Selbsthilfe, Professionalisierung und Qualifizierung von Gesundheitsdiensten und -berufen sowie um Vor- und Nachteile von präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen und von Schul- und Alternativmedizin geprägt. Im folgenden stehen vorrangig die Beschäftigungsverhältnisse in der Krankenpflege und im Gesundheitsdienst im Mittelpunkt der Betrachtungen unter besonderer Berücksichtigung neuerer Entwicklungslinien und zukünftiger Arbeitsperspektiven im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen: Ärzteschwemmen und Pflegenotstand?

Die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland wird in der Bevölkerung in vielerlei Hinsicht als mangelhaft angesehen. "Unser Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt, dennoch steht es um den öffentlichen Ruf der Medizin heute nicht zum besten" (Wagner 1995: 266). Im Zentrum der vielfältigen Kritik stehen folgende Punkte:

- Demographische Entwicklungslinien (steigender Anteil älterer Menschen und chronisch Kranker in der Bevölkerung) bedingen den quantitativen Ausbau vorhandener Gesundheitsdienste, die zur Zeit von Engpässen und Betreuungsdefiziten in Pflege und Behandlung geprägt sind.
- Ein steigendes Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung und eine forcierte gesundheitsbezogene Aufklärung (z.B. zu Krebserkrankungen, Aids, Herz- und Kreislaufkrankheiten, etc.) einerseits und qualitative Mängel in Krankenpflege und ärztlicher Betreuung haben die Ansprüche und Erwartungen an die medizinischen

- Versorgung deutlich erhöht. Hierzu zählt in erster Linie die Leistungserweiterung im Bereich präventiv-medizinischer und rehabilitativer Maßnahmen (Krämer 1991).
- Ansteigende Kosten im Gesundheitswesen, Undurchschaubarkeit und Selbstimmunisierung der Medizin bei steigender Ökonomisierung und eine fragwürdige Vielfalt von Medikamenten und Arzneimitteln haben Fragen nach Effizienz und Bedarfsorientierung von medizinischer Versorgung aufgeworfen, die Rationalisierungs- und Effizienzsteigerungsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung fordern und die eine notwendige "Fragilisierung" des Gesundheitssystems betonen.
 - Schließlich wird die Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen kritisiert, insbesondere hinsichtlich des Überangebots an ärztlichem Personal und der Probleme der Rekrutierung von Pflegekräften.

Die beruflichen Tätigkeiten der Gesundheitsdienstleistungen werden in der Regel in zwei Bereiche unterteilt: zum einen in den Bereich der ärztlichen Berufe - sichere und attraktive Beschäftigungsverhältnisse mit überdurchschnittlichen Einkommensmöglichkeiten - , der sich in der Vergangenheit durch ein Überangebot an ausgebildeten (jungen) Ärzten und Ärztinnen auszeichnete, zum anderen in den Bereich von nicht-ärztlichen Berufen (u.a. Krankenschwestern und -pfleger, Sprechstundenhelferinnen, Therapeuten, Krankengymnasten), der durch einen hohen Personalbedarf gekennzeichnet ist.

1993 betrug die Zahl der Ärzte in Deutschland 259.981²¹, davon waren 55.697 in Nordrhein-Westfalen tätig (Statistisches Jahrbuch 1994: 466); auf je 10.000 Einwohner kamen 1993 im Durchschnitt ca. 32 Ärzte. Seit Beginn dieses Jahrzehnts stieg die Zahl der Ärzte jährlich durchschnittlich um ca. 3 % an. Von den ca. 260.000 Ärzten in Deutschland arbeiteten 48% (124.591) in Krankenhäusern, 41% (107.376) als niedergelassene Ärzte und 11% in sonstiger ärztlicher Tätigkeit (z.B. bei Behörden). Von den hauptamtlichen Ärzten in Krankenhäusern waren 1992 ca. 1/3 weiblich und 2/3 männlich.

Außer den Ärzten/Ärztinnen sind im Gesundheitswesen eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen beschäftigt. Neben dem Pflegepersonal, den Sprechstundenhilfen und den medizinisch-technischen und Laborassistenten subsumieren sich unter dem Begriff nicht-ärztlichen Personals Fachkräfte, die in der Therapeutik, Krankengymnastik und -massage, im Operationsdienst, in der Anästhesie, in der Ambulanz, in (heil)pädagogischen Disziplinen, in der Geburtshilfe u.a.m. tätig sind. 1993 waren in Deutschland über 1,5 Millionen Personen im Gesundheitswesen beschäftigt, darunter ca. 700.000 Krankenschwestern und -pfleger, ca. 130.000 Helfer und Helferinnen in der Krankenpflege und ca. 420.000 Sprechstundenhelferinnen²² (Bundesministerium für Gesundheit 1995: 191). In Nordrhein-Westfalen waren 1990 allein in den 530 Krankenhäusern über 100.000 Personen in der professionellen Pflege beschäftigt (Rosenbrock 1992: 64). Der Frauenanteil am nichtärztlichen Personal betrug 1992 bundesweit -im Gegensatz zur Quote bei den Ärzten- über 80% (vgl. Tabelle 5).

²¹ Einschließlich Ärzten im Praktikum, ohne Zahn- und Tierärzte

²² Immerhin werden 7,3% aller Frauen zu Arzthelferinnen ausgebildet

Tab. 5: Personal im Gesundheitswesen und in Krankenhäusern 1992 (ohne Ärzte)

	<i>Nicht-ärztliches Personal im Gesundheitswesen</i>			
	gesamt	weiblich	männlich	
<i>Insgesamt</i>	1.482.000	1.285.000	197.000	
<i>darunter:</i>				
Krankenschwester/ Krankenpfleger	698.000	602.000	95.000	
Krankengymnasten Masseur u.ä.	102.000	69.000	32.000	
Sprechstunden-/ Arzthelferinnen	399.000	393.000	6.000	
<i>in Krankenhäusern:</i>				<i>in Teilzeit</i>
Krankenschwestern Krankenpfleger	293.207	255.748	37.459	75.525 (25,8%)
Krankenpflegehelfer	32.593	27.498	5.095	9.239 (28,3%)
Krankengymnasten, Masseur u.ä.	18.733	14.689	4.044	3.942 (21,0%)
Funktionsdienst*	91.303	18.733	72.570	20.595 (22,6%)

* Funktionsdienst: OP-Assistenten, Amnästhesisten, etc.

Quelle: Statistisches Jahrbuch der BR Deutschland 1994: 467 u. 471; eigene Berechnungen

Die Diskrepanz zwischen Arztberufen und nicht-ärztlichen Professionen spiegelt sich deutlich in der Einkommensverteilung wieder: 1990 verdienten 72,5 % aller Ärzte über 3.000 DM netto monatlich, darunter 54% über 4.000 DM. Über 5.000 DM erhielten 38% der Ärzte und 55,4% aller Zahnärzte. Die geringsten Einkommen hingegen werden in arzt helfenden und pflegerischen Berufe erzielt. An der "Spitze" stehen die Apothekenhelferinnen: "Insgesamt 90,2% der Beschäftigten dieses Berufs sind in einer Einkommensklasse unter 2.000 DM angesiedelt. Einen ähnlich hohen Anteilswert erreichen auch die Arzthelferinnen (88,2%) und die Krankenpflegehelferinnen (87,2%)" (Nahr 1991: 49). Auch die Einkommen von examinierten Krankenschwestern und -pflegern liegen deutlich unter dem Gehalt ausgebildeter Mediziner: Eine Krankenschwester verdiente 1994 (nach ihrem Examen) ca. 2.100 DM netto. "Ein 30jähriger, lediger Stationsleiter - der praktisch am Ende der 'normalen' Aufstiegsmöglichkeiten steht - verdient jedoch gerade einmal 400 DM mehr" (Bräutigam 1995: 11). Von den Krankenpflegern und -schwestern müssen (nicht zuletzt aufgrund einer hohen Quote von Teilzeitbeschäftigten) rund ein Viertel (27,5%) mit weniger als 1.000 DM monatlich auskommen. So ist wenig verwunderlich, wenn die defizitäre Einkommenssituation von vielen Krankenschwestern und -pflegern als Hauptgrund angegeben wird, warum sie ihren Beruf gewechselt haben bzw. einen Wechsel anstreben.

Personalmangel durch fehlende Attraktivität von Krankenpflegeberufen

Neben der Bezahlung sind Arbeitszeiten und Organisationsformen sowie die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Krankenpflege defizitär. Schicht- und Wochenenddienste mit Wochenarbeitszeiten von über 50 Stunden, berufs fremde Arbeiten, psychische und physische Belastungen, mangelnde Aufstiegs- und berufliche Einsatzmöglichkeiten kennzeichnen die Problemstellungen der Krankenpflegeberufe. Fehlende gesellschaftliche Anerkennung und ungünstige Arbeitsbedingungen haben dazu geführt, daß in der Krankenpflege ein personeller Mangel entstanden ist, der - quasi konträr zur "Ärztenschwemme" - einen erheblichen Bedarf an fachlich ausgebildeten Pflegekräften

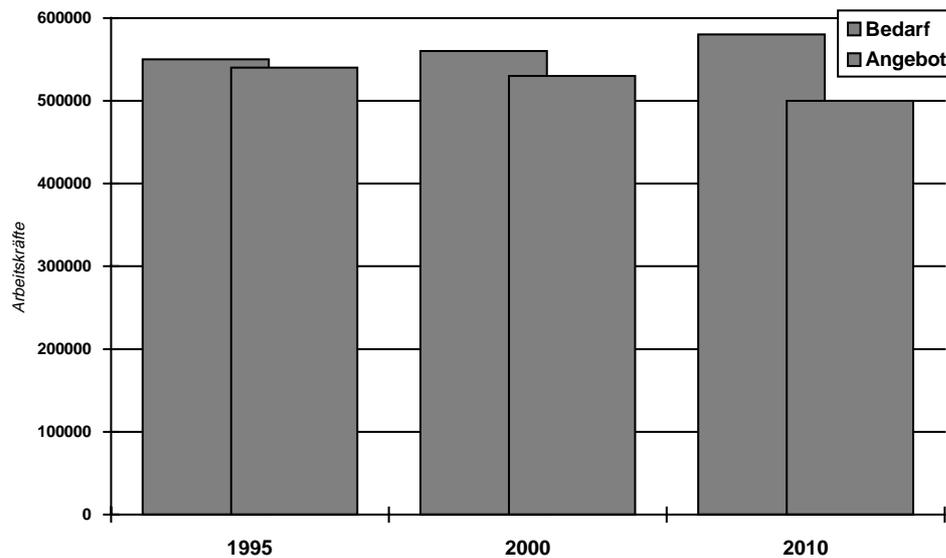
hervorgerufen hat sowohl bei der stationären Betreuungsarbeit in Krankenhäusern wie bei ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen. Verstärkt wird die Nachfrage nach Krankenschwestern und -pflegern durch die steigende Zahl von chronisch Kranken und (Langzeit-)Pflegefällen.

Die Personalprobleme in der Krankenpflege wurden zunächst in Krankenhäusern und Kliniken sichtbar, wo ungünstige Arbeitsbedingungen und -zeiten zu Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Pflegefachkräften geführt haben. Die Zahl des sich in Ausbildung befindlichen Pflegepersonals (in stationären Einrichtungen) ist seit 1988 rückläufig (Bundesministerium für Gesundheit 1995: 193). Durch die zunehmende Bedeutung der Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich hat sich die Personalproblematik auch auf die Pflegedienste und Sozialstationen übertragen. In vielen wohlfahrtlichen und privat-gewerblichen Pflegediensten wird fachfremdes und "pflegegeeignetes" Aushilfspersonal zur Bewältigung der Arbeitsaufgaben eingesetzt. Die Folge für die Pflegebedürftigen sind nicht selten Qualitätseinbußen in den Pflegedienstleistungen.

Die Anzahl der Pflegekräfte je 10.000 Einwohner ist in Deutschland weitaus geringer als in anderen europäischen (Nachbar-)staaten (Bräutigam 1995: 4). Die sinkende Zahl des Potentials an Krankenpflegekräften einerseits und der steigende Pflegebedarf andererseits (Bäcker 1995: 361f.) bewirken, daß "sich Angebot und Nachfrage auf dem Teilarbeitsmarkt der Krankenpflege auseinander (entwickeln)" (Prognos/Dornier 1989: 138). Nach Angaben des Bundesinstituts für berufliche Bildung fehlten 1991 bereits ca. 60.000 Pflegekräfte alleine in stationären Einrichtungen (Meifort 1995b). Aufgrund der Zunahme an Pflegebedürftigen, der Intensivierung der Krankenpflegearbeit, der demographischen Entwicklung und der hohen Fluktuation bzw. niedrigen Verweildauer in Krankenpflegeberufen errechnen Rosenbrock u.a. einen Fehlbestand, der insgesamt "bei konservativen Schätzungen mittelfristig allein 160.000 Krankenpflegekräfte" beträgt und in den andere Pflegebereiche nicht mit eingerechnet sind (Rosenbrock u.a. 1992: 67f.). Zwar hat sich die Zahl der Pflegekräfte in den achtziger Jahren verdoppelt (Meifort 1995a: 60); die Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach Krankenschwestern und -pflegern und Krankenpflege-Hilfspersonal (u.a. Pflegehelfer und Zivildienstleistende²³) einerseits und dem Angebot an vermittelbarem Personal andererseits ist jedoch größer geworden. Einer Vorausschätzung zufolge werden im Jahre 2010 nahezu 100.000 Stellen allein in der Krankenpflege unbesetzt bleiben (vgl. Abbildung).

²³ Der jüngste Beschluß zur weiteren Verkürzung der (Wehr-) und Zivildienstzeit auf (10) 13 Monate wird zusätzliche Problemstellungen in der Krankenpflege bewirken.

Abbildung: Bedarf und Angebot in der Krankenpflege: Arbeitsmarktlücke 1995-2000-2010



Quelle: Prognos/Dornier 1989

Ein deutliches Indiz für die mangelhafte Attraktivität der Pflegeberufe "ist die mit durchschnittlich ca. 3 bis 5 Jahren extrem kurze Verweildauer im Pflegeberuf" (Bals 1993: 39). Die hohe personelle Fluktuation in der Krankenpflege gründet sich nicht zuletzt auf fehlende berufliche Perspektiven. An die dreijährige Grundausbildung von Krankenschwestern und -pflegern (in Krankenhäusern/Sozialstationen und Krankenpflegesschulen) schließen sich zwar Möglichkeiten einer zusätzlichen Spezialisierung, der Übernahme von Leitungsaufgaben (Stations- oder Pflegedienstleitung) und von Tätigkeiten im Ausbildungsbereich an, damit sind jedoch die wesentlichen Beschäftigungsperspektiven genannt. Die berufliche Mobilität innerhalb der Gesundheitsfachberufe ist gering. Krankenpflegeberufe werden als "Folge der geringen Verwertbarkeit der erworbenen Qualifikationen in anderen Wirtschaftszweigen und der erwähnten internen Abschottung der Gesundheitsfachberufe untereinander" zu "Sackgassenberufen" (ebd. S. 46).

Gesundheitsdienstleistungen stationärer und ambulanter Einrichtungen

Personalmangel, steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und die expandierenden Kosten der Gesundheitsversorgung haben in der Vergangenheit die Frage nach innovativen Wegen und Strategien zur qualitativen Verbesserung der stationären und ambulanten Betreuung von Kranken und Pflegebedürftigen aufgeworfen. Die Forderung nach einer Gewichtsverlagerung von kurativen zu präventiven Leistungen ist nach wie vor Gegenstand vieler Diskussionen. Unter den vielfältigen Strategien zur Kostendämpfung im Gesundheitssystem nehmen die Bemühungen zur Privatisierung und Effizienzsteigerung von Gesundheitsdienstleistungen eine zentrale Rolle ein: "Dabei geht man von der Annahme aus, daß unser Gesundheitswesen unter Markt- und Wettbewerbsbedingungen besser und kostengünstiger funktionieren soll, in dem Hilfeempfänger zu Kunden gemacht werden, die am offenen Markt des Gesundheitswesens ihr individuelles Pflegepaket auswählen, ordern und einkaufen" (Klein 1995: 826). Kliniken und stationäre Einrichtungen werden in Wirtschaftsunternehmen transformiert, die sich durch effiziente Organisationsgestaltung,

innovative Arbeitsstrukturen und die Erstellung kostengünstiger und kundenorientierter Angebote auszeichnen sollen.

Die medizinische Versorgung und Pflege von kranken und behinderten Menschen verlagert sich immer mehr in den Bereich von ambulanten Kliniken und Pflegediensten. Krankenhausaufenthalte werden weiter verkürzt, so daß die durchschnittliche Verweildauer in den Kliniken von 22 Pflagetagen (1970) auf 15 Pflagetage (1993) gesunken ist (Bundesministerium für Gesundheit 1995: 225). Insbesondere seit der Einführung der Pflegeversicherung werden die traditionellen Anbieter von ambulanten Pflegedienstleistungen (Dienste von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden) mit Marktveränderungen konfrontiert. Der Konkurrenzdruck durch private Anbieter hat zugenommen und der Markt der Pflege- und Gesundheitsversorgung ist von einer hohen Dynamik und Fluktuation gekennzeichnet: Private ambulante Kliniken und medizinische Facheinrichtungen drängen auf den Markt; Pflegedienste werden neu gegründet und wieder geschlossen. Trägerschaften werden neu organisiert und es gründen sich zunehmend Selbsthilfegruppen. Krankenkassen und Verbraucherverbände üben dabei zunehmenden Einfluß auf die Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen aus. Die Neuorganisation von stationären Versorgungsangeboten, die Veränderung ambulanter Pflegedienste und Sozialstationen zu multifunktionalen Dienstleistungszentren und die Verbesserung der Überleitung von stationärer zu ambulanter Betreuung mit dem Abbau von Schnittstellenproblematiken sind Entwicklungsprozesse, die mit Auswirkungen auf die Personalsituation und die Beschäftigungsverhältnisse verbunden sind. Es eröffnen sich Chancen, die (Pflege-)Arbeit im Gesundheitswesen mit attraktiveren Aufgabenfeldern und neuen Arbeitsinhalten auszustatten (s. Abschnitt 3.2).

Mitarbeiterorientierte Organisationsentwicklung und innovativer Technikeinsatz

Personal- und Organisationsentwicklung stationärer und ambulanter Einrichtungen werden zu zentralen Elementen der Neugestaltung der Gesundheitsversorgung. Innovative Formen der Arbeitsorganisation sind gefragt. Von Seite der Krankenkassen wie z.B. der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) wird "die Bildung überschaubarer Pflageteams gefordert, als Voraussetzung für die Qualität der Leistungserbringung" (Kronseider 1995: 244). Durch Teamarbeit sollen Personaleinsatz optimiert, Leitungskräfte entlastet, Selbständigkeit und Hierarchieabbau gefördert, Arbeitsbedingungen verbessert, die Arbeitseffizienz erhöht und Arbeitserfolge erzielt werden (ebd.: 259). In der ambulanten Pflege bedeutet das, von der Patientenbetreuung durch einzelne Krankenschwestern und -pflager Abstand zu nehmen und diese verstärkt Pflageteams zu übertragen²⁴. Durch die Bildung von Arbeitsgruppen und die Verwendung arbeitsorganisatorischer Techniken und teamorganisierter Arbeitseinsätze wird die Orientierung zu einer ganzheitlichen Patientenbetreuung erleichtert. Auch zur Auseinandersetzung mit technologischen Innovationen (z.B. Telemedizin, rechnergestützte Pflegedokumentation) bietet sich die Bildung von Arbeitsgruppen an.

Gruppenarbeit in der Gesundheitsversorgung findet nicht nur im Pflegedienst, sondern auch bei niedergelassenen Ärzten Verwendung, z.B. zur Sicherung von Qualitätsstandards der ambulanten Betreuung. So haben neben anderen Formen des Qualitätsmanagements die

²⁴ Diese Form der Gruppenarbeit in Pflege und Betreuung wird z.B. in einer Einrichtung für ambulante Kinderkrankenpflege praktiziert. "Einmal wöchentlich werden in der Dienstbesprechung die Informationen über die Pflegebedürftigen ausgetauscht, damit alle für die Wochenenddienste informiert sind und den Pflegeverlauf bei allen PatientInnen kennen. Dieser Austausch der Pflagerinnen wird auch dazu genutzt, betriebsinterne Fortbildungen selbst zu organisieren. An einem in der Praxis auftretenden Fall werden beispielsweise ein seltenes Krankheitsbild und entsprechende Notwendigkeiten der Pflege vorgestellt" (o.V. in: Häusliche Pflege 9/95: 685).

von Industrieunternehmen übertragenen Qualitätszirkel an Bedeutung gewonnen, "um die bereits bekannten Verfahren zur Qualitätssicherung einzelner diagnostischer und therapeutischer Leistungen um ein Verfahren zur Qualitätssicherung von inhaltlich komplexen und zeitlich ausgedehnten Behandlungsprozessen zu ergänzen" (Häussler 1995: 36). Dabei bilden ärztliche Qualitätszirkel keine "Teams" im eigentlichen Sinne, wie sie als Arbeitsgruppen von Beschäftigten in Industrieunternehmen bekannt geworden sind: "Das zentrale Ziel eines ärztlichen Qualitätszirkels im Sinne einer Peer-review-Gruppe besteht dagegen darin, Abweichungen des ärztlichen Handelns von diagnostisch-therapeutischen Leitlinien zu identifizieren und daraus eine Steigerung der Qualifikation der Teilnehmer herbeizuführen" (ebd.: 37).

Nicht nur in ambulanten, sondern auch in vielen stationären Einrichtungen werden innovative Formen von Arbeits- und Organisationsgestaltung erprobt und Modelle zur Neugestaltung von Ärzte-, Pflege- und Verwaltungshierarchien entwickelt (Lindner u.a. 1995). Durch die "Entwicklung und Erprobung beteiligungsorientierter Organisationsmodelle zur Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhauspflegebereich" (Brinkmann/Skrotzki 1994) sollen neue Wege in der Arbeitsgestaltung und Patientenbetreuung in Kliniken beschritten werden. Neben der Pflege wird auch "die Leitungsarbeit im Krankenhaus (...) zunehmend zum Thema. Die Trägerorganisationen der Krankenhäuser geben sich neue Leitungsstrukturen und berufen neue Manager. Die Angebote an Qualifizierungsprogrammen für Führungskräfte vermehren sich sprunghaft (...)" (Grossmann 1993: 302; vgl. auch Großmann/Prammer 1995).

Neben innovativen Arbeitsorganisationsformen hat die Technologieentwicklung im Gesundheitswesen zu einschneidenden Veränderungen in ambulanter und stationärer medizinischer Betreuung und in der Arbeitsgestaltung von Ärzten und Pflegepersonal geführt. Durch telemedizinische Innovationen und neue Formen informationstechnologischer Vernetzung wird für die Zukunft die Effizienz- und Qualitätssteigerung von Gesundheitsdienstleistungen angestrebt. Künftig sollen ärztliche Befunde und Untersuchungsergebnisse zwischen Ärzten und Spezialisten, Kliniken und medizintechnischen Labors übermittelt und somit eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Erstellung von Diagnosen durch den möglichen Rückgriff auf fundierte Datenquellen und Informationskontrollsysteme geschaffen werden. Darüber hinaus werden in virtuellen Operationssälen und Computersimulationen operative Eingriffe und die Einsatzmöglichkeiten computergesteuerter Roboter in der Medizin abgeschätzt. Ärzte sollen in Zukunft auf "Multimedia-Patientenakten" zurückgreifen, per Computer und Videoschirm Analysen und Expertenmeinungen abrufen und an "Videokonferenzen" teilnehmen (vgl. FAZ v. 10.5.95). Eine weitgehende Vernetzung der Vertreter, Instanzen und Interessengruppen aller Bereiche im Gesundheitswesen wird für die nächsten Jahre angestrebt: "Medizinsysteme mit Breitenwirkung sollen die etwa 110.000 niedergelassenen Ärzte, 18.000 Apotheken, 3.000 Kliniken, 1.500 Radiologen, 300 Labors und schließlich auch die Krankenkassen in Deutschland zu einem riesigen Datennetz verweben" (Koch in SZ v. 20.04.1995).

Die Ausweitung des Technologieinsatzes im Gesundheitswesen beinhaltet zum einen Chancen zur Erweiterung von Arbeitsinhalten und zur Neugestaltung vorhandener Beschäftigungsverhältnisse in stationären und ambulanten Einrichtungen, zum anderen auch Risiken: Neben Problemstellungen des Datenschutzes bzw. -mißbrauches stellt sich die Frage, welche negativen Konsequenzen aus der Verwendung von innovativen Technologien auf die Erstellung kundenorientierter Gesundheitsdienstleistungen und auf die Arbeitssituationen und -bedingungen der Beschäftigten resultieren können. Die Gesundheitsversorgung als soziale Dienstleistung ist von einer engen Beziehung zwischen Anbietern (Personal) und Kunden (Patienten) geprägt. Wenn Technologie und Telemedizin

nicht zur Substituierung, sondern zur Unterstützung humaner Arbeit eingesetzt werden, kann die Effizienz und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen verbessert und den Erwartungen der Kunden besser entsprochen werden. So äußert sich der Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes Hans Jürgen Ahrens: "Wir haben großes Interesse daran, daß AOK-Versicherte uneingeschränkt am medizinischen Fortschritt teilhaben und Zugang zur Hightech-Medizin erhalten" (H. J. Ahrens 1995 in: Die Ortskrankenkasse, Heft 7-8: 225). Durch gezielten Technikeinsatz und Organisationsgestaltung öffnen sich Möglichkeiten, "Leistungen vernünftiger und wirtschaftlicher zu erbringen" (H. J. Ahrens in: SZ v. 2./3. Dezember 1995: 33).

Insgesamt bieten sich im Gesundheitswesen Beschäftigungspotentiale und zahlreiche Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung von Gesundheitsdienstleistungen und zur Attraktivitätssteigerung von Pflegeberufen (vgl. Abschnitt 3.2). Erforderlich ist - um die Qualität der Gesundheitsversorgung weiter zu erhöhen - die Intensivierung von präventiven und rehabilitativen medizinischen Maßnahmen und die stärkere Annäherung von Schul- und Alternativmedizin. Innovative Technologien, neue Pflegestandards und Dienstleistungen, Veränderungsmaßnahmen in der Ausbildung von Pflegekräften (Öffnung der abgeschotteten Gesundheitsfachberufe und steigende Akademisierung) sowie stärkere Kunden- und Kooperationsorientierung im Gesundheitswesen könnten dieses zu einem führenden Wirtschaftsbereich machen, der auch über nationale Grenzen hinaus tätig werden könnte. Der "Export von Gesundheitsdienstleistungen" würde für einen weiteren Beschäftigungsbedarf sorgen.

2.1.3 Altenhilfe und Altenpflege: Von ehrenamtlichen und familiären Dienstleistungen zur professionellen Altenbetreuung?

Altenhilfe und Altenpflege avancieren seit einiger Zeit zu einem zentralen Bereich sozialer Dienstleistungsarbeit. Hierfür zeichnet sich zum einem die demographische Entwicklung verantwortlich - steigende Zahlen älterer Personen in der Bundesrepublik bei gleichzeitiger Erosion familiärer und informeller Unterstützungsnetze - zum anderen die sich wandelnden "Kunden-"bedürfnisse. So haben sich die Erwartungen an die Versorgung und Lebenssituation im Alter verändert: Weitgehende Selbständigkeit und langer Verbleib in einer vertrauten Umgebung, Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensstandards auch im Alter und hohe Qualitätsansprüche an Versorgungs- und Pflegedienstleistungen prägen die Erwartungshaltungen vieler älterer Menschen. Jedoch hat sich in der Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegeleistungen und dem Angebot an vermittelbarem Personal entwickelt (vgl. 2.1.2). Wie in der Krankenpflege sind auch in der Altenpflege unattraktive Beschäftigungsverhältnisse die Regel, die in erster Linie von Frauen wahrgenommen werden. Reformvorschläge und Lösungsmodelle zur Verbesserung von Altenhilfe und Altenpflegearbeit reichen von der Förderung der traditionellen Eigenarbeit und ehrenamtlichen Tätigkeiten bis zur intensiven und umfassenden Professionalisierung der Altenpflege.

Der Wunsch nach weitgehender Selbständigkeit und Autonomie im Alter bestimmt die Lebensplanung vieler Menschen. Mangelhafte Betreuungsstandards in einigen Alten(pflege-)heimen und geriatrischen Einrichtungen, die weder den Vorstellungen der zu betreuenden Personen noch denen des dort tätigen Pflegepersonals entsprechen, eine fehlende Kunden-/Patientenorientierung und die fehlende Integration von Alteneinrichtungen in Wohnumfeld und sozio-kulturelles Geschehen machen eine Heimunterbringung zunehmend unattraktiv und bewirken Forderungen nach dem Ausbau

von professionellen ambulanten Versorgungsangeboten für Ältere. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die Tatsache, daß immer weniger Personen aufgrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungstrends von Familienangehörigen gepflegt werden, wenn auch zur Zeit noch die Mehrzahl aller pflegebedürftigen alten Menschen von nahestehenden - weiblichen - Personen betreut wird²⁵. Ambulante - gemeinnützige oder privat-gewerbliche - Pflegedienste ergänzen zunehmend die Leistungen der familiärer und informeller Altenbetreuung.

Pflege- und Betreuungsbedarf von älteren Menschen

In Deutschland nimmt der Anteil älterer Menschen kontinuierlich zu²⁶. Damit steigt zwangsläufig der Prozentsatz von temporär und dauerhaft pflegebedürftigen Personen. 1994 waren ca. 15% der Gesamtbevölkerung 65 oder älter, diese Zahl wird bis zum Jahre 2030 auf 26% ansteigen. Der Anteil der über 60jährigen wird bis zum Jahre 2020 auf ca. 28,5% angewachsen sein bei einer anhaltenden "Feminisierung des Alters". Während 1990 noch jedem über 60jährigen durchschnittlich 2,83 Personen zwischen 20 und 60 Jahren gegenüberstanden, wird dieses Verhältnis bis zum Jahre 2010 auf 2,14 und bis zum Jahre 2030 auf 1,38 absinken

Die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen steigt dabei kontinuierlich an: 1991 waren 2,1 Millionen Senioren pflegebedürftig, im Jahre 2000 sind es bereits 2,4 Millionen und im Jahre 2030 fast 2,9 Millionen Personen. Laut den Ergebnissen einer Studie von Infratest, die das Institut im Auftrag des Bundesfamilienministeriums durchführte, benötigen zur Zeit insgesamt 3,216 Millionen Personen (4,1% der Bevölkerung) "Hilfebedarf im weiteren Sinne" bei Aktivitäten alltäglicher Verrichtung (Kuratorium Deutscher Altenhilfe 1994). Von diesen Personen haben 1,123 Millionen (in Privathaushalten) einen "regelmäßigen" Pflegebedarf (465.000 einen "mehrfach wöchentlichen", 468.000 einen "täglich" und 190.000 einen "ständigen" Pflegebedarf) bei einem Anteil von über 70% von über 65jährigen; ca. 500.000 Pflegebedürftige werden in Alteneinrichtungen betreut.

Die Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen findet überwiegend in Privathaushalten statt und wird von Familienangehörigen übernommen. 1993 wurden 77% (ca. 860.000) aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen durch eine Hauptpflegeperson aus dem Angehörigenkreis betreut. Über 80% dieser Hauptpflegepersonen sind Frauen, vorrangig Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter (vgl. Tabelle 6). Steigende Frauenerwerbstätigkeit und berufliche Mobilitätsanforderungen einerseits sowie der steigende Anteil hochbetagter Menschen in der Bevölkerung machen die Pflege von älteren Menschen durch Angehörige immer weniger möglich und erfordern Alternativen in der ambulanten Betreuungsarbeit, da auch die Kapazitäten von Alteneinrichtungen erschöpft scheinen: "In NRW (werden) rund 6 mal mehr Kurzzeitpflegeplätze als vorhanden (1992: 1250) und mindestens 8 mal mehr Tagespflegeplätze als vorhanden (1994: 900) benötigt" (Naegele 1995: 120).

²⁵ Auch wenn die Pflegeversicherung die Ausweitung professioneller ambulanter Dienstleistungen unterstützt, zielt deren Einführung doch insbesondere auf die Attraktivitätserhöhung von familiären Pflegeleistungen und Selbsthilfearbeit. Die Betreuung von älteren Angehörigen wird für die pflegenden (weiblichen) Familienangehörigen durch Bezahlung und soziale Absicherung zu einer Alternative zur außerhäusigen Erwerbstätigkeit.

²⁶ Zur demographischen Entwicklung der Altersklassen vgl. Institut der deutschen Wirtschaft 1994a: 15ff., Statistisches Bundesamt 1994a: 64, BMFuS 1994. Zur Entwicklung der Altersstruktur in Europa bis zum Jahre 2025 vgl. Übersicht in: Statistisches Bundesamt 1995: 162)

Tab. 6: Hauptpflegepersonen von Menschen mit regelmäßigem Pflegebedarf

1. Tochter/Töchter	25,5%
2. Lebenspartner (w.)	23,9%
3. Mutter	13,9%
4. Schwiegertochter	9,0%
5. Bekannte u. Nachbarn (w.)	3,3%
6. Lebenspartner (m.)	12,6%
Summe weibliche Pflegepersonen (1-5):	75,6%

Quelle: Kuratorium Deutscher Altenhilfe 1994

Den erhöhten professionellen Betreuungsbedarfen von älteren Personen und der größeren Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Versorgungs- und Pflegedienstleistungen stehen Defizite auf seiten des stationären und ambulanten Pflegeangebots gegenüber: "Während auf der einen Seite der Bedarf an gesundheits- und sozialpflegerischer Betreuung für pflegebedürftige Menschen rapide zunimmt, wächst auf der anderen Seite gleichzeitig der Mangel an fachlich hinreichend qualifizierten, professionellen Helferinnen im gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich " (Meifort/Becker 1994: 139). So ist in den meisten Altenheimen und Pflegeeinrichtungen die Personaldecke zu gering. In 6.300 stationären Alteneinrichtungen fehlen nach Schätzungen mindestens 35-50.000 Altenpflegekräfte ²⁷ (Meifort 1995a). Ähnliches gilt für die ca. 4.000 Sozialstationen (der freien Wohlfahrtsverbände und Kommunen) im Bundesgebiet.

Bedeutungszuwachs ambulanter Pflegedienste

Die Betreuung, Unterstützung und Pflege von älteren Menschen wird zunehmend von professionellen ambulanten Diensten übernommen. 12% der in häuslicher Umgebung lebenden älteren Mitbürger werden bereits von ambulanten sozialen oder pflegerischen Diensten betreut (Meifort/Becker 1994: 136). Die Öffnung des Gesundheitswesens für private Anbieter und die Subventionierung von ambulanten Pflegediensten durch die Pflegeversicherung hat die Zahl von kommerziellen Pflegeeinrichtungen deutlich ansteigen lassen, so daß sich in den vergangenen Jahren "...zusätzlich zu den Sozialstationen ein wachsendes Angebot privater Pflegedienste entwickelt (hat)" (Uhrig 1995: 57). Zur Sicherung ihrer Konkurrenz- und Marktfähigkeit sehen sich Sozialstationen zunehmend unter Veränderungsdruck, "weg von der verwalteten Station zu modernen, schlanken Dienstleistungsunternehmen mit einer ganz eigenen Firmenphilosophie, um mitzugestalten und einzufordern" (Klein 1995: 826). In Nordrhein-Westfalen waren 1993 bereits ca. 25% aller Pflegedienste in privater Hand. "Im großstädtischen Bereich haben die privaten Pflegeanbieter schon heute mehr Hilfebedürftige zu versorgen als die seit vielen Jahren tätigen Sozialstationen" (Jakubiak 1994: 231).

²⁷ Die Zahlen für den jetzigen und den zukünftigen Fehlbestand an Pflegekräften in der Altenhilfe sind höchst uneinheitlich. "So errechnet das MAGS für Nordrhein-Westfalen einen Fehlbestand von 20.700 Pflegekräften allein in der Altenpflege bis zum Jahre 1995. Das 'Kuratorium Deutsche Altenhilfe' schätzt gar einen aktuellen Fehlbestand von 450.000 bis 500.000 Pflegekräften in der Altenhilfe für die BRD" (Rosenbrock u.a. 1992: 65)

Zu diesen und weiteren Erkenntnissen über die Entwicklung in der Altenbetreuung kommt auch eine Untersuchung des Instituts Arbeit und Technik, die im folgenden kurz skizziert werden soll (Bandemer u.a. 1995). So wird der Wandlungsprozeß in der Altenpflege anhand der Neugründungen von Alteneinrichtungen und Pflegediensten deutlich: während die Mehrzahl der stationären Einrichtungen bereits seit mehreren Jahrzehnten existieren, ist der Großteil der ambulanten Pflegedienste (über 75%) erst nach 1979 gegründet worden; "in diesen Zeitraum fallen auch die Existenzgründungen sämtlicher privater Anbieter" (ebd.: 25). Dabei ist das Leistungsspektrum von stationären Einrichtungen größer und umfassender als das Angebot der ambulanten Dienste, obwohl sich diese um die Ausweitung ihrer Betreuungs- und Pflegeleistungen bemühen. Insgesamt steht der Ausbau von Dienstleistungsangeboten (u.a. Haushaltsführung, Angehörigenbetreuung, Wohnraumgestaltung) - bei mehr angebots- als kundenorientierten Innovationsstrategien (Born/Scharfenorth: 31) - im Mittelpunkt der Entwicklung ambulanter Dienste. Dabei sind die Strategien kommerzieller und gemeinnütziger Pflegedienste unterschiedlich: "Während sich das Angebot privater Dienste auf pflegenahere Bereiche konzentriert, bieten wohlfahrtlich organisierte Dienste in weit höherem Maße darüber hinausgehende Leistungen wie Freizeitgestaltung oder Vermittlung sozialer Kontakte an" (Hilbert 1995: 821). Hierbei weist die Zusammenarbeit zwischen mehreren Anbietern bzw. den Pflegediensten und den Kunden Defizite aufweist insbesondere bei der Entwicklung neuer altersgerechter technischer Hilfsmittel, die sich zu wenig an den Interessen und Wünschen der Kunden/Patienten orientiert (ebd.: 825).

Der Ausbau ambulanter Betreuungsleistungen wird durch verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen gestützt. Neben den Leistungen der Pflegeversicherung ist dabei die in den letzten Dekaden kontinuierlich gestiegenen Einkommen von älteren Menschen (u.a. durch Versicherungen, Spareinlagen, Rentenansprüche) bedeutsam, wodurch der Einfluß der Betroffenen auf die Angebotsgestaltung von ambulanten Pflegediensten zunimmt. Das einflußreichere und kritischere Kundenverhalten verändert das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nach Pflegedienstleistungen. Dabei geraten die Leistungen traditioneller, wohlfahrtlich organisierter Pflegedienste zunehmend in die Kritik²⁸; wie stationäre Alteneinrichtungen²⁹ werden die Sozialstationen zu Verbesserungen ihrer Leistungen in Richtung flexible und kundenorientierte Angebotserstellung gezwungen.

Personalsituation in der professionellen stationären und ambulanten Altenpflege

Die professionelle Arbeit der Altenbetreuung wird überwiegend von Krankenschwestern und Altenpflegern ausgeführt (Bandemer u.a. 1995: 27f.). Dazu summiert sich in der Altenhilfe eine Palette weiterer Beschäftigter. Zivildienstleistende - in stationären Einrichtungen - und Haushaltshilfen und Reinigungskräfte - bei ambulanten Diensten - ergänzen die Arbeit des qualifizierten Pflegepersonals. Die Altenpflegekräfte unterteilen sich in professionelle Pflegepersonen und pflegegeeignete Personen ohne spezifische Ausbildung, Qualifikation oder fachliche Kompetenzen. In ambulanten Pflegediensten stellen die pflegegeeigneten Kräfte die Mehrzahl des verfügbaren Personals. In den

²⁸ Viele Sozialstationen weisen nach Dambrowski und Luckey u.a. die folgenden Mängel auf:

- mangelhafte Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit der Sozialstationen;
 - fehlende Beratungshilfen von Klienten und Angehörigen und eine fehlende ganzheitliche Betreuung;
 - Qualitätsdefizite durch ungünstige Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter;
 - mangelhafte Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern
- (Dambrowski/Luckey 1990: 158).

²⁹ In der Untersuchung des Instituts Arbeit und Technik gaben 11,5% der befragten stationären Einrichtungen an, auch ambulante Pflegedienstleistungen anzubieten (vgl. Bandemer u.a. 1995: 25).

stationären Einrichtungen entwickelt sich eine ähnliche Personalsituation: "Nach examinierten Altenpflegekräften bilden insbesondere in Altenheimen bzw. Altenpflegeheimen *Ungelernte und Hilfskräfte* die zweitgrößte Beschäftigtengruppe; hinzu kommen noch hohe Anteile von *Praktikantinnen und Schülerinnen* sowie - gleich danach - *Altenpflege- und Krankenpflegehilfpersonal*" (BIBB 1995: 12, Hvg. i.O.).

Die erwerbsorientierte Altenpflegearbeit (Frauenanteil ca. 80%) ist ebenso von arbeitsinhaltenlichen Defiziten und prekären Beschäftigungssituationen geprägt wie die Arbeit in der Krankenpflege. Fehlende gesellschaftliche Anerkennung, geringe zeitliche Spielräume für die intensive Betreuung von Einzelfällen, physisch und psychisch belastende Arbeiten bei unterdurchschnittlicher Bezahlung kennzeichnen die Tätigkeit und den Berufsalltag in der Altenbetreuung. Fast zwangsläufig entsteht eine hohe Unzufriedenheit des Pflegepersonals mit der Praxis von Ausbildung, Arbeitsinhalten und Arbeitsorganisation³⁰, Arbeitszeiten und Entgeltgestaltung, die sich zum einen in der kurzen Verweildauer in (Alten-)pflegeberufen (durchschnittlich 4 bis 5 Jahre), zum anderen in der Diskrepanz zwischen den Präferenzen der Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Arbeitsgebiete und den realen Arbeitseinsätzen äußert. So werden hinsichtlich der gegenwärtigen und bevorzugten Arbeitsgebieten von den Pflegekräften ambulante Pflegedienste und Tagesstätten präferiert, während in der Praxis die Mehrheit des Personals in stationären Einrichtungen beschäftigt ist (vgl. Tabelle 7):

³⁰ Der Anteil an Einzelarbeiten in der ambulanten Pflege beträgt 80%, der Anteil der Teamarbeit 0%. In stationären Einrichtungen Einzelarbeit nahezu 0%, Teamarbeit 40% (vgl. BIBB 1995).

Tab. 7: Gegenwärtige und bevorzugte Arbeitsgebiete in der Altenbetreuung

	Altenheim	Altenpflegeheim	Altentagesstätte	ambulante Pflege
gegenwärtig	26%	50%	1%	11%
bevorzugt	22%	29%	24%	41%

Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung 1995

Diese Entwicklungstrends haben zu Personalmangel und Qualitätsdefiziten in der Altenpflege geführt. Einen deutlichen Mißstand weist die Betreuung älterer Behinderter und chronisch Kranker auf, da klinische und psychiatrische Einrichtungen Langzeitpflegefälle zunehmend an Alteinrichtungen überweisen. Diese entwickeln sich zu Pflegeinstitutionen für Schwer- und Langzeitpflegebedürftige, so daß das dort tätige Personal mit der Betreuungsarbeit - aufgrund fehlender Qualifikationen - immer häufiger überfordert ist. Hierdurch verlieren die Alten(pflege)heime an Attraktivität für Betreuungssuchende einerseits und für Krankenschwestern und Altenpfleger andererseits.

Naegele führt die defizitäre Personalsituation in der Altenpflege auf "eklatante ausbildungspolitische Fehler in der Vergangenheit" zurück (Naegele 1991: 66) und fordert ein neues Anforderungsprofil im nach Landesrecht organisierten Berufsfeld Altenpflege mit den Leitgrundsätzen "Patienten-/Betroffenenorientierung", "Ganzheitlichkeit" und "Gleichberechtigung und Integration" (ebd.: 69) und eine intensivere Verwissenschaftlichung des Ausbildungsbereichs der Altenbetreuung³¹. Kurzfristige Effekte zur Behebung der Personalprobleme in der (Kranken- und) Altenpflege sind hierdurch jedoch nicht zu erwarten. Durch die Verbesserung von Aus- und Weiterbildungsinhalten scheinen eher in langfristiger Hinsicht Perspektiven zu bestehen, die Anzahl der Pflegekräfte zu erhöhen. Für die derzeitige Situation sind Maßnahmen der Arbeitsverbesserung (z.B. innovative Arbeitsinhalte, Teamarbeit, partizipative Organisationsentwicklung, institutionenübergreifende Zusammenarbeit) und damit der Attraktivitätserhöhung von Pflegedienstleistungen von Bedeutung, die zur Zunahme der Beschäftigtenzahl und zur längeren Verweildauer der Pflegekräfte in ihrem Beruf beitragen könnten.

Durch attraktive Beschäftigungsverhältnisse und Pflegedienstleistungen eröffnen sich außerdem Chancen, Eigenarbeit und unentgeltliche Betreuungsleistungen von Pflegebedürftigen durch nahestehende (weiblichen) Personen zu entlasten und den pflegenden Frauen Perspektiven zur eigenständigen Absicherung zu bieten: aufgrund von Pfllegetätigkeiten sind viele Frauen nicht in der Lage, einer eigenen Berufstätigkeit nachzugehen und werden von sozialen Kontakten und vom öffentlichen Leben weitgehend ausgeschlossen. Das Resultat aus ihrer - physisch und psychisch beanspruchenden - Arbeit ist eigene Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit im Alter (Notz 1992). In anderen Fällen haben Frauen Erwerbstätigkeit und Altenpflege gleichzeitig zu meistern, was mit hohen Koordinierungsanforderungen verbunden ist. Auch hier wird die Dringlichkeit deutlich, neue Entwicklungspfade und Organisationsmodelle in der Altenhilfe und -pflege zu entwerfen und umzusetzen, die (alten-) pflegenden Angehörigen einen höheren sozialen Status einräumt und die bessere Koordination mit beruflichen und sonstigen Aufgaben erlaubt. Die Einführung der Pflegeversicherung konnte dieses Problem nicht beheben.

³¹ Ein Indiz hierfür ist die anhaltende Diskussion um die Akademisierung der Kranken- und Altenpflege, wie z.B. die Möglichkeit eines Medizinstudiums für Pflegekräfte (vgl. arbeit und beruf, Heft 9/1995: 229f.).

2.2 Soziale Dienstleistungen zwischen öffentlichen und privat organisierten Angeboten

Die aktuellen Entwicklungstrends in Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenpflege zusammenfassend wird nun der Frage nachgegangen, inwiefern diese Bereiche sozialer Dienstleistungen Besonderheiten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Beschäftigungslage und der Leistungserstellung aufweisen. Dabei wird von der Prämisse ausgegangen, daß sich Arbeit, Angebot und Leistung in Bereichen sozialer Dienstleistungsarbeit stärker als bisher an Kundenbedürfnissen, den Erwartungen der Mitarbeiter und an der Zusammenarbeit von (mehreren) Anbietern und Beteiligten orientieren müssen.

1. Erosion von Eigenarbeit und Professionalisierung sozialer Dienstleistungen: Aufgrund gesellschaftlicher und demographischer Veränderungen nehmen Eigenarbeit und Ehrenamt in der sozialen Dienstleistungsarbeit kontinuierlich ab. Die freiwillige Versorgung und Pflege von Betroffenen durch Angehörige wird immer weniger zur Selbstverständlichkeit. Die Planung eigener Lebensentwürfe und Koordination von Berufstätigkeit und Privatleben (insbesondere von Frauen) hat Veränderungsprozesse in der kinder-, gesundheits- und altenbezogenen Versorgungsarbeit initiiert. So werden soziale Dienstleistungen von professionellen Anbietern durchgeführt, die die informellen und gemeinnützigen Tätigkeiten in diesen Bereichen zunehmend unterstützen oder ersetzen. Die öffentlichen Versorgungsangebote weisen quantitative und qualitative Defizite auf und konnten ihre Kapazitäten bislang nicht bedarfsgerecht erweitern. So weitet sich fast zwangsläufig die Privatisierung sozialer Dienstleistungsarbeit aus und nimmt die Diffusion sozialer Dienstleistungsbereiche durch private erwerbsorientierte Anbieter (Tagesmütter, ambulante Gesundheits- und Alten(pflege)dienste) stetig zu. Diese erweisen sich als innovativer, flexibler und kundenorientierter als die öffentlichen Institutionen und stellen gemeinnützige Träger und Anbieter vor neue Herausforderungen. Eine intensive *Kundenorientierung* der Leistungsanbieter und Zusammenarbeit mit den Betroffenen rückt immer mehr in den Mittelpunkt von sozialer Dienstleistungsarbeit. Die Angebotserweiterung in sozialen Dienstleistungen entlastet Familien und Angehörige und leistet einen Beitrag zur Vollzeitbeschäftigung und eigenständigen Sicherung von erwerbstätigen Frauen und Männern.

2. Personalwirtschaftliche Turbulenzen durch unattraktive Beschäftigung: Die derzeitige Praxis von Ausbildung und Arbeitsausführung im Bereich sozialer Dienstleistungen ist von einer Reihe von Defiziten geprägt. So sind die Ausbildungsformen für Kindergärtnerinnen und -pflegerinnen, Krankenschwestern und -pflegern und Altenhelfern und -pflegerinnen "reformbedürftig". Die Sozial- und Gesundheitsberufe behindern aufgrund von Eingleichigkeit oder Fehlorientierungen in der Aus- und Weiterbildung berufliche Perspektiven und weisen nur eine geringe Durchlässigkeit für Erwerbstätige aus anderen Berufsfeldern auf. Defizite in der Ausbildung und Rekrutierung von Fachpersonal verbunden mit fehlender gesellschaftlicher Anerkennung und öffentlicher Unterstützung haben zu Problemstellungen in der sozialen Dienstleistungsarbeit geführt, die durch hohe arbeitsinhaltliche Anforderungen, psychische und physische Belastungen, unregelmäßige Arbeitszeiten und bescheidene Entgelte verschärft wird³². Folgen sind neben den Rekrutierungsproblemen von Fachkräften eine kurze Verweildauer in gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen und daraus resultierend - paradoxerweise - ein hoher Kostenaufwand für die permanente

³² Bemerkenswerterweise werden dennoch personenbezogene soziale Berufe von jungen Frauen als spätere berufliche Tätigkeit favorisiert. So stehen in einer vom Institut der deutschen Wirtschaft veröffentlichten Statistik von "Traumberufen der Jugend" Sozial-, Erziehungs- und Heilberufe ganz oben auf der Wunschliste (vgl. iwd v. 30.11.1995).

Ausbildung neuen Fachpersonals. In Kinderbetreuung, Krankenpflege und Altenhilfe verbreitet sich - aufgrund der Mangelsituation - mit steigender Tendenz der Einsatz von Laien, Un- und Angelernten in privat organisierten Beschäftigungsformen. Tagesmütter und Kinderfrauen, pflegegeeignete Personen und fachfremde Kräfte ergänzen zunehmend die Arbeit der professionellen Kräfte. Die Beschäftigung dieser Kräfte in Privathaushalten und ambulanten Diensten erweist sich jedoch nicht selten als temporär, ungenügend abgesichert und (mit Blick auf die fehlende oder mangelhafte Ausbildung) als defizitär. Durch verstärkte **Mitarbeiterorientierung**, arbeitsorganisatorische Innovationen und neue Qualifizierungsinhalte³³ könnten vorhandene Stellen attraktiver gemacht und Beschäftigungsperspektiven (insbesondere für weibliche Arbeitssuchende) geschaffen werden. Dieses würde dazu führen, daß auf die Interessenvertretungen sozialer Dienstleistungsarbeit, deren effektive Arbeit durch die Vielzahl kleiner Unternehmen und ungeordneter Beschäftigungsverhältnisse zur Zeit erschwert wird, neue Herausforderungen und Handlungsfelder zukommen.

3. Defizite in Effizienz, Organisation und Koordination: Nicht nur die einzelnen Anbieter, sondern auch die einzelnen Bereiche sozialer Dienstleistungen weisen Defizite bei der Angebotserstellung auf. Eine bedarfsgerechte Verknüpfung von Eigenleistungen der Betroffenen, öffentlichen Versorgungsangeboten und privat-gewerblichen Leistungen konnte sich bisher nicht entwickeln. Die Unübersichtlichkeit und fehlende Strukturierung der Märkte für Kinderbetreuung und (ambulante) Alten- und Gesundheitsversorgung haben eine enge Zusammenarbeit und Kooperation von Anbietern, Betroffenen und Beteiligten bisher erschwert. Die steigende Nutzung von informationstechnologischen Möglichkeiten (zur Vernetzung), die Umsetzung von Maßnahmen der Organisations- und Beschäftigungsentwicklung und die Nutzung von Synergieeffekten bei gemeinsamer und umfassender Leistungserstellung deuten auf einen Entwicklungstrend, der auf eine stärkere **Kooperationsorientierung** in Bereichen sozialer Dienstleistungen abzielt.

³³ Z.B. wird als mögliche Strategie zur Verbesserung von Ausbildung und Arbeitsgestaltung die Akademisierung und Verwissenschaftlichung von Kinderbetreuung, Krankenpflege und Altenpflege angestrebt (vgl. BIBB 1995, Beiträge in Rabe-Kleberg u.a. 1991)

3 Modelle und Strategien zur Schaffung attraktiver Arbeitsplätze im Bereich sozialer Dienstleistungen

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die wesentlichen Problemstellungen von sozialer Dienstleistungsarbeit skizziert wurden, befaßt sich diese Ausarbeitung im folgenden mit der Entwicklung von Modellen, die zu kundenorientierten Dienstleistungsangeboten, neuen Beschäftigungsfeldern und attraktiven Arbeitsverhältnissen in den Bereichen Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenhilfe beitragen. Dabei wird vorrangig der Frage nachgegangen, wie die Produktivität sozialer Dienstleistungen durch innovative Formen von Organisations- und Arbeitsgestaltung verbessert und vorhandene Dienstleistungen durch eine intelligente Verknüpfung von Angebot und Nachfrage qualitativ hochwertiger und kostengünstiger erstellt werden können. Im Mittelpunkt steht die Neuorganisation der Arbeit in sozialen Dienstleistungen, da attraktive Beschäftigungsverhältnisse nicht nur zur Verbesserung der Leistungs- und Versorgungsqualität beitragen, sondern darüber hinaus Beschäftigungsperspektiven von beachtlichem Ausmaß in einer Phase hoher Arbeitslosigkeit bieten können.

3.1 Zukunft der Arbeit in der Kinderbetreuung

Um die außerfamiliären Betreuungsmöglichkeiten von Kleinkindern und die Vereinbarkeit von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit zu verbessern, ist es notwendig, die jetzige Angebotssituation in der Kinderbetreuung zu hinterfragen und vorhandene Defizite zu beseitigen. Wie in Abschnitt 3.1.1 beschrieben, weist die Betreuung von Kleinkindern Mängel in quantitativer und qualitativer Hinsicht auf und werden Modelle für bedarfsgerechte Betreuungsangebote benötigt. Im folgenden werden die wichtigsten Faktoren zur Verbesserung von Dienstleistungsangebot und Beschäftigungssituation kurz skizziert.

Mit dem Konzept der Bundesregierung, einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für jedes Kind zwischen drei und sechs Jahren zu gewährleisten, ist zwar ein Schritt in Richtung bedarfsorientierter Kinderbetreuung getätigt worden, allerdings bleibt die - auf 1999 verschobene - praktische Umsetzung offen, da in vielen Bundesländern - so auch Nordrhein-Westfalen - finanzielle Möglichkeiten zur Realisierung fehlen. So finden bereits im Vorfeld unkonventionelle Strategien Anwendung, um das öffentliche Angebot an Kinderbetreuungsleistungen auszuweiten³⁴. Darüber hinaus werden durch die rein quantitative Ausdehnung des öffentlichen Angebots an Tagesstättenplätzen nicht alle Problemstellungen in der Kinderbetreuung gelöst. Aufgrund der finanziellen Situation von Bund, Ländern und Gemeinden ist mit einem erweiterten Betreuungsplatzangebot nicht zwangsläufig die Ausweitung der Personaldecke verbunden. Die Arbeitsanforderungen an die Pädagoginnen, Kinderpflegerinnen und -gärtnerinnen werden somit durch größere Kindergruppen weiter zunehmen. Die Unzufriedenheit der Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen mit Arbeitsbedingungen und Entgeltgestaltung - sowie Mängel in der Ausbildung - sorgen bereits jetzt für eine hohe Fluktuationsrate der Beschäftigten in diesem

³⁴ Zur Gewährleistung des Rechtsanspruchs greifen die Gemeinden auf Notlösungen zurück. Die Kindergarten-Gruppen soll vergrößert werden (von 25 auf 28 Kinder), neue Räumlichkeiten gefunden werden oder vorübergehend Tagesmütter eingestellt werden (siehe WAZ 20.10.95). Die Vergrößerung der Gruppen bzw. ortsfremde Betreuung wird jedoch die Anforderungen an die Betreuerinnen deutlich erhöhen. Als arbeitspolitische Beschäftigungsstrategie ist das kurzfristige Vorhaben der Stadt Bochum bemerkenswert, über 300 Tagesmütter zur zeitweiligen Versorgung von Kindern, die nicht in einem Kindergarten untergebracht werden können, zu beschäftigen. Die Tagesmütter sollen 316 DM (bis 30 WS) pro Kind bzw. 420 DM (über 30 WS) pro Kind erhalten.

Bereich, die zu hohen Ausbildungskosten führt. Der Ausbau von Tagesstättenplätzen muß daher eng gekoppelt werden mit einer Verbesserung der Beschäftigungssituation. Dringend erforderlich ist in der professionellen Kinderbetreuung eine stärkere Kooperation zwischen öffentlich und privat organisierten Kinderbetreuungsdienstleistungen.

Privat organisierte Kinderbetreuung - ein Modell

Während diese Aspekte mehr oder weniger bekannte Forderungen für ein verbessertes öffentliches Versorgungsangebot zur familienergänzenden Kinderbetreuung darstellen, bieten sich im privaten Bereich Perspektiven für erweiterte, attraktive Leistungsangebote und neuartige Beschäftigungsverhältnisse. Die Förderung von Maßnahmen, die den Markt haushaltsnaher Kinderbetreuung transparenter und bedeutsamer machen, begründet sich nicht zuletzt aus einigen gravierenden Vorteilen gegenüber den öffentlichen Angeboten:

- die höhere Flexibilität von privat angebotenen Dienstleistungen von Tagesmüttern und Kinderfrauen (hinsichtlich Ort und Zeit der Betreuung) gegenüber den institutionellen Angeboten;
- eine bedarfsgerechtere, der demographischen und sozialen Entwicklung angepaßte Angebotserstellung;
- intensivere Betreuungsmöglichkeiten in kleineren Gruppen;
- bessere bedarfs- und mitarbeiterorientierte Abstimmung zwischen betreuender Tagesmutter und Eltern;
- finanziell geringerer Gesamtaufwand im Gegensatz zur institutionellen Kinderbetreuung.

Auf der anderen Seite haben die bisherigen Formen privater Kinderbetreuung durch Tagesmütter deutliche Nachteile: eine höhere Unzuverlässigkeit, der fehlenden Ersatz bei Ausfall der Betreuungsperson, die höheren direkten Kosten für Eltern, mangelhafte Kompetenzen und Qualifikationen der Betreuenden, Probleme der Koordinierung von Angebot und Nachfrage sowie - last but not least - ungesicherte Beschäftigungsverhältnisse der Betreuerinnen. Diese Nachteile ließen sich jedoch durch ein Modell der besseren Organisation und Koordination von haushaltsnahen Betreuungsleistungen beheben und würden somit zu einer Attraktivitätserhöhung für die Familien und Betreuerinnen führen.

Wie kann ein solches Modell aussehen? Um die nicht-öffentliche, bezahlte Betreuung von Kindern für Eltern und für Betreuerinnen attraktiver zu machen, muß zunächst das unüberschaubare Angebot an Betreuungsleistungen besser koordiniert werden. Diese Neustrukturierung könnte durch eine sogenannte "Pool-Lösung" (Weinkopf 1995) erzielt werden. Ob als Resultat der Gründung von Elterninitiativen oder von öffentlichen, wohlfahrtlichen oder erwerbsorientierten Angeboten: Durch die Bündelung des regional verfügbaren Angebots an Arbeitskräften (von Tagesmüttern, Kinderfrauen u.a.) und die Koordinierung der Arbeitgeberfunktion könnte die Angebotssituation deutlich verbessert werden. Mit Hilfe einer Koordinierungsstelle bzw. einer Art von Vermittlungsdienst (zur Kinderbetreuung) würden Angebot und Nachfrage von Betreuungsleistungen "gepoolt". (Als Mitarbeiter für eine koordinierende Stelle könnten Erzieherinnen und Pädagogen fungieren, die für die arbeitsorganisatorischen Anforderungen und Leitungsfunktionen entsprechend qualifiziert würden). Den zur Verfügung stehenden Betreuerinnen würden entsprechend ihren Neigungen und Eignungen Arbeitseinsätze zugeordnet. Je nach (Arbeitszeit-)Vorstellungen der Betreuungskräfte könnten ein, zwei oder mehrere Betreuungseinsätze "hintereinandergeschaltet" werden.

Im folgenden soll an einem fiktiven Beispiel gezeigt werden, wie durch eine Neuorganisation von privat organisierter Kinderbetreuungsarbeit Beschäftigungsperspektiven in diesem

Bereich erschlossen werden könnten³⁵. Das Konzept zielt auf die quantitative und qualitative Ausweitung von Beschäftigung und Leistungsangebot im Bereich der Kinderbetreuung und beinhaltet Optionen zur verbesserten Vereinbarkeit von Familienaufgaben und Erwerbstätigkeit.

Modell organisierter Tagespflege von Kleinkindern

Eine Mutter zweier Kinder im Alter von zwei und vier Jahren, ist nach mehreren Jahren der Nicht-Erwerbstätigkeit, wieder an der Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses interessiert. Sie findet eine Teilzeitstelle. Sie benötigt für die Zeit ihrer Arbeitstätigkeit eine Betreuung für ihre Kinder. Das ältere Kind ist zwar in einem Kindergarten, jedoch nur bis zur Mittagszeit. Für das jüngere Kind ist eine dauerhafte Betreuung während ihrer Abwesenheitszeit benötigt. Die Mutter wendet sich an eine Dienstleistungsstelle für organisierte Kinderbetreuung "ABC".

ABC ist eine Form privat organisierter Kinderbetreuung, die sich aus der Eigeninitiative von Eltern, Tagesmüttern und Kinderfrauen gebildet hat. Zielsetzung der Organisation ist, Kinderbetreuungsleistungen (für die Eltern und für die Arbeitskräfte) kontinuierlicher und planbarer zu machen. Der Bedarf an Kinderbetreuungsleistungen wird gebündelt und zu festen Arbeitsaufträgen für die - bei der Organisation angestellten - Tagesmütter zusammengefaßt. Durch die Koordinierung von Arbeitseinsätzen und Betreuungsarbeiten entstehen für die Tagesmütter geregelte Arbeitszeiten (und Einkommen) je nach gewünschtem Umfang. Bei Ausfall einer Arbeitskraft (z.B. Krankheit oder Urlaub) kann den Familien eine Ersatzkraft gestellt werden. "ABC" bemüht sich um die Einbeziehung mehrerer in einem Bezirk verfügbaren Kinderbetreuerinnen, um ein möglichst flächendeckendes und haushaltsnahes Angebot zu gewährleisten. Nach Möglichkeit werden mehrere Kinder in der Wohnung der Betreuerin versorgt. Mitarbeiter von ABC organisieren die erforderliche Verwaltung und Koordination von Betreuungsangebot und -nachfrage. Alle bei ABC Beschäftigten haben sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse.

Die ratsuchende Mutter organisiert ihren Arbeitseinsatz so, daß sie das ältere Kind mittags vom Kindergarten abholen kann. Eine Kinderbetreuerin von "ABC" (oder in Ausnahmefällen eine eventuell benötigt Vertretung) kümmert sich während der Abwesenheitszeit der berufstätigen Mutter um das jüngere Kind. ABC bemüht sich um eine Arbeitskraft aus der Nähe des Wohnortes des Haushalts, um Fahrtkosten und zeitliche Beanspruchungen nach Möglichkeit zu minimieren.

Die enge Zusammenarbeit mit den Betreuungssuchenden und der gegenseitige Erfahrungsaustausch zwischen den Betreuerinnen trägt zur Professionalisierung der Arbeit bei. Innerhalb der Koordinierungsstelle ABC werden von entsprechenden Fachkräften Weiterbildungsmaßnahmen für die Tagesmütter und Kinderfrauen, angeboten werden. Auch den Eltern könnten Möglichkeiten geboten werden, sich Beratung und Tips zur Kindererziehung und -betreuung einzuholen.

Das Modell organisierter Betreuung durch Tagesmütter wird mit Hilfe mehrerer Quellen finanziert. Neben den Eigenleistungen der Kunden werden öffentliche Unterstützungsleistungen (Zuschüsse, Mittel der Jugendhilfe, etc.) in Anspruch genommen. In modifizierter Form könnten Tagesmütter-Organisationen auch für größere Betriebe und Unternehmen von Interesse sein.

Die Finanzierung eines solchen Modells wird hinsichtlich der Umsetzungsfähigkeit zur entscheidenden Fragestellung: Die Zahl von betreuten Kindern pro Tagesmutter, das Einkommen der Betreuungskräfte und die indirekten Betreuungskosten bestimmen auf der einen Seite die Höhe der Gesamtkosten. Auf der anderen Seite bilden Leistungen der Eltern und öffentliche Zuschüsse die für die Betreuung zur Verfügung stehenden Mittel. Attraktivere Leistungen einerseits und Beschäftigungsverhältnisse andererseits sollten einen finanziellen (Mehr-)aufwand privat organisierter Kinderbetreuung rechtfertigen können.

Die Höhe der Betreuungskosten ist abhängig von der Zahl der betreuten Kinder. Die Zahl der Kinder pro Tagesmutter sollte sich in etwa an dem Verhältnis von Betreuungskraft und Betreuungsfällen der institutionellen Kleinkinderbetreuung (Kinderkrippen, Krabbelgruppen)

³⁵ vgl. hierzu auch das Tagesmüttermodell der "Pro Juventute" in der Schweiz (z.B. de Baan 1989).

orientieren. Zum weiteren Kostenaufwand addieren sich - neben den direkten Betreuungskosten (Gehälter der Tagesmütter) - Kosten für die Räumlichkeiten und die Verwaltung der Koordinierungsstelle sowie weitere Nebenkosten (Essensgeld, Ausstattung u.ä.). Für eine Modellrechnung wird der hypothetische Wert zugrunde gelegt, daß eine Tagesmutter für eine Vollzeitbeschäftigung ca. 2.000 DM monatlich erhält, wobei sie durchschnittlich drei Kinder betreut. Hinzu addieren sich Nebenkosten, die sich auf ca. 1.400 - 1.500 DM belaufen. Demnach würden die Gesamtkosten 3.400 - 3.500 DM bzw. ca. 1.150 DM pro Kind betragen; sie wären wesentlich geringer als die durchschnittlichen Kosten, die für einen Krippenplatz anfallen.

Öffentliche Mittel sind zur Förderung der Einrichtungen zwar von grundlegender Bedeutung, reichen aber als alleinige Finanzierungsquelle nicht aus. Zusätzlich müssen die Kosten der Betreuungseinrichtungen durch Eigenleistungen der Eltern abgedeckt werden. Würden die anfallenden Betreuungskosten zur Hälfte durch öffentliche Mittel und zur Hälfte durch Elterneinkommen finanziert, würden für die Eltern nach obiger Modellrechnung Kosten in Höhe von ca. 600 DM anfallen; ein Betrag, der zur Zeit in vielen Haushalten für die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter aufgebracht wird. Des weiteren wären weitere Erleichterungen für - einkommensschwache - Familien denkbar wie z.B. die steuerliche Absetzbarkeit oder Abzugsfähigkeit von Kosten der Kinderbetreuung. Alternativ zu diesem Modell der Mischfinanzierung sind weitere Finanzierungskonzepte denkbar wie eine Versicherungslösung oder ein Modell der Ausbildungsförderung, die mit der Geburt des Kindes einsetzt³⁶.

Die Bildung eines "Dienstleistungspools für Kinderbetreuung" weist für die Beteiligten einige Vorteile auf. Für die "Nachfrageseite" (Eltern u.ä.) wären positive Aspekte:

- Eine einfache Zugriffsmöglichkeit auf vorhandene Betreuungsangebote (keine langen Suchen nach geeigneten Kräften durch Zeitungsannoncen, private Kontakte, Pinwände, etc.)
- Verbesserte Möglichkeiten, eine den eigenen Vorstellungen entsprechende Arbeitskraft zu bekommen (Arbeitszeit, Qualifikation, Alter, etc.)
- Qualitativ hochwertige Betreuungsleistungen und innovative, umfassende Betreuungsangebote (hinsichtlich Planbarkeit, Urlaubsvertretungen durch Ersatzkräfte, höhere Flexibilität der Betreuungsangebote)
- Anstellung von sozial abgesicherten Arbeitskräften
- Weitere Beratungsleistungen durch die Koordinierungsstelle (Informationen, Ratschläge, Hilfestellungen, etc.)

Auch den "Leistungsanbieter" (Tagesmütter u.ä.) bieten sich gegenüber informellen Regelungen viele Vorteile:

- Stabile Arbeitsverhältnisse mit geregelter Arbeitszeit und sozialer Sicherung
- Verbesserte Möglichkeiten zur Koordination von Arbeits-, Frei- und Urlaubszeit durch flexibel gestaltbare Arbeitseinsätze
- Bessere Einkommensverhältnisse und Möglichkeiten zur Fortbildung und Weiterqualifizierung
- Verbesserte Chancen zur Rückkehr von Frauen in die Erwerbstätigkeit

³⁶Darüber hinaus wäre eine Verknüpfung mit sogenannten "Dienstleistungsgutscheinen" denkbar: Zum einen könnten betreuungssuchende Mütter durch Kauf, Zuweisung oder eigene Dienstleistungstätigkeiten Gutscheine erhalten oder erwerben, die sie speziell für Leistungen der Kinderbetreuung verwenden können. Auf der anderen Seite könnten Tagesmütter für ihre Tätigkeiten Gutscheine erhalten, um andere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder um diese im Falle eines eigenen Bedarfs an Kinderbetreuungsleistungen einzulösen.

- Kontakt zu anderen Tagesmüttern, gegenseitiger Erfahrungsaustausch und verbesserte Möglichkeiten der Kooperation mit den Eltern

Der Markt der familienergänzenden Kinderbetreuung ist hinsichtlich der Nachfrage und des Angebots von hoher Unübersichtlichkeit, so daß nur schwer abzuschätzen ist, welche Beschäftigungspotentiale hier tatsächlich "schlummern". Indizien deuten jedoch darauf hin, daß der Bereich professioneller Kinderbetreuung beachtliche Beschäftigungspotentiale beinhaltet: Die Zahl der Kinder unter drei Jahren in Westdeutschland beträgt über zwei Millionen. Vorsichtigen Schätzungen zufolge werden für ca. 500.000 bis 600.000 dieser Kinder außerhäusige Betreuungsleistungen gesucht. In geringer Zahl stehen Kinderkrippenplätze als öffentliches Versorgungsangebot zur Verfügung (vgl. 2.1.1), so daß die Kleinkinderbetreuung fast ausschließlich privat organisiert wird (Verwandte, Bekannte, Nachbarn, Tagesmütter, Kinderfrauen, Spiel- und Krabbelgruppen u.ä.). Wenn davon ausgegangen wird, daß im Durchschnitt eine Tagesmutter drei Kinder betreuen kann, läßt sich daraus ableiten, daß mindestens 150.000 Betreuungspersonen für Kleinkinder benötigt werden.

Diese Zahlen beziehen sich lediglich auf den Bereich der Betreuung von Kindern unter drei Jahren. Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben sich des weiteren aus dem Betreuungsbedarf von Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter (insbesondere in den Nachmittagsstunden). Auch in diesem Bereich sind neben dem öffentlichen Angebot familienergänzende Betreuungsleistungen erforderlich. Letztlich müssen die fehlenden Arbeitskräfte in den öffentlichen Tagesstätten berücksichtigt werden, so daß - nach vorsichtiger Schätzung - im weitgefaßten Bereich der Kinderbetreuung Potentiale für die Schaffung von ca. 300.000 stabilen Beschäftigungsverhältnissen vorhanden sind. Durch eine Tagesmütter-Organisation könnten diese Beschäftigungspotentiale erschlossen und ein Angebot neuartiger Betreuungsformen geschaffen werden.

Der graue Markt der privat organisierten - ungesicherten - Beschäftigung von Tagesmüttern und Kinderfrauen, die über keine einschlägigen Fachqualifikationen verfügen, könnte durch das beschriebene Modell einer Pool-Lösung zur Kinderbetreuung transparenter gemacht. Dieses Modell orientiert sich an wirtschaftlicher Tragfähigkeit, der Förderung von Markttransparenz und der verbesserten Strukturierung von Angebot und Nachfrage, vernachlässigt jedoch auch die soziale Seite von Kinderbetreuung und Betreuungsarbeit nicht: Selbsthilfe und Eigenarbeit von Familien und Haushalten fördern, soziale Kontakte aufbauen (feste Ansprechpartner für die Kunden), den Kunden als Ratsuchenden und nicht als Marktobjekt betrachten sowie interessante und attraktive Beschäftigungsverhältnisse für die Mitarbeiter anbieten, sind grundlegende Zielsetzungen des Modells organisierter und koordinierter Kinderbetreuung.

3.2 Zukunft der Arbeit in Gesundheitsversorgung und Krankenpflege

Grundlegende Strategien zur qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind: Förderung alternativer und innovativer Pflege- und Behandlungsmethoden, stärkere Verknüpfung von Schul- und Alternativmedizin, Forcierung gesundheitsbezogener Aufklärungsmaßnahmen, Intensivierung von Konzepten der Organisationsentwicklung und Ausbau der informationstechnologischen Vernetzung von Akteuren des Gesundheitswesens sowie Unterstützung familiärer und informeller Pflegeleistungen durch professionelle Hilfen.

Für die Schaffung attraktiver Beschäftigung in Krankenpflege und Gesundheitswesen ist die Aufwertung der Berufsbilder im öffentlichen Ansehen durch die Neugestaltung bestehender Ausbildungsberufe und der Attraktivitätssteigerung der Arbeitspraxis grundlegend. Es gilt, sich an der Zielsetzung zu orientieren, die Abwärtsspirale "unattraktive Beschäftigung - fehlender beruflicher Nachwuchs - steigende Arbeitsbelastung - unattraktive Beschäftigung" zu durchbrechen. Notwendige Veränderungen betreffen den stationären wie den ambulanten professionellen Arbeitseinsatzbereich. Erste Ansätze für eine Reformierung der Krankenpflege-Ausbildung äußern sich in Modellen von neuen Ausbildungsberufen (wie im Bereich der Altenpflege), in der Einrichtung von gesundheits- bzw. pflegewissenschaftlichen Studiengängen und in neuen Weiterbildungsangeboten in patientenorientierter und ambulanter Pflege.

Darüber hinaus sind neue Modelle von Organisations-, Entgelt- und Arbeitszeitgestaltung zu entwerfen und umzusetzen. Neben mit der Ausbildung verknüpften Möglichkeiten zur Höherqualifizierung und -entlohnung sind Strategien der Organisationsentwicklung gefragt, um die jetzigen Arbeitsbedingungen und Problemstellungen in der ambulanten und stationären Krankenpflege (unregelmäßiger Schichtdienst mit Nachtdienst, Wochenend- und Feiertagsdienst, permanenter Bereitschaftsdienst, geringe Planbarkeit von Freizeit- und Lebensentwürfen, personelle Unterbesetzung, hohe physische und psychische Anforderungen) zu verbessern.

Krankenpflege in Krankenhäusern und Kliniken

In der Zukunft wird der Grad stationärer Gesundheitsdienstleistungen abnehmen. Dennoch ist zur Zeit noch ein Großteil der im Pflegebereich Beschäftigten in Krankenhäusern und Kliniken tätig. Auch wenn durchaus kontrovers diskutiert wird, inwiefern Prognosen für die nächsten Jahrzehnte zum Ausmaß des Pflegenotstands im stationären Bereich zutreffend sein werden, so läßt sich für die jetzige Situation eindeutig belegen, daß Personal in der stationären Krankenpflege dringend benötigt wird. Dessen Rekrutierung erweist sich aufgrund der unattraktiven Beschäftigungsverhältnisse als schwierig. Deutliches Indiz hierfür ist die kurze Verweildauer von Pflegekräften in ihrem Beruf. Insbesondere in Hinblick auf die Arbeitszeit- und Arbeitseinsatzplanung sind Modelle der Organisationsentwicklung und arbeitsorganisatorische Innovationen gefragt, die eine höhere Transparenz und Kontinuität in der Gestaltung von Dienstleistungen und Arbeitsschichten ermöglichen.

Pflege-Überleitung als innovatives Beschäftigungsfeld

In der Vergangenheit war die Versorgung (nach operativen Eingriffen) und pflegerische Betreuung von Patienten vorrangig eine Aufgabe stationärer Gesundheitsdienstleistungen. Verbunden mit Strategien zur Kostendämpfung und zur Effizienzsteigerung von Kliniken und Krankenhäusern und im Hinblick auf die Patienten, die nur in den wenigsten Fällen einen längeren stationären Aufenthalt favorisieren, wird die Nachbehandlung von klinisch Behandelten zukünftig im weitaus größerem Maße als bisher ambulant durchgeführt werden. Die Pflege und Betreuung findet zunehmend in den Privathaushalten statt, die weitere medizinische Betreuung wird von Arztpraxen, ambulanten Diensten und Kliniken durchgeführt. Diese Entwicklung stellt die *Pflege-Überleitung* stärker als bisher in den Vordergrund: die weitgehend reibungslose Fortführung notwendigen pflegerischen und kurativen Tätigkeiten in der post-stationären Behandlung. Dazu wird Pflegepersonal benötigt, welches zur Überbrückung dieser Schnittstelle beiträgt und aus institutionenübergreifenden Arbeitsteams von Krankenschwestern/-pflegern aus Krankenhäusern und ambulanter Stationen bestehen könnte. Denkbar wäre auch eine neue Form von qualifizierten, freiberuflich tätigem Krankenpflegepersonal, welches weniger

organisationsabhängig als vielmehr patientenorientiert fungiert. Die Pflegeüberleitung wird zu einem Beschäftigungsfeld, welches sich durch innovative Arbeitsinhalte, selbständiges Arbeiten und hohe Kunden-/Patientenorientierung auszeichnet. Dieses Beschäftigungsfeld bietet für die Zukunft attraktive Perspektiven in der Pflegearbeit.

Neue Anforderungen an die ambulante Krankenpflege

Die ambulante Krankenpflege ist ein Beschäftigungsfeld mit wachsender Bedeutung. Das Leistungsspektrum ambulanter Dienste wird sich in Zukunft weiter ausweiten. Sozialstationen und ambulante Dienste befinden sich in der Entwicklung zu professionellen Unternehmen der Gesundheitsdienstleistung. Stärker als bisher steht die Orientierung an Kunden- und Patiententbedürfnissen im Vordergrund, die sich durch qualitativ hochwertige und umfassende Versorgungsangebote auszeichnet. Ambulante Pflegedienste werden in Zukunft als multifunktionale Einrichtungen auftreten müssen, die eine Vielzahl von Kundenbedürfnissen abdecken und die privat-familiäre Versorgungsleistungen mit Hilfe von professionellen ergänzen. Die Arbeit im ambulanten Pflegedienst beinhaltet vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten. Durch den Ausbau von Teamarbeit, nicht nur innerhalb der Sozialstationen, sondern auch bei konkreten Arbeitseinsätzen könnte belastenden Tätigkeiten und Überforderungen durch Einzelarbeiten entgegenwirkt werden.

Insgesamt läßt sich sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich von Krankenpflege ein Personalbedarf konstatieren, der in den folgenden Jahren anhalten wird. Durch innovative Angebotsformen, verbesserte Arbeitsinhalte, lukrative Beschäftigungsverhältnisse sowie neuartige Kooperationsformen könnte sich die Krankenpflege für Arbeitssuchende als ein interessantes Betätigungsfeld präsentieren, insbesondere wenn diesen der Einstieg in den Pflegebereich erleichtert würde. Durch Ausweitung und qualitative Verbesserung ambulanter und stationärer Krankenpflege und nachfrageorientierte Gesundheitsdienstleistungen könnten nicht nur die zur Zeit ca. 150.000 - 200.000 möglichen Stellen (vgl. 2.1.2) besetzt werden, sondern eine Reihe von Arbeitsplätzen durch neue Betätigungsfelder wie z.B. der Pflege-Überleitung geschaffen werden. Hinzu addieren lassen sich noch ein Vielzahl weiterer potentieller Stellen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Prävention, Therapie und Rehabilitation). Von bis zu 500.000 potentiellen Arbeitsplätzen in der Krankenpflege und in pflegenahen Berufsfeldern für die Zukunft zu sprechen, erscheint in diesem Zusammenhang nicht zu hoch gegriffen.

Der Bereich der Gesundheitsversorgung bietet eine Reihe von Möglichkeiten, neue Beschäftigungsverhältnisse zu schaffen und bestehende attraktiver zu machen. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein gut ausgebildetes und fortschrittliches Gesundheitssystem. Einer optimalen ärztlichen und gesundheitsversorgenden Betreuung kommt in der Bevölkerung ein hoher Stellenwert zu; präventive und rehabilitative Maßnahmen gewinnen an Bedeutung. Durch Veränderungen in der Nachfrage und durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems wird die Erstellung neuer, attraktiver und preisgünstiger Angebote zum zentralen Element zukünftiger Gesundheitsdienstleistungen. Durch die Erstellung umfassender und attraktiver Angebote mit Hilfe informationstechnologischer Unterstützung bietet sich die Möglichkeit, das Gesundheitssystem zu einem zentralen Element in der zukünftigen Wirtschaftsentwicklung auszubauen, welches sich zum einen durch eine Vielfalt von attraktiven und professionellen Beschäftigungsverhältnisse, zum anderen - im Zuge der sich ausweitenden Europäisierung - möglicherweise sogar durch einen regen Export von Gesundheitsdienstleistungen auszeichnen könnte.

3.3 Zukunft der Arbeit in der Altenbetreuung

Hinsichtlich der Pflege und Betreuung älterer Menschen wird eine Diskussion unterschiedlicher Lager darüber geführt, ob Lösungen für das Problem des demographisch bedingten, steigenden Pflege- und Versorgungsbedarfs von Älteren in der Förderung von Eigenarbeit, der Ausweitung des stationären Angebots (Altenheime, Altenpflegeheime) oder vielmehr in der Schaffung attraktiver Angebote im ambulanten Bereich zu finden sind. Kritiker eines Modells professioneller ambulanter Altenversorgung bemängeln das Defizit, eine kontinuierliche und in einigen Fällen notwendige Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu gewährleisten und fürchten den Abbau von sozialer Arbeit durch die kommerzialisierte Erstellung sozialer Dienstleistungen. Die Gegner der stationären Altenversorgung hingegen kritisieren die Ausgliederung und "Ghettoisierung" von alten Menschen und fehlende bedarfsgerechte Angebote, die den Älteren einen möglichst langen Verbleib in den eigenen Räumlichkeiten ermöglichen sollen.

Der ambulante Pflegebereich weist vielversprechende Perspektiven für bedarfsgerechte Betreuungsleistungen und zukünftige Beschäftigungsmöglichkeiten in der Altenpflege auf, ausgehend von den Annahmen, daß

- die Mehrzahl der älteren Menschen die Betreuung im eigenen Haushalt präferiert und den Kontakt zum vertrauten sozialen Umfeld beibehalten möchte,
- die Unterbringung in Alten(pflege)heimen in einigen Fällen zwar durchaus erwünscht ist bzw. benötigt wird, diese aber immer weniger als Instrument einer flächendeckenden Versorgung fungieren kann,
- die demographisch bedingte Verschiebung in der Alters(gruppen)struktur die Erstellung von attraktiven, preisgünstigen und mehr kundenorientierten Altenbetreuungsleistungen erfordert,
- daß es möglich ist, ein Angebot bedürfnisgerechter Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ambulant vor Ort zu erstellen,
- die ambulante Pflege die Koordination von familiären und professionellen Pflegedienstleistungen gewährleisten kann und
- im ambulanten (Alten-)Pflegebereich attraktivere Arbeitsinhalte geschaffen werden.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat zur Ausweitung des ambulanten Angebots beigetragen. Diese zielt zwar verstärkt auf Ausbau und Subventionierung informeller (ehrenamtlicher) Pflegeleistungen von (weiblichen) Familienangehörigen, bietet jedoch auch für gewerbliche Anbieter Chancen, ihre Betreuungsangebote auszuweiten.

Zur optimalen Versorgung in der eigenen Wohnung ist die Koordination von Eigenleitungen, informellen Unterstützungsnetzen und professionellen Hilfen von elementarer Bedeutung. Die ambulanten Pflegedienste der Altenbetreuung haben zunächst die jeweilige Situation und Verhältnisse der Betroffenen (familiäre Situation/Pflegepersonen, Gesundheitszustand/-Pflegebedürftigkeit, Einkommensverhältnisse/soziale Situation, Wohnbedingungen) zu klären. Das Institut Arbeit und Technik hat mit dem "virtuellen Altenheim" ein Konzept entwickelt, wie eine Einbindung und Verflechtung beteiligter Akteure (Kunde, Familienangehörige, Ärzte und Pflegepersonen) und die Versorgung mit notwendigen Dienstleistungen (Essensversorgung, Freizeit- und Kulturangebote, Gesundheitsversorgung) mit Hilfe von informationstechnologischer Vernetzung in Zukunft aussehen könnte (Bandemer u.a. 1994, Hilbert u.a. 1995). Dieses Konzept soll als Basis für ein Modell ambulanter Altenpflege der Zukunft dienen:

Fiktives Modell zukünftiger ambulanter Altenpflege

Eine Beratungs- und Koordinierungsstelle ambulanter Altenpflege bemüht sich durch die Erstellung umfassender Angebote für alte und -pflegebedürftige Menschen um deren Unterstützung in ihren privaten Wohnungen. Die Stelle kooperiert mit Ärzten, Therapeuten, Pflegern, Apotheken, Mahlzeitendiensten, Wohnungsbaugesellschaften und weiteren Anbietern von personenbezogenen Dienstleistungen und erstellt bedarfsgerechte Leistungspakete.

Von der Beratungsstelle werden Vorschläge und Gestaltungsmodelle erarbeitet, die auf den nachfragenden Klienten/Haushalt individuell zugeschnitten sind und die mit Betroffenen und Angehörigen zusammen entworfen werden. Die Einrichtung setzt sich aus einem interdisziplinären Team von MitarbeiterInnen zusammen, die zum einen über grundsätzliche Kenntnisse der verschiedenen Aufgabengebiete von Altenhilfe und -pflege verfügen, zum anderen sich mit diversen Fragestellungen (Rechts- und Finanzfragen, Fragen von Organisationsgestaltung und Sozialmanagement etc.) beschäftigen. Die Einrichtung verfügt über einen Not- und Nachtdienst. Des Weiteren organisieren Mitarbeiter der Einrichtung die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und kundenorientierte ambulante Betreuung (Rehabilitationsmaßnahmen, Wohnraumanpassung, Angehörigenbetreuung, etc.).

"XY" bietet in eigenen Räumlichkeiten Möglichkeiten zur Schulung nicht-professioneller Kräfte und zur Weiterbildung der Mitarbeiter und Pflegekräfte an. Dabei steht der gegenseitige Erfahrungsaustausch im Vordergrund. Auf Teamsitzungen werden aktuelle Frage- und Problemstellungen und innovative Entwicklungen (z.B. in der medizinischen Forschung und der Rehabilitation) diskutiert. Alle Beschäftigten arbeiten in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen. Bei Vermittlungen von Mitarbeitern an Privathaushalte bemüht sich die Beratungs- und Koordinationsstelle um möglichst wohnortnahe Einsätze, damit Flexibilität und Kontinuität gewährleistet werden. Mit Unterstützung technischer Hilfsmittel und in Kooperation mit anderen Organisationen gestaltet "XY" altengerechte Wohnungen und bemüht sich um stabile Kontakte zu den Kunden. Darüber hinaus organisiert der Altenpflegedienst bei Bedarf die Lebensmittelversorgung, die Haushaltsführung und die Freizeitgestaltung.

Die Finanzierung der Leistungspakete wird durch unterschiedliche Quellen gewährleistet. Die Mittel der Pflegeversicherung werden nach Möglichkeit ausgeschöpft. Mit Hilfe von Eigenleistungen (Rente, Spareinlagen und sonstige Vermögen) bzw. öffentlichen Zuschüssen wird die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots gewährleistet.

Die Beschäftigung von Mitarbeitern (z.B. Pfleger und Fachkräfte, aber auch Un- und Angelernte) orientiert sich verstärkt an kontinuierlicher Weiterbildung und Interdisziplinarität. Hierdurch soll auch eine Höhergruppierung ermöglicht werden. Erweiterte Arbeitsinhalte und flexibler Arbeitseinsatz kennzeichnen die Beschäftigungsverhältnisse. Der große, graue Markt der informellen Beschäftigung von pflegegeeigneten Personen, die über keine einschlägigen Fachqualifikationen verfügen, wird transparenter gemacht und ausgedünnt.

Grundlegend für ein solches Konzept ist das Vorhandensein eines koordinierenden Pflegedienstes³⁷. Hier bieten sich neue Beschäftigungsmöglichkeiten im Bereich der Altenpflege, aber auch Möglichkeiten der Neuorientierung von Sozialstationen und privaten ambulanten Diensten. Diese Koordinationsdienste dienen als Anlaufstellen für ratsuchende ältere Menschen und deren Angehörigen. Durch Kooperation mit anderen Akteuren versuchen die Sozialdienste, ein kostengünstiges, umfassendes Angebot zu erstellen. Dazu zählt u.a.

- die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Arztpraxen und Apotheken, Sanitätshäusern und mit stationären Einrichtungen
- die Verknüpfung mit weiteren personenbezogenen Dienstleistungen (Mahlzeitendienst, Putz- und Haushaltshilfen, etc.)
- die intensive Kooperation mit Anbietern technischer und technologischer Hilfsmittel
- der Kontakt zu Ämtern, Behörden und öffentlichen Institutionen
- der (Informations-)austausch mit anderen Pflegediensten

³⁷ Zum Überblick über Formen der Kooperation von ambulanten Diensten siehe W. Göpfert-Diviver (1993): Formen und Verfahren der Kooperation in der ambulanten Versorgung, in: W.R. Wendt (Hg.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation, Freiburg

Die zahlenmäßige Ausweitung von privaten ambulanten Diensten wird im Bereich der Altenpflege Qualitäts- und Effizienzsteigerungen von Betreuungsleistungen nach sich ziehen. Die Arbeit in den Sozialstationen und Pflegediensten erfordert von den Mitarbeitern zukünftig neuartige Qualifikationen und Kompetenzen und die Bewältigung zusätzlicher Aufgaben. Hierzu ist eine effiziente Arbeitsgestaltung und -organisation in den ambulanten Diensten grundlegend. Gruppenarbeit, Dezentralisierung und Qualitätsmanagement sind für diesen Bereich notwendige Konzepte zur arbeitsinhaltlichen und organisatorischen Neugestaltung. Um Hierarchisierungstendenzen entgegenzuwirken und den Mitarbeitern mehr Möglichkeiten der Selbstgestaltung ihrer Arbeit einzuräumen sowie um eine kundennahe, ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, muß sich das Kooperations- und Teamprinzip in den ambulanten Diensten weiter verbreiten.

Wenn eine Attraktivitätserhöhung in der Altenhilfe und -pflege erzielt werden kann, bieten sich in diesem Bereich weitere Beschäftigungsperspektiven, insbesondere wenn die Verlagerung von Betreuungstätigkeiten in der Altenpflege von stationären Einrichtungen hin zu ambulanten Diensten und Tagesstätten anhält. Dieses würde den Erwartungen und Wünschen nicht nur der Betroffenen, sondern auch der Pflegekräfte entsprechen und könnte zur Ausweitung der Beschäftigtenzahlen beitragen. Die Schätzzahlen von wissenschaftlichen Instituten, Ministerien und Verbänden der Altenhilfe hinsichtlich der benötigten Arbeitskräfte sind höchst uneinheitlich und verweisen auf 100.000 bis 500.000 mögliche zusätzliche Beschäftigungsverhältnisse in der Altenbetreuung (vgl. 2.1.3). Die steigende Zahl von älteren Menschen und die zunehmende Nachfrage nach attraktiven Betreuungsleistungen werden in der näheren Zukunft den Bedarf an Altenpflegepersonal kontinuierlich erhöhen. Attraktive Arbeitsverhältnisse und effiziente Organisationsformen tragen dazu bei, die Kluft zwischen benötigten und verfügbaren Arbeitskräften kleiner zu machen.

4 Resümee und Fazit: Beschäftigungsperspektiven von sozialen Dienstleistungen

Der Bereich sozialer Dienstleistungen steht in vielfacher Hinsicht vor einer Neuorientierung und vor potentiellen Entwicklungspfaden. Verändertes Nachfrageverhalten und hoher Kostenaufwand lassen traditionelle Dienstleistungs- und Betreuungsangebote nicht länger zu. Demographische und soziale Entwicklungsprozesse sowie neue Regelungen und Gesetzesvorgaben bewirken einschneidende Veränderungen in sozialen Dienstleistungen. Innovative Angebote und qualitativ hochwertige Betreuungsformen werden zur dauerhaften Maxime für öffentliche und private Leistungsanbieter. Mit Hilfe technischer und technologischer Unterstützung und neuer Organisationsmodelle entstehen neuartige Dienstleistungsangebote, wobei Arbeit, Organisation und Technik in sozialen Diensten einem kontinuierlichen Wandlungsprozeß unterliegen.

Die Förderung von Ehrenamt, Eigenarbeit und Selbstorganisation ist nur eine wichtige Größe bei der Neuorientierung sozialer Dienste, sie darf jedoch weder als die einzige noch als die wichtigste Maßnahme angesehen werden. Im Mittelpunkt sollte vielmehr die umfassende Unterstützung und Ergänzung privat-informeller Subsidiarität durch öffentliche und kommerzielle Leistungsangebote entsprechen den Vorstellungen und Wünschen der nach Betreuungs- und Pflegeleistungen nachfragenden Haushalte. Bedarfsgerechte Angebote, Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit, Freizeit, Kindererziehung und/oder Angehörigenbetreuung sowie qualitativ hochwertige Versorgungs- und Betreuungsleistungen sind hierbei die zentralen Elemente. Mögliche Alternativen sind bereits jetzt - wenn auch in quantitativ und qualitativ unzureichendem Maße - bereits vorhanden: In der Kinderbetreuung besteht die Möglichkeit auf bezahlte Tagesmütter zur besseren Koordination von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit oder als Ersatz zu einem fehlenden öffentlichen Angebot zurückzugreifen. In der Kranken- und Altenpflege ermöglicht die Ausweitung der professionellen ambulanten Betreuung und Versorgung den Verbleib von Betroffenen in eigenen Räumlichkeiten und fördert die Kombination von familiär-informellen, gemeinnützigen und privatwirtschaftlichen Betreuungsleistungen.

Durch Defizite in der öffentlichen Versorgung werden Betreuungs- und Pflegeleistungen zunehmend von gewerblichen Anbietern ausgeführt, deren Kosten immer weniger von der öffentlichen Hand und immer mehr von den Privathaushalten übernommen werden. Die Kooperationsleistungen zur Erstellung und Finanzierung von sozialen Dienstleistungen sind bisher unzureichend. Außerdem funktioniert die Schnittstelle zwischen professionellen Hilfen und der informellen Selbsthilfe nicht richtig. Es fehlt ein geordnetes Zusammenspiel von Eigenarbeit, Selbsthilfe, wohlfahrtlichen Diensten und öffentlichen Angeboten sowie kommerziellen Dienstleistungen bei gleichzeitiger Planung von umfassenden Finanzierungsmodellen.

Die gegenwärtige Personalsituation in den untersuchten Bereichen sozialer Dienstleistungen zeichnet sich hinsichtlich der professionellen Tätigkeiten (von Kinderbetreuerinnen Krankenschwestern und Altenpflegern) durch eine kurze berufliche Verweildauer von Arbeitskräften aus. Defizite in der Ausbildung, ungünstige Arbeitszeiten und -bedingungen sowie eine unzureichende Entlohnung bewirken die Unattraktivität der Berufsfelder und die Notwendigkeit permanenter Rekrutierung und Ausbildung neuen Personals. In Kranken- und Altenpflege ist hierdurch bereits ein erheblicher Personalmangel entstanden; die Beschäftigung in erwerbsorientierter Kinderbetreuung und in ambulanten Kranken- und Altenpflegediensten ist von unsicheren Arbeitsverhältnissen geprägt. Unregelmäßige Arbeitszeiten und -einkommen sowie fehlende Qualifizierung und soziale Absicherung haben nicht nur zur Unattraktivität der Beschäftigung, sondern auch zu wenig attraktiven

Angeboten für die nachfragenden Personen und Haushalte geführt. Die Kosten der Personalrekrutierung gepaart mit den Auswirkungen von Leistungs- und Qualitätsmängeln in sozialen Dienstleistungen lassen hinsichtlich der derzeitigen Entwicklung die leicht plakative Schlußfolgerung zu: "Billige" Arbeit in sozialen Dienstleistungen kommt "teuer" zu stehen.

Eine auf bestimmte Personengruppen zugeschnittene und sich über die enge Beziehung zwischen Kunden und Anbietern definierende soziale Dienstleistung sollte ihre *Humanorientierung* - nachfragende Haushalte und deren Bedürfnisse einerseits und Arbeitskräfte in Betreuung und Pflege andererseits - in den Mittelpunkt von Leistungsangebot und Arbeitsorganisation stellen. Die Entwicklung von sozialen Dienstleistungen wird in Zukunft folglich von den Maximen *kundenorientierte Angebote*, *mitarbeiterorientierte Arbeitsgestaltung* und *kooperative Vorgehensweisen* geprägt werden. Durch die intensive Förderung von Maßnahmen der Personalentwicklung und der Organisationsentwicklung lassen sich wesentliche Veränderungen erzielen, die die Effizienz und Attraktivität von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen erhöhen. Zentrale Bedeutung kommt hierbei dem sinnvollen Einsatz ausgewählter *technischer und technologischer Unterstützung* zu, da in der Verknüpfung von Technikeinsatz und sozialer Dienstleistungsarbeit eine Option für eine prosperierende Weiterentwicklung beider Bereiche liegt.

Die Modellentwicklungen für die Bereiche Kindererziehung, Gesundheitsversorgung/Krankenpflege und Altenbetreuung resümierend sind die zentralen Aspekte und wesentlichsten Herausforderungen zur effizienten Gestaltung von Arbeit und Organisation:

- die weitgehende Substituierung "billiger Arbeit" in sozialen Dienstleistungen durch verbesserte Qualifizierungs- und Einkommensmöglichkeiten der Fachkräfte, soziale Absicherung von Arbeitskräften und Neugestaltung vorhandener Beschäftigungsverhältnisse;
- die Forcierung von effizienter Organisationsgestaltung, neuen Arbeitsinhalten, gruppenorientierten Arbeitsformen, innovativen Arbeitszeitmodellen und der Zusammenarbeit von Akteuren auf allen Ebenen;
- eine höhere Markttransparenz in außerfamiliärer Kinderbetreuung und ambulanter Pflege durch gezielte Förderung und Unterstützung privater Anbieter und durch innovative Modelle zur Koordination der haushaltsnahen Betreuungsleistungen;
- die Substituierung von prekären Beschäftigungsverhältnissen durch Bündelung von Aufträgen und Koordinierung mehrerer Arbeitseinsätze;
- die Attraktivitätserhöhung von Angebot und Beschäftigung durch Kooperation in der Leistungserstellung und durch ein umfassendes Dienstleistungsspektrum;
- die Unterstützung durch innovative technische und technologische Hilfsmittel.

Der Bereich sozialer Dienstleistungen wird in der zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung eine bedeutsame Rolle spielen und kann einen entscheidenden Beitrag zur Gewährleistung einer hohen Erwerbsquote von Frauen und Männern leisten. Heutige Entwicklungslinien und Prognosen deuten auf eine kontinuierliche Zunahme der Nachfrage nach Betreuungsdienstleistungen hin. Bisher sind Produktivitäts- und Beschäftigungspotentiale dieses Bereichs weitgehend unberücksichtigt geblieben. Hinsichtlich Massenarbeitslosigkeit und Frauenerwerbstätigkeit bieten personenbezogene soziale Dienstleistungen Perspektiven für neue Beschäftigungsfelder.

Allein durch die Behebung der defizitären Personalsituation in Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung/Krankenpflege und Altenbetreuung würden ca. 500.000 neue Arbeitsplätze (*150.000 in der Kinderbetreuung, 300.000 - 400.000 in der Kranken- und Altenpflege*) entstehen. Mit Hilfe innovativer Beschäftigungsmodelle ließe sich die Zahl der Arbeitskräfte im Bereich sozialer Dienstleistungen weiter ausbauen; ein durchaus beachtlicher Beitrag zur Sicherung der Zukunft der Arbeit.

Literatur

- Arbeitskreis der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, 1989 (Hg.): Ehrenamtliche soziale Dienstleistungen. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Stuttgart/Berlin/Köln
- Articus, S., 1993: Kooperation und Koordination sozialer Dienste aus kommunaler Sicht, in: Braun/Johne (Hg.), S. 49-66
- Bach, B., 1995: Der Arbeitsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. Eine synoptische, theoretische und empirische Analyse, in: arbeit und beruf, Heft 9, S. 261-265 u. Heft 10, S. 295-297
- Bäcker, G., 1991: Pflegebedürftigkeit und Pflegenotstand - Dimensionen eines sozialen und familiären Problems und Ansatzpunkte zur Absicherung des Pflegerisikos, in: WSI Mitteilungen, Heft 2, S. 88-103
- Bäcker, G., 1995: Zwischen Beruf und Pflege, in: Soziale Sicherheit, Heft 10, S. 361-367
- Bäcker, G./Heinze, R. G./Naegele, G. 1995: Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Bd. 1, Münster
- Backes, G., 1994: Balancen pflegender Frauen - zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen, in: Zeitschrift für Frauenforschung, Heft 3, S. 113-128
- Bals, T., 1991: Rekrutierungsprobleme - Das Beispiel Krankenpflege. Reform der Berufsbildung, in: U. Rabe-Kleberg u.a. (Hg.), S. 36-59
- Bandemer, S. v./Born, A./Bußmann, U./Hilbert, J./Scharfenorth, K., 1995: Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Eine empirische Untersuchung bei Anbietern technischer Hilfsmittel für Senioren und Behinderte, ambulanten sozialen Diensten und stationären Alteneinrichtungen, Gelsenkirchen
- Bandemer, S. v./Hilbert, J., 1995: Mittendrin, in: Die Mitbestimmung, Heft 4-5, S. 13-18
- BMFuS (Bundesministerium für Familie und Senioren) 1994: Die Alten der Zukunft - Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 32, Stuttgart/Berlin/Köln
- Binder, M., 1995: Sozio-strukturell differenzierte Inanspruchnahme außerhäusiger Betreuung von Kindern im Vorschulalter. Eine empirische Analyse für die BRD (alte Bundesländer) für das Jahr 1993. Diskussionspapiere aus der Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum
- Born, A./Scharfenorth, K., 1995: Lebensqualität im Alter. Technik und Dienstleistungen in der Altenwirtschaft, in: Das Magazin, Heft 2, S. 30-31
- Bosch, G., 1994: Die langfristige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt - Herausforderungen an die Beschäftigungspolitik, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.), S. 253-261
- Braun, H./Johne, G. (Hg.), 1993: Die Rolle sozialer Dienste in der Sozialpolitik, Frankfurt/New York
- Bräutigam, M., 1995: Pflegenotstand: Nächstenliebe und Korporatismus im Transferstaat. Erklärungsansätze für eine Non-decision, SIT-wp-2/95, Bochum
- Brinkmann, A./Skrotzki R., 1994: Projektskizze: Entwicklung und Erprobung beteiligungsorientierter Organisationsmodelle im Krankenhaus. Arbeitspapier der Ruhr-Universität Bochum
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), 1995: Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Qualifikationsforschung Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hg.), 1995b: Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe, Veröffentlichung des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn/Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 1995: Daten des Gesundheitswesens, Bd. 51, Baden-Baden

- Colberg-Schrader, H., 1991: Kinderbetreuung - Elternsache und Teil einer kommunalen Kinderpolitik, in: WSI Mitteilungen, Heft 2, S. 74-81
- Dankowski, W./Luckey, K., 1990: Neue Formen lokaler Sozial- und Gesundheitsdienste, Köln
- De Baan, V., 1989: Kinderbetreuung - Privatsache? Tagesmütter in der Schweiz, Zürich
- Deutsch, C., 1995: Ende einer Ära, in: Die Mitbestimmung, Heft 3, S. 13 -17
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), 1994: Auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft? Zum wirtschaftlichen Strukturwandel in sechs Industrieländern, Nr. 13, S. 184-191
- Engelbrech, G., 1995: Zukünftige Beschäftigungsentwicklung für Frauen im Dienstleistungsbereich, in: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, Heft 5/6, S. 110-113
- Fink, U. (Hg.), 1990: Der neue Generationenvertrag. Die Zukunft der sozialen Dienste, München/Zürich
- Finkeldey, L., 1995: Selbsthilfe - ein Alltagmythos, in: Soziale Sicherheit, Heft 8/9, S. 312-316
- Frank, K., 1995: Frauen im Dienstleistungsbereich, in: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, Heft 5/6, S. 113-114
- Grossmann, R., 1993: Leitungsfunktion und Organisationsentwicklung im Krankenhaus, in: B. Badura/G. Feuerstein/T. Schott (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim/München, S. 301-321
- Grossmann, R./Prammer, K., 1995: Die Reorganisation eines «OP-Betriebs». Zur Optimierung zentraler Leistungsprozesse im Krankenhaus, in: Organisationsentwicklung, Heft 3, S. 14-26
- Häußermann/Siebel, 1995: Dienstleistungsgesellschaften, Frankfurt/M.
- Häussler, B., 1995: Vom Qualitätszirkel niedergelassener Ärzte zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Zur Entwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Versorgung, in: Häusliche Pflege, S. 36-45
- Hegner, F., 1986: Veränderungen der Arbeitsgesellschaft und ihre Auswirkungen auf das Potential ehrenamtlicher Helfer - Ein Blick in die Zukunft, in: Ehrenamtliche Dienstleistungen. Bericht eines Arbeitskreises der Gesellschaft für sozialen Fortschritt, Teil II, Nr. 3, Bonn
- Heinze, R. G./Naegele, G./Bucksteeg, A., 1994: Neue Anforderungen an die sozialen Dienste, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.), S. 199-223
- Heinze, R. G., 1987: Selbsthilfegruppen im System der sozialen Sicherung, in: GIB (Hg.): Förderung örtlicher Beschäftigungsinitiativen, Bottroper Dokumente, Heft 1, S. 13-21
- Hilbert, J., 1994: Lean Production in der sozialen Sicherung, in: M. E. Karsten (Hg.), S. 51-62
- Hilbert, J., 1995: Pflegedienste vor neuen Herausforderungen. Ausgewählte Ergebnisse einer Umfrage des Instituts Arbeit und Technik, in: Häusliche Pflege, Heft 11, S. 820-825
- Hilbert, J./Bandemer, S.v./Bußmann, U., 1995: Das virtuelle Altenheim - Zielvorstellungen für das Leben im Alter, in: Institut Arbeit und Technik (Hg.): Zuhause leben im Alter - Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität, S. 20-28
- IFO-Institut für Wirtschaftsforschung, 1994: Spiegel der Wirtschaft. Struktur und Konjunktur in Bild und Zahl, Frankfurt/New York
- Institut Arbeit und Technik (Hg.), 1995: Zuhause leben im Alter - Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität, Beiträge zur Regionalentwicklung, Heft 10

- Institut der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), 1995: Pflege als Beruf. Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven in der Kranken- und Altenpflege. Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 1
- Institut der deutschen Wirtschaft, 1995a: Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Köln
- Institut der deutschen Wirtschaft, 1995b: IWD-Informationendienst v. 4 Mai 1995
- Jakubiak, M., 1994: Zukunft sozialer Dienstleistungen, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), S. 231-237
- Johne, G., 1993: Soziale Dienste als Forschungsgegenstand: Konzepte und Perspektiven, in: Braun, H./Johne, G. (Hg.), S. 117-132
- Kahle, I./Dippelhofer-Stiem, B., 1994: Empirische Analysen zur pädagogischen Arbeit im Kindergarten, in: Zeitschrift für Frauenforschung, Heft 1-2, S. 111-122
- Karsten, M. E., 1991a: Sackgassen - Irrwege der Professionalisierung: Das Beispiel Kinderpflege und Erziehung, in: U. Rabe-Kleberg u.a. (Hg.), S. 77-93
- Karsten, M. E., 1991b: Differenzierungen in den Berufsfeldern und Berufsanforderungen - Vervielfältigungen der Ausbildungs- und Berufswege in: U. Rabe-Kleberg u.a. (Hg.), S. 229-234
- Karsten, M.E. (Hg.), 1994: Dienstleistungsgesellschaft: Herausforderungen, Trends und Perspektiven, Lüneburg
- Kasten, M., 1995: Auswirkungen der Strukturkrise auf die soziale Arbeit, in: Soziale Sicherheit, Heft 6, S. 218-234
- Klein, C.-C., 1995: Eigene Profile entwickeln. Diakoniestationen als Dienstleistungsunternehmen unter neuen Rahmenbedingungen, in: Häusliche Pflege, Heft 11, S. 826-831
- Krämer, 1991: Wir kurieren uns zu Tode, Frankfurt
- Kronseider, E., 1995: Teamarbeit statt Hierarchie. Optimaler Personaleinsatz und größere Arbeitserfolge, in: Häusliche Pflege, Heft 4, S. 244-249
- Kühl, J., 1995: Beschäftigungsfelder, Segmentierung und Maginalisierung im Dienstleistungsbereich, in: arbeit und beruf, Heft 8, S. 236-240
- Kupka, C., 1991: "...das Gesamtfeld der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen in den Blick nehmen", in: U. Rabe-Kleberg (Hg.), S. 235-243
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1994: Hilfe und Pflege im Alter. Informationen und Ratschläge für die Betreuung und Versorgung zu Hause, München
- Lindner, T./Domayer, E./Fodor, G., 1995: Organisationsentwicklung an einer Universitätsklinik für Orthopädie, in: Gruppendynamik, Heft 2, S. 159-167
- Matheus, S., 1995: Wechselmöglichkeiten aus industriellen Berufen in Dienstleistungsberufe. Eine Analyse mit Daten des sozioökonomischen Panels, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 2, S. 224-239
- Matthiesen, P.F., 1995: Gibt es eine Alternativmedizin? Pluralismusfragen in der Medizin, in: Das Magazin, Heft 2, S. 20-21
- Meifort, B., 1995a: "Pflegenotstand" in den alten Bundesländern - Zur Situation der ambulanten und stationären Pflege und des Pflegepersonals in den alten Bundesländern aus der Sicht der Berufsbildungsforschung, in: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) (b), S. 59-68
- Meifort, B., 1995b: Qualitätsmängel in der Altenpflege - Oder: Wie professionell ist die Altenpflege? in: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) (b), S. 69-72
- Meifort, B./Becker, W., 1994: Berufe mit familienbezogenen Leistungen, in M.E. Karsten (Hg.), S. 63-79
- Merkle, L. E., 1994: Frauenerwerbstätigkeit und Kinderbetreuung. Eine theoretische und empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland, Heidelberg

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1992: Öffentliche Gesundheit und Pflege in Nordrhein-Westfalen. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften, Neuss
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1994a: Alleinerziehende - Lebenslagen und Lebensformen. Landessozialbericht, Band 5, Düsseldorf
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.), 1994b: Zukunft des Sozialstaates. Leitideen und Perspektiven für eine Sozialpolitik der Zukunft
- Moss, P., 1990: Kinderbetreuung in der Europäischen Gemeinschaft 1985-1990, Sonderheft "Frauen Europas", August
- Müntefering, F., 1994: Sozialstaat und solidarische Gemeinschaft - Probleme, Ziele und Chancen einer Politik sozialer Reformen, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.), S. 5-21
- Naegele, G., 1991: Bedarfsentwicklung - das Beispiel Altenpflege. Anforderungen an die Qualifizierung und Ausbildung der Fachkräfte, in: U. Rabe-Kleberg u.a. (Hg.), S. 60-77
- Naegele, G., 1994: Zukunft der sozialen Dienstleistungen, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), S. 239-248
- Naegele, G., 1995: Demographischer und sozialstruktureller Alterswandel - Anforderungen an soziale Dienste in der Altenarbeit und -hilfe, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5, S. 118-125
- Nahr, H., 1991: Die Personalstruktur des deutschen Gesundheitswesens Mitte der achtziger Jahre: Bestandsaufnahme und Bewertung aktueller Datenquellen, Diskussionspapier des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln
- Notz, G., 1992: Von wegen Heim: Die unsichtbare Arbeit von Frauen bei der Betreuung und Pflege, in: I. Raehlmann/B. Meiners/A. Glanz/M. Funder (Hg.): Alles unter einen Hut? Arbeits- und Lebenszeit von Frauen in der »Dienstleistungsgesellschaft«, Hamburg
- o.V., 1995: Pionierarbeit. Ambulante Kinderkrankenpflege Banse-Grimm in Hannover, in: Häusliche Pflege, S. 683-686
- OECD, 1995: Employment Outlook, Paris
- OECD, 1995: OECD in Figures. Statistics on the member countries, Supplement to the OECD observer, June/July, Paris
- Oppl, H., 1995: Helfen als Dienstleistung. Die Anforderungen eines sozialen Dienstleistungsmarktes an die ambulanten Dienste, in: Häusliche Pflege, Heft 2, S. 76-80
- Parmentier, K./Plicht, H./Stoß, F./Troll, L., 1993: Berufs- und Erwerbsstrukturen West- und Ostdeutschlands im Vergleich. Ergebnisse aus der BIBB/IAB-Erhebung 1991/92, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 176, Nürnberg
- Prognos AG/Dornier GmbH, 1989: Angebot und Nachfrage an Krankenhauspersonal bis zum Jahre 2010, Köln/Friedrichshafen
- Rabe-Kleberg, U./Krüger, H./Karsten, M. E./Bals, T. (Hg.), 1991: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: PRO PERSON, Bielefeld
- Rauschenbach, T., 1990: Jugendhilfe als Arbeitsmarkt. Fachschul-, Fachhochschul- und UniversitätsabsolventInnen in sozialen Berufen, in: Sachverständigenkommission achter Jugendbericht (Hg.): Jugendhilfe - Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen, Bd. 1, München
- Rauschenbach, T./Schilling, M., 1995: Die Dienstleistenden: Wachstum, Wandel und wirtschaftliche Bedeutung des Personals in Wohlfahrts- und Jugendverbänden, in: T. Rauschenbach/C. Sachße/T. Olk (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch, Frankfurt a.M.

- Rode, H./Wilke, M., 1991: Mütter im Streß. Zur Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und außerfamiliärer Kinderbetreuung, Bielefeld
- Scharfenorth, K., 1995: Aufwertung von Frauenarbeitsplätzen im Bereich sozialer/personenbezogener Dienstleistungen, hekt. Manuskript
- Schettkat, R., 1994: 2 Millionen neue Jobs in einem Jahr!, in: WSI-Mitteilungen, Heft 6, S. 363-377
- Schneider, K., 1988: "Kinder unter drei Jahren im Zahlenspiegel", Tageseinrichtungen für Kinder, DJI, Heft 1, S. 110
- Sentker, A., 1995: Die digitale Konkurrenz der Mediziner. Computergesteuerte Roboter sollen die Arbeit der Chirurgen perfektionieren, in: die tageszeitung v. 24.04.1995
- Statistisches Bundesamt, 1994a: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt, 1994b: Statistisches Jahrbuch für Nordrhein-Westfalen, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt, 1995: Im Blickpunkt: Familien heute, Wiesbaden
- Tessaring, M., 1994: Langfristige Tendenzen des Arbeitskräftebedarfs nach Tätigkeiten und Qualifikationen in den alten Bundesländern bis zum Jahre 2010. Eine erste Aktualisierung der IAB/Prognos-Projektionen 1989/91, in: MittAB, Heft 1, S. 5-19
- Uhrig, N., 1993: Ambulante Pflegeversorgung. Pflegebedürftige präferieren häusliche Pflege, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10, S. 57-59
- Ulshoefer, H. 1992: Frauenerstausbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen - mit Perspektiven oder im Abseits? in: S. Damm-Rüger (Hg.): Frauen - Ausbildung - Beruf: Realität und Perspektiven der Berufsausbildung von Frauen. Dokumentation der Beiträge eines Workshops am 18./19.4.1991 im Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn/Berlin, S. 97-108
- Wagner, G., 1995: Die Modernisierung der modernen Medizin, in: Soziale Welt, Heft 3, S. 266-281
- Weinkopf, C., 1995: Professionalisierung privater Dienstleistungen durch Dienstleistungspools, Gelsenkirchen
- Weizsäcker, E. U. von, 1994: Arbeit und Umwelt. Perspektiven für das 21. Jahrhundert, in: Das Magazin, Heft 1, S. 10-13
- Winterfeld, U. von, 1994: Zukunft der Arbeit - welcher Arbeit? in: Das Magazin, Heft 1, S. 18-19
- Wolf, B., 1992: Frauen in "typischen Männerberufen" - ein hoffnungsloses Unterfangen? in: S. Damm-Rüger (Hg.): Frauen - Ausbildung - Beruf: Realität und Perspektiven der Berufsausbildung von Frauen. Dokumentation der Beiträge eines Workshops am 18./19.4.1991 im Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn/Berlin, S. 119-130

Veröffentlichungen im Rahmen des WZN-Verbundprojekts

„Zukunft der Arbeit“

- Diskussionspapier Nr. 1: Bosch Gerhard: Der Arbeitsmarkt bis zum Jahr 2010 - Ökonomische und Soziale Entwicklungen. IAT 96/4, Gelsenkirchen
- Diskussionspapier Nr. 2: Morschhäuser, Martina: Modernisierung und alternde Belegschaften - Beschäftigungsperspektiven älterer Arbeitnehmer bei Gruppenarbeit. IAT 96/5, Gelsenkirchen
- Diskussionspapier Nr. 3: Ittermann, Peter / Scharfenorth, Karin: Soziale Arbeit in der Zukunft - Billigware oder Qualitätsdienstleistung? Herausforderungen und Gestaltungsperspektiven in Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenhilfe. IAT 96/6, Gelsenkirchen