

Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft: Plädoyer für eine neue Arbeitspolitik und humanzentrierte Arbeitsgestaltung

Michaela Evans / Christoph Bräutigam / Sandra Dörpinghaus

1 | Einleitung

Daten zur Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft belegen, dass die Branche in Zeiten der konjunkturellen Krise volkswirtschaftlich als stabilisierendes Element gewirkt hat. Auch zukünftig ist von einem steigenden Fachkräftebedarf auszugehen. Diese wachsende Nachfrage geht einher mit einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial und der Alterung der Arbeitskräfte. Auch wenn bislang noch nicht von einem generellen Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft gesprochen werden kann, so zeigen sich bereits heute insbesondere in Kliniken und Pflegeeinrichtungen sowie in verschiedenen Berufen Probleme bei der Stellenbesetzung. Der in weiten Bereichen bisher zu konstatierende Beschäftigungsaufbau wurde durch einen Anstieg der Teilzeitarbeit, geringfügiger und befristeter Beschäftigung oder Leiharbeit relativiert. Insbesondere mit Blick auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten muss der Gesundheitswirtschaft eine Krise diagnostiziert werden. Unter den Bedingungen eines steigenden Bedarfs und begrenzter personeller, finanzieller und organisatorischer Ressourcen stellt sich mit zunehmender Brisanz die Frage, wie der Gesamtbedarf an Gesundheitsarbeit in Zukunft befriedigt werden kann. Wie können Ziele wie mehr Qualität, mehr Patientenorientierung und höhere Produktivität in der Gesundheitsversorgung „vor Ort“ realisiert werden?

Aktuelle Untersuchungen zum Gesundheitswesen liefern Evidenz dafür, dass Entwicklungen der letzten Jahre, wie beispielsweise die Bemühungen um mehr „Produktivität“ im Kontext der Einführung von Fallpauschalen in der Vergütung der Krankenhäuser (Braun et al. 2010; Simon 2008), auf eine teils dramatische Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten hinausliefen. Diese Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen für die Kernberufe der Gesundheitsversorgung (insbesondere Pflege, Medizin, therapeutische Berufe) können kaum noch kompensiert werden, so dass eine weitere Verschlechterung der Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu befürchten ist. Vielfach wird außer Acht gelassen, dass gute Arbeitsbedingungen und eine Arbeitsgestaltung, die sich an den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger sowie der Beschäftigten gleichermaßen orientiert, nicht Beiwerk sondern notwendige Bedingung der Modernisierung der Gesundheitsversorgung ist.

Das Forschungs- und Gestaltungsfeld „Arbeit und Qualifizierung“ ist damit geradezu konstituierend für die Entwicklungschancen und -herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Dies ergibt sich insbesondere aufgrund der Tatsache, dass für die sich in wesentlichen Bereichen durch personenbezogene, wissensintensive Dienstleistungen auszeichnende Gesundheitswirtschaft die Verfügbarkeit von qualifiziertem Fachpersonal einen hohen Einfluss auf

die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung hat. Gleichzeitig müssen der Gesundheitssektor insgesamt wie auch seine Teilbranchen untereinander zunehmend um immer weniger verfügbare Fachkräfte konkurrieren. Einer Kompensation unzureichender personeller Ausstattung durch technische Lösungen, wie sie in industriellen Arbeitszusammenhängen üblich ist, sind in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft engste Grenzen gesetzt. Es kann inzwischen als allgemein akzeptiert gelten, dass es im Wesentlichen die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sind, die den entscheidenden Faktor der Fachkräftesicherung darstellen. In seiner programmatischen Ausrichtung wird sich der Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“ (GELL) des IAT daher zukünftig verstärkt mit der betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft auseinandersetzen. Dies zielt auf eine vertiefende Beschäftigung mit Lösungen zur Arbeitsgestaltung, zur Arbeitsplatzsicherheit sowie zu Beschäftigungs- und Qualifizierungstrends in der Gesundheitswirtschaft.

2| „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft – Bisherige Themen des Forschungsschwerpunkts GELL

Für den Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“ hat sich schon in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Forschungsfragen und Anknüpfungspunkten im Themenfeld „Arbeit und Qualifizierung“ ergeben. Neben Aspekten der quantitativen Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft generell und in ihren Teilbranchen (Dahlbeck/Hilbert 2008), wurden qualitativ drei Zugänge genutzt: Institutionen, Professionen und spezielle Zielgruppen des Arbeitsmarktes:

- **Institutioneller Zugang**

Primärer Ansatzpunkt des Forschungsschwerpunktes im Zusammenhang mit Fragestellungen zur Fachkräftesicherung und neuen Wegen der Arbeitsteilung und Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen war bislang vor allem der Zugang über die institutionelle Ebene, also die Betrachtung von Einrichtungen und Unternehmen insbesondere des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft. Hierzu zählten Fragen der Personalgewinnung, der Fachkräftesicherung sowie von Entwicklungsstrategien des Personalmanagements im Krankenhaus (Bräutigam/Scharfenorth 2011; Evans/Scharfenorth 2011). Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Analysen von Arbeitsbedingungen, Arbeits-

trends und Arbeitsteilung in Kliniken, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (Fuchs-Fronhofen/Dörpinghaus/Borutta/Bräutigam i.E.; Bräutigam/Evans/Hilbert 2009). Wichtige Impulse zur Entwicklung des Themenfeldes konnten zudem aus einer vertiefenden Auseinandersetzung mit institutionellen Innovationsprozessen (Borchers/Evans 2011; Fuchs-Fronhofen/Dörpinghaus/Borutta/Bräutigam i.E.) und ihrer Bedeutung für Arbeit, Arbeitsgestaltung und Qualifizierung gewonnen werden. Darüber hinaus sind Qualifizierungsbedarfe in der Medizintechnik (Fox/Heinze/Hilbert/Schalk 2007) und – mit Blick auf die Randbereiche der Gesundheitswirtschaft – neue Qualifizierungen im Zusammenhang mit der Reifung des Marktes für Medical Wellness (Dörpinghaus 2009) bearbeitet worden.

- **Professionsbezogener Zugang**

Gemeinsam mit dem institutionellen Zugang – und mit diesem eng verknüpft – ist auf der professionsbezogenen Ebene ein zweiter wichtiger Zugang zur Analyse sowie zur Entwicklung/Erprobung neuer Prozesse der Arbeitsgestaltung genutzt worden. Wichtige Akteure sind hierbei vor allem die Pflege (Fuchs-Fronhofen/Dörpinghaus/Borutta/Bräutigam i.E.) sowie die Medizin als größte Berufsgruppen im Gesundheitssektor. Darüber hinaus spielen Kooperation, Kommunikation und Arbeitsteilung der beiden Professionen

untereinander sowie Entlastungsmöglichkeiten durch neue Assistenzdienste eine wichtige Rolle im Kontext der Forschung, Entwicklung und Erprobung (Bräutigam/Scharfenorth 2011; Fuchs-Fronhofen/Dörpinghaus/Borutta/Bräutigam i.E.). Im Rahmen professionsbezogener Zugänge erfolgte zudem eine Auseinandersetzung mit zukunftsfähigen Kompetenz- und Qualifikationsprofilen in zentralen Gesundheitsberufen. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten lag hier etwa auf der Erforschung der Entwicklung ärztlicher Kompetenzprofile (Breipohl/Evans/Hilbert 2011).

- **Zugang über spezielle Zielgruppen des Arbeitsmarktes**

Nicht zuletzt stand auch die Auseinandersetzung mit verschiedenen Zielgruppen und ihrer Bedeutung als Arbeitskräfte für die Gesundheitswirtschaft sowie der Möglichkeiten ihrer Integration in die gesundheitsbezogenen Arbeitsmärkte auf der Agenda. Hierzu zählen beispielsweise Fragen nach den Perspektiven von Frauen im Anschluss an eine Familienphase (Wiedereinsteigerinnen) in der Gesundheitswirtschaft (Dörpinghaus/Evans 2011) sowie eine explorative Untersuchung zur Bedeutung und den Gestaltungsherausforderungen von Leiharbeit in der Pflege (Bräutigam/Evans/Enste/Dahlbeck/Hilbert 2010).

Die Analysen, Forschungs- und Gestaltungsprojekte des Schwerpunktes zum Themenfeld Arbeit und Qualifizierung haben also diverse Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft erschlossen. Dabei ist zunehmend deutlich geworden, auf welchen Ebenen sich für Wissenschaft und Praxis ein konzeptioneller Weiterentwicklungsbedarf abzeichnet und welche Forschungsfragen sich stellen. Entscheidende Aspekte sind, wie gute Arbeit unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen möglich wird, was attraktive Arbeitsbedingungen in den zentralen Berufen des Gesundheitswesens sind und wie sie erreicht werden können. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei der Suche nach tragfähigen und produktiven Lösungen der Arbeitsgestaltung und -organisation im Zusammenspiel der verschiedenen Professionen. Darüber hinaus kommt auch der Identifikation und Integration zeitgemäßer Qualifikations- und Kompetenzprofile in der Gesundheitswirtschaft und damit einhergehend der Weiterentwicklung der Bildungslandschaft eine hohe Bedeutung zu. Ein blinder Fleck der bisherigen Diskussion ist auch die Frage, welchen Beitrag das System der Arbeitsbeziehungen und die Sozialpartner im Gesundheitswesen für Modernisierung und Innovation leisten können.

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und neue Wege in der Arbeitsgestaltung unter Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Interessensvertretungen sind aus Perspektive des Forschungsschwerpunktes

prioritäre Handlungs- und Gestaltungsfelder der Gesundheitswirtschaft im Umbruch. Hier sind im Zusammenspiel von Arbeit, Organisation, Qualifikation und Technikeinsatz neue Wege zu suchen. Auf betrieblicher Ebene ist die Entwicklung neuer Konzepte und Instrumente erforderlich, die Antworten auf die Herausforderungen des lebensphasenorientierten Arbeitens, auf geschlechts- und kulturspezifische Anforderungen in der Arbeit oder an die Gestaltung individueller Berufsbiographien liefern. Eine humanzentrierte Arbeitsgestaltung und eine Arbeitspolitik, die zur Attraktivitätssteigerung von Gesundheitsarbeit beiträgt, liefern wichtige Impulse für nachhaltige Dienstleistungen, individuelle Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und betriebliche Wettbewerbsfähigkeit.

Weitere wichtige Eckpunkte in diesem Zusammenhang sind (vergl. Evans/Bräutigam/Hilbert 2011):

- „Arbeit und Qualifizierung“ zielen bislang kaum auf einen erweiterten Nutzerbegriff, dessen Ausgangspunkte die gesundheitlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger einerseits und andererseits die Notwendigkeit nachhaltig organisierter Gesundheitsarbeit für die Beschäftigten sind. Konzepte zur Fachkräftesicherung und Arbeitsgestaltung, neue Berufe und Qualifikationen müssen ihre Leistungsfähigkeit auch im Sinne

sozialer Innovationen nachweisen. Ansonsten drohen Beschäftigungs-, Qualifizierungs- und Versorgungssysteme den gegenseitigen Anschluss zu verlieren.

- Bislang wird die Debatte um die Zukunftsgestaltung von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft überwiegend auf Basis professionsspezifischer, institutionen- oder verbandspolitischer Interessenspositionen geführt. Die Fokussierung auf die Bedürfnisse der Patienten und Nutzer gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Produkte erfordert zukünftig die Überwindung berufsständischer Positionen und die Definition gemeinsamer Entwicklungsstrategien auf Basis der Versorgungsherausforderungen.
- Bürger- und Patientenorientierung, regionale Versorgungsgestaltung und tragfähige Konzepte zur Fachkräftesicherung sind untrennbar miteinander verbunden. Kurzfristige und solitäre Lösungen, wie z.B. die Forderung, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, sind für sich genommen kaum tragfähig. Differenzierte gesundheitliche Lagen und Bedürfnisse der Bevölkerung, regional spezifische Versorgungssettings und verfügbare Arbeitskräfte erzeugen in der Folge auch Varianzen in der quantitativen und qualitativen Fachkräftenach-

frage. Hier ist das Zusammenspiel bundes-, landesweiter und regionaler Zukunftsstrategien für eine attraktive Gesundheitsarbeit neu zu justieren.

3 | Humanzentrierte Arbeitsgestaltung als Schlüssel für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft

Unter den genannten Bedingungen stellt sich die Generalfrage, wie der Gesamtbedarf an Gesundheitsarbeit befriedigt werden kann. Zwei zentrale Ansatzpunkte lassen sich identifizieren:

1) *Das gesellschaftliche Arbeitsvolumen für Gesundheit kann durch professionelle Arbeit alleine nicht mehr aufgebracht werden.* Hier braucht es zukünftig ein neues Zusammenspiel von professioneller Arbeit, Laienarbeit, Selbsthilfe, Familienarbeit und Nachbarschaftshilfe. Die Betrachtung der Erwerbsarbeit verstellt nicht selten den Blick auf die entscheidende Tatsache, dass Gesundheitsarbeit schon von jeher in großen Teilen nicht als Erwerbsarbeit geleistet wird. Ganz entscheidend sind die Gesundheitsleistungen, die in der Familie, von Ehrenamtlichen usw. erbracht werden. Die demografischen Prognosen, die ungeklärte Finanzierungsfrage und der sich bereits anbah-

nende Mangel an Fachkräften vieler Berufe machen unmittelbar deutlich, dass auch zukünftig dieser informelle, nicht der Erwerbsarbeit zugehörige Sektor entscheidenden Anteil am Gesamtvolumen der Gesundheitsarbeit haben muss. Aus diesem Grund wird der thematische Schwerpunkt „Arbeit und Qualifizierung“ künftig den Arbeitsbegriff entsprechend erweitern und verstärkt die Bedingungen und Charakteristika der informellen Gesundheitsarbeit in den Blick nehmen.

2) *Die Berufsfelder und Arbeitsbedingungen müssen attraktiver werden.* Intelligente und humanzentrierte Arbeitskonzepte werden zum Schlüssel für die Problemlösungs- und Zukunftsfähigkeit. Im Mittelpunkt der zukünftigen programmatischen Ausrichtung des Themenschwerpunktes „Arbeit und Qualifizierung“ im Forschungsschwerpunkt GELL steht deshalb insbesondere die Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft. Vorliegende Daten und Erkenntnisse zeigen, dass sich Arbeit und Arbeitsbedingungen in der Branche vielfach durch unzureichende Organisationsstrukturen, atypische und unverlässliche Arbeitszeiten, hohe Belastungen durch administrative Tätigkeiten und einen unzureichenden Arbeitsschutz auszeichnen. Mangelnde Autonomie und Partizipation der Beschäftigten ebenso

wie der Spagat zwischen anstehenden Arbeitsaufgaben und den dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen (Köpfe, Zeit, finanzielle Mittel) stellen zentrale Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag dar (siehe u.a. Theobald/Szebehely/Preuß 2011; Braun et al. 2010; Isfort/Weidner 2010).

Diese Erkenntnisse sind weder gänzlich neu, noch stellen sie im Kontext der Forschungs- und Gestaltungsaktivitäten des Forschungsschwerpunktes ein Novum dar. Allerdings bleiben die Chancen einer qualitäts- und nutzerorientierten Produktivitätsentwicklung durch neue Arbeitskonzepte bislang unterbelichtet. Grundlage der zukünftigen Ausrichtung bildet das Spannungsverhältnis aus den systemischen Rahmenbedingungen für Gesundheitsarbeit einerseits und den besonderen Herausforderungen personenbezogener Dienstleistungsarbeit, von Interaktions- und Emotionsarbeit, andererseits. Die bisherige Perspektive soll erweitert und durch eine integrierte Betrachtung der Versorgungs- und Arbeitsqualität, der Patienten- und Mitarbeiterbedürfnisse und der resultierenden Anforderungen an eine humanzentrierte Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik fundiert werden.

Dies bedeutet insbesondere auch, wissenschaftlich fundierte und praxiserprobte Lösungen

für mehr Qualität, Arbeitszufriedenheit und Produktivität in den Mittelpunkt des Arbeitsprogramms zu stellen. Zu berücksichtigen sind dabei einerseits allgemeine Erkenntnisse, wie sie beispielsweise im Rahmen der Arbeitspsychologie oder in den Debatten um die humanzentrierte Arbeitsgestaltung als Modernisierungspfad in der Industrie gewonnen worden sind. Hierbei geht es keineswegs darum, einer Industrialisierung der Gesundheitsarbeit Vorschub zu leisten. Vielmehr soll aufgezeigt werden, was Gesundheitsarbeit von den Modernisierungsprogrammen und -erfahrungen der Industrie lernen kann (1. Säule). Andererseits soll die Thematisierung der spezifischen Charakteristika der verschiedenen personenbezogenen Dienstleistungsberufe für diesen Kontext nutzbar gemacht und deutlich gestärkt werden (2. Säule).

1. Säule: Erkenntnisse zur humanzentrierten Arbeitsgestaltung als Modernisierungspfad der Industrie

Die zukünftige programmatische Ausrichtung im Themenfeld „Arbeit und Qualifizierung“ basiert auf der Einschätzung, dass zentrale Debattenlagen und Erkenntnisse zur Modernisierung der Arbeit, die insbesondere die industriesoziologischen Debatten prägten, bislang wenig Beachtung für die Arbeitsgestaltung der Gesundheits-

wirtschaft gefunden haben. Neue Anforderungen an die Prozessgestaltung, den Strukturwandel der Arbeit und neue Qualifikationsanforderungen prägten etwa die Debatten um die Gestaltung „*Anthropozentrischer Produktionssysteme*“. Ausgangspunkt war nicht zuletzt die Überzeugung, dass aufgrund der Erfahrung mit dem Einsatz von IuK-Technologien und der erhöhten Anforderung an die Flexibilität der Prozessgestaltung, personengebundene Kompetenzen für eine qualitätsorientierte, produktive und attraktive Arbeitsgestaltung für Unternehmen kritische Erfolgsfaktoren sind. Darüber hinaus hat die Forschung zu anthropozentrischen Produktionssystemen vielfältige Ergebnisse zu den Risiken, möglichen negativen Effekten und Diffusionshemmnissen dieser Arbeitskonzepte geliefert, die auch Eingang in konkrete Lösungen der Arbeitsgestaltung in Gesundheitseinrichtungen finden können. Gerade die Aufbereitung und kritische Auseinandersetzung mit Konzepten, die in der Industrie das „Ende der Arbeitsteilung?“ (Kern/Schumann 1984) verkündeten, können wichtige Impulse für die Arbeitsgestaltung und die zukunftsfähige Konzeption von Arbeits-, Qualifizierungs- und Beschäftigungssystemen in der Gesundheitswirtschaft liefern.

Weitere bedeutende Ansatzpunkte, die bislang nur unzureichend für Arbeits- und Organisa-

tionskonzepte in der Gesundheitswirtschaft berücksichtigt wurden, sind Erkenntnisse rund um Programme *sozialverträglicher Technikgestaltung*. Ziel war ursprünglich eine sozial- und naturverträgliche Technikgestaltung im Bereich der Mikrotechnik (Informations- und Kommunikationstechnik) und deren Wirkungen auf möglichst alle gesellschaftlichen Bereiche der Arbeits- und Lebenswelt. Aufgaben des Programms waren insbesondere die Bereitstellung sachlicher Informationen und die Verbreitung im öffentlichen Diskurs, die Qualifizierung und Beratung zur Erhöhung der individuellen Handlungskompetenz, die Erprobung von Modellen zur sozialverträglichen Technikentwicklung und -nutzung sowie die Verbesserung der Mitbestimmungsmöglichkeiten. Eine ganzheitliche Problemsicht und die konstruktive Folgenabschätzung markieren Eckpunkte des Programms, die zukünftig auch für die Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft nutzbar gemacht werden könnten.

Initiativen zur Humanisierung der Arbeit (HdA) wurden in Deutschland in den 1970er Jahren von den Gewerkschaften ausgelöst, mit dem Ziel die taylorisierten und stark durch Arbeitsteilung geprägten Arbeitsbedingungen (welche als inhuman verstanden wurden) zu verbessern. Im Jahr 1974 wurde darauf aufbauend ein umfangreiches Forschungsprogramm zur Humanisierung

der Arbeit aufgelegt und gefördert. Ziele waren die Verringerung der Monotonie der Arbeit, die Aufhebung einer übertriebenen Arbeitsteilung, mehr Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Beschäftigten und die Erweiterung von Chancen zur beruflichen Weiterentwicklung der Mitarbeiter. Fundiert wurden die Debatten durch Konzepte der Arbeitserweiterung, der Erweiterung des Aufgabenspektrums, der Erhöhung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums und einer Erweiterung des Tätigkeitspektrums. Arbeitsbedingungen sind eine wichtige Determinante der Arbeitszufriedenheit und sie müssen nicht als gegeben hingenommen werden. Zudem ist es möglich, Wirtschaftlichkeit und humanisierte Arbeitsplätze zu vereinbaren. Die Debatte um die Qualität und Verbesserung der psychischen, physischen und sozialen Arbeitsbedingungen ist für die Gesundheitswirtschaft aktuell ein entscheidendes Thema. Zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung (Einschränkungen des Arbeitsumfeldes) stehen der Humanisierung des Arbeitsplatzes entgegen. Die Gefahr besteht nicht zuletzt in einer Entwertung des Humankapitals, wenn dieses nicht genutzt wird (Kieser/Walgenbach 2007). Die prognostizierte Fachkräftenachfrage bedingt Auseinandersetzungen mit „guter Arbeit“ in Erweiterung der „HdA“-Debatte: Hierzu zählen etwa die Anpassung an heutige Bedingungen

und die Berücksichtigung der Spezifika personenbezogener Dienstleistungsarbeit.

2. Säule: Charakteristika professioneller personenbezogener Dienstleistungsarbeit als konstituierende Elemente humanzentrierter Arbeitsgestaltung

Auch wenn solche Debatten (s. 1. Säule) in Teilen für die Betrachtung der „Arbeit für Gesundheit“ wertvolle Erkenntnisse liefern, können sie die Charakteristika der professionellen personenbezogenen Dienstleistungen, die Gesundheitsarbeit entscheidend prägen, nur bedingt abbilden. Daher bedarf es einer Auseinandersetzung mit den spezifischen Anforderungen und Ausprägungen dieser Arbeit sowohl hinsichtlich der Gemeinsamkeiten als auch der Unterschiede dieser professionellen Humandienstleistungen. Der exemplarische Blick auf die Entwicklungen der professionellen Pflege macht deutlich, welche Widersprüche sich ergeben, wenn sich professionelle Ansprüche innerhalb des Systems Geltung verschaffen wollen. Die Ergebnisse sind zumindest teilweise auf ärztliche und therapeutische Berufe und auf die Soziale Arbeit zu übertragen.

Während Pflege früher vor allem als verrichtungsorientiert und als „handwerkliche“ Tätigkeit interpretiert wurde, definiert sie sich heute im

Wesentlichen als Beziehungsarbeit. Sie realisiert sich „ganz wesentlich in kommunikativer, dialogisch-empathischer Form und situationsspezifisch“ (Friesacher 2008: 198). Professionalität wird als Professionalität im Handeln verstanden. In Analogie zu verwandten Berufen geht man für die professionelle Pflege von einer widersprüchlichen Einheit aus allgemeingültigem Regelwissen (Lehrbuchwissen) der Pflegenden auf der einen Seite und ihrer hermeneutischen Kompetenz auf der anderen Seite aus. Erst auf Basis des Verstehens der individuellen Situation der pflegebedürftigen Person ist die situationsadäquate Anwendung des Regelwissens möglich (Weidner 1995; Hülsken-Giesler 2008). Für die von Zuwendung und Fürsorge gekennzeichnete Pflegearbeit (Wærness 2000; Kumbruck et al. 2010) ist eine emotionale Involviertheit der Pflegenden unabdingbar (Remmers 2010), und dies stellt hohe Anforderungen an ihre emotionale Stabilität. Es gilt zudem der Anspruch, die Autonomie und Würde der pflegebedürftigen Menschen bei jeder Begegnung zu schützen. Dies bedeutet nicht selten einen Konflikt mit institutionellen Zwängen und Routinen sowie mit konkurrierenden Anforderungen anderer Berufe. Zudem ist generell zu konstatieren, dass Pflegearbeit nur unvollständig planbar und standardisierbar ist. So zeigen empirische Befunde, dass kompetente Pflege sich durch ein sog. „subjektivierendes

Arbeitshandeln“ (Weishaupt 2006) auszeichnet, dessen wesentliche Merkmale ein situativ-exploratives Vorgehen, sinnliche Wahrnehmung, Erfahrungswissen und eine persönliche Beziehung zum Klienten sind. Daher kann es auch kaum gelingen, „einfache“ Tätigkeiten gegenüber anspruchsvolleren abzugrenzen und arbeitsteilig generell an geringqualifizierte Personen abzugeben, wie dies im Kontext der Diskussion um neue Aufgabenteilung in der Gesundheitsarbeit häufig argumentiert wird, da das Anspruchsniveau sich mit jeder Interaktion situativ unterschiedlich darstellen kann.

Ausgehend hiervon liegt die strukturelle Problematik im Spannungsverhältnis der Pflege als Beziehungsarbeit einerseits und als Erwerbsarbeit andererseits (Remmers 2010). Das professionelle Selbstverständnis steht vielfach in Widerspruch zu den funktionalen Routinen der Institution. Gerade aus dieser Widersprüchlichkeit erwachsen für Pflegenden wie auch für Ärzte und andere „Gesundheitsarbeiter“ erhebliche psychische Belastungen, die inzwischen möglicherweise entscheidender sind als psychische Belastungen durch die Arbeitsinhalte (Konfrontation mit Leid, Tod usw.) selbst. Die Beziehungsarbeit findet in institutionellen Kontexten statt, deren Routinen sie entscheidend hemmen. Auch schränkt die skizzierte Charakteristik der Pflege die zu Recht

geforderte Verbesserung der Arbeitsbedingungen systematisch ein, da Verbesserungen für die Pflegenden nicht durch Verschlechterungen für die Klienten erkaufte werden können. Dies gilt für verschiedene Berufe mit professionellem Anspruch und unterscheidet Arbeit für Gesundheit grundlegend von bspw. Industriearbeit, aber auch von nicht personenbezogenen Dienstleistungen.

Solche Perspektiven, die den erprobten professionsspezifischen Zugang aufgreifen und vertiefen, liefern auf der einen Seite wertvolle Erkenntnisse und Fragestellungen hinsichtlich der Arbeitsbedingungen einzelner Berufe, andererseits wird angesichts zu erwartender Gemeinsamkeiten, die sich aus der geteilten Ausrichtung auf den Patienten ergibt, auch ein neues Licht auf die Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern beispielsweise in Krankenhäusern geworfen. Statt auf Arbeitnehmerseite wie bisher überwiegend standespolitisch Verteilungskämpfe auszutragen, also tendenziell Partikularinteressen auf Kosten anderer Berufe und der Patienten zu vertreten, eröffnet sich hier eine neue Option: Die Arbeitsbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft könnten als gemeinsames Agieren der verschiedenen Berufe unter Berufung auf den gemeinsamen bedarfsorientierten Auftrag neu definiert werden.

4 | Zusammenfassung und Ausblick

Auf Basis der bisherigen Arbeiten wird für eine Neuorientierung in der Arbeitspolitik und eine humanzentrierte Arbeitsgestaltung in der Gesundheitsarbeit plädiert. Die Programmatik des Forschungsschwerpunktes GELL dient übergreifend dazu, die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten vor Ort konkret zu verbessern, ihre Arbeitsplätze zu sichern und die Beschäftigungschancen für Arbeitssuchende zu erhöhen. Dies zielt konzeptionell auf einen erweiterten Nutzerbegriff, dessen Ausgangspunkt die gesundheitlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger einerseits und der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft andererseits sind. Transprofessionelle, betriebliche und regionale Potenziale für eine intelligente Arbeitsgestaltung sollen identifiziert und nutzbar gemacht werden. Hierdurch rückt die Rolle der Arbeitsbeziehungen zwischen Sozialpartnern, betrieblicher Ebene und Management für innovative Arbeits- und Prozessgestaltung ebenso in den Blick wie neue Wege der Arbeitsmarktpolitik. Konkrete Fragestellungen für die Zukunft sind beispielsweise:

- Was sind Gestaltungschancen und -grenzen der Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft bezogen auf Innovationsstrategien, Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozesse?

- Wie sehen passgenaue Arbeitsmarktstrategien aus, um ein Matching der anfallenden Aufgaben in der Gesundheitsversorgung und der zur Verfügung stehenden Köpfe, Qualifikationen und Kompetenzen zu gewährleisten?
- Wo eröffnen sich auch für schwierige Zielgruppen des Arbeitsmarktes neue Perspektiven?
- Was kennzeichnet tragfähige Konzepte „intelligenter Arbeitsgestaltung“ in der Praxis?
- Welche Ergebnisse werden mit Blick auf Patientenorientierung, Arbeitsqualität und Produktivität realisiert?
- Welche Qualifikationen und Kompetenzen werden für entsprechende Konzepte benötigt?
- Wie können Schutzräume gestaltet werden, die Beziehungsarbeit im „Gesundheitsbetrieb“ überhaupt möglich machen?
- Wie können die bisher weitgehend brachliegenden Ressourcen dieser Art von Arbeit auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene nutzbar gemacht werden?
- Wie sehen konkret die Bedingungen aus, die Beziehungsarbeit fördern?

- Wie können die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aus den Kernberufen personenbezogener Dienstleistungen und die in der Regel lediglich reklamierte Patientenorientierung in Einklang gebracht werden?

Die Auseinandersetzung mit solchen Fragen im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten soll Impulse zur Neuorientierung der Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft liefern, Innovationspartnerschaften vor Ort und in den Betrieben befördern und dazu beitragen, konkrete Konzepte einer humanzentrierten Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft zu entwickeln und zu implementieren.

Literatur

Borchers, Uwe / Evans, Michaela, 2011: Das „nutzerorientierte“ Krankenhaus – Chance und Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Band 105 (8), S. 616-623.

Bräutigam, Christoph / Scharfenorth, Karin, 2011: Personalbindung und Personalgewinnung im Krankenhaus. In: Goldschmidt, Andreas J.W. / Hilbert, Josef (Hrsg.): Krankenhausmanagement

mit Zukunft: Orientierungswissen und Anregungen von Experten. Stuttgart: Thieme, S. 297-309.

Bräutigam, Christoph / Dahlbeck, Elke / Enste, Peter / Evans, Michaela / Hilbert, Josef, 2010: Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitspapier: Arbeit und Soziales, Nr. 215.

Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela / Hilbert, Josef, 2009: Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in Kliniken und Heimen: gegenwärtige Problematik und zukünftige Herausforderungen. In: Hilbert, Josef / Goldschmidt, Andreas J. W. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 58-83.

Braun, Bernard / Buhr, Petra / Klinke, Sebastian / Müller, Rolf / Rosenbrock, Rolf, 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber.

Breipohl, Winrich / Evans, Michaela / Hilbert, Josef (im Erscheinen): Zukunftsfähige Qualifikations- und Kompetenzprofile für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

Ergebnisse einer explorativen Studie im Auftrag der IGW - Initiative Gesundheitswirtschaft e.V.

Dahlbeck, Elke / Hilbert, Josef, 2008: Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 06/2008.

Dörpinghaus, Sandra, 2009: Medical Wellness – Zukunftsmarkt mit Hindernissen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 06/2009.

Dörpinghaus, Sandra / Evans, Michaela, 2011: Prekäre Perspektive? Berufsrückkehr und Wiedereinstieg von Frauen in die Gesundheitswirtschaft. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 03/2011.

Evans, Michaela / Bräutigam, Christoph / Hilbert, Josef / Schulze, Sandra, 2011: Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft: von heimlichen Helden und blinden Flecken. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs.

Evans, Michaela / Scharfenorth, Karin, 2011: Personalmanagement und -entwicklung in der Gesundheitswirtschaft - von der Achillesferse zum Innovationsmotor? Universität Bielefeld: Weiterbildender Fernstudiengang „Master of Health Administration“.

Fox, Katja / Heinze, Rolf G. / Hilbert, Josef / Schalk, Christa, 2007: Regionale Innovations- und Qualifizierungsstrategien in der Medizintechnik: Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Nr. S-2005-723-4, erstellt im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Friesacher, Heiner, 2008: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: v&r unipress.

Fuchs-Frohnhofen, Paul / Dörpinghaus, Sandra / Borutta, Manfred / Bräutigam, Christoph (Hrsg.) (im Erscheinen): Projekt PIA - Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen. Projekterfahrungen und Anregungen zur Umsetzung. Marburg: Tectum.

Hülken-Giesler, Manfred, 2008: Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: v&r unipress.

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

Kern, Horst / Schumann, Michael, 1984: Das Ende der Arbeitsteilung? Rationalisierung in der industriellen Produktion. Bestandsaufnahme, Trendbestimmung. München: C.H. Beck.

Kieser, Alfred / Walgenbach, Peter, 2007: Organisation. 5. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Kumbruck, Christel / Rumpf, Mechthild / Senghaas-Knobloch, Eva, 2010: Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT Verlag.

Remmers, Hartmut, 2010:

Transformationen pflegerischen Handelns.
Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze.
In: Kreuzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen
pflegerischen Handelns – Institutionelle Kontexte
und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert.
Göttingen: v&r unipress, S. 33-64.

Simon, Michael, 2008:

Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser.
Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen.
Bern: Huber.

Theobald, Hildegard / Szebehely, Marta /
Preuß, Maren, 2011:

Kontinuierliche Erwerbstätigkeit in der Pflege
– ein deutsch-schwedischer Vergleich. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt.
Vechta: Universität Vechta.

Wærness, Kari, 2000:

Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffes.
Feministische Studien 18. Jahrgang extra,
S. 54-66.

Weidner, Frank, 1995:

Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse.

Weishaupt, Sabine, 2006:

Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz / Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 85-106.