

Institut Arbeit und Technik

im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen

Jahrbuch 2003/2004

Inhaltsverzeichnis

Gerhard Bosch

„ Finanzierung Lebenslangen Lernens: der Weg in die
Zukunft“ 7

Gabi Schilling

Flexible Arbeitszeitgestaltung in kleinen und mittleren
Unternehmen 23

Sebastian Schief

Fünfundfünfzig, weiblich, ohne Ausbildung sucht..... 35

Karin Esch und Sybille Stöbe-Blossey

Beratung im Netzwerk: Das Konzept der „ aktiven
Moderation“ 53

Ulrich Mill, Detlef Bonnemann und Hansjürgen Paul

E-Learning in KMU 69

Elke Dahlbeck, Josef Hilbert und Wolfgang Potratz

Gesundheitswirtschaftsregionen im Vergleich:
Auf der Suche nach erfolgreichen
Entwicklungsstrategien 82

Rainer Fretschner und Paul Wolters

Die Wissensbasis der Gesundheitswirtschaft 103

Stephan von Bandemer, Michaela Evans und Josef Hilbert

Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des
Messers Schneide?..... 119

Karen Jaehrling

Wischen in der Wissensgesellschaft136

Claudia Weinkopf

Personal-Service-Agenturen.....153

Stefan Gärtner und Judith Terstriep

Dortmunder IT-Wirtschaft zwischen profiliertem
Kompetenzfeld und lokaler Querschnittsbranche170

Walter Weiß

Beteiligung an beruflicher Weiterbildung 185

Ernst Helmstädter

Zur Ökonomik des Wissens..... 198

Wolfgang Paulus und Karin Weishaupt

Wissenslogistik als neue zentrale Dienstleistung des
Servicebereichs Information und Kommunikation209

Jochen Bleckmann

Organisation, Personal und Haushalt.....221

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

des Instituts Arbeit und Technik.....227

Veranstaltungen 01.08.2003 bis 31.07.2004.....231

Veröffentlichungen aus dem IAT vom 01.08.2003

bis zum 31.07.2004 238

Stephan von Bandemer, Michaela Evans und Josef Hilbert

Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?

Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld moderner, personenbezogener Dienstleistungsarbeit – Herausforderungen für Arbeitsgestaltung, Qualifizierung und berufliche Bildung

1 Einleitung: Gesundheitswirtschaft als Hoffnungsträger oder Sorgenkind?

Spätestens seit den 80er Jahren ist der tertiäre Sektor in Deutschland gemessen an der Zahl der dort Erwerbstätigen der wirtschaftlich dominierende Sektor. Die Beschäftigung im Dienstleistungssektor erweist sich nicht nur in Deutschland, sondern auch in weiteren OECD-Ländern als zentrale Größe. Deutlich wird jedoch auch: Deutschland liegt im EU-Vergleich in punkto Tertiarisierung derzeit lediglich im Mittelfeld. Vor allem in den skandinavischen Ländern, Großbritannien und den Niederlanden liegt der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungssektor um rund 10 Prozentpunkte höher als in der Bundesrepublik (vgl. Lehdorff 2002: 13ff.). Die wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Potenziale des Dienstleistungssektors – so die Schlussfolgerung – scheinen hierzulande längst noch nicht ausgeschöpft zu sein.

Große Hoffnungen auf wirtschaftliches Wachstum, Beschäftigung und Lebensqualität ruhen derzeit auf einer besonderen Dienstleistungsbranche, der *Gesundheitswirtschaft*. Das Rückgrat der Branche bilden die über 4 Millionen Beschäftigten in Krankenhäusern und Kliniken, Arztpraxen und Altenhilfeeinrichtungen, in der pharmazeutischen Industrie und den Unternehmen der Biomedizin und Medizintechnik sowie in den gesundheitsnahen Bereichen Freizeit, Tourismus oder Ernährung. Allerdings befindet sich die Gesundheitswirtschaft derzeit in einem gravierenden Umbruchprozess, welcher die beruflichen Herausforderungen und im Weiteren den Qualifizierungsbedarf der Branche nachhaltig beeinflusst. Die Grundlagen beruflicher Handlungskompetenz perso-

nenbezogener Dienstleistungsarbeit in der Gesundheitswirtschaft können in Anbetracht der enormen Entwicklungs- und Veränderungsdynamik der Branche nicht länger als Konstanten verstanden werden. Die berufliche und berufsbegleitende Qualifizierung im Sinne der Personalgewinnung und -entwicklung leistet nicht nur einen entscheidenden Beitrag zu einem kontinuierlichen, von der Basis ausgehenden Professionalisierungsprozess in den Gesundheitsberufen, sondern wird zur Entwicklungsvoraussetzung der Branche selbst. Qualifizierte Arbeit präsentiert sich derzeit jedoch als gravierender Engpassfaktor im Prozess der Modernisierung. Wachsende Nachwuchssorgen in den medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufen, psychisch und physisch belastende Arbeitsbedingungen sowie die zum Teil geringe berufliche Verweildauer der Beschäftigten und bislang uneingelöste Qualifizierungsherausforderungen konterkarieren die eigentlich positiven Entwicklungsaussichten der Branche.

2 Anforderungen an die Gestaltung der Gesundheitswirtschaft

Der Dienstleistungsbereich, der in den letzten Jahren verstärkte Aufmerksamkeit auf der Suche nach innovativen Lösungen für Wirtschaft und Beschäftigung gewonnen hat, ist die Gesundheitswirtschaft. Obwohl das Gesundheitswesen in Deutschland immer wieder im Zentrum zahlreicher Reformbemühungen steht – zuletzt im Rahmen des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes 2003 – ist in den letzten Jahren verstärkt von der „Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche“, der „Gesundheit als *Wirtschaftsfaktor*“, dem „Wachstums*markt* Gesundheit“ oder aber von den „*Marktchancen* im Pflege- und Gesundheitswesen“ die Rede. Die Charakterisierungen des Gesundheitssystems waren dabei einem grundlegenden Wandel unterworfen. Das Gesundheitswesen wird nicht mehr länger nur als konsumtiver Wohlfahrtssektor, sondern als Gesundheit, Lebensqualität und Güter produzierender Teil der Volkswirtschaft jenseits der medizinischen Imperative wahrgenommen (vgl. Schwartz/Busse 1998: 387). Der Paradigmenwechsel vom „Gesundheitswesen als Kostenfaktor“ zum „Gesundheitswesen als Zukunftsbranche“ (vgl. SVRKAIG 1996: 39) betont die Rolle des Sektors als aussichtsreiche

als aussichtsreiche Wirtschaftsbranche, die Chancen für einen konjunkturellen Aufschwung, Innovation und Beschäftigung in sich birgt.

Die Gesundheitswirtschaft gehört als überaus personalintensiver Teil des Dienstleistungssektors mit ihren rund 4,3 Millionen Beschäftigten derzeit bundesweit zu den wenigen Wachstumsbranchen der letzten Jahre. Mehr noch: Entgegen dem Trend der Gesamtwirtschaft wächst die Zahl der in der Branche Beschäftigten. Insbesondere für Frauen bietet die Gesundheitswirtschaft ein breit gefächertes Tätigkeitsspektrum; der Anteil der weiblichen Beschäftigten ist in den Gesundheitsdienstberufen mit 78,2 % im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittlich hoch (vgl. Statistisches Bundesamt 2003). Berechnungen des Prognos-Instituts zur Marktentwicklung im ambulanten und (teil-)stationären Kernbereich der Gesundheitswirtschaft prognostizieren auch für die Zukunft einen weiteren deutlichen Anstieg der Beschäftigung sowie der Umsätze bei steigender Produktivität (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Prognose zur Marktentwicklung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft 1995-2020

	1995	2000	2003	2020
Umsatz in jeweiligen Preisen (Mrd. Euro)	149,9	167,8	184,3	295,5
Erwerbstätige (in Tausend)	3.278	3.765	4.003	4.661
Produktivität (1000 Euro/Erwerbstätigen)	31,3	31,1	33,6	43,7

Quelle: KMA 02/2004: 18

Gesundheitsleistungen können in mehrfacher Hinsicht zum wirtschaftlichen Wachstum beitragen: Einerseits über ihren direkten Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt und den Ausbau von Beschäftigung sowie andererseits indirekt über die Nutzung der durch die Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft erwirtschafteten Einkommen zum Konsum. Auch im Rahmen der Förderung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft etwa durch Programme, welche auf die Prävention am Arbeitsplatz oder auf die Work-Life Balance abzielen, erzielen Gesundheitsleistungen wirtschaftliche Effekte. Die Gesundheitswirtschaft profitiert insbesondere von den folgenden angebots- und nachfrageseitigen Entwicklungsdeterminanten:

- der *soziodemographische Wandel*, vor allem die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensführung einerseits sowie das Altern der Gesellschaft und die Zunahme multimorbider Krankheitsbilder andererseits, lassen den gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf steigen;
- der *medizinische, der medizinisch-technische sowie der technische, pflegewissenschaftliche und organisatorische Fortschritt* führen zu Produkt- und Prozessinnovationen, welche neue Möglichkeiten der Gesunderhaltung, der Diagnose, der medizinischen Intervention im Sinne der Heilung und Pflege schaffen sowie neue, integrative Formen der (Arbeits-)Organisation in Einrichtungen des Gesundheitssektors ermöglichen;
- sich ändernde individuelle Lebensentwürfe, Werte und Präferenzen verändern die Wahrnehmung und den Umgang mit den Gütern Gesundheit und Lebensqualität und erhöhen in der Folge auch die Bereitschaft breiter Bevölkerungsschichten mit steigendem Einkommen für gesundheitsbezogene Angebote mehr *private Mittel* aufzuwenden (vgl. DIW 2001);
- zudem wächst die Nachfrage im *Bereich hybrider Gesundheitsprodukte*, die nicht nur der Gesunderhaltung oder Heilung sondern gleichzeitig auch ein Mehr an Wellness, Erlebnis und Lifestyle versprechen.

Die Realisierung der wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Potenziale der Gesundheitswirtschaft – so die zentrale These – wird zukünftig insbesondere davon abhängen, inwieweit es gelingen wird, die Beschäftigten auf die sich ändernden Herausforderungen der Branche einzustellen. Personenbezogene und wissensintensive Dienstleistungen bilden den Kern der Gesundheitswirtschaft: Ärzte, Kranken-, Kinder- und Altenpflegekräfte, aber auch die Angehörigen der medizinisch-therapeutischen (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) und medizinisch-technischen Gesundheitsberufe (z. B. Pharmazeutisch-technische Assistenten, Medizinisch-technische Assistenten) werden hier angesprochen. Pflege und Medizin befinden sich derzeit in einem grundlegenden Umbruchprozess, welcher nicht nur die quantitative Nachfrage nach Beschäftigung, sondern auch die beruflichen Herausforderungen und somit den Qualifizierungsbedarf der Branche nachhaltig beeinflusst (vgl. Hilbert/Evans 2004):

- der demographische Wandel und die dadurch bedingte Zunahme älterer Patienten mit multimorbiden und chronischen Krankheits-

bildern lässt den Bedarf an gerontologischen und gerontopsychiatrischen Qualifikationsinhalten steigen;

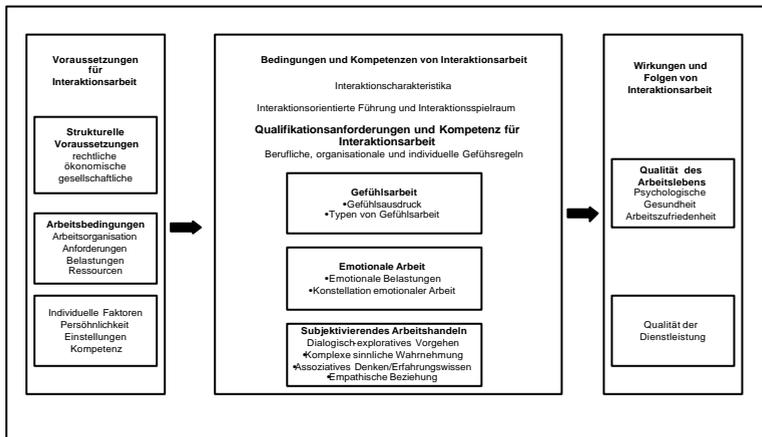
- wegweisende Innovationen im medizinisch-technischen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Bereich erfordern von den Beschäftigten neue und erweiterte Kenntnisse in den Feldern EDV und Technikanwendung sowie die Anpassung ihrer fachlich-pflegerischen und medizinischen Kenntnisse;
- die pflegerische und medizinische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund auch im Rahmen des Health Care Exports gehen verstärkt mit der Notwendigkeit der Bereitstellung kultursensibler Pflegeangebote und fremdsprachlicher Kompetenzen einher;
- neue und veränderte Versorgungs- und Qualitätsansprüche sich emanzipierender Patienten und der wachsende Bedarf an integrierten Angeboten in den Bereichen Prävention, Akutbehandlung und Wellness schaffen Qualifizierungsbedarfe im Bereich Qualitätsmanagement, Kundenorientierung und Produktentwicklung. Zudem entsteht hier auch die Nachfrage nach einer Integration ehemals fachfremder Qualifikationsinhalte, z. B. die Ergänzung der Schulmedizin um naturheilkundliches Wissen;
- die gesetzlich vorgesehene Stärkung von Markt und Wettbewerb innerhalb der Gesundheitswirtschaft und der wachsende Trend zur Internationalisierung der Branche führen zu neuen Anforderungen im Bereich der Markt- und Produktentwicklung, der Identifizierung und Entwicklung neuer Geschäftsfelder und der Steigerung der Effizienz der Patientenversorgung, z. B. durch die Einführung von clinical pathways¹ und evidenzbasierten Behandlungskonzepten. Gefragt sind hier des Weiteren insbesondere Kompetenzen in den Bereichen Arbeitsorganisation, Patientendaten- und Prozessmanagement, Logistik und Controlling;
- die Neustrukturierung und Modernisierung der Patientenversorgung durch die Implementierung integrierter Versorgungsstrukturen, die Einführung von Disease-Management-Programmen und die Neuregelung der Finanzierung durch die Pauschalierung der Entgeltsysteme erfordern u. a. zusätzliche Kompetenzen in den

¹ Clinical Pathways (Patientenpfade, Behandlungs- oder Indikationspfade) geben den Vorgang für die Diagnose und Therapie häufiger Krankheiten vor. Ziel ist es, sowohl die Qualität der Versorgung zu gewährleisten als auch den Behandlungsprozess effektiver und effizienter zu gestalten.

Feldern medizinische Dokumentation, Patientendaten- und Schnittstellenmanagement.

Der qualitative Wandel der Rahmenbedingungen geht mit einem hohen Anpassungsdruck auf Seiten der Einrichtungen einher. In der Folge ist der Innovations-, der Wettbewerbs- und Profilierungsdruck der Anbieter in den letzten Jahren merklich gestiegen. Die personenbezogenen Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft gelten längst nicht mehr als laienhaft erbrachte Dienste im Auftrag der Nächstenliebe, sondern sie sind im Laufe der letzten Jahre in einen umfassenden *Modernisierungs- und Professionalisierungsprozess* eingetreten, welcher die Qualifizierungsbedarfe in diesem Feld nachhaltig beeinflusst. Grundsätzlich ist die Dienstleistungsarbeit durch das *uno-actu Prinzip* gekennzeichnet, also durch eine enge Zusammenarbeit von Dienstleistungsanbietern und Nachfragern. Im Gesundheitssektor wird dies im Rahmen der Interaktion zwischen *Health Care-Professionals* und *Patienten* deutlich.

Abbildung 1: Konzept der Interaktionsarbeit nach Büssing/Glaser



Quelle: Büssing/Glaser 2003: 140; eigene Darstellung

Das Konzept der Interaktionsarbeit (siehe Abbildung 1) verweist auf die herausragende Bedeutung der Qualifikation und Kompetenz der Beschäftigten sowie der Arbeitsbedingungen für die Funktionsgewährleistung professioneller Dienstleistungsarbeit. Die qualifikatorischen Voraussetzungen (Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen) der Dienstleistungsproduzenten werden in der fachlichen Ausbildung sowie im Lau-

fe der beruflichen Sozialisation erworben und haben, wie aus dem Konzept hervorgeht, unmittelbaren Einfluss auf das Gelingen der Dienstleistungsproduktion. Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG) beschreibt die aktuellen Herausforderungen folgendermaßen:

„Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. (...) Neben die Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine standardisierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.“ (SVRKAIG 2001: 17)

Qualifizierte Arbeit in der Gesundheitswirtschaft präsentiert sich jedoch bereits heute als ein gravierender Engpassfaktor im Prozess der Modernisierung. Der akute Fachkräftemangel der Branche ist vor allem auf zwei Einflussfaktoren zurückzuführen: Neben den belastenden Arbeitsbedingungen und einem demografisch bedingten Rückgang des Arbeitskräftepotenzials sind es vor allem uneingelöste Qualifizierungsbedarfe, welche die Entwicklungs- und Modernisierungschancen der Gesundheitswirtschaft derzeit ausbremsen.

3 Qualifizierte Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – bald Mangelware?

„Der Kampf um das Personal hat begonnen“ (von Eiff 2003), so lassen sich die derzeitigen Auswirkungen des Fachkräftemangels von betrieblicher Seite aus wohl treffend beschreiben. Der quantitative Fachkräftebedarf der Gesundheitswirtschaft bemisst sich keineswegs nur an der prognostizierten Zunahme der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen. Auch endogene Einflussfaktoren der Branche, wie die Veränderung der Altersstruktur der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen, die Personalfluktuaton aufgrund von Familienphasen oder Einrichtungswechseln sowie die Entwicklung der generellen beruflichen Verweildauer wirken wesentlich auf die Nachfrage nach Fach-

kräften. Schätzungen zufolge sind derzeit rund 40.000 offene Stellen allein im Pflegewesen in der Bundesrepublik zu besetzen. Bei den Arbeitsämtern registriert sind hingegen nur etwa 18.000 arbeitssuchende Pflegekräfte (vgl. dip 2002).

Tabelle 2: Schülerbestand in ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens in NRW (1995 und 2002)

	1995	2002	Veränderung gegenüber 1995 (in %)
A) Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens			
Krankenpfleger/-schwester	17.450	14.135	- 19,0
Altenpfleger/-in	13.109	12.028	- 8,2
Logopäde/-in	280	777	+ 177,5
Ergotherapeut/-in	1.236	1.951	+ 57,8
Physiotherapeut/-in	2.613	3.820	+ 46,2
B) Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen des dualen Systems (nach Ausbildungsberreichen)²			
Arztshelfer/in (FB)	13.888	11.427	- 17,7
Augenoptiker/-in (Hw)	1.316	1.394	+ 5,9
Pharmazeutisch-kaufm. Angestellter/Angestellte (FB)	1.739	2.059	+ 18,4
Orthopädienschuhmacher/-in (Hw)	203	285	+ 40,4

Quelle: MGSFF NRW (2004); eigene Zusammenstellung und Darstellung

In den letzten Jahren ist eine Strukturverschiebung der Ausbildungsnachfrage von den klassischen, aber auch sehr belastenden Berufen im Bereich der Alten- und Krankenpflege zu den medizinisch-therapeutischen Berufen festzustellen (siehe Tabelle 2). Vor allem im Kernbereich der Kranken- und Altenpflege ist im Zeitverlauf ein deutlicher Einbruch der Auszubildendenzahlen festzustellen (-19,0%), welcher nur bedingt auf den politisch induzierten Abbau der Ausbildungsplätze zurückzuführen ist. Gegenüber der Entwicklung in den Pflegeberufen zeigen die Bestandszahlen in den medizinisch-therapeutischen Berufen der Logopädie (+177,5%), der Ergo- (+57,8%) und Physio-

² FB = Freie Berufe; Hw = Handwerk

therapie (+46,2 %) im Jahr 2002 gegenüber dem Basisjahr deutliche Zuwächse. Ende der 1990er Jahre wurden die Berufsaussichten für diese Berufe noch durchaus zurückhaltend eingeschätzt; zu Beginn des 21. Jahrhunderts scheinen allerdings die enormen Ausbildungszuwächse und die nur (relativ) geringe Arbeitslosigkeit die positiven Berufsaussichten dieser Berufsbereiche zu stärken.

Die folgenden Problemlagen verweisen auf die sich abzeichnenden Nachwuchsprobleme in den akademischen und nicht-akademischen Gesundheitsberufen:

- aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich der Pool an potenziellen Auszubildenden für die Gesundheitswirtschaft in der Alterskohorte der 15 bis 25-Jährigen in den nächsten Jahren zusehends verringern;
- es lassen sich sinkende Absolventenzahlen medizinischer Studiengänge, eine wachsende Zahl von Studienabbrechern in der vorklinischen Phase, die Abwanderung von Ärzten ins europäische Ausland sowie die Überalterung der aktiven Ärzteschaft feststellen;
- auch nach erfolgreicher Prüfung bleiben zusehends weniger Ärzte ihrer Profession treu und wandern in alternative Berufsfelder jenseits der direkten Interaktion mit dem Patienten – von der Architektur über die Health-Care-Werbung und den Medizinjournalismus bis hin zum Tourismus und der Telemedizin – ab;
- schließlich lässt sich auch eine hohe Berufsabstinenz von Ärztinnen insbesondere während der Weiterbildungsphase feststellen.

Vor dem Hintergrund des prognostizierten Fachkräftemangels wird die zukünftige *Bereitstellung hochwertiger Arbeits- und Ausbildungsplätze* in der Branche umso unverzichtbarer. Gleichwohl lädt die Arbeit insbesondere im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung derzeit noch eher selten zum Verweilen ein. Obwohl man sich zu genauen Schätzungen bezüglich der beruflichen Verweildauer von Pflegekräften weitestgehend zurückhält, besteht Einigkeit darüber, dass die durchschnittliche Berufszugehörigkeitsdauer von Pflegekräften in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Im Bereich der Krankenpflege wird häufig mit einer Durchschnittlebensarbeitszeit von 3 bis 7 Jahren argumentiert. Die Diskussionen um die häufig unzureichenden Arbeitsbedingungen in der Pflege sind zwar nicht neu, sie gewinnen jedoch gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Personalprobleme wieder an Aktualität. Vielfältige Studien und Untersuchungen sind zu

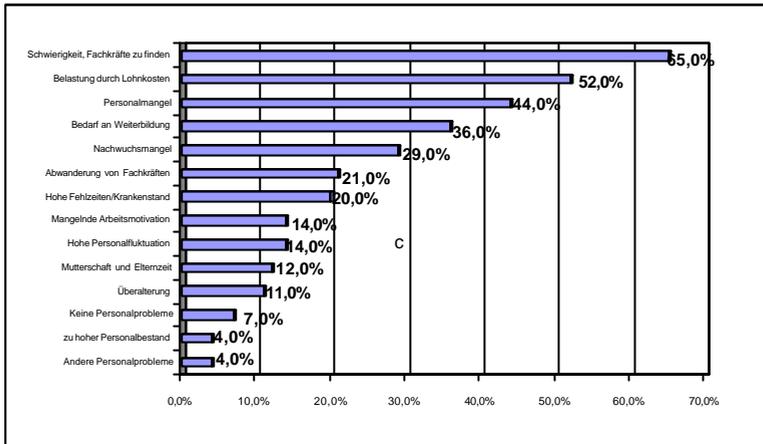
diesem Thema in den letzten Jahren erstellt worden, deren gemeinsames Szenario sich wie folgt zusammenfassen lässt (vgl. etwa Büssing/Glaser 2003a; Blum 2003; MGSFF NRW 2003, Berger et al. 2000):

- die Arbeit in den Gesundheitsberufen ist geprägt von einem starken Engagement der Beschäftigten für ihre Arbeit – trotz der hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen;
- die Arbeits- und Organisationsstrukturen sind vielfach noch durch die starke Versäulung von Medizin, Pflege und Verwaltung, ausgeprägte Hierarchie- und verkrustete Professionsstrukturen sowie zunehmende Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung (z. B. durch Überstunden) gekennzeichnet; insbesondere das ärztliche Personal und das Leitungspersonal in der Intensivpflege haben überdurchschnittlich lange Arbeitszeiten und Überstunden zu verzeichnen;
- der Einsatz der Pflegekräfte erfolgt häufig nicht gemäß ihrer Expertise und Qualifikation; eine dauerhafte Tätigkeit unterhalb des eigentlich Erlernten wird von den Beschäftigten als Frustrationserlebnis wahrgenommen und fördert den Wunsch nach einem vorzeitigen Berufsausstieg; insbesondere Pflegekräfte verbringen rund 30 % ihrer Arbeitszeit mit fachfremden oder patientenfernen Tätigkeiten;
- die Vergütung fällt, im Vergleich zu anderen Berufen auf Facharbeitsniveau, deutlich geringer aus und es fehlen finanzielle Anreize beim Erwerb von Zusatzqualifikationen und bei der Übernahme von Leitungsfunktionen;
- aufgrund der unflexiblen und dem Lebenszyklus nicht angepassten Arbeitszeiten führen Schwangerschaft und Kindererziehung und damit zusammenhängende familiäre Aspekte in vielen Fällen zu einem vorzeitigen Berufsausstieg.

Die bisherigen Ergebnisse der in Wuppertal erstellten *NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study)* konnten aufzeigen, dass sich ein deutlicher Zusammenhang nachweisen lässt zwischen dem Wunsch die Pflege zu verlassen sowie den konkreten Arbeitsbedingungen nach Einschätzung der Befragten „vor Ort“. Dies bedeutet also, dass zwischen „attraktiveren“ und „unattraktiveren“ Einrichtungen unterschieden werden kann. Die Flucht vor den spezifischen Arbeitsbedingungen im Betrieb kann somit im ungünstigsten Fall letztendlich zum generellen Berufsausstieg führen (vgl. Hasselhorn/Tackenberg/Müller 2003). Im Umkehrschluss verweisen die Ergebnisse jedoch auch darauf, dass die Einrichtungen

durchaus Gestaltungsspielräume besitzen um ihre Beschäftigten durch betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation im Beruf zu halten (vgl. ausführlich hierzu v. Bandemer 2004).

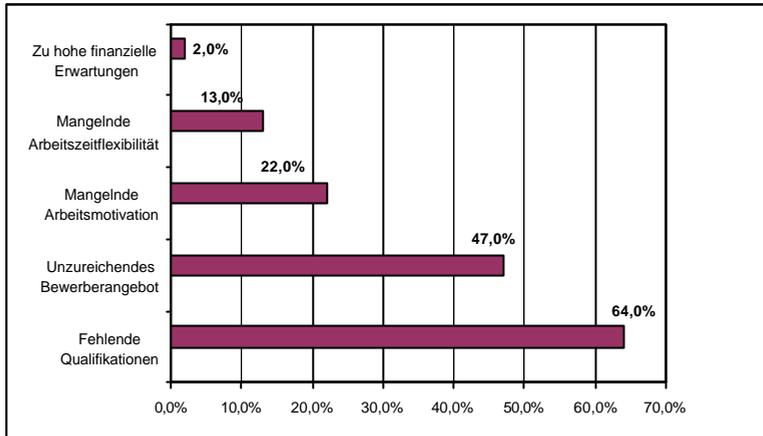
Abbildung 2: Personalprobleme im Gesundheits- und Sozialwesen 2002 (in % der befragten Betriebe)



Quelle: Gewiese/Leber/Schwengler 2003

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat im Rahmen seiner repräsentativen Gesundheitswesenstudie auf Basis des IAB-Betriebspanels nicht nur einen Fachkräftemangel, sondern auch darüber hinaus gehende Personalprobleme der Betriebe im Gesundheitswesen identifiziert (siehe Abbildung 2). Neben der Schwierigkeit, generell Fachkräfte für die Arbeit gewinnen zu können, zählen des Weiteren die *hohen Lohnnebenkosten* (52,0%) und *der Bedarf an Weiterbildung* (36,0%) zu den von den Betrieben geäußerten Personalproblemen. Zudem klagt jeder fünfte Betrieb des Gesundheits- und Sozialwesens über *hohe Fehlzeiten* und einen *hohen Krankenstand* (20,0%). Als Hauptursache für die Rekrutierungsprobleme in der Gesundheitswirtschaft lassen sich am Beispiel NRWs insbesondere *fehlende Qualifikationen* der Bewerber identifizieren (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Art der Rekrutierungsprobleme in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft 2002 in NRW (in % der befragten Betriebe)



Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT; N= 1303; eigene Darstellung;

So gaben 64 % der befragten Betriebe der Gesundheitswirtschaft an, dass sie offene Stellen nicht besetzen können, da die Bewerber nur unzureichend für die Stelle qualifiziert sind. Zweitwichtigster Grund dafür, dass es nicht zu einer Besetzung der gemeldeten offenen Stellen kam, war das *unzureichende Bewerberangebot* (47 %): Dies bedeutet, dass entweder überhaupt keine Bewerbungen vorgelegen haben oder dass die verfügbaren Bewerber/-innen aufgrund fachlicher und/oder persönlicher Merkmale für die entsprechende Stelle nicht in Frage kamen. Eine geringere Rolle spielen hingegen die *mangelnde Arbeitsmotivation* (22,0%) sowie eine *mangelnde Arbeitszeitflexibilität* der Bewerber/-innen (13,0%). Hierbei handelt es sich in erster Linie um Schwierigkeiten bezüglich der Vereinbarkeit der privaten Lebenssituation (z. B. Notwendigkeit der Kinderbetreuung) mit wechselnden beruflichen Arbeitszeiten, z. B. im Rahmen des Schichtdienstes.

4 Ausblick: Die Gesundheitswirtschaft im Umbruch – Herausforderungen für Qualifizierung und berufliche Bildung

Der wachsenden Personalbedarf bei einem gleichzeitigen Rückgang des Arbeitskräftepotenzials verlangt von den Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft einen nachhaltigen Umdenkungsprozess: Neben der Deckung des quantitativen Fachkräftebedarfs insbesondere durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Implementierung lebenszyklusgerechter Arbeitszeitmodellen, der Einrichtung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten und der Förderung betrieblicher Personalentwicklungskonzepte zählt insbesondere die Einlösung bestehender Qualifizierungsbedarfe zu den zentralen strategischen Handlungsfeldern der Gesundheitswirtschaft. „Qualifiziertes Personal fällt nicht vom Himmel“ – in Anbetracht der wirtschaftlichen, sozialen und politischen Herausforderungen, denen sich die Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren zu stellen hat, wird die Modernisierung der Arbeitsbedingungen, die Bereitstellung passgenauer Qualifizierungsmaßnahmen und die Reformierung der Strukturen der beruflichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen zunehmend virulent.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich insbesondere die personenbezogenen Dienstleistungen mit den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens derzeit in einem tief greifenden Veränderungsprozess befinden: „Aus den Gesundheits- und Sozialberufen sind – unter Einschluss der Pflegeberufe – personenbezogene Dienstleistungsberufe geworden, deren Qualifikationsprofil sich nach dem Leistungsbedarf eines spezifischen Wirtschafts- und Arbeitsmarktes mit seinen schnellen Orientierungswechseln richtet.“ (Becker 2002: 30). Diese Entwicklung verweist nicht zwangsläufig auf die Relativierung von fachspezifischen Qualifikationen gegenüber fächerübergreifenden Anforderungen, sondern es ergibt sich ein neuer *Qualifikationsmix*, der neben den fachspezifischen Qualifikationsinhalten auch Schlüsselqualifikationen (methodische, soziale und personale Kompetenzen) und extrafunktionale Kompetenzen beinhaltet. Die Beschleunigung von Innovationszyklen entwertet bestehende Wissensbestände und forciert die auf Innovationshandeln fokussierten Aufgabenstellungen: Der doppelte Strukturwandel der Dienstleistungsgesellschaft bringt so einen Wandel der Qualifikationsanforderungen mit sich, welche wiederum das System der berufli-

chen Qualifizierung in Turbulenzen bringt (vgl. Baethge 2001: 89). Die weitere Entwicklung der Gesundheitswirtschaft wird vor diesem Hintergrund wesentlich davon abhängen, dass die folgenden drei Bedingungen erfüllt werden:

- (7) Die Arbeitsorganisation muss Aufgaben- und qualifizierungsgerecht entwickelt werden und dabei sowohl die Belange der Beschäftigten als auch die Herausforderung der Wettbewerbsfähigkeit der Anbieter berücksichtigen.
- (8) Der Dynamik der Entwicklung entsprechend müssen die Voraussetzungen Lebenslangen Lernens in den Gesundheitsberufen betrieblich organisiert werden, d. h. betriebliche Weiter- und Fortbildungsstrategien und die Entwicklung der Betriebsorganisation müssen eng aufeinander abgestimmt werden.
- (9) Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen muss neben den fachlichen Qualifikationen insbesondere Managementkompetenzen vermitteln, welche die Beschäftigten in die Lage versetzen, neben der Befähigung zum Lebenslangen Lernen ihre Arbeitsbedingungen aktiv zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund besteht ein deutlicher Bedarf zur Weiterentwicklung der Qualifizierungs- und Weiterbildungslandschaft in der Gesundheitswirtschaft. Diese sollte die dynamische Entwicklung der Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation in der Branche unterstützen. In diesem Sinne stehen die Umsetzung der Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie eine diesbezügliche wissenschaftliche Expertise noch weitestgehend aus. Aus der Verantwortung für die Umsetzung können weder die Betriebe noch die Politik oder – in der Rolle der Begleitung – die Wissenschaft entlassen werden.

Literatur

- Baethge, Martin**, 2001: Qualifikationsentwicklung im Dienstleistungssektor. In: Baethge, Martin / Wilkens, Ingrid (Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert? Opladen: Leske & Budrich, S. 85-107

- Bandemer, Stephan von**, 2004: Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. In: Badura, Bernhard / Schellschmidt, Henner / Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2004. Berlin: Springer. Im Erscheinen
- Becker, Wolfgang**, 2002: Pflegeausbildung – quo vadis? In: Meyer, Gerhard / Lutterbeck, Josef (Hrsg.): Pflegebildung – quo vadis? Beiträge zur 10. Werkstatt für die Pflege am 4. Juli 2001, Fachtagung der Pflegepädagogik. Münster: Richter, S. 11-31
- Blum, Karl**, 2003: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser: Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf: Dt. Krankenhaus-Verl.-Ges. Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie, Bd. 10. ISBN 3-935762-20-8
- Büssing, André / Glaser, Jürgen**, 2003a: Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegesystems. In: Büssing, André / Glaser, Jürgen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe, S. 101-129
- Büssing, André / Glaser, Jürgen**, 2003: Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In: Büssing, André / Glaser, Jürgen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe, S. 131-149
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse**, 2000: DAK-BGW Krankenpflegereport 2000: Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik. Berlin: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung**, 2002: Pflege-Thermometer 2002: Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland. Köln.
[http://www.dip-home.de/downloads/Pflege-Thermometer SW.pdf](http://www.dip-home.de/downloads/Pflege-Thermometer_SW.pdf)
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung**, 2001: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblchen Bedingungen in der Europäischen Union; Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie.
http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/gutachten/docs/diw_GesundheitsDL_200112.pdf
- Eiff, Wilfried von**, 2003: Der Kampf ums Personal hat begonnen. In: Krankenhaus Umschau 8, S. 684-686

- Flieder, Margret**, 2002: Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. ISBN 3-933050-89-8
- Gewiese, Tilo / Leber, Ute / Schwengler, Barbara**, 2003: Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen: Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesenstudie. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 36, H. 2, S. 150-165
- Hasselhorn, Hans-Martin / Tackenberg, Peter / Müller, Bernd**, 2003: Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? Übersetzung aus: Hasselhorn, Hans-Martin (ed.): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: Nat. Inst. for Working Life, p. 115-145
- Hilbert, Josef / Evans, Michaela**, 2004: Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft: Expertise im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik.
<http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/2004/hilbert02.pdf>
- Klinik Management Aktuell**, 2004: Zukunftsmarkt Gesundheit: die Branche im Aufbruch. Wegscheid: WIKOM-Verl. Ausg. 02/2004
- Lehndorff, Steffen**, 2002: Soziale Dienstleistungen: Stiefkind der Dienstleistungsgesellschaft? Anregungen aus einem europäischen Forschungsprojekt. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 11-32.
<http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/jahrbuch/jahrb0102/02-lehndorff.pdf>
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW**, 2004: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2003: Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW**, 2003: Lage und Zukunft der Heil- und Pflegeberufe: Entschließung der 12. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 4. Dezember 2003. Düsseldorf
- Statistisches Bundesamt**, 2003: Gesundheit: Ausgaben und Personal 2001. Wiesbaden
- Schwartz, Friedrich Wilhelm / Busse, Reinhard**, 1998: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Bd. 2. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. ISBN 3-7890-8098-5

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1996: Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche: Sondergutachten. Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Bd. 1. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.