

Michaela Evans / Christa Schalk

Gesundheitsqualifikationen vor der Reifeprüfung

Modernisierung durch professionelle Arbeit in der Gesundheitswirtschaft

1 Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ist eine Wachstumsbranche und gilt als zentrales Handlungsfeld der Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Innovationspolitik. Das prognostizierte Wachstum ist jedoch kein Selbstläufer; es kann nur realisiert werden, wenn es gelingt, die Innovationsfähigkeit und -tätigkeit der Akteure zu steigern. Qualifizierung und Kompetenzentwicklung schaffen hierfür die Grundlagen. Vor diesem Hintergrund standen in den vergangenen Jahren immer wieder Inhalte, Strukturen sowie Reformoptionen beruflicher Bildung in einzelnen Gesundheitsberufen in der Diskussion. Im Zuge eines Struktur- und Funktionswandels gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen entstehen auch neue An- und Herausforderungen an professionalisierte Facharbeit, welche erst die Voraussetzungen für Qualität und Leistungssicherheit der Angebote sowie eine Orientierung hinsichtlich der verwertbaren Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt schaffen. Ausgehend von den zentralen Entwicklungslinien der Gesundheitsdienstleistungen im Wandel skizziert der vorliegende Beitrag die Herausforderungen der Gestaltung professionalisierter Facharbeit anhand zweier Zugänge: Am Beispiel des diagnostisch-technisch orientierten Berufsbildes der Medizinisch-Technischen Assistenten (MTA) werden inhaltliche und strukturelle Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung eines bestehenden Handlungsfeldes skizziert. Der zweite Zugang beleuchtet das Feld aus der Perspektive, welche Herausforderungen an der Schnittstelle von Berufsbildung und der Reifung neuer Dienstleistungsmärkte entstehen. Am Beispiel des Bedeutungsgewinns von *Medical Wellness-Diensten* soll aufgezeigt werden, welche Chancen und Hindernisse sich in der qualitätsgesicherten Erschließung dieses Dienstleistungssegmentes ergeben und welche Anforderungen sich ausgehend hiervon für die Berufsbildung in dem Bereich skizzieren lassen.

2 Gesundheit im Umbruch – Herausforderungen für professionalisierte Facharbeit

Die Gesundheitswirtschaft ist mit ihren derzeit rund 4,5 Millionen Beschäftigten ein überaus personal- und wissensintensiver Dienstleistungsbereich und ein zentraler Motor für Wachstum, Beschäftigung und Innovation der bundesdeutschen Wirtschaft (vgl. BMBF 2007). Die Entwicklungsdynamik der Branche speist sich wesentlich aus einer Verschränkung der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdiensten einerseits mit einem Struktur- und Funktionswandel gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen andererseits. Gesundheitsleistungen befinden sich im Zentrum eines dreifachen

Transformationsprozesses, welcher die Anforderungen an professionalisierte Gesundheits(fach)arbeit zukünftig nachhaltig verändern wird:

1. Zahlreiche Regionen setzen auf der Suche nach neuen Wegen ihrer Struktur-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik auf den Wachstumsfaktor „Gesundheit“. Vorhandene Angebote sollen gestärkt und neue Produkte und Dienstleistungen etabliert werden mit dem Ziel, nachhaltige Beiträge für die Versorgungs-, Lebens- und Standortqualität zu leisten. Von innovativen Gesundheitsangeboten wird erwartet, dass sie regionalökonomisch wirksam werden und dazu beitragen, die privat finanzierte Nachfrage auszubauen und zusätzliche Geschäftsfelder, Arbeitsplätze und Einkommen rund um die Gesundheit zu erschließen. Der regionalen Initiierung, Koordinierung und Organisation von Innovationspartnerschaften zur Mobilisierung dieser endogenen Wachstumspotenziale kommt in diesem Zusammenhang eine herausragende Bedeutung zu (vgl. Hilbert et al. 2008).
2. Gesundheitsdienstleistungen stehen aufgrund der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen selbst vor erheblichen Strukturumbrüchen und Modernisierungsherausforderungen. Die zukünftige Realisierung der prognostizierten Wachstumspotenziale wird maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, Qualität, Effizienz und Effektivität der vorhandenen Angebote weiter zu erhöhen und neue bedarfsgerechte Angebote zu etablieren. Der Druck der Einrichtungen zur Erschließung (interner) Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven beeinflusst nachhaltig die gewachsenen Strukturen der sektoralen, disziplinären und professionellen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Die Entwicklung innovativer Versorgungs- und Dienstleistungslösungen konfrontiert die Anbieter mit der Herausforderung, einer zunehmenden Integration der Akteure und Angebote bei gleichzeitiger Spezialisierung und Diversifizierung der Leistungen Rechnung tragen zu müssen. Im Mittelpunkt der Modernisierungsaktivitäten steht perspektivisch nicht mehr die Suche nach „Insellösungen“, sondern die Entwicklung und Umsetzung integrierter Verbund- und Systemlösungen für Gesundheit. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege haben zahlreiche Schnittstellen – eine neue Arbeitsteilung der Leistungserbringer in der Versorgung erfordert auch eine integrierte Dienstleistungsentwicklung und -gestaltung.
3. Gesundheitsdienstleistungen unterliegen einem Funktionswandel von der „Gesundheitsversorgung“ zur „Gesundheitsförderung“: Die Vermeidung von Erkrankungen, das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken sowie der Umgang mit chronischen Erkrankungen gewinnen gegenüber der Kuration an Bedeutung. Prädiktive, personalisierte, preemptions- und partizipative Leistungselemente erfahren angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts in Forschung und Versorgung eine Aufwertung. Aufgabe einer modernen Gesundheitsversorgung ist nicht länger nur die erfolgreiche Bekämpfung von „Krankheit“, sondern die Entwicklung und Bereitstellung von Gesundheitsangeboten, welche dazu beitragen, die Ressource „Gesundheit“ im Lebensalltag der Bevölkerung zu stärken (vgl. Kickbusch 2006). Im Mittelpunkt steht ein individuell-orientierter Dienstleistungsmix aus Gesundheitsförde-

rung, Präventionsmedizin, alternativen Therapieverfahren, Wellness und Lifestyle. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wird zudem die Etablierung wohnortnaher Angebote zur Gesundheitsförderung sowie zur Bewältigung des Umgangs mit chronischen Erkrankungen zukünftig eine bedeutende Gestaltungsaufgabe werden.

Die skizzierten Umbrüche beeinflussen sowohl die Nachfrage als auch die Anforderungen an gesundheitsbezogene Facharbeit. Vor allem die Erschließung neuer Angebots- und Arbeitsfelder durch eine integrierte Organisations-, Qualifikations- und Berufsfeldentwicklung steht jedoch vielfach erst am Anfang. Während die „traditionellen“ Pflegeberufe in den vergangenen Jahren verstärkt im Fokus differenzierter Analysen und Bildungs(reform)konzepte gestanden haben, bestehen z.B. im Bereich der diagnostisch-technischen Berufe derzeit durchaus noch Gestaltungsdefizite.

3 Das Berufsbild MTA braucht Modernisierungsschub

Die beruflichen Anforderungen der MTA und damit auch die Anforderungen an die Qualifizierung haben sich in den letzten Jahren nicht nur durch den medizinisch-technischen Fortschritt sondern auch durch neue Aufgabenfelder, durch gestiegene Anforderungen im Service- und Dienstleistungsbereich sowie durch gewandelte Arbeits- und Organisationsstrukturen verändert. So sind neben den fachlichen und fachübergreifenden Qualifikationen zunehmend soziale, personale und kommunikative Kompetenzen gefragt. Das zeigen die Ergebnisse eines durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts, in dem das Institut Arbeit und Technik in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum (RUB) regionale Innovations- und Qualifizierungsstrategien in der Medizintechnik untersuchte (vgl. Hilbert et al. 2007). Die Forschungsergebnisse bestätigen die seit Jahren von den Berufsbildungsforschern sowie von den einschlägigen Berufsverbänden erhobene Forderung nach Reformierung und Weiterentwicklung der bestehenden Berufsbilder der MTA im Rahmen einer abgestimmten und transparenten Qualifizierungsstrategie.

Zukunftsfähigkeit der heutigen Qualifikationen

Die Aussagen und Einschätzungen der Anwender zur Zukunftsfähigkeit der derzeitigen Qualifikationen im medizinisch-technischen Bereich können in drei Thesen zusammenfassend dargestellt werden:

- Das eigene Personal wird überwiegend als gut qualifiziert eingestuft, steigende berufliche Anforderungen werden gemeistert.
- Bei Detailnachfragen ergeben sich z.T. erhebliche Qualifikationsbedarfe.
- Insbesondere bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal wird eine lückenhafte und nicht ausreichende Qualifikation festgestellt.

So ergab die durchgeführte Befragung, dass mehr als 40 Prozent der teilnehmenden Anwender (Krankenhäuser und radiologische Facharztpraxen) Schwierigkeiten haben,

qualifiziertes medizintechnisches Personal zu rekrutieren. Jeder Dritte von ihnen bemängelt das Fachwissen und die außerfachlichen Fähigkeiten¹ der MTA. Die fachübergreifenden Qualifikationen² der Bewerber/-innen sind nach Einschätzung fast jeder zweiten Einrichtung spürbar defizitär und somit stark verbesserungswürdig.

Um eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige Qualifizierung für diese Berufsgruppe zu erreichen, sehen die befragten Anwender insbesondere bei den EDV-Kenntnissen, den medizinischen Fachkenntnissen und der Kommunikationsfähigkeit Verbesserungsbedarf (siehe Tab. 1). Differenziert nach den Betriebsarten Krankenhaus und Facharztpraxis zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Einschätzung des Qualifizierungsbedarfs für den ambulanten und stationären Bereich (siehe Tab. 1). Die niedergelassenen Ärzte sehen einen um ein Vielfaches höheren Qualifizierungsbedarf als ihre Kollegen aus den Kliniken. Gut 73 Prozent der ambulanten Anwender benennen z.B. einen Qualifizierungsbedarf im EDV-Bereich, von den stationären Anwendern fordern dies nur knapp 24 Prozent. Andere abgefragte Themen wurden ähnlich unterschiedlich bewertet. Hier zeichnen sich Probleme einer gleichartigen Qualifizierung für den stationären und ambulanten Bereich ab.

Tab. 1: Qualifizierungsbedarf für MTA gesamt und nach ausgewählten Betriebsarten

Qualifizierungsbedarf	Anwender ges.	Facharztpraxis	Krankenhaus
Medizintechn. Fachkenntnisse	29,2	50,0	14,3
Medizinische Fachkenntnisse	35,4	57,7	14,3
Allgem. Geräteschulungen	21,5	30,8	19,0
Wartung medizintechn. Geräte	10,8	19,2	9,5
Umgang mit Telemedizin	26,2	46,2	9,5
Fremdsprachenkenntnisse	13,8	15,4	9,5
EDV-Kenntnisse	44,6	73,1	23,8
Teamfähigkeit	29,2	46,2	14,3
Kommunikationsfähigkeit	32,3	53,8	19,0

Quelle: Hilbert et al. 2007, Angaben in %, N=65

Die Untersuchung zeigt zudem deutlich, dass eine zukunftsgerichtete Qualifizierung neben dem fachlichen und fachübergreifenden Know-how maßgeblich auf sozialen und personalen Kompetenzen basiert, die für die Interaktionen mit den Patienten, im interdisziplinären Arbeitsteam oder auch bei der innerbetrieblichen Weiterbildung eine zentrale Rolle spielen.

¹ Gemeint sind hier Schlüsselkompetenzen wie soziale und personale Kompetenzen, analytische Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten, Lernkompetenz, etc.

² Gemeint sind hier Qualifikationen wie EDV, Marketing, Management, Fremdsprachen, Moderations-, Präsentationstechniken, Projektmanagement, etc.

Der formulierte Qualifizierungsbedarf ist auf verschiedenen Ebenen Ausdruck für die aktuellen Entwicklungen in der Anwenderlandschaft. Zum einen zeigt sich darin die stetige technologische Weiterentwicklung der medizintechnischen Anwendungen. Inzwischen sind IT-basierte Anwendungen zur Erfassung, Verwaltung und Vernetzung Standard. Weiterführende Anwendungen mittels Telemedizin oder teleradiologische Konzile sind noch die Ausnahme, werden aber in absehbarer Zeit zur klinischen/medizinischen Routine gehören. Zum anderen spiegelt er deutlich die Veränderung der Anwenderlandschaft in Richtung betriebswirtschaftlich agierender und patientenbezogener Unternehmen wider. Isolierte Tätigkeiten können den heutigen Ansprüchen von Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht gerecht werden. Das Handeln orientiert sich an den Unternehmensprozessen, z.B. an Patientenpfaden, und wird immer stärker in vernetzte Strukturen eingebunden, die das isolierte Denken und Handeln ausschließlich innerhalb der eigenen Fachlichkeit zum „Auslaufmodell“ machen. Eigenverantwortliches, selbständiges und bereichsübergreifendes Handeln eingebettet in ein interdisziplinäres Team ist gefragt.

Die Modernisierung der Qualifizierung im medizinisch-technischen Anwenderbereich ist dringend erforderlich, um mit dem Innovationstempo der Medizintechnik-Branche und deren Auswirkungen auf die medizinische Routine durch die permanente Implementierung neuer Verfahren, Methoden und Produkte Schritt halten und die steigenden Anforderungen aufgreifen zu können.

Gestaltungsansätze zur Modernisierung des Berufsbildes MTA

Die nachfolgend dargestellten Gestaltungsansätze ‚Binnenmodernisierung der MTA-Ausbildung‘ und ‚Neugestaltung der fachschulischen Ausbildung‘ stellen exemplarisch auf der inhaltlichen/didaktischen und strukturellen Ebene zwei Reformerfordernisse zur Modernisierung des Berufsbildes MTA dar.

Die MTA-Ausbildung wird nach wie vor durch das knapp 15 Jahre alte „Gesetz über technische Assistenten in der Medizin“ geregelt. Die sich zwangsläufig ergebenden Defizite in der Ausbildung sind erheblich und müssen derzeit durch die Fort- und Weiterbildung kompensiert werden. Auch wenn verschiedene Ansätze – beispielsweise der MTA-Schulen auf Landesebene – existieren, um die Qualität der Ausbildung auf Basis der gesetzlichen Vorgaben zu verbessern, ist eine grundlegende Modernisierung der Ausbildung längst überfällig. Eine zukunftsfähige Gestaltung und **Binnenmodernisierung der MTA-Ausbildung** umfasst u.a. folgende Aktivitäten (vgl. u.a. Kachler 2003a und b, Kachler et. al 2005, Hilbert et al. 2007):

- Die Überarbeitung der Ausbildungskataloge/Lehrpläne durch das Aufgreifen aktueller Themengebiete und die gleichzeitige Entfernung von obsoleten Ausbildungsinhalten. So wird z.B. bei der Fachrichtung Laboratorium immer noch im klinisch-chemischen Bereich zu ungunsten weitaus aktuellerer Gebiete wie Immunologie oder Molekularbiologie ein Ausbildungsschwerpunkt gesetzt. In der Radiologie sind Verfahren wie Digitalisierung und Tele-Radiologie entscheidend unterrepräsentiert. Zukunftsthemen wie die molekulare Bildgebung müssen einbezogen werden.
- Die Lehr- und Lernstrukturen bedürfen einer Aktualisierung: Bildung im Bereich MTA wird sich in Zukunft hin zu praxis- und adressatenorientierten Lernprozessen,

die selbständiges, eigenverantwortliches Handeln fördern, entwickeln. D.h. neue berufspädagogische Konzepte werden verwendet, während die veraltete Fächersystematik abgeschafft wird. Berufliche Handlungskompetenzen werden als Lernfelder definiert. Die moderne Ausbildung bereitet auf berufsübliche und einsetztypische Arbeitsprozesse vor. Zudem erfolgt die Befähigung, sich selbständig neues Wissen und Können im Sinne eines lebenslangen Lernprozesses anzueignen.

- Die Bestimmung von Aktualisierungszyklen, die dynamisch gestaltet werden müssen. Eine Zeitspanne von fünf Jahren sollte dabei nicht überschritten werden. Zum Vergleich: die Innovationszyklen für die Ausbildungen in der Metallindustrie liegen derzeit bei ca. vier Jahren.
- Die Weiterentwicklung der bestehenden Berufsbilder durch Spezialisierung innerhalb der Fachrichtungen Radiologie und Laboratorium, z.B. Diagnostische Radiologie bzw. Virologie/Mikrobiologie sind als Gestaltungsansatz zu prüfen. Hintergrund ist der „Spagat“ zwischen Qualität und Quantität, der sich innerhalb der Ausbildungszeit von drei Jahren durch ständig neues Wissen, neue Technologien und Verfahren, aber auch die notwendige Vermittlung von Grundlagenwissen, auftut. Im Spannungsfeld zwischen begrenzten Aufnahmekapazitäten und dem „Abspecken“ von bestehenden Ausbildungsinhalten ist ein möglicher Lösungsansatz, Schwerpunkttrichtungen innerhalb der bestehenden Berufsbilder für die beiden Fachrichtungen Radiologie und Laboratorium zu entwickeln.
- Akademisierung der MTA-Ausbildung: Eine Qualitätsentwicklung des Berufsbildes MTA durch Akademisierung wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Befürworter und Gegner der Akademisierung von MTA-Berufen führen eine ähnlich gelagerte Diskussion wie im Bereich der Pflege (Stichwort „Pflegeflicht“). Eine Aufwertung der medizintechnischen Ausbildungsberufe durch eine Akademisierung und die damit verbundene Ausweitung des Tätigkeitsspektrums, die Kompetenzerweiterung und die Karrieremöglichkeiten werden von fast 70 Prozent der schriftlich befragten Anwender als weniger wichtig bis unwichtig eingestuft. Diese Einschätzung wird gleichermaßen bei den stationären wie ambulanten Leistungserbringern vertreten. In Interviews bewerteten die Praktiker die Akademisierung im Rahmen anspruchsvoller Weiterbildungsangebote (Aufstiegsqualifikation) jedoch als durchaus sinnvoll.
- Die Anpassung der bestehenden Berufsbilder an die Erfordernisse im ambulanten und stationären Bereich ist durch weitergehende Untersuchungen zu prüfen.

Neben der inhaltlichen Modernisierung und dem Einsatz neuer Lernformen zeichnen sich strukturelle Veränderungen zur **Neugestaltung der fachschulischen Ausbildung** ab, die auf eine Qualitätssteigerung und damit eine Zukunftsausrichtung der MTA-Ausbildung abzielen. Der Fokus der Neugestaltung der fachschulischen Ausbildung wird nach Meinung vieler Berufsbildungsforscher dabei auf die Verbindung der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie auf die Standardisierung der praktischen Ausbildung als aktive Ausbildungsphase gelegt, um das grundlegende Problem der Theorie-Praxis-Differenz abzubauen.³ Die Festlegung verbindlicher Ausbildungsinhalte für die praktische Ausbildung gehört genauso zum Reformansatz wie die wirksame Verzahnung von schulischer und praktischer Ausbildung. Die praktische Ausbildung

³ Grundlage der konzeptionellen Überlegungen sind die BIBB-Ausführungen zur Neuordnung der Gesundheitsberufe Alten- und Krankenpflege siehe unter www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/konzept/konzept_index.htm, vgl. auch Becker 2004.

unterliegt damit einem sachlich und zeitlich gegliederten Ausbildungsplan, verknüpft mit zu erreichenden Qualifizierungszielen und beruflichen Handlungskompetenzen. Die Ausbildung erhält so Anschluss an die modernen Ausbildungskonzepte des „dualen Systems“.

Eine Zukunftsfähigkeit des Berufsbildes MTA basiert neben den dargestellten Gestaltungsansätzen maßgeblich auf einer strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung des Fort- und Weiterbildungsbereiches (Näheres siehe u.a. Hilbert et al. 2007). Nur eine abgestimmte, dynamische und transparente Qualifizierungsstrategie, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung umfasst, kann die erwünschte Qualitätssteigerung für das Berufsbild MTA ermöglichen und befähigt die MTA mit den steigenden beruflichen Anforderungen konstruktiv umzugehen.

Während für den MTA-Bereich fundierte Forschungsergebnisse und Hinweise zur Weiterentwicklung der Qualifizierungsinhalte und -strukturen vorliegen, entstehen derzeit in der Gesundheitswirtschaft auch Berufsfelder, deren systematische Erschließung durch die Berufsbildungsforschung erst noch ansteht. Die Realisierung der Wachstumspotenziale der Gesundheitswirtschaft ist nicht nur auf die Weiterentwicklung etablierter Berufsfelder durch neue Qualifizierungsinhalte und -wege angewiesen. Am Beispiel der aktuellen Debatten um *Medical Wellness* soll im Folgenden aufgezeigt werden, welche Chancen und Hindernisse sich in der Erschließung eines *neuen* gesundheitsrelevanten Dienstleistungsfeldes ergeben können und welche Entwicklungsbedarfe sich ausgehend hiervon nachzeichnen lassen.

4 Facharbeit im medizinisch-orientierten Wellness-Sektor – Erst das Vergnügen und dann die Arbeit?

Angebote und Dienstleistungen rund um Prävention und Gesundheitsförderung nehmen bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in nahezu allen Altersphasen einen wachsenden Stellenwert ein (vgl. Robert- Koch-Institut 2006, 129). Der Wunsch nach ganzheitlicher Gesundheit und Wohlbefinden wirkt sich bereits heute auf die Nachfrage im Gesundheitsmarkt aus, und wird voraussichtlich auch in den kommenden Jahren einen Bedeutungsgewinn erfahren. Prognosen zufolge wird die Nachfrage nach Leistungen im Bereich der individuellen Gesundheitspflege gegenüber anderen Ausgabenbereichen privater Haushalte überdurchschnittlich wachsen, zwischen 2004 und 2030 um rund 2,9 Prozent p.a. (vgl. IKB/Prognos 2007). Einerseits wurden in den letzten Jahren zahlreiche ehemals solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen aus dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgelagert. Andererseits existiert eine Vielzahl von Gesundheitsleistungen, deren Finanzierung von jeher ausschließlich durch private Mittel erfolgt ist. Im Mittelpunkt der privat finanzierten Gesundheitsnachfrage standen in den letzten Jahren die sog. IGeL-Angebote: Hierbei handelt es sich primär um diagnostische und therapeutische ärztliche Leistungen, die als Selbstzahlerangebote nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sind (z.B. Intervall-/Ergänzungs-Check-up, spezifische Verfahren zur Krebsfrüherkennung, individuelle Leistungsdiagnostik, Reise- und Sportmedizinische Beratung etc.). Kosten/Nutzen-

Erwägungen sowie die Auswahl des Anbieters dieser zusätzlichen medizinischen Dienste obliegen der Entscheidung des Patienten.

In den vergangenen Jahren hat sich, insbesondere an der Schnittstelle von Medizin und Lifestyle, ein zweiter Gesundheitsmarkt entwickelt (BBE, 2005; Illing, 2003), in welchem sich sowohl traditionelle Gesundheitseinrichtungen als auch branchenfremde Anbieter zu positionieren versuchen: Gesundheitsakteure wie Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, therapeutische Anbieter bis hin zu Rehabilitationseinrichtungen verlängern durch Angebote der Präventionsmedizin, Komfortleistungen und Wellness ihre Wertschöpfungsketten und entwickeln in diesen Bereichen neue Geschäftsfelder. Auf der anderen Seite zielen nicht-medizinische Dienstleister (z.B. Hotelketten, Freizeitbäder und Thermen, Daily Spas) im Rahmen ihrer Angebotspalette, insbesondere durch Vernetzung mit medizinischen Leistungserbringern vor Ort, auf eine Integration medizinisch-evidenzbasierter Dienste in ihr Angebotsportfolio. Auch wenn eine einheitliche Definition dieses neuen Dienstleistungssegmentes jenseits des Trendbegriffs „Medical Wellness“ bislang nicht existiert⁴, so lassen sich dennoch Gemeinsamkeiten in den Zügängen zu dem Themenfeld beschreiben:

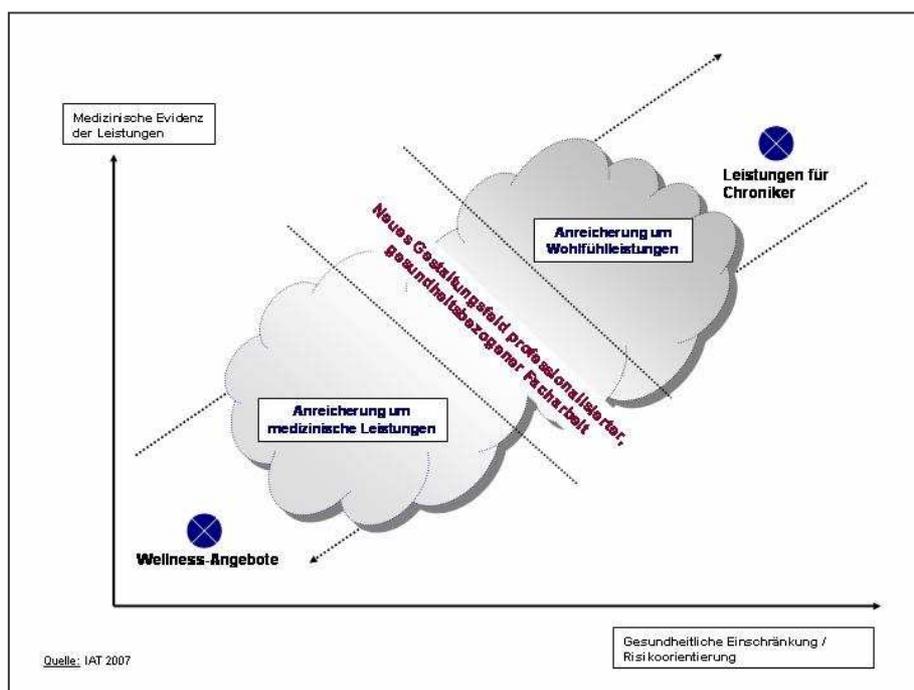
- Methodisch basieren die Angebote auf der Verbindung präventiver, therapeutischer, beratender, edukativer und selbstorganisatorischer Elemente in der Zusammenführung fachärztlicher Kompetenz und High-Tech-Medizin, alternativen Heilverfahren und Wohlfühlleistungen mit Erlebnischarakter, v.a. in den Feldern Bewegung, Entspannung und Ernährung. Zielfokus des neuen Dienstleistungstypus ist nicht die Heilung im engeren Sinne, sondern die Steigerung der Lebensqualität, des subjektiven Wohlbefindens, des ressourcenorientierten Umgangs mit der individuellen Gesundheit sowie die Begleitung im Umgang mit chronischen Erkrankungen.
- Die Dienstleistungsentwicklung folgt dem eingangs skizzierten Perspektivwechsel von einem segmentiert-kurativen zu einem integriert-präventiven Gesundheitsverständnis. Zur Zielgruppe gehören sowohl Menschen mit Vorerkrankungen, z.B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruckerkrankungen etc., als auch all jene, die unter stressbedingten Beschwerden leiden. Die Dienstleistungsproduktion erfolgt häufig im Rahmen multiprofessioneller Teams, bestehend aus Fachärzten/-innen, Psychologen/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Sporttherapeuten/-innen, Diätköchen/-innen, Masseur/-innen oder Krankengymnasten/-innen.
- Im Gegensatz zu klassischen Kurangeboten bieten sog. „Medical-Wellness“-Angebote die Möglichkeit, diese als Tages- oder Kurzzeiturlaub wesentlich leichter in den Alltag zu integrieren und maßgeschneiderte, individualisierte Leistungsprogramme nach Bedarf zusammenzustellen. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung sind integrale Bestandteile der Angebote mit dem Ziel, eine eindeutige Abgrenzung zwischen „passiver“ Wellness (im Sinne der Schönheits- und Körperpflege) und „aktiver“ Medical Wellness mit eng auf die physischen und psychischen Gesundheitsressourcen bezogenen Angeboten für Bewegung, Fitness und gesunde Ernäh-

⁴ Ein erster übergreifender Definitionsversuch wurde 2007 im Rahmen des „1. Medical-Wellness Kongress“ (Berlin) vorgestellt: „Medical Wellness beinhaltet gesundheitswissenschaftlich begleitete Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitsempfindens durch eigenverantwortliche Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Motivation zum gesundheitsbewussten Lebensstil.“ (<http://www.dmwv.de/106.0.html>, 27.12.2007)

zung zu ziehen. „Medical Wellness“ kann nicht als bloße Medikalisierung von Wellness verstanden werden; vielmehr stehen die entstehenden Synergien durch die Zusammenführung evidenzbasierter medizinischer Leistungen und traditioneller Wellness im Mittelpunkt.

Rund 1,2 Millionen finden in diesem Dienstleistungsfeld bereits heute eine Beschäftigung, der Umsatz der Branche wird derzeit deutschlandweit auf rund 73 Milliarden Euro beziffert (vgl. Stubert, 2006; Global Insight, 2006). Insbesondere für traditionelle Rehabilitations- und Kurkliniken eröffnet die Entwicklung integrierter Gesundheitsangebote und Geschäftsfelder neue Marktchancen. Bis zum Jahr 2010 wird mit rund 6,6 Millionen Gesundheitsurlaubern und einem Umsatz von 3,7 Mrd. Euro in Deutschland gerechnet. Schätzungen des Münchener Instituts für Freizeitforschung zufolge wird die Zahl der gesundheitsorientierten Urlaubsreisen bis 2010 in Deutschland um rund 70 Prozent steigen (vgl. FTD 2006). Anbieter im Bereich des „Medical Spa“ können zukünftig mit rund 20 Millionen präventiven Behandlungen, die durch medizinische Kompetenzen unterstützt werden, rechnen (vgl. Hank-Haase, 2006). Gleichwohl liegen bislang keine Studien vor, welche einen langfristigen wirtschaftlichen Zusatznutzen und -erfolg durch „Medical Wellness“-Angebote bestätigen (vgl. Werner 2007).

Abb. 1: Das Gestaltungsfeld Medical Wellness



An der Schnittstelle oben benannter Dienstleistungskategorien ist in den letzten Jahren ein neues Gestaltungsfeld professionalisierter gesundheitsbezogener Facharbeit entstanden, welches durch hybride Tätigkeiten und veränderte Kompetenzzuschnitte gekennzeichnet ist (s. Abbildung 1). Traditionelle Berufsgruppen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Physiotherapeuten/-in, Masseur/-in und med. Bademeister/-in, Fachangestellte/-r für Bäderbetriebe, Motopäde/-in, Sportwissenschaftler/-innen etc.) drängen

ebenso in das Dienstleistungsfeld wie die Absolventen neu geschaffener Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge (z.B. Fitness- und Wellnesstrainer/-in, Medizinischer Wellnesstrainer/-in, staatl. geprüfte Vitalassistenten/-innen). Grundständige Ausbildungsgänge stehen neben Angeboten der beruflichen Fort- und Weiterbildung und universitären Qualifizierungswegen (z.B. Sporttherapeuten/-innen, Sportpädagogen/-innen). Allein unter dem Bildungsziel „Wellness“ findet man in der KURS Datenbank der Bundesagentur für Arbeit aktuell 788 Angebote für 81 Bildungsziele (Stand: Februar 2008) rund um medizinisch-orientierte Wellness – von „Altenpflege-Wellnessanwender/-in für Senioren“ bis „Wellnessmasseur/-in“. Die Bedeutung des Gestaltungsfeldes für Gesundheitseinrichtungen, ebenso wie für die Berufsbildungsforschung, erschließt sich nicht zuletzt durch einen Blick in den Weiterbildungsmarkt: „Den eindeutigen Schwerpunkt beim Weiterbildungsangebot für nichtärztliche Gesundheitsberufe bilden therapeutische Verfahren zur Behebung von Bewegungsstörungen. Von den rund 18.000 Veranstaltungen (...) entfällt auf die Themenbereiche Krankengymnastik, Bewegungs- und Physikalische Therapie, Massage etc. fast jede zweite Veranstaltung. (...) An dritter Stelle stehen Veranstaltungen zu Naturheilverfahren und zu ganzheitlichen medizinischen Ansätzen (...) sowie Angebote zur Gesundheitserziehung und -förderung“ (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2003).

Entgegen ihrem Bedeutungsgewinn findet bislang ein berufsgruppenübergreifender Austausch um zukunftsfähige Professionalisierungs- und Qualitätssicherungsstrategien zur Erschließung dieses Dienstleistungssegmentes nicht statt. Es liegen kaum Erkenntnisse zu Berufsbiographien sowie vorhandenen und notwendigen Qualifizierungs- und Professionalisierungswegen zur Erschließung des Dienstleistungsfeldes vor. Das Nebeneinander beruflicher Zugänge, differenzierter und spezialisierter Aus-, Fort- und Weiterbildungswege – mit zum Teil unzureichender Qualitätssicherung – birgt derzeit in der Erschließung und Entwicklung dieses Gestaltungsfeldes eher die Gefahr einer schleichenden Deprofessionalisierung im Wettstreit zwischen „neuen“ und „alten“ Gesundheitsberufen. Eine geordnete Entwicklung wird nicht zuletzt dadurch erschwert, dass zahlreiche Verbände derzeit um die Definitionsmacht und die Kompetenzhoheit des Dienstleistungsfeldes ringen. So ist etwa bislang auf Basis unterschiedlicher Verbandspositionen nicht geklärt, ob gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse ausreichen, die Qualität der Angebote zu sichern oder ob hierfür nicht letztlich ärztliche Kompetenzen von Nöten sind. Ausgehend von dieser „Kardinalfrage“ wären dann in einem weiteren Schritt die Kompetenzzuschnitte und -profile weiterer Berufsgruppen zu klären. Die Klärung zentraler Bildungsziele und -inhalte ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund unerlässlich, dass in der gegenwärtigen Situation die Verwertbarkeit verfügbarer Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote rund um medizinisch-orientierte Wellness-Dienste eng mit der beruflichen Vorerfahrung und Vorbildung der Beschäftigten verknüpft ist (vgl. Stiftung Warentest 2005). Die Reifung des Dienstleistungssegmentes „Medical Wellness“ kann zur Attraktivierung von Gesundheitsangeboten beitragen. Dies setzt jedoch voraus, dass für die Verbraucher Transparenz und Qualität bezüglich der Anbieter und ihrer Leistungen hergestellt und auch sichtbar werden. Die Grundlage hierfür liefern maßgeblich die Kompetenzen der Beschäftigten, welche ebenfalls Si-

cherheit darüber erlangen sollten, ob ihre Qualifizierungsanstrengungen auch tatsächlich anschließend auf dem Arbeitsmarkt verwertbar sind.

5 Zusammenfassung

Die vorstehenden Ausführungen haben beispielhaft gezeigt, dass professionalisierte Facharbeit Grundlage und gleichzeitig Achillesferse der prosperierenden Gesundheitswirtschaft ist. Um Facharbeit als Innovationsmotor für die zukünftigen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft nutzen zu können, sind Strukturen erforderlich, welche die Akteursgruppen motivieren und in die Lage versetzen, bildungsrelevante Veränderungen zu identifizieren, bedarfsgerechte und zielgerichtete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die beruflichen Anforderungen und die Qualifikationen bestehender Gesundheitsberufe wie der MTA unterliegen einerseits einem steten Wandel. Andererseits schafft professionalisierte Facharbeit erst die Voraussetzungen zur Erschließung und Reifung gesundheitsorientierter Dienstleistungsmärkte. Ein Beispiel hierfür sind medizinisch-orientierte Wellness-Dienste. Die Entwicklung, Reifung und Qualitätssicherung der Gesundheitsdienstleistungen im Umbruch ist auf die Verfügbarkeit professioneller Facharbeit mit strukturierten Wegen der Aus-, Fort- und Weiterbildung angewiesen. An der Schnittstelle von Gesundheitswirtschafts- und Berufsbildungsforschung bestehen auch zukünftig noch erhebliche Forschungs- und Gestaltungsbedarfe: (a) Die Debatte um Professionalisierung in zentralen Gesundheitsberufen war in den vergangenen Jahren stark durch berufsständische Interessen geprägt. Prozessbezogene Ansätze, welche das Augenmerk auf notwendige Qualifikationen im interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenspiel der Berufsgruppen legen, fanden deutlich weniger Beachtung. (b) Das Wissen um zukunftsfähige Qualifizierungsinhalte, -strukturen und -wege variiert derzeit noch erheblich zwischen den Gesundheitsberufen. (c) Integrierte Gesundheitsthemen und -angebote gewinnen an Bedeutung, denen auf Basis einer segmentierten Aus-, Fort- und Weiterbildungslandschaft nur bedingt Rechnung getragen werden kann. Es stellt sich die Frage, wie durch die Gestaltung professionalisierter Facharbeit im Zusammenspiel der Berufsgruppen bestehende Gestaltungsfelder weiterentwickelt und neue Gesundheitsangebote und Aufgabenfelder qualitätsgesichert erschlossen werden können.

Literatur

- Becker, Wolfgang**, 2004: Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung. Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB (Hrsg.). W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
- BBE**, 2005: Branchenreport Wellness 2015. Zaubermarkt ohne Zauberkraft? Köln
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung**, 2007: Pressemitteilung 21. Juni 2007: Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ startet im Herbst
- Bundesinstitut für Berufsbildung**, 2003: Entwicklung des Weiterbildungsangebotes in KURS von 2001-2002 für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. <http://www.bibb.de> (03.09.2007)
- FTD – Financial Times Deutschland**, 2006: Wellness-Urlaub in der Rehaklinik, Artikel vom 10.03.2006
- Global Insight**, 2006: zitiert nach <http://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2006-01/artikel-5829800.asp>
- Hank-Haase, Gisela**, 2006: Hotellerie und Medical Spa. Markt, Konzept und Wirtschaftlichkeit. Wiesbaden: ghh consult
- Hilbert, Josef / Evans, Michaela / Schneider, Simon**, 2008 i.E.: Von der Insel-zur Systemlösung: Innovation in der Gesundheitswirtschaft und die Rolle regionaler Entwicklungsagenturen.
- Hilbert, Josef; Schalk, Christa; Fox, Katja; Heinze, Rolf G.**, 2007: Regionale Innovations- und Qualifizierungsstrategien in der Medizintechnik: Abschlussbericht. Hans Böckler Stiftung. August 2007. Düsseldorf
- Kachler, Marco**, 2003a: Akademisierung durch Professionalisierung. Qualifikationsanforderungen und –entwicklungen im Berufsfeld der medizinisch-technischen Assistenz. In: Kachler, M. Hrsg. Raus der der Bildungssackgasse. Entwicklungsperspektiven und Innovation für das Berufsfeld der Medizinisch-technischen Assistenz in Deutschland. Mensch & Buch Verlag. Berlin
- Kachler, Marco**, 2003b: Interview zur Zukunft der Diagnostischen Gesundheitsberufe am 02.09.2003. QuePNet - Teilbereich des Projektes Netzwerk Gesundheits- und Pflegeschulen der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit. Quelle: http://quepnet.fh-bielefeld.de/data/doc/id_507/U_Kachler.pdf
- Kachler, Marco, Stumpe, Stefanie; Schmidt, Gertraud; Artelt, Annette; Titz, Belinda, Ohmstede, Anke** (Hrsg.), 2005: Quo vadis, MTA? Ein Beruf auf dem Prüfstand. Zur Ausbildungsreform und Professionalisierung der diagnostisch-technischen Gesundheitsberufe in Deutschland. Mensch & Buch Verlag. Berlin
- IKB/Prognos**, 2007: Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention. Düsseldorf & Basel
- Illing, Kai**, 2003: Neues Produkt und neue Märkte für Kliniken. Medical Wellness – der Weg in den 2. Gesundheitsmarkt. N: Krankenhaus-Umschau ku, Special „Medical Wellness“, Nr. 22, S. 2-6
- Kickbusch, Ilona**, 2006: Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung. Gamburg
- Robert-Koch-Institut** (Hrsg.), 2006: Gesundheit in Deutschland. Berlin

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,** 2007: Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung
- Stubert, Franz-Josef,** 2006: Neue Seniorenmärkte 2006 / 2007 – Special 1: Gesundheit – Wellness – Fitness. Das zukünftige Verhalten der Senioren. Neuss: bbw Marketing
- Stiftung Warentest,** 2005: Jobs in Fitness, Wellness und Pflege. Test spezial Weiterbildung.
- Werner, Susanne,** 2007: Wie viel Medizin verträgt die Wellness? In: pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten, 59 [2007] 4, S. 393-394