

Neue Arbeitsteilung
und Qualifikationen in
der Gesundheitsarbeit

Wer profitiert und
was bleibt liegen?

Autoren

Christoph Bräutigam
Michaela Evans

Auf den Punkt

- Strategien der Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen erfordern mehr Wissen über die Veränderung der Bildungs- und Berufelandschaft und die von einzelnen Berufsgruppen tatsächlich verantworteten Aufgaben und Tätigkeiten.
- Die Entwicklung neuer Berufsbilder im Gesundheitssektor erfolgt derzeit unkoordiniert und vermittelt den Eindruck eines „heiteren Berufsbastelns“ mit ungeklärten Folgen.
- Krankenhäuser reagieren durch die Entwicklung eigener betrieblicher Kompetenzprofile/Qualifizierungsangebote auf Herausforderungen, die derzeit durch das Bildungssystem und/oder im Gratifikationssystem nur unzureichend beantwortet werden.
- Trotz neuer Berufe, Kompetenzprofile und Aufgabenverteilungen werden zentrale Aspekte der Patientenorientierung in der Arbeitsgestaltung vielfach ausgeblendet und vernachlässigt.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

 **RUB**

1. Einleitung: Warum ist eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Berufsbildung im Gesundheitssektor notwendig?

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist maßgeblich davon abhängig, ob es gelingt Gesundheitsarbeit zukunftsfähig zu gestalten. Aktuell drängt insbesondere die Frage, wie der Fachkräftebedarf im Gesundheitssektor mittel- und langfristig gedeckt werden kann. Im Mittelpunkt stehen vor allem die Pflegeberufe – zahlreiche Prognosen liegen vor, die Aussagen zur Zahl der zukünftig in Deutschland benötigten Arbeitskräfte treffen. Im Ergebnis weisen alle vorliegenden Studien einen steigenden Arbeitskräftebedarf im Berufsfeld Pflege aus [SVR 2012]. In Anbetracht des sinkenden Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2012) müssen sich Gesundheitseinrichtungen sowohl mit anderen Branchen als auch untereinander auf einen verschärfenden Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte einstellen. Passgenaue Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote können wesentlich dazu beitragen, Strategien der Fachkräftesicherung und Karriereentwicklung im Gesundheitswesen auf ein solides Fundament zu stellen.

Gesundheitsarbeit steht zudem vor enormen qualitativen Herausforderungen. Veränderte Morbiditätsspektren und zunehmende Multimorbidität in der Bevölkerung, der Zuwachs an medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und Wissensbeständen sowie Markstrategien der Gesundheitsanbieter stellen tradierte Qualifizierungs- und Kompetenzprofile der Beschäftigten zunehmend in Frage (SVR 2012). Aufgrund der demographischen Entwicklung werden ältere Arbeitnehmer zukünftig nicht nur die Erwerbsarbeit in Deutschland insgesamt in erheblichem Ausmaß prägen (Statistisches Bundesamt 2012). Bereits heute ist die Personalstruktur gerade in Gesundheitseinrichtungen nachhaltig durch das „double aging“ beeinflusst. In den kommenden Jahren werden Arbeits-, Organisations- und Gesundheitskonzepte für alternde Belegschaften, alter(n)sgerechte Arbeitsplätze und Tätigkeitsprofile auch für den Gesundheitssektor an Relevanz gewinnen (BMAS 2013; Isfort/Weidner 2010).

Wie den skizzierten Anforderungen durch Professionalisierung, Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in zentralen Gesundheitsberufen Rechnung getragen werden kann, ist derzeit in der wissenschaftlichen Debatte ein breit rezipiertes Thema. Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiativen, die sich speziell an Gesundheitsberufe richten, sollen dazu beitragen, die Lücke zwischen dem wachsenden gesellschaftlichen Bedarf an qualifizierter Gesundheitsarbeit und dem Angebot an qualifizierten Arbeitskräften zu schließen. Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. fragte im Rahmen eines Innovationsforums 2012 „Systemische Veränderungen ante portas: Gesundheitsberufe quo vadis?“, das Forum Public Health fokussierte kürzlich in einem Schwerpunktheft das Thema „Gesundheitsberufe – quo vadite“ (2013) und die „BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis“ widmete 2012 dem Thema „Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen“ ebenfalls eine Ausgabe. Gesundheit boomt – und mit ihr das Werben um Angebote der

beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Berufsverbände, Politik, Hochschulen, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Patientenverbände – viele Akteure beteiligen sich derzeit an der Erneuerung der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen. Das Berufsbildungssystem für Gesundheitsberufe ist in Bewegung – etablierte Berufsbilder professionalisieren sich, neue Berufe, Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung entstehen und im Zusammenspiel mit spezialisierten Qualifikations- und Kompetenzprofilen wird ein Prozess horizontaler und vertikaler Ausdifferenzierung im System der Gesundheitsberufe befördert, der gewachsene Qualifizierungswege und -strukturen in Frage stellt. Aktuelles Beispiel ist das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (2012). Unklar ist bislang jedoch, wie sich die Landschaft der Erneuerung beruflicher Bildung im Gesundheitswesen derzeit darstellt, wie sich die o.g. Triebkräfte im Zusammenspiel sortieren und welche Konsequenzen sich perspektivisch hieraus für die Beschäftigten, die Einrichtungen sowie für die Patient(inn)en ergeben. Die aktuellen Entwicklungen zur Modernisierung der beruflichen Bildung, insbesondere in den Pflegeberufen, müssen ausgehend hiervon stärker vor dem Hintergrund einer sich dynamisch verändernden Bildungs- und Berufelandschaft einerseits sowie den in der Praxis tatsächlich verantworteten Aufgaben und Tätigkeiten der Beschäftigten andererseits thematisiert werden.

2. Expertise „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ – Analyse der Entwicklung beruflicher Bildung am Beispiel des Krankenhaussektors

So selbstverständlich von Berufs-, Bildungs- und Karriereperspektiven in den Gesundheitsberufen geredet wird, so wenig eindeutig ist, wie sich das Feld in der Praxis sortiert. Das Spektrum der fallweise berücksichtigten „Berufe“ reicht von 36 *Gesundheitsfachberufen* im engeren Sinne (MAGS 2010) über „800 *Gesundheitsberufen in der äußerst dynamischen Gesundheitsbranche*“ (Hamburger Abendblatt, 31.1. 2009) bis zu 1.900 gesundheitswirtschaftlichen „*Berufsangeboten*“ in einem weiter gefassten Verständnis (www.gesundheitsberufe.de). Da bislang keine abschließenden Definitions- und Qualitätsmerkmale für „Gesundheitsberufe“ existieren, ist die Verwendung des Begriffs entsprechend vielfältig und das Spektrum der Qualifizierungsangebote breit gefächert.

Ziel der *Berufsbildungsforschung* ist es, die zentralen Herausforderungen für Innovation im Berufsbildungssystem zu identifizieren und konkrete Handlungsoptionen zur strukturellen Verbesserung der beruflichen Bildung zu erarbeiten (Kutscha 2010). Ziel der Expertise „Berufsbilder im Gesundheitssektor – Vom Berufebasteln zur strategischen Berufsbildungspolitik“ im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) war es, laufende Umbrüche und Erneuerungen bei der Entwicklung und Nutzung von Berufsbildern im Gesundheitssektor zum einen (empirisch) differenziert zu erfassen und zum anderen daraufhin zu untersuchen, welche Ansätze und Trends im Sinne von Versorgungsqualität, guter Arbeit und Wirtschaftlichkeit fruchtbar sein könnten. Die notwendige Fokussierung erfolgte dabei auf

einen bedeutenden und dynamischen Teilsektor der Gesundheitswirtschaft, das Krankenhaus. Im Einzelnen zielte die explorative Studie u.a. auf folgende Fragestellungen:

- Wie haben sich Berufsbilder, Arbeitsteilung, Aufgabenzuschnitte und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus in den letzten Jahren entwickelt?
- Welche Zielsetzungen und Interessen werden damit verfolgt?
- Lässt sich auf dieser Basis ein Profil der Gesundheitsarbeit im Krankenhaus zeichnen?
- Welche Aussagen zu den Auswirkungen dieser Veränderungen auf die Versorgungsqualität, die Patientenorientierung und die Arbeitsqualität lassen sich treffen?

Die Erstellung der Expertise erfolgte methodisch auf Basis von Literaturrecherchen, leitfadengestützten Experteninterviews und der Durchführung eines Expertenworkshops. Im Rahmen der Expertise erfolgte zudem ein Rückgriff auf vorläufige Ergebnisse der Online-Befragung „Arbeitsreport Krankenhaus“, die sich an Beschäftigte aller Berufe auf bettenführenden Stationen von Krankenhäusern richtete (Bräutigam/Evans/Hilbert, i.E.). Die Befragung wurde im Zeitraum *Oktober 2012 bis Februar 2013* durchgeführt und durch die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) gefördert. Bis Ende Februar wurden insgesamt 3.331 Antwortdatensätze erfasst. Für die FES-Expertise wurde eine erste Sichtung und Vorauswertung der Daten vorgenommen. Die Online-Befragung als (Teil-)Vorhaben im Rahmen der Studie „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ zielte darauf ab, die Perspektive der Beschäftigten zu eruieren. Dabei sollte insbesondere herausgearbeitet werden, inwieweit die Debatte in Experten- und Managementkreisen mit der Wahrnehmung seitens der Praktiker(innen) übereinstimmt oder ob wichtige Aspekte auf der einen oder anderen Seite unterschiedlich gesehen und interpretiert werden.

3. Zentrale Ergebnisse im Überblick – Ungesteuerte Erneuerung mit blinden Flecken!

Die Auseinandersetzung mit der Welt der Krankenhäuser ergibt ein Bild der Unübersichtlichkeit und der Strategievielfalt im Feld der beruflichen Bildung. Gleichwohl lassen sich einige große Trends ausmachen. Die traditionellen Berufsfelder Medizin und Pflege bleiben dominant. Allerdings gibt es zum einen wachsende Spezialisierungen, zum anderen vielfältige Versuche, die Zusammenarbeit zu optimieren und die Arbeitsteilung neu zu organisieren. Die Zielsetzungen und Motive dabei sind genauso uneinheitlich wie die Lösungen vielfältig. Besonders dynamisch ist das berufliche Erneuerungsgeschehen in den organisierenden und assistierenden Funktionsbereichen des Krankenhauses. Sowohl aus dem

Krankenhausmanagement selbst als auch von akademischen und nicht-akademischen Bildungsträgern kommen hier immer wieder neue Angebote und Lösungsversuche, deren Angemessenheit und Überlebensfähigkeit vorab oft nicht belastbar antizipiert werden konnte. Bei den zentralen nicht-ärztlichen Heilberufen kann seit einigen Jahren eine grundständige Ausbildung auch an Hochschulen erfolgen. Diese Akademisierung (zumindest eines kleinen Teils der jeweils in diesen Berufen Beschäftigten) wird von der Mehrheit aller Fachleute für sinnvoll und alternativlos gehalten. Unsicherheit bereitet allerdings, dass für die betroffenen Studierenden wie für die Gesundheitsanbieter auf absehbare Zeit unklar sein wird, auf welchen Stellen, mit welchen Befugnissen und zu welchen Bedingungen gearbeitet werden wird.

Es gibt sowohl mehrere Treiber als auch vielfältige Motive für solche Erneuerungen in der Berufsbildung. Dem Management etwa geht es oft darum, vermeintliche Effizienzreserven zu heben; dementsprechend entstehen vielfältige Tätigkeitsprofile mit oft engen Spezialisierungen, von denen schnelle Kompetenz zu niedrigen Löhnen erhofft wird. Berufsvertreter dagegen denken zumeist an neue Aufgaben und Gestaltungsmöglichkeiten für ihre Berufsgruppen, die dann zu autonomerer Arbeit mit höherem Ansehen und besserer Bezahlung führen soll. Und Hochschulen setzen insbesondere dann auf innovative und anspruchsvolle Qualifikationen, wenn diese Nachfrage und Auslastung in Aussicht stellen. Insgesamt findet in der Welt der Krankenhäuser bei den Berufsbildern eine dynamische Erneuerung statt, die weder mit Blick auf ihre Ausrichtung, noch mit Blick auf ihre zu erwartenden Ergebnisse strategisch fundiert und systematisch ist. Turbulente Erneuerungen in Struktur und Profil der Einrichtungen spiegeln sich wider in einer turbulenten und strategisch unzureichend profilierten Landschaft an neuen Berufsbildern.

3.1 Kaleidoskopische Berufelandschaft – „Heiteres Berufebasteln“ mit ungeklärten Folgen

Die Erneuerung der beruflichen Bildung wird von einer Vielzahl neuer Qualifikationen und Berufe auf unterschiedlichem Niveau getragen. In der Folge ist in den vergangenen Jahren eine kaleidoskopische Berufelandschaft entstanden, wobei zahlreiche neu entstandene Angebote keineswegs den Anforderungen eines Berufes entsprechen. Die wichtigsten Trends lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Entwicklung von Aufgabenfeldern für nicht oder niedrig qualifizierte Beschäftigte:* Durch Ausgliederung von Tätigkeiten aus bisherigen Zuständigkeiten etablierter Berufe, insbesondere der Pflege, werden neue Aufgabenzuschnitte gebildet. Die Qualifizierung für Assistenz- und Serviceaufgaben erfolgt i. d. R. betriebsintern per Anleitung oder betriebsspezifischer Maßnahmen. Die Berufsbezeichnungen variieren, z.B. Versorgungsassistent/inn/en, Servicehelferinnen, Serviceassistenten oder

Stationsassistenten. Einheitliche Ausbildungskonzepte und Aufstiegsoptionen existieren nicht.

- *Neudefinition von Tätigkeitsfeldern für Angehörige bestehender Berufe:* Hierbei handelt es sich vielfach um Koordinations-, Kommunikations-, Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben, die an bestehende Berufe (z.B. medizinische Fachangestellte, Pflegende etc.) ausgelagert werden und für die teilweise Fort- oder Weiterbildungen absolviert werden müssen.
- *Aufgabenübertragung vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst:* Hierbei handelt es sich überwiegend um Einzeltätigkeiten wie bspw. Blutentnahmen, teilweise auch um komplexere Aufgaben wie z.B. Wundmanagement. In der Regel erfolgt die Übernahme auf Basis der bestehenden Berufsausbildung, teilweise unterstützt durch innerbetriebliche oder externe Fortbildung. Dabei wird lediglich das Aufgabenspektrum des Berufs erweitert, das Berufsbild selbst bleibt bestehen.
- *Ausbau von Spezialisierungen und Spezialqualifikationen:* Diese entstehen bezogen auf bestimmte Zielgruppen oder Problemstellungen, etwa Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern wie Schlaganfall oder Brustkrebs (Stroke Nurse, Breast Care Nurse). Hierbei handelt es sich um nichtakademische Weiterbildungen im Umfang von etwa 240 bis 350 Stunden. Die Qualifizierungserfordernisse leiten sich meist aus Spezialisierungen und Zertifizierungsanstrengungen der Kliniken ab. Hier zeigt sich deutlich, wie die Profilbildung in der Versorgungslandschaft und die Spezialisierung von Kompetenzen wechselseitig aufeinander bezogen sind.
- *Entwicklung neuer Berufe:* Hierzu zählen beispielsweise die Schaffung neuer Assistenzberufe wie Operationstechnische(r) Assistent(in) [OTA], Chirurgisch-technische(r) Assistent(in) [CTA] oder Physician Assistant. Diese Berufsbilder stellen in ihren Ursprüngen nicht zuletzt den Versuch dar, Arbeit in einer Situation akuten Fachkräftemangels schneller und kostengünstiger verfügbar zu machen. Der *Physician Assistant* ist ein in Deutschland noch relativ junges Berufsbild, das seine Vorbilder in den USA, Großbritannien und den Niederlanden hat. Ziel dieser akademischen Ausbildung ist es, eine Qualifikation zwischen *Arzt und Pflegenden* zu bilden. Weitere zu nennende Berufsbilder sind im MTA-Bereich Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten (MTLA), Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA), Medizinisch-technische Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF) oder etwa Zytologieassistenten, HNO-Audiologieassistenten sowie Telemedizinische Assistenten. Während die MTA-Ausbildung staatlich geregelt ist, trifft dies z.B. für die Zytologieassistenten oder die HNO-Audiologieassistenten nicht zu. Auch die Weiterbildungen im MTA-Bereich sind weitestgehend nicht staatlich geregelt. Mittlerweile existieren akademische Qualifizierungsangebote in Form berufs begleitender Bachelorstudiengänge (Blum/Grohmann 2009).

- *Ausbau akademischer Qualifizierungsangebote:* Jenseits der seit längerer Zeit etablierten Studiengänge wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik etc. finden sich zunehmend weitere akademische Qualifikationen. Ein Beispiel hierfür ist die Implementierung von „Advanced Nursing Practice“, die seit einigen Jahren in ersten Krankenhäusern umgesetzt wird. Ein anderes Beispiel akademischer Qualifikation findet sich bspw. an der Steinbeis-Hochschule in Berlin mit dem interdisziplinär ausgerichteten Bachelor-Studiengang „Allied Health“, der auf Basis einer Berufsausbildung Spezialisierungen als „Physician Assistant“, „Cardiology Assistant“ oder „Intensive Care Practitioner“ anbietet. Als dritter Akademisierungsstrang können zudem die an Bedeutung gewinnenden akademischen, berufsbegleitenden Qualifizierungsangebote insbesondere in den Bereichen Gesundheitsökonomie, Case Management oder Public Health angeführt werden. In den Bereichen Gesundheitswirtschaft, Public Health, Therapie, Pflege und gesundheitsnahe Angebote sind derzeit in Deutschland insgesamt 153 Masterstudiengänge erfasst (Hensen 2012).
- *Grundständige akademische Berufsqualifizierung:* Dies beginnt sich in der Pflege, dem Hebammenwesen und den therapeutischen Berufen Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie zu etablieren. Bundesweit bieten immer mehr Hochschulen diese Studiengänge an. Die Modelle weichen hierbei insbesondere in den pflegerischen Angeboten stark voneinander ab (Stöcker/Reinhart 2012). Fünf Studiengänge in Deutschland integrieren derzeit die pflegerische Berufsausbildung vollständig in das BA-Studium, 27 Studiengänge schließen mit einem Bachelor of Science, andere mit einem Bachelor of Arts ab. Es werden 21 Studiengänge an Hochschulen in staatlicher Trägerschaft angeboten, 14 an Hochschulen in anderer Trägerschaft und zwei an Berufsakademien. An Universitäten werden fünf Studiengänge angeboten, drei davon an medizinischen Fakultäten, ein Studiengang an der Fakultät für Soziale Arbeit und ein Studiengang an der Fakultät für Human- und Gesundheitswissenschaften (ebd.).

Die Entwicklung ist insgesamt von stark heterogenem Charakter und vermittelt teilweise den *Eindruck eines „heiteren Berufsbastelns“*. Die Ergebnisse zeigen, dass die Krankenhäuser durch die Entwicklung betrieblicher Kompetenzprofile/Qualifizierungsangebote vielfach eigenständig auf Herausforderungen reagieren, die derzeit durch das Bildungssystem und/oder im Gratifikationssystem nur unzureichend beantwortet werden. Dabei zeigt sich kein einheitliches Bild: Krankenhäuser entwickeln sehr unterschiedliche Modelle, neue Aufgabenverteilung und neue Berufsbilder/Dienste sind sehr weit verbreitet und heute üblich. „Neue“ Berufsbilder sind teilweise bereits aus den 1990er Jahren bekannt (Stationssekretärinnen, Versorgungsassistentinnen). Allerdings fehlt es hier bislang an einer gemeinsamen Strategie bezüglich der Ausbildungsinhalte und der Aufstiegsoptionen. Insbesondere niedrigschwellige Tätigkeiten (z.B. Assistenzdienste) erweisen sich in der Praxis vielfach als Sackgasse. Das Fehlen

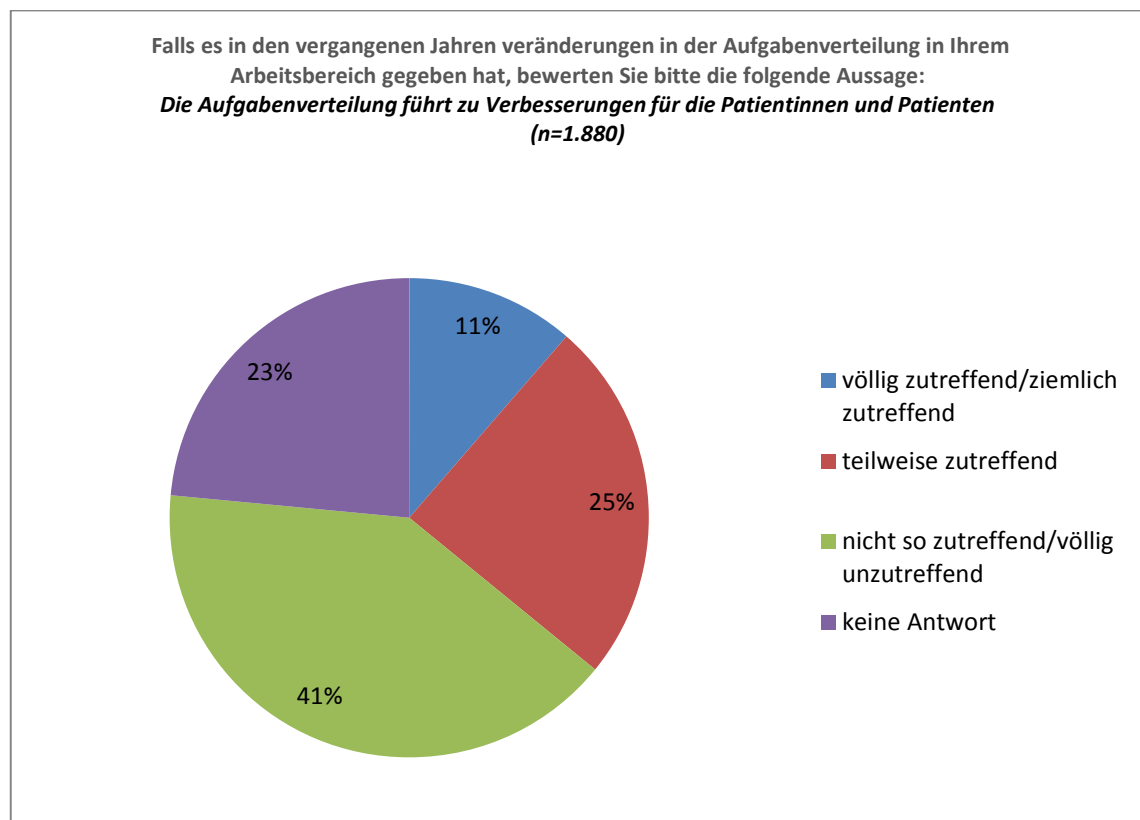
eines integrierenden Gesamtkonzepts ist problematisch. Ausgesprochene Spezialisierungen sind – selbst wenn sie funktional vorteilhaft sein mögen – für die Beschäftigten arbeitspsychologisch höchst fragwürdig, da sie kaum Dispositionsspielräume bieten und tendenziell monoton sein müssen. Ob solche Stellen längerfristig tragfähig sind und ob hierfür ausreichend Bewerber(innen) gewonnen werden können, erscheint zweifelhaft.

3.2 Neue Aufgabenverteilung und Arbeitsgestaltung – Patientenorientierung ist eine vernachlässigte Größe

Die Veränderung der Aufgabenverteilung kommt also zum einen als Umverteilung zwischen etablierten Berufen und zum anderen als Schaffung neuer Aufgabenprofile für bekannte und neue Berufe daher. Insbesondere die Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen und die Leistungsverdichtung im ärztlichen Zuständigkeitsbereich haben bereits vor Jahren die Diskussion um eine Übertragung von Tätigkeiten aus dem ärztlichen Dienst auf die Pflege und auf medizinische Assistenzberufe in Gang gesetzt (vgl. Stemmer et al. 2008). In der Folge sind insbesondere Aufgaben im Bereich der Dokumentation und Organisation an Medizinische Fachangestellte, Medizinische Dokumentationsassistentinnen und Medizinisch-Technische Assistentinnen (MTA) abgegeben worden, im OP auch an Operationstechnische Assistenten (OTA) bzw. Chirurgisch-Technische Assistenten (CTA). Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen weitere Problemfelder auf:

- Im Rahmen der Online-Befragung gaben rund 75% der Pflegenden an, dass der Pflegedienst auf der Station/in der Abteilung in den vergangenen Jahren Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen hat. Die Ergebnisse zeigen, dass auch Wundmanagement, Belegungsmanagement sowie Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben hierzu gezählt werden müssen. Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten erfolgte in den Kliniken jedoch unter den Rahmenbedingungen eines weit verbreiteten Stellenabbaus in der Pflege. 65% der Befragten gaben in der Online-Erhebung an, dass auch noch in den vergangenen Jahren auf Ihrer Station/in ihrem Arbeitsbereich Pflegestellen abgebaut wurden.

Abbildung 1 : Auswirkung von veränderter Aufgabenverteilung auf Patient(inn)en



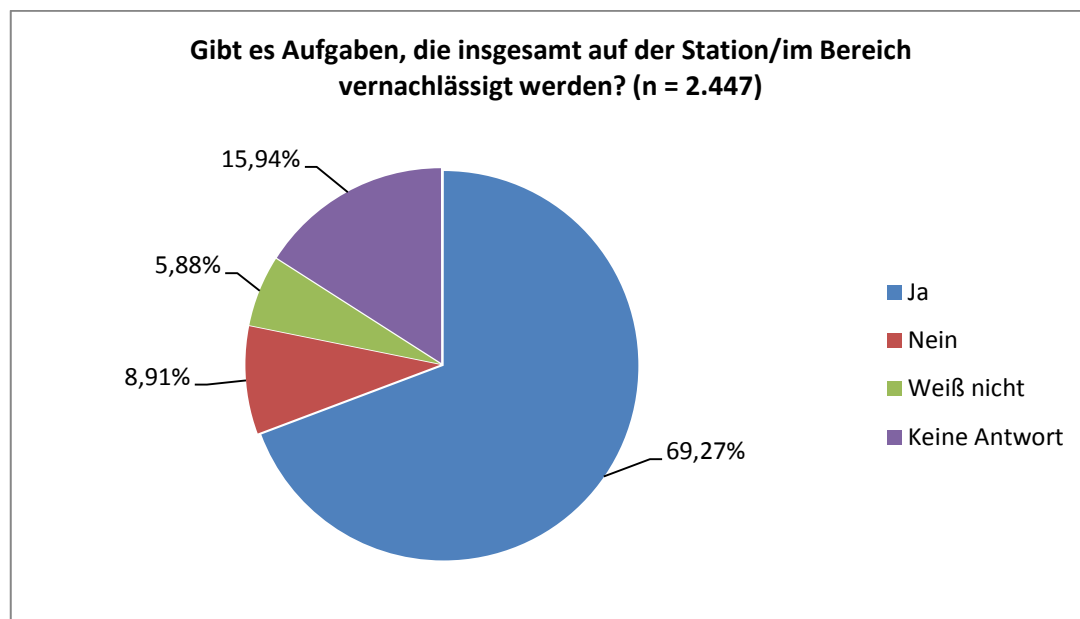
Bräutigam/Evans/Hilbert

(2012)

- Bei den vom Pflegedienst abzugebenden Aufgaben liegt das primäre Entlastungspotenzial bei den *patientenfernen Aufgaben*, die früher zu den normalen Aufgaben des Pflegedienstes gehört haben. Der Schwerpunkt liegt in den Bereichen Dokumentation/Administration, Beschaffung/Logistik, Reinigungsarbeiten sowie Transport. Gerade hier sind in den vergangenen Jahren Aufgaben übertragen worden, und zwar in sehr unterschiedlicher Art und Weise und auf verschiedene Dienste und Berufe. Genannt werden müssen u.a. Serviceassistentinnen, Stationssekretärinnen, Versorgungsassistentinnen sowie Hol- und Bringendienste. Sowohl die Veränderung der Aufgabenzuschnitte als auch der Einsatz von assistierenden Diensten ist weit verbreitet.
- Die skizzierten Entwicklungen werden von vielfältigen Interessen getrieben. Als ein entscheidender Treiber der Entwicklung ist der Kostendruck in den Kliniken auszumachen. Die Änderungen in der Berufelandschaft dienen primär betriebswirtschaftlicher Effizienz und der Realisierung eines möglichst kostengünstigen Skill-Mixes. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen zudem, dass die Realisierung einer neuen Aufgabenteilung zwischen Pflege, Medizin und Assistenzdiensten aus Sicht der Beschäftigten nicht notwendigerweise auch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten führt. Lediglich rund 11% der

Befragten äußern sich hier völlig oder ziemlich zustimmend (Abbildung 1). Es zeigt sich, dass die Zergliederung komplexer Aufgaben in Einzelverrichtungen, die Auslagerung patientenferner Tätigkeiten und die Bereinigung um Tätigkeiten außerhalb der Kernaufgaben sogar zu einer steigenden Arbeitsbelastung aus Sicht der Beschäftigten beitragen können.

Abbildung 2: Auf der Station vernachlässigte Aufgaben

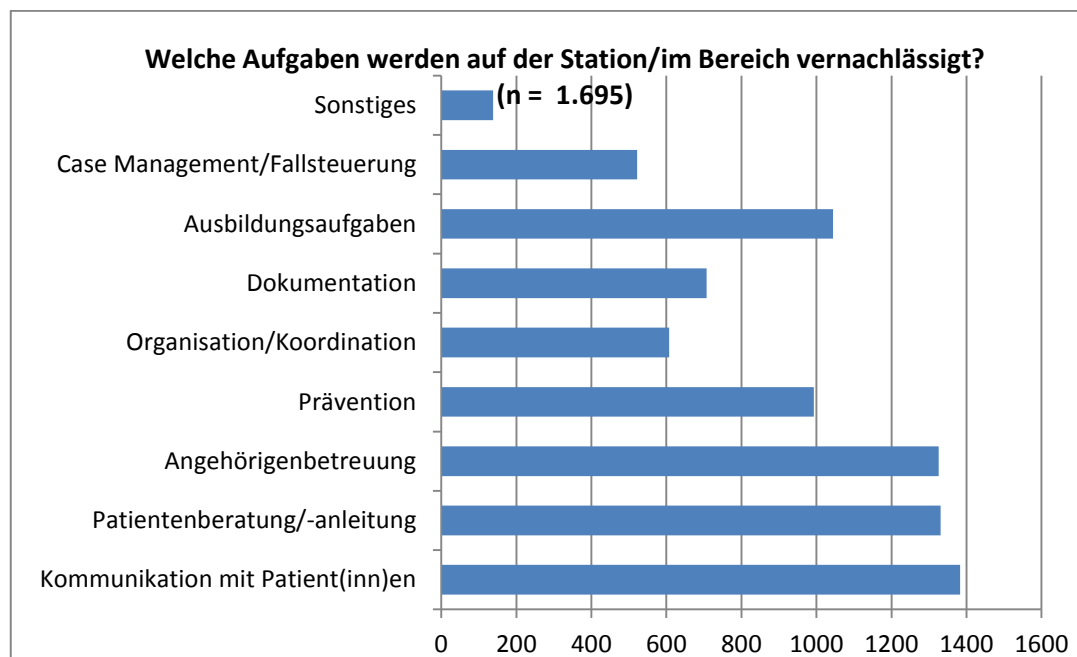


Bräutigam/Evans/Hilbert (2012)

In der Praxis der Krankenhäuser findet sich vielfach zudem eine *doppelte Ausblendung* von Leistungen (Abbildung 2). Die Veränderungen der Aufgabenverteilung fokussieren weitgehend auf das bestehende Leistungsportfolio der Kliniken und dies zudem überwiegend bezogen auf einzelne Verrichtungen statt auf Aufgabenkomplexe. Angesichts bestehender Versorgungsdefizite greift dies zu kurz, denn gemessen am Bedarf der Patient(inn)en und Angehörigen sowie am Auftrag der Krankenhäuser ist dieses Leistungsspektrum defizitär. Viele dringend erforderliche, aber bisher im Krankenhaus nur rudimentär erbrachte Leistungen bleiben unberücksichtigt, der Versorgungsauftrag wird somit nur eingeschränkt erfüllt. Ein Beispiel ist das Entlassungsmanagement, das zwar formell stattfindet und für das flächendeckend Stellen geschaffen wurden, das aber allzu oft dem individuellen Bedarf aus Patientenperspektive ebenso wenig entspricht wie den fachlichen Anforderungen des entsprechenden pflegerischen Expertenstandards. Die eklatanten Lücken bei dem Bemühen um Versorgungskontinuität insbesondere bei Menschen mit chronischen Verläufen bestehen weiter. Ebenso mangelt es an individueller Information, Schulung und Beratung von Patient(inn)en und Angehörigen. Diese Auflistung ließe sich lange fortsetzen. Die vorläufigen

Ergebnisse des „Arbeitsreports Krankenhaus“ zeigen, dass wichtige Aspekte insbesondere auch der Patientenorientierung auf den Stationen vernachlässigt werden (Abbildung 3). Hierzu zählen die Kommunikation mit und Beratung von Patient/inn/en und die Angehörigenbetreuung. Auch die Ausbildung muss zu den vernachlässigten Aufgabenfeldern gezählt werden (Bräutigam/Evans/Hilbert, i.E.). Diese und andere Themen müssen bei

Abbildung 3: Art der vernachlässigten Aufgaben



Bräutigam/Evans/Hilbert (2012)

der Diskussion um Arbeitskonzepte und erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen zusätzlich einkalkuliert werden. Es geht also um mehr als nur die Neuordnung bereits heute bestehender Zuständigkeiten.

4. Handlungsempfehlungen – Eckpunkte für eine strategische Neuorientierung der Berufsbildungspolitik im Gesundheitssektor

Die folgenden Vorschläge enthalten Anregungen für verantwortliche Politiker und Verwaltungsbeamte bei Bund und Ländern. Allerdings zeigen sie auch, dass unterhalb der Ebene der öffentlichen Politik viele sinnvolle Handlungsmöglichkeiten bestehen. Sicher sind die nachstehend umrissenen Empfehlungen und Anregungen für viele Gesundheits- und Berufsbildungspolitikern im Vergleich zu öffentlich garantierten Ideallösungen allenfalls zweite Wahl. Freilich macht die Geschichte der Berufsbildungspolitik in Deutschland Mut, dass es gelingen kann, mit „zweitbesten Lösungen“ wegweisend zu werden.

- *Berufsbildungsbericht Gesundheitswirtschaft:* Vor dem Hintergrund der zwar nicht mehr ganz neuen, dafür aber zunehmenden Unübersichtlichkeit ist ein Ausbau der Forschung zur Lage und zur Entwicklung der Arbeit in den Gesundheitsberufen unerlässlich. Wo heute vielfach spekuliert werden muss, sollte in Zukunft auf eine empirisch solide fundierte Berichterstattung sowie auf wissenschaftlich unterfütterte Annahmen und Szenarien zu zukünftigen Gestaltungsmöglichkeiten zurückgegriffen werden.
- *Gestaltungsforschung und -folgenabschätzung zur Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe:* Zurzeit ist es noch weitgehend unklar, welche Aufgabenprofile die Absolventinnen und Absolventen der neuen Studiengänge im Gesundheitssektor einnehmen werden. Wenn die neuen Abschlüsse zukunftsfähig sein sollen, brauchen sowohl Studierende als auch potentielle Arbeitgeber mehr Orientierungswissen über erfolversprechende Aufgaben- und Verantwortungsgebiete wie auch über die dafür angemessenen Gratifikationen.
- *Transparenz- und Orientierungsplattform „Berufsbilder im Gesundheitssektor“:* Eine systematische Transparenz- und Orientierungsplattform „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ ist zu empfehlen. Enthalten sollte sie: eine Übersicht über die Berufsbilder und Bildungswege, eine Abschätzung der Zukunftsaussichten der wichtigsten Berufsbilder, ein moderiertes Forum, auf dem sich sowohl Studierende, Auszubildende und Beschäftigte als auch Vertreter von Einrichtungen und Bildungsanbietern über ihre Erwartungen und Erfahrungen mit einzelnen Berufen und Bildungswegen austauschen können.
- *„Kontrollierte Qualitätsselbstverpflichtung“:* Es scheint weder machbar noch wünschenswert, die genannte Welt der innovativen und schnell entwickelten Bildungsangebote durch obligatorische, öffentlich oder halböffentlich kontrollierte Qualitätsprüfungen zu begleiten. Eine Alternative zu einem solchen aufwändigen (und bei der praktischen Anwendung wahrscheinlich höchst umstrittenen) Ansatz könnte sein, einen Katalog von Qualitätsorientierungen zu erstellen, den interessierte Anbieter im Sinne einer Selbstverpflichtung akzeptieren und anwenden können.
- *Strategische Ausrichtung mit kurzfristigem Handeln „vor Ort“ verbinden:* Management und Personalverantwortliche in Einrichtungen und Betrieben stehen unter Kosten- und kurzfristigem Entscheidungsdruck. Aus diesem Grunde kann den Interessensorganisationen im Gesundheitswesen nur empfohlen werden, das mittel- und langfristige Handeln um einen kurzfristigen Austausch über aktuelle Erfahrungen und tragfähige Gestaltungsmöglichkeiten zu ergänzen.

Mit dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ – dessen erste Ergebnisse in die Expertise eingingen – konnte gezeigt werden, dass wichtige Bausteine für eine Status-Quo-Berichterstattung kurzfristig und zu vertretbaren Kosten zu erstellen sind. In einem nächsten Schritt sollte dieses Instrument verfeinert und auf Dauer gestellt werden. Parallel dazu ist an Konzepten zum Ausbau eines Monitorings zu zukünftigen Gestaltungsmöglichkeiten sowie zum Ausbau des Gestaltungsdialogs zur Zukunft der Gesundheitsberufe in Deutschland zu arbeiten.

5. Literatur

Blum, K./Grohmann, J. (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Fortschrittsreport Altersgerechte Arbeitswelt. Ausgabe 2: Altersgerechte Arbeitsgestaltung, Berlin.

Bräutigam C./Evans, M./Hilbert, J. (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor: vom "Berufebabasteln" zur strategischen Berufungspolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs: Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, April 2013.

Bräutigam C./Evans, M./Hilbert, J. (2013): Arbeitsreport Krankenhaus. Ergebnisse einer Online-Befragung von Beschäftigten zu Arbeitsgestaltung und Qualifikationen in Krankenhäusern. (i.E.)

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes. Online abgerufen unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf; 3.6.2013.

Hamburger Abendblatt (2009): Neue Berufe in einer Wachstumsbranche. Derzeit besteht großer Bedarf an Case-Managern, Patientenberatern und Klinischen Kodierfachkräften, 31.1.2009.

Hensen, P. (2012): Gesundheitsbezogene Masterstudiengänge an deutschen Hochschulen. In: Forum Public Health, 20. Jg./Ausgabe 4, S. 27-28.

Isfort, M./Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Köln.

Kutscha, G. (2008): Berufsbildungssystem und Berufsbildungspolitik in Deutschland. Seminarskript der Universität Duisburg-Essen. Online abgerufen unter: http://www.uni-due.de/imperia/md/content/berufspaedagogik/kutscha_skript_berufsbildungssystem_bpoleitik_ws2008-09.pdf; 3.6.2013.

MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung, Düsseldorf.

Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerungsfortschreibung. Fachserie 1, Reihe 1.3, Wiesbaden.

Stemmer, R./Haubrock, M./Böhme, H. (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Mainz.

Stöcker, G./Reinhart, M. (2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. http://www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download9=140e76fc12adc72cd376d229db95f62a; 22.03.2013

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn.

Autoren: [Christoph Bräutigam](#) und [Michaela Evans](#) sind Wissenschaftliche Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik.

Kontakt: braeutigam@iat.eu; evans@iat.eu

Forschung Aktuell 06-2013

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss:

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Fax: 0209 - 1707 110

E-Mail: braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstr. 14

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>