

WISO

Mai 2013

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Berufsbilder im Gesundheitssektor

Vom „Berufebasteln“
zur strategischen
Berufsbildungspolitik



Gesprächskreis
Sozialpolitik



Hans **Böckler**
Stiftung

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Berufsbilder im Gesundheitssektor

Vom „Berufebasteln“
zur strategischen
Berufsbildungspolitik

Christoph Bräutigam
Michaela Evans
Josef Hilbert

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Vorbemerkung	4
Einleitung	5
Schlussfolgernde Zusammenfassung	7
1. Gesundheitsberufe im Wandel – Zwischen monotoner Anlernfähigkeit und komplexer Gestaltungsaufgabe	10
2. Zielsetzung und Methodik der Expertise	15
3. Fokus Krankenhaus – Ein Arbeitsort im Wandel	17
4. Zentrale Befunde	26
<i>Befund 1</i> Die Veränderungen der Aufgabenverteilung insbesondere zwischen ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Assistenzdiensten sind in den Krankenhäusern weit verbreitet. Die Entwicklung wird von vielfältigen und teils widersprüchlichen Interessen getrieben.	26
<i>Befund 2</i> Es entwickeln sich neue Qualifikationen und Berufe auf unterschiedlichem Niveau – eine kaleidoskopische Berufelandschaft mit nicht-intendierten Effekten ist die Folge.	30
<i>Befund 3</i> Versorgungsbedarf, Arbeitskonzepte und Qualifikationen/Kompetenzen werden unzureichend miteinander verknüpft. „Blinde Flecken“ bei den Leistungen und der Patientenorientierung sind die Folge.	35
<i>Befund 4</i> Ein vitaler Bildungsmarkt für Gesundheitsberufe schafft Aus-, Fort- und Weiterbildungen, deren berufliche Verwertbarkeit in Teilen unklar ist. Wo einerseits neue Wege in Arbeit entstehen, drohen andererseits auch „Phantomkarrieren“.	43
5. Handlungsempfehlungen „Berufsbilder im Gesundheitssektor“	47
6. Zitierte Literatur	53
Die Autorin und die Autoren	59

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin und den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Gesundheitsberufe im Spannungsfeld der Interessen	13
Abbildung 2:	Kontinuum der beruflichen Entwicklung	14
Abbildung 3:	Tarifbindung der Beschäftigten in verschiedenen Tätigkeitsfeldern	19
Abbildung 4:	Tarifbindung der Beschäftigten in den verschiedenen Berufen	20
Abbildung 5:	Entwicklung zentraler Kennzahlen des Krankenhaussektors	21
Abbildung 6:	Übernahme von Aufgaben des ärztlichen Dienstes durch den Pflegedienst	26
Abbildung 7:	Abbau von Pflegestellen	27
Abbildung 8:	Auswirkung von veränderter Aufgabenverteilung auf Patientinnen und Patienten	29
Abbildung 9:	Auf der Station vernachlässigte Aufgaben	37
Abbildung 10:	Art der vernachlässigten Aufgaben	38
Abbildung 11:	Veränderung der Arbeitsbedingungen	39
Abbildung 12:	Zeitrahmen zur Erledigung der Arbeit	39
Abbildung 13:	Ausfall von Arbeitspausen	41
Abbildung 14:	Wie bewerten die Beschäftigten ihre heutigen Arbeitsbedingungen?	42
Abbildung 15:	Wie bewerten die Beschäftigten ihre zukünftigen Arbeitsbedingungen?	42
Tabelle 1:	Entwicklung zentraler Eckdaten der Krankenhäuser	17
Tabelle 2:	Personen (VK) nach Beschäftigungsverhältnis in Krankenhäusern	23
Tabelle 3:	Beschäftigte nach Funktionsbereich und Beschäftigungsart im Krankenhaus	23
Tabelle 4:	Beschäftigte nach Berufen und Beschäftigungsart im Krankenhaus	25

Vorbemerkung

Krankenhäuser sind hochtechnisierte Einrichtungen. Und doch sind es die Menschen, die heilen, pflegen und die gesundheitliche Versorgung organisieren. Ihre Arbeit hat unmittelbare Auswirkungen auf die Heilungserfolge und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten.

Doch wie wird in deutschen Krankenhäusern gearbeitet? Wie sehen Teamstrukturen aus und wer übernimmt welche Aufgaben? Welche Qualifikationsprofile finden wir vor und welche Entwicklungen konnten in den vergangenen Jahren beobachtet werden?

Die vorliegende Studie nimmt diese Fragestellungen unter die Lupe. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen (IAT) haben dazu in der wissenschaftlichen Literatur recherchiert und Interviews mit Beschäftigten in Krankenhäusern durchgeführt. Ergebnisse der Studie wurden bei einem Expertenworkshop im Januar 2013 diskutiert. Ergänzend dazu sind Ergebnisse des von der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebenen „Arbeitsreport Krankenhaus“ in diese Studie mit eingeflossen, der ebenfalls in diesem Jahr 2013 veröffentlicht wird.

Die neuen Erkenntnisse stützen sich somit wesentlich auf die Einschätzungen der Beschäftigten in Krankenhäusern und entwerfen mit ihren Angaben eine Landkarte der Arbeitsprozesse und Qualifikationsprofile. Die Studie stellt den Zusammenhang zwischen den gegenwärtigen und zukünftigen Qualifikationsanforderungen und der Praxis der Arbeitsteilung in Krankenhäusern mit der Qualität und Patientensicherheit her. Oft zeigt sich, dass eine bestimmte Form von Arbeitsorganisation zwar vordergründig betriebs-

wirtschaftlich Sinn machen kann, auf die lange Sicht jedoch die Patientenorientierung und damit die Qualität der Versorgung leidet. Daraus ziehen die Autorin und die Autoren der Studie den Schluss, dass eine integrierende Berufsstrategie für Gesundheitsberufe und mehr Transparenz bei der Entwicklung von Qualifikationsprofilen nötig ist. Änderungen und Innovationen im Gesundheitssektor sollen schneller wahrgenommen und bei der Berufsbildungspolitik umgesetzt werden. Das „Berufebasteln“ – so die Bezeichnung der Autoren – soll eingedämmt werden.

Wir danken den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des IAT für die gute Zusammenarbeit. Diese Studie baut auf den Erkenntnissen des Projektes „Soziale Gesundheitswirtschaft“ auf, welches in den vergangenen Jahren von dem IAT in Zusammenarbeit mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di sowie der Friedrich-Ebert-Stiftung durchgeführt wurde. In diesem Zusammenhang sei auf zwei Publikationen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der FES aus dem Jahr 2011 hingewiesen: „Soziale Gesundheitswirtschaft: Mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum“ sowie „Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft“. Diese Studien finden Sie unter www.fes.de/wiso im Internet.

Die Hans-Böckler-Stiftung, die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung wollen mit dieser Studie einen Beitrag zur gegenwärtigen politischen und fachlichen Diskussion zur Lage der Beschäftigten im Gesundheitssektor sowie zur Debatte um die Zukunft der stationären Versorgung beitragen. Wir hoffen, dass Sie den folgenden Text mit Gewinn lesen.

Dorothea Voss
Hans-Böckler-Stiftung

Severin Schmidt
Friedrich-Ebert-Stiftung

Herbert Weisbrod-Frey
ver.di

Einleitung

Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist maßgeblich davon abhängig, ob es gelingt, Gesundheitsarbeit zukunftsfähig zu gestalten. Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung, ihre Qualität, die Kompetenzentwicklung der Beschäftigten sowie die Arbeitsgestaltung können nicht getrennt voneinander betrachtet werden: Auf diesen Zusammenhang hat in der Vergangenheit bereits der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ (2007) hingewiesen:

„Von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen können alle Gesundheitsberufe profitieren, wenn diese zu einer besseren Übereinstimmung zwischen den Erfordernissen eines sich ständig wandelnden Versorgungssystems und den Zielen, Aufgaben und Kompetenzen seiner Akteure führt. Die gegenwärtigen, raschen Veränderungen im Gesundheitswesen realisieren sich in einer Komplexität weit jenseits des bisherigen Erfahrungshorizontes. Sie schüren bei Beschäftigten Ängste, beispielsweise im Zusammenhang mit drohendem Arbeitsplatzverlust oder Aufgabe der Praxis, und sie führen zu Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung“ (SVR 2007: 15).

Der demografische Wandel, epidemiologische Veränderungen, eine quantitative und qualitative Veränderung der Versorgungsbedarfe ebenso wie die Profilbildung von Gesundheitsanbietern wirken sich auch auf die Gesundheitsberufe aus. Entsprechend ist die Frage, wie neuen und veränderten Anforderungen der Gesundheitsversorgung durch Professionalisierung, Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in zentralen Gesundheitsberufen Rechnung getragen werden kann, breit rezipiert worden (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012; SVG 2007, 2009, 2012; Robert

Bosch Stiftung 2011; Evans/Hilbert/Mickley 2011, Evans/Hilbert 2009). Gewachsene Strukturen der Aus-, Fort- und Weiterbildung werden dahingehend hinterfragt, ob sie den Anforderungen von morgen noch gerecht werden. Etablierte Berufsbilder professionalisieren sich und Berufe verlieren an Bedeutung, neue Berufe entstehen und im Zusammenspiel mit spezialisierten Qualifikations- und Kompetenzprofilen wird ein Prozess horizontaler und vertikaler Ausdifferenzierung im System der Gesundheitsberufe befördert.

Ausgehend von diesen Entwicklungen gewinnt zum einen die Frage nach einer verlässlichen Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz in der beruflichen Bildung für Gesundheitsberufe an Bedeutung. Zum anderen ist mehr Wissen darüber notwendig, welchen Beitrag eine sich ausdifferenzierende Bildungslandschaft in den Gesundheitsberufen für die Entwicklung tragfähiger Perspektiven der Versorgung von Patientinnen und Patienten, für die Gestaltung der Arbeit sowie für die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitseinrichtungen leistet.

Eine zukunftsfähige Entwicklung der Gesundheitsversorgung erfordert ein besseres Zusammenspiel zwischen Versorgungsgestaltung, Arbeitsorganisation und Kompetenzentwicklung der Beschäftigten. Gesundheitsanbieter und Bildungsanbieter sind in Bewegung – die Konsequenzen für die Versorgung und die betriebliche Arbeitsgestaltung präsentieren sich derzeit vielfach jedoch als *black box*.

Die aktuellen Forderung nach neuen Modellen der Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, der Auf- und Ausbau multiprofessioneller Teamstrukturen, neue Aufgaben- und Verantwortungsverteilungen sowie neue Modelle der Arbeitsorganisation (SVR 2012: 44) zwischen zentralen Gesundheitsberufen müssen ausgehend hiervon stärker auch

vor dem Hintergrund einer sich dynamisch verändernden Bildungs- und Berufelandschaft in der Gesundheitswirtschaft thematisiert werden.

An dieser Stelle sei allen Interviewpartnern und den Expertinnen und Experten des Workshops ganz herzlich für ihre Mitwirkung und Unterstützung in dem Projekt gedankt. Ebenfalls bedanken wir uns bei der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) für die Möglichkeit, die Entwicklung von Berufsbildern im Zusammenhang mit Aspekten der Arbeitsgestaltung im Krankenhaussektor in einer explorativen Forschungsarbeit untersuchen zu können. Abschließend bedanken wir uns bei der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) für die Möglichkeit, die methodisch qualitativ angelegte Exper-

tise durch eine quantitative Erhebung zu komplementären Fragestellungen begleiten und unterstützen zu können.

Da es sich bei der Expertise um eine explorative Untersuchung handelte, verstehen sich die vorgestellten Erkenntnisse als vorläufige Befunde und bedürfen zu ihrer Validierung sicherlich weiterer Forschungsarbeit. Gleichwohl gehen die Autoren der Expertise davon aus, dass das erarbeitete Profil der „Berufsbilder im Krankenhaussektor“ sowie die aufgeworfenen Problemlagen und Einschätzungen ein durchaus valides Bild der derzeitigen objektiven Bedingungen und subjektiven Erfahrungen zur Thematik im Krankenhaus nachzeichnen.

Schlussfolgernde Zusammenfassung

(1) Für Verantwortliche in Gesundheitseinrichtungen sowie in der Gesundheits-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts- und Berufsbildungspolitik existieren gute Gründe, sich mit Berufsbildern in der Gesundheitswirtschaft zu befassen. Die wichtigsten sind:

- Aufgrund des soziodemografischen Wandels und der wachsenden medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handlungsmöglichkeiten wird der Bedarf an mehr und angemessener ausgebildeten Gesundheitsarbeitskräften steigen.
- Es besteht die konkrete Gefahr, dass mittel- und langfristig die Arbeitskräfte knapp werden. Regional und bezogen auf bestimmte Berufe ist dies heute bereits Realität. Die Verantwortlichen in Gesundheitseinrichtungen und Unternehmen müssen sich um Fachkräftegewinnung und -sicherung, Personalentwicklung und attraktive Arbeitsplätze kümmern.
- Mit ihren rund 5,5 Mio. Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft Deutschlands größter Wirtschaftsbereich. Hier liegt mithin auch Verantwortung, um Problemgruppen des Arbeitsmarktes, die trotz der Entlastungen am Arbeitsmarkt noch ohne Chancen auf eine zukunftsfähige Beschäftigung geblieben sind, neue Perspektiven zu eröffnen.
- In der Gesundheitswirtschaft wie in der auf diese bezogenen beruflichen Bildung finden derzeit vielfältige, aber nur schwer zu überschauende intensive Umbau- und Erneuerungsaktivitäten statt. Mehr Transparenz und mehr Fokussierung auf besonders notwendige und vielversprechende Innovationen sind gefordert.
- In arbeits- und wirtschaftspolitischen Zukunftsdebatten ist in den letzten Jahren klar geworden, dass es mit Hilfe einer angemessenen Gesundheitswirtschaftspolitik und mit

Hilfe innovativer Strategien von Gesundheitsanbietern durchaus gelingen kann, die Gesundheitsbranche nicht nur zum wichtigsten Garanten für Lebensqualität, sondern auch zu einem Anbieter von besseren Arbeitsplätzen und zu einem Garanten von nachhaltigem Wachstum zu machen. Soll dieses gelingen, bedarf es vielfältiger Weiterentwicklungen bei der Arbeitsgestaltung wie bei der Qualifikationsentwicklung.

(2) Die exemplarisch für die gesamte Gesundheitswirtschaft durchgeführte detaillierte Auseinandersetzung mit der Welt der Krankenhäuser ergab ein Bild der Unübersichtlichkeit und der Strategieviefalt. 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, das Zusammenspiel miteinander zu optimieren und die Arbeitsteilung untereinander 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 konnten.
- 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 zu meist 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 sie 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 ausgerichtet ist. Turbulente Erneuerungen in Struktur und Profil der Einrichtungen spiegeln sich wider in einer turbulenten und strategisch unzureichend profilierten Landschaft an neuen Berufsbildern in der Gesundheitswirtschaft.

(3) Die Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – und besonders auch in Krankenhäusern – ist derzeit noch davon geprägt, dass die Prozesse oft schlecht organisiert sind und nur wenig Patienten- und Mitarbeiterorientierung erlauben. Dies bringt einen Improvisations- und Zeitdruck mit sich. Zudem sind viele der Arbeitsplätze im Vergleich mit Berufen in anderen Branchen, die ein ähnliches Kompetenzniveau und ähnliche Tätigkeiten erfordern, eher schlecht entlohnt. Zwar haben die allermeisten Beschäftigten ein hohes Interesse an ihrer Arbeit und verbinden mit ihrem Beruf oft auch ein soziales Engagement; jedoch gibt es vielfältige Anzeichen dafür, dass

diese intrinsische Motivation durch die schlechte Qualität der Arbeitsplätze zunehmend unterminiert wird. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass eine wachsende Spezialisierung bei gleichzeitig steigender „Arbeitsshetze“ auch die in der Pflege traditionell hohe Teamkultur schwächt.

In den Erhebungen und Expertengesprächen wurde deutlich, dass die Zukunft der Gesundheitsarbeit nicht nur durch neue Qualifikationen und Berufsbilder gewonnen werden kann. Parallel dazu ist auch eine Gestaltungsoffensive für eine besser strukturierte und stärker auf Patientenorientierung ausgerichtete Prozess- und Arbeitsorganisation notwendig. Erfahrungen aus verschiedenen anderen Branchen (etwa Maschinenbau, Auto, Bauwirtschaft) haben gezeigt, dass Gestaltungsprogramme für eine humanisierte und sozialverträgliche Gestaltung von Arbeit und Technik sowohl zu mehr Innovation und Qualität bei Produkten und Dienstleistungen als auch zu besserer Arbeit führen können. Von diesen Programmen konnte seinerzeit die Gesundheitswirtschaft allerdings gar nicht oder nur ganz am Rande profitieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Expertise sensibilisieren für eine bislang unzureichend thematisierte Funktion der Krankenhäuser: Sie sind nicht nur Versorgungseinrichtung, sondern auch *Ausbildungsbetrieb*. Nach Aussagen der Beschäftigten werden derzeit auch Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben auf den Stationen vernachlässigt. Im Fokus der aktuellen Debatten um zukunftsfähige Qualifizierungsinhalte und -wege spielt die Frage, wie Krankenhäuser zukünftig als Ausbildungsstandorte gestärkt werden können, kaum eine Rolle. Vorliegende Erfahrungen mit BBiG/HwO-geregelten Berufen in Deutschland zeigen, dass dieser berufsbildungspolitische Rahmen nicht nur zu einer systematischen und sozialpartnerschaftlichen Entwicklung von Berufsbildern und -profilen, sondern auch zur Organisationsentwicklung der ausbildenden Betriebe und Einrichtungen selbst beiträgt. Die Suche nach zukunftsfähigen Qualifikationen und Kompetenzen für die Gesundheitsversorgung greift zu kurz, wenn nicht parallel auch nach Wegen gesucht wird, durch adäquate Arbeitsstrukturen und -bedingungen die Krankenhäuser als Ausbil-

dungsstandorte darin zu unterstützen, eine bestmögliche Ausbildung realisieren zu können.

Sowohl der Gesundheits- und Wirtschaftspolitik als auch der Arbeitsmarkt- und Berufsbildungspolitik kann vor diesem Hintergrund nur dringend empfohlen werden, ein Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungsprogramm zur sozialverträglichen und patientenorientierten Arbeits- und Prozessgestaltung in der Gesundheitswirtschaft aufzulegen. Bei den dort anzugehenden Erneuerungsaktivitäten sollte auch darauf geachtet werden, dass zukunftsfähige Qualifikationen, die in Ausbildung oder Studium erworben wurden, in der praktischen Arbeit besser zur Geltung kommen als dies heute der Fall ist.

(4) Umbrüche mit guten Chancen auf grundlegende Erneuerungen und Aufbrüche, wie wir sie gegenwärtig in der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und in Krankenhäusern im Besonderen erleben, sind für die Branchenentwicklung in der Wirtschaft nicht ungewöhnlich. Ihre Herausforderungen und Folgen mit Blick auf die berufliche Bildung werden in nahezu allen Teilen der Wirtschaft nach den Prozessen und Routinen bearbeitet, die das Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. die Handwerksordnung (HWO) vorsehen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass wissenschaftliche Zukunftsexpertise mit Fachwissen aus den Branchen verknüpft und zu zielorientierten, überschaubaren und transparenten Erneuerungen verdichtet werden. Vergleichbare Regelungen und Prozesse gibt es für die Gesundheitswirtschaft nicht und wegen der dort herrschenden Interessenvielfalt und -konkurrenz ist auch nicht mit einer zügigen Übernahme der BBiG/HWO-Regelungen zu rechnen. Eine Alternative könnte sein, dass sich die wenigen branchenweit aufgestellten

Akteure zusammenfinden und ein berufsbezogenes Innovationsmonitoring aufbauen und es mit einer Transparenz- und Orientierungsplattform verbinden. Dadurch entstünde zum einen mehr Übersicht über das, was an neuen Berufen entsteht und sich bewährt. Zum anderen setzte es die Bildungsanbieter unter Druck, sich durch Qualität auszuzeichnen. Ein weiterer Vorteil der beiden genannten Instrumente ist, dass sie niederschwellig begonnen werden können und sukzessive ausbaufähig sind.

Erste wichtige Schritte in diese Richtung sind durch die Forschungs- und Berichterstattungsarbeiten zum Thema „Gute Arbeit“, durch die Entwicklung und Erprobung eines „Arbeitsreports Krankenhaus“ sowie durch gesundheitswirtschaftsbezogene Ausweitung des „Lohnspiegels“ (vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut – WSI – und der Hans-Böckler-Stiftung – HBS) erfolgt. Sie gilt es jetzt zu verstetigen und auszubauen.

(5) Trotz aller kontroversen Diskussionen in den Medien und in der Fachöffentlichkeit haben sich große Teile der Gesundheitswirtschaft aufgemacht, ihre ohne Zweifel vorhandenen Chancen als Wachstums- und Zukunftsbranche zu nutzen. Die Erhebungen und Analysen, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführt und erstellt wurden, machen deutlich, dass die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung sowie mehr Wettbewerbsfähigkeit der Branche wie auch vieler Anbieter nur mit einer Aufwertung des Faktors Arbeit – umgesetzt über bessere und intelligentere Arbeitsstrukturen sowie über angemessenere Berufsbilder und Ausbildungen – zu realisieren sind.

1. Gesundheitsberufe im Wandel – Zwischen monotoner Anlerntätigkeit und komplexer Gestaltungsaufgabe

Gesundheitsberufe sind *en vogue*. Sie und ihre Perspektiven erfahren aktuell in Wissenschaft wie Praxis eine intensive Aufmerksamkeit. 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 Arbeitskräften und Kompetenzen zu schließen. Im Mittelpunkt stehen die Zukunftsfragen der Kompetenzentwicklung, der interprofessionellen Kooperation sowie der Herausforderung einer zukunftsfähigen Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in zentralen Gesundheitsberufen. Imagekampagnen, insbesondere für die Pflege, steigern die öffentliche Aufmerksamkeit für Gesundheitsberufe und ihren bedeutenden gesellschaftlichen Beitrag. Sie sollen dazu beitragen, ein positives Bild der Tätigkeiten zu zeichnen und neue Zielgruppen ansprechen. Internetplattformen und Ausbildungsatlanten für die Gesundheitswirtschaft orientieren und informieren Interessierte über gesundheitsbezogene Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote. Stellenbörsen und Jobmessen präsentieren sich als niedrighschwellige Marktplätze für Gesundheitsberufe, auf denen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber informieren und mit ihren Stärken präsentieren können.

Beruf, Bildung und Karriere – so selbstverständlich von Perspektiven 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 *Gesundheitsberufe in der äußerst dynamischen Gesundheitsbranche*“ (Hamburger Abendblatt 31.1.2009) bis zu 1.900 gesund-

heitswirtschaftlichen „*Berufsangeboten*“ in einem weiter gefassten Verständnis (www.gesundheitsberufe.de). Die öffentlichkeitswirksame Aufbereitung und Darstellung von Jobchancen im Gesundheitswesen gewinnt nicht nur für (potenzielle) Arbeitnehmer und Arbeitgeber, sondern auch für regionale Akteure, die auf die Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft im Rahmen ihrer Struktur- und Wirtschaftsförderung setzen, zunehmend an Bedeutung. Da bislang keine abschließenden Definitions- und Qualitätsmerkmale für „Gesundheitsberufe“ existieren, ist die Verwendung des Begriffs entsprechend vielfältig und das Spektrum der Qualifizierungsangebote breit gefächert.

Bei den Gesundheitsfachberufen im engeren Sinne wird unterschieden zwischen den *akademischen Heilberufen*¹ (z.B. Arzt/Ärztin, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Apotheker/Apothekerin) und den *bundes- und landesrechtlich* geregelten *nicht-akademischen Fachberufen* des Gesundheitswesens wie Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/Krankenpflegerin, Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Logopädin/Logopäde, Ergotherapeutin/Ergotherapeut und Hebammen/Entbindungspfleger, aber auch beispielsweise Operationstechnische/r Assistentin/Assistent. Charakteristisch für die Gesundheitsfachberufe ist die staatliche Anerkennung auf Basis einer berufsfachschulischen Ausbildung, welche zur sofortigen eigenverantwortlichen beruflichen Tätigkeit qualifiziert. Zu den Gesundheitsberufen können des Weiteren die nach *BBiG/Handwerksordnung geregelten Berufe* im Gesundheitswesen wie etwa Augenoptikerin/Augenoptiker, Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen, Orthopädiemechanikerin/Othopädiemechaniker gezählt werden (MGEPa 2011). Für

1 Der Status des Heilberufs wird inzwischen auch von anderen Berufen eingefordert (http://www.youtube.com/watch?v=oH02sf_ludI).

Gesundheitsberufe in einem weiteren Verständnis sind eine staatliche Anerkennung, eine berufsfachschulische Ausbildung und geregelte Ausbildungsgänge keine zwingende Voraussetzung.

Bereits an dieser kurzen Darstellung wird deutlich, dass der Begriff des *Gesundheitsberufs* sich eindeutigen Zuordnungen entzieht. Besonders unübersichtlich präsentiert sich das Feld, wenn, ergänzend zu den Gesundheitsfachberufen im engeren Sinne, ein erweitertes Verständnis von „Gesundheitsberuf“ oder gesundheitswirtschaftlichen „Berufsangeboten“ zugrunde gelegt wird. Gemeinsam ist den Kompetenzprofilen, dass sie sich im Kern auf die „Produktion“ von Gesundheit beziehen – durch direkte Intervention (physisch und psychisch), mittels technologischer Intervention (z.B. in der Diagnostik) oder durch die Beeinflussung gesundheitsbezogener Rahmenbedingungen. Eine weitere Herausforderung besteht darin, den „Berufsbegriff“ in Bezug auf die Gesundheitsarbeit zu verorten. Auch wenn sich der Berufsbegriff selbst in seinem alltagsprachlichen Gebrauch und seiner wissenschaftlichen Definition unterscheiden (Dostal 2002), lassen sich dennoch folgende Merkmale als kennzeichnend darstellen (vgl. v. Hennings et al. 1976; Stooß/Troll 1988; Dostal et al. 1998; zitiert nach: Dostal 2002). Ein Beruf

- basiert auf einem normierten Bündel von Qualifikationen im Sinne charakteristischer Ausprägungen und der Anordnungen von Wissen und Sozialkompetenz;
- basiert auf Aufgabenfeldern, die den Qualifikationsbündeln zugeordnet sind und die durch eine Kombination aus Arbeitsmitteln, Objekt (Gegenstand) und Arbeitsumfeld geprägt sind;
- basiert auf hierarchisch abgestuften Handlungsspielräumen, die sich aus der Verknüpfung der Qualifikationsseite (Arbeitskraftseite) mit der funktionalen Ausprägung der Arbeitsaufgaben (Arbeitsplatzseite) ergeben;
- besitzt Handlungsspielräume, die durch den Status (die betriebliche Position des Einzelnen), die Organisationseinheit (Aufgabengebiet/Abteilung) und das spezifische Arbeitsmilieu bestimmt sind;

- ist ein Strukturmerkmal gesellschaftlicher Einordnung und Bewertung.

Die „Mehrdimensionalität“ des Berufsbegriffs (Dostal 2002: 464) verweist auf die enge Verschränkung eines Berufes mit konkreten Tätigkeiten und Aufgabenfeldern im Betrieb, den individuellen Handlungsspielräumen in der Berufsausübung sowie den organisatorischen Rahmenbedingungen, insbesondere den Arbeitsbedingungen und der Arbeits(platz)gestaltung. Ausgehend hiervon zielt die Suche nach tragfähigen Perspektiven für Gesundheitsberufe nicht allein auf die Frage, *ob* und *welche* neuen Qualifikationen und Kompetenzen gebraucht werden. Vielmehr geht es auch darum, die gegenwärtige Situation in Gesundheitseinrichtungen dahingehend zu überprüfen, ob sie es den Beschäftigten überhaupt ermöglicht, ihre Qualifikationen und Kompetenzen in den Arbeitsprozess einzubringen. Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsberufen erfordert es in diesem Sinne, praktische Einsatzfelder, Handlungsspielräume und organisatorische Integration der Gesundheitsberufe unter konkreten betrieblichen Rahmenbedingungen stärker unter die Lupe zu nehmen.

Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie etc. verstehen sich mittlerweile nicht einfach als Beruf, sondern zunehmend als Profession, insbesondere bei internationaler Betrachtung. Gegenüber einem Beruf zeichnet sich eine *Profession* dadurch aus, dass es sich hierbei um (akademische) Qualifikationen mit hohem gesellschaftlichem Prestige handelt. Weitere zentrale Merkmale einer Profession sind ein hoher Grad an beruflicher Organisation (Standesorganisation), persönliche und sachliche Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in der Tätigkeit sowie die Ausbildung einer eigenen Berufsethik. Professionalisierung, insbesondere in Form der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, gilt als einer der Schlüssel zur Sicherung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und als Chance für eine patientenorientierte Gesundheitswirtschaft. Der „Sachverständigenrat Gesundheit“ fasst die Situation für die Pflege beispielsweise wie folgt zusammen:

„Die derzeit bestehende Diskrepanz [zwischen den Aufgaben und Verantwortungen und den Qualifikationsprofilen in der Pflege, Anm. d. Verf.] beeinträchtigt auch den Wettbewerb, denn die Profilierung der Versorgungseinrichtungen ist ohne entsprechend qualifiziertes Personal nicht realisierbar. [...] Dazu muss die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert und auch der Ausbau an grundständigen und dualen Studiengängen, die praktische Ausbildung und Hochschulqualifizierung auf Bachelor-niveau miteinander verbinden, vorangetrieben werden. Sie sind international seit langem üblich und halten in Deutschland erst jetzt, noch mit Modellstatus versehen, Einkehr in die Hochschullandschaft.“

(SVR 2012: 43)

In der Konsequenz, so die Gutachter, sind generalistische Ausbildungen zu stärken, die weitere Qualifizierung der Helfer- und Assistenzberufe zu fördern und die horizontale und vertikale Durchlässigkeit des Bildungssystems zu erhöhen. Auch sei es notwendig, Fort- und Weiterbildungsangebote weiter auszubauen und sie an die fortschreitende Ausdifferenzierung der Pflege anzupassen (SVR 2012: 43). In seinem Gutachten „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ begründet auch der Wissenschaftsrat die Notwendigkeit der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe unter Hinweis auf die Notwendigkeit erweiterter Kompetenzen und des Einsatzes „reflektierter Praktiker“ aufgrund neuer und erweiterter Anforderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (Wissenschaftsrat 2012). Die aktuell diskutierten Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (2012) sehen die Einführung einer grundständigen akademischen Berufsqualifizierung als alternativen Weg der Berufsausbildung vor. Gesundheitsfachberufe, als bedeutendes Segment der Gesundheitsberufe, sind zum einen auf einem Kontinuum zwischen *Gesundheitsberuf* und *Gesundheitsprofession* zu verorten. Zum anderen stellt sich damit auch zunehmend die Frage, wie zukünftig das Zusammenspiel der unterschiedlichen Qualifikationsebenen und Berufe nicht nur interprofessionell, sondern auch *intra*professionell sinnvoll organisiert werden kann.

Die vorliegende Untersuchung fokussiert „*Berufsbilder im Krankenhaus*“. Dabei geht es zum einen um die Frage, welche neuen Berufe, Qualifikationsprofile und Spezialkompetenzen in Krankenhäusern insbesondere auf den allgemeinen Stationen, in den aus betriebswirtschaftlicher Sicht hochsensiblen Bereichen wie OP oder Intensivstationen und an den Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Einrichtungen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Zum anderen soll explorativ aufgezeigt werden, welche Konsequenzen sich aus der Entwicklung der Berufelandschaft für den „Arbeitsort Krankenhaus“ ergeben. Berufliche Anforderungen auf Arbeitsebene haben sich gewandelt und es sind neue Angebote auf dem Bildungsmarkt entstanden. Die Triebkräfte dieser Entwicklung sind vielfältig: Veränderte Versorgungsanforderungen, Professionalisierungsbestrebungen der Gesundheitsfachberufe (s. o.), Profilbildung von Einrichtungen, Kostendruck, ein akuter oder sich perspektivisch verschärfender Fachkräftemangel ebenso wie ein expandierender Bildungsmarkt in der Gesundheitswirtschaft tragen dazu bei, dass Qualifikationsprofile etablierter Berufe sich verändern, Spezialkompetenzen an Bedeutung gewinnen und diese ihren Ausdruck zum Teil auch in neuen Berufen finden. Das Spektrum, in dem sich die Berufelandschaft ausdifferenziert, reicht von unterstützenden Diensten durch Angelernte bis zur Versorgungsplanung durch akademisch qualifizierte Beschäftigte. Zwar kann es sich hierbei im Einzelnen durchaus um sinnvolle Tätigkeiten, Aufgaben, Kompetenzprofile oder Berufe handeln. Dennoch zeigt die Praxis dass

- es sich nicht bei jedem Berufsangebot tatsächlich auch um einen „Beruf“ im engeren Sinne handelt;
- Tätigkeitsfelder und Aufgaben zum Teil nicht klar voneinander abgegrenzt werden können;
- sich hinter unterschiedlichen Bezeichnungen durchaus ähnliche Tätigkeitsfelder und Aufgaben verbergen können;
- nicht alle Berufsangebote einheitlich und transparent geregelt sind;
- nicht alle Berufsangebote in der Praxis auch überall eingesetzt werden können;

- vielfach Unsicherheiten bezüglich der konkreten Anforderungen an die Arbeits(platz)gestaltung existieren.

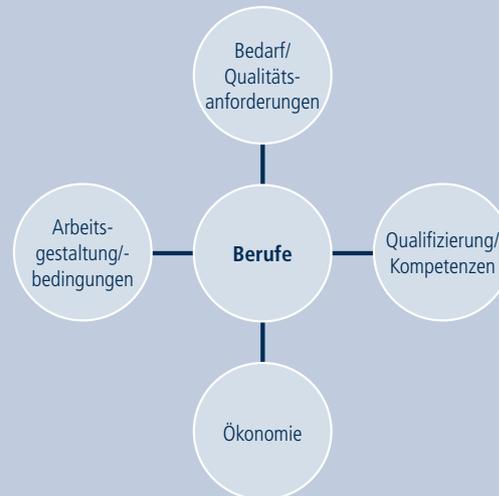
Die Berufelandschaft im Krankenhaussektor befindet sich in einem Prozess *horizontaler und vertikaler Ausdifferenzierung*, wobei bislang ungeklärt ist, wie sich diese Triebkräfte im Zusammenspiel sortieren und welche Konsequenzen sich hieraus für die Beschäftigten, die Einrichtungen sowie für die Patientinnen und Patienten ergeben. Die Entwicklung neuer und differenzierter Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie neuer Aufgabenprofile vollzieht sich vielfach im Spannungsfeld zwischen Bedarfen und Qualitätsanforderungen von Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einerseits und den Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung vor Ort, den vorhandenen Strukturen der Qualifizierung und Kompetenzentwicklung sowie den ökonomischen Interessen andererseits (s. Abbildung 1). Neue Berufe, veränderte Qualifikationsprofile und Spezialqualifikationen im Krankenhaussektor sind kein Selbstzweck, sondern sie bedürfen in der Analyse auch der Auseinandersetzung mit ihren Treibern, ihrer Zielsetzung, ihren organisatorischen Rahmenbedingungen sowie den Auswirkungen auf die Beschäftigungsstrukturen und den Veränderungen von Handlungsspielräumen der Beschäftigten im *Berufsgefüge*.

Der Ruf nach zusätzlichen Ressourcen und einer gerechten Verteilung der vorhandenen personellen und monetären Ressourcen (*Systemebene*), nach Qualitätssteigerungen, Effizienzgewinnen durch Prozessoptimierung (*Organisationsebene*) sowie die Suche nach neuen Berufs- und Beschäftigungsperspektiven und „Guter Arbeit“ (*individuelle Ebene*) markieren gegenwärtig zentrale Diskussionspunkte über die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsarbeit. Dabei werden Spannungsfelder deutlich, die bereits die nahe Zukunft von Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft entscheidend prägen werden:

- Die Forderung nach Fachkräften trifft auf empirische Ergebnisse zu den zum Teil unzureichenden Arbeits-, Entlohnungs- und Karrierebedingungen. Eine wesentliche Herausforderung

Abbildung 1:

Gesundheitsberufe im Spannungsfeld der Interessen



Quelle: eigene Darstellung IAT.

stellung stellt die Konkurrenz um Fachkräfte sowohl innerhalb der Gesundheitswirtschaft selbst als auch mit anderen Branchen dar.

- Das Streben nach einer möglichst kostengünstigen Deckung des anfallenden Arbeitsvolumens trifft auf (noch überwiegend professions-spezifische) Forderungen nach der Wahrung und Weiterentwicklung professioneller Standards.
- Konzepte industrieller Arbeits- und Prozessgestaltung, die durch die Aufteilung von Tätigkeiten bzw. Verrichtungen charakterisiert sind, treffen auf ein professionelles Selbstverständnis zentraler Gesundheitsfachberufe mit Merkmalen wie Fallarbeit und Beziehungsorientierung.
- Widerspiegelt werden teils gegensätzliche Perspektiven in den Debatten über die grundsätzliche Weiterentwicklung des Qualifizierungsgeschehens. Da ist zum Ersten das unübersehbar steigende Interesse an einem Ausbau akademischer Kompetenzen bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen – sei es als grundständige Akademisierung etablierter Berufe oder in Form von akademischen Weiter-

bildungen. Da ist zum Zweiten der Ruf nach tragfähigen Lösungen zur Gewinnung bislang nur gering qualifizierter „Problemgruppen“ des Arbeitsmarktes über niederschwellige, aber entwicklungs offene Zugänge und durchlässige Bildungswege (*kein Abschluss ohne Anschluss*) für die Gesundheitsarbeit. Und da sind zum Dritten Vorschläge, die Ausbildung für Gesundheitsberufe dadurch zu verbessern, dass sie sich dem „dualen System“ (unter der Regie des Berufsbildungsgesetzes [BBiG]) annähern.

Als Sammelüberschrift für die skizzierten Debatten und Spannungsfelder wird oft der Begriff „Neue Arbeitsteilung“ verwendet. „Neue Arbeitsteilung“ gilt als konzeptioneller Rahmen zum einen für neue Kompetenz- und Prozesszuschnitte zwischen etablierten Berufen des Krankenhauses (z. B. Medizin/Pflege). Zum anderen für eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung etablierter Berufe sowie auch die Schaffung neuer Berufe, vor allem im Bereich Assistenz und Service. Veränderungen im Berufs- und Tarifgefüge, neue Kompetenzzuschnitte und Karrierewege sind die Folge. Behauptet wird, dass die Delega-

tion von Pflege und Medizin auf z. B. neue Service- und Assistenzberufe mehr Qualität, Effizienz, Effektivität aus Einrichtungsperspektive und aus individueller Perspektive neue Karriereoptionen eröffne. Welche Effekte hat aber beispielsweise die Übernahme vormals ärztlicher Aufgaben durch die Pflege für diese und für die Patientinnen und Patienten? Wie verändern sich Handlungsspielräume der Beschäftigten, wenn Tätigkeiten und Aufgabenfelder unter Zuhilfenahme von Assistenz- und Servicediensten reorganisiert werden? Wie bewerten die Beschäftigten diese Entwicklung?

Stark schematisiert lässt sich sagen, dass sich die Veränderungen und Umbrüche der Beruflichkeit in Krankenhäusern derzeit im Spannungsfeld der Konstruktion von Gesundheitsarbeit als professionelle Dienstleistungsarbeit (im Sinne eines Berufs, einer Profession) einerseits und der Konstruktion von Gesundheitsarbeit als reiner „Erwerbsarbeit“ andererseits vollzieht. Der Analyserahmen der Expertise kann in Form eines Kontinuums dargestellt werden:

Abbildung 2:

Kontinuum der beruflichen Entwicklung



Quelle: eigene Darstellung IAT.

2. Zielsetzung und Methodik der Expertise

Ziel der Untersuchung ist es, die laufenden 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 der Zieltriangel der Sozialen Gesundheitswirtschaft – Versorgungsqualität, gute 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 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?
- Findet sich Evidenz für mehr Gesundheit, bessere Arbeit und wirtschaftliche Vertretbarkeit?
- Welche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurden im Zeitraum September 2012 bis März 2013 folgende Arbeiten durchgeführt:

Arbeitspaket 1: Desk-top-Recherche. Inhaltlich wurde in diesem grundlegenden Arbeitsschritt die gesamte Bandbreite der Fragestellungen abgedeckt. Methodisch lag der Schwerpunkt der Recherche auf der Fachliteratur sowie einer um-

fassenden Internetrecherche zur Thematik. Auf diese Weise konnten sowohl der fachliche und wissenschaftliche Diskurs als auch die konkrete Entwicklung in der Krankenhauslandschaft im Sinn guter (oder weniger guter) Praxis erfasst werden.

Arbeitspaket 2: Leitfadengestützte Experteninterviews. Dieses Arbeitspaket diente der Vertiefung der im Rahmen der Recherche gewonnenen Erkenntnisse. Wichtig war hier ein *multiperspektivisches Vorgehen* durch Einbeziehung diverser Akteure. Interviewpartnerinnen und Interviewpartner waren Vertreterinnen und Vertreter von Berufsorganisationen (Pflege, Ärzteschaft), Mitarbeitervertretungen und Beschäftigte, Geschäftsführungen von Krankenhäusern, Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, von Krankenhausträgern sowie aus dem Bereich der Unternehmensberatung. Insgesamt wurden zwölf Gespräche durchgeführt. Die Interviews wurden mit vertiefenden Recherchen in ausgewählten Krankenhäusern mit praktischer Erfahrung in der Umsetzung neuer Arbeitsteilung ergänzt.

Arbeitspaket 3: Im Rahmen dieses Arbeitspaketes erfolgte 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.). So konnten ausgewählte Aspekte der Expertise mit empirischen Daten gestützt werden. 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 Praktikerinnen und Praktiker überein-

stimmt oder ob wichtige Aspekte auf der einen oder anderen Seite unterschiedlich gesehen und interpretiert werden. Gefragt wurde nach:

- der Wahrnehmung von Qualifikationsbedarfen, nach Berufszugehörigkeit und aktueller Tätigkeit;
- dem Umgang mit und dem Einsatz von innovativen Qualifizierungen und Abschlüssen;
- der Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen, die in der Vergangenheit Aus- und Weiterbildungsbereitschaft gezeigt haben;
- der Passung zwischen Arbeitsgestaltung und den vorhandenen Qualifikationen/Kompetenzen;
- den Konsequenzen von Aus- und Weiterbildungsaktivitäten für die betriebliche Arbeitsgestaltung;
- den Erfahrungen mit neuen Wegen interprofessioneller Zusammenarbeit und Arbeitsteilung.

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 vorliegende Expertise wurde eine erste Sichtung und Vorauswertung der Daten vorgenommen. Die Ergebnisse des „Arbeitsreport Krankenhaus“ sollen Mitte 2013 gesondert veröffentlicht werden.

Arbeitspaket 4: Experten-Workshop. Nach den ersten drei Arbeitspaketen wurde mit der Entwicklung von Empfehlungen begonnen. Zur kritischen Diskussion und Validierung der Ergebnisse wurde am 18. und 19.1.2013 gemeinsam mit der Friedrich-Ebert-Stiftung ein Expertenworkshop in Bonn durchgeführt. Rund 20 Teilnehmende sowie Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft, Berufsverbänden, Gewerkschaft, Bildungseinrichtungen, Politik und Beratung tauschten sich zu den vorläufigen Ergebnissen der Expertise aus. Zudem bot der Workshop die Möglichkeit, einzelne Aspekte vertiefend zu debattieren. Im Mittelpunkt standen u.a. die Bedeutung der Ergebnisse mit Blick auf die Konzeption „Interaktiver Arbeit“, Entwicklungsstrategien aus betrieblicher Sicht der Krankenhäuser sowie die spezifischen Chancen, Risiken und Gestaltungsaufgaben der Modelle neuer Arbeits(ver)teilung aus gewerkschaftlicher Perspektive. Die Ergebnisse des Workshops wurden in die Expertise integriert.

Arbeitspaket 5: Erstellung einer publikationsfähigen Expertise mit Handlungsempfehlungen und Präsentation der Ergebnisse. Auf Grundlage der zuvor erarbeiteten Ergebnisse und des Austauschs wurde abschließend die vorliegende Expertise erstellt und im Rahmen einer Veranstaltung am 22. April 2013 in Berlin vorgestellt und mit Fachpublikum diskutiert.

3. Fokus Krankenhaus – Ein Arbeitsort im Wandel

Krankenhäuser sind gesundheits-, wirtschafts- und beschäftigungspolitisch von tragender Bedeutung. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland betragen im Jahr 2010 rund 287 Milliarden Euro. Hiervon entfielen insgesamt 74,3 Milliarden Euro auf den Krankenhausesektor. Der Krankenhausmarkt hält damit einen Anteil von 25,8 Prozent am gesamten Gesundheitsmarkt in Deutschland. Zum Vergleich: Gemessen an den Gesundheitsausgaben waren Arztpraxen mit einem Ausgabenvolumen von 43,1 Milliarden Euro, Apotheken (40,8 Milliarden Euro) sowie das Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (18,9 Milliarden Euro) die wirtschaftlich bedeutendsten ambulanten Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2012). Die Höhe der Ausgaben lässt allerdings noch keine Aussagen über die Effizienz und den zielorientierten Einsatz der Mittel zu. Entscheidend ist vielmehr die Analyse der ökonomischen und strukturellen Herausforderungen auf diesem Teil„markt“ der Gesundheitswirtschaft (Fenge 2006). Krankenhäuser sind für Kommunen und Regionen wichtige Akteure öffentlicher Daseins-

vorsorge, sie sind ein bedeutender Standortfaktor und vielfach ein wichtiger Partner der regionalen Wirtschaft. In zahlreichen bundesdeutschen Kommunen/Regionen sind die örtlichen Krankenhäuser die größten Arbeitgeber.

Kaum ein Bereich der Gesundheitswirtschaft sieht sich seit Jahren so tiefgreifenden Veränderungen ausgesetzt wie die Krankenhäuser. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems erzwingen von den Einrichtungen komplexe Anpassungsleistungen. Ohne Zweifel stehen Krankenhäuser in Deutschland unter Modernisierungsdruck. Zentrale Herausforderungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Krankenhäuser befinden sich im Wettbewerb: mit anderen Branchen, anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch untereinander um qualifizierte Fachkräfte. Schätzungen zum Ausmaß des zukünftigen *Fachkräftebedarfs* variieren zwar, stimmen aber prinzipiell überein (SVR 2012: 38). Auch wenn sich an vorliegenden Berechnungen methodische Detailkritik äußern lässt (Simon 2011), werden

Tabelle 1:

Entwicklung zentraler Eckdaten der Krankenhäuser (D, 2005, 2009, 2011)

Jahr	Krankenhäuser				Betten (in 1.000)	Belegungstage (in Mio.)	Fallzahlen (in Mio.)	Verweildauer (in Tagen)
	gesamt	öffentlich	freigemeinnützig	privat				
2005	2.139	751	818	570	523,8	144,6	16,5	8,7
2009	2.084	648	769	667	503,3	142,4	17,8	8,0
2011	2.045	621	746	678	502,0	141,7	18,3	7,7
Entwicklung (in %)	-4,4	-17,3	-8,8	+18,9	-4,2	-2,0	+10,9	-11,5

Quelle: DKG (2013); www.dkgv.de; online abgerufen am 17.3.2013; eigene Darstellung und Berechnung.

- die nächsten Jahre für die Krankenhäuser enorme Herausforderungen der Fachkräftegewinnung bringen. Der Engpass führt vielerorts bereits heute dazu, dass Personal über Prämien abgeworben oder im Ausland angeworben wird. Hier stellt sich u. a. die Frage, welchen Beitrag veränderte Berufsbilder und Arbeitskonzepte zur Fachkräftesicherung im Krankenhaussektor leisten können.
- Das *Leistungsgeschehen* der Krankenhäuser wird in den kommenden Jahren erhebliche Umbrüche erfahren. Die demografische Entwicklung befördert veränderte Morbiditäts- und Mortalitätsstrukturen in der Bevölkerung (Günster et al. 2011), der Anteil älterer Patientinnen und Patienten, die von chronischer Krankheit und Multimorbidität betroffen sind, wird zukünftig in den Krankenhäusern weiter zunehmen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Die Versorgung älterer, insbesondere auch demenziell veränderter Menschen im Krankenhaus erfordert andere und erweiterte Behandlungsmöglichkeiten, eine intensivere Betreuung und Begleitung im stationären Alltag und stellt neue Anforderungen an das Überleitmanagement, z. B. in die Altenhilfe oder in die häusliche Versorgung. An Bedeutung gewinnen auch technische Möglichkeiten wie die telemedizinische Begleitung und Überwachung von Patientinnen und Patienten (Schräder/Lehmann 2011). Wie sich diese technologischen Möglichkeiten auf die Entwicklung von Berufen einerseits sowie auf die Arbeitsorganisation im Krankenhaus andererseits zukünftig auswirken werden, ist noch weitestgehend unklar.
 - Der demografische Wandel befördert nicht nur in der Versorgung der Patientinnen und Patienten ein Umdenken: Ältere Beschäftigte prägen zunehmend die Personalstruktur und in den kommenden Jahren wird die *Auseinandersetzung mit Arbeits- und Organisationskonzepten* für alternde Belegschaften, alter(n)sgerechten Arbeitsplätzen und Tätigkeitsprofilen auch im Krankenhaussektor an Bedeutung gewinnen (Isfort/Weidner 2010). Die Ursachen des „*Double Aging*“ in der Krankenhauspflge sind nicht zuletzt in einer Reduzierung von Ausbildungskapazitäten, dem Stellenabbau im Krankenhausbereich sowie in einem Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern zu suchen (Simon 2011). Angesichts dieser Entwicklungen ist es nicht weiter verwunderlich, dass in einigen Bundesländern (z. B. Schleswig-Holstein) bereits eigene Initiativen zur Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsplätze im Krankenhaus und in der Altenhilfe entstanden sind² und diese Thematik im Kontext wegweisender Modelle zur Zukunft der Arbeit im Krankenhaus an Bedeutung gewinnt.³ Hier wäre zu untersuchen, welchen Beitrag veränderte Berufsprofile zur Realisierung alter(n)sgerechter Arbeitsplätze im Krankenhaus leisten können.
 - Die Realisierung wirtschaftlich tragfähiger *Kostenstrukturen* ist eine zentrale Managementaufgabe der Krankenhäuser. Während die zur Verfügung stehenden Budgets der Krankenhäuser an die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gebunden sind, ist die Kostenseite der Einrichtungen nicht gedeckelt. Steigende Personalkosten aufgrund tarifvertraglicher Bindungen, die Umsetzung der EU-Arbeitszeitverordnung, die Anhebung der gesetzlichen Mehrwertsteuer, steigende Energiekosten sowie Engpässe der öffentlichen Hand in der Investitionskostenfinanzierung haben in der Vergangenheit zu einer Erhöhung der Ausgaben der Krankenhäuser beigetragen. Für Nordrhein-Westfalen wird beispielsweise die Finanzierungslücke für das Jahr 2012 allein im Personalkostenbereich auf 295 Millionen Euro beziffert, ohne Berücksichtigung der Energie- und Sachkostensteigerungen.⁴ Auch ist noch nicht geklärt, wie sich neue Kompetenzniveaus (z. B. akademisch ausgebildete Gesundheitsfachberufe) oder anspruchsvollere Qualifika-

2 [Http://www.schleswig-holstein.de/ADW/DE/Projekte/Gabi/gabi.html](http://www.schleswig-holstein.de/ADW/DE/Projekte/Gabi/gabi.html); recherchiert 20.3.2013.

3 [Http://www.pflege-krankenhaus.de/home.html](http://www.pflege-krankenhaus.de/home.html); recherchiert 20.3.2013.

4 [Http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49883/Tarifabschluesse-ueberfordern-Kliniken](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49883/Tarifabschluesse-ueberfordern-Kliniken); recherchiert 20.3.2013.

tionsprofile längerfristig auf die Tarifgestaltung und die Personalkosten im Krankenhaus auswirken werden.

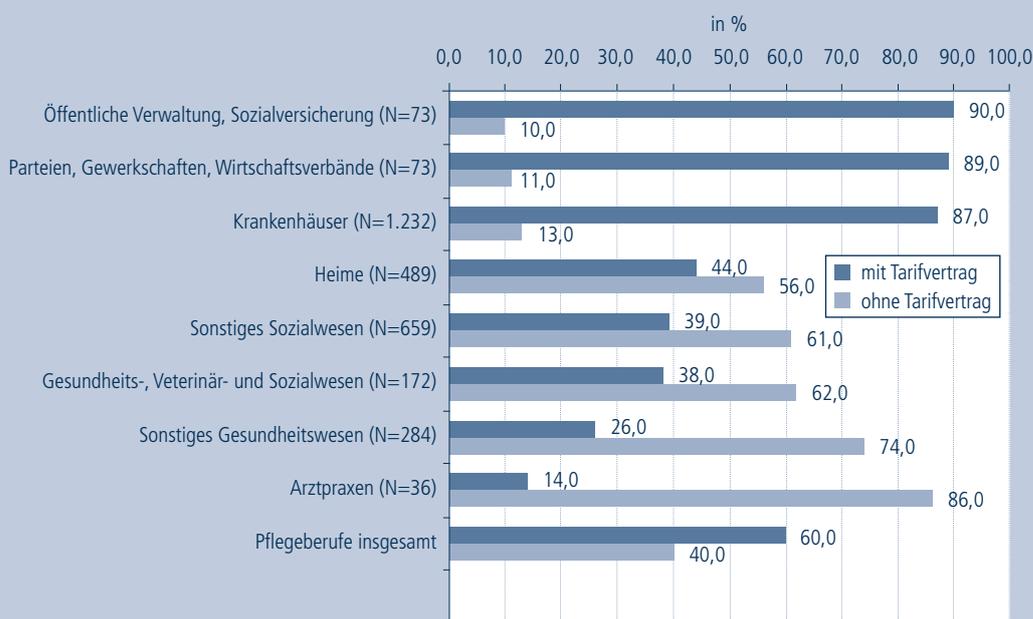
- Krankenhäuser müssen sich als *attraktive Arbeitgeber* positionieren. Viele Arbeitsplätze sind aber durch unzureichende Organisationsstrukturen, atypische und unverlässliche Arbeitszeiten, hohe körperliche und seelische Belastungen, wenig Planbarkeit und Beeinflussung der Arbeitsaufgaben, eine hohe Differenz von zeitlichen Anforderungen und Ressourcen, Wertschätzungsdefizite und einer – im Vergleich mit anderen Fachberufen – unattraktiven Entlohnung gekennzeichnet. Dabei präsentiert sich die Entwicklung der Bruttoverdienste nicht für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleich (s. Abbildung 3). Betrachtet man exemplarisch das Feld der Pflegeberufe,

so zeigen sich nach wie vor deutliche Lohnunterschiede⁵ und auch die Tarifbindung der Beschäftigten variiert zwischen Tätigkeitsfeldern und Berufen (Bispinck et al. 2012) wie nachfolgende Abbildungen 3 und 4 zeigen. Für den Krankenhausektor gelten derzeit bundesweit rund 1.700 unterschiedliche Tarifverträge (Evans et al. 2012).

- Die Folgen unzureichender Arbeitsbedingungen zeigen sich in einer wachsenden Arbeitsunzufriedenheit, in der Zunahme psychischer und physischer Erkrankungen (Aiken et al. 2012), frühzeitiger Berufsausstiege und Arbeitgeberwechsel sowie in Qualitätsverlusten der Einrichtungen bei Indikatoren wie Infektionsraten, Medikationsfehlern und Stürzen (vgl. Zander et al. 2011; BGW 2007). Auch wenn entsprechende Daten nicht für alle Einrich-

Abbildung 3:

Tarifbindung der Beschäftigten in verschiedenen Tätigkeitsfeldern (in %)

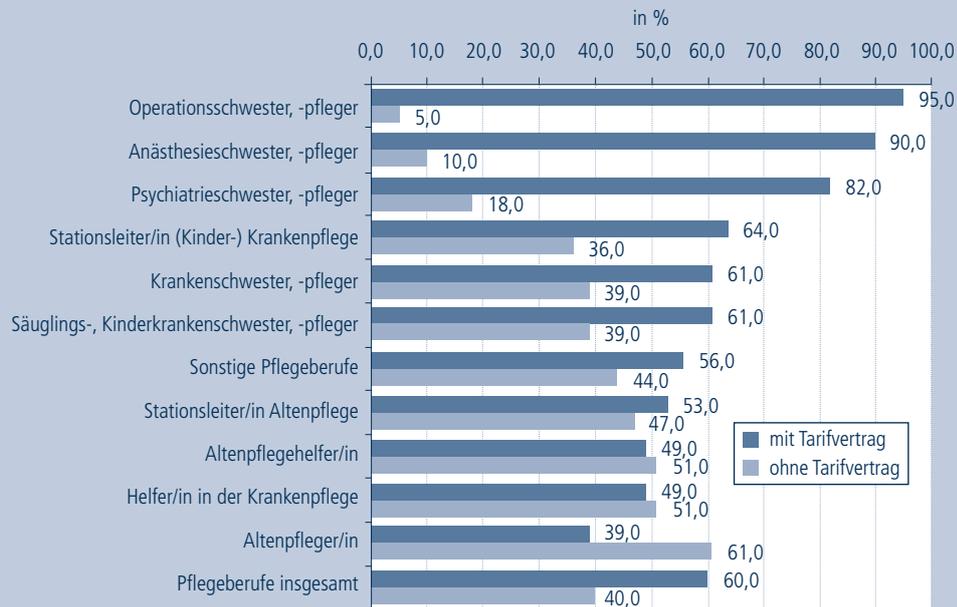


Quelle: Bispinck et al. (2012): 11.

5 So beträgt auf Basis der Daten des Projektes LohnSpiegel des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) und der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst einer/eines Operationschwester/-pflegers derzeit ca. 3.066 Euro, einer/eines Stationsleiterin/Stationsleiters Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 2.870 Euro, der einer/eines Stationsleiterin/Stationsleiters Altenpflege 2.548 Euro, einer/eines Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pflegers ca. 2.379 Euro und einer/eines Altenpflegerin/Altenpflegers rund 2.148 Euro. Als Helferin/Helfer in der Krankenpflege kann der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst auf ca. 1.828 Euro beziffert werden (Bispinck et al. 2012).

Abbildung 4:

Tarifbindung der Beschäftigten in den verschiedenen Berufen (in %)



Quelle: Bispinck et al. (2012): 12.

tungen gleichermaßen repräsentativ sind, so zeichnen sie dennoch ein Bild der Arbeitswelt Krankenhaus, das erheblichen Modernisierungsbedarf aufweist. Hoch verdichtete Arbeitsstrukturen und Leistungsprozesse sind längst für viele Beschäftigte im Krankenhaus ein erheblicher Faktor, der Stress befördert und sich ungünstig auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz auswirkt (Isfort/Weidner 2010; Buxel 2013; Gröbel 2008).

- *Medizinische, technologische, pflegewissenschaftliche und andere Erkenntnisse und Innovationen* stellen ebenfalls neue Anforderungen an die „Organisation Krankenhaus“ (vgl. McKee/Healy 2002). Die technologischen Möglichkeiten der Arbeitsentlastung, der Information und Kommunikation, der Diagnose oder Fernüberwachung von Risikopatientinnen und Risikopatienten müssen auf der einen Seite in die Leistungsstrukturen und Prozesse integriert werden, was vielfach auch neue und zusätzliche Qualifikationen und Kompetenzen erfordert. Auf der anderen Seite möchten die Beschäftigten ihre Qualifikationen und Kom-

petenzen auch in den Arbeitsprozess einbringen und arbeitsplatznah weiterentwickeln können.

- Der *Wertewandel der Beschäftigten* beeinflusst auch die Erwartungen, die an den Arbeitsplatz gestellt werden. Exemplarisch wird dies für die „Generation Y“ der Ärztinnen und Ärzte beschrieben, die sich als qualifiziert, selbstbewusst und anspruchsvoll beschreiben lässt und klare Aussagen über Karrierewege und das eigene Leistungsvermögen einfordert (Korzilius 2013). In diesen Zusammenhang sind verlässliche Arbeits- und Qualifizierungspläne, die Organisation der Weiterbildung sowie eine partizipative Führungskultur zentrale Herausforderungen. Während in der Vergangenheit das Improvisationsvermögen und das Berufsethos der Beschäftigten dazu beigetragen haben, organisatorische Defizite aufzufangen, zeigt sich seit einigen Jahren ein Trend zur „Versachlichung“ der Arbeit. Die Haltung zur Arbeit wird zunehmend den ungünstigen Praxisbedingungen angepasst (Braun et al. 2010) und vorläufige Daten des „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräu-

tigam/Evans/Hilbert i.E.) verweisen darauf, dass die Beschäftigten eine steigende Verantwortung am Arbeitsplatz bei geringer Autonomie der Arbeitsplatzgestaltung und mangelnder Einbindung in strategische Entscheidungen, die den eigenen Arbeitsplatz unmittelbar berühren, äußern.

Die gesundheitspolitischen Reformansätze im Krankenhaussektor der vergangenen Jahre zielten insbesondere darauf,

- mehr Wirtschaftlichkeit und Effektivität in den Leistungsstrukturen und -prozessen der Einrichtungen zu verankern und ökonomische Orientierungen in Entscheidungs- und Versorgungsprozesse zu transferieren;
- Transparenz und Vergleichbarkeit hinsichtlich der Preise sowie messbarer Qualität zwischen einzelnen Prozeduren, Leistungsbereichen sowie Einrichtungen herzustellen;
- ausgewählte Dienstleistungsfelder des Krankenhaussektors auch für die ambulante Versorgung zu öffnen;
- den Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen im Zusammenspiel des Krankenhaussektors mit ambulanten, vor- und nachgelagerten Einrichtungen in der Versorgungskette zu befördern und

- zu einer Professionalisierung einrichtungsterner und übergreifender Managementstrukturen beizutragen.

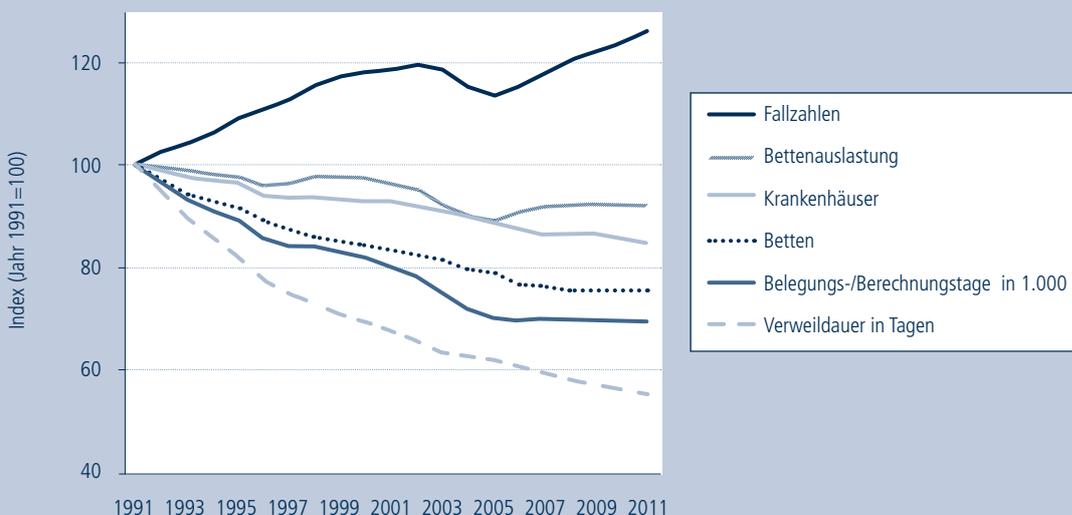
Aus Perspektive der Beschäftigten haben die Entwicklung des Leistungsgeschehens (s. Abbildung 5) und der Bedeutungsgewinn komplexer Versorgungsanforderungen in Krankenhäusern in Kombination mit beschäftigungsstrukturellen Umbrüchen in der Vergangenheit zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung, Arbeitsintensivierung und zur Verbreitung volatiler Beschäftigungsverhältnisse beigetragen.

Diese Entwicklung ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund bedenkenswert, dass Aiken et al. (2012) in einer international vergleichenden Untersuchung Ergebnisse zum Zusammenhang von Versorgungssicherheit, Qualität der Arbeit und Mitarbeiterzufriedenheit vorgelegt haben. So erzielen Krankenhäuser mit guten Arbeitswelten statistisch signifikant einen besseren *Outcome* für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Autoren fassen als Ergebnis ihrer RN4Cast-Studie die Herausforderungen wie folgt zusammen:

“Observations from our large study of different countries indicate that organisational behaviour

Abbildung 5:

Entwicklung zentraler Kennzahlen des Krankenhaussektors (Indexwerte; 1991 = 100)



Quelle: DKG (2012), online abgerufen am 17.3.2013, eigene Darstellung und Berechnung.

and the retention of a qualified and committed nurse workforce might be a promising area to improve hospital care safety and quality, both nationally and internationally. Improvement of the hospital work environment can be a relatively low cost strategy on improved healthcare. Indeed, our research in the US showed that investments in better nurse staffing improved patient outcomes only if hospitals also had a good work environment. Best practices such as Magnet recognition are associated with successful organizational transformations."

(Aiken et al. 2012: 5)

Insbesondere die Unterstützung durch Führungskräfte, ein kooperatives Zusammenspiel der Berufsgruppen, partizipative Entscheidungsstrukturen sowie eine patienten- und mitarbeiterorientierte Modernisierungslogik konnten als entscheidende Faktoren identifiziert werden (Aiken et al. 2012).

Krankenhäuser sind wichtige Arbeitgeber und Beschäftigungsträger. Im Jahr 2011 arbeiten insgesamt 825.195 Vollkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern, gegenüber 2005 war hier eine Zunahme von 3,6 Prozent zu verzeichnen. Das ärztliche Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis konnte gegenüber dem nicht-ärztlichen Personal deutliche Beschäftigungszuwächse im Beobachtungszeitraum verzeichnen (+ 14,3 Prozent). Während die Entwicklung der Vollkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis zwischen 2005 und 2011 insgesamt ein Plus von 3,6 Prozent zu verzeichnen hatte, zeigte sich die Entwicklung der Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Personal-Leasing, Zeitarbeit) mit einem Zuwachs von +39,8 Prozent im zugrunde gelegten Zeitraum besonders dynamisch. Zwar bewegt sich die Relevanz von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus auf einem, gemessen an den Beschäftigten insgesamt, geringen Niveau (2011: 19.588), jedoch mit hoher Dynamik. Im Jahr 2009 arbeiteten insgesamt 1.879 Ärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus, im Jahr 2011 bereits 3.170. Dies entspricht einer Zunahme von 68,7 Prozent. Auch beim nicht-ärztlichen Personal konnte eine Zunahme von Personal ohne direk-

tes Beschäftigungsverhältnis verzeichnet werden, jedoch mit einem Plus von 33,1 Prozent auf einem insgesamt geringen Niveau. Festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass ein eher moderater Beschäftigungsaufbau im Krankenhaus insgesamt durch deutliche personelle Zugewinne beim ärztlichen Personal und geringere Zuwächse beim nicht-ärztlichen Personal gekennzeichnet ist, bei einem gleichzeitigen Bedeutungsgewinn von Personal, das nicht über ein direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus verfügt.

Betrachtet man die Beschäftigungsentwicklung auf Ebene einzelner Funktionsbereiche, lassen sich für die Krankenhäuser differenziertere Beschäftigungstrends identifizieren (vgl. Tabelle 3). So konnten insbesondere der „Medizinisch-technische Dienst“ (+ 12,4 Prozent) sowie der „Funktionsdienst“ (+ 15,5 Prozent) im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2011 deutliche Beschäftigungszuwächse verzeichnen. Demgegenüber mussten das „Klinische Hauspersonal“ (- 24,4 Prozent), die „Wirtschafts- und Versorgungsdienste“ (-16,8 Prozent) sowie der „Technische Dienst“ (-5,1 Prozent) Beschäftigungsverluste hinnehmen. Die höchsten Anteile an Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung hatten im Jahr 2011 das „Klinische Hauspersonal“ (67,7 Prozent) sowie der „Pflegedienst“ (47,9 Prozent) zu verzeichnen. Mit Ausnahme des „Klinischen Hauspersonals“ (-13,6 Prozent) und der „Wirtschafts- und Versorgungsdienste“ (-8,9 Prozent) ist eine durchgängige Zunahme der Teilzeitbeschäftigung sowie der geringfügigen Beschäftigungsentwicklung zu beobachten, wenn auch mit recht unterschiedlichen Ausprägungen. Besonders dynamisch zeigte sich die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung und geringfügiger Beschäftigung im „Medizinisch-technischen Dienst“ (+ 22,0 Prozent) sowie im „Funktionsdienst“ (26,0 Prozent). Im „Pflegedienst“ konnten sowohl in der Beschäftigungsentwicklung insgesamt + 4,8 Prozent) als auch in der Entwicklung von Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung (+ 11,4 Prozent) zwischen 2005 und 2011 im Vergleich eher moderate Zuwächse verzeichnet werden. Der Anteil der Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigung an den Beschäftigten insgesamt ist in allen Funktionsbereichen zwischen 2005 und 2011 gestiegen, besonders deutlich zeigte sich dieser Trend jedoch mit einem

Tabelle 2:

Personen (VK) nach Beschäftigungsverhältnis in Krankenhäusern (D, 2005, 2009, 2011)

	Personen (VK) mit direktem Beschäftigungsverhältnis			Personen (VK) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis**		
	Insgesamt	Ärztliches Personal	Nichtärztliches Personal	Insgesamt	Ärztliches Personal	Nichtärztliches Personal
2005*	796.097	121.610	674.488	k.A.	k.A.	k.A.
2009	807.804	131.227	676.647	14.009	1.879	12.130
2011	825.195	139.068	686.127	19.588	3.170	16.417
Entwicklung (in %)	+ 3,6	+ 14,3	+ 1,7	2009 - 2011: + 39,8	2009 - 2011: + 68,7	2009 - 2011: + 33,1

* Personal in Vollkräften insgesamt; keine Differenzierung zwischen „mit direktem“ und „ohne direktes Beschäftigungsverhältnis“.

** Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten im Jahresdurchschnitt. Ohne direktes Beschäftigungsverhältnis: z. B. Personal, das im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt wird, oder Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit in Allgemeinen und Sonstigen Krankenhäusern.

Quellen: Statistisches Bundesamt (2013; 2011;2006): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2011, 2009, 2005, Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten im Jahresdurchschnitt in Allgemeinen und Sonstigen Krankenhäusern.

Tabelle 3:

Beschäftigte nach Funktionsbereich und Beschäftigungsart im Krankenhaus (2005, 2011)

	2011			2005			Entwicklung (2005 - 2011)		
	Beschäftigte	darunter teilzeit-/ gering- fügig	Anteil teilzeit-/ gering- fügig	Beschäftigte	darunter teilzeit-/ gering- fügig	Anteil teilzeit-/ gering- fügig	Beschäftigte	Teilzeit-/ gering- fügig Beschäftigte	Anteil teilzeit-/ gering- fügig
Nichtärztliches Personal gesamt	896.985	408.636	45,6	859.709	359.248	41,8	+4,1	+13,7	+3,8
Pflegedienst	411.920	197.266	47,9	393.186	177.059	45,0	+ 4,8	+11,4	+2,9
Medizinisch-technischer Dienst	176.964	84.137	47,5	157.225	68.975	43,9	+12,4	+22,0	+3,6
Funktionsdienst	119.880	52.978	44,2	103.798	42.045	40,5	+15,5	+26,0	+3,7
Klinisches Hauspersonal	15.979	10.825	67,7	21.148	12.529	59,2	-24,4	-13,6	+ 8,5
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	54.944	24.828	45,2	66.062	27.258	41,3	-16,8	- 8,9	+3,9
Technischer Dienst	18.704	2.301	12,3	19.702	1.810	9,1	-5,1	+27,1	+3,2
Verwaltungsdienst	74.235	28.276	38,1	69.731	24.553	35,2	+ 6,5	+15,2	+2,9
Sonderdienste	5.049	2.049	40,6	4.966	1.901	38,2	+ 1,7	+ 7,8	+2,4

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE); www.gbe-bund.de; online abgerufen am 17.3.2013; eigene Darstellung und Berechnung.

Zuwachs von 8,5 Prozent beim „Klinischen Hauspersonal“. Betrachtet man auch die Entwicklung vor 2005, lässt sich unter Rückgriff auf Simon

(2008) für die Pflege im Zeitraum 1996 bis 2006 Folgendes festhalten:

„Im Unterschied zu den beiden anderen [„Wirtschafts- und Versorgungsdienst“ und „Klinisches Hauspersonal“; Anm. d. Verf.] vom Stellenabbau stark betroffenen Bereichen, handelt es sich beim Stellenabbau im Pflegedienst um einen effektiven Abbau von Personalkapazitäten. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, weil die Pflege direkt am Patienten tätig ist und ein Stellenabbau in dem erfolgten Umfang mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat.“

(Simon 2008: 113)

Der Personalaufbau der letzten Jahre hat insofern primär den Charakter einer aufholenden Modernisierung des Personalbesatzes in der Pflege. Als echte Verbesserung der Personalausstattung der Pflege im Krankenhaus kann dies jedoch nicht interpretiert werden.⁶

Die Darstellung der Beschäftigungsentwicklung nach Berufen und Beschäftigungsarten zwischen 2005 und 2011 lässt deutliche Unterschiede in der Beschäftigungsstrukturentwicklung erkennen. Während beispielsweise die „Sonstigen Pflegepersonen“ mit einem Plus von 27,9 Prozent im Betrachtungszeitraum deutliche Beschäftigungsgewinne verzeichnen konnten, hat sich die Beschäftigung von Krankenpflegehelferinnen und -helfern (-5,1 Prozent), von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (-4,0 Prozent) sowie von Diätassistentinnen und -assistenten (-5,5 Prozent) rückläufig entwickelt. Deutliche Beschäftigungszuwächse konnten neben den „Sonstigen Pflegepersonen“ zudem die Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und As-

sistenten (+15,5 Prozent) sowie Logopädinnen und Logopäden (31,2 Prozent) verzeichnen. Bei allen betrachteten Berufsgruppen ist zwischen 2005 und 2011 ein Zuwachs an Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung zu verzeichnen. Zudem lassen sich Berufsgruppen identifizieren, die einen Beschäftigungsabbau bei einem gleichzeitigen Bedeutungsgewinn von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung zu verzeichnen hatten (z. B. Diätassistentinnen und Diätassistenten, Medizinisch-technische Assistentinnen/Assistenten; Krankenpflegehelferinnen und -helfer). Auch zeigt sich, dass es zwischen den Berufen sowie innerhalb der Berufsgruppen zu beschäftigungsstrukturellen Umbrüchen gekommen ist. Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass die Teilzeitbeschäftigung in vielen Krankenhäusern in den vergangenen Jahren als Managementstrategie verfolgt wurde. Ziel war es, eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes durch die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen zu erzielen. Allerdings kann dies zu einer zunehmend kleinteiligeren Zergliederung der Arbeitsprozesse beitragen. Zum anderen kann der Bedeutungsgewinn von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung auch als Reaktion auf die hohe Arbeitsbelastung und die Intensivierung des Leistungsgeschehens in den Einrichtungen gesehen werden. Für viele Beschäftigte war die Teilzeitarbeit zudem die einzige Option zum Wiedereinstieg in der Pflege (Simon 2011). Bei der individuellen Betreuung und Begleitung von Wiedereinsteigerinnen stoßen die Einrichtungen jedoch zunehmend an den Grenzen ihrer Organisationsfähigkeit (Dörpinghaus/Evans 2011).

6 Vorliegende Daten zur Entwicklung des Personals in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland zwischen 1999 bis 2011 bestätigten die These, dass auch dort zwar „mehr Köpfe“ in der Pflege tätig sind, durch die starke Verbreitung von sozialversicherungspflichtiger Teilzeitarbeit sowie von Minijobs jedoch keine grundsätzliche Besserstellung der Personalkapazitäten in der Pflegearbeit erzielt werden konnte (www.Sozialpolitik-aktuell.de; 5.3.2012).

Tabelle 4:

Beschäftigte nach Berufen und Beschäftigungsart im Krankenhaus (2005, 2011)

Funktionsbereich/Beruf	Beschäftigungsentwicklung (2005-2011)	Entwicklung Teilzeit-/geringfügig Beschäftigte
Nichtärztliches Personal insgesamt	+4,1	+12,1
Pflegedienst <i>davon:</i>	+4,8	+11,4
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/ Gesundheits- und Krankenpfleger	+4,9	+11,7
Krankenpflegerhelferinnen und Krankenpflegehelfer	-5,1	+4,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	-4,0	+3,0
Sonstige Pflegepersonen*	+27,9	+28,4
Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten	-0,8	+5,5
Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und Radiologieassistenten	+ 4,0	+16,3
Pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten	+15,5	+24,0
Krankengymnastinnen und Krankengymnasten/ Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	+6,6	+22,2
Logopädinnen und Logopäden	+31,2	+45,8
Diätassistentinnen und Diätassistenten	-5,5	+15,6
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter	+2,1	+14,8

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE); www.gbe-bund.de; online abgerufen am 17.3.2013; eigene Darstellung und Berechnung.

4. Zentrale Befunde

Die wesentlichen Befunde der Untersuchung werden nachfolgend in Form von Kernaussagen strukturiert und erläutert.

Befund 1: Die Veränderungen der Aufgabenverteilung insbesondere zwischen ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Assistenzdiensten sind in den Krankenhäusern weit verbreitet. Die Entwicklung wird von vielfältigen und teils widersprüchlichen Interessen getrieben.

Ein zentrales Thema im Kontext der Entwicklung der Berufsbilder im Krankenhaus ist die flächendeckend zu beobachtende Veränderung der Aufgabenverteilung. Diese kommt 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. Rossbruch 2003; Stemmer et al. 2008; Barth 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).

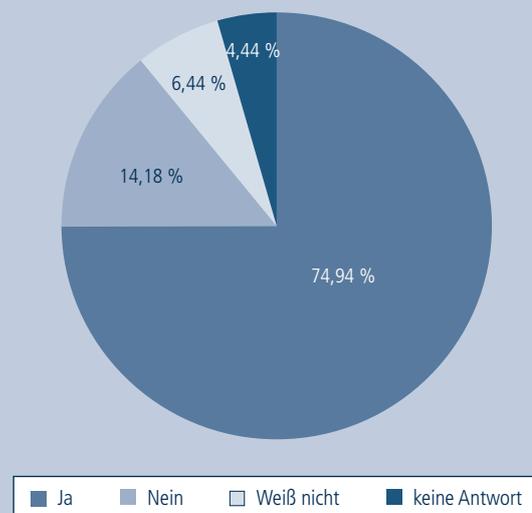
Besonders der Pflegedienst hat in den vergangenen Jahren diverse Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich übernommen. Die wichtigsten Tätigkeiten sind Blutentnahme, intravenöse Infusionen und Injektionen, Zytostatikagabe, Legen von Venenkanülen, Entfernung zentraler Venenkatheter u. ä. (vgl. VPU 2007). Es ist davon auszu-

gehen, dass die große Mehrheit der Kliniken eine solche Übertragung von Aufgaben, insbesondere von einzelnen Tätigkeiten, vom ärztlichen auf den pflegerischen Dienst oder/und Assistenzberufe bereits umsetzt. So geben nach vorläufiger Auswertung der Online-Befragung „Arbeitsreport Krankenhaus“ unter Beschäftigten auf bettenführenden Stationen in deutschen Krankenhäusern (Bräutigam/Evans/Hilbert, i.E.) rund 75 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Pflege an, dass der Pflegedienst in den vergangenen Jahren Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich übernommen habe (Abbildung 6). Die Ergebnisse zeigen zudem, dass auch Wundmanagement, Belegungsmanagement sowie Dokumentations- und

Abbildung 6:

Übernahme von Aufgaben des ärztlichen Dienstes durch den Pflegedienst

Hat der Pflegedienst auf Ihrer Station/Abteilung in den vergangenen Jahren Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen? (n=1.756)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Verwaltungsaufgaben hierzu gezählt werden müssen. Quantitativ bedeutsam sind – wie zu erwarten war – Tätigkeiten wie Blutentnahme, Injektionen, Infusionen etc. Unklar ist dabei, welche Kriterien für die Auswahl zur Umverteilung ausschlaggebend sind. Grundlegende Meinungsverschiedenheiten bestehen zur Form der Übertragung. Der Deutsche Ärztetag besteht auf reiner Delegation umschriebener Tätigkeiten unter ärztlicher Aufsicht (Deutscher Ärztetag 2008), Verbände der Pflege sowie wissenschaftliche Stellungnahmen favorisieren die Substitution und Übertragung von Aufgabenkomplexen inklusive der Verantwortung, Haftung und personellen Ressourcen (DPR 2006; Stemmer et al. 2008).

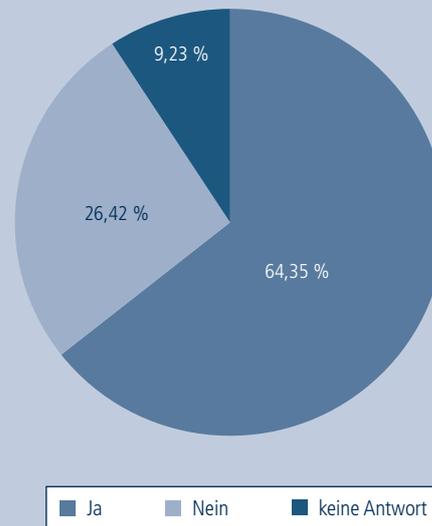
Der diese zusätzlichen Aufgaben übernehmende Pflegedienst ist seit längerer Zeit einer Verdichtung der Versorgungsprozesse und einer Erhöhung der pflegefachlichen Anforderungen bei gleichzeitigem umfangreichen Stellenabbau ausgesetzt. Der Verdichtungseffekt resultiert aus der deutlichen Verweildauerverkürzung, steigenden Fallzahlen und dem Anstieg der Anzahl durchgeführter medizinischer Leistungen. Auch hat das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten zugenommen (siehe bspw. Isfort/Weidner 2007: 25). Es sind deutliche Veränderungen der Altersstruktur und eine Steigerung altersassoziierter Erkrankungen zu verzeichnen. Gleichzeitig wurde im Kontext des wachsenden wirtschaftlichen Drucks bereits ab 1995 die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst von Jahr zu Jahr reduziert und erreichte 2007 einen Tiefpunkt. Im genannten Zeitraum wurde die Personalstärke⁷ von 350.571 um rund 14,9 Prozent auf 298.325 verringert.⁸ Seitdem hat sich die Zahl mit leicht ansteigender Tendenz stabilisiert (Simon 2012). Die vorläufigen Ergebnisse des „Arbeitsreports Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.) zeigen, dass die große Mehrheit der befragten Pflegenden im Krankenhaus diese Tendenz auch noch für die letzten Jahre bestätigt (Abbildung 7).

Dies ist der Hintergrund, vor dem durch die Übernahme neuer Aufgaben ein „Kaskadeneffekt“

Abbildung 7:

Abbau von Pflegestellen

Sind in den vergangenen Jahren auf Ihrer Station/in Ihrem Arbeitsbereich Pflegestellen abgebaut worden?
(n=1.756)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i. E.).

(Offermanns/Bergmann 2010: 189ff.) einsetzt: Der Pflegedienst übernimmt Aufgaben vom ärztlichen Dienst und gibt im Gegenzug andere Aufgaben an weitere Dienste ab.

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 (Blum 2003; Offermanns/Bergmann 2010). Genannt werden müssen u.a. Serviceassistentinnen, Stationssekretärinnen, Versorgungsassistentinnen, Hol- und Bringdienste sowie

⁷ Ohne Pflegenden im Funktionsdienst der Krankenhäuser. Zu dieser Frage siehe Simon (2012).

⁸ Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>; 12.11.2012.

Patientenbegleitdienste.⁹ Sowohl die Veränderung der Aufgabenzuschnitte als auch der Einsatz von assistierenden Diensten ist weit verbreitet. Quantitativ im Vordergrund stehen nach den vorläufigen Resultaten des „Arbeitsreports Krankenhaus“ Aufgaben wie Mahlzeitenbestellung, Patientenbegleitung, Boten- und Transportaufgaben, Reinigung und Aufbereitung (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.). Für den *patientennahen Aufgabenbereich* werden ausgewählte Teilprozesse in den Bereichen „Körperpflege“, „Ernährung“, „Ausscheidung“, „Bewegung und Lagerung“ sowie „Weitere Tätigkeiten vom Check-in bis Check-out des Patienten“ als delegierbar diskutiert (Offermanns/Bergmann 2010). Wohl deshalb, weil es in diesen traditionell kernpflegerischen Bereichen bei unsachgemäßer Ausführung zu Patientenschädigungen kommen kann und „es nicht nur um das „handwerkliche“ Know-how, sondern auch um die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten geht“ (Offermanns/Bergmann 2010: 59), die pflegfachliche Qualifikation erfordert, sind auf diesem Feld nur vergleichsweise geringe Aktivitäten zu verzeichnen (vgl. Isfort/Weidner 2010). Solche Aufgaben werden auch von den befragten Pflegenden im Arbeitsreport Krankenhaus nur in sehr geringem Ausmaß als Entlastungspotenzial identifiziert (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.).

Hinter den skizzierten Entwicklungen stehen verschiedene Interessen. Als ein entscheidender Treiber ist der Kostendruck der Kliniken auszumachen. Die Änderungen dienen insbesondere der betriebswirtschaftlich gedachten Steigerung der Effizienz durch einen möglichst kostengünstigen Skill-Mix. In einem Experteninterview wurde dies wie folgt kommentiert:

„Anreizsysteme zielten häufig auf Effizienzsteigerungen und weniger auf Substanzerhalt. Häuser müssen viele Investitionen tätigen, damit sie am Markt bestehen können. Wer das nicht mitmacht, lebt noch ein paar Jahre von der Substanz und dann fehlen ihm viele Jahre. Das ist Raubbau. Das ist wirklich Effizienzsteigerung und Substanzverlust.“

Durch einen kostengünstigeren Skill-Mix soll vermieden werden, dass qualifizierte und damit teure Beschäftigte Tätigkeiten ausführen, für die sie „überqualifiziert“ sind. Dies setzt die Aufteilung der Arbeitsprozesse in Einzelverrichtungen voraus, die dann nach Qualifikation an verschiedene Beschäftigtengruppen verteilt werden. Diese Logik trifft bei den etablierten Berufen – insbesondere bei Pflege und Medizin – auf ein geteiltes Echo. Einerseits kann die Entlastung von Teilen des Aufgabenspektrums die Konzentration auf die patientennahen Kernaufgaben begünstigen, andererseits bestehen Befürchtungen hinsichtlich einer Deprofessionalisierung. Teilweise wird das Vorgehen der Kliniken flankiert von einer berufspolitischen Motivation bzw. einem Professionalisierungsverständnis insbesondere der Pflege, das eine Erweiterung der Verantwortung durch die Übernahme von Aufgaben aus dem ärztlichen Aufgabenfeld befürwortet, weil damit eine Aufwertung verbunden sei (exemplarisch Wagner 2010). Angesichts des begrenzten Fachkräfteangebots impliziert diese Erweiterung die Differenzierung der Pflege in „qualifizierte“, d. h. im Wesentlichen medizinnahe Aufgaben für Fachkräfte, für die wiederum Fortbildungen erforderlich sein können einerseits und „einfache“, eher körpernahe und psychosoziale Unterstützungsleistungen andererseits, die teilweise von niedrigqualifizierten Beschäftigten erledigt werden müssten. Diese Position wird aus wissenschaftlicher Sicht teilweise scharf kritisiert, da sie das Proprium der Beziehungsarbeit Pflege opfere (Hülsken-Giesler 2009: 6).

Zu der Frage, ob die Veränderungen der Aufgabenverteilung auch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten führt, stimmen – zumindest aus Sicht der Beschäftigten – die vorläufigen Ergebnisse des Arbeitsreports Krankenhaus wenig optimistisch. Lediglich rund elf Prozent der Befragten äußern sich zustimmend (siehe Abbildung 8).

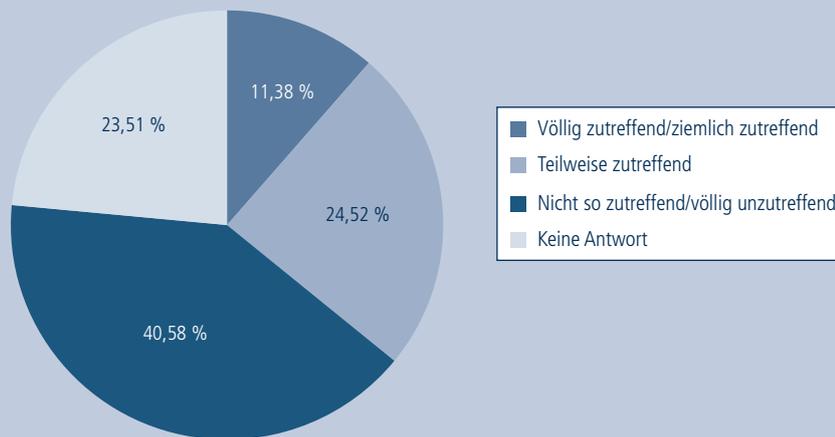
In den Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass eine Bereinigung um Tätigkeiten außerhalb der Kernaufgaben nicht nur positive

9 Die Zuordnung der Patientenbegleitung (zu Untersuchungen etc.) zu den patientenfernen Aufgaben wirkt wenig überzeugend.

Abbildung 8:

Auswirkung von veränderter Aufgabenverteilung auf Patientinnen und Patienten

Falls es in den vergangenen Jahren Veränderungen in der Aufgabenverteilung in Ihrem Arbeitsbereich gegeben hat, bewerten Sie bitte folgende Aussagen:
Die Aufgabenverteilung führt zu Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten. (n=1.880)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Effekte nach sich zieht. So haben beispielsweise Dokumentations- und Servicetätigkeiten durchaus auch eine Entlastungs- und Pufferfunktion im Arbeitsprozess. Eine permanente Fokussierung auf Kernaufgaben – sofern sie überhaupt gelingt – kann nicht nur sehr belastend, sondern im Sinne der Prozessorientierung auch geradezu kontraproduktiv sein. Statt einer Arbeitsentlastung wäre eine Steigerung der Arbeitsbelastung die Folge. Auch wurde in den Interviews angemerkt, dass aufgrund der skizzierten Entwicklungen zwar durchaus „mehr Füße“ auf den Stationen unterwegs seien, es allerdings fraglich sei, ob diese Entwicklung auch tatsächlich zu einer besseren Qualität der Versorgung führe.

Die skizzierte Entwicklung ist problematisch, weil sie die Zergliederung in Einzeltätigkeiten und deren Umverteilung impliziert. Dies bedeutet die Übertragung von Prinzipien der tayloristischen Produktion auf qualifizierte Dienstleistungsarbeit in sensiblen Situationen. Das mag aus betriebswirtschaftlicher Sicht logisch erscheinen, im Kontext professioneller Interaktionsarbeit wirkt es dagegen kontraproduktiv, da fachliche

Kompetenz oft erst in komplexeren Situationen zum Tragen kommt. „Einfache“ und „anspruchsvollere“ Tätigkeiten können als solche kaum gegeneinander abgegrenzt werden, um erstere dann arbeitsteilig an geringqualifizierte Personen zu übertragen, wie dies in der Diskussion um neue Aufgabenteilung in der Gesundheitsarbeit behauptet wird, da sich das Anspruchsniveau einer Tätigkeit bei jedem Patienten und mit jeder Interaktion situativ unterschiedlich darstellt. Die Forderung, insbesondere in der Pflege körpernahe Tätigkeiten und Emotionsarbeit als „personenbezogene Basispflege“ (HWP 2007: 83) an Assistenzpersonen zu delegieren, gefährdet nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch die pflegerische Professionalität.

Zudem stellt eine Aufspaltung der anfallenden Aufgaben die Beteiligten vor das Problem der Reorganisation. Die Aufteilung von Arbeitsprozessen erfordert wegen der zusätzlichen Schnittstellen einen erhöhten Bedarf an kommunikativer Abstimmung und Kontrolle und birgt aufgrund des partiellen Ausblendens fachlicher Kompetenz Gefahren für die Patientinnen und

Patienten. Diese Nachteile stellen zudem nicht nur die Qualität, sondern auch die intendierte Kosteneinsparung in Frage.¹⁰

Befund 2: Es entwickeln sich neue Qualifikationen und Berufe auf unterschiedlichem Niveau – eine kaleidoskopische Berufelandschaft mit nicht-intendierten Effekten ist die Folge.

Die skizzierten Umverteilungen bedeuten, dass Teile des Aufgabenspektrums der etablierten Berufe hinsichtlich der Zuständigkeit zur Disposition gestellt werden. Basis hierfür ist eine weitgehende Zergliederung von Aufgabenfeldern in Einzeltätigkeiten. Diese Entwicklung hat weitreichende Konsequenzen bezüglich der Frage, welche Qualifikationen und Kompetenzen die Krankenhäuser bei ihren Beschäftigten vorhalten müssen, um die Versorgungsprozesse in ausreichender Qualität zu gewährleisten. Die derzeitige Landschaft lässt sich wie folgt nachzeichnen:

– **Aufgabenfelder für nicht oder niedrig qualifizierte Beschäftigte:** Durch Ausgliederung von Tätigkeiten aus bisherigen Zuständigkeiten etablierter Berufe, insbesondere der Pflege, werden neue Aufgabenzuschnitte gebildet. In den allermeisten Fällen werden neu eingestellte oder durch Umorganisation frei gewordene Beschäftigte für Assistenz- und Serviceaufgaben, die aus dem pflegerischen Aufgabenbereich ausgegliedert werden, per Anleitung oder kurzer *betriebsinterner Maßnahmen* qualifiziert. Gelegentlich handelt es sich auch um qualifizierte Personen aus anderen Branchen (z.B. Hotelgewerbe). Diese Beschäftigten firmieren unter verschiedenen Bezeichnungen wie Versorgungsassistentinnen, Servicehelferinnen, Serviceassistentinnen oder Stationsassistentinnen, deren Aufgabenzuschnitte uneinheitlich sind. Teilweise sind sie auch für die Begleitung von Patienten oder den Transport von Material und Betten zuständig, teilweise werden für solche Aufgaben eigene stationsübergreifende Dienste gebildet. Solche *Spezialdienste* mit sehr begrenztem Aufgabenbereich, z.B. ein reiner

Patientenbegleitdienst, sind in vielen Häusern anzutreffen. Solchen neuen Aufgabendefinitionen ist zumindest zugute zu halten, dass sie neue Chancen für Personen schaffen, die zuvor kaum Zugang zum Krankenhaus als Arbeitsort hatten.

- Die **Neudefinition von Tätigkeitsfeldern für Angehörige bestehender Berufe** (medizinische Fachangestellte, Pflegende u. a.) insbesondere für Koordinationsaufgaben durch deren Ausgliederung aus dem Aufgabenspektrum anderer Berufe oder durch Neuordnung innerhalb von Berufen. Beispiele sind Stationsmanagement/Stationssekretariat, bei denen Terminus- und Kommunikation nach innen und außen, Dokumentationsaufgaben etc. gebündelt werden und die für die reibungslosen Abläufe auf den Stationen von hoher Bedeutung sind. Diese Aufgaben sind entsprechend anspruchsvoll und setzen neben einer Berufsausbildung in der Regel auch Berufserfahrung voraus. Ansätze für diese beiden ersten Tätigkeitsfelder sind im Übrigen bereits in den 1980er und 1990er Jahren zu finden und leben derzeit wieder auf (Agnes Karll Institut 1993). Ein eher exotisches Beispiel sind die sog. Phlebotomisten¹¹ am Klinikum Ludwigshafen, Medizinische Fachangestellte, die ausschließlich auf die Blutentnahme beim Patienten spezialisiert sind.
- Die Übertragung von qualifizierten diagnostischen und therapeutischen **Aufgaben vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst**. Hierbei handelt es sich überwiegend um Einzeltätigkeiten (s.o.), teilweise auch um komplexere Aufgaben wie 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 bleibt bestehen. Pflegearbeit im Krankenhaus hat in den vergangenen Jahren bereits nachhaltige Veränderungen erfahren. In den Experteninterviews deutete sich an, dass insbesondere in

¹⁰ Siehe das anschauliche Beispiel in DBfK (2011: 20).

¹¹ Dieses Berufsbild ist international durchaus verbreitet.

der Pflege ein Verlust verlässlicher Orientierungen thematisiert wird: Auf der einen Seite gewinnen akademische Kompetenzen in der Patientenversorgung, Leitung und Ausbildung an Bedeutung. Auf der anderen Seite setzen viele Krankenhäuser auch auf geringer qualifizierte Service- und Assistenzdienste. Über die Folgen dieser Entwicklungen für die professionelle Autonomie, die inter- und intraprofessionelle Arbeitsteilung und den sozialen Status neuer und etablierter Berufsbilder im Berufsgefüge ist bislang wenig bekannt. Dies gilt nicht zuletzt auch hinsichtlich der Konsequenzen dieser Entwicklungen für die Tarifierung und Kostenentwicklung der Krankenhäuser.

- Neue, insbesondere **pflegerische Spezialisierungen** entstehen bezogen auf bestimmte Zielgruppen oder Problemstellungen, etwa Patientinnen und 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. Wird beispielsweise ein Krankenhaus Brustzentrum oder wird eine Stroke Unit gebildet, werden einzelne Pflegenden aus dem eigenen Haus entsprechend weitergebildet oder Absolventinnen und Absolventen neu eingestellt. Diese Spezialisierung im Sinn von Pflegeexpertinnen und -experten ist international üblich. Hier zeigt sich zudem deutlich, wie die Profilbildung in der Versorgungslandschaft und die Spezialisierung von Kompetenzen wechselseitig aufeinander bezogen sind.
- **Neue Berufe** werden bereits seit längerer Zeit geschaffen und es kann eine zunehmende Spezialisierung und Diversifizierung von Berufsbildern und Kompetenzprofilen beobachtet werden (Offermanns/Bergmann 2008). Hierzu zählen beispielsweise die Schaffung neuer Assistenzberufe (z. B. Operationstechnische Assis-

tentin/Operationstechnischer Assistent) [OTA], Chirurgisch-technische Assistentin/Assistent [CTA] oder Physician Assistant) oder die Abgabe von pflegerischen Aufgaben an Pflegeassistenzen oder Servicepersonal. Die Entwicklung der OTA Anfang der 1990er Jahre war das Ergebnis einer gemeinsamen Strategie von Ärzteschaft und Pflege zur Überwindung einer Situation akuten Fachkräftemangels. Das Arbeitsfeld selbst wurde primär aus einem *pflegerischen Bedarf* mangels qualifizierter OP-Pflegekräfte abgeleitet (Grunow et al. 2000). Nach Angaben von Grundmann (2011) arbeiten derzeit schätzungsweise 2.000 OTAs in deutschen Krankenhäusern. Mit steigender Bettenzahl des Krankenhauses nimmt der Beschäftigungsgrad von OTAs deutlich zu. Die Entwicklung der Ausbildungszahlen war in der Vergangenheit überaus dynamisch, der Anteil der OTA am nicht-ärztlichen OP-Personal beträgt aktuell rund sechs Prozent. Auch für die Zukunft wird ein wachsender Bedarf an OTAs prognostiziert (ebd.). Demgegenüber ist die Entwicklung des CTA stärker auf spezialisierte, *ärztlich orientierte und delegierbare* Assistenzaufgaben im medizinischen und operativen Bereich zurückzuführen (Blum 2010). Beide 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. Die erwähnten Berufe dienen primär der ärztlichen Assistenz und ersetzen teilweise die Pflegenden mit Fachweiterbildung in OP und Anästhesie, deren Qualifikationsphasen wesentlich länger sind, da auf Grundlage einer pflegerischen Berufsausbildung sowie meist mehrjähriger Berufserfahrung eine zweijährige Fachweiterbildung absolviert wird.¹²

12 Ein Sonderfall ist die stark kritisierte und nicht anerkannte dreijährige Ausbildung zur „Intensivpflegekraft“ des Klinikverbundes Südwest in Baden-Württemberg, mit der die längere Ausbildung zur Intensivpflegefachkraft umgangen werden soll, um dem Mangel an Fachkräften auf Intensivstationen zu begegnen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine reguläre pflegerische Ausbildung.

- **Akademische weiterbildende Qualifikationen.** Jenseits der seit längerer Zeit etablierten Studiengänge wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik etc. finden sich zunehmend weitere akademische Qualifikationen. Die Implementierung von „Advanced Nursing Practice“ findet sich seit einigen Jahren in ersten Krankenhäusern (Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf-Kaiserswerth, Universitätsklinikum Freiburg). Dabei handelt es sich um „Pflegeexpertinnen und -experten“ im Sinn klinisch tätiger Pflegeakademikerinnen und -akademiker. Zum Einsatz kommen Personen mit pflegerischer Berufsausbildung und Master- oder auch Bachelorabschluss, deren Aufgaben klinikindividuell festgelegt werden. Drei wesentliche Charakteristika zeichnen diese erweiterte Pflegepraxis aus: (1) Spezialisierung auf bestimmte Gesundheitsprobleme oder Klientengruppen, (2) Erweiterung des pflegerischen Kompetenzbereichs und (3) Fortschritt im Sinn der Verbesserung der Versorgungsqualität und der pflegerischen Ergebnisse (Spirig et al. 2004). Wichtige Aufgaben sind die direkte Arbeit mit Klienten, Beratung von Klienten, Pflegenden und Management, Case Management, die Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis im Sinn einer Evidenzbasierung sowie Forschung (SVR 2007; Mendel und Feuchtinger 2009; Sachs 2007; Spirig und De Geest 2004; Stemmer et al. 2008). Diese international weit verbreitete pflegerische Funktion findet sich in Deutschland bisher nur in ersten Anfängen. 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.
- **Grundständige akademische Berufsqualifizierung** 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). Duale Studiengänge sind durch die Verzahnung von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen gekennzeichnet, während primärqualifizierende Studiengänge auf Basis geltender Modellklauseln ein Studium ermöglichen, das in Kooperation von Hochschulen und Praxiseinrichtungen auch die durch die Berufsgesetze vorgeschriebene staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufsbezeichnung in das Studium integrieren (Kälble 2012). Die Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge sollen klinisch tätig sein, die genaue Verwendung und das Verhältnis zu anderen Qualifikationen erscheinen allerdings derzeit noch nicht klar. Der Wissenschaftsrat verweist im Rahmen seiner „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ (2012) darauf, dass die Komplexität der Aufgaben die fachschulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in Pflege, Therapie und Hebammenwesen an ihre Grenzen führe. Empfohlen wird eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Rund zehn bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrganges sollen im Rahmen eines grundständigen Studiums als reflektierte Praktiker zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten und zur interprofessionellen Teamarbeit ausgebildet werden (Räbiger 2012).
- **Weitere zu nennende Berufsbilder** sind im MTA-Bereich Medizinisch-Technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten (MTLA), Medizinisch-Technische Radiologieassistentinnen und -assistenten (MTRA), Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF) oder etwa Zytologieassistentinnen und -assistenten, HNO-Audiologieassistentinnen und -assistenten sowie

Telemedizinische Assistentinnen und 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 berufsbegleitender Bachelorstudiengänge (Blum/Grohmann 2009). Insbesondere Qualifikationen im Bereich molekularer Diagnostik, laborspezifischer EDV, im Bereich der Automatisierungstechnologie und im Bereich der digitalen Bildgebungsverfahren gewinnen an Bedeutung. In der Folge wird ein Bedarf in der Aktualisierung der Ausbildungsinhalte, in der Standardisierung der praktischen Ausbildung sowie einer Verbesserung der Praxisanleitung in den praktischen Ausbildungsstätten formuliert (Blum/Grohmann 2009).

Eine Klärung insbesondere derjenigen Tätigkeitsfelder, die zukünftig von akademisch aus- oder weitergebildeten Beschäftigten im Zusammenspiel mit den weiteren Qualifikationsebenen wahrgenommen werden könnten, fehlt bisher vielfach. Auch wäre kritisch zu überprüfen, inwieweit die derzeitigen Ausbildungsinhalte den Praxisanforderungen, -bedingungen und -erwartungen gerecht werden und wo ggfs. noch Nachbesserungsbedarf besteht. Unklar ist zudem, wie Kosten und tarifrechtliche Auswirkungen zu bewerten wären (Kälble 2012).

Die Entwicklung ist also 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.

Die Interviews zeigen, dass sich insbesondere die niedrighschwelligeren Tätigkeiten (z. B. Assistenzdienste) in der Praxis vielfach als Sackgasse erweisen. 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 Bewerberinnen und Bewerber gewonnen werden können, erscheint fraglich. Auch für Pflegehelferinnen und -helfer zeigte sich, dass sich dieses Qualifikationsniveau als Sackgasse entpuppen kann, da eine Weiterqualifikation zur Fachkraft eher selten gefördert wird oder finanziell für die Beschäftigten schwer tragbar ist.

Fragwürdig erscheint auch die Tendenz, für identifizierte Problembereiche (vor)schnell Spezialqualifikationen zu schaffen. In vielen Fällen könnten möglicherweise die etablierten Berufe durch organisatorische Veränderungen und Qualifizierung praktikable Lösungen anbieten. Erweiterte Kompetenzprofile kommen in der Praxis zudem sehr unterschiedlich zum Einsatz. Ein Beispiel, das im Rahmen der Expertise näher untersucht wurde, ist das des Case Managements. Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) definiert das Case Management wie folgt:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden

können. [...] Relevant im Case Management ist die Unterscheidung von Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management sind fließend.“¹³

Meist handelt es sich bei Case Managern/Case Managerinnen um Pflegefachkräfte oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit entsprechender Zusatzqualifikation. Die Interviews zeigen, dass das Aufgabenspektrum des Case Managements im Krankenhaus von unterstützenden Tätigkeiten der Informationssammlung und der Informationsvermittlung an Patientinnen und Patienten und Angehörige bis hin zu einer umfassenderen Patienten- und Versorgungssteuerung auch im prä- und poststationären Bereich reicht. Dies umfasst auch die Begleitung, Betreuung und Versorgung im häuslichen Umfeld, an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung oder zur Altenhilfe. Aus Perspektive der Krankenhäuser kann das Berufsbild verschiedene Funktionen erfüllen. So besteht eine Aufgabe darin, die Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Rahmen des DRG-Systems zu senken und die Versorgungsqualität zu sichern oder gar zu verbessern. Die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist eine zentrale Gestaltungsherausforderung der Krankenhäuser. Case Manager können dazu beitragen, den Versorgungsprozess innerhalb der stationären Versorgung bestmöglich zu planen und zu gestalten. Darüber hinaus haben Krankenhäuser auch ein Interesse daran, die Versorgungs- und Wertschöpfungsketten, in die sie vor Ort eingebunden sind, zu optimieren und ihre Kooperationsbeziehungen mit Zuweisern zu verbessern. Durch ein verbessertes einrichtungsübergreifendes Prozessmanagement soll dazu beigetragen werden, Unter-, Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden. Bereits an dieser kurzen Darstellung werden das Spektrum des Berufsfeldes und das mögliche Interesse der Krankenhäuser an der Integration dieses Berufsbildes deutlich.

Wo es gelingt, das Case Management für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen als roten Faden der Informationssammlung, -weitergabe und strukturierter Prozesssteuerung zu etablieren, können entsprechend positive Effekte für die Patienten, die Beschäftigten und die Einrichtungen realisiert werden. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Etablierung entsprechender Berufsbilder keineswegs spannungsfrei ist: Wo der Zusatznutzen dieser neuen oder erweiterten Kompetenzprofile nicht deutlich wird, kann es zu Spannungen mit etablierten Berufsgruppen wie Sozialdiensten oder dem Pflegedienst kommen. Das Beispiel „Case Management“ zeigt, wie ein spezifischer Bedarf in der Gesundheitsversorgung durch ein spezialisiertes Berufsbild beantwortet wird. Bereits bei der Etablierung des Überleitungsmanagements zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität wurde dieses Phänomen deutlich. Weniger populär ist es, die bestehenden Berufe und interprofessionelle Kooperationen zu optimieren, obwohl die Stärkung interprofessioneller Teamarbeit mit komplementären und ineinander greifenden Leistungen als Schlüssel für eine patienten- und ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung gilt:

„Um den Schwächen einer tayloristisch organisierten sektoral gegliederten Gesundheitsversorgung begegnen und mehr Patienten- und Ergebnisorientierung erzielen zu können, werden international auf interprofessionelle Teams ausgerichtete Versorgungsmodelle favorisiert. [...] Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass keine Profession oder Institution allein in der Lage ist, den komplexen Problem- und Bedarfslagen der vorwiegend zu versorgenden Patientengruppen zu entsprechen und die nötigen mehrdimensionalen Versorgungsangebote vorzuhalten. Eine patienten- und ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung verlangt vielmehr nach einem zielgerichteten und partnerschaftlichen Zusammenwirken verschiedener professioneller Akteure mit komplementären Sichtweisen, Wissensgrundlagen und Interventionen.“

(Ewers 2012)

13 [Http://www.dgcc.de/wasistcm.html](http://www.dgcc.de/wasistcm.html), online abgerufen am 3.4.2013.

Die derzeitige Entwicklung präsentiert sich mit ihren vielfältigen Profilen, Kompetenzniveaus und Einsatzfeldern als ein Kaleidoskop, dessen Nutzen für mehr Patientenorientierung, bessere Arbeitsbedingungen und mehr Wirtschaftlichkeit in Teilen fragwürdig erscheint. Auch verbergen sich hinter entsprechenden Bildungsangeboten durchaus unterschiedliche Ausbildungsinhalte und -qualitäten.

Entscheidend ist die Integration entsprechender Kompetenzprofile in Arbeitskonzepte und Teamstrukturen. Probleme treten vor allem dann auf, wenn neue Qualifikationen und Kompetenzen isoliert eingesetzt und nicht in die Prozessgestaltung eingebunden werden. Deutlich wird zudem, dass sich tragfähige Lösungen zum erfolgreichen Einsatz neuer Berufsbilder und neuer Aufgabenteilungen von Krankenhaus zu Krankenhaus unterscheiden. Bauliche, technische wie auch organisatorische Strukturen oder personelle Voraussetzungen determinieren vielfach den Rahmen, in dem eine Umsetzung entsprechender Modelle überhaupt möglich ist. Auch die Schichtstärke, das zu versorgende Patientenklientel oder die Größe einer Abteilung setzen Grenzen für die Integration neuer Berufsbilder und neuer Wege der Aufgabenverteilung (Offermanns 2013). Einen *one best way* der Gestaltung gibt es wohl nicht – aber viele unterschiedliche Wege. Die tatsächlich vorhandenen Chancen neuer Berufsbilder und Aufgabenverteilungen können vor allem dann zielführend genutzt werden, wenn sie in entsprechende Versorgungskonzepte eingebunden werden, nicht aber durch das Herauslösen einzelner Verrichtungen, was zu einer Verbilligung und Abwertung von Gesundheitsarbeit beiträgt. Ausgehend hiervon ist die Aufmerksamkeit zukünftig stärker auf funktionale Äquivalente im Reorganisationsprozess zu legen. Bislang ist beispielsweise nicht geklärt, ob und unter welchen Voraussetzungen sich etwa der Einsatz neuer Berufsbilder gegenüber einer Reorganisation der Aufgaben unter Rückgriff auf etablierte Berufsbilder als überlegen erweist. Hier ist zukünftig mehr Transparenz über entsprechende Lösungen, ihre Effekte und kritischen Erfolgsfaktoren nötig.

Befund 3: Versorgungsbedarf, Arbeitskonzepte und Qualifikationen/Kompetenzen werden unzureichend miteinander verknüpft. „Blinde Flecken“ bei den Leistungen und der Patientenorientierung sind die Folge.

Im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen findet sich folgende Formulierung:

„Eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bedarf einer Begründung, die sich aus dem gemeinsamen Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ergibt. Es reicht nicht, das Anliegen allein durch veränderte Herausforderungen an das Gesundheitssystem oder veränderte Versorgungsstrukturen oder gar durch die Bestrebungen einzelner Berufsgruppen zu rechtfertigen. Entscheidend kann nur eine Herleitung sein, die begründete Annahmen darüber zulässt, dass sich derzeitige Defizite der Versorgung durch eine neue Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe abbauen lassen.“

(SVR 2007: 139)

Auch das „Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe“ der Robert Bosch Stiftung fordert die „*Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten*“ (Robert Bosch Stiftung 2011: 51).

Diesem Prinzip folgend ist die Diskussion über Arbeitskonzepte und Zuständigkeiten sowie berufliche Qualifikationen und Kompetenzen um den Bedarf der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zu erweitern. Diese entscheidende Dimension bleibt in der Diskussion um die Veränderungen der Arbeit und der Qualifikationen bisher häufig unterbelichtet. Generell sind in dem Dreieck Patientenbedarfe – Arbeitskonzepte – Qualifikationen/Kompetenzen deutliche Passungsprobleme identifizierbar. So existieren Qualifikationen, die nur sehr bedingt den Arbeitsanforderungen entsprechen oder für die Konzepte erst entwickelt werden müssen. Die Erfahrungen in den Krankenhäusern mit dem Einsatz von Serviceassistentinnen oder Versorgungsassistentinnen zeigen, dass nicht selten ohne tragfähiges Konzept

Beschäftigte eingestellt werden, die dann nur unter großen Schwierigkeiten in die Arbeitsprozesse integriert werden können. Eine Klärung insbesondere derjenigen Tätigkeitsfelder, die zukünftig von akademisch ausgebildeten Gesundheitsberufen im Zusammenspiel mit den weiteren Qualifikationsebenen wahrgenommen werden könnten, fehlt bisher ebenso. Hier wäre auch kritisch zu überprüfen, inwieweit die derzeitigen Ausbildungsinhalte bestehender Berufe den Praxisanforderungen, -bedingungen und -erwartungen gerecht werden und wo ggfs. noch Nachbesorgungsbedarf besteht.

Zur Umsetzung von Arbeitskonzepten fehlen gleichzeitig teilweise die Kompetenzen. Dies zeigt das Beispiel der Demenz im Krankenhaus. „Demenz“ wird im Krankenhaus vielfach als Nebendiagnose aufgefasst, deren Besonderheiten „Störfaktoren“ bei der Therapie einer akuten Krankheit darstellen. Die Pflegebedürftigkeit besteht prinzipiell darin, dass diese Patienten von ihren kognitiven Beeinträchtigungen an „*selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe*“ (Wingefeld et al. 2007: 107) gehindert werden. Ein häufiges Merkmal dieses Phänomens ist das sogenannte „Herausfordernde Verhalten“, das von Agitation, Aggressivität, vokalen Störungen, kontinuierlichem Umhergehen oder auch ausgeprägter Apathie gekennzeichnet ist (Halek/Bartholomeyczik 2006). Der Anteil demenzerkrankter Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern wird auf mindestens zehn bis 15 Prozent geschätzt, neuere Untersuchungen gehen von 30 Prozent Patienten mit Hirnleistungsstörungen bzw. Demenz aus¹⁴ (ISO 2005; Kleina/Wingefeld 2007; Schütz/Füsgen 2012). Die Krankenhäuser sind in der Regel nur sehr bedingt auf die Betreuung dieser Patienten eingestellt und halten kaum Kompetenzen für eine fachlich angemessene Versorgung vor.

Auch darüber hinaus entsprechen sowohl Arbeitsgestaltung als auch Qualifikationen/Kompetenzen nur bedingt dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und Angehörigen. So gelingt

es beispielsweise nach wie vor in vielen Fällen nicht, dem Beratungsbedarf zu entsprechen (vgl. Abbildung 10), weder organisatorisch noch hinsichtlich der vorgehaltenen Beratungskompetenz.

Grundsätzlich bewerten allerdings die im Rahmen des Arbeitsreports Krankenhaus befragten Beschäftigten die Passung zwischen ihren Qualifikationen und Aufgaben eher positiv. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass Arbeitsabläufe kaum planbar sind und dass aus Sicht der Befragten zu wenig Zeit für ihre Kernaufgaben vorhanden ist. Das Problem besteht in den organisatorischen Rahmenbedingungen des Einsatzes der vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.). Die Arbeitsabläufe, so die These, erschweren oder konterkarieren faktisch das Zusammenspiel von (passgenauen) Qualifikationen und Aufgaben im Arbeitsprozess. Diese Problematik ist perspektivisch auch durch neue Berufe und erweiterte Kompetenzprofile kaum zu lösen; sie kann nur durch eine entsprechende Reorganisation der Arbeitsstrukturen bewältigt werden.

Die skizzierten Schwierigkeiten werden in den Kliniken überwiegend monoprofessionell in Angriff genommen, was angesichts der historisch gewachsenen „Säulenstruktur“ des Krankenhauses, die Brückenschläge zwischen Medizin, Pflege und Verwaltung stark erschwert, nicht verwunderlich ist. Auch ein Blick auf die Arbeitsorganisation auf den Stationen zeigt, dass die Professionen im Wesentlichen getrennt denken, organisieren und kommunizieren. Die Arbeitsziele und Arbeitsabläufe sind wenig aufeinander abgestimmt, werden eher ad hoc angepasst. Beispiele für das Bemühen der Professionen sind die pflegerischen Expertenstandards des DNQP (z. B. „Entlassungsmanagement in der Pflege“) oder medizinische Behandlungspfade/-leitlinien, die jeweils die Arbeit der anderen Berufe nur sehr bedingt wahrnehmen. Konzepte neuer Arbeitsteilung thematisieren indirekt auch das Recht der jeweiligen Berufsgruppe auf den Direktzugang zum Patienten, ihre Möglichkeiten zur Prozess- und Therapiesteuerung sowie die Verteilung der vorhandenen Ressourcen

14 [Http://www.uni-wh.de/university/press/presse-details/artikel/demenzpatienten-sind-in-krankenhausern-schlecht-aufgehoben/](http://www.uni-wh.de/university/press/presse-details/artikel/demenzpatienten-sind-in-krankenhausern-schlecht-aufgehoben/).

auf die Aufgaben- und Arbeitsfelder der jeweiligen Berufsgruppen. Sowohl Medizin, als auch Pflege und Therapieberufe leiten auf Basis ihrer jeweils berufsständischen Perspektive die genannten Schritte ab und begründen hieraus letztlich die Notwendigkeit, dass die eigene Profession mehr Steuerungskompetenzen in der Patientenversorgung erhalten sollte. Die aktuell diskutierten Konzepte um eine „neue Arbeitsteilung“ präsentieren sich bei genauerem Hinsehen vielfach als Konzepte einer „neuen Arbeitsverteilung“. Nicht definierte Aufgabenkomplexe, sondern die Umverteilung einzelner, bekannter Verrichtungen prägt das Bild.

In der Praxis der Krankenhäuser findet sich eine doppelte Ausblendung von Leistungen. Einerseits beschränken sich wie gesehen die Veränderungen der Aufgabenverteilung bisher 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Diese Auflistung ließe sich lange fortsetzen. Die vorläufigen Ergebnisse des „Arbeitsreports Krankenhaus“ zeigen, dass wichtige Aufgaben auf den Stationen vernachlässigt werden. Insbesondere werden genannt: Kommunikation mit und Beratung von Patientinnen und Patienten, Angehörigenbetreu-

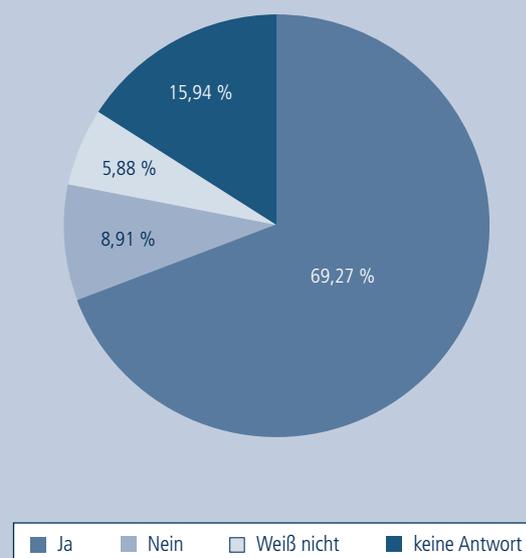
ung und auch die Ausbildungsaufgaben (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.; siehe Abbildungen 9 und 10). Diese und andere Aufgaben müssen bei der Diskussion um Arbeitskonzepte und erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen *zusätzlich einkalkuliert* werden. Es geht also um mehr als nur die Neuordnung bereits heute bestehender Zuständigkeiten.

Andererseits werden gleichzeitig viele versteckte, inoffizielle Leistungen nicht wahrgenommen und gewürdigt, die insbesondere von Pflegenden tagtäglich im Verborgenen erbracht und somit bei der Entwicklung von Arbeitskonzepten ignoriert werden. Gemeint sind die teilweise zeitintensiven Kommunikations-, Koordinations- und Organisationsleistungen, die wie ein Schmiermittel im System wirken. Damit werden Patientinnen und Patienten vor Schäden durch Krankenhausroutinen und individuelle Fehler bewahrt oder Arbeitsprozesse mit der individuellen Situation in Einklang gebracht. Solche entscheidenden Leistungen werden bei der Diskussion geflissent-

Abbildung 9:

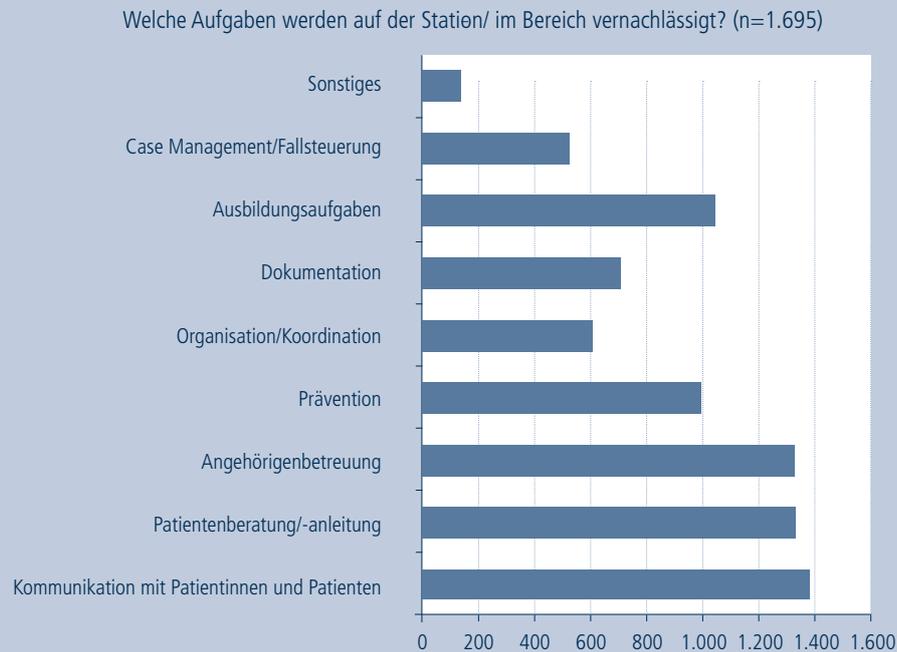
Auf der Station vernachlässigte Aufgaben

Gibt es Aufgaben, die insgesamt auf der Station/im Bereich vernachlässigt werden? (n=2.447)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Abbildung 10:

Art der vernachlässigten Aufgaben

Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

lich übersehen. Bei der Organisation einer bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung und Qualifikationsplanung sollten sie systematisch mitbedacht werden.

Die Ergebnisse der Online-Befragung und der vorliegenden Expertise sensibilisieren zudem für eine bislang unzureichend thematisierte Funktion der Krankenhäuser: Sie sind nicht nur Versorgungseinrichtung, sondern auch Ausbildungsbetrieb. Die Daten des „Arbeitsreports Krankenhaus“ zeigen, dass nach Aussagen der Beschäftigten derzeit auch Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben auf den Stationen vernachlässigt werden (Bräutigam/Evans/Hilbert, i. E.). Regelmäßige Überstunden, zu wenig Praxisanleiter, zu wenig Zeit für die Praxisanleitung, unplanmäßige Versetzungen auf andere Stationen sowie eine unzureichende Verschränkung von Theorie und Praxis gehören für viele Auszubildende in den Krankenhäusern derzeit zum Ausbildungsalltag (ver.di 2012). Im Fokus der aktuellen Debatten um zu-

kunftsfähige Qualifizierungsinhalte und -wege spielt die Frage, wie Krankenhäuser zukünftig als Ausbildungsstandorte gestärkt werden können, bislang kaum eine Rolle. Erfahrungen mit BBiG/HwO-geregelten Berufen in Deutschland zeigen, dass dieser berufsbildungspolitische Rahmen nicht nur zu einer systematischen und sozialpartnerschaftlichen Entwicklung von Berufsbildern und -profilen, sondern auch zur Organisationsentwicklung der Ausbildungsstandorte selbst beiträgt (Euler 2013). Die Suche nach zukunftsfähigen Qualifikationen und Kompetenzen für die Gesundheitsversorgung greift zu kurz, wenn nicht parallel auch nach Wegen gesucht wird, durch adäquate Arbeitsstrukturen und -bedingungen die Krankenhäuser als Ausbildungsstandorte darin zu unterstützen, eine bestmögliche Qualifizierung realisieren zu können.

Arbeit im Krankenhaus ist – zumindest wenn von den Gesundheitsberufen die Rede ist – überwiegend Interaktionsarbeit. Insbesondere Pflege,

Medizin und therapeutische Berufe sind ihrem Grundverständnis nach Interaktionsberufe, für die professionelles Arbeiten die Auseinandersetzung mit den individuellen Patientinnen und Patienten verlangt. Dem Integrierten Konzept der Interaktionsarbeit nach Böhle und Glaser (2006) zufolge, können drei Kernelemente dieser Arbeit identifiziert werden (vgl. auch Dunkel/Wehrich 2012):

- **Emotionsarbeit.** Darunter wird das permanente Steuern, Reflektieren und Kommunizieren der eigenen Gefühle verstanden. Eigene tatsächliche Gefühle und sozial erwartete Gefühle müssen im Kontakt mit den Klienten ausbalanciert werden. Diese Diskrepanz wird mit Hilfe von Techniken der Gefühlsregulierung kontinuierlich ausgeglichen (Giesenbauer/Glaser 2006: 62-68).
- **Gefühlsarbeit** basiert auf dieser Emotionsarbeit und umfasst verschiedene Typen der Bearbeitung von Gefühlen aufseiten des Patienten, wie beispielsweise das Stärken von Vertrauen, Motivation und Selbstkontrolle, die Unterstützung in Bewältigungsprozessen, Trost oder den Schutz des Patienten vor Überforderung. Diese sowohl rationale wie emotionale Arbeit ist häufig zeitlich unmittelbar mit anderen Tätigkeiten verschränkt (Giesenbauer/Glaser 2006: 68-79).
- **Subjektivierendes Arbeitshandeln.** Diese für Interaktionsarbeit typische Form des Handelns ist charakterisiert durch: (1) ein explorativ-situatives Vorgehen, (2) eine komplexe, verschiedene Sinne nutzende Wahrnehmung der Befindlichkeit des Patienten, (3) bildhaft-assoziatives Denken und die Nutzung von Erfahrungswissen sowie (4) eine persönliche Beziehung zum Patienten, die Emotionsarbeit erleichtert und Gefühlsarbeit ermöglicht (Weisheit 2006).

Die Bedingungen für Interaktionsarbeit sind in einem hoch arbeitsteiligen System wie dem Krankenhaus sowohl grundsätzlich schwierig als auch in den vergangenen Jahren sukzessiv schlechter geworden. Die in allen Kliniken stattfindende ausgeprägte Arbeitsverdichtung für die Beschäf-

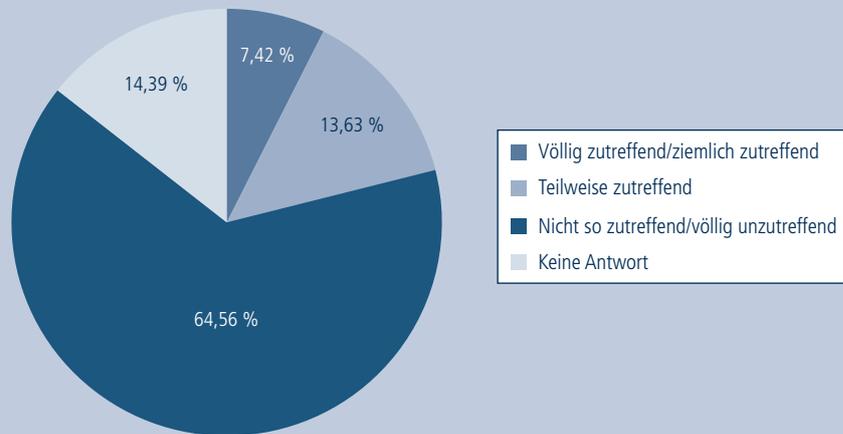
tigten der verschiedenen Berufe konterkariert zunehmend die Erfüllung der genannten Anforderungen. Diese Entwicklung hat bedenkliche negative Konsequenzen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Beschäftigten. So gehen in der Pflege die sozialen, kommunikativen und emotionalen Anteile der Arbeit zurück, die Versorgungsqualität sinkt und auch die Identifikation mit den beruflichen Normen beginnt zu erodieren (vgl. Braun et al. 2010: 162-173; Manzeschke 2010). Befragungen zeigen, dass Mängel an der Tagesordnung sind und eine individuelle Betreuung und Gewährleistung der Sicherheit aufgrund geringer Kontakthäufigkeit oft nicht mehr gegeben ist (Isfort/Weidner 2010: 62-76; Isfort/Weidner 2007). Entsprechende Hinweise finden sich auch in den vorläufigen Ergebnissen des Arbeitsreports Krankenhaus. Die Befragten äußern sich eher negativ auf die Frage nach einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. Auch wurde deutlich, dass aus Sicht der Beschäftigten nicht genug Zeit für die Arbeit zur Verfügung steht und verlässliche Pausen eher eine Seltenheit sind (Bräutigam/Evans/Hilbert, i.E.; siehe Abbildungen 11 bis 13).

Insbesondere vulnerable Patientinnen und Patienten tragen die Konsequenzen von Arbeitsstrukturen und -prozessen, die nur unzureichend an den Patienten- und Mitarbeiterbedarfen orientiert sind. In Interviews mit Ärztinnen und Ärzten wird deutlich, dass diese sich nicht selten kaum in der Lage sehen, eine reguläre Visite durchzuführen und Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit zur Artikulation ihrer Bedürfnisse und Fragen einzuräumen, da hierzu der Zeitdruck zu groß sei. Somit verdichten sich die Hinweise, dass die herrschenden und sich offenbar weiter verschärfenden Arbeitsbedingungen zu einer Deprofessionalisierung der Arbeit in den wesentlichen Gesundheitsberufen führen. Die aufgrund der Stellenbesetzungsprobleme derzeit verstärkten Bemühungen um die Anwerbung ausländischer Fachkräfte stellt angesichts der damit verbundenen Sprachprobleme aus dieser Perspektive keine Lösung dar.

Abbildung 11:

Veränderung der Arbeitsbedingungen

Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten 5 Jahren verbessert. (n=2.627)

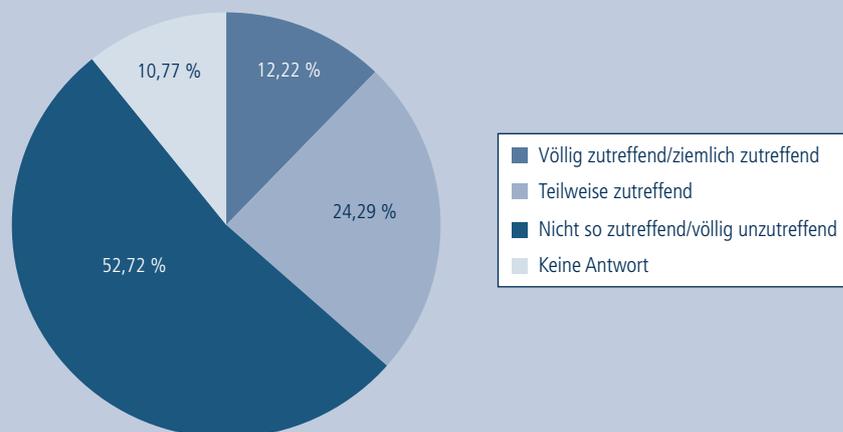


Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Abbildung 12:

Zeitraumen zur Erledigung der Arbeit

Ich habe genug Zeit für meine Arbeit. (n=2.627)

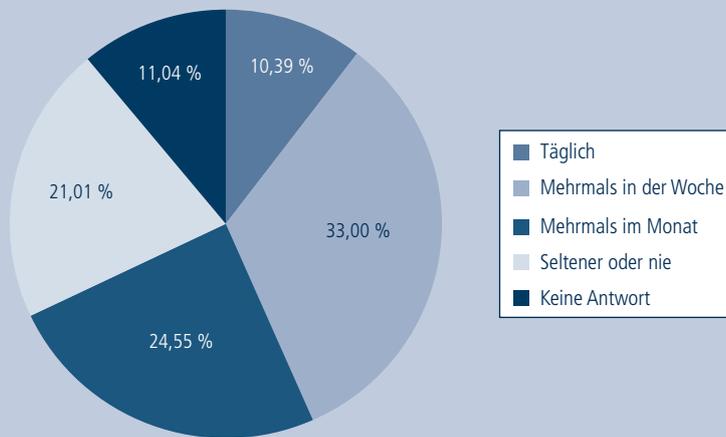


Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Abbildung 13:

Ausfall von Arbeitspausen

Kommt es vor, dass Sie Ihre Pause nicht nehmen können? (n=2.627)



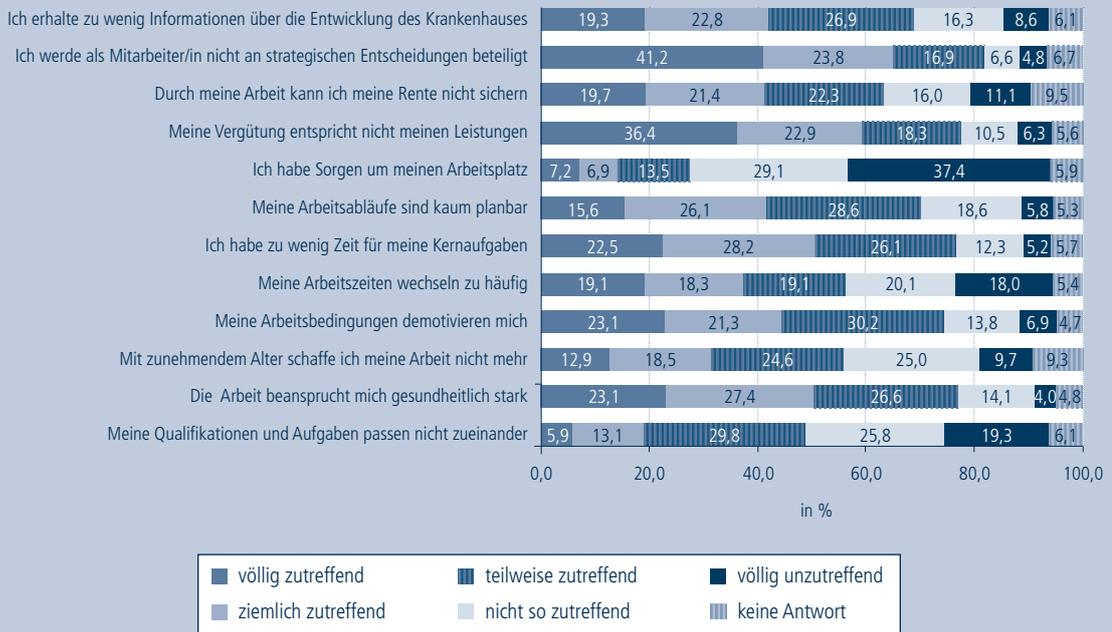
Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Die Ergebnisse des „Arbeitsreports Krankenhaus“ zeigen, dass aus Perspektive der Beschäftigten demotivierende Arbeitsbedingungen, zu wenig Zeit für die Kernaufgaben, die starke gesundheitliche Beanspruchung sowie eine unzureichende Vergütung zu den zentralen Problemfeldern gezählt werden müssen. Ein besonderes Gewicht liegt zudem auf der Informations- und Partizipationskultur der Einrichtungen derart, dass die Beschäftigten nach eigenen Angaben zu wenig an strategischen Entscheidungen beteiligt und über Entwicklungen des Krankenhauses nicht hinreichend informiert werden. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse auch, dass die Beschäftigten hinsichtlich ihrer Zukunftserwartungen von einer steigenden Verantwortung am Arbeitsplatz bei geringerer Autonomie der Arbeitsplatzgestaltung ausgehen. Zudem besteht aus Sicht der Beschäftigten für die Zukunft kaum Hoffnung auf eine bessere Vergütung. Lediglich jeder/jede zweite Befragte geht davon aus, dass die vorhandenen

Qualifikationen zukünftig besser genutzt werden können. Dies korrespondiert mit der ebenfalls durchaus pessimistischen Einschätzung bei der Frage, ob die Beschäftigten zukünftig mehr Zeit für ihre Kernaufgaben haben werden. Während früher die Teamarbeit ein entscheidender Anker der Arbeitszufriedenheit war, deutet sich auf Basis der Ergebnisse des „Arbeitsreports Krankenhaus“ an, dass auch dieser stabilisierende Faktor zunehmend zu erodieren droht. So bewerten die Beschäftigten die Frage nach einer zukünftigen Verbesserung der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kollegen eher pessimistisch. Auch in den Interviews zur Expertise wurde deutlich, dass sich bauliche Veränderungen, das Zusammenlegen von Stationen, die Integration unterstützender Dienste, die nicht in die Teamstrukturen auf der Station eingebunden sind und wechselnde Arbeitsorte zum Teil negativ auf die Teamkultur in den Einrichtungen auswirken.

Abbildung 14:

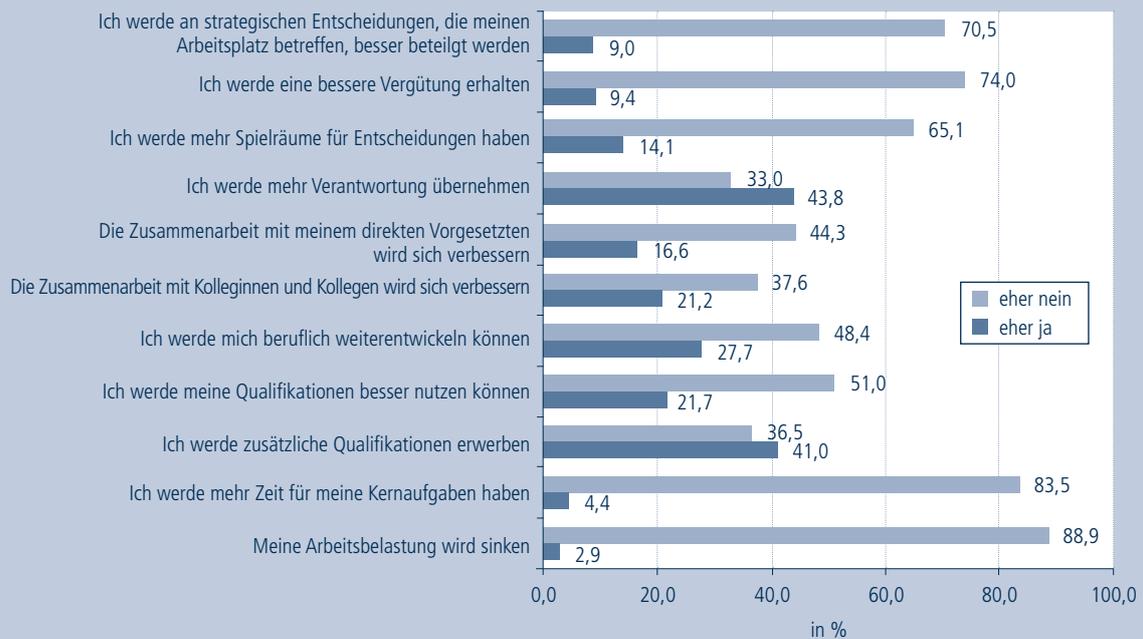
Wie bewerten die Beschäftigten ihre heutigen Arbeitsbedingungen? (n=2.330)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Abbildung 15:

Wie bewerten die Beschäftigten ihre zukünftigen Arbeitsbedingungen? (n=2.330)



Quelle: Vorläufige Ergebnisse „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam/Evans/Hilbert i.E.).

Befund 4: Ein vitaler Bildungsmarkt für Gesundheitsberufe schafft Aus-, Fort- und Weiterbildungen, deren berufliche Verwertbarkeit in Teilen unklar ist. Wo einerseits neue Wege in Arbeit entstehen, drohen andererseits auch „Phantomkarrieren“.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sind tragende Säulen einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Veränderte gesundheitliche Bedarfe, wissenschaftlicher und technologischer Fortschritt oder Entwicklungspartnerschaften beispielsweise zwischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Industrie tragen zu neuen Anforderungen am Arbeitsplatz bei. Auch individuelle Ansprüche an Berufs- und Karriereverläufe oder der Wunsch nach fachlicher Neuorientierung fördern die Nachfrage nach neuen Qualifikationen und Kompetenzen. Die Angebote und Leistungen der gesundheitlichen Versorgung differenzieren sich aus: Die Leistungsanbieter engagieren sich für neue Versorgungslösungen, Produkte und Dienstleistungen, Krankenhäuser betreiben Profilbildung im Wettbewerb und kooperative Versorgungslösungen getragen von Krankenhäusern, Einrichtungen der Altenhilfe oder niedergelassenen Ärzten werden weiter an Bedeutung gewinnen. Regional unterschiedliche Morbiditäts- und Mortalitätsstrukturen sowie spezifische Anbieter- und Kooperationsstrukturen vor Ort befördern insgesamt eine Ausdifferenzierung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen. Diese Ausdifferenzierung von Angeboten und Leistungen lässt sich auch für den Bereich der beruflichen Bildung nachzeichnen. So reagiert die Bildungswirtschaft einerseits auf eine Nachfrage an spezifischen Qualifikationen und Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung. Andererseits setzen Anbieter beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung auch eigene Akzente und wecken über Bildungsangebote einen Bedarf bei den Leistungsanbietern und den Beschäftigten.

In der Praxis lässt sich eine horizontale und vertikale Differenzierung der Berufslandschaft im Gesundheitswesen für den stationären Sektor nachzeichnen. Für spezifische Problemlagen der gesundheitlichen Versorgung sind in den vergan-

genen Jahren neue Kompetenzniveaus eingeführt oder spezielle Qualifikationen und Abschlüsse entwickelt worden. Das Feld der Bildungsangebote ist überaus umfangreich. Hierzu zählen nicht nur die verschiedenen Angebote der Ausbildung, sondern auch der nahezu unüberschaubare Bereich der Fort- und Weiterbildungsangebote. Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote können

- zum einen im Rahmen einer vorausschauenden Angebotsentwicklung dazu beitragen, die Entwicklung der Versorgungslandschaft aktiv zu befördern,
- zum anderen als Reaktion auf veränderte Anforderungen in der Praxis verstanden werden. Qualifikationen und Kompetenzen, die nicht in der beruflichen Ausbildung erworben werden, müssen anschließend auf dem Weg der Fort- und Weiterbildung im Sinne einer nachholenden Kompetenzentwicklung erworben werden.

Ohne Zweifel kann mittlerweile von einem ebenso umfangreichen wie intransparenten Bildungsmarkt für Gesundheitsberufe gesprochen werden. Das Internetportal www.gesundheitsberufe.de listet allein 1.900 Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitswirtschaft. Insbesondere folgende Problemlagen prägen die aktuelle Situation: Wer heute eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolvieren möchte, steht vor einer nur schwer zu überblickenden Auswahl. Die Ausbildung in Gesundheitsberufen erfolgt auf Basis unterschiedlicher Grundlagen und Rechtssysteme. Manche Berufe sind bundeseinheitlich geregelt und für andere Berufe gelten Ausbildungsversordnungen wiederum nur für bestimmte Bundesländer. Hinzu kommen noch Berufe, die nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt sind oder Ausbildungsangebote auf Basis verbandlicher oder konzernspezifischer Ausbildungsvorgaben. Insbesondere für den Krankenhaussektor sind in den medizinisch-technologischen Arbeitsfeldern in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Ausbildungsangebote entstanden. Diese zielen primär auf spezialisierte Kompetenzen und kürzere Ausbildungszeiten in Arbeitsfeldern, die sich auf Basis vorliegender Daten durch eine im Vergleich mit anderen Gesundheitsberu-

fen höhere tarifvertragliche Bindung der Beschäftigten auszeichnen. Auch handelt es sich hierbei um Berufe, für die das Thema der Fachkräftesicherung schon seit längerem thematisiert wird. Statt einer dreijährigen Berufsausbildung mit anschließender Fachweiterbildung ermöglicht etwa der OTA im Gegensatz zur OP-Fachpflegekraft bereits nach drei Jahren eine assistierende Tätigkeit im OP.

Als problematisch muss die Tatsache gelten, dass die Berufsfeldentwicklung insbesondere in den Gesundheitsfachberufen von vielen unterschiedlichen Interessen und aus unterschiedlichen Perspektiven vorangetrieben wird. So trifft die Forderung nach einem Ausbau akademischer Qualifizierungsangebote auf Forderungen, die Ausbildung in den Pflegeberufen unter das Dach des BBiG zu bringen. Während die Befürworter akademischer Qualifizierung insbesondere die Anschlussfähigkeit der Ausbildung an internationale Abschlüsse einfordern, werden auf der anderen Seite die inhaltliche Qualität der jetzigen Berufsausbildung und die Notwendigkeit einer sozialpartnerschaftlichen Berufsbildentwicklung auch für die Gesundheitsfachberufe betont. Während in anderen, nach BBiG geregelten Berufen, eine gemeinsame Abstimmung der Sozialpartner über Ausbildungsinhalte, -strukturen und -anforderungen sowie deren Anpassung an veränderte Praxisanforderungen erfolgt, ist dies in zentralen Gesundheitsberufen, insbesondere in den patientennahen Gesundheitsfachberufen, nicht der Fall. Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, Verbände der Leistungsanbieter, Berufsverbände, Hochschulverbände – sie alle besitzen eigene Vorstellungen darüber, wie die Ausbildung zukunftsfähig gestaltet werden kann. Auch innerhalb der Gesundheitsfachberufe herrscht keineswegs Einigkeit außer hinsichtlich der Zielsetzung, dass durch einen Bedeutungsgewinn akademischer Qualifizierung mehr Fachlichkeit, ein höherer gesellschaftlicher Status sowie eine bessere Durchsetzungsfähigkeit angestrebt werden.

Die akademische Aus- und Weiterbildung hat für die Gesundheitsberufe in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen.

Drei parallele Akademisierungsstränge lassen sich nachzeichnen: die ‚klassischen‘ akademischen Qualifizierungsangebote im Bereich Pflegemanagement/Pflegepädagogik haben einen Ausbau erfahren und die grundständig akademischen Ausbildungsangebote für Gesundheitsfachberufe haben ebenfalls an Bedeutung gewonnen. 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 (Stöcker/Reinhart 2012). Der dritte Akademisierungsstrang sind akademische, berufsbegleitende Qualifizierungsangebote insbesondere in den Bereichen Gesundheitsökonomie, Case Management oder Public Health. In den Bereichen Gesundheitswirtschaft, Public Health, Therapie, Pflege und gesundheitsnahe Angebote sind derzeit in Deutschland insgesamt 153 Masterstudiengänge erfasst (Hensen 2012). Es kann also durchaus von einem vitalen tertiären „Bildungsmarkt“ gesprochen werden. In einem Experteninterview wurde die Situation insbesondere für den Weiterbildungsmarkt derzeit wie folgt beschrieben: *„Der Weiterbildungsmarkt ist sehr umkämpft. So sind in letzter Zeit viele private Hochschulen auf den Markt gedrängt, manche mit sehr abgespeckten Angeboten. Einige Anbieter setzen auf das Thema Gesundheit, ohne aber eigenes Wissen zu besitzen. Sie gehen dann verschiedene Kooperationen ein, um den Studierenden von externen Stellen Wissen zu vermitteln.“*

Bislang bleiben in der Debatte die Konsequenzen der skizzierten Entwicklung vielfach ausgeblendet. So sollte u.a. thematisiert werden: – wie Aus- und Weiterbildungsangebote durch entsprechende Tätigkeitsfelder in der Praxis fundiert werden können;

- wie dafür Sorge getragen werden kann, dass entsprechende Abschlüsse durch adäquate Tarifstrukturen in der Praxis abgebildet werden können;
- wie einer Verbilligung wissenschaftlicher Qualifizierung einerseits und einer Dequalifizierung der Gesundheitsfacharbeit andererseits entgegengewirkt werden kann;
- wie sich Veränderungen des Ausbildungsniveaus auf das Berufs- und Sozialgefüge der Gesundheitsberufe in der Praxis auswirken.

In der Qualifizierungslandschaft der Gesundheitsberufe droht eine Situation organisierter Verantwortungslosigkeit. Während die Ausbildungsträger, insbesondere die Hochschulen, entsprechende Antworten von der Praxis erwarten, setzt diese voraus, dass Antworten auf die formulierten Problemstellungen im Vorfeld der Entwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten gefunden werden. Hier droht aus Perspektive der Auszubildenden und Studierenden eine Situation, in der Unklarheiten über die berufliche Verwertbarkeit der erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen von Ausbildungsträgern wie von der Praxis mit Verantwortungsverschiebung beantwortet werden. Es ist undeutlich, wie Bildungsangebote zu einer konsequenten und systematischen Berufsfeldentwicklung auf Basis veränderter Praxisanforderungen beitragen sollen. Insgesamt wurde auch in den Interviews zur Expertise deutlich, dass eine akademische Qualifizierung durchaus erwünscht ist, diese ihren Nutzen für die Praxis in den kommenden Jahren jedoch deutlich machen muss. Hier kann nicht allein auf eine Strategie „aktiver Professionalisierung“ der Absolventinnen und Absolventen in der Praxis gesetzt werden. Besonders Absolventen, die Wissen mit großen theoretischen Anteilen erworben haben, fehlt es in der Praxis am Arbeitsplatz nicht selten an Anerkennung und Akzeptanz durch die Kolleginnen und Kollegen. Zu Beginn des Berufslebens ist der konkrete praktische Einsatzbereich für diese Beschäftigten vielfach unklar.

Gesundheitsberufe sind heute durch eine gewandelte Berufspraxis gekennzeichnet. Zusätzliche soziale und personale Kompetenzen, erwei-

tertes fachliches Know-how für Querschnittsaufgaben werden relevanter. Das in der beruflichen Ausbildung erlangte Wissen reicht oft nicht für das gesamte Erwerbsleben, so dass Beschäftigte in Gesundheitsberufen als „refreshers“ (Schuetze/Slowley 2012, zitiert nach Pundt/Grden 2012) ihre Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildung aktualisieren und erweitern. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere auch die Weiterbildung an Hochschulen eine wichtige Rolle. Vorliegende Ergebnisse zeigen, dass rund zwei Drittel der Studierenden neben dem Studium erwerbstätig sind und ein Viertel vor Aufnahme des Studiums bereits eine Berufsausbildung abgeschlossen hat. Bei den Studierenden aus Gesundheitsberufen sind es sogar 53 Prozent (Pundt/Grden 2012). In den Interviews wurde deutlich, dass die Nachfrage nach Weiterbildungsstudiengängen häufig mit dem Wunsch nach einer beruflichen Neuorientierung verbunden ist. In den letzten Jahren konnte eine Zunahme von Teilnehmern an Weiterbildungsstudiengängen ohne klassische Hochschulzugangsberechtigung verzeichnet werden, die sich über die Anerkennung ihrer Berufspraxis bewerben.

Durch die Schaffung neuer Aufgabenprofile im Bereich von Service und Assistenz insbesondere durch Ausgliederung von Tätigkeiten, die zuvor dem Pflegedienst zugeordnet waren, öffnen sich seit einiger Zeit neue Türen zum Arbeitsplatz Krankenhaus für niedrig Qualifizierte und Seiteneinsteiger. In diesem Sinne sind die Entwicklungen im Krankenhaus – ungeachtet der Frage, ob sie als geeignet und sinnhaft angesehen werden – aus Arbeitsmarktperspektive interessant und positiv. Problematisch ist dabei allerdings, dass diese Schaffung neuer Arbeitsplätze häufig nur durch eine betriebsspezifische Schulung begleitet ist. Dies ermöglicht zwar eine Anpassung an die jeweiligen betrieblichen Prozesse und Strukturen, verwehrt den Beschäftigten aber gleichzeitig die Möglichkeit des Arbeitgeberwechsels. Es entstehen also Arbeitsplätze mit schlechten Anschlusschancen. Zudem ist nicht unwahrscheinlich, dass Arbeitgeber, die den Einsatz der neuen Assistenzkräfte erproben, nach einer Experimentierphase die Beschäftigten wieder freisetzen, wenn andere

Lösungen gefunden sind. Ob es sich also um zukunftsfähige Arbeitsplätze handelt, wird sich zeigen müssen. Von beruflichen Karrierechancen im landläufigen Verständnis ist hier kaum die Rede.

Karriereoptionen bestehen in den etablierten qualifizierten Berufen durchaus. Für den ärztlichen Bereich ist dies traditionell gegeben, während bspw. die Pflege noch häufig als „Sackgasenberuf“ betrachtet wird. Angesichts der sich zunehmend differenzierter darstellenden Versorgungsgestaltung und der bestehenden Bildungsangebote von themenbezogenen Fortbildungen über anerkannte Weiterbildungen bis hin zum Hochschulabschluss kann dieses alte Bild kaum aufrechterhalten werden. Es bestehen diverse Möglichkeiten sowohl vertikaler als auch horizontaler beruflicher Karriereentwicklung. Während Leitungspositionen naturgemäß nur begrenzt vorhanden sind, ist hinsichtlich der Spezialisierungen, z. B. auf bestimmte Problemlagen, Funktionen und Zielgruppen zunächst kein Ende der Entwicklung in Sicht. Allerdings ist zu konstatieren, dass im Vergleich zur Wirtschaft solche Karrieren häufig ohne finanzielle Gratifikation und teilweise auch mit nur sehr begrenzter Ausweitung der Autonomie und Entscheidungskompetenzen einhergehen. Es entsteht der Eindruck, dass die häufig unter großem persönlichen und teilweise auch finanziellen Einsatz absolvierten Bildungsmaßnahmen für die Beschäftigten auch einen gewissen Fluchtcharakter haben. Exemplarische Daten zeigen: Es sind insbesondere Beschäftigte in Gesundheitsberufen aus dem Krankenhaussektor in den Alterskohorten der 30- bis 34-Jährigen sowie der 40- bis 44-Jährigen, die neben einer Vollzeitbeschäftigung entsprechende berufsbegleitende Studiengänge absolvieren. Zentrale Motive für die Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums liegen in der Verbesserung der Arbeitsmarktchancen, der Bewältigung beruflicher Anforderungen sowie der Erlangung interdisziplinären Wissens. Auch der formale Erwerb eines entsprechenden Zertifikats wird als Motiv für die Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums angegeben. Eine Erklärung in diesem Zusammenhang lautet, dass es sich hierbei vielfach

um eine nachholende Kompetenzentwicklung handelt. Auch sind Bildungsmarkt und Gesundheitsversorgung lediglich lose miteinander verbunden. Dies hat einen Bedeutungsgewinn zertifizierter Kompetenzen in der Praxis zur Folge, allerdings ohne dass diese tatsächlich abgerufen und genutzt werden können. Über die Relevanz und Verwertbarkeit der berufsbegleitenden Studienabschlüsse im Arbeitsalltag, die Auswirkungen auf individuelle Karrierewege sowie die Wechselwirkungen zwischen den Anforderungen des Gesundheitswesens und dem gesundheitsbezogenen Bildungsmarkt ist bislang jedenfalls wenig bekannt.

Ausgehend von den skizzierten Erkenntnissen ist im Sinne einer Gesundheitsberufsbildungsforschung permanent zu überprüfen, ob die in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen den Anforderungen in der Praxis gerecht werden. Zum anderen stellt sich auch die Frage, wie die Qualifikationen und Kompetenzen in entsprechende Arbeitskontexte eingebunden werden können. Mit dem Projekt „GesinE – Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ werden aktuell entsprechende Forschungsaktivitäten für den Bereich der beruflichen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen unternommen (Selinger et al. 2012). Die Ergebnisse der vorliegenden Expertise machen deutlich, dass der Fokus einer tragfähigen Gesundheitsberufsbildungsforschung zukünftig erweitert werden muss. Einerseits sollte auch die Verwertbarkeit von Fort- und Weiterbildungsabschlüssen, insbesondere aus dem tertiären Bildungsbereich, vertiefend betrachtet werden. Diese nehmen in Anbetracht der skizzierten Entwicklung der Bildungswirtschaft im Gesundheitssektor mittlerweile einen bedeutenden Stellenwert ein. Zum anderen entspricht eine Fokussierung auf die „Gesundheitsfachberufe“ nur begrenzt den skizzierten Entwicklungen am Arbeitsplatz Krankenhaus. Die Frage, „*Wer macht was mit welcher Ausbildung und Berufsperspektive?*“, sollte auch das Spektrum akademisch-qualifizierter Gesundheitsberufe ebenso wie das der Helfer- und Assistenzqualifikationen umfassen.

5. Handlungsempfehlungen „Berufsbilder im Gesundheitssektor“

Die folgenden Ausführungen greifen Erkenntnisse, Probleme, Herausforderungen und Gestaltungserfahrungen aus den vorstehenden Analysen auf und entwickeln daran anknüpfend Handlungsempfehlungen. Sie sind weder mit den zentralen Akteuren und Experten des Gesundheitssektors und der Berufsbildungspolitik rückgekoppelt, noch in allen Facetten und Einzelheiten durch empirische Forschung abgesichert. Ihr Hauptanliegen liegt vielmehr darin, Gestaltungsperspektiven aufzuzeigen und Interessierte wie betroffene Akteure dazu anzuregen, Sinn und Machbarkeit entsprechender Aktivitäten zu erörtern.

Oft enden Expertisen über Gestaltungsoptionen für eine soziale Gesundheitswirtschaft mit Aufforderungen an staatliche Akteure und staatliches Handeln. Die folgenden Vorschläge enthalten zwar auch Anregungen für verantwortliche Politikerinnen und Politiker und Verwaltungsbeamte bei Bund und Ländern. Allerdings zeigen sie auch, dass unterhalb der Ebene der öffentlichen Politik viele sinnvolle Handlungsmöglichkeiten bestehen. Insbesondere die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat gute Chancen, sich in Zukunft nicht nur als Mahner und Wegweiser, sondern auch als Aktivposten und (Mit-)Gestalter einer zukunftsfähigen Berufsbildungspolitik bei Gesundheitsberufen zu profilieren.

Sicher sind die nachstehend umrissenen Empfehlungen und Anregungen für viele Gesundheits- und Berufsbildungspolitiker 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.

Grundorientierungen

- Die berufs- und arbeitspolitische Gestaltung des Gesundheitssektors kann an bereits vorliegenden Orientierungen anknüpfen. In den Jahren 2010 und 2011 wurde von einem gemeinsamen Arbeitskreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di ein Konzept für die „Soziale Gesundheitswirtschaft“ (Evans/Hilbert/Mickley 2011) erarbeitet. Es knüpft an die zentralen Debatten um die Zukunft der Gesundheitswirtschaft an und liefert darüber hinaus Gestaltungsperspektiven, die dafür sorgen können, dass nicht nur die Interessen der anbietenden Betriebe und Einrichtungen, sondern auch Patienten- und Mitarbeiterinteressen Berücksichtigung finden. Eine Zieltriangel aus mehr Patientenorientierung, besseren Arbeitsplätzen und nachhaltigen Wachstumschancen dient als konkrete und umsetzbare Utopie für die Gesundheits-, Forschungs- und Dienstleistungspolitik, für Initiativen aus der Gesundheitswirtschaft selbst, aber auch für gewerkschaftliche Zukunfts- und Gestaltungskonzepte.
- Mehr Zukunftsfähigkeit ist in der Gesundheitswirtschaft nur durch ein breitflächiges Anheben des Qualifikationsniveaus und der Arbeitsbedingungen zu erreichen. Alle beruflichen Positionen sollten deshalb nicht als Endstationen, sondern mit Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten konzipiert werden. Dies gilt in besonderem Maße für niederschwellige Einstiegsqualifikationen. Die Zielorientierung der einrichtungs- bzw. betriebsinternen wie auch einer sektorweiten Personalentwicklungsphilosophie sollte deshalb lauten: keine Arbeit ohne Ausbildung, keine Ausbildung ohne Abschluss,

kein Abschluss ohne Anschluss, keine höherwertigen Abschlüsse ohne angemessene Gratifikationen.

- Berufsbildungspolitik steht immer vor einer doppelten, oft spannungsgeladenen Herausforderung: Zum einen muss kompetent, flexibel und zeitnah auf neue Bedarfe reagiert werden; zum anderen ist bei den Berufsbildern einer Branche ein hohes Maß an Übersichtlichkeit, Integration und Berechenbarkeit zu gewährleisten. Die Welt der Berufe in der Gesundheitswirtschaft hat in den letzten Jahren auf Veränderungen schnell, flexibel und teilweise auch kompetent reagiert; ein Nachholbedarf besteht bei der Übersichtlichkeit und Berechenbarkeit. Mit dem von der Politik programmierten Zusammenwachsen der verschiedenen Pflegeausbildungen ist hier ein erster und sehr wichtiger Schritt getan, der (hoffentlich) auch auf andere Berufsfelder orientierend wirkt.

Berufsbildungsbericht Gesundheitswirtschaft

Über die Qualität der Arbeitsplätze sowie über das Profil der dort geforderten und genutzten Qualifikationen gibt es zwar eine Fülle an Anforderungen, Annahmen und Urteilen. Allerdings zeigen die wenigen in der jüngeren Vergangenheit entstandenen empirischen Forschungen, dass es sich bei vielen vermeintlich plausiblen Aussagen eher um Mythen denn um gesichertes Wissen handelt. Die Landschaft der Berufe im Gesundheitssektor im Allgemeinen und der Krankenhäuser im Besonderen ist nämlich groß, vielfältig und in Bewegung. Und genau so dynamisch wie die Veränderungen bei den Berufsbildern sind auch die Erneuerungen und Umbrüche in der Arbeit selbst, bei der Arbeitsorganisation, bei den Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen sowie bei der Arbeitsteilung zwischen ihnen.

Vor dem Hintergrund dieser zwar nicht mehr ganz neuen, dafür aber zunehmenden Unübersichtlichkeit müssen Handlungsempfehlungen mit einem Plädoyer für einen Ausbau der Forschung zur Lage und zur Entwicklung der Arbeit in den

Gesundheitsberufen hinauslaufen. 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. Gesichertes Wissen wird insbesondere für Antworten auf die folgenden Fragen benötigt:

- Welche Qualifikationsprofile sind in welchen Typen von Einrichtungen und Betrieben vorzufinden? Welche der vorhandenen Qualifikationen werden von den einzelnen Berufsgruppen für welche Tätigkeiten genutzt? Wo werden Tätigkeiten ohne entsprechende Qualifizierungen wahrgenommen?
- Wie verläuft das Zusammenspiel zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen? Welche Muster der Arbeitsteilung sind vorzufinden?
- Wie wirken sich die vorzufindenden Qualifikationssettings und Arbeitsroutinen auf die Leistungsfähigkeit und auf die Arbeitsmotivation der Belegschaften aus?
- Welche Veränderungstrends und Innovationspotenziale bei Qualifikationen und Arbeitsgestaltung lassen sich im Vergleich unterschiedlicher Lösungsansätze ausmachen?
- Wo gibt es Anknüpfungspunkte durch neue Wege der Gestaltung von Arbeitsorganisation, Technik und Qualifikation, sowohl sozialverträglichere und produktivere Arbeitsroutinen und Arbeitsplätze als auch bessere Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten zu entwickeln und zu erproben?

Die vorstehende Expertise hat gezeigt, dass allererste Antworten auf diese Fragen zum Teil auf Basis einer systematischen Analyse der vorhandenen bzw. der laufenden Forschung zu finden sind. Gleichwohl wurde auch deutlich, dass es noch viel Bedarf an einer Verbreiterung und Vertiefung, aber auch an einem verbesserten Austausch über die einschlägigen Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungsergebnisse gibt. Im Sinne einer Orientierung an der Logik des Berufsbildungsgesetzes könnte ein „Berufsbildungsbericht Gesundheitswirtschaft“ vor allem die drei folgenden Wissens- und Gestaltungsfelder umfassen:

- empirisch fundierte Quer- und Längsschnittberichterstattung zur Lage und zur Entwicklung von Qualifikationen, Tätigkeiten und Arbeitsroutinen;
- wissenschaftlich inspiriertes Trendmonitoring über innovative Gestaltungsmöglichkeiten im Zusammenspiel von beruflicher Bildung und Arbeitsgestaltung;
- Ausbau des Gestaltungsdialogs in und mit der Praxis, um das dort vorhandene Wissen abzuholen, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu bringen und um innovative Gestaltungsansätze auf Praxistauglichkeit zu prüfen.

Mit dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ – der parallel zur vorliegenden Expertise entwickelt und erstellt wurde und dessen erste Ergebnisse in die vorliegende Arbeit 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 zu arbeiten. Verantwortlich dafür, dass die drei skizzierten Aufgaben des „Berufsbildungsberichts Gesundheitswirtschaft“ – Berichterstattung, Trendmonitoring, Gestaltungsdialog – systematisch angegangen und nachhaltig finanziert werden, ist in allererster Linie die Politik. Wichtige Bausteine können und sollten auch von den organisierten Sozialparteien wie von einschlägigen wissenschaftlichen Einrichtungen eingebracht werden können. Die Arbeitsweise der Berufsbildungspolitik im Allgemeinen zeigt, dass sich die Aufgaben im zielorientierten Zusammenspiel zwischen Politik, Wirtschaft und Wissenschaft gut bewältigen lassen. In Zukunft sollte versucht werden, die erfolgreich wirkende Logik des Berufsbildungsgesetzes verstärkt auch für die Gesundheitsberufe fruchtbar zu machen.

Gestaltungsforschung und Folgenabschätzung zur Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe

Bei den Arbeiten zum Berufsbildungsbericht Gesundheitswirtschaft sollte besondere Aufmerksamkeit auf die Beschreibung und Folgenabschätzung der seit einigen Jahren verstärkt laufenden Akademisierung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gelegt werden. Dies vor allem aus drei Gründen:

- Zurzeit ist es noch völlig 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 potenzielle Arbeitgeber mehr Orientierungswissen über erfolgversprechende Aufgaben- und Verantwortungsgebiete wie auch über die dafür angemessenen Gratifikationen. Dieses Wissen wird übrigens auch zur Tarifierung der möglicherweise entstehenden neuen Jobprofile benötigt. Auch liegen bislang wenige Informationen darüber vor, welche inter- und intraprofessionellen Kooperationsformen sich im Zuge dieser Entwicklung herausbilden und wie sie sich verändern. In vielen potenziellen Einsatzfeldern für neue akademische Abschlüsse gibt es bei den traditionell Ausgebildeten Unsicherheiten über deren zukünftige Aufgaben sowie Berufs- und Karriereperspektiven. Wo Klarheit über das besteht, was Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe leisten, da entsteht auch Klarheit darüber, wie es mit den traditionell ausgebildeten Beschäftigten weitergeht und ob hier zusätzliche Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung für eine Aufwertung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten wie für die Aufrechterhaltung der Motivation notwendig sind.
- Es ist davon auszugehen, dass Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe die Entwicklung ihrer zukünftigen Arbeitsplätze im Sinne einer aktiven Professionalisierung beeinflussen werden. In diesem Zusammenhang wird zum

einen zu beobachten sein, wo und wie neue Akzente gesetzt werden. Zum anderen sollte im Auge behalten werden, ob und wie die Absolventinnen und Absolventen durch ihr Studium in die Lage versetzt wurden, ihr Arbeitsumfeld tatsächlich im Sinne von mehr Patientenorientierung, besserer Arbeitsgestaltung und höherer Wirtschaftlichkeit zu beeinflussen. Um dieser Erwartung und Verantwortung gerecht zu werden, sind ja ggf. von den anbietenden Hochschulen noch curriculare Ergänzungen und von den aufnehmenden Einrichtungen und Betrieben Autonomie und Handlungsspielräume zur organisatorischen Gestaltung zu schaffen.

- Weltweit wird nach einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen gerufen, ganz prominent etwa durch die Lancet-Kommission (2010) oder den GMA-Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. Vor diesem Hintergrund wäre gut zu wissen, wie sich die Akademisierungstrends bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auf die Fähigkeit zur inter- und intraprofessionellen Kooperation auswirken. Dabei können die Erfahrungen in Deutschland auch mit denen anderer Länder abgeglichen werden.

Verantwortung dafür, dass eine derartige Folgenabschätzung der Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe angegangen wird, tragen in erster Linie diejenigen Hochschulen, die solche Angebote etabliert haben. Seitens der privaten Hochschulen, die in diesen Feldern besonders engagiert sind, sind Aktivitäten zur Folgenabschätzung bislang nicht bekannt geworden. Die öffentlichen Anbieter und die hinter ihnen stehenden Wissenschafts- und Gesundheitsministerien sollten die Chance nutzen, ihre innovativen Angebote durch eine Evaluation und Folgenabschätzung laufend nachzujustieren und dadurch aufzuwerten.

Transparenz- und Orientierungsplattform „Berufsbilder im Gesundheitssektor“

Insider und erst recht Außenstehende – etwa Jugendliche, die Ausbildungsmöglichkeiten suchen – haben wachsende Schwierigkeiten, die Vielfalt und Dynamik bei den Abschlüssen, Berufen, Eintrittskriterien und Bildungswegen zu überschauen und sich ein Bild über die Arbeitsrealität und die Zukunftschancen einzelner Berufe zu machen. Aus diesem Grunde ist eine systematische Transparenz- und Orientierungsplattform „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ mit Nachdruck 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.

Im Hinblick auf eine solche Plattform gibt es bereits an mehreren Stellen Vorarbeiten. Als ein Anbieter, der auf große und bundesweite Aufmerksamkeit stoßen kann, könnte etwa ver.di in Frage kommen. Ver.di ist zum einen eine Arbeitnehmerinteressenorganisation, die für Kompetenz und für Arbeitnehmerorientierung steht, zum anderen ist sie mit Blick auf die Vielfalt der verschiedenen Teilbereiche breiter und umfassender aufgestellt als die allermeisten anderen Organisationen im Gesundheitssektor.

„Kontrollierte Qualitätsselbstverpflichtung“

In der Aus- und Weiterbildung kommt es häufig zu neuen Angeboten. Teils sind sie Ergebnis umfassender Forschung, Entwicklung und Abstimmung und es findet auch eine anspruchsvolle Qualitätssicherung und Evaluierung statt. Oft handelt es sich allerdings auch um ganz innovative Ansätze, die zunächst einmal ohne großen Vorlauf und ohne umfassende Begleitung plat-

ziert werden; und nicht selten sehen sich gerade solche Angebote dem Vorwurf ausgesetzt, von fraglicher Qualität zu sein und nur ungesicherte Verwertungschancen zu bieten.

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. Kommt es dann zu (tatsächlichen oder vermeintlichen) Verstößen gegen diesen Qualitätskatalog, können Auszubildende und Kunden des jeweiligen Angebots eine Mediationskommission anrufen, die sich dann mit den beklagten Sachverhalten auseinandersetzt und eine Empfehlung abgibt.

Sowohl die Liste der sich selbst verpflichtenden Anbieter und Angebote als auch die Empfehlungen der Mediationskommission im Falle von Monita sollten öffentlich im Internet zugänglich sein. Die Anbieter hätten mit einem solchen Verfahren – Selbstverpflichtung auf Qualitätsstandards, Bereitschaft zu Mediationsverfahren und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlungen aus Mediationen – den Nutzen, ihre Orientierung an Qualität nachvollziehbar darlegen zu können. Außerdem hätten sie gute Anhaltspunkte dafür, wie sich ein qualitäts- und verwertungsorientiertes Aus- und Weiterbildungsangebot gestalten und profilieren lässt. Die Selbstverpflichtung und die dahinter stehenden Standards könnten wichtige Orientierungsmöglichkeiten liefern. Diese würden deutlich über das hinausgehen, was heute bei innovativen, schnell entwickelten und aktuell angebotenen Kursen und Maßnahmen zur Verfügung steht. Für die Trägerorganisationen einer solchen branchenweiten „Qualitätssicherung light“ böte sich die Chance, sich als branchen- und disziplinenübergreifende Modernisierungs- und Qualitätstreiber zu profilieren, die sowohl an Beschäftigteninteressen

denken als auch die mittel- und langfristigen Perspektiven der Branche im Auge haben. Als Anbieter eines solchen Qualitätsmanagements kämen vor allem Organisationen in Frage, die von engen Anbieter- und Fachverbandsinteressen unabhängig sind. Vielleicht wäre eine gemeinsame Trägerschaft von ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherorganisationen (AGV) sowie dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) sowie eine Beteiligung aus der „Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe“ des Gesundheitsforschungsrates zielführend. Allerdings könnte auch jede dieser potenziellen Trägerorganisationen die Aufgabe alleine schultern, möglicherweise könnte sie auch von einem Verbund von einschlägig und praxisnah forschenden wissenschaftlichen Einrichtungen wahrgenommen werden.

Aufwertungspfade für Einstiegs- und Niedrigqualifikationen schaffen

Die teils absehbaren, teils schon aktuellen Engpässe bei der Arbeitskräftegewinnung in großen Teilen der Gesundheitswirtschaft und nicht zuletzt auch in Krankenhäusern machen erforderlich, dass vermehrt Personengruppen mit geringer (formaler) Vorbildung für das Arbeiten in Gesundheitsberufen angesprochen und gewonnen werden. Krankenhäuser und Krankenhausgruppen haben für diese in den letzten Jahren zunehmend (Kurzzeit-)Ausbildungen für Service-, Helfer- und Assistententätigkeiten angeboten, die in der Regel durch eng spezialisierte Anforderungen, Kenntnisse und Fertigkeiten und niedrige Gratifikationen gekennzeichnet sind. Für die Betroffenen bringen derartige „niederschwellige“ Zugänge oft die Chance für einen Berufseinstieg oder auch einen beruflichen Wiedereinstieg. Allerdings haben sie auch Nachteile und Risiken: Die Gratifikationen sind bescheiden und es ist oft unklar, ob und unter welchen Bedingungen sich weitere berufliche Perspektiven und Karrierewege öffnen können. Diese Probleme verschärfen sich noch zusätzlich, wenn sich einige der schnell ent-

wickelten, vermeintlich innovativen Assistenz-tätigkeiten in der Berufslandschaft nicht durchsetzen können und zu Sackgassen werden.

Einfache Maßnahmen, um Demotivation bei den Betroffenen und Imageschäden für die Gesamtbranche – ausgelöst durch dauerhaft niedrige Löhne und durch berufliche Sackgassen – zu vermeiden, gibt es nicht. Seitens der Personalverantwortlichen in Betrieben, Fachverbänden, und auch in der Politik wäre es vernünftig, beim Design neuer Assistenzberufe immer auch horizontale und vertikale Anschlussmöglichkeiten mit zu bedenken und abzusichern. Dabei wäre auch zu beachten, ob und wie nicht formale bzw. informelle Wege des Lernens berücksichtigt werden können. Zwar kann unter den derzeit obwaltenden Bedingungen niemand Gesundheitseinrichtungen oder deren Verbände dazu zwingen, entsprechende Aufwertungspfade für Einstiegs- und Geringqualifikationen zu schaffen, jedoch können sie über die vorstehend skizzierten Instrumente einer „Transparenz- und Orientierungsplattform“ sowie einer „Kontrollierten Selbstverpflichtung“ zu Schlüsselattributen von Arbeitgeberattraktivität werden. Jede potenzielle Arbeitnehmerin und jeder potenzielle Arbeitnehmer kann wissen, wer über solche Aufwertungspfade verfügt und wie sie wirken – und sich dann unter Einbeziehung dieses Wissens für oder gegen den jeweiligen Arbeitgeber entscheiden. Für Gesundheitsregionen, also für Regionen, die gezielt auf eine besonders avancierte Entwicklung ihrer Gesundheitsbranchen setzen, könnte es eine große Chance sein, als überbetriebliche Plattformen für

Vereinbarungen für verbesserte horizontale und vertikale Anschlussmöglichkeiten bei gering Qualifizierten tätig zu werden.

Strategische Ausrichtung mit kurzfristigem Handeln „vor Ort“ verbinden

Die Grundausrichtung der vorstehenden Empfehlungen zielt auf Weiterentwicklungen und Neuorientierungen einer gesundheitswirtschaftsbezogenen Berufsbildungspolitik und regt damit Innovationen an, die sich erst mittel- und langfristig niederschlagen. Management und Personalverantwortliche in Einrichtungen und Betrieben stehen jedoch unter kurzfristigem Entscheidungsdruck. Aus diesem Grunde kann den Gewerkschaften und Interessenorganisationen nur empfohlen werden, das mittel- und langfristige Handeln um einen kurzfristigen Austausch über aktuelle Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten zu ergänzen. Für ver.di bedeutet dies, dass in Ergänzung des tarifpolitischen Engagements eine wachsende Aufmerksamkeit für Arbeitsgestaltung und Aus- und Weiterbildungsfragen sinnvoll wäre. Diese kann dann auch in den Erfahrungsaustausch „vor Ort“ eingebracht werden und für Initiativen zu Innovationsprojekten genutzt werden. Bei diesen „tagesaktuellen“, aber dennoch strategisch bedeutsamen Aktivitäten bietet sich übrigens ein Zusammengehen mit der Technologieberatung des Deutschen Gewerkschaftsbundes an.

6. Zitierte Literatur

- Aiken, L. et al. 2012: Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. *BMJ – British Medical Journal* 2012; S. 344: e1717. Online abgerufen unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/>; 17.3.2012.
- AKI – Agnes Karll Institut für Pflegeforschung (Hrsg.) 1993: Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen, Eschborn.
- Barth, L. 2008: Bedenkliche Entwicklungen im Pflegerecht: Wenn die professionelle Expertise das Laientum fördert! *Pflegerecht* Nr. 7, S. 316ff.
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2007: Sieht die Pflege bald alt aus? *BGW-Pflegereport*, Hamburg.
- Bispinck, R.; Dribbusch, H.; Öz, F.; Stoll, E. 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 7/2012, Düsseldorf.
- Blum, K. 2003: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf.
- Blum, K. 2010: Nichtärztliche Chirurgieassistenten: Ein neuer Assistenzbedarf etabliert sich, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 2010, 107 (11), S. A494- 495.
- 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.
- Böhle, F.; Glaser, J. (Hrsg.) 2006: *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit*, Wiesbaden.
- Bräutigam, C.; Evans, M.; Hilbert, J. (i.E.): *Arbeitsreport Krankenhaus*.
- Braun, B.; Buhr, P.; Klinke, S.; Müller, R.; Rosenbrock, R. 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Online abgerufen unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf; 15.4.2013.
- Buxel, H. 2013: Was Ärzte zufriedener macht, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 110, Heft 11, S. 494-498.
- BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 2012: Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.); 41. Jg. 6/2012.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) 2011: Auf den Zuschnitt kommt es an ... Skill Mix auf Krankenstationen. Eine Bewertung aus der Sicht der Praxis, Berlin.

- Deutscher Ärztetag 2008: Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20.-23. Mai 2008 in Ulm. [Http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/111DAETBeschlussprotokoll200808251.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/111DAETBeschlussprotokoll200808251.pdf); 31.10.2012.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft 2013: Foliensatz_Krankenhausstatistik_STAND_2013-01-23. Online abgerufen unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/5/title/Zahlen_%2526amp%253B_Fakten; 5.4.2013.
- Dörpinghaus, S.; Evans, M. 2011: Prekäre Perspektive? Berufsrückkehr und Wiedereinstieg von Frauen in die Gesundheitswirtschaft. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 03/2011.
- Dostal, W. 2002: Der Berufsbegriff in der Berufsforschung des IAB, in: Kleinhenz, G. (Hrsg.) 2002: IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 250, S. 463-474, Nürnberg.
- Dostal, W.; Stooß, F.; Troll, L. 1998: Beruf - Auflösungstendenzen und erneute Konsolidierung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 3/1998, S. 438-460.
- DPR – Deutscher Pflegerat 2006: DPR-Stellungnahme für die Anhörung beim Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.8.2006, Berlin.
- Dunkel, W.; Wehrich, M. 2012: Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen, Wiesbaden.
- Euler, D. 2013: Das duale System in Deutschland – Vorbild für einen Transfer ins Ausland? Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.
- Evans, M.; Hilbert, J.; Kluska, D.; Öz, F. 2012: Scheitert die Zukunft der Gesundheit an der Arbeit? Empirische Befunde zur Bewertung des Arbeitsalltags in den Gesundheitsberufen und ihre Bedeutung für die Arbeitsgestaltung, in: Bovelet, J.; Holzgreve, A. (Hrsg.): Klinik, Struktur, Versorgung, Berlin, S. 63-81.
- Evans, M.; Bräutigam, C.; Hilbert, J.; Schulze, S. (Bearb.) 2011: Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft: von heimlichen Helden und blinden Flecken; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs, Bonn.
- Evans, M.; Hilbert, J.; Mickley, B. 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum, WISO direkt, Bonn.
- Evans, M.; Hilbert, J. 2009: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten; Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen, WISO Diskurs, Bonn.
- Ewers, M. 2012: Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg, in: Forum Public Health, 20. Jg., Ausgabe 4, S. 10-11.
- Fenge, R. 2006: Gesundheitsökonomie. Manuskript zur Vorlesung und Übung.
- Giesenbauer, B.; Glaser, J. 2006: Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege. Beeinflussung fremder und eigener Gefühle, in: Böhle, F.; Glaser, J. (Hrsg.) 2006: Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit, Wiesbaden, S. 59-83.

- Gröbel, S. 2008: Psychosoziale Belastungen von PhysiotherapeutInnen. Querschnittsstudie zur Arbeitsbelastung mittels des Copenhagen Psychosocial Questionnaire, in: *pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 60/2008/10, S. 1068 - 1079.
- Grundmann, R. 2011: Chirurgisch-technische Assistenten und andere nichtärztliche Gesundheitsfachberufe, in: *CHAZ – Chirurgische Allgemeine Zeitung*, 12. Jg. 4, Heft, S. 241 - 246.
- Grunow, S.; Jochem, J.; Schöfer, I. 2000: OTA – ein neues Berufsbild etabliert sich im Gesundheitswesen. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 5/2000, S. 23 - 24.
- Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.) 2011: *Versorgungsreport 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen*, Stuttgart.
- Halek, M.; Bartholomeyczik, S. 2006: *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*, Hannover.
- Hamburger Abendblatt 2009: *Neue Berufe in einer Wachstumsbranche. Derzeit besteht großer Bedarf an Case-Managern, Patientenberatern und Klinischen Kodierfachkräften*, 31.1.2009.
- Hartmann, H. 1972: *Arbeit, Beruf, Profession*, in: Luckmann, Th.; Sprondel, W.M. (Hrsg.) 1972: *Berufssoziologie*, Köln, S. 36 - 52.
- Henniges, H. v.; Stooß, F.; Troll, L. 1976: *Berufsforschung im IAB – Versuch einer Standortbestimmung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 1/1976, S. 1 - 18.
- Hensen, P. 2012: *Gesundheitsbezogene Masterstudiengänge an deutschen Hochschulen*, in: *Forum Public Health*, 20. Jg./Ausgabe 4, S. 27 - 28.
- Hülken-Giesler, M. 2009: *Vom Nahsinn zum Fernsinn. Zur Neuordnung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten einer professionalisierten Pflege*, *ipp-info* Ausgabe (07): 6, Bremen.
- HWP – HWP Planungsgesellschaft 2007: *Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation*, Stuttgart.
- Isfort, M.; Weidner, F. 2010: *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, Köln.
- Isfort, M.; Weidner, F. 2007: *Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*, Köln.
- ISO – Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hrsg.) 2005: *Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger am 12. Oktober 2005*, Saarbrücken.
- Kälble, K. 2012: *Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe*, in: *Forum Public Health*, 20. Jg./Ausgabe 4, S. 4 - 5.
- Kleina, T.; Wingenfeld, K. 2007: *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*, Bielefeld.
- Korzilius, H. 2013: *Weiterbildung für die Generation Y. Der Nachwuchs kann es sich leisten, Ansprüche zu stellen*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 110, Heft 10, S. 421 - 422.
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2010: *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung*, Düsseldorf.

- Manzeschke, A. 2010: Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels, in: Kreuzer, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns – Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Osnabrück, S. 175-193.
- McKee, M.; Healy, J. (Hrsg.) 2002: Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems series, Buckingham/Philadelphia.
- Mendel, S.; Feuchtinger, J. 2009: Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. Pflege 22, S. 208-216.
- MGEPA – Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2011: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011. Situation der Ausbildung und Beschäftigung, Düsseldorf.
- Offermanns, M. 2013: Herausforderungen für die betriebliche Praxis. Unveröffentlichter Folienvortrag im Rahmen des FES-Workshops „Berufsbilder im Gesundheitssektor“, 18.1-19.1.2013, Bonn.
- Offermanns, M.; Bergmann, K.O. 2008: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf.
- Offermanns, M.; Bergmann, K.O. 2010: Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf.
- Pundt, J.; Grden, J. 2012: Potenziale für Gesundheitsberufe: Distance-Learning, in: Forum Public Health, 20. Jg./Ausgabe 4, S. 22-24.
- Räbiger, J. 2012: Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen – Reaktionen auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates, in: Forum Public Health, 20. Jg./Ausgabe 4, S. 6-7.
- Robert Bosch Stiftung 2011: Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Stuttgart.
- Rossbruch, R. 2003: Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgeminstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte, Pflegerecht 2003: 139-149.
- Sachs, M. 2007: „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Pflege & Gesellschaft 12: S. 101-117.
- Schräder, W.; Lehmann, B. 2011: Telemedizin – Barrieren und Möglichkeiten auf dem Weg in die Regelversorgung, in: Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: S. 239-252.
- Schütz, D.; Füsgen, I. 2012: Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus. Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen. Online verfügbar unter: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/Patienten_mit_Gedaechtnisstoeungen.pdf; 22.3.2013.
- Schuetze, H.G.; Slowley, M. (Hrsg.) 2012: Global perspectives on higher education and lifelong learners, London.
- Selinger, Y.; Ayerle, G.; Landenberger, M.; Behrens, J. 2012: GesinE – ein Beitrag zur Gesundheitsberufsbildungsforschung in Europa, in: Forum Public Health, 20. Jg., Ausgabe 4, S. 9-10.

- Simon, M. 2008: Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen, Bern.
- Simon, M. 2011: Fachkräftemangel – die Situation des Pflegepersonals in Deutschland. Vortrag auf der Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen am 27. Juni 2011. [Http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Simon-Fachkraeftemangel.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Simon-Fachkraeftemangel.pdf); 22.3.2013.
- Simon, M. 2012: Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat, Hannover.
- Spirig, R.; De Geest, S. 2004: Editorial: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! *Pflege* 17, S. 233-236.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Ausgabe 2010, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2006: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2005, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2011: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2012: Gesundheit – Ausgaben – Fachserie 12, Reihe 7.1.1, 2010 Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2013: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6, 1.1 2011, 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](http://www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download9=140e76fc12adc72cd376d229db95f62a); 22.3.2013.
- Stoß, F.; Troll, L. 1988: Das „Arbeitsmittel“-Konzept als Instrumentarium zur Beobachtung des beruflichen Wandels. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 1/1988, S. 16-33.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn.
- Ver.di 2012: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012, Berlin.
- VPU – Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland e.V. 2007: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, o.O.

- Wagner, M. 2010: Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe, Stuttgart.
- Weishaupt, S. 2006: Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper, in: Böhle, F.; Glaser, J. (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, Wiesbaden: S. 85-106.
- Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. 2007: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung, Bielefeld.
- Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Berlin.
- Zander, B.; Dobler, L.; Busse, R. 2011: Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. Pflegezeitschrift 2011, Jg. 64, Heft 2, S. 98-101.

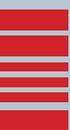
Die Autorin und die Autoren

Christoph Bräutigam

Michaela Evans

Dr. Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen,
Westfälische Hochschule Gelsenkirchen, Bochholt, Recklinghausen



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Wirtschaftspolitische Ideen und finanzpolitische Praxis in Deutschland – Ist die Schuldenbremse (der Fiskalpakt) die Ultima Ratio?

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Austerität und Einkommensverteilung in Europa: Kohäsion trotz Wachstumsschwäche

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Demografie und Wachstum in Deutschland
Perspektiven für wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt**

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

Eurokrise: Die Ungleichheit wächst wieder in Europa

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Perspektiven der Wirtschaftsförderung für den Kultur- und Kreativsektor

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Für einen produktiven und solide finanzierten Staat – Einnahmen und Dienstleistungsstaat stärken

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Reformperspektiven im deutschen Kammerwesen

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Was nützt die Verbraucherpolitik den Verbrauchern? Plädoyer für eine systematische Evidenzbasierung der Verbraucherpolitik

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Frühzeitige Bürgerbeteiligung für eine effizientere Verkehrsinfrastrukturplanung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Mehr als Minutenpflege – Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen?

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Weiterbildungsbeteiligung
Anforderungen an eine Arbeitsversicherung**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Wie lässt sich ein Anspruch auf Weiterbildung rechtlich gestalten?

Rechtliche Instrumente im Arbeits- und Sozialrecht

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Soziale Indikatoren in Nachhaltigkeitsberichten
Freiwillig, verlässlich, gut?**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Interkulturelle Öffnung in Kommunen und Verbänden

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Sozialraumorientierung und Interkulturalität in der Sozialen Arbeit

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

