

Berufsbilder im Gesundheitssektor

Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik

Michaela Evans, Christoph Bräutigam, Josef Hilbert¹

Auf einen Blick

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland erfordert neue Wege in der Gesundheitsarbeit. Veränderte und wachsende Versorgungsbedarfe, Professionalisierung und Teilkademisierung in einigen Gesundheitsfachberufen, Kostendruck, Personalengpässe und Profilbildungen bei Leistungsanbietern – der Gesundheitssektor ist in Bewegung und mit ihm ein expandierender Bildungsmarkt. Neue Berufe, Spezialkompetenzen und veränderte Qualifikationsprofile tragen dazu bei, dass sich die Berufelandschaft zunehmend ausdifferenziert. Viele neue, oft schnell entwickelte Angebote und Orientierungen prägen ein kaleidoskopisches Berufebasteln; ein systematischer Bezug auf die Entwicklungschancen und -probleme des Gesundheitssektors im Rahmen einer strategisch ausgerichteten Berufsbildungspolitik stehen bislang aus. Dies wird insbesondere beim Blick auf die Krankenhauslandschaft deutlich. Für die im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung durchgeführte explorative Studie „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ wurden ausführliche Recherchen, Experteninterviews und ein Experten-Workshop durchgeführt. Ergänzt wurden diese Arbeiten durch eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Online-Befragung unter Krankenhaus-Beschäftigten („Arbeitsreport Krankenhaus“).

Krankenhäuser im Umbruch – Wohin geht die Reise?

2011 arbeiteten knapp 850.000 Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2013). Beim ersten Blick zurück wird deutlich, dass der Krankensektor in Sachen Beschäftigung durch strukturelle Umbrüche geprägt ist:

- Während sich die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfern (-5,1 Prozent), von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (-4,0 Prozent) sowie von Diätassistentinnen und -assistenten (-5,5 Prozent) zwischen 2005 und 2011 rückläufig entwickelt hat,
- konnten insbesondere „Sonstige Pflegepersonen“ (+ 27,9 Prozent), Pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (+15,5 Prozent) sowie Medizinisch-technische Radiologieassistenten (+ 4,0 Prozent) Beschäftigungszuwächse verzeichnen.²
- Es ist ein Zuwachs an Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung festzustellen.
- Dieser befördert eine zunehmend kleinteiligere Zergliederung der Arbeitsprozesse.
- Das Arbeitsvolumen ist sowohl zwischen den Berufen als auch innerhalb der Berufsgruppen umverteilt worden. Insbesondere medizinisch-tech-

nisch orientierte und therapeutische Tätigkeiten sowie pflegeunterstützende Tätigkeiten haben an Bedeutung gewonnen.

In den kommenden Jahren werden die Umbrüche weitergehen. Aus demografischen Gründen ist mit einem deutlich wachsenden Bedarf zu rechnen. Parallel droht weiterer Kostendruck: Allein im Personalkostenbereich betrug die Finanzierungslücke bei Krankenhäusern in NRW etwa 225 Millionen Euro, hinzu kommen Energie- und Sachkostensteigerungen.³ Neue Modelle der Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, multi-professionelle Teamstrukturen, neue Aufgaben- und Verantwortungsverteilungen sowie neue Wege der Arbeitsorganisation⁴ rücken in den Fokus der Zukunftsdiskussionen und werden weitere Veränderungen bei den Qualifikationsprofilen und Beschäftigungsarten nach sich ziehen. Die Sozialpartner werden zukünftig klären müssen, wie sich veränderte Qualifikationen und Kompetenzniveaus (z. B. akademisch ausgebildete Gesundheitsfachberufe) auf Tarifgestaltung und Personalkosten auswirken sollen.

Ein Kaleidoskop von „Gesundheitsberufen“

Unter dem Label „Gesundheitsberuf“ wird mittlerweile eine Vielzahl gesundheitsbezogener Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Tätigkeitsfelder adressiert. Das Spektrum reicht von 36 *Gesundheitsfachberufen* im engeren Sinne⁵ über die Zahl von „800 *Gesundheitsberufen in der äußerst dynamischen Gesundheitsbranche*“⁶ bis zu 1.900 gesundheitswirtschaftlichen „Berufsangeboten“ in einem weiter gefassten Verständnis.⁷ Die Bandbreite der Tätigkeiten und Berufsprofile reicht von unterstützenden Tätigkeiten (z. B. Serviceassistenten), spezialisierten Tätigkeiten (z. B. Patientenbegleitdienste) bis zur Versorgungssteuerung durch teils akademisch qualifizierte Beschäftigte, etwa beim Case-Management. Bislang liegen keine verbindlichen Definitions- und Qualitätsmerkmale für „Gesundheitsberufe“ vor, die Verwendung des Begriffs ist entsprechend vielfältig. Die Praxis zeigt, dass

- sich hinter unterschiedlichen Bezeichnungen ähnliche Tätigkeitsfelder und Aufgaben verbergen können;

- Tätigkeitsfelder und Aufgaben nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können;
- nicht alle Berufsangebote einheitlich und transparent geregelt sind;
- keineswegs alle Berufsangebote in der Praxis auch überall eingesetzt werden können;
- vielfach Unsicherheiten bezüglich der konkreten Anforderungen an die Arbeits(platz)gestaltung existieren und
- es sich nicht bei jedem Berufsangebot um einen „Beruf“ im engeren Sinne handelt.

Die Gesundheitsfachberufe, v. a. Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, befinden sich zudem in einem Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess, der auf erweiterte Kompetenzen, professionelle Autonomie und erweiterte Handlungsspielräume zielt. Hier stellt sich die Frage, wie zukünftig das Zusammenspiel akademischer und traditionell qualifizierter sowie geringer qualifizierter Gesundheitsarbeit sinnvoll organisiert werden kann. Insgesamt signalisiert die Analyse der sich dynamisch verändernden Berufelandschaft im Krankenhaus einen hohen Bedarf an mehr Transparenz und verbesserter Orientierung für ein zukunftsfähiges, patientenorientiertes und für die Beschäftigten sozial verträgliches Zusammenwirken der Berufe.

Wie wird in deutschen Krankenhäusern gearbeitet? – Zentrale Befunde auf einen Blick

Veränderungen der Aufgabenverteilung in Krankenhäusern werden von vielfältigen und teils widersprüchlichen Interessen getrieben.

Die flächendeckend zu beobachtende Veränderung der Aufgabenverteilung kommt zum einen als Umverteilung zwischen etablierten Berufen und zum anderen als Schaffung neuer Aufgabenprofile für bekannte und neue Berufe daher. Die Änderungen dienen primär der betriebswirtschaftlich gedachten Steigerung der Effizienz durch einen möglichst kostengünstigen „Skill-Mix“. Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen und die Leistungsverdichtung im ärztlichen Bereich 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.

Es stellt sich ein „Kaskadeneffekt“ durch die Übernahme neuer Aufgaben ein: Der Pflegedienst übernimmt Aufgaben vom ärztlichen Dienst und gibt im Gegenzug andere Aufgaben an weitere Dienste ab. Erste Ergebnisse der Online-Befragung „Arbeitsreport Krankenhaus“ zeigen, dass 74,9 Prozent der Befragten (N = 1.756) angaben, dass der Pflegedienst in den vergangenen Jahren Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen habe. Gleichzeitig berichteten 64,3 Prozent der Befragten, dass in den vergangenen Jahren auf ihrer Station bzw. Abteilung Pflegestellen abgebaut wurden. Die Logik der Um- und Neuverteilung trifft bei den etablierten Berufen – insbesondere bei Pflege und Medizin – auf ein geteiltes Echo. So stellt etwa eine Aufspaltung der Aufgaben die Beteiligten vor das Problem der Reorganisation; gleichzeitig wird die Gefahr gesehen, dass es bei den neuen, stärker arbeitsteilig organisierten Prozessen zu einem partiellen Ausblenden fachlicher Kompetenz und damit zu Gefahren für Patientinnen und Patienten kommen kann. Dieses Vorgehen stellt nicht nur die Qualität, sondern mittel- und langfristig auch die gewünschten Kosteneinsparungen in Frage. Zudem zeigt sich, dass eine Bereinigung um fachfremde Tätigkeiten möglicherweise nicht nur positive Effekte nach sich zieht. Solche Tätigkeiten können durchaus auch eine Entlastungs- und Pufferfunktion haben. Eine permanente Fokussierung auf interaktionsintensive Kernaufgaben – sofern sie überhaupt gelingt – kann nicht nur sehr belastend, sondern auch im Sinne der Prozessorientierung geradezu kontraproduktiv sein.

Neue Qualifikationen und Berufe auf unterschiedlichem Niveau – „Heiteres Berufebasteln“ mit nicht-intendierten Folgen.

Das Spektrum der Aktivitäten zur Neugestaltung oder Weiterentwicklung von Berufsbildern und Tätigkeitsprofilen reicht

- von neuen Tätigkeitsfeldern für nicht oder gering qualifizierte Beschäftigte (z. B. Assistenz- und Serviceaufgaben oder Spezialdienste wie Patientenbegleitdienste)
- über die Neudefinition von Tätigkeitsfeldern für Angehörige bestehender Berufe (z. B. Stationsmanagement/Stationssekretariat),
- die Übertragung von Aufgaben vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst,

- „neue“ Berufe (OTA, CTA, ATA) bis hin zur
- Integration akademischer, berufsbegleitend erworbener Qualifikationen (z. B. Case-Management) und
- grundständig akademischen Berufsqualifizierungen für die Gesundheitsfachberufe.

Bei den niedrighschwelligigen Qualifizierungen spielt die Ausbildung per Anleitung oder durch kurze betriebsinterne Maßnahmen eine große Rolle. Für Tätigkeitsfelder mit vergleichbaren Aufgaben wie etwa Versorgungsassistentinnen, Servicehelferinnen, Serviceassistentinnen oder Stationshelferinnen gibt es verschiedene Bezeichnungen und auch die Aufgabenzuschnitte sind häufig uneinheitlich. Etliche dieser eher niedrighschwelligigen Anforderungsprofile erweisen sich in der Praxis als Sackgasse. Das Fehlen eines integrierenden Gesamtkonzepts erweist sich hier als problematisch. Spezialisierungen sind zudem – selbst wenn sie funktional vorteilhaft sein mögen – für die Beschäftigten arbeitspsychologisch höchst fragwürdig, da sie kaum Dispositionsspielräume bieten und tendenziell monoton sein können. Bedenklich erscheint ferner die Tendenz, für identifizierte Problembereiche (vor) schnell Spezialqualifikationen zu schaffen. In vielen Fällen könnten die etablierten Berufe durch organisatorische Veränderungen und Qualifizierung praktikable Lösungen anbieten. Erweiterte Kompetenzprofile (z. B. Case-Manager) kommen in der Praxis sehr unterschiedlich zum Einsatz. Wo der Zusatznutzen neuer oder erweiterter Kompetenzprofile nicht deutlich wird, kommt es nicht selten zu Spannungen mit etablierten Berufsgruppen, etwa zwischen etablierten Sozialdiensten und Case-Management.

Trotz neuer Berufe, Spezialqualifikationen und erweiterter Kompetenzprofile droht die Patientenorientierung auf der Strecke zu bleiben.

In der Praxis der Krankenhäuser werden Leistungen doppelt ausgeblendet: Einerseits beschränken sich die Veränderungen der Aufgabenverteilung bisher weitgehend auf das bestehende Leistungsportfolio der Kliniken, und dies zudem überwiegend bezogen auf einzelne Verrichtungen statt auf Aufgabenkomplexe. Viele dringend erforderliche, aber bisher im Krankenhaus nur rudimentär erbrachte Leistungen werden weiterhin

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 Patientenbedarf ebenso wenig gerecht wird wie den Anforderungen des entsprechenden pflegerischen Expertenstandards. Unübersehbar ist, dass die eklatanten Lücken bei dem Bemühen um Versorgungskontinuität insbesondere bei Menschen mit chronischen Verläufen weiter bestehen. Solche und ähnliche Probleme werden auch im Rahmen der Online-Befragung „Arbeitsreport Krankenhaus 2013“ gesehen. Insbesondere werden genannt: Die Kommunikation mit und Beratung von Patientinnen und Patienten, Angehörigenbetreuung und auch die Ausbildungsaufgaben. Diese und andere Aufgaben sollten bei der zukünftigen Diskussion um Arbeitskonzepte und zukunftsfähige Qualifikationen und Kompetenzen zusätzlich einkalkuliert werden. Dabei ist auch zu bedenken und einzuplanen, dass heute viele Leistungen von Pflegenden tagtäglich jenseits der offiziellen Aufgabenbeschreibungen, quasi im Verborgenen, wahrgenommen werden, die für das gute Funktionieren eines Krankenhauses unerlässlich sind. Gemeint sind die teilweise zeitintensiven Kommunikations-, Koordinations- und Organisationsleistungen, die wie ein Schmiermittel im System wirken.

Ausblick: Mehr berufsbildungspolitische Branchenstrategie ist nötig und möglich!

Die Landschaft der Berufe im Gesundheitssektor im Allgemeinen und der Krankenhäuser im Besonderen ist vielfältig und in Bewegung. So dynamisch wie die Veränderungen bei den Berufsbildern sind die Erneuerungen und Umbrüche in der Arbeit selbst, bei der Arbeitsorganisation, bei den Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgrup-

pen und bei der Arbeitsteilung zwischen ihnen. Die oben skizzierten Erkenntnisse unterstützen die Forderung nach einer strategischen Berufsbildungspolitik für die Gesundheitsberufe. Ein „Berufsbildungsbericht Gesundheitswirtschaft“ könnte vor allem die vier folgenden Wissens- und Gestaltungsfelder umfassen:

- Herstellung von Transparenz über der Umbrüche und das Innovationsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und bei Krankenhäusern im Besonderen;
- empirisch fundierte Quer- und Längsschnittsberichterstattung zur Lage und zur Entwicklung von Qualifikationen, Tätigkeiten und Arbeitsroutinen;
- wissenschaftlich inspiriertes *Trendmonitoring* über innovative Gestaltungsmöglichkeiten;
- Ausbau des *Gestaltungsdialogs* in und mit der Praxis, um das dort vorhandene Wissen abzuholen und um innovative Gestaltungsansätze auf Praxistauglichkeit zu prüfen.

Mit dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ – der parallel zur vorliegenden Expertise im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung entwickelt und erprobt wurde und dessen erste Ergebnisse oben bereits umrissen wurden – 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 künftigen Gestaltungsmöglichkeiten sowie zum Ausbau des Gestaltungsdialogs zu arbeiten. Dabei gilt es nicht zuletzt, die Gestaltungsspielräume einer erneuerten Berufelandschaft und Synergien im Zieltriangel von mehr Patientennutzen, besserer Arbeit und nachhaltiger Wirtschaftlichkeit zu umreißen.

- 1 Michaela Evans, Christoph Bräutigam, Dr. Josef Hilbert: Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen, Westfälische Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen.
- 2 Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>; 17.3.2013.
- 3 KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. 2012: Pressemitteilung „Resolution der KGNW-Mitgliederversammlung: NRW-Kliniken fordern nachhaltige Krankenhausfinanzierung“ vom 7.12.2012. Online verfügbar unter http://www.kgnw.de/presse/pressemitteilungen/2012_12_07_resolution_mitgliederversammlung/; 17.3.2013.
- 4 SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, S. 44.
- 5 MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.) 2010: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2010, Düsseldorf.
- 6 Hamburger Abendblatt (Ausgabe 31.1.2009): Neue Berufe in einer Wachstumsbranche.
- 7 Quelle: Z.B. aufgeführt auf dem Portal <https://gesundheitsberufe.de/>; abgerufen am 5. April 2013.