

Oktober 2011

# WISO

# Diskurs

Expertisen und Dokumentationen  
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

## Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft

Von heimlichen Helden und  
blinden Flecken



Gesprächskreis  
Arbeit und Qualifizierung





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

---

# **Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft**

Von heimlichen Helden und  
blinden Flecken

Michaela Evans  
Christoph Bräutigam  
Josef Hilbert  
*unter Mitarbeit von*  
Sandra Schulze

## Inhaltsverzeichnis

---

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Vorbemerkung	4
Einleitung	6
1. Kernbotschaften der Expertise – „Von heimlichen Helden und blinden Flecken“	8
2. „Soziale Gesundheitswirtschaft“ – Chance und Herausforderung für „Arbeit und Qualifizierung“	11
3. Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage in der Gesundheitswirtschaft – Stand und Perspektiven	17
3.1 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft – Drohen „heimliche Verlierer“?	18
3.2 Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft – Sie werden gebraucht, aber wer mit welcher Qualifikation – und wo?	24
3.3 Zusammenfassung der Befunde	30
4. Prioritäre Gestaltungsfelder für die Zukunft von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Sozialen Gesundheitswirtschaft	33
4.1 Regionale Gesundheitsversorgung und Fachkräftesicherung	34
4.2 Fachkräftesicherung, Fachkräftegewinnung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen	36
4.3 Reform der Ausbildung – Akademisierung als Königsweg?	38
4.4 Neue Arbeitsteilung – weiterdenken!	41
4.5 Neue Berufe und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Mehr Integration durch Spezialisierung und Differenzierung?	45
4.6 Ansprache neuer Zielgruppen für den Arbeitsmarkt Gesundheit – Das Beispiel „Berufsrückkehrerinnen“	47
4.7 Arbeit und Technikeinsatz für mehr Gesundheit	51
5. Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft – Herausforderung für Interessenvertretung und Mitbestimmung	54
6. Von heimlichen Helden und blinden Flecken – Auf dem Weg zu einer humanzentrierten Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft	57
Literaturverzeichnis	59
Die Autorinnen und Autoren	65
Veröffentlichungen der Abt. WISO zum Projekt „Soziale Gesundheitswirtschaft“	67

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

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

---

Abbildung 1:	Clustermodell der Gesundheitswirtschaft	12
Abbildung 2:	Eckpunkte „Sozialer Gesundheitswirtschaft“	14
Abbildung 3:	Entwicklung der Beschäftigung bei Ärzten und Pflegeberufen (2000-2008)	22
Abbildung 4:	Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials 1990-2050	25
Abbildung 5:	Prognose des Arbeitskräftebedarfs nach Berufshauptfeldern 2025	27
Abbildung 6:	Pflegebedürftigkeit und Pflegeformen 2007 und 2050	30
Abbildung 7:	Die Gesundheitswirtschaft als aussichtsreiches Beschäftigungsfeld für Wiedereinsteigerinnen/Berufsrückkehrerinnen	48
Tabelle 1:	Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen 1997 bis 2007 nach Berufen	19
Tabelle 2:	Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Beschäftigungsart (D, 2009)	19
Tabelle 3:	Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach einzelnen Bereichen (D, 2009)	20
Tabelle 4:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in ausgewählten Studien	28

## Vorbemerkung

---

Die Gesundheitswirtschaft ist mit einem Beschäftigtenanteil von zwölf Prozent aller Erwerbstätigen ein bedeutender Sektor der deutschen Volkswirtschaft. Prognosen gehen davon aus, dass sie zünftig weiterwachsen wird und hier große Beschäftigungspotenziale liegen. Gegenwärtig bestimmt die Debatte um die aktuellen und zukünftigen Arbeitskräftebedarfe die öffentliche Diskussion. Dabei wird übersehen, dass die Arbeitsbedingungen – insbesondere die Entlohnung, Arbeitszeiten und physischen und psychischen Anforderungen – und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in dieser von Frauenarbeit geprägten Branche unbefriedigend sind. Was ist zu tun, damit sich ökonomische Potenziale der Gesundheitswirtschaft im Einklang mit dem Interesse der Patientinnen und Patienten an guter Versorgung und der Beschäftigten an „Guter Arbeit“ entwickeln können? Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben Michaela Evans, Christoph Bräutigam und PD Dr. Josef Hilbert vom Institut Arbeit und Technik an der Fachhochschule Gelsenkirchen beauftragt, diesen Fragen nachzugehen.

Die Fragestellung wurde in dem gemeinsamen Projekt „Soziale Gesundheitswirtschaft“ von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Friedrich-Ebert-Stiftung unter Beteiligung zahlreicher Fachleute aus Wissenschaft, Politik und Praxis bearbeitet. In diesem Projekt wird auf den Zusammenhang von Gesundheit

und Wirtschaft/Beschäftigung/Qualifizierung eingegangen. Dieser Zusammenhang wird hier neu akzentuiert.<sup>1</sup>

Ziel des Projektes ist die Erarbeitung eines Konzepts, das aufzeigt, welche Strategie sowohl zu einer qualitativ höherwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung führt als auch gute Arbeit und verbesserte Qualifizierung ermöglicht. Ein solches Konzept grenzt sich von denen ab, die z.B. ausschließlich Wachstum oder einseitige Einkommenserhöhungen bzw. Umsatzsteigerungen der Leistungsanbieter im Focus haben und davon abhängig definieren, was zukünftige medizinische Bedarfe sind und wie darauf einzugehen ist.

Die Bearbeitung des Themas erfolgte entlang folgender Überlegungen:

- Auszugehen ist von dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an Dienstleistungen für Gesundheit und Pflege.
- Alle Angebote müssen patientenzentriert sein und dabei die Arbeitssituation der Beschäftigten im Gesundheitssystem verbessern und lebenslanges Lernen ermöglichen.
- Innovationen müssen auf vernetzte Versorgungsstrukturen abstellen, wie z.B. integrierte Versorgung.
- Diese Strukturen werden durch einen innovationsfördernden ordnungspolitischen Rahmen mit regionalen bevölkerungsbezogenen Verträgen gefestigt.

---

1 Die im Projekt entstandenen Studien sind am Ende der Expertise aufgelistet.

Weitere Überlegungen sind auf die Finanzierung ausgerichtet. Hierzu gehören mikro- und makroökonomische Fragestellungen.<sup>2</sup> Die vorliegende Studie von Michaela Evans, Christoph Bräutigam und PD Dr. Josef Hilbert beschreibt nicht nur die aktuelle Beschäftigungsentwicklung und die Veränderungen der Anforderungen, sondern benennt zentrale Gestaltungsfelder und konkrete

*Herbert Weisbrod-Frey*

Bereichsleiter Gesundheitspolitik  
ver.di Bundesvorstand, Berlin

Handlungsansätze u.a. für Politik, Arbeitgeber und Gewerkschaften. Damit werden neue Diskussionsanstöße geliefert, die in die weiteren Überlegungen für das Konzept einfließen. Wir bedanken uns bei der Autorin und den Autoren für ihre wichtigen Ausführungen und die konstruktive Zusammenarbeit.

*Ruth Brandherm*

Leiterin GK Arbeit und Qualifizierung  
Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

---

2 Zu einer makroökonomischen Beurteilung zusätzlicher finanzieller Mittel durch Beitrags- und/oder Lohnerhöhungen vgl. Rudolf Zwiener 2010: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung, WISO-Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung. Außerhalb dieses Projektes zu Finanzierungsfragen aus makroökonomischer Perspektive vgl. Stefan Greß und Heinz Rothgang 2010: Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland – Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung.

## Einleitung

---

Unter dem Dach der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) wurden seit Ende 2009 in einer Arbeitsgruppe „Soziale Gesundheitswirtschaft“, die sich aus wissenschaftlichen Expertinnen und Experten, erfahrenen Praktikerinnen und Praktikern und Gesundheitspolitikern zusammensetzt, die programmatischen Eckpunkte, Herausforderungen und Gestaltungsansätze einer „Sozialen Gesundheitswirtschaft“ erarbeitet. Die Gesundheitswirtschaft ist mittlerweile ein etabliertes Aktivitätsfeld der bundesdeutschen Gesundheits-, Wirtschafts- und Innovationspolitik, und auch für die regionale Strukturpolitik ein zentrales Handlungsfeld. Dienstleistungen und Produkte rund um die „Gesundheit“ sind einerseits zentrale Elemente regionaler Daseinsvorsorge und damit unverzichtbare Infrastrukturleistungen. Sie ermöglichen gesellschaftliche Teilhabe, Integration und Inklusion. Zum anderen sind sie Motoren wirtschaftlicher Entwicklung in Regionen, Bundesländern, deutschlandweit und international. Im Mittelpunkt des gemeinsamen Projektes „Soziale Gesundheitswirtschaft“ stand die Frage, wie die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche, mit Blick auf konkrete Bedarfe und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie angesichts konkreter Anforderungen aus der Praxis entwickelt, begleitet und kommuniziert werden kann.

Eine „Soziale Gesundheitswirtschaft“ zielt gleichermaßen auf die Erhöhung von Gesundheitschancen einerseits und auf die Umsetzung der vorhandenen Wachstums-, Beschäftigungs- und Bildungsoptionen andererseits. Soziale, institutionelle, organisatorische und technologische Innovationen sind in der Gesundheitswirtschaft, wie in kaum einem anderen gesellschaftlichen Gestaltungsfeld, eng miteinander verbunden. Eine zentrale Herausforderung besteht darin, Pa-

tientinnen und Patienten und die Nutzerinnen und Nutzer von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten im aktuellen Modernisierungsgeschehen nicht aus den Augen zu verlieren und mehr noch: sie als zentrale Anspruchsgruppe in den Mittelpunkt des Innovationsgeschehens zu rücken. Dies gilt umso mehr für die Beschäftigten als vielfach vergessene Anspruchsgruppe der Branche. Eine humankapitalorientierte Refokussierung und Neuorientierung der Arbeitspolitik in der Gesundheitswirtschaft ist kein Surplus, sondern eine grundlegende Bedingung der Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft. Die derzeitigen Debatten zur Fachkräftesicherung in Deutschland zeigen, wie notwendig eine Auseinandersetzung mit zentralen Entwicklungstrends und Gestaltungsherausforderungen im Bereich „Arbeit und Qualifizierung“ in dieser Zukunftsbranche sind. Die Meldungen über einen akuten und sich in Zukunft voraussichtlich weiter verschärfenden Fachkräftemangel unterstreichen diese Notwendigkeit ebenso wie Ergebnisse aktueller Studien zur Arbeitsbelastung und Wertschätzung zentraler Gesundheitsberufe oder Demonstrationen für bessere Arbeitsbedingungen seitens der Beschäftigten.

Die vorliegende Expertise hat zum Ziel, sich differenziert mit aktuellen Fragestellungen und zentralen „Baustellen“ von Beschäftigung, Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft auseinander zu setzen. Welche Herausforderungen und Aufgaben stehen an, um die positiven Beschäftigungsaussichten angesichts der Prognosen zur Entwicklung der Erwerbsbevölkerung und der Fachkräftenachfrage auch einlösen zu können? Die Expertise orientiert sich an den Eckpunkten der Konzeption „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ und zeigt auf, dass regionale Gesundheitsversorgung, Fachkräftesicherung und die Gestaltung konkreter Rahmen-



bedingungen für die Zukunft der Gesundheitsarbeit enger zusammengedacht werden müssen. Die Expertise soll zudem ein Plädoyer für eine vielfach vergessene Dimension der Erneuerung sein: Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsdiensten und -produkten sollten letztlich auch die der Suche nach tragfähigen Strategien für Beschäftigung, Arbeit und Qualifizierung in der Branche leiten. Und es soll deutlich werden, dass Soziale Gesundheitswirtschaft als Rahmenkonzept nur dann zu erfahrbaren Ergebnissen führen kann, wenn Humankapitalorientierung, Wertschätzung und die Inklusion der Beschäftigteninteressen in den Modernisierungsprozess der Gesundheitsversorgung als zentrale Eckpunkte mitgedacht, systematisch entwickelt und umgesetzt werden. Beschäftigte sind nach diesem Verständnis sowohl selbst Nutzer und „interne Kunden“ der institutionellen, organisatorischen Strukturen und Prozesse als auch deren Mitgestalter.

Die Expertise basiert auf zwei inhaltlichen Schwerpunkten. In Kapitel 1 werden im Sinne einer Management-Summary zunächst die Kernbotschaften der Expertise vorgestellt. Kapitel 2 und 3 schlagen zunächst die Brücke zwischen den konzeptionellen Eckpunkten „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ und den daraus ableitbaren Fragestellungen für Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft (Kapitel 2). Im Weiteren steht die Analyse zentraler Beschäftigungstrends und der Fachkräftesicherung im Fokus (Kapitel 3). Kapitel 4 und 5 thematisieren ausgewählte, wenngleich prioritäre Gestaltungsfelder zur Zukunft von Arbeit und Qualifizierung in der

Gesundheitswirtschaft. Das Themenspektrum reicht von dem Zusammenspiel regionaler Gesundheitsversorgung und Fachkräftesicherung, über Fragen neuer Arbeitsteilung, den Gestaltungseckpunkten „Guter Arbeit“ und aktuellen Reformherausforderungen in der Ausbildung bis hin zur Auseinandersetzung mit den Perspektiven der Gesundheitswirtschaft für Geringqualifizierte oder den Entwicklungsperspektiven an der Schnittstelle von Arbeit und Technikeinsatz. Ein Schwerpunkt der Ausführungen liegt anschließend in der Frage, welche Herausforderungen sich ableitend künftig insbesondere für die betrieblichen Interessenvertretungen und in der Mitbestimmung ergeben (Kapitel 5). Abschließend werden die Ergebnisse in einem Resümee zusammengefasst und zu einem Plädoyer für eine humanzentrierte Arbeitsgestaltung unter Berücksichtigung der Interessen der Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verdichtet.

Die Autorin und die Autoren der Expertise möchten sich an dieser Stelle bei allen Beteiligten für die Bereitschaft zur Mitwirkung, das Engagement und die instruktiven Impulse bedanken. Die vorliegende Expertise bietet nicht den Raum, die aufgeworfenen Fragestellungen, Aspekte und Entwicklungsherausforderungen vollständig und abschließend zu diskutieren. Gleichwohl bietet sie eine Möglichkeit, bereits bekannte Themen und Problemstellungen der Beschäftigung, Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in einem anderen Licht zu betrachten, für neue Problemlagen zu sensibilisieren und hierdurch auch neue Wege für tragfähige Lösungen zu suchen und zu eröffnen.

## 1. Kernbotschaften der Expertise – „Von heimlichen Helden und blinden Flecken“

---

- In der Sozialen Gesundheitswirtschaft muss der Mensch mit seinen Gesundheitsbedürfnissen, seiner individuellen Krankheitsbiographie sowie seinem Bedarf an Pflege und Betreuung im Mittelpunkt stehen. Die Branche bietet ein breites Spektrum an Arbeitsfeldern und Berufen. Gemeinsam ist vielen, dass es sich um anstrengende, wissensintensive und verantwortungsvolle Berufe handelt. Darüber hinaus ist Gesundheit auch eine „Befähigerin“ für Wachstum und Beschäftigung in anderen Wirtschaftszweigen und -branchen.
- „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft brauchen eine neue Humanzentrierung. Dies zielt zum einen auf einen erweiterten „Nutzer“begriff, dessen Ausgangspunkte die gesundheitlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger sind. Dies orientiert zum anderen auf die Notwendigkeit nachhaltig organisierter Gesundheitsarbeit für die Beschäftigten selbst. Konzepte zur Fachkräftesicherung, neue Berufe und Qualifikationen ebenso wie Konzepte zur Arbeitsgestaltung müssen ihre Leistungsfähigkeit auch im Sinne sozialer Innovationen nachweisen. Ansonsten drohen Beschäftigungs-, Qualifizierungs- und Versorgungssystem den gegenseitigen Anschluss zu verlieren.
- Der gesellschaftliche Bedarf an Gesundheitsarbeit wird nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland, wie auch international, in den kommenden Jahren deutlich steigen. Gute Arbeit, bedarfsgerechte Qualifikationen und attraktive Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie lebensphasen- und präventionsorientierte Arbeitskonzepte sind kein freiwilliges Surplus, sondern notwendiges Fundament, um hinreichend Personal für diese Wachstumsbranche mit Zukunftsverantwortung gewinnen zu können.
- Bislang wird die Debatte um die Zukunftsgestaltung von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft überwiegend auf Basis professionsspezifischer, institutionen- oder verbandspolitischer Interessenspositionen geführt. Die Fokussierung auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und Nutzerinnen und Nutzer gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Produkte erfordert zukünftig die Überwindung berufsständischer Positionen und die Definition gemeinsamer Entwicklungsstrategien.
- Die aktuelle Debatte um einen bestehenden und sich zukünftig weiter verschärfenden Fachkräftemangel wird den tatsächlichen Herausforderungen nur bedingt gerecht. So mangelt es nicht *per se* an Fachkräften: Auch der Stellenabbau der vergangenen Jahre, das *Mismatch* von qualifikationsgerechtem Arbeitsinsatz und verfügbaren Qualifikationen, die belastenden Arbeitsbedingungen und eine unzureichende Entlohnung in nicht tarifgebundenen Bereichen befördern den Fachkräftemangel.
- Bürger- und Patientenorientierung, regionale Versorgungsgestaltung und tragfähige Konzepte zur Fachkräftesicherung sind untrennbar miteinander verbunden. Kurzfristige und solitäre Lösungen, wie z.B. die Forderung, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, sind für sich genommen kaum tragfähig. Differenzierte gesundheitliche Lagen und Bedürfnisse der Bevölkerung, regional spezifische Versorgungssettings und verfügbare Arbeitskräfte erzeugen in der Folge auch Varianzen in der quantitativen und qualitativen Fachkräftenachfrage. Hier ist das Zusammenspiel bundes-, landesweiter und regionaler Zukunftsstrategien für eine attraktive Gesundheitsarbeit neu zu justieren.

- Die vorliegenden Prognosen weisen auch für die kommenden Jahre einen Zugewinn an Arbeit, Beschäftigung und volkswirtschaftlicher Wertschöpfung durch Gesundheitsarbeit aus. Die rosigen Aussichten des „Jobmotors Gesundheitswirtschaft“ dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Branche derzeit auch einen Anstieg prekärer Beschäftigung zu verzeichnen hat. Diese kann zu neuen individuellen berufsbiographischen Risiken und Sackgassen führen, eine verlässliche patienten- und mitarbeiterorientierte Arbeits- und Prozessgestaltung erschweren und die Attraktivität des Berufsfeldes „Gesundheit“ weiter schwächen.

Wird der Ansatz einer humanzentrierten Gesundheitswirtschaft ernst genommen, dann ergeben sich folgende Strategieansätze zur Gestaltung von Arbeit und Qualifikation:

- (1) Ein bedeutender Ansatz zur Fachkräftesicherung der Zukunft ist es, den Zugang auch für neue und bisher unterrepräsentierte Zielgruppen zu fördern, die Durchlässigkeit der Qualifizierungswege zu sichern und dies durch eine professionelle betriebliche Personalentwicklung zu begleiten. Grundsätzlich bieten auch niedrighschwellige Einstiegsqualifikationen, gezielte Rückkehr-, Wiedereinstiegs- und Umschulungsprogramme interessante Perspektiven. Allerdings ist darauf zu achten, dass diese neuen Möglichkeiten auch tatsächlich zu einem dauerhaften Einstieg in das Erwerbsleben führen. Es darf nicht zu „Mehrfachenttäuschungen“ bei Beschäftigten, Betrieben und Patientinnen und Patienten kommen, wenn es nicht gelingt, (betriebs-)spezifisch ausgebildete Pflege- und Betreuungskräfte entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen. Vorliegende Daten jedenfalls weisen darauf hin, dass v. a. Niedrigqualifizierte in der Altenhilfe zu Verlierern der Beschäftigungsentwicklung zu werden drohen. Darüber hinaus ist eine vertiefende Auseinandersetzung auch mit den Chancen und Risiken selbstständiger Arbeit in der Gesundheitswirtschaft überfällig.
- (2) Reformen der Aus-, Fort- und Weiterbildung dürfen sich nicht als *Potjomkinsche Dörfer* erweisen. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche neue Bildungsangebote in der Gesundheitswirt-

schaft entstanden. Allerdings besteht über deren praktische Verwertbarkeit vielfach noch Unsicherheit – bei Einrichtungen und Unternehmen genauso wie bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. So ist der Trend zur Akademisierung zentraler Gesundheitsberufe zwar grundsätzlich zu begrüßen, jedoch müssen auch hinreichende Perspektiven für die Absolventinnen und Absolventen in der Praxis geschaffen werden. Angesichts des drohenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen gilt es gleichzeitig, den Zugang zu reglementierten Berufen zu erleichtern, die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Berufsabschlüssen zu erhöhen und durch Fort- und Weiterbildung die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit zu ermöglichen und auch neue Karrierechancen für die Beschäftigten zu eröffnen. Dies ist auch ein Gebot, das sich aus europäischen Anforderungen der Nichtdiskriminierung und der gleichberechtigten Teilhabe am Erwerbsleben ergibt.

- (3) Neue Berufe könnten so zu nachhaltigen Beschäftigungsperspektiven und zu einer differenzierteren, bedarfsgerechten Pflegepraxis führen, wenn seitens der Praxis auch der Bedarf erkannt und das Know-how zum qualifikationsgerechten Arbeitseinsatz der neu geschaffenen Qualifikationen vorhanden ist. Hier sind die Einrichtungen und Unternehmen des Gesundheitswesens und der Pflege gefordert, neue Wege in ihrer Personal- und Organisationsentwicklung zu gehen. Das Bemühen um eine bedarfsgerechte Arbeitsteilung muss sich deutlicher als bislang an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und Nutzerinnen und Nutzer orientieren. Dies erfordert auch einen besseren Austausch mit bislang weniger beachteten Berufsgruppen, wie etwa den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Segmentierung statt Integration bestimmt derzeit das Bild, und die Folgen für die Nutzerinnen und Nutzer werden weitgehend ausgeblendet. Eine arbeitsteilige Zerstückelung vor allem der Pflegearbeit droht, und dies bedeutet eine Abkehr von der professionellen Beziehungs- und Emotionsarbeit Pflege und die Wiedereinführung der entwertenden und dysfunktionalen Funktionspflege durch die Hintertür.

(4) Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und neue Wege in der Arbeitsgestaltung gehören unter Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen auf die Tagesordnung der Handlungs- und Gestaltungsfelder der Sozialen Gesundheitswirtschaft. Hier sind im Zusammenspiel von Arbeit, Organisation, Qualifikation und Technikeinsatz neue Wege zu suchen. Auch wenn eine Orientierung an den Arbeitsgestaltungserfahrungen der Industrie kaum vielversprechende Lösungen für die Zukunft der Gestaltung von Gesundheitsarbeit erwarten lässt, kann die Auseinandersetzung mit entsprechenden Konzepten wertvolle Hinweise auf bislang unbeachtete Gestaltungsoptionen und -chancen bieten. Technikeinsatz ist aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, das heißt der Beschäftigten und der Patientinnen und Patienten bzw. Hilfebedürftigen zu entwickeln, darf nicht arbeitsersetzend, sondern vor allem arbeitsunterstützend wirken und sollte mit einem klar erkennbaren

Mehrwert für Patientinnen und Patienten und Nutzerinnen und Nutzer realisiert werden.

(5) Arbeitgeber in der Gesundheitswirtschaft tragen Verantwortung für nachhaltige Versorgungs-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsstrategien. Einen wichtigen Beitrag hierzu kann die Positionierung als attraktive Arbeitgebermarke (*employer branding*) leisten. Dies erfordert es einerseits, die zentralen Anspruchs- und Interessengruppen frühzeitig in den betrieblichen Modernisierungsprozess und den strategischen Dialog einzubinden. Zum anderen ist auf betrieblicher Ebene auch die Entwicklung neuer Konzepte und Instrumente erforderlich, die Antworten auf die Herausforderungen des lebensphasenorientierten Arbeitens, auf geschlechts- und kulturspezifische Anforderungen in der Arbeit oder an die Gestaltung individueller Berufsbiographien liefern. Eine verlässliche, partnerschaftliche und innovationsorientierte Personalentwicklung ist eine unverzichtbare Basis hierfür.

## 2. „Soziale Gesundheitswirtschaft“ – Chance und Herausforderung für „Arbeit und Qualifizierung“

In den vergangenen Jahren war das gesellschaftliche Gestaltungsfeld „Gesundheit“ durch einen grundlegenden Paradigmenwechsel gekennzeichnet. Lange Zeit hielt sich hartnäckig die Vorstellung Milton Friedmanns, der Gesundheitssektor sei das „schwarze Loch“ der Volkswirtschaft. In Wissenschaft, Politik wie auch in der Gesundheitsbranche selbst hat jedoch ein neues Denken Einzug gehalten. Nicht allein die Forderung nach Kostensenkung und -begrenzung, sondern auch die systematische Beförderung des Innovations- und Investitionsgeschehens ist in den letzten Jahren zu einem Kernbestandteil wissenschaftlicher Analysen, politischer Förderstrategien und konkreter Umsetzungs- und Modernisierungsaktivitäten geworden (Goldschmidt/Hilbert 2009). Aktuelle Untersuchungen verweisen auf die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors in seinen Effekten für Wertschöpfung und Beschäftigung (Henke et al. 2010) oder betonen die regionalwirtschaftlichen Potenziale einzelner Teilbranchen/-sektoren. Entsprechende Untersuchungen wurden kürzlich etwa für den Rehabilitationssektor in Schleswig-Holstein (Steiner 2010) oder in der Vergangenheit für den Krankenhaussektor in Bremen vorgelegt (Speiser 1995). Erfolgte zunächst eine inhaltliche wie semantische Neuorientierung vom *klassischen Gesundheitswesen* zur *Gesundheitswirtschaft*, ist zunehmend auch von (*internationalen*) *Gesundheitsmärkten* die Rede. Obwohl Gesundheitsdienste als unverzichtbare Institutionen der Daseinsvorsorge in nahezu allen europäischen Ländern erheblichen Regulierungen unterliegen, zeigen sich in der Praxis vielfältige internationale Investitions-, Handels- und Beschäftigungsbeziehungen – forciert nicht zuletzt durch die europäische Integration (Steiner/Wölbing 2010). Gesundheit ist nicht mehr länger Kostgänger der Wirtschaft, sondern wird zum

grenzüberschreitenden Motor für Wirtschaftswachstum, Innovation und Beschäftigung.

Die Betrachtung von „*Gesundheit als Konsumgut*“ eröffnet den Blick dafür, dass die Produktion und Konsumtion gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen und Produkte Umsätze, Beschäftigung und Einkommen generieren. Zudem ist „Gesundheit“ ein bedeutender Produktionsfaktor der Wirtschaft („*Gesundheit als Kapitalgut*“). Diese Dimension findet nicht zuletzt in den humankapitalorientierten Debatten um „Arbeitsfähigkeit“ und „Arbeitsgesundheit“ ihren Ausdruck. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und dem prognostizierten Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland, erlebt die Debatte um die Verfügbarkeit von Fachkräften in der Gesundheitswirtschaft aktuell eine Renaissance. Dabei geht es nicht allein um die Frage, *wie viele* Fachkräfte in einzelnen Tätigkeitsfeldern der Gesundheitsversorgung zukünftig zur Verfügung stehen, sondern auch um zukunftsfähige Qualifikationsprofile in der Gesundheitsarbeit. Angesichts einer politischen Programmatik zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der Erhöhung des Renteneintrittsalters wird es darüber hinaus zu einer zentralen Herausforderung, lebensbegleitende Konzepte für „Gesundes Arbeiten“ zu entwickeln – und diese auch umzusetzen. Eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung ist aus Perspektive demographischer, sozialer und global-wirtschaftlicher Herausforderungen eine notwendige Bedingung zur Aufrechterhaltung nationaler Wirtschafts- und Sozialsysteme.

„Arbeit und Beschäftigung“ in der Gesundheitsbranche tragen nicht nur selbst zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bei, sondern sorgen zudem auch maßgeblich für die Sicherstellung einer Versorgungs- und Gesundheitsinfra-

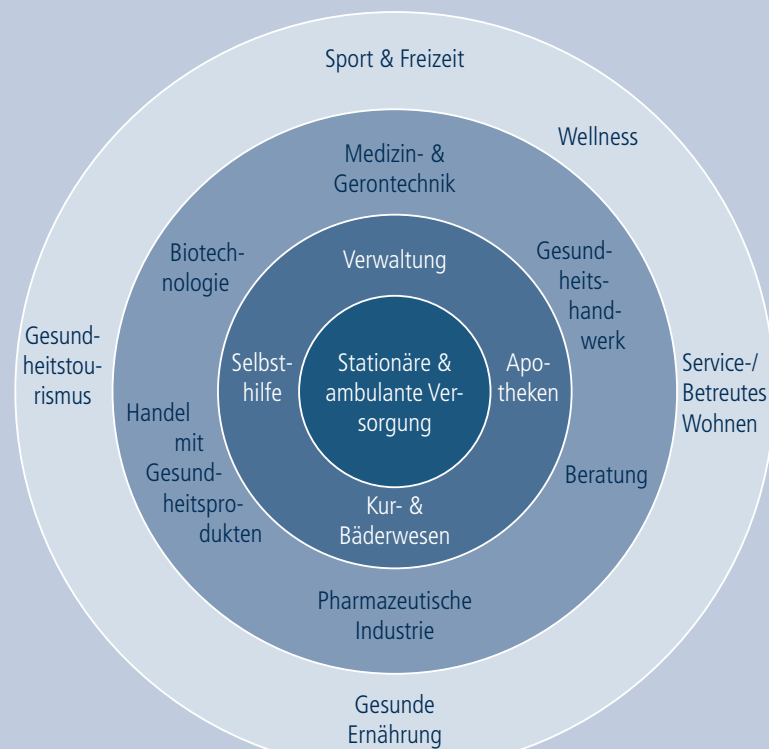
struktur, die die Produktionsbedingungen anderer Wirtschaftsbranchen und -zweige absichern. Rund fünf Millionen Menschen sind aktuell in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland beschäftigt. Sie tragen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bei, leisten Beiträge zu den sozialen Sicherungssystemen und zahlen Steuern. Der Umsatz der Branche beträgt rund 260 Milliarden Euro (eigene Berechnungen: Institut Arbeit und Technik 2010). Vorliegende Prognosen gehen für die kommenden Jahre von weiteren Umsatz- und Beschäftigungsgewinnen aus. Treiber dieser Entwicklung sind insbesondere der demographische Wandel sowie der medizinisch-technische Fortschritt, der die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Diensten zukünftig weiter steigen lässt. Am Institut Arbeit und Technik (IAT) wurde das Clustermodell der Gesundheitswirtschaft entwickelt (s. Abbildung 1). Die Gesundheitswirtschaft präsentiert sich auf Basis dieses Modells als das wertschöpfungsorientierte Zusammenspiel des Kernbereichs stationärer und

ambulanter Gesundheitsversorgung, der Altenhilfe sowie der Gesundheitsverwaltung mit den Vorleistungs- und Zuliefersektoren (wie Pharmaindustrie, Medizintechnik, Biotechnologie, Handel mit Gesundheitsprodukten) und den gesundheitsrelevanten Randbereichen. Hierunter sind insbesondere das Service/Betreute Wohnen, der Sport-, Fitness- und Freizeitsektor oder etwa der Gesundheitstourismus zu subsumieren.

Zwar herrscht weitestgehend Einigkeit hinsichtlich der grundlegenden Wachstums- und Beschäftigungspotenziale des Gesundheitssektors. Über die konkreten Rahmen- und Gestaltungsbedingungen besteht jedoch weitaus weniger Einvernehmen. Wie kaum ein anderes Gestaltungsfeld steht die Gesundheitswirtschaft im Spannungsfeld sozialer und wirtschaftlicher Innovationsherausforderungen. Während auf der einen Seite Zugangsbedingungen, Erreichbarkeit, Qualität und Transparenz von Gesundheitsleistungen für Patienten und Versicherte im Mittelpunkt stehen, gewinnt auf der anderen Seite für die Ein-

Abbildung 1:

### Clustermodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: © Institut Arbeit und Technik.



richtungen die Suche nach Spielräumen für Modernisierung an Bedeutung. Regionale Profilbildung, der Ausbau wettbewerbsrelevanter Alleinstellungsmerkmale, Markenbildung und *Employer Branding* im „Gesundheitsmarkt“ werden betont, während gleichzeitig die Sorge um die Sicherstellung von Gesundheitsdiensten in ihrer Funktion für die (regionale) Daseinsvorsorge wächst. Im Zusammenspiel von Bund, Ländern sowie der regionalen/lokalen Ebene stellt sich hier zukünftig nicht zuletzt die Frage, welche Akteure sich mit welcher Verantwortung für die Modernisierung der Gesundheitsversorgung engagieren können<sup>3</sup>. Auf Ebene der Gesundheitspolitik wie durch die Leistungserbringer „vor Ort“ werden Lösungen gesucht, die

- der demographischen Entwicklung, der zunehmenden Multimorbidität und Chronifizierung im Krankheitsspektrum gerecht werden;
- die sektorübergreifende Koordination und Integration der Behandlungsabläufe sicherstellen;
- institutionelle, räumliche, alters-, geschlechts- und kulturspezifische Übergänge in der Gesundheitsversorgung optimal begleiten;
- Prävention und Gesundheitsförderung lebensbegleitend stärken;
- die Teilhabe aller Bürger am medizinisch-technologischen Fortschritt ermöglichen;
- Patienten- und Nutzerorientierung nachhaltig ausbauen.

Die Gleichwertigkeit und Gleichrangigkeit dieser Ziele ist vielfach Konsens und erwünscht; sie erweisen sich jedoch in der Praxis vielfach als nicht realistisch. Hinzu kommt: Unterschiedliche epidemiologische, sozio- und infrastrukturelle sowie regionalwirtschaftliche Voraussetzungen erfordern spezifische Lösungen. Kleinräumige, regionale Versorgungslösungen gewinnen in diesem Zusammenhang an Bedeutung. In Folge einer Differenzierung des Leistungsportfolios und der Angebote drohen sich jedoch auch bereits bestehende Qualitäts- und Preisunterschiede in der Versorgung weiter zu manifestieren. Angesichts dieses möglichen Entwicklungspfades mehren

sich die kritischen Einwände, die ausgehend von einer aktiven Modernisierungsstrategie in der Gesundheitswirtschaft eine fortschreitende „Ökonomisierung der Gesundheit“ und die Gefahr sozialer Spaltung in der Gesundheitsversorgung erkennen. Die Bedürfnisse der Patienten und Beschäftigten würden, so die Befürchtungen, gegenüber den wirtschaftlichen Interessen der Anbieter ins Hintertreffen geraten.

Es wird derzeit viel über Konzepte zur Förderung der Gesundheitswirtschaft debattiert. Ein Großteil dieser Konzepte orientiert sich jedoch an Fragen der Umsatzentwicklung, Rendite oder allgemeinen quantitativen Zielen. Betrachtet man die im Rahmen des FES/ver.di-Arbeitskreises entwickelten zentralen Eckpunkte „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ (siehe Abbildung 2), dann wird deutlich, dass Modernisierung und Innovation zukünftig stärker vom Patienten und seinen spezifischen Bedürfnissen und Bedarfen ausgehen sollten. Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit müssen hierbei keineswegs als Gegensatz konzipiert werden (Porter/Teisberg 2006). Die Suche gilt vielmehr tragfähigen Zukunfts- und Kooperationsmodellen, die auf die gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung zielen und dazu beitragen, die wirtschaftlichen Potenziale der Branche zu entfalten. Gefordert wird ein neues Innovationsverständnis, das Wertschöpfung und eine konsequente Orientierung an der Ergebnisqualität und Outcome gesundheitsbezogener Leistungen aus Patientensicht zum Maßstab für Innovationen erklärt (Bandemer et al. 2010). Diese Ziele können durch eine entsprechende politische Rahmensetzung sinnvoll gestützt werden. „Mehr Gesundheit“ kann aus dieser Perspektive zum Ausgangspunkt von mehr und besserer Beschäftigung, zielgerichteter Qualifizierung *und* einer gestärkten Wirtschaft werden (Evans/Hilbert 2009).

Probleme und Strategien für zukunftssichere und attraktive Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft werden derzeit in vielen Facetten in der Wissenschaft und in der medialen Öffentlich-

<sup>3</sup> Ausgehend hiervon ist auch die Frage nach den Zielen, Interessen und Durchsetzungschancen der Beteiligten im Modernisierungsprozess der Gesundheitswirtschaft neu zu stellen. Untersuchungen zu Interessenskonstellationen im Gesundheitswesen und ihren Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme konnten zeigen, wie notwendige Reformen durch Widerstände, Intransparenzen bezüglich Kosten-Nutzen-Relationen und mangelnde Anreizstrukturen blockiert oder verzögert werden können (Kopp 2011).

Abbildung 2:

**Eckpunkte „Sozialer Gesundheitswirtschaft“**

- „Patientenorientierung“ und „Patientenzentrierung“ bilden den Ausgangspunkt der Erneuerungs- und Modernisierungsaktivitäten für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung.
- Eine bessere, gerechtere und effizientere Gesundheitsversorgung wird angestrebt. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf zielgruppenspezifischen Anforderungen und der Inklusion bislang benachteiligter Bevölkerungsgruppen.
- Eine stabile und gerechte Finanzierung ist unerlässlich. Eine solidarische Finanzierung im Sinne der „Bürgerversicherung“ ist das Leitbild.
- Ziel ist insbesondere der Ausbau von Integration und Prävention im Leistungsgeschehen. In diesem Zusammenhang gilt die Suche u. a. populationsorientierten Modellen und risiko-adjustierten regionalen Wegen der Zusammenführung von Leistung und Finanzierung.
- Die Konkretisierung „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ fokussiert auf das innovationsorientierte Zusammenspiel unterschiedlicher Umsetzungsebenen und -instrumente. Der ordnungspolitische Rahmen auf Bundesebene wird ebenso angesprochen wie die regionale Strukturpolitik und die Förderung zukunftssicherer Beschäftigung.
- Die regionale Ebene ist für die Gestaltung Sozialer Gesundheitswirtschaft von zentraler Bedeutung. Regionen werden zu Moderatoren, Ideengebern und Treibern neuer Wege der Gesundheitsversorgung und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft.
- Die „Soziale Gesundheitswirtschaft“ braucht das innovationsorientierte Zusammenspiel von Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Innovations-/Forschungspolitik.

keit diskutiert. Das Spektrum reicht von der Frage, ob zukünftig noch ausreichend Fachkräfte zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, über Diskussionen zu Reformen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zentraler Gesundheitsberufe, bis hin zu Meldungen über unzureichende Arbeitsbedingungen oder prekäre Beschäftigung im Gesundheitswesen. Fachkräfte sind einerseits eine zentrale Voraussetzung für die Sicherstellung der Leistungs- und Innovationsfähigkeit in der Gesundheitswirtschaft. Andererseits ist qualifizierte Arbeit immer auch das Ergebnis eines funktionierenden Zusammenspiels zwischen dem System beruflicher Bildung, dem Arbeitsmarkt sowie dem Engagement von Unternehmen und Einrichtungen. Für die Gesundheitswirtschaft zeigen sich besondere Herausforderungen, da

- sowohl innerhalb der Gesundheitswirtschaft als auch gegenüber anderen Branchen die Konkurrenz um Fachkräfte zukünftig weiter steigen wird;
- die steigende Nachfrage nach Gesundheitsarbeit bereits jetzt in ausgewählten Berufsfeldern auf einen Fachkräftemangel trifft;
- die demographische Entwicklung zu schneller alternden Belegschaften in Gesundheitseinrichtungen führt;
- die strukturellen Umbrüche einen qualifikatorischen Anpassungsbedarf implizieren;
- der kompetenz- und qualifikationsbezogene Anpassungsbedarf mit einer Zunahme von Differenzierung und Spezialisierung im Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“ einhergeht, die...
- zum Teil ungeklärte Rollen, Funktions- und Aufgabenfelder sowie berufliche Entwicklungsperspektiven zur Folge haben.



Die Auseinandersetzung mit dem Themenfeld „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft zielt auf Aspekte der *Fachkräftegewinnung, der Fachkräftesicherung und der Fachkräfteentwicklung*. Für Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft wird es zunehmend wichtiger, sich als attraktive Arbeitgeber auf Basis einer verlässlichen Personalpolitik zu positionieren (Bräutigam/Scharfenorth 2011). Aus den geschilderten Zugängen und konzeptionellen Überlegungen lassen sich leitende Fragestellungen für die nachfolgenden Ausführungen ableiten:

- Welche Entwicklungen konnten hinsichtlich der Beschäftigung und Fachkräftenachfrage in der Vergangenheit beobachtet werden?
- Wie sind Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage zukünftig einzuschätzen?
- Stehen hinreichend Arbeitskräfte zur Verfügung?
- Wie können auch neue Zielgruppen für den Arbeitsmarkt „Gesundheit“ angesprochen werden?
- Welche Perspektiven ergeben sich für Niedrig-/Geringqualifizierte in der Gesundheitswirtschaft?
- Wie können bestehende Berufsbilder mit Blick auf die Gestaltungsanforderungen „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ weiterentwickelt werden?
- Ist die Arbeitsteilung zwischen den Professionen und Berufsgruppen zukunftsfähig? Wo braucht es neue Ansätze inter- und professioneller Kooperation?
- Sind neue Berufsbilder notwendig?
- Wo sind Brückenschläge zu Berufen auch außerhalb der Gesundheitsversorgung notwendig?
- Welche Anforderungen sind an die Gestaltung der Rahmenbedingungen (v.a. Entlohnung, qualifikationsgerechter Arbeitseinsatz, Gesundheits- und Arbeitsschutz, betriebliche Interessenvertretung) für „gute Arbeit“ in der Sozialen Gesundheitswirtschaft zu stellen?
- Braucht die „Soziale Gesundheitswirtschaft“ eine neue humanzentrierte Arbeitspolitik und -gestaltung?

Die Gesundheitswirtschaft bietet ohne Zweifel Chancen für Wirtschaft und Beschäftigung in Deutschland. Ein Großteil der Beschäftigung in der Branche entfällt derzeit auf wissens- und personalintensive Dienstleistungstätigkeiten. Das

#### Infokasten:

##### Das Spektrum der Berufe in der Gesundheitswirtschaft – Eine Auswahl

Pflegerische Berufe wie Altenpflegerin und Altenpfleger, Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und -helfer, Gesundheits- und Pflegeassistentin und -assistent, Hebamme und Entbindungspfleger, ärztliche/fachärztliche Berufe, Apothekerin und Apotheker, Pharmazeutin und Pharmazeut, Assistenzberufe wie Chirurgisch-Technische Assistentin und Assistent, Medizinische Fachangestellte, Medizinische Dokumentationsassistentin und -assistent, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Assistentin und Assistent im Gesundheits- und Sozialwesen, Rettungsassistentin und -assistent, Zahnmedizinische Fachangestellte, therapeutische Berufe wie Physiotherapeutin und Physiotherapeut, Diätassistentin und -assistent, Ergotherapeutin und Ergotherapeut, Logopädin und Logopäde, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin und -lehrer, Masseurin und Masseur, Medizinische Bademeisterin und Bademeister, Orthoptistin und Orthoptist, Podologin und Podologe, medizinisch-technische Berufe wie Medizinische Dokumentarin und Medizinischer Dokumentar, Medizinisch-technische Assistentin und Assistent für Funktionsdiagnostik, Laboratorium, Radiologie, Veterinärmedizin, Gesundheitsaufseherin und -aufseher, Desinfektorin und Desinfektor, medizinisch-technische Berufe im Handwerk wie Augenoptikerin und Augenoptiker, Hörgeräteakustikerin und -akustiker, Orthopädietechnikerin und -techniker (früher: Orthopädiemechanikerin und -mechaniker und Bandagistin und Bandagist), Orthopädienschuhtechnikerin und -techniker, Zahntechnikerin und Zahntechniker, Heilpraktikerin und Heilpraktiker, Ingenieurin und Ingenieur Medizintechnik [...].

Spektrum der Berufe ist überaus vielfältig, wie der Infokasten auf Seite 15 zeigt. Und angesichts der Bedeutung von Gesundheitsforschung und -versorgung für die High-Tech-Branchen (v. a. Medizintechnik, Biotechnologie, Nanotechnologie, IT) wird zukünftig auch das Zusammenspiel mit technischen und naturwissenschaftlich-technischen Berufsbildern an Bedeutung gewinnen. Die einseitige Betonung des „Jobmotors Gesundheitswirtschaft“ greift jedoch ebenso zu kurz, wie die Inszenierung eines ausweglosen Krisenszenarios der Gesundheitsarbeit. Trotz der insgesamt positiven Beschäftigungsperspektiven darf der Blick nicht davor versperrt werden, dass angesichts aktueller Analysen auch neue Schief-lagen und Risiken in der Gesundheitsarbeit drohen oder bereits existieren.

Dies erfordert es, sich zeitnah und differenziert mit den bestehenden Gestaltungsherausforderungen, Chancen und Risiken von „Arbeit und Qualifizierung“ in der „Sozialen Gesundheitswirtschaft“ auseinander zu setzen. Inhaltlich werden vor allem die Bereiche der Beschäftigungsförderung, der Fachkräftesicherung und Berufsfeldentwicklung sowie die Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildungslandschaft und der Arbeitsbedingungen adressiert. Herausforderungen in der Versorgung müssen künftig – so eine zentrale These der vorliegenden Expertise – noch enger mit Gestaltungsfragen von Arbeit und Qualifizierung zusammengedacht werden. Bislang wurden die skizzierten Fragestellungen vor allem mit Blick auf einzelne Berufsgruppen, Insti-

tutionen oder Gestaltungsherausforderungen thematisiert. Aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ rückt vor allem das *Zusammenspiel von Bürger-/Patientenorientierung – regionaler Versorgungsgestaltung – Fachkräftesicherung – Kompetenz-/Qualifikationsentwicklung* in den Mittelpunkt. Eine segmentierte Perspektive ist zukünftig nur noch bedingt tragfähig. Der Forderung nach mehr Integration in der Gesundheitsversorgung sollten perspektivisch auch transdisziplinäre Forschungs- und Gestaltungsansätze im Bereich „Arbeit und Qualifizierung“ folgen. Unabhängig von der gewählten Begrifflichkeit (*Gesundheitswesen versus Gesundheitswirtschaft*), professionsbezogener Interessenlagen oder institutionen- und verbandsspezifischer Politiken ist es notwendig, sich mit den Chancen und Risiken von Gesundheitsarbeit in einem sich dynamisch verändernden Gesundheitswesen auseinander zu setzen. Dies ist Voraussetzung, um Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft nicht als Anhängsel, sondern als Fundament einer Branche mit Zukunftsverantwortung entwickeln zu können. Im Rahmen der vorgelegten Expertise können die aufgeworfenen Fragestellungen nicht abschließend beantwortet werden. Auch ist ein umfassender Review zum wissenschaftlichen *State of the art* in den assoziierten Forschungsfeldern kaum möglich, so dass im Folgenden notwendigerweise auf einige ausgewählte, gleichwohl prioritäre Aspekte und Gestaltungsfelder Bezug genommen wird.

### 3. Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage in der Gesundheitswirtschaft – Stand und Perspektiven

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Branche, die in der Vergangenheit maßgeblich die Beschäftigungsentwicklung in Deutschland geprägt hat und aller Voraussicht nach zukünftig weiter prägen wird. Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass die Gesundheitswirtschaft mit einem Anteil von rund zwölf Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland einen bedeutenden Bereich der Volkswirtschaft darstellt (Bundesagentur für Arbeit 2010). Wie allerdings die Beschäftigungszuwächse der Vergangenheit zu bewerten sind und welche Rahmenbedingungen für die Fachkräftesicherung in der Zukunft realisiert werden müssen – darüber herrscht keineswegs Einvernehmen. Pflegekräfte und Ärzte stehen derzeit, wie kaum andere Beschäftigtengruppen in Deutschland, im Mittelpunkt der Diskussionen um Fachkräftesicherung und Arbeitsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft. Die gesellschaftliche Brisanz der Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage im Gesundheitswesen ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass sich die Gesundheitsversorgung primär auf personalintensive, personenbezogene Dienstleistungsarbeit stützt, deren Verfügbarkeit, Qualität und Kontextbedingungen unmittelbar jeden einzelnen Bürger betreffen.

Die aktuellen Debatten zeichnen kein kohärentes Bild von der Zukunft der Gesundheitsarbeit. Positive Beschäftigungsprognosen für die Arbeit in Medizin und Pflege treffen auf Meldungen zu akuten Schwierigkeiten der Fachkräftegewinnung. So wird beispielsweise darauf hinge-

wiesen, dass aktuell rund 50.000 Pflegekräfte in der Altenhilfe fehlen (Arbeitgeberverband Pflege 2010<sup>4</sup>). Zudem wird unter Rückgriff auf aktuelle Studienergebnisse betont, dass der Pflegemangel in Krankenhäusern längst eine kritische Dimension derart erreicht hat, dass selbst grundlegende Pflegeleistungen nicht mehr sichergestellt werden können (ver.di 2010)<sup>5</sup>. Es werden Antworten gesucht, warum derzeit – trotz der Beschäftigungsaussichten – neben der offiziellen Statistik rund 70.000 bis 100.000 mittel- oder osteuropäische Haushaltshilfen mit vermuteten Pflegetätigkeiten in deutschen Haushalten unter zum Teil irregulären Beschäftigungsbedingungen tätig sind (Hackmann 2009; Isfort/Neuhaus 2010). Auch ist zu fragen, wie sich angesichts des gesellschaftlich steigenden Bedarfs an Pflegearbeit der bundesweite Rückgang der Ausbildungszahlen in der Vergangenheit (2000 bis 2008) rechtfertigen lässt (Isfort/Weidner 2010)? In der gegenwärtigen Debatte wird zudem nur unzureichend zwischen einem tatsächlichen Mangel an Fachkräften (Personen) und verfügbaren *Stellen* differenziert. So ist die aktuelle Fachkräftesituation in vielen Gesundheitseinrichtungen nicht zuletzt dem Stellenabbau der vergangenen Jahre geschuldet. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt zudem die Sicherung von Ausbildungskapazitäten in der Altenhilfe dar<sup>6</sup>. Ob es sich bei der zu verzeichnenden Zunahme von Pflegepersonal in Krankenhäusern tatsächlich um eine Trendwende handelt, bleibt abzuwarten.

4 <http://www.epochtimes.de/articles/2010/04/19/567499.html>; 5.6.2011.

5 [https://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheitspolitik\\_von\\_a-z/krankenhaeuser/pflege-thermometer](https://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheitspolitik_von_a-z/krankenhaeuser/pflege-thermometer); 5.6.2011.

6 Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) Köln hatte auf Grundlage der „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2010“ berechnet, dass Ende 2010 in NRW nahezu 3.000 Absolventinnen und Absolventen in den Pflegeberufen fehlten. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der dreijährigen Altenpflegefachkraftausbildung. Es wurden rund 2.500 Altenpflegerinnen und Altenpfleger zu wenig ausgebildet. Das Landeskabinett in NRW hat im Juni 2011 ein Eckpunktepapier zur Einführung eines Ausgleichsverfahrens nach § 25 Altenpflegegesetz in der Altenpflegeausbildung („Umlagefinanzierung“) beschlossen. Ziel der Rechtsverordnung ist es, dass ab Januar 2012 alle Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen entsprechend ihrer Größe (Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte/betreute Personen/geleistete Pflegestunden) in einen Ausbildungsfonds einzahlen. Wer ausbildet, bekommt die Ausbildungsvergütung vollständig aus dem Fonds erstattet. In anderen Bundesländern, etwa Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, wird die Umlagefinanzierung bereits seit längerem realisiert (<http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2011/pm110628b/index.php>, 1.7.2011).

In einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 7. Dezember 2010 anlässlich der Auftaktveranstaltung des deutschen „Pflege-Dialogs“ heißt es: „Bereits heute haben wir teilweise einen Mangel an Fachkräften. Wegen der demographischen Entwicklung wird sich die Situation weiter verschärfen. Deshalb brauchen wir bessere Rahmenbedingungen zum Pflegeberuf.“ (Pressemitteilung des BMG, 7.12.2010) Bereits im Gutachten des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ aus dem Jahr 2007 wurden die Situation und der Handlungsbedarf wie folgt beschrieben:

*„Von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen können alle Gesundheitsberufe profitieren, wenn dies 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 Aufgaben der Praxis, und sie führen zu Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 15)*

Die Gesundheitswirtschaft präsentiert sich als Verbund unterschiedlicher Teilbranchen, Tätigkeitsfelder und Berufe. Dieser Differenziertheit kann im Rahmen dieser Expertise nur bedingt Rechnung getragen werden. Aus diesem Grunde wird in den nachfolgenden Ausführungen zur Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage schwerpunktmäßig auf die quantitativ größten Beschäftigtengruppen – ärztliche Berufe und Pflegeberufe – Bezug genommen.

### 3.1 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft – Drohen „heimliche Verlierer“?

Der Sachverständigenrat verweist in seinem Gutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (2009) auf die Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Berufe (Tabelle 1). Deutlich wird, dass zwischen 1997 und 2007 alle aufgeführten Berufe mit Ausnahme der „übrigen Gesundheitsberufe“, einen deutlichen Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen hatten. Insbesondere die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und „Altenpflegerinnen und Altenpfleger“ konnten deutliche Zuwächse realisieren. Das Gutachten stellte zudem fest, dass die demographische Entwicklung auch eine Alterung der Beschäftigten über alle Gesundheitsberufe befördert und ein Rückgang der Beschäftigten „unter 35 Jahren“ zu beobachten ist. Ab 2020, so eine Schlussfolgerungen des Sachverständigenrates, ist insbesondere auch im ärztlichen Bereich durch den Ausstieg der Babyboomer-Generation aus dem Erwerbsleben mit einem sich verschärfenden Fachkräftemangel zu rechnen (SVR 2009).

Ausgehend von dieser Betrachtung lohnt sich ein vertiefender Blick in die aktuelle Beschäftigungssituation und -entwicklung der Gesundheitswirtschaft. Im Jahr 2009 arbeiteten mehr als fünf Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft. Die Tabellen 2 und 3 liefern eine Übersicht zur aktuellen Beschäftigungssituation in der Branche nach *Beschäftigungsarten* und *Beschäftigungsbereichen*. Mit mehr als 4,1 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft derzeit überwiegend durch sozialversicherungspflichtige Beschäftigung geprägt. Zusätzlich waren im Jahr 2009 insgesamt 607.406 Personen als ausschließlich geringfügig beschäftigt (AGB) gemeldet. Des Weiteren tragen 254.166 Selbstständige zum aktuellen Beschäftigungsvolumen der Branche bei, wobei in diesem Bereich die vertragsärztliche Versorgung den größten Beschäftigungsträger darstellt.

Tabelle 1:

**Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen 1997 bis 2007 nach Berufen**

Bezeichnung	1997	2000	2003	2007	1997 - 2007
	in Tsd.				in %
Gesamt	4.107	4.087	4.230	4.368	106,4
Gesundheits- und Krankenpfleger	694	699	712	731	105,3
Arzthelfer/zahnmedizinische Fachangestellte	490	489	510	522	106,5
Altenpfleger	199	242	288	348	174,9
Ärzte	283	295	304	315	111,3
Helfer in der Krankenpflege	202	208	224	224	110,9
Zahnärzte	62	63	65	66	106,5
Apotheker	54	55	55	58	107,4
Physiotherapeuten	49	61	77	91	185,7
Übrige Gesundheitsberufe	2.075	1.975	1.993	2.015	97,1

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de).  
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: 74.

Tabelle 2:

**Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Beschäftigungsart (D, 2009)**

<b>Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (2009)</b>	<b>4.156.691</b>
Vorleistungs- und Zulieferbereich	569.180
Kernbereich	3.497.334
gesundheitsrelevante Randbereiche	90.177
<b>ausschließlich geringfügig Beschäftigte (2009)</b>	<b>607.406</b>
Vorleistungs- und Zulieferbereich	58.542
Kernbereich	492.010
gesundheitsrelevante Randbereiche	56.855
<b>Selbstständige</b>	<b>254.166</b>
an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psycholog. Psychotherapeuten (31.12.2008)	12.993
an der KV teilnehmende Vertragsärzte 31.12.2008	119.038
niedergelassene Zahnärzte 31.12.2008	55.799
Gesundheitshandwerk 31.12.2009	25.868
ambulant tätige Heilpraktiker 2008	22.144
Anzahl der Haupt-/Einzelapotheken 2009	18.324
<b>Gesamtbeschäftigte</b>	<b>5.018.263</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Zentralverband des Deutschen Handwerks; eigene Berechnungen IAT/2011.

Tabelle 3:

**Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach einzelnen Bereichen (D, 2009)**

	<b>Deutschland</b>
Stationäre und teilstationäre Versorgung	1.255.967
Ambulante Versorgung	1.252.323
Stationäre und ambulante Altenhilfe	1.071.295
Verwaltung/Versicherung	424.768
Apotheken	204.358
Medizin- und Gerontotechnik, Gesundheitshandwerk	252.159
Handel mit Gesundheitsprodukten	208.045
Sport und Freizeit, Wellness	51.332
Private Forschung	65.069
Gesundheitstourismus	64.715
Sonstige Bereiche	35.995
Pharmazeutische Industrie	114.517
Bildung, Ausbildung	17.722
<b>Gesundheitswirtschaft</b>	<b>5.018.263</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Zentralverband des Deutschen Handwerks; eigene Berechnungen IAT/2011.

Betrachtet man die Beschäftigung nach Beschäftigungsbereichen, so zeigt sich, dass insbesondere in der stationären und teilstationären Versorgung, in der ambulanten Versorgung sowie in der stationären und ambulanten Altenhilfe derzeit der überwiegende Teil der Beschäftigung realisiert wird.

Wie ist ausgehend von der aktuellen Situationsbeschreibung die Beschäftigungsentwicklung in der Vergangenheit zu bewerten? Betrachtet man lediglich die „Gesundheits- und Pflegeberufe“<sup>7</sup>, so zeigt sich zwischen 2000 und 2009 eine deutliche Zunahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung um rund 13 Prozent. Zudem hat sich der Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den Gesundheitsberu-

fen an allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten auf zehn Prozent erhöht.

Sowohl die Teilzeit- als auch die Vollzeitbeschäftigung sind bei den Gesundheits- und Pflegeberufen gestiegen. Der Ausbau der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft insgesamt wird allerdings durch erhebliche *beschäftigungsstrukturelle Umbrüche* begleitet. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung in den „Gesundheits- und Pflegeberufen“ beträgt derzeit rund 32 Prozent. Die Analyse der Beschäftigungseffekte zeigt, dass ein nicht unerheblicher Teil des Beschäftigungswachstums der vergangenen Jahre auf den Bedeutungsgewinn von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung zurückgeführt werden kann. Zwischen 2000 und 2009 lassen sich eine Zunahme

<sup>7</sup> Zu den Gesundheits- und Pflegeberufen werden gezählt: Ärztinnen und Ärzte, Zahntechnikerinnen und Zahntechniker, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Medizinlaborantinnen und -laboranten, Diätassistentinnen und -assistenten, Sprechstundenhilfen, Apothekerinnen und Apotheker, Masseurinnen und Masseur und verwandte Berufe, Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege (Bundesagentur für Arbeit 2010).



der Teilzeitarbeit (+60 Prozent) sowie ein Ausbau geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse (+34 Prozent) nachzeichnen. Im Juni 2009 waren insgesamt 862.000 Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich teilzeit-, und weitere 239.000 geringfügig beschäftigt. Insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege spielt die geringfügige Beschäftigung aktuell eine bedeutende Rolle (Bundesagentur für Arbeit 2010). Aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ ist der Ausbau von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung – wie atypischer Beschäftigung insgesamt – kritisch zu hinterfragen. Zwar können auf der einen Seite hierdurch durchaus (Wieder)Einstiegsmöglichkeiten – etwa für Frauen und Männer nach der Familienphase – in der Gesundheitswirtschaft geschaffen werden. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr, dass Prekarisierung, Deprofessionalisierung und Dequalifizierung von Gesundheitsarbeit befördert werden.

Die Beschäftigungssituation in der Gesundheitswirtschaft ist nach wie vor durch geschlechterspezifische Disparitäten gekennzeichnet. So ist die Branche mit einem Anteil der Frauenbeschäftigung von rund 83 Prozent nach wie vor ein bedeutendes Beschäftigungsfeld für Frauen. Allerdings zeigen sich auch deutliche Unterschiede im Anteil weiblicher Beschäftigung zwischen einzel-

nen Berufen und Berufsgruppen. Während beispielsweise der Anteil von Frauen im Beruf „Arztshelferin“ rund 99 Prozent beträgt, ist er bei den technischen und handwerklich-orientierten Gesundheitsberufen (z. B. Zahntechnikerinnen) mit rund 56 Prozent deutlich niedriger anzusetzen. Trotz eines in Teilbereichen festzustellenden Trends zur „Feminisierung“ der Arbeit (etwa in der Medizin), lassen sich mit Blick auf weibliche Karriereverläufe oder die Rolle von Frauen in Führungspositionen auch in der Gesundheitswirtschaft Defizite feststellen (Sewtz 2008). Die Relevanz der Teilzeitbeschäftigung für Frauen zeigt sich auch im Gesundheits- und Pflegebereich. So betrug der Anteil der Frauen in Teilzeitbeschäftigung an allen Teilzeitbeschäftigten im Dienstleistungssektor im Juni 2009 rund 86 Prozent. Im Gesundheits- und Pflegebereich lag der Anteil mit 92 Prozent noch höher und spiegelte damit auch die überproportionale Beschäftigung von Frauen in den Gesundheits- und Pflegeberufen insgesamt wider (Bundesagentur für Arbeit 2010).

Wie das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2007 bereits andeutet, weist die Altersstruktur der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Bereich „Gesundheit und Pflege“ eine heterogene Verteilung auf. Nur zehn Prozent der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind

### **Atypische Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft – das Beispiel Berlin\***

*Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen 2008: 156.871*

*Teilzeitbeschäftigte:*

51.547 (43.239 Frauen [83,8 Prozent]; 8.308 Männer [16,2 Prozent])

*geringfügig Beschäftigte:*

22.690 (16.154 Frauen [71,3 Prozent]; 6.516 Männer [28,7 Prozent])

*ausschließlich geringfügig Beschäftigte:*

13.731 (9.749 Frauen [70,1 Prozent]; 3.982 Männer [29,9 Prozent])

*befristet Beschäftigte:*

29.000 (~19.000 [65,5 Prozent] Frauen; ~ 10.000 [34,5 Prozent] Männer)

---

Zeitarbeit (bundesweit)\*\* 19.250 Personen (Frauenanteil: 78,6 Prozent)

Quelle: \* Foliensatz zum Projekt „Dienstleistungen – Wertschätzung und -schöpfung in der Metropolregion Berlin“ (2010);

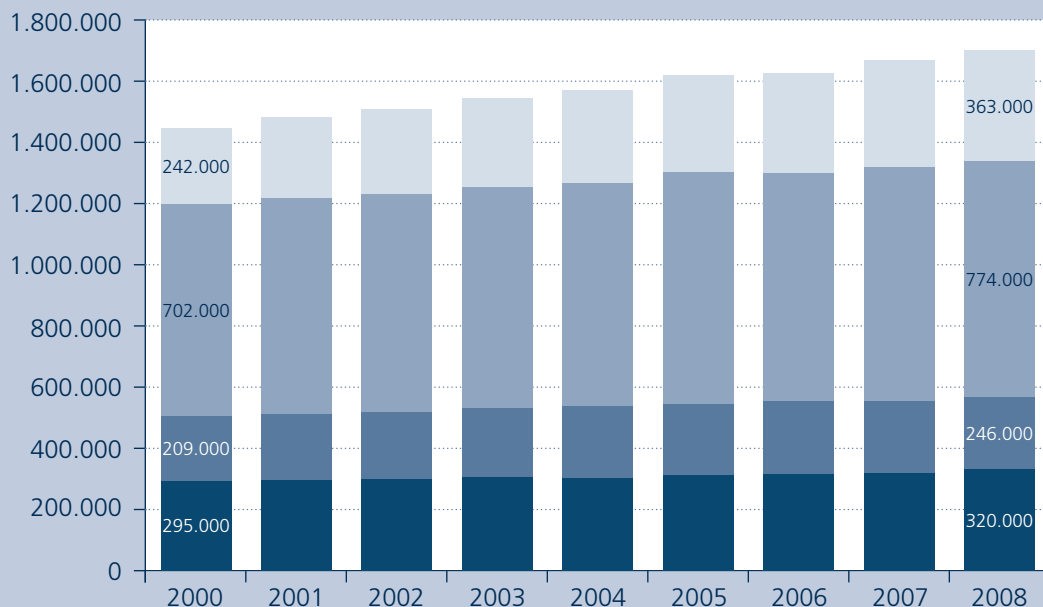
\*\* Bräutigam et al. (2010).

derzeit „55 Jahre oder älter“, 15 Prozent sind „jünger als 25 Jahre“. Darüber hinaus zeigt sich bei den „25- bis 39-Jährigen“ ein deutlicher Beschäftigungsknick, der sich u. a. mit Kinder- und Erziehungszeiten erklären lässt (Bundesagentur für Arbeit 2010). Hieraus entsteht bereits heute die Notwendigkeit der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung lebensbegleitender, alters- und genderspezifischer Gesundheitsprogramme für Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft selbst, wie auch in anderen Branchen. Wie später noch erläutert werden wird, stellen insbesondere Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft eine Zielgruppe und Ressource des Arbeitsmarktes dar, die bislang kaum systematisch von den Einrichtungen umworben wird. Aus der Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ zeichnet sich hier, auch mit Blick auf passgenaue Arbeitsmarktstrategien sowie auf die Gestaltung familienfreundlicher Rahmenbedingungen in der Branche selbst, ein erheblicher Handlungsdruck ab.

Betrachtet man die Beschäftigungsentwicklung in Pflege und Medizin im Zeitraum zwischen 2000 und 2008 nach Berufen (Abbildung 3), zeigt sich, dass sowohl das ärztliche Personal als auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger insgesamt einen deutlichen Zuwachs an Beschäftigung verzeichnen konnten. So stieg die Zahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von 295.000 auf 320.000, was einer Zunahme von 8,5 Prozent im Untersuchungszeitraum entspricht. Im Jahr 2000 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 702.000 Personen beschäftigt. Im Jahr 2008 war ihre Zahl auf rund 774.000 angestiegen, ein Zuwachs von 10,2 Prozent. Die deutlichsten Beschäftigungsgewinne nach Berufen konnten die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (2000: 209.000; 2008: 246.000; +17,7 Prozent) sowie die Altenpfleger inklusive der Altenpflegehelfer (2000: 242.000; 2008: 363.000; +50,0 Prozent) im Untersuchungszeitraum ver-

Abbildung 3:

**Entwicklung der Beschäftigung bei Ärzten und Pflegeberufen (2000-2008)**



Quelle: Isfort/Weidner 2010.



zeichnen (Isfort/Weidner 2010). Legt man der Entwicklung die Zahl der Vollkräfte zugrunde, zeigen sich folgende Entwicklungen: Sowohl die Zahl der Ärzte (+8,2 Prozent) als auch der Gesundheits- und Krankenpfleger (+4,3 Prozent) ist zwischen 2000 und 2008 gestiegen. Den mit Abstand größten Zuwachs wies auch hier mit +29,3 Prozent die Altenpflege auf. Der Zuwachs bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfern betrug rund 15,5 Prozent (ebd.).

Zwischen den Jahren 2000 und 2009 hat sich zudem die Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in ambulanten Einrichtungen von 27.000 auf 63.000 um 36.000 mehr als verdoppelt (133,3 Prozent). Nach Angaben der Barmer Ersatzkasse<sup>8</sup> gab es im Jahr 2009 etwa 33.700 Praxen im Bereich der Physiotherapie. Seit 2005 ist die Anzahl um 4.750 (16,4 Prozent) angestiegen. Auch im Bereich der anderen therapeutischen Berufe ist eine hohe Dynamik zu erkennen: Zwischen 2000 und 2009 ist hier Anstieg der ambulant tätigen Therapeuten von 28.000 auf 65.000 (132,1 Prozent) zu verzeichnen.

Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Beschäftigungsperspektiven in der Gesundheitswirtschaft ist auch die Entwicklung der Arbeitslosigkeit von entscheidender Bedeutung. Während im gesamten Dienstleistungssektor zwischen 2005 und 2008 ein Rückgang der Arbeitslosigkeit um 30 Prozent festzustellen war, betrug der Wert für den Gesundheits- und Pflegebereich rund 32 Prozent. Parallel zur Entwicklung der Arbeitslosigkeit insgesamt stieg auch die Zahl der Arbeitslosen in Dienstleistungsberufen zwischen 2008 und 2009 an. Im Gesundheits- und Pflegebereich konnte hingegen zwischen 2008 und 2009 ein weiterer Rückgang der Arbeitslosenzahlen um rund sechs Prozent realisiert werden. Überproportional fielen die Rückgänge u.a. bei den Human- und Zahnärztinnen und -ärzten, den Apothekerinnen und Apothekern, den Augenoptikerinnen und Augenoptikern, den Zahn-technikerinnen und Zahntechnikern, den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern aus (Bundesagentur für Arbeit 2010).

Allerdings zeigten sich auch abweichende Entwicklungen einzelner Berufe und Berufsgruppen. Im 1. Halbjahr 2009 waren bundesweit insgesamt 8.200 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und Hebammen arbeitslos gemeldet, im 2. Halbjahr 2010 waren es noch 6.800. Dies entspricht einem Rückgang von -17,0 Prozent und einer Arbeitslosenquote von rund 1,1 Prozent. Damit liegt für die Berufsgruppe der „Krankenschwestern und Krankenpfleger und Hebammen“ insgesamt eine Arbeitsmarktsituation vor, die als Vollbeschäftigung bezeichnet werden kann. Nicht berücksichtigt sind hierbei jene Personen, die nicht arbeitslos gemeldet sind. Auch können aus der bundesweiten Arbeitslosenquote keine Aussagen zu regional-spezifischen Arbeitslosenquoten abgeleitet werden. Eine andere Situation zeigt sich für die Berufe der „Altenpflegerinnen und Altenpfleger/Altenpflegehelferinnen und -helfer“. Hier waren im 1. Halbjahr 2009 bundesweit insgesamt 34.300 Personen arbeitslos gemeldet. Im 2. Halbjahr 2010 stieg ihre Zahl auf 39.500, was einem Zuwachs von rund 15,1 Prozent entspricht (ebd.). Für die Pflegeheime zeigen sich auf der anderen Seite Zeichen eines Mangels an Pflegefachkräften: Im März 2011 lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen bei Heimen mehr als doppelt so hoch wie im März 2007, so dass in Teilen bereits von einem „Boom ohne Arbeitskräfte“ gesprochen werden kann (Augurzky et al. 2011).

Auf Grundlage der vorhandenen Daten können an dieser Stelle keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Qualifikationsstufen im Berufsfeld „Altenpflege“ primär von den skizzierten Effekten betroffen sind: Folgende Hypothesen, die einer vertiefenden Untersuchung zugrunde gelegt werden könnten, dürften jedoch eine bedeutende Rolle spielen:

- *Hypothese 1:* Durch die steigenden Anforderungen in der Pflege (Multimorbidität, Bedeutungsgewinn chronischer und degenerativer Krankheitsbilder, späterer Zugang in die stationäre Altenhilfe) gewinnen Qualifikationen der Gesundheits- und Krankenpflege auch im Bereich

8 Vgl. <http://www.zvk.org/s/content.php?area=650&sub=742> (letzter Zugriff Juli 2011).

- der Altenhilfe zunehmend an Bedeutung und verdrängen Facharbeit in der Altenpflege<sup>9</sup>.
- *Hypothese 2:* Es existieren Verdrängungseffekte auf Ebene der Helferqualifikationen sowie der angelernten/ungelernten Pflegehilfskräfte. Die zunehmende Spezialisierung und Differenzierung in der Berufs- und Qualifikationsentwicklung in der Gesundheitsarbeit haben in den letzten Jahren einen Kaskadeneffekt beruflicher Qualifikationen befördert. Vor allem Helferqualifikationen oder Gering- und Niedrigqualifizierte können nicht dauerhaft in Erwerbsarbeit einmünden.
  - *Hypothese 3:* Die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsbranche sind im Rahmen ihrer Personalentwicklung, Prozess- und Organisationsgestaltung nicht auf die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung der Berufe und Qualifikationen eingestellt. Die vorhandenen Qualifikationen (Pflegefacharbeit, Helferqualifikationen, Pflegehilfskräfte) werden grundsätzlich zwar benötigt, jedoch herrscht Unsicherheit hinsichtlich konkreter und tragfähiger Einsatzmöglichkeiten.
  - *Hypothese 4:* Einer ungeordneten Modernisierung seitens der Einrichtungen und Unternehmen steht eine ungeordnete Modernisierung der Berufsbildung und der Qualifikationsentwicklung in der Gesundheitsbranche gegenüber. Dieses Passungsproblem wird durch ein Mismatch in der Organisation von Angebot und Nachfrage verfügbarer Gesundheitsqualifikationen auf den regionalen Arbeitsmärkten negativ befördert.

Bereits in der Vergangenheit zeigte sich ein breites Spektrum an Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Gesundheitswirtschaft (Klie/Guerra 2006). Insbesondere für erwerbslose Personen stellen der Altenpflegeberuf sowie Begleitungs-, Assistenz- und Serviceberufe beliebte Umschulungsziele dar. Hier wäre im Detail zu überprüfen, ob sich in Abhängigkeit beruflicher Vorerfahrungen, der Qualifikationsstufe und der lokalen/regionalen Arbeitsmarktsituation auch unterschiedliche Beschäftigungsarten, Abweichungen in der

betrieblichen/beruflichen Verweildauer und Berufsbiographien nachzeichnen lassen. Wie die formulierten Hypothesen, auch in möglichen Wechselwirkungen zueinander die skizzierten Effekte befördern, sollte Gegenstand vertiefter Untersuchungen sein. Insbesondere muss es darum gehen, „Wildwuchs“ und „Mehrfachenttäuschungen“ von Beschäftigten, Betrieben (und auch von Bürgern, Patienten, Bewohnern,) durch entsprechende Erkenntnisse zu begegnen.

### 3.2 Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft – Sie werden gebraucht, aber wer mit welcher Qualifikation – und wo?

Das Thema „Fachkräftesicherung“ spielt derzeit in der wissenschaftlichen und medialen Debatte eine zentrale Rolle. Insbesondere mit Blick auf technische Facharbeit sowie Berufe aus dem Bereich „Gesundheit und Pflege“ wird die Sorge um einen bereits bestehenden und sich in Zukunft weiter verschärfenden Fachkräftemangel geäußert. Laut des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bezeichnet der Terminus „Fachkräftemangel“ eine relative Angebotsverknappung der Fachkräfte auf einem Teilmarkt für bestimmte Qualifikationen. Die Nachfrage von Unternehmen und Einrichtungen nach bestimmten Qualifikationen ist größer als das vorhandene Fachkräfteangebot (SVR 2007, zitiert nach Ostwald et al. 2010: 17). Ein Fachkräftemangel kann sich regional, mit Blick auf bestimmte Branchen oder auch landesweit manifestieren. Er kann in seinen Ursachen kurz-, mittel- oder langfristig angelegt sein. Konjunkturelle Ursachen können ebenso einen Fachkräftemangel befördern wie eine unzureichende Transparenz auf dem Arbeitsmarkt, lange Ausbildungszeiten oder – in eher langfristiger Perspektive – die demographische Entwicklung oder eine unzureichende Anschlussfähigkeit zwischen dem Bildungs-, Ausbildungs- und Beschäftigungssystem (ebd.).

9 Vor diesem Hintergrund sind nicht zuletzt auch die Debatten um die Notwendigkeit einer generalistischen Pflegeausbildung zu verstehen.

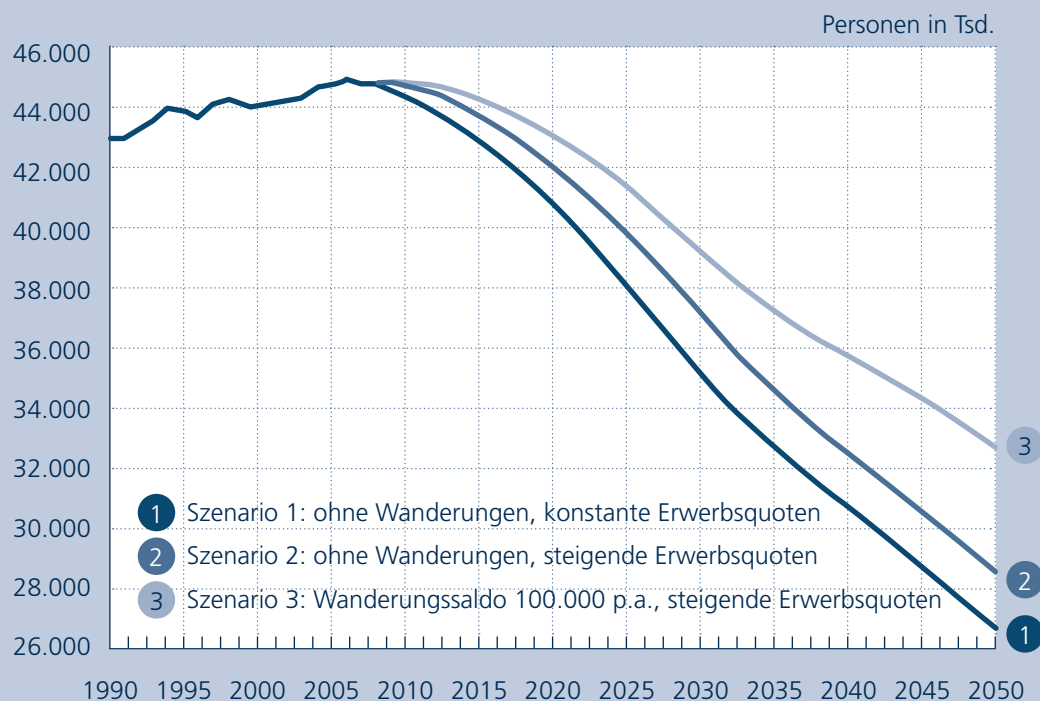
Wenn es auf dem Arbeitsmarkt trotz anhaltender Arbeitslosigkeit zu einer Nicht-Besetzung offener Stellen kommt, wird dies als *Mismatch-Problematik* bezeichnet. Diese findet ihre Ursachen zumeist in Qualitätsmängeln der vorgehaltenen Qualifikationen und Kompetenzen, Passungsproblemen und Informationsunsicherheiten zum Arbeitskräfteangebot und zur Arbeitskräftenachfrage. Zudem können auch Mobilitätsprobleme eine erhebliche Rolle in der Entstehung eines Mismatch auf dem Arbeitsmarkt haben. Auf betrieblicher Ebene wiederum markieren unzureichende Konzepte der Personalrekrutierung, ein schlechtes Image als Arbeitgeber, unzureichende Bezahlung sowie eine schwache Mitarbeiterbindung oder unzureichende Angebote an Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten einen Fachkräftemangel und/oder ein Mismatch (Ostwald 2010).

Den Hintergrund der aktuellen Auseinandersetzung bilden nicht zuletzt Prognosen zur Entwicklung des gesellschaftlich steigenden Arbeitskräftebedarfs. Vorliegende Untersuchungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) verweisen darauf, dass zukünftig von einem steigenden Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften ausgegangen werden kann, während sich das Erwerbspersonenpotenzial künftig rückläufig entwickeln wird (Abbildung 4). Die Folgen dieser Entwicklung sind differenziert zu bewerten: Zum einen können neue Chancen für Erwerbslose und auch ältere Menschen auf dem Arbeitsmarkt eröffnet werden. Ein Abbau struktureller Unterbeschäftigung (Arbeitslosigkeit, stille Reserve) wäre die Folge. Zum anderen besteht jedoch auch die Gefahr eines Arbeitskräftemangels bei bestimmten Branchen, Berufen und Qualifikationen. Auf-

Abbildung 4:

### Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials 1990 - 2050

Szenarien zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bis 2050



Quelle: IAB, eigene Berechnungen.

([http://www.iab.de/UserFiles/Image/Publikationen/kb1611\\_teasergrafik\\_gross\\_neu.png](http://www.iab.de/UserFiles/Image/Publikationen/kb1611_teasergrafik_gross_neu.png); 18.9.2011)

grund des demographischen Wandels ist zudem von einer Erhöhung des Durchschnittsalters der Bevölkerung auszugehen, welche wiederum eine Alterung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zur Folge hat. Für die Wirtschaft insgesamt bedeutet dies, dass sich einzelne Branchen nicht nur auf eine verstärkte Konkurrenz untereinander um Fachkräfte einzustellen haben, sondern dass auch die Bindung der Fachkräfte an den Betrieb innerhalb der Branche an Bedeutung gewinnt.

Die Gesundheitswirtschaft ist insbesondere im Kernbereich der stationären und ambulanten Versorgung durch die Nachfrage nach personenbezogener Dienstleistungsarbeit gekennzeichnet. Betrachtet man die Prognose zur Entwicklung einzelner Berufshauptfelder zwischen 2005 und 2025, zeigt sich, dass in Zukunft insbesondere von einer wachsenden Bedeutung sogenannter sekundärer Dienstleistungsberufe ausgegangen werden kann (Abbildung 5). Hierunter sind beispielsweise technisch-naturwissenschaftliche Berufe, Lehrberufe oder Berufe aus dem Bereich der „Gesundheits- und Sozialberufe“ und der „Körperpflege“ zu verordnen. Im Jahre 2005 waren rund 11,2 Prozent der Erwerbstätigen im Berufsfeld „Gesundheits- und Sozialberufe, Körperpflege“ tätig. Bis zum Jahr 2025 wird sich ihr Anteil auf rund 13,5 Prozent erhöhen. Damit stellt dieses Berufshauptfeld nach den „Büro- und kaufmännischen Dienstleistungsberufen“ das quantitativ bedeutendste in Deutschland dar.

Die wachsende Nachfrage nach Arbeitskräften im Bereich der „Gesundheits- und Sozialberufe“ ist vor allem auf die demographische Entwicklung, technologische Innovationen und den medizinisch-technischen Fortschritt sowie auf eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsdiensten und -produkten zurückzuführen. Weitere bedeutende Determinanten der Entwicklung sind zudem mögliche Rationalisierungs- und Produktivitätsreserven sowie Verschiebungen zwischen den Sektoren bzw. Leistungserbringern (stationär und ambulant). Durch die Alterung der Gesell-

schaft wird der quantitative Pflege- und Betreuungsbedarf zukünftig erheblich steigen. Es liegen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) differenzierte Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland vor. Im Dezember 2007 waren rund 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen<sup>10</sup> (1,54 Millionen Menschen oder 68 Prozent) wurden zu Hause versorgt, ein Drittel (0,7 Million oder 32 Prozent) wurden in Pflegeheimen betreut (BMG 2010).

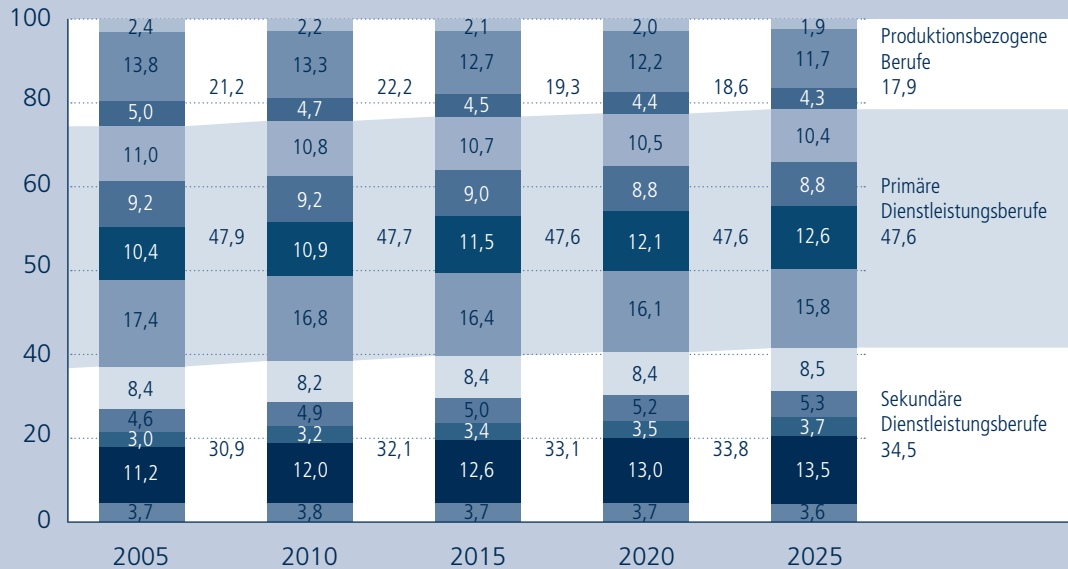
Die Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter an: Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen jeder Zwanzigste pflegebedürftig war, wurde für die über 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt. Hier betrug der Anteil der Pflegebedürftigen 62 Prozent, wobei Frauen in der Altersgruppe der 85- bis unter 90-Jährigen mit 41 Prozent eine deutlich höhere Pflegequote aufweisen als Männer mit 28 Prozent (BMG 2010). Die Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zur Entwicklung des zukünftigen Pflegebedarfs im Rahmen des SGB XI basieren auf zwei differenzierten Szenarien: Im „*Status-Quo-Szenario*“ erfolgt eine Übertragung der momentanen Pflegequoten auf die veränderte Bevölkerungsstruktur in den Jahren bis 2030. Im „*Szenario sinkende Pflegequoten*“ wird hingegen unterstellt, dass durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in den jeweiligen Altersgruppen auch das Pflegerisiko in den Altersgruppen abnimmt. Im Ergebnis wird im „*Status-Quo-Szenario*“ eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit auf insgesamt 4,1 Millionen im Jahr 2050 prognostiziert, während im „*Szenario sinkende Pflegequoten*“ eine moderatere Zunahme auf insgesamt 3,8 Millionen Pflegebedürftige vorausberechnet wird (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Je nach Szenario müssen auch die Prognosen zur Fachkräftenachfrage differenziert werden. Darüber hinaus sind nicht nur quantitative Szenarien und Differenzierungen zu unterstellen. Durch

10 Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§14 SGB XI, Abs. 1).

Abbildung 5:

**Prognose des Arbeitskräftebedarfs nach Berufshauptfeldern 2025**

in %



**Produktionsbezogene Berufe**

- Rohstoffgewinnende Berufe
- Be-, verarbeitende und instandsetzende Berufe
- Maschinen und Anlagen steuernde und wartende Berufe

**Sekundäre Dienstleistungsberufe**

- Technisch-naturwissenschaftliche Berufe
- Rechts-, Management- u. wirtschaftswiss. Berufe
- Künstl., Medien-, geistes- u. sozialwiss. Berufe
- Gesundheits- und Sozialberufe, Körperpflege
- Lehrberufe

**Primäre Dienstleistungsberufe**

- Berufe im Warenhandel, Vertrieb
- Verkehrs-, Lager-, Transport-, Sicherheits-, Wachberufe
- Gastronomie- und Reinigungsberufe
- Büro-, Kaufmännische Dienstleistungsberufe

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2005, Berechnungen Expertise Helmrich/Zika, Hummel et al. 2010, S. 93.

den Bedeutungsgewinn von Multimorbidität, Chronifizierung von Krankheiten und dem Bedeutungsgewinn auch betreuungsintensiver Krankheitsbilder (z. B. Demenz) ergeben sich in der Summe komplexe Problemlagen, die auch die qualitative Nachfrage nach gesundheitsbezogener Facharbeit maßgeblich beeinflussen werden. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Ergebnisse vorliegender Studien zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach Definition der Pflegeversicherung.

Es liegen derzeit einige Studien vor, die quantifizierte Aussagen zum Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft – insbesondere in Medizin und Pflege – treffen. Auch wenn sich die Ergebnisse unterscheiden, so ist evident, dass in Zukunft von einer sich verschärfenden Fachkräftesituation in Medizin und Pflege auszugehen ist. Die vorliegenden Studien unterscheiden sich vor allem darin, inwiefern die Berechnungen zum zukünftigen Fachkräftebedarf differenzierte Bevölkerungs- und Morbiditätsszenarien, Tätigkeits-

Tabelle 4:

**Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in ausgewählten Studien**

Studie	Jahr: Pflegebedürftige in Mio.
Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009)	2020: 2,7 - 2,9
	2030: 3,0 - 3,4
	2050: k.A.
Institut der deutschen Wirtschaft (2008)	2020: 2,91
	2030: 3,36
	2050: 4,10
Blinkert und Gräf (2009) Universität Freiburg und Deutsche Bank Research	2020: 2,7 - 3,0
	2030: k.A.
	2050: 3,5 - 4,5
Schnabel (2007) Universität Duisburg-Essen	2020: 2,7 - 2,8
	2030: 3,1 - 3,3
	2050: 4,0 - 4,7
Anmerkungen: k.A. = keine Angabe	

Quelle: zitiert nach Pohl 2009.

felder, berufsbezogene Qualifikationsstufen oder berufsspezifische Verweildauern berücksichtigen:

- So spricht das *Deutsche Krankenhausinstitut (DKI)* von aktuell rund 5.500 fehlenden Ärztinnen und Ärzten im Krankensektor (Blum/Löffert 2010), andere Untersuchungen beziffern die Zahl auf rund 9.000 fehlende Vollzeitkräfte im Bereich des ärztlichen Personals in stationären Einrichtungen und auf rund 2.200 Vollzeitkräfte in den Arztpraxen (Ostwald et al. 2010). Für die Pflege wird zudem konstatiert, dass derzeit Überstunden in den Krankenhäusern im Rahmen von bundesweit rund 15.000 weiteren Vollzeitstellen geleistet werden (Isfort/Weidner 2010). Für die Zukunft wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 jede zweite nicht-ärztliche Stelle in deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden kann (Ostwald et al. 2010).
- Das *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)* prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Steigerung von 550.000 Beschäftigten (Vollzeitäquivalenten) in der Pflege allein im Geltungsbereich des SGB XI auf 1,2 Millionen.

Durch den steigenden Anteil berufsförmig-organisierter Pflege an der Pflegearbeit insgesamt, d.h. der arbeitsintensiven Versorgung in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege, ist mit einem deutlichen Beschäftigungszuwachs zu rechnen (Pohl 2009).

- Das *Forschungszentrum Generationenverträge* geht davon aus, dass sich die Anzahl der professionellen Altenpflegekräfte bis zum Jahr 2050 nur um etwa 30 Prozent steigern lässt. Ein zentraler Ansatzpunkt, um die Zahl der Fachkräfte zukünftig weiter zu erhöhen, wird in der Steigerung der durchschnittlichen Berufsverweildauer gesehen. Blicke das heutige Verhältnis von stationär zu ambulant versorgten Pflegebedürftigen und die Betreuungsrelation bis zum Jahr 2050 konstant, so steigt die Nachfrage an Vollzeitpflegestellen auf etwa 850.000 Altenpflegekräfte an. Davon entfallen 640.000 Vollzeitstellen auf den stationären und etwa 210.000 Stellen auf den ambulanten Sektor (Hackmann 2009).
- Eine Prognose des *Instituts der deutschen Wirtschaft (IW)* untermauert die steigende volks-



wirtschaftliche Bedeutung des Pflegesektors (ebenfalls SGB XI). Der Bedarf an Vollzeitbeschäftigten – so die aktuellen Berechnungen – könnte sich bis zum Jahr 2050 auf rund 1,6 Millionen verdreifachen. Hauptgründe hierfür sind die zu erwartende Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen auf bis zu 4 Millionen und der Trend zur stationären Pflege, der zu einer Verdreifachung der Pflegeheimplätze auf bis zu 2 Millionen führen könnte (Enste/Pimpertz 2008).

Das Statistische Bundesamt hat eine Projektion zum Personalbedarf und -angebot in Pflegeberufen bis 2025 vorgelegt (Afentakis/Maier 2010). Grundlage der Prognose bilden der Mikrozensus und der dort erhobene Bestand an Erwerbstätigen nach ausgeübtem Beruf und Branchenzugehörigkeit, sowie die Erwerbspersonen nach Qualifikationsniveau, Alter und Geschlecht. Ausgangsjahr der Projektion ist das Jahr 2005. Der Prognose liegen differenzierte Szenarien zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigen zugrunde. Des Weiteren wird zwischen den Einrichtungstypen Krankenhaus, ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtung sowie nach beruflicher Flexibilität differenziert. Im Ergebnis der Berechnung wird zwischen 2005 und 2025 ein steigender Bedarf an Pflegevollkräften zwischen +27,3 Prozent („*Status-quo-Szenario*“) und +19,5 Prozent („*Szenario sinkende Behandlungsfälle*“) prognostiziert. Die weiteren zentralen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (ebd.):

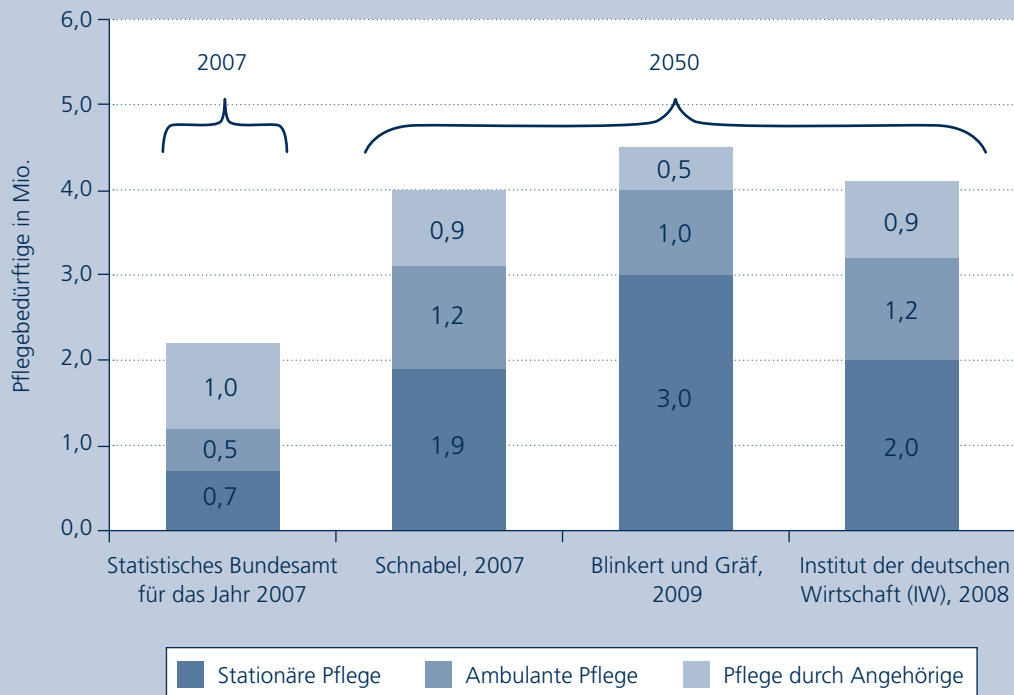
- Die steigende Nachfrage nach Beschäftigten in Pflegeberufen entwickelt sich in den drei Prognoseeinrichtungen unterschiedlich stark. Insbesondere die Zahl der ambulanten und (teil)stationär benötigten Pflegekräfte ist im „*Status-quo-Szenario*“ mit einem prognostizierten Zuwachs von +48,1 Prozent zwischen 2005 und 2025 zu rechnen. Im Szenario „*sinkende Behandlungsquoten*“ gilt dies ebenso (+35,4 Prozent), wenn auch auf niedrigerem Niveau, in den Krankenhäusern ist mit einem um 8,1 Prozent höheren Bedarf zu rechnen.
- Wird die Beschäftigungsstruktur 2005 der Pflegeberufe – in Deutschland insgesamt bzw. in den alten Bundesländern – zugrunde gelegt, dann lässt sich der Mangel an ausgebildeten

Pflegekräften bis zum Jahr 2025 auf 193.000 beziehungsweise 214.000 Pflegevollkräfte („*Status-quo-Szenario*“) und auf 135.000 beziehungsweise 157.000 Pflegevollkräfte („*Szenario sinkende Behandlungsquoten*“) beziffern.

- Hätten alle Beschäftigten in Pflegeberufen künftig eine Beschäftigungsstruktur wie in Deutschland 2005 in Pflegeberufen, tritt nach dem „*Status-quo-Szenario*“ ab 2018 und nach dem „*Szenario sinkende Behandlungsquoten*“ ab 2021 ein Pflegepersonalmangel ein. Bis zum Jahr 2025 wüchse das Defizit auf 112.000 („*Status-quo-Szenario*“) beziehungsweise 55.000 Pflegevollkräfte („*Szenario sinkende Behandlungsquoten*“) an.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen: Die Debatte um die Zukunft der Fachkräftenachfrage wird derzeit vor dem Hintergrund unterschiedlich gewichteter Analysen und quantitativer Szenarien geführt. Diese unterscheiden sich vor allem dahingehend, wie differenziert sie auf die Frage nach dem Fachkräftebedarf der Zukunft antworten. Lokale und regionale Nachfragesituationen spielen hierbei ebenso eine Rolle wie die Differenzierung nach Berufen und Qualifikationsstufen. Abbildung 6 verweist darauf, dass die Debatte um die Fachkräftesicherung im Bereich „Gesundheit und Pflege“ zudem eng mit der Frage verbunden ist, in welchen Bereichen zukünftig mit einer verstärkten Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsarbeit gerechnet werden kann. Entscheidend für die Tragfähigkeit und Handlungsrelevanz von Fachkräfteprognosen ist nicht zuletzt eine Vorstellung darüber, wie sich zukünftig das Zusammenspiel stationärer und ambulanten Pflege, professioneller und Laienpflege durch Angehörige (neu-)justieren wird. Die Ergebnisse der in Abbildung 6 erfassten Studien verweisen u. a. darauf, dass längst noch nicht geklärt ist, wie sich das Verhältnis ambulanter gegenüber stationärer Versorgung zukünftig tatsächlich entwickeln wird. Während beispielsweise in der Studie von Schnabel (2007) und in der Studie des IW (2008) ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Sektoren unterstellt wird, wird in der Studie von Bänkert und Gräf (2009) die stationäre Pflege mit Blick auf die dort zu versorgenden Pflegebedürftigen als prioritär eingeschätzt. Tragfähige Ansätze

Abbildung 6:

**Pflegebedürftigkeit und Pflegeformen 2007 und 2050**

Quelle: Pohl 2009.

ze zur Bewältigung der zukünftigen Fachkräftenachfrage müssen diese Faktoren in der Gestaltung des „Systems Pflege“ mit Blick auf den zukünftigen Arbeitskräftebedarf stärker berücksichtigen. Darüber hinaus schreiben vorliegende Prognosen zumeist das heutige Stellenniveau fort, ohne Produktivitätsfortschritte (z. B. durch Optimierung der Arbeitsorganisation oder des Technologieinsatzes) oder eine Erhöhung durch komplexere Versorgungs- und Pflegebedarfe zu berücksichtigen. Derzeit wird angesichts der Debatte um den in Teilen bereits bestehenden akuten Fachkräftemangel auch der Ruf nach Zuwanderung in den Pflegeberufen laut. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Debatte zur Fachkräftesicherung auf Basis qualitativer und quantitativer Herausforderungen wesentlich differenzierter geführt werden muss. Entscheidend mit Blick auf die eingangs skizzierten Kriterien „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ sind Antworten auf die Frage, wie zukünftig der *skill mix* angesichts diffe-

renzierter Bedarfslagen im Rahmen regionaler Versorgungslösungen gestaltet und organisiert werden kann.

### 3.3 Zusammenfassung der Befunde

Aus den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft in der Vergangenheit eine zentrale Bedeutung für die Beschäftigungsentwicklung hatte. Vorliegende Prognosen lassen auch für die Zukunft weitere Beschäftigungszuwächse erwarten. Vorliegende Daten zur Beschäftigungsentwicklung belegen insbesondere die steigende Bedeutung des Berufsfeldes „Pflege“. Es besteht kein Zweifel, dass hier zukünftig von einem weiter steigenden Fachkräftebedarf ausgegangen werden kann. Vorliegende Studien bestätigen in diesem Zusammenhang die Hypothese eines sich zukünftig noch verschärfenden Fachkräftemangels. Vorliegende Daten



zum Fachkräftebedarf kommen auf Basis der jeweils zugrunde gelegten Dimensionen und Einflussfaktoren allerdings zu differenzierten Ergebnissen. So kann von unterschiedlichen Entwicklungspfaden der Fachkräftenachfrage im stationären Krankenhaussektor und im Bereich der ambulanten und (teil-)stationären Altenhilfe ausgegangen werden. Insbesondere unterscheiden sich vorliegende Prognosen danach, inwiefern sie regionale Arbeitsmarktsituationen, Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklungen berücksichtigen und nach Sektoren, Berufen, Einrichtungstypen und Qualifikationen unterscheiden. Deutlich wird, dass vorschnelle und allzu generalisierende Rezepte zur Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft kaum vielversprechend sein werden. Vielmehr ist danach zu fragen, in welchen Bereichen zukünftig welche Fachkräfte mit welchen Qualifikationen benötigt werden. Bislang legen vorliegende Untersuchungen den Schwerpunkt auf die Quantifizierung von Personen oder Stellen, während der fachliche Bedarf im „System Gesundheit“ und „System Pflege“ als Ausgangspunkt nur unzureichend thematisiert wird.

Nachfrage und Angebot an Arbeitskräften im Bereich „Gesundheit und Pflege“ können ausgehend hiervon regional erheblich variieren. Unterschiedliche gesundheitliche Bedarfe und Angebotsstrukturen erzeugen nicht zuletzt auch Varianzen in der quantitativen wie qualitativen Fachkräftenachfrage. Zahlreiche Regionen und Bundesländer in Deutschland haben in den letzten Jahren im Rahmen ihrer Struktur- und Regionalpolitik die Modernisierung und den Ausbau der Gesundheitswirtschaft zum Gegenstand ihrer Gestaltungsaktivitäten befördert. Netzwerke, Clusterinitiativen und Interessenverbände der Gesundheitswirtschaft sind entstanden mit dem Ziel, Perspektiven der Branche auszuloten, sie in der (Fach-)Öffentlichkeit zu kommunizieren und in nachhaltige Entwicklungs- und Modernisierungsprojekte zu überführen. Bislang liegen noch keine vergleichenden Analysen zum institutionellen Setting, zum Outcome sowie den Erfolgs- und Misserfolgskriterien entsprechender Initiativen vor (Dahlbeck/Evans/Potratz 2009). Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklung nicht allein Ausdruck „förderpoliti-

scher Mode“ ist, sondern die Notwendigkeit konzentrierter Erneuerungsaktivitäten im Gestaltungsfeld „Gesundheit“ widerspiegelt. Auffallend ist jedoch, dass integrierte Projektaktivitäten zur quantitativen und qualitativen Fachkräftesicherung in den Gesundheitsregionen bislang lediglich eine untergeordnete Rolle spielen. Rheinland-Pfalz, Hessen und Bremen haben in der Vergangenheit bereits erfolgreich mit Instrumenten des (Regionalen)Fachkräftemonitorings gearbeitet. Aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ ist zukünftig angesichts differenzierter gesundheitlicher Lagen und Versorgungs Herausforderungen ein stärkerer Fokus auf regionalisierte Strategien der Fachkräftesicherung und -qualifizierung zu legen. Die bisherigen Erfahrungen der Bundesländer mit quantitativ-orientierten Monitoringinstrumenten könnten sinnvoll um stärker qualitativ ausgerichtete Entwicklungsszenarien ergänzt werden.

Die Gesundheitswirtschaft präsentiert sich als ein Beschäftigungsfeld, in dem die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung derzeit eine dominierende Position einnimmt. Parallel zum Ausbau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist das Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“ jedoch durch erhebliche beschäftigungsstrukturelle Umbrüche gekennzeichnet, die sich durch den Ausbau von Teilzeitarbeit, geringfügiger und befristeter Beschäftigung charakterisieren lassen. Die atypische Beschäftigung hat in den vergangenen Jahren im „Jobmotor Gesundheitswirtschaft“ an Bedeutung gewonnen. Mögliche Substitutionseffekte zwischen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, geringfügiger Beschäftigung und auch selbstständiger Arbeit sollten zukünftig in ihren Wirkungen auf Beschäftigung und Arbeitsgestaltung, auch unter der Perspektive einer möglichen Prekarisierung und Dequalifizierung von Gesundheitsarbeit, genauer analysiert werden.

Aufgrund der enormen Bedeutung des Pflegearbeitsmarktes für Frauen (und auch für Männer!), dem prognostizierten Bedeutungsgewinn ambulanter Pflege bei einem gleichzeitigen Zuwachs von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung, stellt sich nicht zuletzt die Frage nach tragfähigen Konzepten zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten häuslichen Pflege. In die-

sem Zusammenhang ist auch eine vertiefende Auseinandersetzung mit den Folgen der Ausweitung atypischer Beschäftigung, auch jenseits offizieller Arbeitsmarktstatistiken, auf die Beschäftigungsfähigkeit, die Kontinuität der Erwerbsbiographien und auf die Arbeits- und Versorgungsqualität notwendig. In Abhängigkeit von den jeweiligen Versorgungsbedarfen vor Ort wird sich aller Voraussicht nach auch das Verhältnis stationärer Krankenhausversorgung und (teil-)stationärer, ambulanter und häuslicher Pflegearbeit neu justieren. Angesichts der vorliegenden Hinweise auf die Bedeutung informeller Pflegearbeit in privaten Haushalten wird organisierbare und bezahlbare Pflegequalität im häuslichen Umfeld zu einer zentralen Zielkategorie für nachhaltige Fachkräftestrategien in der Gesundheitswirtschaft insgesamt.

Angesichts der skizzierten beschäftigungsstrukturellen Umbrüche ist zudem eine Verknüpfung von Trends der Beschäftigungsentwicklung mit Fragen der Lohnentwicklung und -gestaltung dringend notwendig. Aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ reicht die bislang vorgenommene Fokussierung auf die Entwicklung von Beschäftigungsarten und Beschäftigungsfeldern nicht aus. Wie nachfolgende Ausführungen noch zeigen werden, beeinflussen die zunehmende Akademisierung sowie die Spezialisierung und Differenzierung von Berufsbildern und Qualifikationsniveaus erheblich auch die Entwicklung von Arbeits- und Aufgabenfeldern in zentralen Gesundheitsberufen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich hierdurch in der Folge auch Veränderungen im Lohngefüge und in der Lohnstruktur ergeben. Aus der Perspektive „Sozialer

Gesundheitswirtschaft“ stellt sich nicht zuletzt die Frage, welche Verteilungswirkungen hier wünschenswert und notwendig sind<sup>11</sup>.

Angesichts der demographischen Entwicklung müssen tragfähige Beschäftigungsstrategien und arbeitsplatzbezogene, lebensphasenorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte in der Gesundheitswirtschaft enger als bisher aufeinander bezogen werden. Darüber hinaus sollte es darum gehen, Arbeitsmarktstrategien für neue Zielgruppen (z.B. für Menschen mit geringeren Bildungsabschlüssen, Wiedereinsteigerinnen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen) unter Berücksichtigung der Innovationsfähigkeit und -bereitschaft der Einrichtungen/Unternehmen der Gesundheitswirtschaft mehr Aufmerksamkeit zu schenken<sup>12</sup>. Für welche Beschäftigungstypen und Qualifikationsstufen können mit welchen Strategien nachhaltige Beschäftigungsperspektiven in der Gesundheitswirtschaft realisiert werden? – Hier besteht auf Basis der aktuellen Debattenlage noch erheblicher Konkretisierungsbedarf. Daten zur Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Bereich der „Altenpflege/Altenpflegehilfe“ liefern in diesem Kontext erste Hinweise darauf, dass es zu Verwerfungen auf dem „Arbeitsmarkt Pflege“ kommt. Insbesondere Gering- und Niedrigqualifizierte im Bereich der Altenhilfe drohen aufgrund eines Kaskadeneffektes beruflicher Qualifikationen zu Verlierern der Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft zu werden. Eine einseitige Fokussierung und Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogener „Facharbeit“ könnte den Blick für diese Entwicklung versperren.

---

11 Mit dem Projekt „Lohnspiegel/Wage Indikator“ des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung besteht eine gute Grundlage, um entsprechende Entwicklungen in Form einer Längsschnitts- und Querschnittsanalyse für zentrale Gesundheitsberufe nachzeichnen zu können. Voraussetzungen hierfür ist jedoch eine inhaltliche und methodische Anpassung und Weiterentwicklung des Instruments.

12 In diesem Zusammenhang sei auf die folgende Entwicklung hingewiesen. Die Europäische Kommission arbeitet derzeit an der Novelisierung der europäischen Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG, die auch die Zugangsvoraussetzungen für den Kranken- und Altenpflegeberuf umfasst: Gefordert wird hier eine Heraufsetzung der Zugangsvoraussetzungen für die Kranken- und Altenpflegeausbildung von 10 auf 12 Schuljahre. Damit soll erreicht werden, dass die Kranken- und Altenpflegeausbildung international anerkannt wird.

## 4. Prioritäre Gestaltungsfelder für die Zukunft von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Sozialen Gesundheitswirtschaft

Im vorangegangenen Kapitel standen zentrale Trends der Beschäftigungsentwicklung und Herausforderungen der Fachkräftesicherung im Mittelpunkt. Die folgenden Abschnitte setzen sich mit prioritären inhaltlichen Gestaltungsfeldern der Zukunft von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft auseinander. Ausgehend von den eingangs skizzierten Eckpunkten „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ und den daraus abgeleiteten Fragestellungen, kann es künftig nicht nur darum gehen, sich mit den quantitativen Herausforderungen der Fachkräftegewinnung und -sicherung auseinander zu setzen. Gesundheitspolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen, neue und veränderte Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung oder betriebliche Anforderungen in der Modernisierung der Leistungsorganisation und -prozesse – diese Entwicklungen beeinflussen nachhaltig auch die Rahmen- und Einsatzbedingungen von Gesundheitsarbeit. Die Gestaltung „Guter Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft ist eine notwendige Bedingung, um dem Fachkräftebedarf der Branche entsprechen zu können. Das Spektrum der Gestaltung „Guter Arbeit“ reicht von der Gestaltung regionaler Gesundheitsversorgung im Zusammenspiel mit der Fachkräftegewinnung und Kompetenzentwicklung, über die Debatte um Reformkonzepte der Ausbildung bis hin zu Herausforderungen in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Unternehmen und Einrichtungen. Weitere bedeutende Themen sind die „Neue Arbeitsteilung“ und die Suche nach tragfähigen Strategien zur Beschäftigung und Weiterbildung auch Geringqualifizierter.

Aus der Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ wird Patientenorientierung zu einem

Erfolgskriterium der Suche nach tragfähigen Strategien und Konzepten „Guter Arbeit“. So ist danach zu fragen, welche Konsequenzen sich aus verbesserten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten, reformierten Aus- und Weiterbildungsangeboten, neuen Berufen oder aus der Umsetzung neuer Arbeitsteilung auch für die Patientinnen und Patienten ergeben. „Gute Arbeit“ wird im Rahmen des Konzepts zum Leitbild für Modernisierung und die Beschäftigten zur zentralen Anspruchsgruppe und Nutzern des Modernisierungsgeschehens in der Gesundheitswirtschaft. Eine solche Sicht erfordert letztlich die Überwindung und Zusammenführung bislang vorwiegend segmentierter professions- und verbandspolitischer Modernisierungsstrategien und die Rückbindung entsprechender Konzepte an eine soziale Ausrichtung und die Innovationsfähigkeit der Branche selbst.

Angesichts der immensen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für Wirtschaft und Beschäftigung, der prognostizierten Wachstumsperspektiven sowie der Dynamik der Veränderungen im Gesundheitswesen, bestehen zudem erhebliche Herausforderungen an die Gestaltung von Partizipation und Mitbestimmung in diesem bedeutenden Beschäftigungsfeld. Beschäftigte haben häufig einen anderen Blick auf die Zukunft der Gesundheitsarbeit, als es die Prognosen zur Entwicklung der Branche nahelegen. Eine nachhaltige Modernisierung und Gestaltung von „Arbeit und Qualifizierung“ in der Sozialen Gesundheitswirtschaft erfordert es auch, die vorhandenen Interessen enger in den Dialog zu bringen und sich gemeinsam mit den Beschäftigten auf Entwicklungsziele und Wege der Umsetzung zu verständigen.

#### 4.1 Regionale Gesundheitsversorgung und Fachkräftesicherung

Gesundheit ist ein Gut mit hoher lokaler Bindung. Vorliegende Daten zur regionalen Mobilität von Patientinnen und Patienten zeigen, dass ein Großteil der Gesundheitsversorgung nach wie vor am Wohnort und wohnortnah erbracht wird (Augurzky et al. 2010). Auf Grundlage der Bevölkerungsdichte sowie der regionalspezifischen Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung entstehen differenzierte Anforderungen an die Gestaltung regionaler Versorgungsstrukturen. Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung demenziell erkrankter Menschen dar. In Deutschland leben derzeit rund 1,3 Millionen Menschen mit Demenz. Vorliegende Prognosen schätzen, dass sich ihre Zahl in Deutschland bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. Wie in der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit insgesamt gehen aktuelle Schätzungen – etwa des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung (2011) – von regional differenzierten Szenarien und der Notwendigkeit regionaler Strategien aus. Dies stellt Betroffene, Angehörige, Leistungsanbieter, kommunale Entscheidungsträger und Sozialversicherungsträger wie auch Politik insgesamt vor neue Herausforderungen. Sowohl das Leistungsportfolio der Gesundheitseinrichtungen und -unternehmen vor Ort als auch die Gestaltung zielgruppenspezifischer Versorgungsprozesse, etwa im Überleitungsmanagement zwischen stationärer Versorgung und Altenhilfe oder Rehabilitation, werden zukünftig erhebliche Veränderungen erfahren. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten (2009) auf die generationenspezifischen Herausforderungen regionaler Gesundheitsversorgung hin und betont damit auch die Notwendigkeit einer nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierten Gesundheitsversorgung:

„Die demographische Entwicklung führt in Zukunft nicht nur zu Verschiebungen zwischen den Alterskohorten, sondern auch zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen zwischen den Bundesländern sowie innerhalb von diesen zwischen städtisch und ländlich geprägten

Siedlungsräumen. [...] Es erscheint daher erforderlich, die wünschenswerte populationsorientierte Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten zu beleuchten, was die Koordinationsaufgabe um eine Dimension erweitert und inhaltlich anspruchsvoller gestaltet.“ (SVR 2009: 14)

Aus der Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ rücken damit folgende Konsequenzen der Entwicklung regionaler Gesundheitsversorgung in den Fokus: Zukünftig wird es einerseits darum gehen müssen, regionale/kommunale Gesundheitsversorgung in ihrer Struktur, Erreichbarkeit und Qualität sicherzustellen und weiter zu entwickeln. Andererseits impliziert die Debatte um die Zukunft der Gesundheitswirtschaft auch die Frage, welche Alleinstellungsmerkmale sich in der regionalen Gesundheitswirtschaft identifizieren lassen und wie diese gezielt auch für die regionalwirtschaftliche Entwicklung nutzbar gemacht werden können. Im Kern geht es dabei um eine innovationsorientierte Neuordnung des Zusammenspiels von Arbeit, Wissen, Technologie und Kapital im Gestaltungsfeld „Gesundheit“. Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang die heterogenen Steuerungs-, Funktions-, Organisations- und Finanzierungslogiken der Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft, so wird die Komplexität und Vielschichtigkeit der Forderung nach einer innovationsorientierten und sozial ausgerichteten Gesundheitswirtschaft deutlich. Auch aus Perspektive der Patientinnen und Patienten entstehen neue Anforderungen an die regionale Gesundheitsversorgung sowie an Transparenz und an die Qualität von Gesundheitsinformationen. Projekte wie die „Weisse Liste“, „Klinikführer“ oder Ärztenavigatoren stehen hierfür.

Um den sich verändernden Anforderungen gewachsen zu sein, sind auch neue Kompetenzen bei den Akteuren regionaler Gesundheitsversorgung, neue Kooperationsstrukturen und neue Koalitionen nötig (Bühlren 2009). Differenzierte gesundheitliche Bedarfe und Angebotsstrukturen implizieren in der Folge auch Unterschiede in der Fachkräftenachfrage. Bereits heute zeigen sich deutliche Unterschiede in der regionalen Fachkräftenachfrage und im regionalen Fachkräfte-

angebot in der Gesundheitswirtschaft. Untersuchungen des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) in Hessen zeigen beispielsweise, dass sich auch kleinräumig regionale Differenzen in der Fachkräftenachfrage und im Fachkräfteangebot in der Pflegearbeit nach unterschiedlichen Qualifikationsstufen nachzeichnen lassen (Larsen/Kuhlmann 2010). Für die neuen Bundesländer – hier Brandenburg – wurde bereits vor einigen Jahren auf einen Fachkräftemangel in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft hingewiesen (Behr et al. 2005). Untersuchungen von Kopetsch (2010) weisen darauf hin, dass sich in Deutschland auch regionale Differenzen der Fachkräftenachfrage in der hausärztlichen Versorgung nachzeichnen lassen. Bis zum Jahr 2020 werden bundesweit etwa 24.000 Hausärzte aus dem System ausscheiden. Insbesondere ländliche Regionen und die neuen Bundesländer sind bereits heute von Fachkräftengpässen in der hausärztlichen Versorgung gekennzeichnet. Nicht zuletzt attraktivere Vergütungsbedingungen führen zu Sogwirkungen in Richtung der alten Bundesländer mit der Folge, dass frei werdende Hausarztstühle in den neuen Bundesländern nicht wieder besetzt werden können (Kopetsch 2010).

Eine Gesundheitsversorgung, die auf die regionalen Anforderungen und Bedürfnisse eingeht, setzt einen sinnvollen Rahmen für die quantitative und qualitative Nachfrage nach Fachkräften. Wichtige Eckpunkte in diesem Zusammenhang sind:

- Wie gestaltet sich heute und zukünftig die demographische Entwicklung sowie die Morbiditätsentwicklung entlang spezifischer Indikatoren in der Region?
- Welche Veränderungen des regionalen Leistungsportfolios in der Gesundheitsversorgung werden angesichts dessen notwendig?
- Welche Anforderungen sind ausgehend hiervon an die Leistungsprozesse der Versorgungseinrichtungen in der Region zu stellen?
- Welche Sozial- und Familienstrukturen liegen vor und welche Anforderungen bestehen an die Entwicklung sozialer und familiärer Unterstützungssysteme?

Ausgehend von diesen Fragestellungen ist differenziert nach der Verfügbarkeit und den notwen-

digen Qualifikationen und Kompetenzen in der Gesundheitsarbeit zu fragen. Die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen ist somit untrennbar mit der Fachkräftesicherung und -entwicklung verbunden – und *vice versa*. Jenseits bundesweiter Imagekampagnen zur Attraktivitätssteigerung von Gesundheits- und Pflegearbeit gewinnen Aspekte der Ausbildungs(stätten)planung, attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen vor Ort sowie auch eine überbetrieblich angelegte Personalarbeit an Bedeutung. Auch das Zusammenspiel unterschiedlicher Qualifikationsstufen – von akademisch ausgebildeten Fachkräften bis hin zu Geringqualifizierten und ehrenamtlich tätigen Laien, die Einbindung Angehöriger und (zunächst) gesundheitsferner Berufsgruppen (z.B. aus dem Bereich der „sozialen Arbeit“ oder der Stadtentwicklung) – wird zukünftig im Rahmen regionaler Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewinnen. Dies erfordert es, neue Arbeitsteilung mit Blick auf die beteiligten Berufsgruppen weiterzudenken. Eine zentrale Herausforderung wird darin bestehen, einerseits in der Fachkräfteentwicklung Lösungen zu finden, die den jeweiligen regionalen Anforderungen angepasst sind. Andererseits sollte auch weiterhin eine überregionale Mobilität gesundheitsbezogener Facharbeit ermöglicht werden. Um eine hohe Handlungskompetenz im Beruf sicherstellen zu können, ist das Zusammenspiel einer breiten Basisqualifikation mit darauf aufbauenden Spezialisierungen sinnvoll. Der Gefahr eines „Flickenteppichs“ regionaler Lösungen kann dadurch begegnet werden, dass einerseits bewährte Instrumente des Branchen- und Fachkräftemonitorings zum integrierten Bestandteil der Versorgungsplanung und -gestaltung werden. Notwendig ist es zudem, dass entsprechende Aktivitäten stärker qualitativ ausgerichtet werden, indem auch über regionale/lokale Innovationsherausforderungen in den Unternehmen und Einrichtungen in ihren Konsequenzen für die Fachkräftesicherung informiert wird. Ergänzend hierzu ist der systematische Austausch über erfolgreiche (und auch nicht erfolgreiche) Lösungen an der Schnittstelle regionaler Versorgungsgestaltung/Fachkräftesicherung zwischen den Bundesländern und Regionen überaus sinnvoll.



## 4.2 Fachkräftesicherung, Fachkräftegewinnung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Ein entscheidendes Gestaltungsfeld auf betrieblicher Ebene ist vor dem Hintergrund der beschriebenen Verknappungsszenarien die Qualität der Personalbindung und -gewinnung, insbesondere bezogen auf Fachkräfte. Notwendig ist sowohl eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch eine professionelle Personalentwicklung und -führung. Dazu ist zu konstatieren, dass ein sorgsamer, wertschätzender Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und eine professionelle Personalentwicklung in vielen Fällen noch nicht zu den Stärken deutscher Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gehören<sup>13</sup>. Personalführung und -entwicklung werden bspw. in Krankenhäusern häufig noch rein berufsgruppenbezogen interpretiert, die prozessualen Anforderungen des Arbeitsalltags zu selten mit Personalentwicklung in Verbindung gebracht. Professionelles Personalmanagement erfolgt derzeit nur in einer Minderheit der Einrichtungen. Ein wesentliches Element zur Personalbindung wie auch – längerfristig – der Personalgewinnung ist eine wertschätzende Betriebs- und Führungskultur. Zunehmende Ökonomisierung mit wachsendem Kostendruck lässt die Wertschätzung der Beschäftigten seitens der Leitung leicht in den Hintergrund treten. Ein von Wertschätzung und Anerkennung geprägtes Führungsverhalten ist aber ein wesentlicher Faktor zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit (Fuchs-Frohnhofen et al. 2010; Hien 2009), sein Fehlen hat vor allem bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit hoher beruflicher Motivation – und diese ist bei Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden in der Regel stark ausgeprägt – negative gesundheitliche Konsequenzen (Schneider 2010). Eine wertschätzende Haltung sowohl der ärztlichen als auch der pflegerischen Leitungsebenen kann einen entscheidenden Bei-

trag zur Personalbindung haben. Ähnlich bedeutsam ist der wertschätzende Umgang in der täglichen interprofessionellen Zusammenarbeit.

Vor allem die Pflege gilt als berufliche Sackgasse ohne ausreichende Aufstiegsoptionen und inhaltliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Qualität, Mobilität und Durchlässigkeit ebenso wie lebensbegleitendes Lernen müssen insgesamt verbessert werden. Die professionelle Personalentwicklung als individuelle Förderung von Beschäftigten stellt ein weiteres Entwicklungsfeld dar. Gleichzeitig müssen, gemessen an professionellen Standards, viele Bereiche des Leistungsspektrums der Kliniken als unterentwickelt gelten. Beispielsweise fehlt in den meisten Krankenhäusern ein professionelles Konzept zur Betreuung demenzerkrankter Patientinnen und Patienten, es mangelt an professioneller Beratung (Koch-Straube 2008), an einem funktionierenden Entlassungsmanagement (DNQP 2009) und vielem mehr. Für solche Aufgaben kommen auch ältere Beschäftigte, die der körperlichen Beanspruchung der Arbeit auf der Station nur noch bedingt gewachsen sind, infrage. Wissen und Kompetenz gerade älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können so genutzt, vertieft und erweitert werden. Die Herausforderung besteht also in der kreativen Verbindung solcher Aufgaben mit der Personalentwicklung. So würden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert und gleichzeitig das Leistungsspektrum der Klinik verbessert. Die Potenziale treten jedoch selten offen zu Tage, sondern müssen systematisch identifiziert werden.

Solche Entwicklungen zur Personalbindung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen dienen zugleich auch der Personalgewinnung. Der Zwang, Fachkräfte zu rekrutieren, stellt die Einrichtungen bereits heute vor große Herausforderungen (Evans/Scharfenorth 2008). Marketing im Personalbereich weitet und differenziert sich aus. Neben die traditionelle Stellenausschreibung tre-

13 Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat eigens einen Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ etabliert. Ein bedeutendes Themenfeld in diesem Zusammenhang ist auch die Auseinandersetzung mit Konzepten und Umsetzungschancen für mehr Wertschätzung in der Pflegearbeit. Ziel der Initiative ist es, auf eine verbesserte Wertschätzung von Pflegearbeit und eine höhere Anerkennung von Beschäftigten im Dienstleistungsbereich Altenpflege abzielen. Das Memorandum der Projektgruppe „Wertschätzung in der Pflege“ findet sich unter [http://servprof.de/memorandum\\_pflgewert](http://servprof.de/memorandum_pflgewert).

ten weitere Möglichkeiten: Personalberatungen und Personaldienstleister, Ausbildungs- und Jobmessen sowie Jobbörsen im Internet. Eine spezielle Herausforderung für die Personalgewinnung in der Pflege stellt das Image des Pflegeberufs dar. Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sank zwischen 2000 und 2008 um 8,4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2010, 2001). Die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten allein reicht angesichts der Branchenkonkurrenz um Nachwuchs schon heute nicht mehr aus. Allerdings zeichnen vorliegende Ergebnisse kein klares Bild: So verweisen vorliegende Ergebnisse einerseits darauf, dass Pflege als Beruf bei Schülerinnen und Schülern allgemeinbildender Schulen, die sich in der Phase der Berufsorientierung befinden, als „out“ gilt. Nur ein kleiner Teil der Schülerinnen und Schüler erwägt, in die Pflege zu gehen. Andererseits würden nach einer aktuellen Untersuchung 96,2 Prozent der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege (1. Ausbildungsjahr) diese Ausbildung wieder wählen (ipp 2010). Auf der anderen Seite wird immer wieder auch von Engpässen bei der Verfügbarkeit von Ausbildungsplätzen berichtet.

Hier handelt es sich also um ein Image- und Informationsproblem, das auch auf betrieblicher Ebene adressiert werden kann. Denkbar sind bspw. die systematische Information an Schulen, die Organisation des Informationsaustauschs zwischen Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden Schulen und in der pflegerischen Berufsausbildung oder die verstärkte Einrichtung von Praktikumsplätzen sowie die intensivere Erschließung bisher unterrepräsentierter Bewerbergruppen wie Männer und Migranten. Deutlicher Entwicklungsbedarf besteht auch in der Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, insbesondere um Frauen die Vollzeittätigkeit zu ermöglichen und den Wiedereinstieg nach der Familienphase zu erleichtern. Zu warnen ist davor, sich auf reine Imagekampagnen zu konzentrieren, ohne die Arbeitsrealität den Erfordernissen anzupassen. Letztlich wandelt sich das Image aufgrund der Realität. Die komplexe Herausforderung auf betrieblicher und überbetrieblicher

Ebene besteht in der Verbindung aus Wertschätzung, Personalentwicklung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten.

Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren für viele Beschäftigte verschlechtert. Als besonders belastend wird erfahrungsgemäß der Zeitmangel empfunden, insbesondere auch deshalb, weil der wesentliche Aspekt professioneller Pflege, die Beziehungsarbeit, eben einen ausreichenden zeitlichen Rahmen erfordert (zu Bedingungen und Belastungen vgl. Braun et al. 2010; Braun et al. 2008; DBfK 2009). Auch der ärztliche Dienst klagt über mangelnden Kontakt zum Patienten, was eine sichere, individualisierte Diagnostik und Therapie stark erschwert und die Fehlerwahrscheinlichkeit steigert. Eine wichtige Intervention, die hier anschließt, ist die Entlastung sowohl des Pflegedienstes als auch des ärztlichen Dienstes von qualifikationsinadäquaten Aufgaben (siehe unten). In diesem Zusammenhang wird jedoch häufig vergessen, den Blick auch auf die Arbeitsbedingungen geringer qualifizierter Beschäftigter zu richten.

Gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung und betriebliche Prävention haben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eher Seltenheitswert. Häufig werden die Arbeitszeitbestimmungen nicht eingehalten oder Pflegenden müssen auf ihre Pause verzichten, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner und die Abläufe nicht zu gefährden. Der Optimierungsbedarf in diesem Bereich ist insbesondere in Krankenhäusern erheblich, stellt aber angesichts der restriktiven Finanzierung der Kliniken eine enorme Herausforderung dar. Pflegenden und Medizinerinnen und Mediziner sind – je nach Einsatzort und Tätigkeitsfeld – erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Eine Zunahme bspw. der Burnout-Erkrankungen ist die Folge (Siebecke 2010). Die Einführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen geht über den herkömmlichen Arbeitsschutz hinaus und sollte konsequent lebensphasenbegleitend erfolgen, sich also nicht nur auf ältere Beschäftigte konzentrieren, bei denen bereits körperliche oder psychische Schädigungen feststellbar sind. Die

physischen Arbeitsbedingungen können durch eine konsequent ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung verbessert werden, so dass Fehlhaltungen und unnötige Kraftanstrengungen vermieden werden können. Hilfsmittel wie Patientenlifter oder andere Transferhilfen können die körperliche Belastung insbesondere in der Pflege deutlich reduzieren und dazu beitragen, Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit zu verhindern. Die Anschaffung solcher gesundheitserhaltenden Hilfsmittel bedeutet allerdings in vielen Fällen nicht, dass sie auch zum Einsatz kommen. Typischerweise wird gerade auf den Einsatz größerer Hilfsmittel wie Lifter im Alltag mit dem Hinweis auf den zur Anwendung erforderlichen Zeitaufwand verzichtet. Viele Hilfsmittel bleiben daher ungenutzt. Hier muss seitens der Leitung auf eine Änderung der betrieblichen Kultur hingewirkt werden, damit es selbstverständlich wird, sinnvolle und zur Verfügung stehende Hilfsmittel einzusetzen. Entgegen landläufiger Einschätzung sind es jedoch nicht die physischen Belastungen, die für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege und Medizin im Vordergrund stehen, sondern psychische: permanenter Zeitdruck, Unterbrechungen der Arbeitsprozesse, organisatorische Mängel, soziale Konflikte, übermäßige administrative Aufgaben usw. (Braun et al. 2010; Braun/Müller 2005). Hier müssen insbesondere Maßnahmen der Organisationsentwicklung und der Verbesserung des Führungsverhaltens ansetzen, um dysfunktionale Prozesse zu verändern, die für die Beteiligten belastend sind. Diese Aufgabe ist ungleich schwieriger zu bewältigen als die Anschaffung körperlich entlastender Hilfsmittel. Ein wichtiges Instrument für mehr Transparenz, Orientierung und den Transfer tragfähiger Lösungen sind in diesem Zusammenhang der DGB-Index „Gute Arbeit“ und die Ergebnisse der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)<sup>14</sup>.

#### 4.3 Reform der Ausbildung – Akademisierung als Königsweg?

Die Weiterentwicklung der pflegerischen Berufsqualifizierung stellt eine der entscheidenden Herausforderungen der nahen Zukunft dar. Die berufliche Bildung im Gesundheitswesen ist in Bewegung: Akademisierung, curriculare Entwicklungen und auch neue Strukturen der Lehrerbildung prägen die Entwicklung (Bonse-Rohmann/Burchert 2011). Dabei geht es um inhaltliche und strukturelle Veränderungen in der traditionellen beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie um den Auf- und Ausbau grundständiger, konsekutiver und weiterbildender Studiengänge. Die Ausbildungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege sind als duale Ausbildungen angelegt<sup>15</sup> und führen bisher zu unterschiedlichen, altersgruppenspezifischen Berufsabschlüssen. Dies ist – ebenso wie die sehr späte Öffnung des tertiären Bildungssektors für die Basisqualifikation – international unüblich. International verbreitet ist eine allgemeine Pflegeausbildung mit anschließender Weiterbildung bzw. Spezialisierung für bestimmte Zielgruppen der Gesundheitsversorgung wie Kinder oder alte Menschen. Die bisherige Regelung hat verschiedene Nachteile. Sie schränkt beispielsweise die berufliche Mobilität ein, insbesondere für die Altenpflegerinnen und Altenpfleger, denen der Krankenhausbereich weitestgehend verschlossen bleibt. Auch trägt der Status quo zur Zementierung der fachlichen Fremdbestimmung der Pflege bei, die auf Seiten der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege medizinisch, in der Altenpflege eher sozialwissenschaftlich geprägt ist. Die Stärkung eines gesamtpflegerischen Berufsverständnisses wird so erschwert. Zukünftig wird es eine gemeinsame Ausbildung geben, wobei die genaue Ausgestaltung noch nicht ganz deutlich ist.

14 <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/>; <http://www.inqa.de/>

15 Ausbildungsrechtlich und auch institutionell ist die pflegeberufliche Ausbildung von einem Sonderstatus geprägt, d.h. nicht nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt. Auf diesen Zusammenhang wird hier nicht weiter eingegangen, obwohl die Überführung in das reguläre System als Entwicklungsnotwendigkeit diskutiert wird.



Während Pflege früher vor allem verrichtungsorientiert interpretiert wurde und sich im Wesentlichen auf unreflektiertes Erfahrungswissen stützte, wird die pflegerische Praxis heute zunehmend pflegewissenschaftlich fundiert. Unabhängig vom Setting ist der Kern professioneller Pflege die Beziehung zum gepflegten Menschen, ist *„anteilmehrende und fürsorgende Beziehungsgestaltung in existentiell lebensbedrohlichen Krisensituationen“* (Friesacher 2008: 163). Pflege ist *„helfende und unterstützende Tätigkeit in existentiell äußerst fragilen und bedrohlichen Lebenslagen“* (Friesacher 2008: 198), die *„sich ganz wesentlich in kommunikativer, dialogisch-empathischer Form und situationspezifisch“* (ebenda) realisiert. Dabei wird Professionalität in der pflegewissenschaftlichen Diskussion ganz wesentlich als Professionalität im Handeln verstanden (siehe bereits Weidner 1995). Dialogisches, dem Prinzip des kommunikativen Handelns verpflichtetes Arbeiten ist für pflegerische Professionalität unabdingbar: *„Die Professionalität des pflegerischen Handelns begründet sich auf der Binnenebene der Pflegepraxis in der Befähigung der handelnden Akteure, dem Einzelfall in der Verknüpfung eines allgemeingültigen Regelwissens mit den je spezifischen, situativ-individuellen Deutungszuschreibungen eines Erkrankten gerecht zu werden“* (Hülken-Gieler 2008: 405).

Dieses Selbstverständnis und die daraus abzuleitende Notwendigkeit der Entwicklung von professioneller Handlungs- und Reflexionskompetenz erfordern grundlegende Veränderungen nicht nur der theoretischen Inhalte der Ausbildung, sondern insbesondere auch der praktischen Ausbildung. Hier und in der Theorie-Praxis-Verknüpfung besteht ein wesentlicher Entwicklungsbedarf. Bisher sind die Bedingungen der betrieblichen Ausbildungsanteile vielfach unzureichend. Häufig stellt sich die praktische Ausbildung weitestgehend als unreflektiertes Mitvollziehen der betrieblichen Abläufe dar, als „Mitschwimmen“ mit dem Ziel, nicht anzuecken. Es bedarf hier einer grundlegenden Einstellungsänderung seitens der Pflegepraxis und der Einrichtungen. Bisher dominiert eine Vereinnahmung der Lernenden als Arbeitskräfte, was angesichts der zunehmenden Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren

vielerorts nicht abgenommen haben dürfte. Die Verbesserung der pädagogischen Qualifikation der Mentoren und Praxisanleiter und deren erweiterte Freistellung wäre ein wichtiger Schritt (Fichtmüller/Walter 2007).

Die duale Berufsausbildung dürfte quantitativ auch längerfristig die dominierende Form der beruflichen Grundqualifizierung professioneller Pfleger in Deutschland bleiben. Die seit den 1990er Jahren in Deutschland nachgeholte „Akademisierung der Pflege“ stellt sich lediglich als Teilakademisierung einer dünnen Schicht von Leitenden, Lehrenden und Forschenden dar, während die Pflegepraxis hiervon personell kaum berührt wird. Wegweisend ist in diesem Zusammenhang etwa der an der Bochumer „Hochschule für Gesundheit“ staatlich angebotene Bachelor-Studiengang Pflege, der eine grundständige Berufsqualifikation inklusive Berufsanerkennung bietet. Der starke Ausbau dieser Angebotsform und die bedarfsgerechte Integration der Absolventinnen und Absolventen in die berufliche Praxis auch hinsichtlich ihrer qualifikationsadäquaten Entlohnung stellt eine wichtige Zukunftsaufgabe der nächsten Jahre dar (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2010). Entscheidend wird hier sein, diese akademisch qualifizierten Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktiker auch tatsächlich in der Praxis einzusetzen und sie nicht in Stabsstellen und Sonderfunktionen abwandern zu lassen. Akademisierung stellt also nicht *per se* den „Königsweg“ dar, wohl aber einen von zwei Qualifikationswegen, der zu forcieren ist.

Angesichts der Vielfalt und Spezialisierungsmöglichkeiten auch innerhalb der Pflege ist zukünftig umso mehr darauf zu achten, wie sich das Zusammenspiel insbesondere unterschiedlicher Qualifikationsstufen in der Praxis gestaltet und welche Effekte auch aus Patientenperspektive hieraus erwachsen. Die Debatte um „Akademisierung“ reicht zudem längst über die Pflege hinaus. Auch in den Bereichen der Logopädie, Ergo- und Physiotherapie gibt es die Diskussionen zur grundständigen Akademisierung und des Direktzugangs der Patienten. In diesem Zusammenhang liegen auch internationale Studien bzw. Erfahrungen vor – so etwa aus Norwegen, Finnland,

Schweden, den Niederlanden oder auch England. Die Ergebnisse internationaler Erfahrungen weisen auf kürzere Wartezeiten, eine kürzere Therapiedauer und auf eine Reduzierung der Arbeitsausfallzeiten hin (Steinecke 2010).

Derzeit werden in Deutschland eine Reihe von Modellversuchen durchgeführt, in denen unterschiedliche, auch gestufte Ausbildungskonzepte für Gesundheitsberufe erprobt werden. Reformkonzepte der Länder für die Pflegeausbildung (z. B. Rheinland Pfalz), zielen vor allem auf die Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit der einzelnen Qualifikationsstufen. Im Positionspapier (2009) des „Transfernetzwerkes innovative Pflegeausbildung“ (TiP) werden folgende Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland herausgearbeitet<sup>16</sup>:

- Überführung der in den Modellklauseln erfolgreich erprobten Pflegebildungsprojekte, der inhaltlichen Schwerpunkte und Ausbildungsformen in den Regelbetrieb;
- Aufhebung der vorhandenen Segmentierung der Pflege nach Zielgruppe und Settings und Schaffung eines allgemeinen Pflegeberufs (General Nurse);
- die praktische Ausbildung sollte inhaltlich und methodisch strukturiert sowie systematisch ablaufen;
- notwendig ist die Weiterentwicklung pflegerischer Handlungsfelder in den Bereichen Schulung, Beratung, Versorgungssteuerung, Case Management, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Palliativversorgung und Rehabilitation;
- erforderlich ist zudem eine Ausdifferenzierung nach Kompetenzniveaus, die dem europäischen bzw. nationalen Qualifikationsrahmen entsprechen sollten;
- aufgrund der möglichen parallelen Bildungswege ist nicht nur auf die Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit, sondern auch auf die Vergleichbarkeit zwischen dem Hochschulsystem und dem Berufsfachschulsystem zu achten;
- notwendig ist vor diesem Hintergrund auch eine Weiterentwicklung des Bildungsverständ-

nisses hin zu einer lernortübergreifenden Konzeption beruflicher und professioneller Identität.

Weiterhin gilt es, den Aufbau eines zweiten Astes akademischer Qualifizierung für die Praxis zu betreiben, der im Ausland zu guten Erfolgen geführt hat: Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten für spezielle Aufgaben oder Zielgruppen. Klinisch tätige, spezialisierte Pflegeakademikerinnen und Pflegeakademiker finden sich bisher in der deutschen Pflegepraxis bis auf wenige Ausnahmen (Mendel und Feuchtinger 2009) nicht. Erfahrungen im Ausland, insbesondere in den USA, Großbritannien und den Niederlanden (Sachs 2007) belegen vielseitige Einsatzmöglichkeiten dieser Pflegenden. Dabei unterscheiden sich die Bezeichnungen Advanced Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Practitioner sind nur einige davon und die Aufgabenprofile stark voneinander, so dass von einer einheitlichen Rolle nicht gesprochen werden kann (vgl. Rashotte 2005; van Offenbeek und Knip 2004). Der Internationale Pflegerat (International Council of Nurses, ICN) definiert die erweiterte Pflegepraxis so: *„A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Masters degree is recommended for entry level“* (ICN 2005). Entscheidend ist hier der Hinweis auf die jeweilige nationale Ausgestaltung der Rolle. 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/De Geest 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

<sup>16</sup> [Http://www.tip-netzwerk.de/](http://www.tip-netzwerk.de/);10.12.2010.

2007; Mendel/Feuchtinger 2009; Sachs 2007; Spirig/De Geest 2004; Stemmer et al. 2008). Erste Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass hier neben der Rolle als klinischer Experte die des „Change Agent“ von besonderer Bedeutung sein dürfte (Mendel/Feuchtinger 2009).

Entscheidend dürfte sein, solche Entwicklungen nicht aus berufspolitischen Gründen voranzutreiben, sondern um dem in der Versorgungspraxis bestehenden Bedarf zu entsprechen, der von den regulär ausgebildeten Fachkräften nicht gedeckt werden kann. Diesen Bedarf genauer zu bestimmen und so schnell wie möglich geeignete Qualifizierungsangebote in der Fläche zu etablieren, ist eine entscheidende Forschungs- und Gestaltungsaufgabe der kommenden Jahre. Dabei sind auch Risiken zu beachten. Für die Pflege gilt, dass diese Erweiterung des beruflichen Spektrums nicht zu einer Entkernung der regulären Arbeit beitragen darf. Die Aufgabe liegt nicht in einer Übernahme „qualifizierter“ Anteile der Arbeit von den Pflegefachkräften, die weiterhin die Verantwortung für die Gestaltung der Pflegeprozesse haben müssen. Erweiterte Pflegepraxis besteht in der Spezialisierung und in der Übernahme von Aufgaben, die bisher im Gesundheitswesen nicht ausreichend berücksichtigt werden, und die aus pflegerischer Perspektive angegangen werden. Zweitens ist der Gefahr der Entfremdung dieser „neuen“ Pflegenden von eben dieser pflegerischen Perspektive zu begegnen (Darmann-Finck/Friesacher 2009; Hülsken-Giesler 2009). Auch ist zu klären, wie sich die Tendenzen zur Akademisierung zentraler Gesundheitsfachberufe im Zusammenspiel mit klassisch ausgebildeter Facharbeit und im Zusammenspiel mit Helferqualifikationen oder angelernten Tätigkeiten in der Berufspraxis und im Arbeitsalltag konkret darstellt. Hierzu liegen bislang noch keine entsprechenden Untersuchungen vor.

#### 4.4 Neue Arbeitsteilung – weiterdenken!

Seit einigen Jahren hat sich auch in Deutschland die Diskussion um die Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem spürbar verstärkt. Insbesondere die Ausführungen des Sachverständigenrats

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007 haben die Bedeutung der Thematik herausgestellt (SVR 2007). Unstrittig ist, dass sich Gesundheitsarbeit in den Bereichen Pflege und Medizin derzeit in einem grundlegenden Wandel befindet. Aus Perspektive der Krankenhäuser ist hierbei immer auch die Frage leitend, wie die Arbeit wirtschaftlich, effektiv und qualitätsorientiert zu organisieren ist und wie Prozesse optimal gesteuert werden können. Die derzeitige Diskussion um die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitsversorgung wird wesentlich von zwei Paradigmen bestimmt: einerseits die Standardisierung von Gesundheitsarbeit, andererseits ihre patientenorientierte Individualisierung und Empathisierung. In der aktuellen Debatte um die neue Arbeitsteilung erfährt der Widerstreit dieser Paradigmen seine zwar konsequente, gleichwohl aber dysfunktionale Fortsetzung. Im Mittelpunkt stehen nicht primär eine nutzer- und qualitätsorientierte Neudefinition und Reorganisation professionsbezogener Kompetenzen, Tätigkeiten und Arbeitsprozesse. Vielmehr geraten die Bemühungen um eine neue Arbeitsteilung im Spannungsfeld tradierter und neuer gesundheitsbezogener Berufskonstruktionen, Kompetenz- und Qualifikationsprofile selbst zur Arena.

Im Mittelpunkt der aktuellen Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen steht nicht zuletzt der Anspruch, die Hebung ökonomischer Leistungsreserven mit einer Steigerung der Versorgungsqualität zu verbinden. Vor diesem Hintergrund werden auch die gewachsenen Strukturen der sektoralen, disziplinären und professionellen Arbeitsteilung grundsätzlich in Frage gestellt. Mit Besorgnis wird in diesem Kontext auf die Gefahr einer „Taylorisierung“, „Ökonomisierung“ oder „Deprofessionalisierung“ der Gesundheitsarbeit in der Medizin und Pflege sowie deren Folgen für (berufs-)ethische Wertbezüge, für die Patientenorientierung und für die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge hingewiesen (Kühn/Klinke 2006; Stemmer 2002).

Segmentierung statt Integration bestimmt damit nach wie vor das Bild einer neuen, alten Arbeitsteilung. Das traditionelle Verständnis gesundheitsbezogener Arbeit ist vielfach noch auf

die Erfüllung von Teilaufgaben konzentriert, während der Blick auf die Gesamtverantwortung für die Arbeitsprozesse am Patienten fehlt. Desintegration und eine mangelnde Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sind die Folge. Dies findet seinen Ausdruck nicht zuletzt in der Übertragung industriell-technischer Prinzipien der Arbeitsteilung (Zergliederung des Arbeitsprozesses in Einzeltätigkeiten) auf die Interaktionsarbeit im Gesundheitswesen. Dabei wird nicht selten auch der komplementäre Beitrag von Pflege und Medizin sowie auch anderer Gesundheits(fach)berufe zur Patientenversorgung (Stratmeyer 2002) aus den Augen verloren. In anderen Wirtschaftsbereichen wurden in der Vergangenheit durch neue Formen der Arbeitsorganisation auch ganzheitliche Arbeitsinhalte und damit auch eine neue berufsübergreifende Kooperationskultur befördert<sup>17</sup>. Die Debatte zur Modernisierung des Gesundheitswesens setzt hingegen bei der Neuaushandlung berufsspezifischer Tätigkeiten an, in der Hoffnung, hierdurch neue Wege der Arbeitsorganisation und Arbeitskultur forcieren zu können. Nicht allein das professionelle Selbstverständnis, sondern die Bereitschaft zum kooperativen Prozessmanagement kann aus dieser Perspektive die Grundlage einer neuen Arbeitsteilung bilden. Auf diesem Weg gibt es Hindernisse, wie Nassehi (2008) treffend formuliert: „Die Sichtbarkeit der Macht, mit der der Arzt praktisch ausgestattet ist, ist weniger die Sichtbarkeit des professionellen Habitus, sondern die Organisation des Krankenhauses“ (Nassehi 2008: 389).

Dabei werden die professionellen Potenziale der nicht-ärztlichen Gruppen zur Patientenversorgung zum Nachteil des Patienten fast systematisch ignoriert. So werden beispielsweise die spezifischen Kompetenzen der therapeutischen Berufe nur unzureichend genutzt, indem sie lediglich auf ärztliche Verordnung zur Ausführung

hinzugezogen werden, aber kaum zur Diagnosestellung bzw. individuellen Bedarfserhebung, und dies trotz hoher fachlicher Kompetenz. Hier wird ignoriert, was professionelle Methodik ausmacht, nämlich die Einheit aus Bedarfsermittlung, Planung, Intervention und Evaluation des Prozesses. Pflegerische oder therapeutische Professionen sollen also lediglich Vorgegebenes ausführen, weil die Verordnungsmacht beim Arzt liegt. Ähnliches findet sich bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege, wo ebenfalls das vorhandene professionelle Potenzial nicht genutzt wird. Hier ist eine Entwicklung überfällig hin zu einer tatsächlichen multiprofessionellen Kooperationskultur, die ihren Ausdruck in patientenbezogenen und den Patienten beteiligenden Teamentscheidungen finden müsste.

Für die Notwendigkeit einer Neuordnung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen findet sich eine Vielzahl von Argumenten. Häufig werden die bekannten Veränderungen der demographischen Struktur und des Morbiditätsspektrums mit zunehmender Multimorbidität und Chronifizierung angeführt, die insbesondere auch durch Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie gefördert werden. Konsequenzen sind eine steigende und aufgrund veränderter Bedürfnisse und Erwartungen der Nutzer sich auch qualitativ wandelnde Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, eine wachsende Komplexität der Bedarfe und eine resultierende relative Verknappung finanzieller und personeller Ressourcen. Insbesondere die bereits teilweise spürbaren und künftig zu erwartenden Versorgungsengpässe sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich gelten als besorgniserregend. Als Reaktion auf diese Entwicklungen werden seit Jahren zunehmend Veränderungen im Gesundheitssystem eingeführt. Insbesondere ökonomische Mechanismen wie die Einführung der Fallpauschalen, die zunehmende Thematisierung von Gesundheits-

17 Im Kontext der industriesoziologischen Debatten um „anthropozentrische Produktionssysteme“ trat an Stelle technozentrierter Rationalisierung eine Modernisierungsstrategie, die im Wesentlichen auf den Einsatz und die Förderung der Mitarbeiter-Qualifikationen setzte. Über die besondere Ressource ‚Qualifikation‘, die gerade im Bild des deutschen Facharbeiters symbolisiert war und ist, sollten Produktivitätssteigerungen erreicht werden. Im gleichen Zug wurde nicht nur eine bislang nur unzureichend genutzte betriebliche Ressource genutzt. Es wurden auch Arbeitsbedingungen durch die Vergrößerung von Autonomie und Handlungsspielräumen verbessert, was wiederum fördernd auf die Produktivitätssteigerung wirkte.

förderung, Prävention und Rehabilitation sowie die Qualifizierung und Professionalisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe können genannt werden. Dieser immer anspruchsvolleren Bedarfslage und den Veränderungen des Systems als Reaktion darauf sind die tradierten Berufszuschnitte, Verantwortlichkeiten und Kooperationsformen im Gesundheitswesen bereits heute kaum noch gewachsen und werden zunehmend dysfunktionaler. Dies wird umso deutlicher, wenn die Nutzerperspektive fokussiert wird.

Die bisherige Diskussion ist weitgehend bestimmt von pragmatischen Ansätzen. Im Vordergrund steht die interprofessionelle Aufgabenverteilung, insbesondere zwischen Medizin und Pflege. Viele Beiträge sind interessengeleitet und sparen eine Reflexion der Konsequenzen solcher Umverteilungen für die Pflege, aber auch für die Nutzer des Gesundheitswesens weitgehend aus. Es bedarf daher einer kritischen Analyse der bisherigen Diskussion unter Einschluss dieser Aspekte.

Vor dem Hintergrund verkürzter Liegezeiten in den Krankenhäusern, des Bedeutungsgewinns multimorbider Krankheitsbilder im demographischen Wandel und der steigenden Herausforderungen an die Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten, bedeutet die Forderung nach einer neuen Arbeitsteilung auch, danach zu fragen, wie die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu einer Verbesserung der Versorgungskontinuität beitragen können. Neue Arbeitsteilung hieße demnach zu überprüfen, wie auf Basis der Überwindung bestehender Professionsgrenzen und -hierarchien eine regional integrierte und multiprofessionelle Versorgung realisiert werden kann. Dabei geht es weniger um das Aushandeln einzelner Tätigkeiten, sondern es ist vielmehr den bisherigen „monoprofessionellen Integrationsversuchen“ (Schaeffer/Ewers 2006: 206) durch neue Kooperationsroutinen und -kulturen zu begegnen. Die aktuellen Umbrüche im Gesundheitswesen erfordern eine integrierte Perspektive, welche im Zusammenspiel der Gesundheitsberufe zukünftig eine engere Kooperation notwendig macht. Um hier jedoch zeitnah zu Veränderungen kommen zu können, müssen Kooperation und Prozessorientierung be-

reits in der Ausbildung erlernt werden. Dies erfordert nicht zuletzt die Reflexion und vielfach auch die Überwindung tradierter Professions- und Standespositionen.

Bedeutsam ist zudem, die Konsequenzen für die intraprofessionelle Arbeitsteilung innerhalb der Pflege bzw. die Arbeitsteilung zwischen Pflege und pflegeunterstützenden Diensten (Serviceassistenz usw.) zu betrachten. Bevor Entscheidungen über die Differenzierung der Qualifikationen und den *Skill Mix* getroffen werden, ist zunächst die Frage zu stellen, welche Tätigkeiten und Aufgaben es überhaupt sein könnten, die verteilt werden sollen. Dies gilt sowohl für Aufgaben, die von professionell Pflegenden auf niedriger qualifizierte Pflegenden übergehen könnten, als auch für solche, die an andere Personengruppen abgegeben werden können, um der Pflege mehr Raum für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu schaffen. Grundlegend differenziert werden sollte zwischen Tätigkeiten, die als patientenfern und eindeutig nicht pflegerisch identifiziert werden können, und solchen, die im Rahmen der direkten Interaktion erbracht werden und als pflegerisch gelten müssen. Beispiele für die erste Kategorie sind etwa Teile der Dokumentation/Administration, Hol- und Bringdienste (im Gegensatz zu Patientenbegleitung), Beschaffung und Logistik/Materialwirtschaft sowie Reinigungsdienste (Blum 2003). Dort wo solche Aufgaben im Zuge institutioneller Routinen heute noch von Pflegenden übernommen werden, können und sollen sie prinzipiell substituiert werden. Eine systematische Erfassung dieser Arbeitsanteile müsste den Bedarf an Arbeitskräften für die Übernahme quantitativ und qualifikatorisch identifizieren. Das Entlastungspotenzial für die Pflegefachkräfte sollte hier allerdings nicht überschätzt werden (Blum 2003), auch wenn durch Prozessoptimierung auf institutioneller Ebene Verbesserungen möglich erscheinen.

Hiervon eindeutig abzugrenzen sind personenbezogene pflegerische Aufgaben, die potenziell für eine intraprofessionelle Arbeitsteilung infrage kommen. Häufig in der Diskussion stehen Anteile der Pflege, die als „einfache Tätigkeiten“ betrachtet werden und die auf geringer qualifizierte übertragen werden sollen. Dies mag aus be-



triebswirtschaftlicher Sicht nachvollziehbar sein, ignoriert aber die pflegerische Selbstdefinition und die theoretische Verortung der Pflege. Die Zergliederung in „einfache“ und „anspruchsvolle“ Einzeltätigkeiten verweist auf die pflegewissenschaftlich längst ad acta gelegte Unterscheidung zwischen so genannter „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“. Diese immer noch verbreitete Differenzierung ist bei der Diskussion der Übernahme von Aufgaben aus anderen Berufsgruppen und die intraprofessionelle Aufgabenteilung höchst kritisch zu sehen (Müller 2001), da sie die professionelle Entwicklung der Pflege in Deutschland konterkariert und de-professionalisierende Effekte impliziert. Eine Zerteilung der Pflege in „höherwertige“ medizinnaher Spezialistenaufgaben einerseits und „einfache“ körpernahe und psychosoziale Unterstützungsleistungen auf der anderen Seite, ist pflegewissenschaftlich nicht haltbar. Die Pflege läuft hier Gefahr, im denkbaren Überschwang der Ausweitung des Verantwortungsbereichs durch Übernahme traditionell medizinischer Anteile oder neuer Aufgaben, die Charakteristika der eigenen Profession aus den Augen zu verlieren.

Erst vor diesem Hintergrund kann die Frage der intraprofessionellen Arbeitsteilung in der Pflege beantwortet werden. Dabei ist zu verhindern, dass die für die professionelle Pflege konstitutiven Fürsorge- und Empathieelemente, die Beziehungsarbeit und die hermeneutische Kompetenz mit einem Etikett wie „personenbezogene Basispflege“ (HWP 2007: 83) versehen und an Assistenzpersonal delegiert werden, denn sie sind unabdingbar für Professionalität in der Pflege und können nicht auf dem Altar betrieblicher Effizienz geopfert werden. Eine generelle Zuordnung direkt mit der Patientin/dem Patienten ausgeführter Tätigkeiten oder Aufgaben zu Pflegefachpersonen einerseits und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten bzw. Angehörigen neuer Assistenzberufe andererseits, verbietet sich in weiten Teilen. Aus pflegerischer Perspektive ist es – und hier besteht ein fundamentaler Unterschied zur betriebswirtschaftlichen Sichtweise – nicht das Ziel, Pflegefachkräfte von personennaher Arbeit

zu befreien, um Raum für steuernde, planende, kontrollierende oder aus dem medizinischen Arbeitsbereich übernommene Aufgaben zu schaffen. Qualifizierte Pflegenden sind für den gesamten Pflegeprozess verantwortlich. Es könnten lediglich prinzipiell delegationsfähige Tätigkeiten definiert werden, eine generelle Nichtzuständigkeit der Pflegefachkräfte für pflegerische Aufgaben kann es nicht geben. Geeignete Tätigkeiten im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses können jeweils nur personenbezogen und situativ von Pflegefachpersonen delegiert werden (siehe auch Stemmer et al. 2008: 34). Ob und inwieweit aus pflegerischer Sicht eine Arbeitsteilung zwischen professionell Pflegenden und pflegerischen Assistenzpersonen überhaupt sinnvoll ist und wie sie gestaltet werden könnte, muss sorgfältig geklärt werden. Hier handelt es sich um eine Forschungsfrage, die bisher nicht annähernd zufriedenstellend gelöst ist. Anders sieht es, wie gesehen, bei pflegeunterstützenden, patientenfernen Aufgaben aus.

Die Betrachtung des Themas macht Chancen, aber auch Gefahren deutlich und zeigt: Die Diskussion um die intraprofessionelle Aufgabenteilung innerhalb der Pflege sollte kritischer und grundlegender geführt werden. Die Pflege sollte sich intensiv einmischen und darf die Diskussion nicht anderen überlassen. Weder eine rein ökonomische noch eine ausschließlich berufsständisch motivierte Argumentation ist im Interesse der Nutzerorientierung und der Pflege selbst. Insbesondere sollten im Diskurs nicht unhinterfragt Prämissen übernommen werden, die dem Ökonomisierungsparadigma geschuldet sind. Das unkritische Adaptieren der These, dass es unweigerlich zu einem Skill Mix mit Ausweitung des Anteils an Pflegenden unterhalb des heutigen Qualifikationsniveaus der Fachkraft kommen werde, impliziert die arbeitsteilige Zerstückelung der Pflegearbeit in Einzeltätigkeiten. Dies bedeutet nichts anderes als die Wiedereinführung der Funktionspflege durch die Hintertür oder deutlicher: die Übertragung von Arbeitsprinzipien aus der industriellen Produktion auf die Beziehungsarbeit Pflege.

#### 4.5 Neue Berufe und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Mehr Integration durch Spezialisierung und Differenzierung?

Das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2009) stellt die optimale Begleitung, problembezogene Versorgung und Betreuung von Patientinnen und Patienten als die zentrale Herausforderung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Dies fokussiert maßgeblich auf die Umsetzung zielgerichteter Präventionsmaßnahmen, einer Ausrichtung der Versorgungsangebote auf die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten sowie die Implementierung von Leitlinien in der Versorgung. Die Entwicklung und Umsetzung neuer Formen der Versorgung gestaltet sich im Spannungsfeld von Standardisierung und Individualisierung der Leistungserstellung. Während einerseits Konzepte „digitaler Industrialisierung“ eine technologiegestützte Standardisierung zukünftiger Gesundheitsarbeit in den Blick nehmen, betonen Ansätze integrierter Versorgung(sformen) hingegen die patientenorientierte Individualisierung und Empathisierung der Leistungserstellung. Dieser Gedanke erfährt derzeit im Kontext einer „nutzerorientierten Gesundheitswirtschaft“ einen Bedeutungsgewinn (Mozygemba et al. 2009; Porter/Teisberg 2006).

Neue und veränderte Bedarfe und Bedürfnisse in der Bevölkerung sowie die Diversifizierung des Leistungsgeschehens finden auch Eingang in die Entwicklung der Qualifikationsprofile bestehender Berufsbilder und führen zur Entwicklung neuer Berufe und Weiterbildungsangebote. Insgesamt geht es darum, dass „Kenntnisse und Kompetenzen mit der wachsenden Komplexität der gesundheitlichen Problemlagen und dem wachsenden Wissenszuwachs Schritt halten können. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen gesundheits- und bildungspolitischen Zielsetzungen und Reformversuche wird die langfristige Bereitstellung hochwertiger Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote unverzichtbar“ (Pundt/Matzick

2008: 6). Das Spektrum reicht von den Themen der Prävention und Gesundheitsberatung, der Qualifizierung für kultursensible Gesundheitsdienste und des Health-Marketings, des Medizin-Controllings bis hin zum Einsatz spezialisierter Berufsbilder (z. B. Phlebotomistin, Phlebotomist, OP-Managerin und OP-Manager, Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten, Chirurgie-Assistentinnen und Assistenten, Dokumentationsassistentinnen und Dokumentationsassistenten). Eine genaue Definition der Arbeits- und Aufgabfelder spezialisierter (Weiterbildungs-)Berufe, das Wissen um erforderliche Kompetenzen und Qualifikationen sowie ihre Funktion im Zusammenspiel mit klassischen Berufsbildern ist wissenschaftlich bislang noch nicht geklärt bzw. fundiert. Zudem liegen derzeit nur begrenzt Aussagen zur tatsächlichen Verwertbarkeit, zu möglichen Verdrängungs- oder Synergieeffekten neu geschaffener Gesundheitsberufe und etablierter Berufe auf dem Arbeitsmarkt vor.

Partizipatives und integriertes Arbeiten im Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen und Kompetenzen werden im Gesundheitssektor künftig weiter an Bedeutung gewinnen. Es werden spezifische Qualifikationen benötigt werden, welche eine Integration struktureller, sozialer, technologischer und ökonomischer Aspekte bereits im Design entsprechender Services gewährleisten. Traditionelle Gesundheitsberufe werden zunehmend auch neue fachfremde Qualifikationen und Kompetenzen benötigen, und umgekehrt werden Berufe ohne expliziten Gesundheitsbezug auch Gesundheitsqualifikationen in ihr Kompetenzportfolio integrieren.

Hintergrund der Entwicklung in den vergangenen Jahren bildete vor allem eine Neuordnung der Zuständigkeiten und Aufgaben in den Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsversorgung. Die Diskussion um neue Berufe und Weiterbildungsangebote ist vor allem auch unter der Formel „Neue Arbeitsteilung“ zu thematisieren. Während diese einerseits einen wichtigen Schritt zur Professionalisierung nicht-ärztlicher Berufsgruppen darstellt, sehen kritische Stimmen in der Entwicklung nicht zuletzt auch eine betriebswirtschaftliche Optimierungsstrategie als



Folge einer Verknappung und Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft. Folgende Entwicklungen sind hierbei von besonderem Interesse (Dielmann 2009):

- In den Krankenhäusern erfolgte in den vergangenen Jahren eine Verschiebung in der Personalzusammensetzung. Während ärztliches Personal aufgebaut wurde, erfolgte parallel ein Abbau des Pflegepersonals (Simon 2008). In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Tätigkeiten und Aufgaben angesichts eines sich verändernden Personalgefüges in den Einrichtungen neu geordnet werden können. Die aktuelle Debatte bezieht sich vor allem auf ärztliche oder als ärztlich zu definierende Tätigkeiten und die Frage, wie diese an nicht-ärztliches Personal delegiert oder dauerhaft übertragen werden können. Beispiele für entsprechende Tätigkeiten sind: die venöse Blutentnahme, intravenöse Medikamentengabe bei liegendem Verweilkatheter, Wundmanagement oder Schmerzmanagement. Aus der Delegation entsprechender Tätigkeiten sind nicht nur Fortbildungsangebote, sondern zum Teil auch eigenständige Berufsbilder, wie z. B. die Phlebotomistin/der Phlebotomist hervorgegangen.
- Eine Verknappung der Personalressourcen in Verknüpfung mit betriebswirtschaftlichen Strategien zur Senkung der Arbeitskosten lässt sich auch für spezialisierte Funktionsbereiche – etwa im OP-Bereich oder in der intensivmedizinischen Betreuung – beobachten. Das Spektrum reicht hier von der Schaffung neuer Berufe (z. B. Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten/Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent/Assistentin), über die Schaffung neuer Weiterbildungsangebote bis hin zu konzerneigenen Qualifizierungsangeboten (etwa die MAfA – Weiterbildung von Anästhesiepflegekräften, Helios).
- Die skizzierten Ansätze haben zudem eine Debatte über die Entlastung v. a. pflegerischer und therapeutischer Gesundheitsberufe befördert. Besonders präsent ist hierbei die Frage, wie im Gegenzug zur Entlastung ärztlichen Personals im Weiteren auch das Pflegepersonal von „pfe-

gefremden Tätigkeiten“ entlastet werden kann. Im Kern geht es um die Abgabe von Tätigkeiten an Pflegeassistenzen oder entsprechend geschultes Servicepersonal. Die Aufgaben, die hier diskutiert werden, reichen von der Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens über hauswirtschaftliche Unterstützung und Freizeitaktivitäten bis hin zur Entlastung von organisatorischen (z. B. Hol- und Bringedienste) und administrativen Aufgaben (z. B. Stationsassistentinnen und Stationsassistenten).

Die kritische Auseinandersetzung mit den skizzierten Entwicklungen bezieht sich vor allem auf die Gestaltung rechtlicher Rahmenbedingungen und Haftungsfragen, auf Aspekte der Vergütung und berufsrechtlicher Korrekturen bei dauerhafter Übertragung sowie auf Intransparenzen hinsichtlich der jeweiligen Ausbildungsordnungen (Landesrechtliche Regelung, Regelung nach BBiG, Verbandregelungen) (vgl. Dielmann 2009). Darüber hinaus liegen bislang noch keine tragfähigen Untersuchungen darüber vor, wie sich das Zusammenspiel entsprechender Qualifikationen in der Praxis darstellt. So wäre kritisch zu hinterfragen, ob durch die Delegation und Substitution von Tätigkeiten, die letztlich auch in der Schaffung neuer Berufe, Fortbildung und Zusatzausbildungen ihren Ausdruck findet, nicht ein Kaskadeneffekt sowie eine De-Qualifizierung von Gesundheitsarbeit befördert werden. Darüber hinaus setzt die Teilung von Arbeit auch neue Anforderungen an die Re-Integration der Tätigkeiten. Die Gefahr, dass sich Schnittstellenprobleme nicht nur zwischen Sektoren und Einrichtungen entlang der Leistungsprozesse aufspannen, sondern durch eine weitere „Taylorisierung“ von Gesundheitsarbeit zukünftig verstärkt auch zwischen den beteiligten Berufsgruppen zum Ausdruck kommen, ist durchaus ernst zu nehmen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung einer leitlinienorientierten Gesundheitsversorgung gerät die Integration zunehmend spezialisierter Qualifikationen und Kompetenzen zu einer komplexen Herausforderung. Die Fokussierung der Effekte neuer Arbeitsteilung entweder auf professionsbezogene oder betriebswirtschaftliche Interessen greift ebenfalls zu kurz. Unbe-

rücksichtigt bleibt hierbei vielfach die entscheidende Frage, welche Konsequenzen sich mit Blick auf den Patienten ergeben.

Arbeitsteilung wird vielfach zudem verkürzt im Rahmen betrieblich-räumlicher Einheiten gedacht, eine konsequente Orientierung an Versorgungsketten unter Einbeziehung vor- und nachsorgender Strukturen findet kaum statt. Notwendig ist eine Abkehr von der Arztzentriertheit der Versorgung, die Fokussierung auf multidisziplinäre Teamstrukturen sowie die Stärkung funktionaler (entgegen hierarchischer) Tätigkeitsbezüge, um auf Basis neuer und erweiterter Kompetenzen und Qualifikationen den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen gerecht zu werden. Grundlage hierfür ist eine Neubeschreibung der Aufgabengebiete und der erforderlichen Kompetenzen. In diesem Zusammenhang spielt die Definition von Poolkompetenzen eine bedeutende Rolle.

Die Frage einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen wird zudem auf das Zusammenspiel von medizinischen und pflegerischen Qualifikationen fokussiert. Die Potenziale eines verbesserten Zusammenspiels traditioneller Gesundheitsfacharbeit beispielsweise mit dem Bereich sozialer Arbeit und den hieraus abzuleitenden Herausforderungen für die Qualifikationsentwicklung, findet hingegen bislang kaum Berücksichtigung. Im deutschen Gesundheitssystem steht derzeit die Wende zur Prävention an mit dem Ziel, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse der Menschen gesünder zu gestalten und sie darin zu motivieren und zu befähigen, selbst mehr für ihre Gesunderhaltung und Heilung zu tun. Dies erfordert nicht nur die Ausbildung spezialisierter Expertise und Kompetenzen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Vielmehr wird es künftig auch darum gehen, Wissen für die sozialen Dimensionen komplexer gesundheitlicher Problemlagen bereitzustellen. Insbesondere unter dem Stichwort „Case Management“, als individuelles Unterstützungsmanagement gedacht, wird die Schnittstelle „Sozialer Arbeit“ und traditioneller Gesundheitsfacharbeit hier voraussichtlich einen Bedeutungsgewinn erfahren.

#### 4.6 Ansprache neuer Zielgruppen für den Arbeitsmarkt Gesundheit – Das Beispiel „Berufsrückkehrerinnen“

Die Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft mit Blick auf den prognostizierten Fachkräftemangel sind insbesondere davon abhängig, ob und wie es der Branche in Zukunft gelingt, auch bislang vom Arbeitsmarkt wenig umworbene Gruppen anzusprechen und zu (re-)integrieren. Wiedereinsteigerinnen stellen branchenübergreifend eine interessante, wenngleich mit Blick auf das jeweilige Qualifikationsniveau, die spezifische Familiensituation oder ihre Erwartungen an die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, eine ebenso heterogene wie anspruchsvolle Zielgruppe des Arbeitsmarktes dar.

Während der demographische Wandel seitens der Unternehmen primär als Risiko für die Fachkräftegewinnung thematisiert wird, kann dieser aus Perspektive der Frauen durchaus auch neue Chancen der Partizipation am Erwerbsleben eröffnen. Angesichts des schrumpfenden Arbeitskräftepotenzials bei steigender Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften, können Unternehmen und Betriebe auf Dauer nicht auf qualifizierte Frauen verzichten (Allmendinger/Kessler/Ebner 2006). Mit einem erfolgreichen beruflichen Wiedereinstieg sind auch eine Reihe von sozialen Chancen verbunden – diese reichen von der Realisierung der Integration beruflicher und familiärer Lebensziele über die Existenzsicherung in akut schwierigen Lebensphasen wie Trennung, Scheidung, Erwerbslosigkeit oder dem Verlust des Partners, bis hin zur Sicherung der Lebensgrundlage im Ruhestand.

Vorliegende Studien zu den Beschäftigungschancen für Wiedereinsteigerinnen sind primär auf technologische oder ingenieurwissenschaftlich orientierte Berufsbilder ausgerichtet. Mit Blick auf das Gestaltungsfeld „Gesundheitswirtschaft“ ergibt sich eine Reihe von branchenspezifischen Rahmenbedingungen, welche sowohl Chancen als auch spezifische Herausforderungen für einen beruflichen Wiedereinstieg bieten (s. Abbildung 7). Die Arbeitsbedingungen in dem

Abbildung 7:

### Die Gesundheitswirtschaft als aussichtsreiches Beschäftigungsfeld für Wiedereinsteigerinnen/Berufsrückkehrerinnen

Pro	Kontra
<b>Gesundheitswirtschaft als Wachstumssektor</b>	hohe Arbeitsbelastung, Verdienst- und Karrieremöglichkeiten, negatives Image der Gesundheitsberufe
<b>Bedeutung personalintensiver, personenbezogener Dienstleistungsarbeit</b>	wirtschaftlicher Druck der Einrichtungen und Personalabbau im Krankenhaussektor
<b>Gesundheitsarbeit als klassisches Feld weiblicher Erwerbsarbeit</b>	Hoher Anteil qualifizierter Facharbeit erschwert Einstieg an- und ungelernter Rückkehrerinnen.
<b>steigender gesellschaftlicher Gesundheits- und Pflegebedarf</b>	Systematisches Personalmanagement ist die Ausnahme.
<b>Begrenzte Rationalisierbarkeit von Dienstleistungsarbeit</b>	Organisatorische Defizite verhindern flexiblen Wiedereinstieg.
<b>hohe Berufsidentifikation der Beschäftigten</b>	schnelle Wissensentwertung während der Abwesenheitsphase
<b>Feminisierung der Medizin und technisch-orientierten Gesundheitsberufen</b>	Unsicherheit der Unternehmen und Einrichtungen, da gesundheitspolitische Entscheidungen nicht planbar sind
<b>wissensintensive Gesundheitsarbeit ist auf qualifizierte Fachkräfte angewiesen</b>	Intransparenz der Aus-, Fort- und Weiterbildungslandschaft
<b>Fachkräftemangel erfordert Mobilisierung neuer Gruppen auf dem Arbeitsmarkt</b>	

Quelle: Dörpinghaus/Evans 2010.

jeweils ausgeübten Beruf vor der Ausstiegsphase beeinflussen nach vorliegenden Studien nicht nur die Dauer der Erwerbsunterbrechung, sondern können auch zum endgültigen Berufsausstieg beitragen. Als besonders unattraktiv gelten grundsätzlich Berufe, die mit langen Arbeitszeiten, geringer Wertschätzung und einem körperlich anstrengenden Arbeitsalltag verbunden sind. Umgekehrt gelten für den Wiedereinstieg jene Berufe als besonders attraktiv, die im Rahmen flexibler und selbstbestimmter Arbeitszeiten bei geringen körperlichen Belastungen ausgeübt werden können (Allmendinger/Henning/Stuth 2009). Es liegen mittlerweile eine Reihe von Analysen vor, die sich mit der Quantifizierung der beruflichen Verweildauer insbesondere in den Pflegeberufen auseinandersetzen (Dietrich 1995; Flieder 2002; IWAK 2009). Behrens et al. 2008 argumentieren mit einer durchschnittlichen Verweildauer

von 8,4 Jahren für die Gesundheits- und Krankenpflege, wobei examinierte Altenpflegekräfte längere Verweilzeiten im Pflegeberuf aufweisen (12,7 Jahre). Aus Studien zum Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf ist bekannt, dass die hohe Veränderungsdynamik dieses Berufes und die damit verbundene schnelle Wissensentwertung während der Abwesenheit neue Herausforderungen nach der Rückkehr mit sich bringen, die in einem „Praxischock“ für die Berufsrückkehrerinnen resultieren können (Institut für betriebliche Gesundheitsförderung 2005). Um einen belastungsarmen und erfolgreichen Wiedereinstieg zu fördern, spielt ein professionelles Personal- und Wiedereinstiegsmanagement eine bedeutende Rolle, jedoch ist dies in den Einrichtungen des Gesundheitssektors bisweilen eher die Ausnahme (von Eiff/Stachel 2006).

Das Institut Arbeit und Technik (IAT) untersuchte im Rahmen des Projektes „WIEGE – Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft“ im Rahmen der „Landesinitiative Netzwerk W“ (im Auftrag der Städte Bochum und Herne) Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft. Untersuchungsregion war die Region mittleres Ruhrgebiet. Die explorativ angelegte Studie diente dazu, erste Eindrücke von den Chancen, Risiken und Rahmenbedingungen für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft zu liefern. Zentrale Untersuchungsergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (Dörpinghaus/Evans 2010):

- Die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft hängen von den Vorerfahrungen, der Ausstiegsdauer, dem konkreten Tätigkeitsfeld sowie dem Qualifikationsniveau ab. Es lässt sich eine große Spannweite hinsichtlich Alltagspraktiken im betrieblichen Umgang mit Wiedereinsteigerinnen aufzeigen. Der Wiedereinstieg präsentiert sich vielfach nicht als tatsächliche Rückkehr, sondern vielfach als Rückkehr nach *ingeschränkter* Erwerbstätigkeit. Um den Kontakt zum Arbeitgeber zu halten, spielen Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung eine bedeutende Rolle.
- Die Wiedereinsteigerinnen hatten in der Regel bereits eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolviert (v.a. im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege), der Einstieg an- und ungelernter Beschäftigter erwies sich als äußerst selten. Die Chancen für einen beruflichen Wiedereinstieg in der Gesundheitswirtschaft (hier: Krankenhaussektor und stationäre Altenhilfe) ohne abgeschlossene Berufsausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme sind derzeit eher gering.
- Wiedereinsteigerinnen werden als Zielgruppe bislang nicht systematisch von den Einrichtungen umworben. Dies kann auf mehrere Gründe zurückgeführt werden: Zum einen wurde – entgegen der derzeitigen Diskussion – der Fachkräftemangel von den befragten Einrichtungen zwar als Zukunftsthema, jedoch ohne akute Relevanz beschrieben. Hier beeinflusst jedoch vermutlich der „Verdichtungs-

raum Ruhrgebiet“ die Einschätzung zur Verfügbarkeit von Fachkräften. Ein weiterer Grund kann in der relativ hohen Bindung der Beschäftigten an „ihren“ Arbeitgeber gesehen werden. Die vielfach belastenden Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen führen nach Aussagen der Befragten insbesondere im Krankenhaussektor derzeit offensichtlich noch nicht dazu, dass die Arbeitgeber sich besonders um die Rückkehr von Frauen nach der Familienphase bemühen müssen. Dies zeigte sich auch in der vielfältigen Praxis im Umgang mit Wiedereinsteigerinnen in der Rückkehrphase. Das Spektrum reichte vom „*training on the job*“ bis hin zu systematischen Rückkehrprogrammen und -konzepten.

Ein qualifikationsgerechter Arbeitseinsatz sowie die systematische Verankerung des Wiedereinstiegsmanagements in die betriebliche Personal- und Organisationsentwicklung markieren die zentralen Eckpunkte für einen nachhaltig erfolgreichen Wiedereinstieg. Wichtige Suchfelder für aussichtsreiche Einstiegsqualifikationen sind im patientennahen Bereich zu suchen. Im Fokus stehen patienten- und bewohnernahe, aktivierende Betreuungs- und Begleitdienste. Darüber hinaus gewinnen auch Assistenzqualifikationen sowie Servicedienste im Bereich Dokumentation, Koordination und Beratung für Wiedereinsteigerinnen an Bedeutung. Allerdings zeigte die Untersuchung, dass die viel diskutierten „Pflegeassistenten“ und „Servicekräfte“ vor allem in den Krankenhäusern zum Einsatz kommen, in denen entsprechende Stellen nicht zu Lasten des Pflegebudgets eingerichtet werden.

Vor allem die Qualifizierung zu den Berufsbildern „Betreuungsassistenz“ und der „Alltagsbegleitung“ gewinnen in der Altenhilfe an Bedeutung. Die gesetzlichen Grundlagen sind in der Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen festgeschrieben. Diese schafft die Voraussetzung dafür, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte ausschließlich zulasten der Pflegeversicherung einstellen und leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung mit den Pflegekassen vereinbaren

können. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen insbesondere durch Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen (z. B. malen und basteln, Spaziergänge und Ausflüge etc.) das Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen positiv beeinflussen und dürfen keine Aufgaben von ausgebildeten Altenpflegern übernehmen. Die Qualifizierung dauert rund drei Monate und ist daher zunächst durchaus dafür geeignet, Wiedereinsteigerinnen ohne Vorerfahrung in einem Gesundheitsberuf (jedoch mit abgeschlossener Berufsausbildung) eine Perspektive in der Altenhilfe zu eröffnen. So positiv diese niedrighschwelligsten Einstiegschancen auch zu bewerten sind, es ergeben sich auch eine Reihe von Schwierigkeiten:

- So ist die Stellenplanung in den Einrichtungen vielfach nicht auf den Einsatz entsprechender Qualifikationen vorbereitet. Hier ist das bereits erwähnte enge Zusammenspiel von Organisations- und Personalentwicklung von entscheidender Bedeutung. Aufgrund der sich wandelnden gesundheitspolitischen und -rechtlichen Rahmenbedingungen herrscht seitens der Einrichtungen vielfach Unsicherheit darüber, ob sich die Einstellung entsprechender Qualifikationen auch langfristig als wirtschaftlich tragfähig erweist.
- Es ist bislang unklar, wie nachhaltig entsprechende Qualifikationen bzw. Qualifizierungen tatsächlich sind. Eine Gefahr besteht darin, dass in entsprechende Qualifikationen investiert wird, ohne jedoch Informationen über den mittel- und langfristigen Verbleib der vorab Qualifizierten in den Einrichtungen bzw. auf dem Arbeitsmarkt zu haben. Hier gilt es sicherzustellen, dass entsprechende Qualifizierungen nicht zu berufsbiographischen Sackgassen werden und zu „Mehrfachenttäuschungen“ führen.
- Angesichts dessen ist auch die Frage zu stellen, welche Möglichkeiten der Weiter- und Fortbildung sich für die Beschäftigten ergeben. Konkret geht es hierbei letztlich darum, Aufstiegs- und Anschlussmöglichkeiten sicherzustellen. Eng damit verbunden sind die Verdienstmöglichkeiten seitens der Beschäftigten. Die Beschäftigung erfolgt in der Regel nicht in Voll-

zeit, sondern in Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung.

- Die Arbeit vor allem mit demenziell erkrankten Personen ist überaus anspruchsvoll. Aufgrund der nur geringen Qualifikationsdauer muss im Blick behalten werden, welche Erfahrungen mit niedrighschwelligsten Einstiegsqualifikationen mittel- und langfristig gemacht werden und welchen psychischen und physischen Belastungen die Beschäftigten ausgesetzt sind.

Tendenziell sind die Chancen für Wiedereinsteigerinnen mit Vorerfahrungen in einem Gesundheitsberuf gegenüber an- und ungelerten Wiedereinsteigerinnen als aussichtsreicher zu bewerten. Ob niedrighschwellige Einstiegsqualifikationen für Wiedereinsteigerinnen in der Praxis tatsächlich neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnen, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Ein entscheidender Punkt ist, ob die Stellenplanung in den Einrichtungen/Unternehmen auch auf den mittel- und langfristigen Einsatz entsprechender Qualifikationen vorbereitet ist. Niedrighschwellige Einstiegsqualifikationen für Wiedereinsteigerinnen drohen, wenn nicht adäquate Strukturen der Fort- und Weiterbildung vorgehalten werden können, in beruflichen Sackgassen und beruflicher Überforderung zu münden. Die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen hängen damit in hohem Maße von der Innovationsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen und einem erfolgreichen Matching auf den regionalen/lokalen Arbeitsmärkten ab. Auf betrieblicher Ebene sind die Professionalisierung der Personal- und Organisationsentwicklung wichtige Ansatzpunkte, um die Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen zu verbessern. Auf regionaler Ebene können ein systematisches Qualifizierungs- und Beschäftigungsmonitoring sowie die Unterstützung von überbetrieblichen Kooperations- und Qualifizierungsverbänden von Gesundheitseinrichtungen wichtige Impulse liefern. Zudem ist es unerlässlich, die mittel- und langfristige Verwertbarkeit niedrighschwelligster Einstiegsqualifikationen in der Gesundheitsbranche kritisch zu untersuchen, auch mit Blick auf mittel- und langfristige psychische und physische Belastungen für die Beschäftigten.



#### 4.7 Arbeit und Technikeinsatz für mehr Gesundheit

Die Verknüpfung von Arbeit und Technikeinsatz spielt in verschiedenen Kontexten der Gesundheitsversorgung eine Rolle: Das Spektrum der aktuell diskutierten Felder reicht von primär *arbeitsunterstützenden* Dokumentationssystemen bis zu *arbeitsersetzenden* Technikkonzepten, wie etwa die Debatte um den Einsatz von „Pflegerobotern“ zeigt (Paulus/Romanowski 2010). Die Aufbereitung interaktiver Gesundheitsinformationen berührt ebenso die Zukunft von Arbeit und Qualifizierung wie der Einsatz von Telematik und Telemedizin. Um die Erreichbarkeit und Wirksamkeit von z.B. Präventionsmaßnahmen in der Lebenswelt zukünftig zu erhöhen, müssen Gesundheitsleistungen einerseits stärker als bislang den individuellen Voraussetzungen, Risikofaktoren und Settings der Nutzerinnen und Nutzer/Patientinnen und Patienten angepasst werden. Dies erfordert ein partizipatives und multidisziplinäres Arbeiten im Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen und Kompetenzen. Durch IKT-Komponenten wird es zudem möglich, dass in immer größerem Umfang Kunden und Patientinnen und Patienten in ihren Wohn- und Lebenszusammenhängen so unterstützt werden können, dass daraus eine eigenständige Kraft zur Gesunderhaltung, Heilung oder Bewältigung von Krankheiten wird (Heinze/Hilbert/Paulus 2009). Auch Personen ohne akuten Versorgungsbedarf, wohl aber mit gesundheitlichen Einschränkungen (z.B. chronische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, Diabetes, Störungen des Bewegungsapparates oder psychischen Erkrankungen wie Depression), suchen zunehmend im Alltag eine professionelle Gesundheitsunterstützung und -begleitung. Ziel aus der Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ ist es, die Gesundheitsversorgung im privaten Umfeld durch das Angebot innovativer technologiegestützter Services zu verbessern. Technische, soziale, organisatorische und ökonomische Aspekte sind hier in der Qualifikationsentwicklung gleichermaßen zu berücksichtigen. Neben einer sozial-kommunikativen Begleitung erfordert dies technologisches Know-how, die Zusammenführung und Verdich-

tung interdisziplinärer Wissens- und Datenbestände sowie einen multidisziplinären Neuzuschnitt der Tätigkeiten an der Schnittstelle von (Präventions-)Medizin, Medizintechnik, Pflege und Gesundheitswissenschaften. Angebote des „Health@Home“ setzen ein partizipatives, teils sequentielles und multidisziplinäres Arbeiten im Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen und Kompetenzen voraus. Auch wenn die Notwendigkeit sowie der Bedarf von „Health@home“-Lösungen erkannt wurden, liegen zentrale Entwicklungs Herausforderungen derzeit vor allem noch in der Koordination der Akteure in der konkreten Angebotsentwicklung sowie in der Realisierung tragfähiger Geschäftsmodelle. Dies ist – so die hier zugrunde gelegte Hypothese – maßgeblich auch auf Qualifikationsdefizite an der Schnittstelle gesundheitsbezogener, technologischer und sozial-kommunikativer Facharbeit zurückzuführen.

IT-Lösungen schaffen vielfach erst die Voraussetzung für neue Formen der Versorgung und Vernetzung in der Arbeitswelt und sozialer Erreichbarkeit. Technikeinsatz ist kein Selbstzweck, sondern „Soziale Gesundheitswirtschaft“ setzt den Akzent auf Technikeinsatz für den Menschen und für die Optimierung der Arbeitsprozesse. Vorhandene Gesundheitsinformationen und -daten müssen zukünftig besser aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt werden, um passgenaue Angebote vorhalten zu können. IT-Lösungen in der Gesundheitsarbeit können zudem maßgeblich dazu beitragen, eine reibungslose und einrichtungsübergreifende Kommunikation zwischen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und integrierte Versorgung möglich zu machen. Die Umsetzung personalisierter, gesundheitsbezogener Betreuungs- und Begleitungsangebote erfordert es, dass Gesundheitsdaten auch dezentral und mobil abgerufen werden können. Hier ergeben sich auch neue Anforderungen an die Struktur der Daten, sofern diese gemeinsam von Gesundheitsberufen erhoben und genutzt werden sollen. Bislang fehlt es noch an validen Informationen darüber, welche Tätigkeiten und Kompetenzen hier zukünftig an Bedeutung gewinnen



und benötigt werden.

Entsprechende Entwicklungen tragen maßgeblich zur Beförderung neuer Lösungen in der Gesundheitsberatung und -versorgung bei, indem Kommunikationsstrukturen und -prozesse zwischen Leistungserbringern, Patientinnen und Patienten und Kostenträgern optimiert und in neue räumliche Kontexte gestellt werden. Durch die räumliche Entkoppelung der Leistung zwischen Gesundheitsprofessionals und den Patienten kann Gesundheitsexpertise und Know-How auch außerhalb klassischer Gesundheitseinrichtungen flexibel bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Aus Sicht der Patienten soll hierdurch ein Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, zur Versorgungskontinuität sowie zur Reduzierung der Zeitspanne zwischen Diagnose und Intervention geleistet werden. Darüber hinaus befördern entsprechende Ansätze auch die Kommunikation unter Patienten und Angehörigen, z. B. in Chatforen oder Selbsthilfegruppen. Sie ermöglichen den direkt oder indirekt Betroffenen, sich auszutauschen, sich zu solidarisieren, die Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrzunehmen und damit auch ihre Rolle gegenüber Gesundheitsexpertinnen und -experten zu stärken.

Ausgehend hiervon sind vor allem im Rahmen nachfolgender Teildimensionen zukünftig neue Qualifikationserfordernisse zu erwarten:

- Aufbereitung von Gesundheitsinformationen: Aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger und Patientinnen und Patienten erlangen Informationen über verfügbare Gesundheitsangebote und über die Qualität von Gesundheitsleistungen an Bedeutung. Hier bieten das Internet oder etwa sog. *Smart Phones* interessante Zugänge. Mehr als die Hälfte aller Bundesbürgerinnen und Bundesbürger (52,6 Prozent) informiert sich inzwischen online über Gesundheitsthemen. Health Apps spielen derzeit zwar noch eine untergeordnete Rolle, weisen jedoch, je nach Online-Shop, Wachstumsraten von bis zu 156,6 Prozent auf. Viele telemedizinische Lösungsansätze setzen bei gleichem oder ähnlichem Leistungsversprechen auf unterschiedliche technische Innovationen.

Smartphones/Apps können als einheitliches Interface Defizite bei Nutzerakzeptanz und -kompetenz ausgleichen (Enste et al. 2010).

- Sozial-kommunikative „vor Ort“-Begleitung: Technologieeinsatz kann die Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten in den eigenen vier Wänden zwar sinnvoll unterstützen, aber nicht ersetzen. Aufgrund dessen werden Beratung und Information sowie eine sozial-kommunikative Begleitung im Alltag ein zentrales Element integrierter Services im Bereich „Health@home“.
- Tele-Health-Monitoring: Die Fernüberwachung/Beobachtung von Vitalparametern schafft neue Möglichkeiten der Begleitung von erkannten Risikopatientinnen und Risikopatienten außerhalb von klassischen Gesundheitseinrichtungen.
- Telemedizinisches Coaching: Durch telemedizinisches Coaching von Patientinnen und Patienten können insbesondere chronische Erkrankungen kosteneffektiv begleitet, telemedizinische Konsultationen im Vorfeld der Inanspruchnahme stationärer oder ambulanter Leistungen durchgeführt oder Lebensstiländerungen unterstützt werden.
- Tele-Treatment: Im Gegensatz zur Fernüberwachung/Beobachtung von Vitalparametern fokussiert das Tele-Treatment auf die IKT-gestützte Intervention im Krankheitsfall.
- Ambient Assisted Living (AAL): Hierunter werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen. Die Telematik wiederum bildet eine wichtige Komponente des AAL.

Eine besondere Herausforderung stellt die Ambulantisierung der Versorgung dar. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen im demographischen Wandel stellt die Versorgung vor Ort vor neue Herausforderungen. Hinzu kommt, dass unter der Losung „ambulant vor stationär“ die Versorgung im Krankheits- und/oder Pflegefall in stationären Einrichtungen sich zumindest teilweise aller Voraussicht nach zunehmend auf den ambulanten Bereich verla-

gern wird. In diesem Zusammenhang wird zukünftig die Frage zu beantworten sein, wie die Versorgung der Menschen in den eigenen vier Wänden durch qualifiziertes Personal sichergestellt werden kann. Ausgangspunkt für den Bedeutungsgewinn „arztentlastender Tätigkeiten“ ist nicht zuletzt die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung bzw. die angenommene höhere Arbeits- und Dienstbelastung niedergelassener Ärzte. Derzeit wird eine Reihe von unterschiedlichen Modellen in der Praxis eingesetzt. Das Spektrum reicht von AGnES – Arzt entlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte systemische Intervention, über VerAH – der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, MoPRA – der mobilen Praxisassistentin bis hin zu EVA – der Entlastenden Versorgungs-Assistentin, das Modell der Ärztekammern in NRW. Hier ist zukünftig ein intensiver Austausch über Erfolg/Misserfolg, Entwicklungschancen und -risiken dieser Modelle notwendig.

An dieser Stelle kann und soll keine Bewertung der genannten Modelle untereinander vorgenommen werden. Im Kontext der Diskussion um Perspektiven für Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft ist der Einsatz neuer

Berufsbilder im ambulanten Bereich gleichwohl von Bedeutung. Derzeit ist die Zulassung vielfach jedoch nur in den Versorgungsgebieten erlaubt, die durch eine Unterversorgung mit Ärztinnen und Ärzten gekennzeichnet sind. Dies ist ein strukturelles Defizit, das den Einsatz der sinnvollen Qualifikationen in der Fläche derzeit noch bremst. Die Änderung der Abrechnungsbedingungen ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Anstellung z. B. der EVAs aus Perspektive niedergelassener Ärzte auch attraktiv ist. Entscheidend ist, dass entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen zur Entwicklung und Umsetzung der skizzierten Felder zur Verfügung stehen. Hier ist jedoch auch zu prüfen, inwieweit tatsächlich neue Qualifikationen notwendig sind oder ob die Aufgaben innerhalb der bestehenden Strukturen, z. B. von ambulanten Pflegediensten, übernommen werden könnten. Transdisziplinäre Entwicklungspartnerschaften und ein holistisches Innovationsverständnis sind hier notwendig. Ob diese durch ein verbessertes Zusammenspiel von Spezialisten oder durch eine Integration gesundheitsbezogener, technischer oder betriebswirtschaftlicher Kompetenzen in ein Berufsbild erfolgt, ist bislang noch nicht geklärt.

## 5. Arbeit und Qualifizierung in der „Sozialen Gesundheitswirtschaft“ – Herausforderung für Interessenvertretung und Mitbestimmung

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt: Die Gesundheitswirtschaft ist mit ihren rund fünf Millionen Beschäftigten bereits heute ein Arbeitsfeld und ein Wirtschaftsbereich von enormer Bedeutung. Auch zukünftig sind, folgt man den vorliegenden Prognosen, Zugewinne für Beschäftigung und Wertschöpfung zu erwarten. Gleichzeitig stehen die Einrichtungen und Unternehmen jedoch unter erheblichem Modernisierungsdruck, sie müssen wirtschaftlich arbeiten, sich mit innovativen Leistungen und Angeboten profilieren und die Qualität sichern oder gar verbessern. Insbesondere der Pflegesektor im Geltungsbereich des SGB XI zählt zu den am stärksten wachsenden Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft. So hat sich das Marktvolumen zwischen 1993 und 2007 auf 29 Milliarden Euro verdreifacht. Die Wertschöpfung in diesem Bereich belief sich im Jahr 2007 auf rund 25 Milliarden Euro, bei einem Umsatz pro Vollbeschäftigten von rund 55.000 Euro/Jahr. Vorliegende Prognosen berechnen eine Steigerung des Umsatzvolumens von 50 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf rund 85 Milliarden Euro (2050). Unberücksichtigt bleiben hierbei Effekte der Schattenwirtschaft. Der Anteil der Pflegearbeit an der gesamten Schwarzarbeit in Deutschland wird derzeit auf rund 4,3 Prozent (rd. 6 Milliarden Euro) geschätzt (Enste/Pimpertz 2008).

Der Pflegemarkt erweist sich zudem als ein attraktives Investitionsfeld in Deutschland. Die Bildung von Pflegeheimverbänden und -ketten spielt dabei ebenso eine Rolle wie der Ausbau wirtschaftlich attraktiver Wohn- und Betreuungsangebote, die Ausweitung individueller Leistungsangebote, „Premiumleistungen“ und neue Geschäftsfelder. Private Anbieter drängen auf den Pflegemarkt und regionale Überkapazitäten erhöhen den Konkurrenz- und Preisdruck. Die Not-

wendigkeit strategischer Neuorientierung erhöht den Innovationsdruck, und wirtschaftliche Attraktivität ist eine wichtige Voraussetzung für die Ansprache von Investoren. Qualität, pflegerische Fachlichkeit und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Angehörigen erhöhen darüber hinaus das Anspruchsniveau, führen zu einem höheren Leistungsdruck für die Beschäftigten bei steigender Verantwortung und stellen neue Anforderungen an die einrichtungsinterne und -übergreifende Prozessgestaltung. Die Einrichtungen und Träger reagieren mit unterschiedlichen Maßnahmen auf den Marktdruck und die veränderten inhaltlichen Anforderungen – mehr Kontrolle und Bürokratie sind ebenso an der Tagesordnung wie der Einsatz neuer Berufsbilder, die Flexibilisierung der Beschäftigungsformen, der Einsatz von Leiharbeit, die Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung oder die Flucht aus Tarifverträgen. Trotz vergleichbarer Rahmenbedingungen werden die zweifelsohne vorhandenen Gestaltungsspielräume unterschiedlich genutzt, was nicht zuletzt auch nach wie vor messbare Qualitätsunterschiede zwischen den Anbietern befördert.

Angesichts der in den vorangegangenen Kapiteln thematisierten Entwicklungen gewinnt die Frage, wie die Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestärkt und ihre Expertise auch bei Veränderungsprojekten abgeholt und eingebunden werden kann, eine enorme Bedeutung. Dabei geht es im Kern nicht allein um die Gestaltung der Interessen der Unternehmen und der Beschäftigten, sondern auch um die Frage, wie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls berücksichtigt werden können. Vorliegende Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass der Grad der Mitarbeiterpartizipation in Gesund-

heitseinrichtungen derzeit eher niedrig als hoch einzustufen ist (vgl. Paschke et al. 2006). Dies hat unterschiedliche Ursachen, wobei etwa die spezifischen Trägerstrukturen und die Hierarchie innerhalb der Einrichtungen (v. a. Krankenhäuser) eine besondere Rolle spielen. Untersuchungen zur Mitbestimmungspolitik in konfessionellen Krankenhäusern haben gezeigt, dass die betriebliche Ebene stark durch die überbetriebliche Ebene des Arbeitsrechts und der Unternehmenspolitik der Träger einschließlich ihrer spezifischen Marktstrategien beeinflusst wird. Zudem konnte gezeigt werden, dass sich Veränderungen im Mitbestimmungsrecht und in der Entgeltordnung zwischen den konfessionellen Bereichen nachzeichnen lassen. Während für die evangelische Mitbestimmungspolitik eine heterogene Entwicklung prognostiziert wird, wird für den katholischen Bereich ein relativ stabiles Verhandlungssystem konstatiert. Insgesamt lassen sich konfessionell unterschiedliche Akteurskonstellationen aufzeigen, die auch zu unterschiedlichen Typen der Mitbestimmungspolitik führen (Jakobi 2005).

Auch vor dem Hintergrund der Privatisierung im Gesundheitssektor ist zukünftig eine verstärkte Diskussion zu den Auswirkungen und Gestaltungsherausforderungen „Industrieller Beziehungen“ im Gesundheitssektor notwendig. So nimmt Deutschland bei der Privatisierung des Krankenhaussektors eine Sonderstellung ein. Es ist das einzige Land im Kreis vergleichbarer Industrieländer, das in den letzten Jahren in größerem Umfang öffentliche Krankenhäuser aller Aufgabenstellungen und Größenordnungen an private Krankenhauskonzerne verkauft hat (Stumpfögger 2009). Eine Unternehmenskonzentration, die Herausbildung konzerneigener Versorgungsketten, Marktdruck und Renditeerwartungen werden auch in den kommenden Jahren massive Auswirkungen auf die Beschäftigten sowie auf die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung haben.

Angesichts der skizzierten Entwicklungstrends ist eine Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der spezifischen Akteurs- und Interessenskonstellationen in der Gesundheitswirtschaft auf zentrale Gestaltungsarenen von Arbeit und Qualifizierung unerlässlich. Dies betrifft einerseits die

Analyse der Entwicklung wichtiger Rahmenbedingungen der Arbeit wie Arbeitszeiten, Entgelte oder Ansprüche auf Weiterbildung. Andererseits sollte es auch darum gehen, die skizzierten Entwicklungen im Bereich „neuer Arbeitsteilung“, die Schaffung neuer Berufe und Weiterbildungsangebote oder das Umsetzen innovativer Versorgungslösungen stärker vor dem Hintergrund der Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit spezifischer Akteurs- und Interessenskonstellationen im Gesundheitswesen zu thematisieren. Aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ greift eine Fokussierung auf das Spannungsfeld Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen zu kurz. Entscheidend ist, Veränderungen und Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Qualifizierung auch in ihren Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten sowie Nutzerinnen und Nutzer zu thematisieren. Neue Qualifikationen, die Delegation oder dauerhafte Übertragung von Aufgaben ebenso wie der Einsatz neuer Berufe – entsprechende Maßnahmen sind nicht allein vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Interessen oder in ihren Beiträgen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu thematisieren. Auch ist zu berücksichtigen, wie sich entsprechende Ansätze auf die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit auswirken. Qualität der Arbeit als Dienstleistungsqualität und Arbeitsqualität aus Perspektive der Beschäftigten können so auch im Rahmen betrieblicher Interessenvertretung sinnvoll zusammengeführt werden.

Angesichts der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung von Berufsbildern und Qualifikationsniveaus, der Akademisierung zentraler Berufe in der Gesundheitsversorgung wie auch der Schaffung neuer Berufe, sind Veränderungen im Lohn- und Tarifgefüge in den nächsten Jahren, nicht zuletzt durch veränderte Tätigkeits- und Aufgabenfelder, wahrscheinlich. Es stellt sich die Frage, wie die Interessenvertretung der Mitarbeiter gestärkt und ihre Expertise auch bei Veränderungsprojekten abgeholt und eingebunden werden kann. Was sind Spielräume, Einflussmöglichkeiten und Grenzen betrieblicher Interessenvertretung? Welche Chancen bieten sich, nicht nur für mehr „Gute Arbeit“, sondern auch für die Integration und Inklusion der Bedürfnisse der

Bürgerinnen und Bürger in der Gesundheitsversorgung? Gewerkschaftliche Interessenvertretung – so die These – muss zukünftig ihren Aktivitäts- und Handlungsfokus im Modernisierungsprozess der Gesundheitswirtschaft erweitern. Ergänzt werden die klassischen Felder der Tarifpolitik und Tarifarbeit zunehmend um die Perspektive betrieblicher Mitbestimmung als eigenständiger Gestaltungs- und Innovationsmotor der Gesundheitswirtschaft im Umbruch.

Ausgehend hiervon besteht ein wachsender Bedarf an gezielter Branchen-, Berufs- und Tarifpolitik einerseits und einer Auseinandersetzung mit konkreten Gestaltungsmöglichkeiten durch betriebliche Interessenvertretungen andererseits. Erschwert wird dies allerdings durch eine derzeit zu beobachtende zunehmende Ausdifferenzierung und Partikularisierung der Interessenvertretung, z. B. durch tarifpolitische Herausforderungen (z. B. Konzern und Haustarifverträge), die aktuelle Diskussion um die Einrichtung eigener Kammern für die Pflege- bzw. Gesundheitsberufe oder „Interessenvertretungswettbewerb“ zwischen Gewerkschaften (z. B. Marburger Bund und ver.di). Auch auf Seiten der Arbeitgeber lässt sich eine partikularisierte Interessenlandschaft vorfinden. In der Folge erweitern sich alte Konfliktlinien und neue Konfliktlinien werden entstehen – auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. In dieser Ausgangssituation drohen die Interessen und Innovationspotenziale der Beschäftigten für den Modernisierungsprozess verloren zu gehen und die gewerkschaftliche Interessenvertretung in der Gesundheitswirtschaft

weiter zu erodieren. Hier erscheint es notwendig, Spielräume und Einflussmöglichkeiten für Interessenvertretungen und Gewerkschaften in den skizzierten Modernisierungsfeldern der Gesundheitswirtschaft herauszuarbeiten, damit diese sich auch als Zukunftstreiber in den genannten Arenen/ Gestaltungsfeldern positionieren können.

Echte Partizipationschancen in der Gesundheitswirtschaft im Umbruch sind nicht zuletzt davon abhängig, ob die Personal- und Betriebsräte auch im Sinne des Co-Managements tätig sein wollen – und dies auch können. Mit Blick auf die gelebte Interessenvertretung in Krankenhäusern zeigt sich hier vielfach noch eine Beschränkung auf eher traditionelle Aufgaben und Zurückhaltung im Umgang mit neuen Partizipationsmechanismen (Paschke et al. 2006). Entscheidend ist zukünftig die Suche nach Konzepten und betrieblichen Strategien, die dazu beitragen, betriebliche Interessenvertretungen im Innovationsgeschehen zu qualifizieren und sie mit der vorhandenen Fachexpertise in Modernisierungsprojekte „vor Ort“ einzubinden. Die träger- und einrichtungsübergreifende Vernetzung betrieblicher Interessenvertretung eröffnet zudem neue Chancen für den Austausch über die Erfolgs- und Misserfolgskriterien betrieblicher Modernisierungsprojekte und qualifiziert im Co-Management. Angesichts der enormen Veränderungsdynamik im Gesundheitssektor und vorhandenen Wachstumschancen ist umso mehr darauf zu achten, dass die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen aktiv an der Suche nach Wegen der Erneuerung und an der konkreten Gestaltung des Wandels beteiligt werden.

## 6. Von heimlichen Helden und blinden Flecken – Auf dem Weg zu einer humanzentrierten Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft

Der Blick in die Vergangenheit zeigt: Die Gesundheitsbranche ist die „heimliche Heldin“ des Umbaus der deutschen Wirtschaft zur Dienstleistungs- und Wissensökonomie. Eine Erhöhung der Investitionen in die Gesundheitsversorgung gilt als eine der wirksamsten Instrumente der volkswirtschaftlichen Entwicklung insgesamt. Auch wenn die Effekte der Gesundheitswirtschaft auf die Gesamtwirtschaft bislang noch nicht hinreichend quantifiziert wurden, liegt ausreichend Evidenz dafür vor, dass zukünftig von einer wachsenden Bedeutung des Gesundheitssektors für Wertschöpfung und Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft ausgegangen werden kann. Die vorliegenden Prognosen weisen deutliche Beschäftigungszuwächse in der Branche, vor allem für den Pflegesektor im Geltungsbereich des SGB XI, aus. Angesichts der Befürchtungen über einen sich zukünftig noch weiter verschärfenden Fachkräftemangel in zentralen Gesundheitsberufen sind nicht nur differenzierte quantitative Szenarien zur weiteren Beschäftigungs- und Qualifikationsentwicklung notwendig, sondern auch eine vertiefende Auseinandersetzung mit den qualitativen Entwicklungstrends einer Branche im Umbruch.

Der Ausbau der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft wird derzeit von erheblichen beschäftigungsstrukturellen Umbrüchen begleitet. Atypische Beschäftigung, Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung gewinnen ebenso an Bedeutung wie neue Serviceberufe oder niedrigschwellige Einstiegsqualifikationen. Das Projekt „neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen“ impliziert mehr als nur eine neue Aufgabenverteilung zwischen Pflege und Medizin. Einerseits ergeben sich hierdurch neue Chancen auf zusätzliche Beschäftigungsoptionen und zur weiteren Professionalisierung in der Gesundheitsarbeit, etwa in der Pflege oder in den therapeutischen

Berufen. Andererseits besteht aber auch die Gefahr, dass diese Entwicklung, als betriebswirtschaftliche Optimierungsstrategie gedacht, neue Verwerfungen und Exklusionen auf den Arbeitsmärkten für Gesundheit befördern. Insbesondere Geringqualifizierte könnten hier zu „heimlichen Verlierern“ des Wachstumspfades der Gesundheitswirtschaft werden. Hier stellt sich neben der Frage nach den Chancen, auch die Frage nach den Grenzen des Erwerbssystems in der Gesundheitswirtschaft. In diesem Zusammenhang ist einerseits vor einem zu inflationären Gebrauch des Fachkraftbegriffs zu warnen. Andererseits sollte die Aufmerksamkeit im Beschäftigungs- und Innovationsfeld „Gesundheit und Pflege“ zukünftig auch stärker auf Tätigkeiten unterhalb der mittleren Facharbeitsebene gerichtet werden.

Angesichts der überwiegend solidarischen Finanzierungsgrundlage der Gesundheitsarbeit, die in hohem Maße auf GKV-Beiträgen basiert, sind auch Verteilungseffekte im Zusammenhang von Berufsfeldentwicklung, Qualifikationsniveau und Lohngefüge zukünftig stärker zu berücksichtigen. Für die Sicherung der Fachkräftenachfrage der Branche ist eine deutlich verbesserte Entlohnung der Beschäftigten jedenfalls eine zentrale Voraussetzung.

Die Ausführungen haben zudem gezeigt, dass vorhandene Szenarien zur Fachkräftesicherung qualitative Entwicklungen bislang vielfach unberücksichtigt lassen. Angesichts einer regionalisierten Gesundheitsversorgung und des Bedeutungsgewinns regional-spezifischer Modernisierungslösungen stellt sich die Herausforderung, auch kleinräumig Veränderungen im Versorgungsgeschehen in ihrer Bedeutung für die Fachkräftenachfrage zukünftig erfassen zu können. In einigen Bundesländern ist in diesem Zusammenhang bereits erfolgreich mit regionalen Fachkräftemonitorings gearbeitet worden. Entscheidend



ist hier die Anschlussfähigkeit an qualitative Entwicklungstrends im Sinne eines beschäftigungs-sensiblen „Trend- und Innovationsmonitorings“ in der Gesundheitswirtschaft.

Die skizzierten prioritären Gestaltungsfelder für die Zukunft von „Arbeit und Qualifizierung“ sind keineswegs neu. Allerdings erweist sich aus Perspektive „Sozialer Gesundheitswirtschaft“ der Patient mit seinen Bedürfnissen hier vielfach noch als „blinder Fleck“ des Erneuerungsgeschehens. So ist bislang noch nicht geklärt, welche Effekte die beschriebenen Dimensionen „neuer Arbeitsteilung“, die aktuellen Reformen im Berufsbildungssystem oder der Technikeinsatz in der Gesundheitsarbeit für die Versorgungsqualität aus Patientenperspektive haben. Festzuhalten ist jedenfalls, dass die Fokussierung auf verbands- und professionsspezifische Interessen auf der einen Seite, oder auf betriebswirtschaftlich-ökonomische Interessen auf der anderen Seite, zu kurz greift. Erfolgreiche Konzepte „Guter Arbeit“ sollten sich künftig auch dadurch auszeichnen, dass sie die Patienten mit ihren Bedürfnissen und Ansprüchen mitdenken und sie als Ausgangspunkt der Modernisierung begreifen. Welche Faktoren hierbei eine besondere Rolle spielen, sollte zukünftig im Rahmen eines Ansatzes humanzentrierter Arbeitsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft herausgearbeitet werden.

Wichtige Zugänge zu einer humanzentrierten Arbeitsgestaltung ergeben sich nicht zuletzt aus der Perspektive der Beschäftigten als Nutzer der Rahmenbedingungen (Strukturen, Prozesse etc.) für Gesundheitsarbeit. Während Pflegearbeit in der Bevölkerung durchaus wertgeschätzt wird, werden die organisatorischen Rahmenbedingungen vielfach als unzureichend eingestuft. Dieser *gap* sollte überwunden werden. Wertschätzungsorientierte Ansätze müssen perspektivisch um solche Konzepte ergänzt werden, die die Kreativität, das Know-how und Expertentum sowie die Motivation der Beschäftigten für „Gute Arbeit“, hohe Dienstleistungsqualität und soziale Innovationen in Gesundheit und Pflege nutzbar machen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten sollten vor allem – etwa im Rahmen von „*open innovation*“-Ansätzen – stärker als bislang am Modernisierungsgeschehen beteiligt werden.

Der Bereich „Arbeit und Qualifizierung“ in der Gesundheitswirtschaft präsentiert sich derzeit als nahezu unüberschaubare Experimentierlandschaft. In vielen Modellprojekten wird an neuen Wegen zielgruppenspezifischer Beschäftigungsstrategien, an Lösungen für „Gute Arbeit“ oder an neuen Qualifizierungskonzepten gearbeitet. Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nur bedingt auf diese Entwicklungen vorbereitet sind. Insbesondere die Tragfähigkeit neuer Ausbildungen oder Qualifizierungsangebote erweist sich letztlich zum einen daran, ob sie für die Beschäftigten auch dauerhaft in Arbeit einmünden. Zum anderen sind Rahmenbedingungen wie Entlohnung, Arbeitszeiten oder Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zentrale Faktoren, die im Fachkräftewettbewerb der Gesundheitswirtschaft mit anderen Branchen über die Zukunft entscheiden werden.

Die beschriebenen beschäftigungsstrukturellen und berufsfeldbezogenen Entwicklungen sind letztlich auch Ausdruck der Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit von Interessen in der Gesundheitswirtschaft. Aus der Perspektive von Partizipation und Mitbestimmung in der bedeutendsten Wirtschaftsbranche in Deutschland sollten auch die Entwicklung neuer Arbeitsteilung sowie die Spezialisierung und Differenzierung beruflicher Bildung stärker als bislang vor diesem Hintergrund analysiert werden. Der Blick ins Ausland zeigt, dass teamorientierte Entscheidungs- und Arbeitsprozesse durchaus positive Effekte für die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen, die Arbeitsqualität und Dienstleistungsqualität haben können. Eine bloße Übertragung entsprechender Konzepte kann jedoch angesichts eines differenzierten institutionellen Settings im deutschen Gesundheitssystem nicht vielversprechend sein. Hier ist zukünftig ein Ausbau von Forschung und Gestaltung notwendig. Ohne eine integrierte Gestaltungsoffensive für „Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft“, die die Humanressourcen der Beschäftigten als eigenständigen Wert und Zielkategorie auch mit Blick auf die Gesundheitsbedürfnisse und -erfordernisse der Bürger und Patienten ernst nimmt, bleibt „Soziale Gesundheitswirtschaft“ eine Utopie ohne Bodenhaftung.

## Literaturverzeichnis

---

- Afentakis, A.; Maier, T. 2010: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Auszug aus *Wirtschaft und Statistik*. Statistisches Bundesamt (Hg.), Wiesbaden.
- Allmendinger, J.; Henning, M.; Stuth, S. 2009: Erwerbsverläufe und Weiterbildungsbeteiligungen von Wiedereinsteigerinnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) „Perspektive Wiedereinstieg: Die Potenziale nicht erwerbstätiger Frauen für den Arbeitsmarkt“. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Allmendinger, J.; Dressel, K.; Ebner, C. 2006: Zum Verhältnis von Demografie, Qualifikation und Frauenerwerbstätigkeit. In: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen MfGFFI (Hg.): NRW. Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Düsseldorf.
- Augurzky, B.; Krolop, S.; Mennicken, R. et al. 2011: Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte. Essen: ADMED/RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.); RWI Materialien Heft 68.
- Augurzky, B.; Gülker, R.; Krolop, S. et al. 2010: Krankenhaus Rating Report 2010. Licht und Schatten. Essen: ADMED/RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.); RWI Materialien Heft 59.
- Bandemer, S. von; Dahlbeck, E. Evans, M.; Hilbert, J. 2010: Mehr Gesundheit wagen: Orientierung für die Zukunft der Gesundheitswirtschaftspolitik in Nordrhein-Westfalen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 9/2010.
- Behr, M.; Walter, A.; Hinz, A. et al. 2005: Brandenburger Fachkräftestudie. Entwicklung der Fachkräftesituation und zusätzlicher Fachkräftebedarf. Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg.
- Behrens, J.; Horbach, A.; Müller, R. 2008: Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.
- Blinkert, B.; Gräf, B. 2009: Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Deutsche Bank Research, Frankfurt.
- Blum, K.; Löffert, S. 2010: Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Blum, K. 2003: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Bonse-Rohmann, M.; Burchert, H. 2011: Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.): Berichte zur beruflichen Bildung. Gütersloh: W. Bertelsmann Verlag.
- Bräutigam, C.; Scharfenorth, K. 2011: Personalbindung und Personalgewinnung im Krankenhaus. In: Goldschmidt, A. J.W./Hilbert, J. (Hg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft. Orientierungswissen und Anregungen von Experten. Stuttgart: Verlag Georg Thieme.
- Bräutigam, C.; Dahlbeck, E.; Enste, P.; Evans, M.; Hilbert, J. 2010: Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitspapier: Arbeit und Soziales, Nr. 215.
- 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: Huber.

- Braun, B.; Buhr, P.; Müller, R. 2008: Pflegearbeit im Krankenhaus: Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd: GEK.
- Braun, B.; Müller, R. 2005: „Arbeitsbelastung und Berufsausstieg bei Krankenschwestern.“ *Pflege & Gesellschaft* 10(3): S. 121-141.
- Bührlen, B. 2009: Innovation im Gesundheitssystem: Akteure und Ziele in der Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A. J. W.; Hilbert, J. 2009: Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid: Wikom. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1. I, S. 744-759.
- Bundesagentur für Arbeit 2010: Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) 2010: Wer pflegt uns in Zukunft? Fachkräftemangel beim Pflegepersonal bereits jetzt absehbar. Pressemitteilung vom 6.12.2010, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Auftaktveranstaltung des Pflege-Dialogs: Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler will Pflegeberuf attraktiver gestalten. Pressemitteilung vom 7. Dezember 2010, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit 2010 (Hg.): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 5/10, Berlin.
- Ciesinger, K. G.; Fischbach, A.; Klatt, R.; Neuendorff, H. 2011: Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen. Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. Berlin: LIT Verlag.
- Dahlbeck, E.; Evans, M.; Potratz, W. 2009: Gesundheitswirtschaft und regionale Strukturpolitik: Strategiefähigkeit, Standortmanagement und Innovationsblockaden. In: Zdrojomyslaw, N.; Bladt, M. (Hg.): Regionalwirtschaft: global denken, lokal und regional handeln. Gernsbach: Dt. Betriebswirte-Verl., S. 301-321.
- Darmann-Finck, I.; Friesacher, H. 2009: Editorial: Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen! *ipp-info* 7, S. 1-2.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin: DBfK-Bundesverband.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) 2010: Pflegebildung offensiv: Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege. Berlin: DBR.
- Dielmann, G. 2009: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. *ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bereich Berufspolitik*, Berlin.
- Dietrich, H. 1995: Befunde zu ausgewählten berufsbiographischen Aspekten von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. In: Meifort, B.; Becker, W. (Hg.): Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) 2009: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: DNQP.
- Dörpinghaus, S.; Evans, M. 2010: WIEGE – Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft. Ergebnisdokumentation des Projektes der Städte Bochum und Herne im Rahmen der „Landesinitiative Netzwerk W“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Eiff W. von; Stachel, K. 2006: Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Wegscheid: WIKOM Verlag.
- Enste, P.; Merkel, S.; Romanowski, S. 2010: Gesundheit aus der Hosentasche? Chancen und Grenzen gesundheitsbezogener Apps. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. *Forschung Aktuell*, Nr. 13/2010.
- Enste, D.; Pimpertz, J. 2008: Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt bis 2050. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*. Institut der deutschen Wirtschaft (Hg.), 35. Jg., 4/2008, Köln.

- Evans, M.; Hilbert, J. 2009: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten; Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs: Experten und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.
- Evans, M.; Scharfenorth, K. 2008: „Abschied von der Insel: Herausforderungen und Gestaltungsfelder des Personalmanagements in der Gesundheitswirtschaft.“ In: Matzick, S. (Hg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Reihe Gesundheitsforschung. Weinheim & München: Juventa, S. 27 - 48.
- Fichtmüller, F.; Walter, A. 2007: Pflegen lernen: empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Osnabrück: V & R unipress Universitätsverlag.
- Flieder, M. 2002: Was hält Krankenschwestern im Beruf? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Friesacher, H. 2008: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V & R unipress, Universitätsverlag Osnabrück.
- Fuchs-Frohnhofer, P.; Blass, K.; Dunkel, W.; Hinding, B.; Keiser, S.; Klatt, R.; Zühlke-Robinet, K. (Hg.) 2010: Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“. Marburg: Tectum.
- Goldschmidt, A. J. W.; Hilbert, J. 2009: Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Beispiele Über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid: Wikom. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1.
- Hackmann, T. 2009: Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Hrsg.), Diskussionsbeiträge 40, Freiburg.
- Heinze, R. G.; Hilbert, J.; Paulus, W. 2009: Der Haushalt – ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. In: Hilbert, Josef; Goldschmidt, Andreas J. W. (Hg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 772-800.
- Henke, K.-D.; Neumann, K.; Schneider, M. et al. 2010: Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Baden-Baden: Nomos.
- Hien, W. 2009: Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hülken-Giesler, M. 2008: Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück: V & R unipress Universitätsverlag.
- Hummel, M.; Thein, A.; Zika, G. 2010: Der Arbeitskräftebedarf nach Wirtschaftszweigen, Berufen und Qualifikationen bis 2025. In: Helmrich, R.; Zika, G. (Hg.): Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung. W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld.
- HWP – HWP Planungsgesellschaft 2007: Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Stuttgart: HWP.
- IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.) 2007: Kurzbericht Nr. 26/2007.
- ICN – International Council of Nurses 2005: Regulation Terminology: November 2005 Version 1. [http://www.icn.ch/Regulation\\_Terminology.pdf](http://www.icn.ch/Regulation_Terminology.pdf) (Zugriff: 13. Juli 2009).
- Institut für betriebliche Gesundheitsförderung 2005: Machbarkeitsstudie Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf. Köln.
- Ipp – Institut für Public Health und Pflegeforschung 2010: Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten: Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes – Ergebnisbericht. Bremen: Universität Bremen.
- Isfort, M.; Neuhaus, A. 2010: Auf „Pflegemontage“. Haushaltshilfen aus Osteuropa. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 35. Jg./Nr. 187, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, S. 48-51.
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. 2010: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

- IWAK – Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur 2009: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Frankfurt.
- Jakobi, T. 2005: Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch. Ein Forschungsbericht. Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Klie, T.; Guerra, V. 2006: Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Robert Bosch Stiftung GmbH (Hg.), Stuttgart.
- Koch-Straube, U. (Hg.) 2008: Beratung in der Pflege. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Kopetsch, T. 2010: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Arztstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5. Aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.), Berlin.
- Kopp, D. 2011: Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben. Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme. Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn.
- Kühn, H.; Klinke, S. 2006: Krankenhaus im Wandel. Zeit und Kostendruck beeinflussen eine Kultur des Heilens. WZB-Mitteilungen 113, S. 6-9.
- Larsen, C.; Kuhlmann, E. 2009: Gesundheitspolitik und Arbeitskräftemanagement: internationale Debatten und Beschäftigungstrends im deutschen Gesundheitssektor [Health Policy and workforce management: international debates and employment trends in Germany's healthcare sector], in: Zeitschrift für Sozialreform, 55 (4), S. 396-387.
- 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.
- Mozygamba, K.; Mümken, S.; Krause, U. et al. (Hg.) 2009: Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? 1. Aufl. Bern: Huber (Studienreihe/Hans-Böckler-Stiftung).
- Müller, E. 2001: Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern: Huber.
- Nassehi, A. 2008: Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart. In: Saake, I.; Vogd, W. (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 379-397.
- Ostwald, D.; Erhard, T. et al. 2010: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PriceWaterhouseCoopers AG (Hg.), Frankfurt am Main.
- Paschke, E.; Gröschl-Bahr, G.; Weisbrod-Frey, H. 2006: Gestalten und Mitbestimmen in der Gesundheitsbranche. Gewerkschaftliche Betriebspolitik unter veränderten Rahmenbedingungen, S. 223-235: [http://www.vsa-verlag.de/pdf\\_downloads/VSA\\_Bsirske\\_Paschke\\_Innovationskraft\\_Mensch.pdf](http://www.vsa-verlag.de/pdf_downloads/VSA_Bsirske_Paschke_Innovationskraft_Mensch.pdf) (Leseprobe).
- Paulus, W.; Romanowski, S. 2010: Von Robotern und Nachbarn - Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnumwelt älterer Menschen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 5/2010.
- Pohl, C. 2009: Der Arbeitsmarkt für Pflege im Spiegel demographischer Veränderungen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Porter, M. E.; Teisberg, E. O. 2006: Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Pundt, J.; Matzick, S. 2008: Qualifizierungsbedarf – Notwendige Herausforderungen für Gesundheitsberufe. In: Forum Public Health, Jahrgang 16/Nr. 58, S. 6-8.
- Rashotte, J. 2005: Knowing the nurse practitioner: dominant discourses shaping our horizons. Nursing Philosophy 6, S. 51-62.
- 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.



- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Langfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Langfassung. Bonn.
- Schaeffer, D.; Ewers, M. 2006: Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft*. 11, S. 197-209.
- Schnabel, R. 2007: Zukunft der Pflege, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, (INSM), Köln.
- Schneider, J. 2010: Gute Führung in der Pflege. Handlungshilfe. 2. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schnur, P.; Zika, G. 2007: Arbeitskräftebedarf bis 2025: Die Grenzen der Expansion. (IAB-Kurzbericht, 26/2007), Nürnberg.
- Sewtz, S. 2008: Berufsorientierungen und Karrierechancen von Frauen in Medizin und Pflege. In: Matzick, S. (Hg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Reihe Gesundheitsforschung. Weinheim & München: Juventa, S. 117-137.
- Siebecke, D. 2010: Gesundheitsarbeit und „gesunde Arbeit“. „Gute Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft. Unveröffentlichter Folienvortrag, 1.10.2010, Berlin.
- Simon, M. 2010: Arbeit in Gesundheitsberufen: „gesunde Arbeit“ – „gute Arbeit“? Unveröffentlichter Folienvortrag, 1.10.2010, Berlin.
- Steinecke, U. 2010: Fachkräftegewinnung, Fachkräftesicherung und Berufsfeldentwicklung in der sozialen Gesundheitswirtschaft. Perspektive „Heilmittel“ Physiotherapie. Unveröffentlichter Folienvortrag, 1.10.2010, Berlin.
- Speiser, H.-P. 1995: Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhaussektors im Land Bremen. Progress-Institut für Wirtschaftsforschung GmbH (PIW), Bremen.
- 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 2010: Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) 2008: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2001: Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, M. 2010: Die unterschätzte Rehabilitation. In: Prognos Trendletter 2/2010. Gesundheitsversorgung im Wandel. Zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, Regulierung und Wettbewerb. Prognos AG (Hg.), Basel, S. 9.
- Steiner, M.; Wölbing, R. 2010: Gesundheitsmärkte in Europa. Die Chancen überwiegen. In: Prognos Trendletter 2/2010. Gesundheitsversorgung im Wandel. Zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, Regulierung und Wettbewerb. Prognos AG (Hg.), Basel, S. 6.
- Stemmer, R.; Haubrock, M.; Böhme, H. 2008: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Mainz: Katholische Fachhochschule.
- Stemmer, R. 2002: die Zukunft der Pflege zwischen Ökonomisierung und (De-) Professionalisierung. *PR-Inter-net* 4, S. 82-91.
- Stumpfögger, N. 2009: Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: Böhlke, N.; Gerlinger, T.; Mosebach, K. et al. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA: Verlag Hamburg.



- Sütterlin, S.; Hoßmann, I.; Klingholz, R. 2011: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.) Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn.
- Van Offenbeek, M. A. G.; Knip, M. 2004: The organizational and performance effects of nurse practitioner roles. *Journal of Advanced Nursing* 47, S. 672- 681.
- Voges, W. 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden.
- Weidner, F. 1995: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt/M.: Mabuse.

## Internetquellen

- <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/> (10.12.2010)
- <http://www.epochtimes.de/articles/2010/04/19/567499.html> (10.12.2010)
- [https://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheitspolitik\\_von\\_a-z/krankenhaeuser/pflege-thermometer](https://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheitspolitik_von_a-z/krankenhaeuser/pflege-thermometer) (5.6.2011)
- [http://www.iab.de/UserFiles/Image/Publikationen/kb1611\\_teasergrafik\\_gross\\_neu.png](http://www.iab.de/UserFiles/Image/Publikationen/kb1611_teasergrafik_gross_neu.png) (18.9.2011)
- <http://www.inqa.de/> (10.12.2010)
- <http://www.lohnspiegel.de/main> (10.12.2010)
- <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2011/pm110628b/index.php> (1.7.2011)
- [http://servprof.de/memorandum\\_pflgewert](http://servprof.de/memorandum_pflgewert) (5.6.2011)
- <http://www.tip-netzwerk.de/> (10.12.2010)
- [http://www.wertarbeitgmbh.de/GGTSPU-iat-gate.iatge.de-28856-175641-RoXVFal9ZKDkSIWa-DAT/images/File/Pflegende-DL\\_end.pdf](http://www.wertarbeitgmbh.de/GGTSPU-iat-gate.iatge.de-28856-175641-RoXVFal9ZKDkSIWa-DAT/images/File/Pflegende-DL_end.pdf) – Foliensatz zum Projekt „Pflegende Dienstleistungen im Wandel in der Metropolregion Berlin“ (1.8.2011)

## Die Autorinnen und Autoren

---

**Michaela Evans**  
**Christoph Bräutigam**  
**PD Dr. Josef Hilbert**  
**Sandra Schulze**

Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule Gelsenkirchen  
Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität



## Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik zum Projekt: „Soziale Gesundheitswirtschaft“

---

Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft. Mehr Gesundheit – gute Arbeit – qualitatives Wachstum. WISO Diskurs.

Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum. WISO direkt.

Glaeske, Gerd 2011: Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. WISO Diskurs.

Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen. WISO Diskurs.

Paquet, Robert 2011: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. WISO Diskurs.

Zwiener, Rudolf 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung. WISO Diskurs.







## Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Die Regulierung von Finanzmärkten  
Wurden die richtigen Lehren aus der Krise  
gezogen und was bleibt zu tun**  
WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**. . . und es ward Licht?  
Ein Organisationsmodell zur Umsetzung der  
Energiewende in Deutschland bis 2050**  
WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

**Wege zum Abbau umweltschädlicher  
Subventionen**  
WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

**Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!**  
WISO direkt

Steuerpolitik

**Progressive Sozialversicherungsbeiträge –  
Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung  
des Niedriglohnssektors?**  
WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

**Die finanzielle Mitarbeiterbeteiligung  
praxistauglich weiterentwickeln**  
WISO Diskurs

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Welche Politik brauchen die Verbraucher?**  
WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Zehn Jahre „Riester-Rente“ –  
eine ernüchternde Rentabilitätsanalyse**  
WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Reform des Personenbeförderungsgesetzes –  
Perspektiven für ein nachhaltiges und  
integriertes Nahverkehrsangebot**  
WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

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

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Rente mit 67? Argumente und Gegenargumente**  
WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Erwerbsminderungsrente –  
Reformnotwendigkeit und Reformoptionen**  
WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit,  
gute Arbeit und qualitatives Wachstum**  
WISO direkt

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Öffentlich geförderte sozialversicherungspflichtige  
Beschäftigung in Deutschland –  
Aktuelle Instrumente, Programme und Konzepte**  
WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Perspektiven der Unternehmensmitbestimmung  
in Deutschland – ungerechtfertigter Stillstand auf  
der politischen Baustelle?**  
WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung –  
Ein Plädoyer für eine (neue) Dienstleistungspolitik**  
WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Migrationsfamilien in der  
Einwanderungsgesellschaft Deutschland**  
WISO direkt

Frauen- und Geschlechterforschung

**Gute Pflege – gute Arbeit  
Das kommunale Dienstleistungszentrum für  
Bürgerinnen und Bürger**  
WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

[www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)