

Heft 43

**Berufsbildung und Beschäftigung
im personenbezogenen Dienstleistungssektor**

**Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen
zwischen Veränderungsdruck und Reformstau**

**Bestandsaufnahmen und Konzepte
für Aus- und Weiterbildung**

Herausgegeben von

Barbara Meifort
Wolfgang Becker
Gabriele Csongär
Horst Kramer
Gisela Mettin
Helena Podeszfa

Abteilung 4.3

„Qualifikationsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“

**Bundesinstitut für Berufsbildung
Berlin**

Die WISSENSCHAFTLICHEN DISKUSSIONSPAPIERE DES BIBB werden durch den Generalsekretär herausgegeben, Sie erscheinen als Namensbeiträge ihrer Verfasser und geben deren Meinung und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder. Sie sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Veröffentlichung dient der Diskussion in der Fachöffentlichkeit.



Vertriebsadresse:

Bundesinstitut für Berufsbildung
Abteilung 4.3
FehrbelhnerPlatz3
D 10707 BERLIN

1999/ 231

Copyright © 1999 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin und Bonn

Herstellung: Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin

Umschlag: HochDrei, Berlin

Gestaltung: Wolfgang Becker

Druck: Bundesinstitut für Berufsbildung

Printed in Germany

ISBN 3-88555-661 -8

BARBARA MEIFORT

Einleitung

7

THOMAS BALSFrüherkennung neuer beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld
Gesundheit-Soziales-Erziehung

9

BARBARA MEIFORTProbleme der Verrechtlichung der Berufsbildung für
Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen

19

Berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen**GISELA METTIN**Arbeitsmarkt - Weiterbildung - professionelle Entwicklung:
Berufliche Weiterbildung von Arzt- und Zahnärzthelferinnen

29

HANS-WERNER BUCHHOLZ

Von der Arztfachhelferin zur Praxismanagerin

39

ILSEOPPERMANNDer Neuordnungsbedarf für die Berufsausbildung zur/zum Zahnärzthelfer/in
aus der Sicht des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen

47

URSULA HECKER

Die betriebliche Ausbildung im Urteil der Ärzthelferinnen

55

Berufseinmündung und Berufsverbleib im Arbeitsfeld Altenpflege**WOLFGANG BECKER**Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften
in den neuen Bundesländern

63

GUDRUN REICHELTAusbildung in der Altenpflege und Reformbedarf
aus der Sicht einer Fachlehrerin in den neuen Bundesländern

83

MARIANNE DIERKS

Ausbildung in der Altenpflege - offene Fragen

93

WOLFGANG BECKER

Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben?

Abschließende Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung in der Altenpflege in den alten Bundesländern

97

BRIGITTE NERGER-ZIEHR

Aus der Praxis einer Altenpflegerin

109

ANDREAS BERAN

Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege -

aus der Praxis eines Fortbildungsanbieters

135

Berufsfeldanalyse im Bereich Medizintechnik

HORST KRAMER

Technik- und Qualifikationsveränderung durch Telemedizin

139

GERALD LINCZAK

Qualitätssicherung an Krankenhäusern mit Fachpersonal der medizinischen Dokumentation

im Übergang vom Papier zur elektronischen Patientenakte

147

DIETER GRÜHN

Technik-induzierte Qualifikationsveränderungen in medizinischen Assistenzberufen

155

Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens

GABRIELE CSONGÄR

Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf im Funktionsbereich

des mittleren und höheren Managements im Gesundheits- und Sozialwesen

167

JÜRGEN BURMEISTER, CLAUDIA LEHNERER

Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs

in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens —

Anforderungen an die berufliche Weiterbildung

175

STEFFEN RÖSSLER

Anforderungen an die Personalentwicklung

im Gesundheits- und Sozialwesen unter Marktbedingungen

187

GOTTFRIED SCHNEIDER

Qualifikationsbedarf in mittleren Verwaltungspositionen

des Gesundheits- und Sozialwesens

195

Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation

HELENA PODESZFA

Neue Beschäftigungsfelder und Oualifikationsanforderungen an Fachkräfte
in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation - welche Entwicklungen zeichnen sich ab? 203

INES FISCHER

Entwicklungstrends im Kur- und Bäderwesen -
Konsequenzen für die Oualifikationsanforderungen an Fachkräfte 213

ECKHARDT BOHLE

Neue Oualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation 221

AXELSCHEFTSCHIK

Neue Oualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation aus freizeitwissenschaftlicher Sicht 227

KARIN LÜBBERSTEDT

Neue Oualifikationsanforderungen in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation 237

UTE REPSCHLÄGER

Zur Bedeutung der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) in der Physiotherapie -
insbesondere im Bereich der Rehabilitation und der Prävention 243

JÜN1E1S

Alle Beiträge in diesem Band sind überarbeitete Fassungen der Vorträge
der Autorinnen und Autoren auf den 10. Hochschultagen Berufliche Bildung
am 23. und 24. September 1998 an der Technischen Universität Dresden

Das Gesundheitswesen gilt als bedeutendes beschäftigungspolitisches Wachstumsfeld und als Zukunftsbereich der beruflichen Bildung. Bedarfsprojektionen zum Arbeitskräftebedarf stimmen dann überein, daß im Jahre 2010 etwa zwei Drittel aller Erwerbstätigen im tertiären Bereich, darunter insbesondere in den Gesundheits- und Pflegediensten tätig sein werden.

Ob diese Hoffnung trägt oder nicht, hängt davon ab, ob der gegenwärtige Wachstumsprozeß anhalten wird, denn das Gesundheitswesen ist in einem umfassenden Wandlungsprozeß begriffen¹. Nach Jahren der Expansion, beruflicher Spezialisierung und Technisierung werden neue strukturelle und qualitative Veränderungen erkennbar. Maßgeblich hierfür sind insbesondere drei Faktoren: die Auswirkungen der Bevölkerungs- und Gesundheitsentwicklung, die seit Mitte der 70er Jahre verabschiedeten Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen sowie schließlich die in den 80er Jahren mit dem Auf- und Ausbau ambulanter häuslicher Pflegedienste einsetzenden Dezentralisierungstendenzen in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens. Den entscheidenden Schub hat diese Entwicklung in den 90er Jahren durch die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen vor allem durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und das Pflegeversicherungsgesetz (PflVG) bekommen. Im Kern setzen beide Gesetze auf die Privatisierung der Trägerstrukturen auf der einen und die fortgesetzte Dezentralisierung der institutionellen Versorgung durch Ausgründungen und Leistungsdiversifizierung auf der anderen Seite mit dem Ziel, durch wachsende Konkurrenz Kostensenkungen zu erreichen.

Dieser radikale Rationalisierungsprozeß bewirkt, daß auch die Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen mit tiefgreifenden Veränderungsanforderungen konfrontiert ist. Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen dieser Veränderungen für die Berufsbildung der Gesundheits- und Sozialberufe waren Thema der Fachtagung 'Gesundheit auf den 10. Hochschultagen Berufliche Bildung' im September 1998 in Dresden. Ziel der Fachtagung war es, die gegenwärtigen Veränderungsprozesse als Chance für eine Modernisierung des Gesundheits- und Sozialwesens aufzugreifen und Perspektiven für eine Reform des Berufsbildungssystems der Gesundheits- und Sozialberufe aufzuzeigen. Dazu wurden in parallelen Arbeitsgruppen zu fünf zentralen Problemstellungen, neuen Qualifikationsanforderungen, Aus- und Weiterbildungsstrategien und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten Erfahrungen und Arbeitsergebnisse aus Berufsbildungsforschung und Berufspraxis vorgestellt und diskutiert.

Früherkennung neuer beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit — Soziales — Erziehung

In diesem Beitrag wird über eine gerade abgeschlossene Untersuchung zur frühzeitigen Dauerbeobachtung der Qualifikationsentwicklung in den personalen Dienstleistungsbereichen Gesundheit, Soziales und Erziehung berichtet¹. Auftraggeber dieser Studie war das Bundesinstitut für Berufsbildung.

Es versteht sich, daß hier nur Aspekte oder Fragmente der Studie referiert werden können. So werden zum einen Hintergrund, Ziel und Aufbau der Untersuchung vorgestellt (Abschnitt A) und zum anderen dies und einige Ergebnisse am Beispiel einer Fallstudie konkretisiert (Abschnitt B). Abschließend soll noch ein kurzer Einblick („Impression“) in den Entwurf eines Früherkennungssystems für innovative Tätigkeitsfelder gegeben werden (Abschnitt C).

A Vorbemerkung

1 Zur Pragmatik der Studie

Die hier referierte Studie ist Bestandteil eines auf Anregung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft derzeit vom Bundesinstitut für Berufsbildung erarbeiteten umfassenden Systems zur Dauerbeobachtung der Entwicklung des Qualifikationsbedarfs. Damit soll eine - im Vergleich zur bisherigen Regelungspraxis - frühzeitigere Identifizierung der veränderten bzw. neuen Qualifikationsanforderungen der Wirtschaft an die Beschäftigten ermöglicht werden. Dadurch kann das Berufsbildungssystem auf solche Innovationen kurzfristiger und flexibler reagieren. In diesem Zusammenhang wurden unter Federführung des BIBB verschiedene methodische und instrumentelle Vorgehensweisen erarbeitet und erprobt und zwar - neben der hier vorgestellten Untersuchung - Unternehmensbefragungen, Stellenanzeigenanalysen, Analysen von schulischen Ausbildungen sowie regionalen Weiterbildungsangeboten, des weiteren ein Referenz-Betriebs-System und ein Expertensystem².

1 MEIFORT B: Entwicklung des Qualifikationsbedarfs für ausgewählte beschäftigungswirksame und innovative Tätigkeitsfelder/Beschäftigungsbereiche, die von den BBiG/HwO typischen Beteiligungsstrukturen nicht erfaßt werden. In: ALEX L. BAU H. (Hrsg.): Wandel beruflicher Anforderungen. Der Beitrag des BIBB zum Aufbau eines Früherkennungssystems. Qualifikationsentwicklung. Qualifikationsreport 1. Bielefeld 1999 sowie

BALS T., BRATER M., HEMMER S., SCHANZE B.: Machbarkeitsstudie IV - Entwicklung des Qualifikationsbedarfs für ausgewählte beschäftigungswirksame und innovative Tätigkeitsfelder/Beschäftigungsbereiche, die von den BBiG/HwO typischen Beteiligungsstrukturen nicht erfaßt werden. München/Osnabrück, Juli 1998 (Manuskript).

2 Siehe dazu die jeweiligen Handouts bzw. Manuskripte auf der Tagung „Früherkennungssystem Qualifikationsentwicklung“ am 13. Mai 1998 in Berlin (s. a. ALEX L. BAU H. (Hrsg.): Wandel beruflicher Anforderungen, a. a. O.).

ALEX L., HOCKE G.: Referenz-Betriebs-System-Umfrage 3/1997. Manuskript, Berlin 1998.

VON BARDELEBEN R.: Unternehmensbefragung. Manuskript, Berlin 1998.

DIETZEN A., KLOAS P. W., WERNER R., WORDELMANN P.: Stellenanzeigenanalyse. Manuskript, Berlin 1998.

ALT C., BORUTTA A., RAMLOW E., SCHOLZ D., TILLMANN H., GOTTSCHALK B.: Analyse von Weiterbildungsangeboten in ausgewählten Regionen. Manuskript, Berlin 1998.

NEUMANN K. H., MAREK S., STILLER I., ADLER T., LENNARTZ D.: Erste Ergebnisse. Qualifikationsangebote über berufliche Vollzeitschulen und Berufsakademien. Manuskript, Berlin 1998.

ADLER T., LENNARTZ D., STILLER I.: „Expertensystem Qualifikationsentwicklung“ - ein Instrument im Rahmen des Früherkennungssystems Qualifikationsentwicklung. Auswertung der Erfahrungen. Manuskript, Berlin 1998.

2 Zielsetzung und Aufbau der Studie

Ziel der hier relevanten Studie war es, Ansätze für ein Beobachtungssystem zu erkunden, mit dem in Zukunft frühzeitig Qualifikationsentwicklungen bzw. Qualifizierungsbedarfe in solchen Tätigkeitsfeldern erkannt werden, die außerhalb der durch staatliche Regelungen, d. h. insbesondere Berufsbildungsgesetz/ Handwerksordnung oder (Länder-)Schulgesetze geregelten Berufen liegen und sich infolgedessen z. B. bei den nach BBiG/ HwO zuständigen Stellen oder den Länder-Kultusbehörden nicht abbilden oder artikulieren.

Ein Früherkennungssystem in diesem Bereich kann jedoch nur dann entwickelt werden, wenn man mehr darüber weiß, wie neue, jenseits der etablierten Berufe liegende Qualifikationsbedarfe im Beschäftigungssystem entstehen, wie sie sich artikulieren, wohin sie sich wenden, wie sie zu befriedigen gesucht werden und welche Wege wann beschritten werden, um entsprechende Reaktionen des Berufsbildungssystems zu erreichen. Kennt man diesen Prozeß genauer, läßt sich auch bestimmen, wo sinnvollerweise Indikatoren für den Qualifikationsbedarf zu finden sein werden und was sie aussagen.

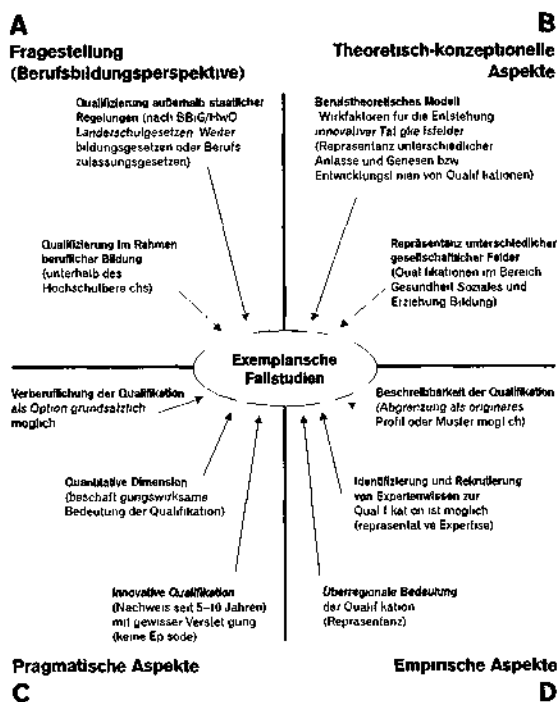
In der Erhellung dieser Zusammenhänge lag die empirische und theoretische Hauptaufgabe der Studie. Dabei erschien es am ökonomischsten, zur Erforschung dieser Verberuflichungsprozesse Fallstudien als „organisierende Prinzipien“ der Untersuchung in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei sollte der jeweilige Verlauf von der Entstehung bzw. der Idee bis hin zur Schaffung von Qualifikationsangeboten Stück für Stück zurückverfolgt und hinsichtlich des Auftretens von typischen Verläufen oder Gesetzmäßigkeiten untersucht werden. Anhand solcher „Fälle“ von heute nachweisbaren innovativen Tätigkeiten und Qualifizierungen sollte also versucht werden, deren Entwicklung ex-post, d. h. im Nachhinein nachzuzeichnen, um herauszuarbeiten, anhand welcher Indikatoren und mit welchen Instrumenten man davon frühzeitig hatte Kenntnis nehmen können. Anhand mehrerer „Fälle“ galt es dann zu prüfen, ob die Befunde zu den jeweils entdeckten Datenquellen generierbar waren.

Die Rekonstruktion solcher beruflicher Qualifikationsentwicklungsprozesse erfolgte hier exemplarisch anhand von Bereichen, die als typische innovative und beschäftigungswirksame Wachstumssektoren gelten, nämlich Gesundheit/ Soziales und Bildung/ Erziehung („Branchenstudie“). Die Realisierung der Fallstudien erfolgte primär in der Form von jeweils ca. 15 Interviews mit den Akteuren, die, dem für die Untersuchung relevanten berufstheoretischen Modell zufolge, an der Entstehung und Entwicklung von innovativen Qualifikationen bzw. Tätigkeitsfeldern beteiligt sind, nämlich

- Beschäftigte, die in den ausgewählten Tätigkeitsbereichen arbeiten,
- Beschäftiger, die Beschäftigte in diesen Tätigkeitsbereichen beschäftigen,
- Abnehmer oder Kunden der innovativen Dienstleistungen bzw. Produkte,
- Verlage von Fachpublikationen als Multiplikatoren von neuen Ideen und neuem Wissen,

Abbildung 1:

Determinanten für die Fallstudien-Auswahl



- Repräsentanten von Verbänden, Behörden und Ministerien als Regulatoren von beruflichen Anforderungen und Qualifikationen sowie
- Aus- und Weiterbildungsstätten als Mediatoren des für die Praxis aufbereiteten neuen Wissens und neuer Erkenntnisse

3 Auswahl der Fallanalysen

Ein wesentlicher Arbeitsschritt im Rahmen der vorliegenden Studie war Auswahl der exemplarischen Fallstudien. Von zentraler Bedeutung war dabei die Frage nach dem theoretischen und praktischen Gewinn für die Generierung eines dauerhaften Früherkennungssystems.

Neben darauf die Berufsbildungsperspektive konzentrierten Fragestellung und damit verbundenen pragmatischen Aspekten wurden daher als auswahlrelevante Kriterien theoretisch-konzeptionelle und empirische Aspekte berücksichtigt. So sollten zum einen staatlich bisher nicht reglementierte Qualifizierungen untersucht werden, die in der Sache als Aus-, Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme rubrizierbar sind, d. h. im Sekundarbereich (Berufsbildung) und nicht im tertiären Bildungssektor (Hochschulbildung) verortet sind. Außerdem zielte die Studie auf verstetigte einschlägige Innovationen, die nicht nur ein episodisches Bildungsangebot bzw. eine solche Tätigkeit repräsentieren und auch perspektivisch eine gewisse beschäftigungswirksame Dimension haben (d. h. Bedarfe). Zum anderen sollten Qualifizierungen untersucht werden, die möglichst unterschiedliche „Wirkfaktoren für die Entstehung innovativer Tätigkeitsfelder“ repräsentieren. Das breite Spektrum unterschiedlicher Induzierungen und Verläufe sollte es ermöglichen, einen relativ „allgemeinen“ Ansatz für ein Früherkennungssystem zu erarbeiten. Daher mußten auch unterschiedliche gesellschaftliche Felder repräsentiert und die überregionale Bedeutung der Qualifikationen gegeben sein. Vorausgesetzt wurde selbstredend auch, daß die Qualifizierungsbeispiele als solche abgrenzbar und beschreibbar sowie als „Berufskonstruktion“ mit entsprechendem Experten- und Verantwortlichemfeld prinzipiell denkbar sind. Die Entscheidung wurde letztlich zugunsten der Fallstudien Operationstechnischer Assistent, Gesundheitsberater, Zertifizierer/Auditor von Bildungseinrichtungen und Lernberater getroffen.¹ Wie angekündigt, wird der Untersuchungsansatz und einige Ergebnisse nun anhand des „Falls“ des „Operationstechnischen Assistenten“ konkretisiert. Auch das kann hier natürlich nur in sehr gekürzter Form geschehen.

B Fallstudie „Operationstechnischer Assistent“ (OTA)

Die Gesprächspartner für die in der ersten Jahreshälfte 1998 letztlich vornehmlich in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Interviews zur Rekonstruktion der Genese der Qualifizierung und Tätigkeit als OTA rekrutierten sich in drei Fällen aus Leitern von Aus- und Weiterbildungsstätten, in weiteren vier Fällen aus dem Kreis der Beschäf-

1. Auf eine systematische Diskussion zur Klärung der Frage „Gesundheits- oder Sozial- oder Bildungs- oder Erziehungsberuf“ wurde hier bewußt verzichtet, da solche Definitionen den in Rede stehenden Qualifikationen aufgrund ihres innovativen Charakters (noch) nicht gerecht werden können.

tiger (hier: Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung), in drei Fällen aus Repräsentanten von Verbänden (GEKA/ Gemeinschaft zur Entwicklung und Konzeption von Richtlinien für die Ausbildung Operationstechnischer Assistentinnen und Assistenten; DKG/Deutsche Krankenhausgesellschaft; ÖTV/ Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr) sowie zwei Gesprächspartnern aus einschlägigen Verlagen (Schlüterscher Verlag Hannover, Bibliomed Verlag Melsungen). Außerdem konnten aus dem Kreis der ersten Jahrgänge von Operationstechnischen Assistenten (Pilotphase), d.h. von Ausbildungsabsolventen drei Beschäftigte für ein Interview gewonnen werden,

1 Empirische Befunde

Grundsätzlich gilt es zunächst darauf hinzuweisen, daß sich im Untersuchungsverlauf die für die Auswahl dieser Fallstudie leitende Annahme, daß die Impulse zur Entwicklung eines neuen Tätigkeitsfeldes im Fall des Operationstechnischen Assistenten primär aus dem Beschäftigungssystem kommen, bestätigt hat; das zentrale Stichwort heißt hier „Personalnotstand“. Bei der weiteren Entwicklung dieser Qualifikation kommen daneben aber auch Gesichtspunkte zum Tragen, die aus innovativen Tendenzen in Wissenschaft, Recht und Technik resultieren; als Stichworte sind hier zu nennen: „Professionalisierung“, „Qualitätssicherung“, „Ambulantes Operieren“ und „Minimal-Invasiv-Chirurgie“,

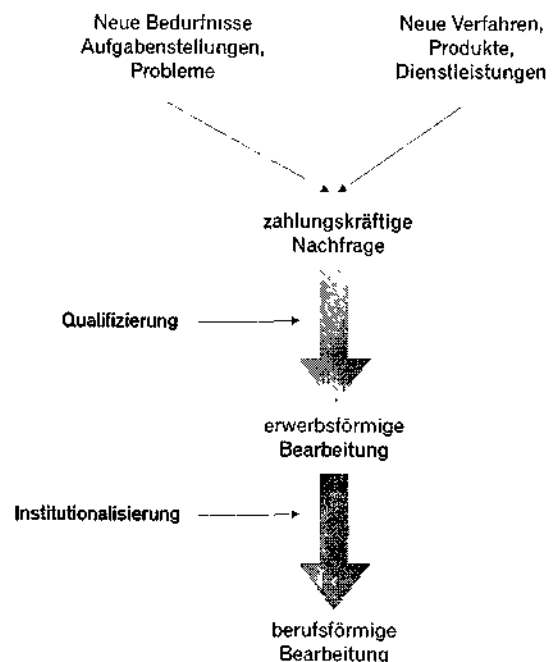
1.1 Entwicklungsimpulse zur Entstehung des Tätigkeitsfeldes

Die ersten nachweisbaren Veröffentlichungen über das Ausbildungsangebot zum Operationstechnischen Assistenten in Deutschland finden sich nach hierzu unternommenen Recherchen Anfang der 90er Jahre in regionalen Tageszeitungen aus dem Raum Köln, Mülheim und Mönchengladbach, Grundlage waren Pressemitteilungen und Annoncen von Krankenhäusern, die einen ökonomisch problematischen Personalmangel im Operationssaal zu verzeichnen hatten¹ und sich durch eigens qualifiziertes Personal eine schnelle Abhilfe versprochen.

Da man den seit Anfang der 70er Jahre existierenden traditionellen Rekrutierungsweg über die Weiterbildung von Krankenpflegepersonen mit fünf Jahren (mindestens drei Jahre Krankenpflegeausbildung und zweijährige - berufsbegleitende - OP-Fachweiterbildung von ca. 800 Theoriestunden) für zu lang und zu teuer, aber auch z.T. als unspezifische Qualifizierung („Krankenpflegeausbildung bereitet nicht auf OP vor“) empfand, wurde eine zunächst zweijährige Ausbildung (zzgl. Anerkennungsjahr) geplant, später dann eine dreijährige Ausbildung gefordert und - zunächst an Krankenanstalten im Rheinland - realisiert.

Ein nicht zu übersehender Aspekt im Zusammenhang der Entstehung des für die Bundesrepublik innovativen Berufsbildes ist der Verweis auf das Vorhandensein ähnlicher Qualifizierungen im (europäischen) Ausland, So gibt es die vergleichbare Qualifizierung zum Operationsassistenten (OA)² in den Niederlanden schon seit 20 Jahren und sie existiert auch in der Schweiz (TOA/Technische Operationsassistenten), In den Interviews findet sich daher auch der Hinweis auf die geforderte Freizügigkeit im Dienstleistungssektor

Abbildung 2:
Voraussetzungen für die Entstehung
eines neuen beruflichen Tätigkeitsfeldes



- 1 Das Stillstehen operativer Arbeitsplätze („Schlüsselkapazität“) hat Auswirkungen auf weitere Funktionsbereiche sowie den Bettenbereich von stationären Einrichtungen
- 2 Interessant ist, daß diese Ausbildung auch in den Niederlanden nach den dortigen Rechtsnormen kein anerkannter Ausbildungsberuf ist

der Europäischen Union (EU), d h die prinzipielle Möglichkeit auf einen einschlagigen OP-Arbeitsplatz in allen EU-Ländern¹ Hinsichtlich der Entstehung des Tätigkeitsfeldes und Quahfikations-profi ls OTA ist in grundsätzlicher Hinsicht auch von Interesse, daß Entstehung und Entwicklung weitgehend ohne bzw erst sehr späte Mitwirkung von externen Experten, Wissenschaftlern Administra tionen u a vonstatten gingen Mit Ausnahme der Deutschen Kran kenhausgesellschaft und ggf einzelner Krankenkassen waren in der Anfangsphase auch andere einschlagige Verbände und Institu tionen so gut wie gar nicht beteiligt Besonders interessant daran ist daß auch die ansonsten im Gesundheitswesen stets präsenten Standesvertretungen der Heilberufe, insbesondere der Ärzte hier offensichtlich nicht mvolviert waren

1.2 Phasen der Verberuflichung

Im Hinblick auf die Verberuflichung der Qualifikation Operation stechnischer Assistent lassen sich zwei Phasen ausmachen, deren Markierungen zum einen der Anfang der 90er Jahre durchgeführte Pilotversuch und zum anderen die 1996 erlassene einschlagige Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft darstellt In der Anfangsphase der Verberuflichung mußten die Initiativen zur Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten insbesondere mit dem Widerstand vieler Pflegedienstleitungen rechnen, die nicht am „eigenen Ast“ sagen wollten So wurde zB versucht, über die Betonung der praoperativen Pflegevisite oder der Pflegeplanung im OP das Tätigkeitsfeld der Operationstechnischen Assistenten weiterhin als Pfl egetätigkeit zu reklamieren² Zur Vermeidung von solchen und ähnlichen Konflikten vermieden es die Initiatoren zunächst bewußt, ihre Aktivitäten durch z B Tagungen oder Zeit schnftenbeiträge in die Fachdiskussion einzubringen Über individuelle Kontakte und Gespräche hinaus war der einzige offizielle Schritt zunächst die Gründung der Arbeitsgemeinschaft GEKA (Gemeinschaft zur Entwicklung und Konzeption von Richtli nien für die Ausbildung Operationstechnischer Assistentinnen und Assistenten), womit ein erstes klassisches Verberuflichungs- bzw Professionalisierungsinstrument nachgewiesen werden kann Damit war ein Rahmen vorhanden, in dem sich die existierenden OTA Schulen regelmäßig treffen konnten, und der aufgrund person liehen und institutionellen gegenseitigen Kennens eine kohärente Weiterentwicklung der Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten sicherstellen helfen sollte Außerdem fanden Gespräche mit einzelnen Krankenkassen mit dem Ziel statt, den OTA Schulern eine Ausbildungsvergütung analog der Krankenpflege zu zahlen, wozu sich diese offensichtlich bereit erklärten Einen quantitativen und qualitativen Schub erhielt die OTA-Ausbil düng und Tätigkeit offensichtlich durch die Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)³ Dies hängt mit dem zwar rechtlich nicht herleitbaren, faktisch aber vorhandenen zentralen Stellenwert dieser Institution für Fragen der beruflichen Qualifizierung im Gesundheitswesen (insbesondere von sog Kran kenhausberufen) zusammen⁴

Mit der Zielsetzung, den Stellenwert und die Bedeutung der Opera tionstechnischen Assistenten in den Krankenhäusern und der (Fach Öffentlichkeit entscheidend zu verbessern, wurde durch Überarbeitung der schon vorhandenen AusbildungsregeJungen der

- 1 MUTHING M Verhindern föderalistische OPWeiterbildun gen in Deutschland eine zukünftige europäische Zusammen arbeit'In Die Schwester/Der Pfleger 8/95 S 678 682
- 2 Vgl RICHTER H Operationstechnische Assistent/innen in Deutschland-Eine Ausbildung etabliert sich In DieSchwe ster/Der Pfleger 5/97 S 407 vgl auch SCHONIGER U JARZOMBK U SIELSCHOTT M WIEMANN J Untersu chung zu den pflegenschen Arbeitsbereichen im Operations dienst-1 Teil In Die Schwester/Der Pfleger 5/98 S 398 403
- 3 Vgl z B GOLOBEK G Die DKG und der Pflegedienst in den Krankenhäusern -Aufgaben der DKG und Entwicklung in den Krankenpflegeberufen In Die Schwester/Der Pfleger 4/1994 S 317 321
- 4 So formuliert einer der Befragten im Hinblick auf die OTA Ausbildung explizit „Die DKG Anerkennung ist wichtiger alseinstaatlicheAnerkennung

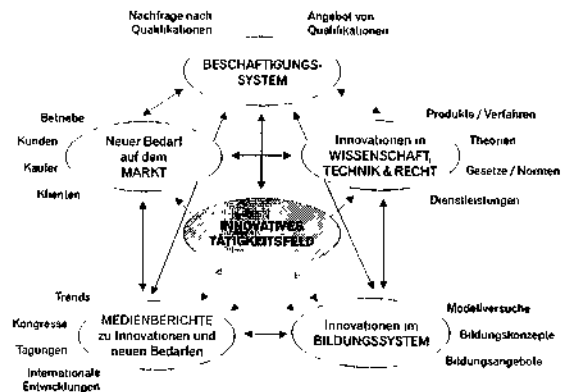
Krankenanstalten in Mülheim, Köln und Mönchengladbach sowie der Berücksichtigung von vergleichbaren Regelungen in den Niederlanden und der Schweiz eine DKG-Richtlinie für die Operationstechnischen Assistenten erarbeitet. Im Juni 1996 hat der DKG-Vorstand die Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten (OTA) verabschiedet (Inkrafttreten zum 1. August 1996) mit der Maßgabe, daß die DKG-Weiterbildungsempfehlung von Krankenpflegepersonen für den Operationsdienst vom 27. November 1979 weiterhin in Kraft bleibt. Sie hat dabei auch beschlossen, daß - solange eine bundesweite Regelung oder in einem Bundesland eine landesweite Regelung der Ausbildung im Sinne dieser Empfehlung nicht besteht - die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Anerkennung der Schulen nach Maßgabe dieser Empfehlung vornimmt. Nach Verabschiedung und Veröffentlichung der DKG-Richtlinie wurde die Zurückhaltung gegenüber der (Fach-)Öffentlichkeit aufgegeben. So fand im Oktober 1996 in Köln eine vom OTA-Schulträgerverband in Kooperation mit der DKG durchgeführte Informations- und Diskussionsveranstaltung zur OTA-Ausbildung statt; ein anderes Forum war z.B. der im selben Jahr in Mannheim durchgeführte DBfK-Kongreß zu den Funktionsdiensten. Damit wurden auch die zunächst vermiedenen Konflikte mit insbesondere Pflegeberufsverbänden deutlich, die diese Qualifizierungsmaßnahme nun nicht mehr übersehen konnten (z.B. Stellungnahmen des DBfK 9/96, des Bundesausschusses der Lehrerinnen/ Lehrer für Pflegeberufe 11/96 und der Gewerkschaft Pflege). Forum für die kontroverse Diskussion waren z.B. die Zeitschrift „Die Schwester/ Der Pfleger“ und die DKG-Zeitschrift „das Krankenhaus“; vereinzelt wurden auch die Zeitschriften „Pflege“ (DBfK) und „Heilberufe“ genannt, sowie Pflege-server bzw. Homepages im Internet.

1.3 Ist-Stand und Zukunftsperspektiven

Trotz des inzwischen eingetretenen Wandels der Situation im Beschäftigungssystem, d.h. der weitgehenden Behebung des Personalnotstandes in den Operationsabteilungen der Krankenhäuser, scheint sich das Berufsbild und Tätigkeitsfeld des Operationstechnischen Assistenten zunehmend zu etablieren.¹ So existieren inzwischen im Bundesgebiet ca. 30 Schulen für Operationstechnische Assistenten, im Regelfall angesiedelt an Aus- und Weiterbildungsstätten konfessioneller und staatlicher Trägerschaft, die bisher insbesondere für Krankenpflege aus- und weiterbilden. Hier steht dann i.d.R. die OP-Fachweiterbildung für Pflegekräfte zur Disposition, Einzelne befragte Experten gehen davon aus, daß die Fachkrankenschwester bzw. der Fachkrankenschwester für den OP im Zuge der weiteren Entwicklung früher oder später verschwinden wird. Zu verdanken ist die expansive Entwicklung der OTA-Qualifikation nicht zuletzt der Verschiebung der Argumentation in Richtung Qualitätssicherung.²

Die qualitative Weiterentwicklung der Ausbildung kommt allerdings nicht wie gewünscht voran.¹ Zwar erstellt die Arbeitsgruppe GEKA, aus der in Kürze ein Verband werden soll, zur Zeit einen Stoffverteilungsplan auf Basis der o.g. DKG-Richtlinie. Auch bemüht man sich um die Aufnahme des Berufsbildes Operationstechnischer Assistent in die Liste der Berufe nach § 2 Abs.1 KHG und in die Grundsätze der Pflegesatzregelungen nach § 17 Abs. 4 KHG, Darüber

Abbildung 3:
Wirkfaktoren für die Entstehung
innovativer Tätigkeitsfelder



1 Der Operationstechnische Assistent wird in einer Ende 1997 erschienenen von der DKG herausgegebenen Veröffentlichung als einer von 42 Krankenhausberufen geführt (vgl. DKG (Hrsg.) Berufsbilder im Krankenhaus 42 Berufe stellen sich vor Dusseldorf 1997)

2 Vgl. z.B. Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) Leitfaden zur Einführung von Qualitätssicherung pflegischer Arbeit im Operationsdienst Bonn 1997, EBBEKE, P., Qualitätssicherung pflegischer Arbeit im OP-Einführung und theoretische Grundlagen In Die Schwester/ Der Pfleger 2/98, S. 96-102

hinaus soll die Ausbildungsvergütung für die OTA-Schüler durch eine verbindliche Vereinbarung mit den Krankenkassen gemäß § 9 Abs 1 BPflV abgesichert werden

Dagegen scheint sich im Hinblick auf die angestrebte tarifliche Eingruppierung (analog der Krankenpflege)² im Augenblick nichts zu tun, ungeklärt sind bisher auch Fragen zur Anerkennung und Abwicklung von Berufskrankheiten usw. Einen Verband der berufstätigen Operationstechnischen Assistenten, der sich hier engagieren konnte, gibt es noch nicht. Auch das Bemühen um eine staatliche Anerkennung der Ausbildung auf Landesebene oder Bundesebene blieb bislang erfolglos. Entsprechende Anfragen beim z. B. nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) sind genauso abschlägig beschieden worden wie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

2 Relevante Ergebnisse im Hinblick auf ein Früherkennungssystem

Nun zu der Frage, nach den Anhalts- und Ansatzpunkten, die sich aus dieser Rekonstruktion der Genese und Entwicklung der Qualifizierung und Tätigkeit als OTA für den Untersuchungszweck („Früherkennungssystem“) gewinnen lassen. Sowohl die dazu nachweisbaren Unterlagen als auch die interviewten Gesprächspartner verweisen zunächst in der R auf den „Personalnotstand“ im Operationssaal als Motiv für die Initiativen zur Entwicklung des OTA Berufsbildes und Tätigkeitsfeldes.

Für die Generierung eines Früherkennungssystems wichtiger aber erscheint die Tatsache, daß die Argumentation zugunsten dieses neuen Berufsbildes sich auf das Vorhandensein vergleichbarer Qualifizierung im (europäischen) Ausland (Niederlande, Schweiz) und die dortige langjährige Bewahrung beruft. Eine solche internationale Orientierung ist im übrigen für die meisten deutschen Gesundheitsfachberufe gangiger als die Perspektive auf das deutsche Berufsbildungssystem. Trotz der berechtigten Forderung nach einer reflektierten Rezeption solcher „Vorbilder“ erscheint es gerade vor dem Hintergrund der europäischen Harmonisierungs- und Einigungsbestrebungen erforderlich, Berufsentwicklungen im Gesundheitswesen insbesondere der europäischen Nachbarstaaten (derzeit speziell der Niederlande) hinsichtlich des Vorhandenseins oder Auftretens neuer beruflicher Qualifizierungen systematisch zu beobachten³.

Für ein Früherkennungssystem interessant ist des Weiteren, daß für Innovationen wie die zum Operationstechnischen Assistenten eine oder ggf. mehrere Einzelpersonen, die dafür zunächst keine einschlägige besondere Funktion haben, eine so entscheidende Rolle spielen. Andererseits ist eine solche Genese für viele heutige Berufe des Gesundheitswesens typisch und damit ggf. generalsierbar. So gilt, um ein aktuelleres Beispiel zu geben, AHNEFELD als „Vater“ des 1989 gesetzlich normierten Berufsbildes „Rettungsassistent“, bei KIRCHBERGER finden sich ähnliche Hinweise zur Ausbildung Medizinisch technischer Assistenten.¹ Die Gefahr aus der Perspektive der Berufsbildung ist, daß hier lediglich auf tragerspezifische oder lediglich regionale Bedürfnisse rekurriert wird, und kein echter Beruf entsteht,² der z. B. die Mindeststandards für Berufe erfüllt, wie sie z. B. das Bundesinstitut für Berufsbildung bereits in den 70er Jahren formuliert hat. Das Problem für ein Früherken-

- 1 Schulbuchverlage halten sich bezüglich der OTA Ausbildung noch zurück zum einen wegen wirtschaftlicher Zweifel und zum anderen weil noch einschlägige Autoren fehlen
- 2 Ausbildungsvergütung von ca. DM 1.250 bis DM 1.500 anschließende Vergütung nach Kr. V. ca. DM 3.500 (Stand Januar 1997) vgl. RICHTER H. Operationstechnische Assistent/innen in Deutschland - Eine Ausbildung etabliert sich - In: Die Schwester/Der Pfleger 5/97 S. 408 GOLOBEK G. Operationstechnische Assistentin/Operationstechnischer Assistent Wissen welches Instrument jetzt gebraucht wird In: DKG (Hrsg.) Berufsbildern im Krankenhaus 42 Berufe stellen sich vor Düsseldorf 1997 S. 37
- 3 In den Niederlanden gibt es neben dem OTA z. B. auch einen Anästhesietechnischen Assistenten (ATA)

nungssystem ist, daß diese „Schlüsselpersonen“ bzw. „Opinion-leader“ erst im Nachhinein identifizierbar werden und einer systematischen Erfassung in den Anfängen solcher Initiativen kaum zugänglich sind.

Ersatzweise könnte hier aber die Auswertung der regionalen Tagespresse (zumindest größerer Städte) produktiv sein, in denen im Fall der Operationstechnischen Assistenten über das Ausbildungsangebot und Tätigkeitsfeld berichtet wurde, bevor sich die Initiatoren - mit beabsichtigtem zeitlichen Verzug - über die Fachpresse in die Fachdiskussion eingebracht haben.

Erst im Verlauf der Etablierung einer solchen insbesondere durch Impulse aus dem Beschäftigungssystem initiierten innovativen Qualifizierung im Gesundheitswesen kommen, wie die Fallstudie zum Operationstechnischen Assistenten zeigt, Institutionen ins Spiel. Dabei muß man sich vergegenwärtigen, daß Berufsbildung im Gesundheitswesen nicht als Bildungsangelegenheit oder-politik begriffen wird, sondern fast durchgängig als Angelegenheit des Gesundheitswesens, d.h. der Gesundheitspolitik. Man wendet sich also an einschlägige Gesundheitsinstitutionen, Verbände und Ministerien, wobei zumindest für die in stationären Einrichtungen verrichteten Tätigkeiten bzw. Berufe die Deutsche Krankenhausgesellschaft, in der alle Krankenhausverbände vertreten sind, als „zuständig“ angesehen wird und sich auch offensichtlich selbst so sieht (Erlaß von Empfehlungen, Anerkennung von Schulen usw.). Dieses Prozedere könnte sich ein Früherkennungssystem systematisch zu Nutze machen,

Eine weitere Gattung von für ein Früherkennungssystem im Gesundheitswesen relevanten Institutionen sind Sozialversicherungsträger oder die Krankenkassen, mit denen zumindest im Fall der Operationstechnischen Assistenten seitens der Initiatoren in einem relativ frühen Stadium über die Ausbildungsfinanzierung einschließlich der Ausbildungsvergütung verhandelt wird. In diesem Zusammenhang könnten auch Daten der Arbeitsverwaltung von Interesse sein, die z.B. im Falle der Anerkennung als „Mangelberuf“-was bei den Operationstechnischen Assistenten den Erhebungen zufolge bisher nicht der Fall war-für die Maßnahme Fördermittel in Aussicht stellen kann, und daher von den Initiatoren ebenfalls recht frühzeitig kontaktiert werden könnte.

Die letzte Ebene sind dann auf Länderebene die Gesundheitsdezenten in Bezirksregierungen oder Gesundheitsministerien der Länder oder das Bundesministerium für Gesundheit, wobei für das Früherkennungssystem - unabhängig von einer Anerkennung/Genehmigung - allein schon die Tatsache einer entsprechenden Anfrage von Interesse ist. Daß sich die Initiatoren an die o.g. Administrationen wenden heißt nämlich nicht, daß zu diesem Zeitpunkt bereits auch die Berufsbildungsöffentlichkeit davon Kenntnis genommen hat.¹

C Früherkennungssystem für innovative Tätigkeitsfelder und Qualifikationen

Wie einleitend erwähnt, wurden auf Basis der Fallstudien Schlußfolgerungen im Hinblick auf den möglichen Aufbau eines Beobach-

- 1 KIRCHBERGER S. Medizinisch-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung Zur Berufsgeschichte der MTA. Frankfurt/New York 1986
- 2 Beispiel- Zytologieassistent

tungssystems für die Qualifikationsbedarfsentwicklung in den hier in Rede stehenden beschäftigungswirksamen und innovativen Berufs- und Tätigkeitsfeldern gezogen

Im folgenden wird daher noch kurz auf den in der vorgestellten Studie unternommenen Versuch eingegangen, beispielhaft ein branchenspezifisches Strukturmodell der Früherkennung zu skizzieren, das zugleich deutlich macht, wie ein Früherkennungssystem in seiner Gesamtheit aussehen konnte und zu welchen Bedingungen es realisierbar ist („Impression“)

Ein Beobachtungssystem, das die Früherkennung beschäftigungswirksamer innovativer Tätigkeitsfelder in den Bereichen Erziehung/ Bildung sowie Gesundheit/ Soziales zum Ziel hat mußte nach den Erkenntnissen der vorliegenden Untersuchung in mehreren Stufen aufgebaut werden

In gleichsam aktualgenetischer Art und Weise wird zunächst der „Hintergrund“ der Innovation sichtbar (1. Stufe), bevor sich dann die „Figur“ der jeweils in Rede stehenden Qualifikation abzeichnet. Dies geschieht erst vorgestaltlich, in diesem Stadium ist die Qualifikation ggf. als Entwurf vorhanden bzw. in Konturen erkennbar, allenfalls als Modellversuch spruchreif (2. Stufe). Erst danach erhält die Qualifikation ihre Gestalt, ist nach außen abgegrenzt und nach innen differenziert, damit „greifbar“ und als solche selbst direkt nachweisbar (3. Stufe). Erfahrungsgemäß beginnt in den untersuchten Fällen erst dann die Diskussion bzw. Entscheidung über die berufsbildungspolitische Verortung (4. Stufe).

Ein Früherkennungssystem muß sich an diesem Prozeß orientieren, d.h. in der 1. Stufe ist die Bestimmung von Indikatoren und die Auswertung der Informationen noch recht spekulativ, die Indikatoren der 2. Stufe können die Qualifikation i. d. R. nur indirekt bzw. mittelbar erfassen, ein direkter, unmittelbarer Zugriff auf die innovativen Qualifikationen ist erst in der 3. Stufe möglich. Wenn das berufsbildungspolitische Engagement nicht erst einsetzen soll, wenn die „Würfel schon gefallen sind“ (4. Stufe), erscheint es angebracht, sich in diesen gleichsam „aktualgenetischen Prozeß“ schon frühzeitig „einzuklinken“ und entsprechende Indikatoren für die ersten drei Stufen zu bestimmen.

Für eine wirklich frühzeitige Erfassung und Reaktion auf innovative Qualifikationsentwicklungen reicht es also nicht, allein auf einer Ebene anzusetzen, auf der der Verberuflichungsprozeß bereits relativ plastisch erkennbar, weil bereits weit fortgeschritten ist (wie z.B. bei Weiterbildungsangeboten, Stellenanzeigen etc.). Insbesondere an den Beispielen *Lernberater* einerseits und *Operationstechnischer Assistent* andererseits ließ sich z.B. nachweisen, daß bereits seit längerem frühzeitig entsprechende Entwicklungen z.B. Informationen im Ausland vorhanden waren und in Sachbüchern diskutiert wurden, ohne daß ein direkter Beruflichkeitsbezug von vornherein erkennbar war.

Soweit der kursorische Überblick zur Konzeption eines Früherkennungssystems, das auf den anhand der untersuchten Fallstudien gewonnenen Erkenntnissen zur Früherkennung beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit/ Soziales und Erziehung aufbaut.

1. Beispielsweise durfte der Berufsbildungsforschung trotz entsprechender Vorgänge im BMG über Initiativen zu einem Berufszulassungsgesetz für die *Medizinische Fußpflege* bisher wenig bekannt sein.

Probleme der Verrechtlichung der Berufsbildung für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen*)

1 Aufgabe und Funktion der Verrechtlichung von Berufsbildung

Rechtliche Regelungen spielen in der Berufsbildung in Deutschland eine große Rolle; das hängt damit zusammen, daß dem Beruf in der Bundesrepublik eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Der „Beruf“ hat hier - im Unterschied zu vielen anderen Ländern - eine zentrale gesellschaftsstrukturierende Funktion. Er strukturiert nicht nur (gesellschaftliche) Arbeit „berufsförmig“, sondern er prägt das gesamte Gesellschaftssystem und hat weitreichende Wirkungen bis in das soziale Sicherheitssystem und bis in die Rechtsprechung hinein.

Aus diesem Grund gelten für die Konstruktion von anerkannten Berufen in der BRD gesellschaftlich verfaßte Grundregeln und Prinzipien.

Dazu gehört zum einen, daß der „anerkannte Beruf“ hinsichtlich Funktion, Aufbau und Ziel keine willkürliche Interpretation zuläßt, sondern ein eindeutig definiertes und abgrenzbares Profil beinhaltet,

Zum Zweiten soll der „anerkannte Beruf“ sicherstellen, daß die Berufsinhaber über ein spezifisches Bündel an generellen und fachlichen Qualifikationen verfügen, das so breit und fachlich auf so hohem Niveau steht, daß es zu qualifizierter, d.h. zu autonomer und in sich vollständiger Facharbeit befähigt. Maßstab dafür ist „berufliche Handlungsfähigkeit“, die mit Abschluß der Ausbildung erreicht sein muß.

Zum Dritten schließlich sollen rechtliche Regelungen der Berufsbildung ein Mindestmaß an Transparenz und ein Mindestmaß an Qualität gewährleisten - und zwar für drei Seiten:

- für die **Betriebe** im Beschäftigungssystem,
- für die **Absolventen** des Berufsbildungssystems
- sowie für die **Abnehmer der Leistungen** und Produkte, also für die Kunden,

Für den Betrieb sollen rechtliche Regelungen in der Berufsbildung sicherstellen, daß er relativ verlässlich kalkulierbare Qualifikationsniveaus der Berufsinhaber erwarten kann,

Die **Kunden** können mit Blick auf die geregelte berufliche Bildung bei anerkannten Berufen auf eine Mindestqualität der erworbenen Qualifikationen vertrauen und damit relativ verlässlich mit qualifizierter Arbeit rechnen,

Die **Berufsbildungsabsolventen** können darauf bauen, daß bei einer geregelten Berufsbildungsmaßnahme bestimmte Qualitäts-

mindeststandards eingehalten werden. Zugleich sichert ihnen die tarifliche Zuordnung der anerkannten Berufsabschlüsse zum Beschäftigungssystem einen relativ verlässlichen Marktwert der erworbenen Qualifikationen.

Wird der betreffende Beruf allerdings nur in einem oder in wenigen Bundesländern anerkannt und geregelt und sind die Regelungen der Bundesländer auch noch völlig unterschiedlich, dann sind Transparenz und Verlässlichkeit über die tatsächlich vorhandenen Qualifikationen für alle drei Seiten begrenzt. Das bedeutet umgekehrt, daß Vielfalt und Uneinheitlichkeit von Rechtsnormen und Regelungen zu Unübersichtlichkeit und damit letztlich zu Rechtsunsicherheit führen,

Daraus folgt: Je uneinheitlicher die Standards für die Gestaltung und Durchführung beruflicher Bildung, desto geringer ist die Transparenz und die Sicherheit, daß bundesweit ein Mindestmaß an gleichen Lebenschancen besteht. Um i.S. des Grundgesetzes eine Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse herzustellen und zu sichern, müssen deshalb regionale Disparitäten bei den Bildungs- und Erwerbschancen beseitigt werden. Das setzt zumindest die Anwendung vereinheitlichter Standards für die Gestaltung von Aus- und Weiterbildungsberufen und Bildungsgängen voraus.

2 Bildungsstrukturübersicht

Um die Regulationssituation der Berufsbildung im Gesundheitswesen und die Probleme ihrer Verrechtlichung verständlich zu machen, soll zunächst anhand einer Strukturübersicht über den Aufbau des Gesamtbildungssystems aufgezeigt werden, wo Berufsbildung generell durchgeführt wird und wo Berufsbildung speziell für Gesundheits- und Sozialberufe im Bildungssystem zu verorten ist (vgl. Abbildung 1),

Berufsbildung findet in verschiedenen Bereichen bzw. auf verschiedenen Niveaus des Bildungssystems und an verschiedenen Orten statt, bislang im wesentlichen in der Sekundarstufe II im sogenannten dualen System und in vollzeitschulischen Berufsbildungsgängen (vgl. Abbildung 2),

Daneben vermitteln auch bestimmte Sparten der Oberschulen und Gymnasien berufsbezogene Bildung, aber in der Regel ohne beruflich verwertbare Abschlüsse.

Berufliche Bildung vermitteln auch Fachschulen, Fachhochschulen und Hochschulen, die zum tertiären Bereich zählen. (Korrekterweise werden in der Übersicht der KMK deshalb die Studienabschlüsse als berufsqualifizierende Abschlüsse bezeichnet.) Zunehmende Bedeutung für die Berufsbildung erhält darüber hinaus der Bereich der Weiterbildung.

Die Ausbildung zu den Gesundheitsberufen findet überwiegend in berufsbildenden Schulen im Sekundarbereich II statt, in der hier wiedergegebenen Übersicht der KMK sind diese berufsbildenden Schulen, in denen im wesentlichen Gesundheitsberufe ausgebildet werden, nicht aufgeführt. Das mag unterschiedliche Gründe haben: Zum einen kann das daran liegen, daß die sogen. „Schulen des Gesundheitswesens“ formalrechtlich nicht eindeutig im Gesamtbildungssystem der Bundesrepublik zu verorten sind, Vielmehr nimmt die Berufsbildung für Gesundheitsberufe eine Sonderstellung im Bildungswesen ein. Zum anderen mag das in der-quantitativ

Abbildung 1:
Bildungsstrukturübersicht nach KMK

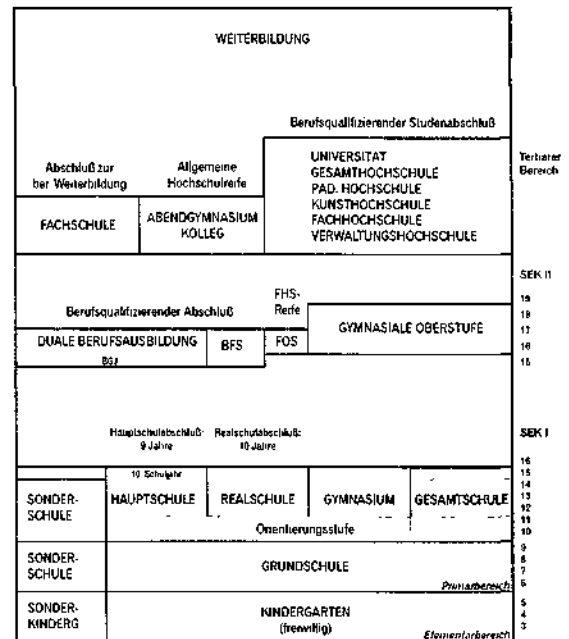


Abbildung 2:
Berufsbildung im Bildungssystem

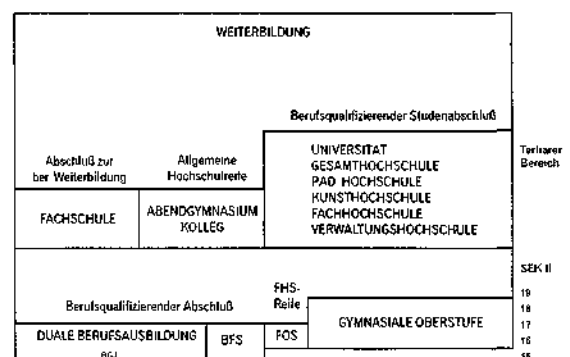
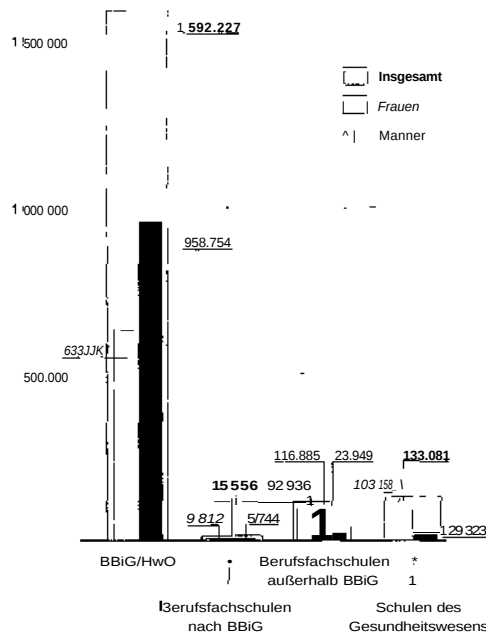


Abbildung 3:
Auszubildende nach Qualifikationssystem



betrachtet - marginalen Rolle der Berufsbildung für Gesundheitsberufe begründet sein. Von der Zahl der Auszubildenden her spielen diese Schulen nämlich nur eine geringe Rolle. Im Bereich der „Berufsfachschulen“ allerdings sind sie quantitativ die stärkste Schulform.

Diese Gewichtung der verschiedenen Sektoren der Berufsbildung in der Bundesrepublik wird erst deutlich, wenn man sich die quantitative Verteilung der Auszubildenden auf die einzelnen Sparten des Berufsbildungssystems ansieht (vgl. Abbildung 3):

Danach durchlaufen 85,7% aller Auszubildenden, das sind etwa zwei Drittel einer Jahrgangsstufe, eine Berufsbildung im dualen System. Nur 14,3 Prozent befinden sich in einer Ausbildung in der vollzeitschulischen Berufsbildung; davon die Hälfte, nämlich 7,2% in den Schulen des Gesundheitswesens. Mit insgesamt 14,3% aller Auszubildenden macht die vollzeitschulische Berufsbildung zwar nur einen verschwindend geringen Anteil aus. Dennoch ist dieser Bildungs- und Berufsbereich mit vollzeitschulischer Berufsbildung ganz überwiegend um Frauendominanz im Berufsbildungssystem handelt. Wenn im Folgenden nämlich von Problemen der Verrechtlichung der Berufsbildung in diesem Feld die Rede ist, liegt die besondere bildungspolitische Bedeutung dieser Problematik darin, daß es sich dabei immer um bildungsrechtlich bedingte Probleme in der Berufsbildung überwiegend für Frauen handelt.

Damit soll nun zunächst der Frage nach den Rechtsnormen, die für die unterschiedlichen Berufe und Bildungsbereiche gelten, nachgegangen werden.

3 Berufsstrukturübersicht

Abbildung 4:
Gesundheitsberufe nach Berufsbereichen

Berufsbereich	Berufsbezeichnungen	Ausbildungsdauer	Regelungsart
Prävention	Diatassistent/in	3 Jahre	Bundesregelung
	Schwimmer/in	3 Jahre	BBiG
Primärversorgung	Arzthelfer/in	3 Jahre	BBiG
	Zahnarzthelfer/in	3 Jahre	BBiG
	Tierarzthelfer/in	3 Jahre	BBiG
	Rettungsassistent/in	2 Jahre	Bundesregelung
	Rettungsassistent/in	520 Std	Empfehlung
Diagnostik	MTA Labor	3 Jahre	Bundesregelung
	MTA Radiologie	3 Jahre	Bundesregelung
	MTA Funktionsdiagnostik	3 Jahre	Bundesregelung
	Veterinärmedizinische/r Assistent/in	2 Jahre	Bundesregelung
	Zytologie Assistent/in	2 Jahre	Länderregelung
	Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in	2 Jahre	Bundesregelung
	Neurologische/r Assistent/in	3 Jahre	Länderregelung
Pflege	Krankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesregelung
	Kinderkrankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesregelung
	Krankenpflegehelfer/in	1 Jahr	Bundesregelung
	Häufel/Entbindungspfleger	3 Jahre	Bundesregelung
	Altenpfleger/in	2 Jahre	Länderregelung
	Altenpflegehelfer/in	1 Jahr	Länderregelung
	(Haus- und) Familienpfleger/in	2 Jahre	Länderregelung
	Heilpraktiker	1 bis 2 Jahre	Länderregelung
	Heilpraktiker	2 bis 3 Jahre	Länderregelung
	Heilpraktiker	1 Jahr	Länderregelung
Rehabilitation	Masseur/in/med. Bademeister/in	2,5 Jahre	Bundesregelung
	Physiotherapeut/in, Krankengymnast/in	3 Jahre	Bundesregelung
	Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/in	3 Jahre	Bundesregelung
	Logopäde/in	3 Jahre	Bundesregelung
	Orthoptist/in	3 Jahre	Bundesregelung
Erziehung	Kindergarten	3 Jahre	Bundesregelung
	Kindergarten	3 Jahre	Bundesregelung
Hauswirtschaft	Hauswirtschaftler (städtisch/ländlich)	1 Jahr	BBiG
	Hauswirtschaftsleiter/in	3 Jahre	Länderregelung
	Hauswirtschaftliche Assistentin	3 Jahre	Länderregelung

Es gibt im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Aus- und Weiterbildungsberufen und für sie eine noch größere Vielzahl von Berufsbildungsvorschriften auf zum Teil sehr unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. Anhand einer Berufsstrukturübersicht läßt sich beispielhaft aufzeigen, um welche Berufe es sich konkret im Berufsfeld Gesundheit handelt (vgl. Abbildung 4).

Welche Probleme verbergen sich hinter dieser Berufsstruktur?

- Die hier vorgenommene empirisch-analytische Strukturierung der Berufe nach Leistungsbereichen und inhaltlicher Verwandtschaft suggeriert eine Systematik der Berufsstruktur, die in der Realität nicht gegeben ist. Tatsächlich sind die Berufe sowohl horizontal als auch vertikal sehr stark zersplittert und eng spezialisiert. Ihre Profile grenzen sich nur marginal und sehr unscharf gegeneinander ab - und die dahinter stehenden Qualifikationsbündel erweisen sich als unspezifisch. Mit anderen Worten: Das Ziel der Verrechtlichung in der Berufsbildung, Klarheit über Aufgaben, Funktion und Qualifikationen der geregelten Berufe zu schaffen, ist in der Realität nicht gewährleistet.
- Obwohl in dieser Berufsfeldübersicht nur eine Auswahl geregelter Ausbildungsberufe des Gesundheits- und Sozialwesens dargestellt wird, spiegelt sich darin sehr deutlich die bislang ungeklärte inhaltlich-systematische Frage, was Gesundheitsberufe sind, bzw. was darunter verstanden werden könnte, müßte und/oder sollte:

- Mit der Aufnahme von Sport- und Ernährungsberufen in die Gruppe der Präventionsberufe und mit den Hauswirtschafts- und Erziehungsberufen wird ein sehr breit gefaßter Gesundheitsbegriff verdeutlicht:
- Bei den Präventionsberufen und den Erziehungsberufen ist der berufliche Auftrag, zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung beizutragen, eher unstrittig; ebenso unstrittig dürfte die auf die Person bezogene Orientierung in der Arbeit sein;
- Bei den Hauswirtschaftsberufen ist es demgegenüber seit längerem eine zentrale Frage, ob hierin Paradigmenwechsel vom Sachbezug zum Personenbezug stattfindet; zumindest in der Weiterbildung zur Fachhauswirtschaft als spezieller häuslicher Betreuungsberuf für Hilfebedürftige kommt ein solcher Paradigmenwechsel bereits deutlich zum Ausdruck.
- (Noch) nicht enthalten sind in dieser Berufsfeldübersicht die Berufe der sogenannten Gesundheitshandwerke, die nach BBiG/HwO geregelt sind: Hier stellt sich die Frage, ob die Gesundheitshandwerke überhaupt zum Berufsfeld Gesundheit zu zählen sind, weil i.d.R. der Sachbezug bei der inhaltlichen Arbeit im Vordergrund steht und (mit Ausnahme vielleicht von Optikern und Gehörgeräteakustikern) weniger der direkte Personenbezug.
- Ebenfalls (noch) nicht aufgenommen sind Körperpflege, Kosmetik und Fußpflege: Berufliche Aufgaben und Qualifikationsprofile dieser Berufe sind teilweise in denen vorhandener Gesundheitsberufe enthalten bzw. sind zum Teil als spezielle Weiterbildungsberufe geregelt.
Hier handelt es sich also um typische Schnittstellenberufe. Damit stellt sich wieder ein anderes Problem der Verrechtlichung, nämlich die Frage,
 - wo die zunehmend an Bedeutung gewinnende Schnittstellenproblematik in Berufsprofile und Berufsbildungsgänge aufgenommen werden soll - in die Ausbildung oder in die Weiterbildung?
 - Wie soll die Schnittstelle inhaltlich geregelt werden - integriert in vorhandene Berufsbilder oder als eigenständiger Beruf?

4 Regelungsübersicht

Neben der inhaltlich unklaren Berufsschneidung, die die linke Spalte der Abbildung 4 verdeutlicht, fallen die verschiedenen Rechtsgrundlagen ins Auge, die in der rechten Spalte aufgeführt sind. Es gibt demnach keine einheitlichen Regelungsgrundlagen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen (vgl. Tabelle 1).

Insgesamt gelten im Bereich der Gesundheitsberufe - wenn man einen breiten Gesundheitsbegriff zugrundelegt und Sozialberufe und verwandte Berufen, wie die Gesundheitshandwerke mit berücksichtigt - vier unterschiedliche Rechtsgrundlagen zur Qualitätssteuerung und -sicherung feststellen:

- Berufsgesetze des Bundes
- Gesetze, Verordnungen und Erlasse der Länder
- das Berufsbildungsgesetz (BBiG) sowie

Tabelle 1:

Rechtsgrundlagen der Berufsausbildung

Rechtsgrundlagen	Anzahl Berufe
Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. Handwerksordnung (HwO) § 25 Absatz 1	3 Gesundheitsberufe 12 verwandte Berufe
Berufsgesetze	10 Berufsgesetze für 16 Gesundheitsberufe
Landesrechtliche Regelungen	152 Regelungen für 37 Berufe
INSGESAMT	177 Regelungen für 68 Berufe

- die Handwerksordnung (HwO)

Die Reihenfolge der Aufzählung entspricht in etwa der praktischen Bedeutung, die diesen Rechtsgrundlagen für die Berufsbildung im Bereich Gesundheit zukommt. Das heißt: Alle Regelungssysteme die hier aufgezählt werden, finden in der Berufsausbildung für Gesundheitsberufe Anwendung, wenngleich das Berufsbildungsgesetz sowie die Handwerksordnung in diesem Bereich eher eine Außen-seiterrolle spielen.

Soll Berufsbildungsrecht, wie eingangs erläutert, dazu beitragen, im Sinne des Grundgesetzes eine Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse herzustellen und zu sichern, so ist zunächst nach der Bundeseinheitlichkeit der Regelung beruflicher Bildung für Gesundheitsberufe zu fragen: Bezogen auf die Ausbildung liegen für insgesamt 19 Gesundheitsberufe bundeseinheitliche Rechtsgrundlagen vor:

- Für 16 Gesundheitsberufe ist die Ausbildung in zehn verschiedenen sogenannten Berufsgesetzen des Bundes geregelt.
- Die Ausbildung der drei Berufe in der Arzthilfe (Arzthelferin, Zahnarzt- sowie Tierarzthelferin) ist nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) ebenfalls bundeseinheitliche geregelt.

Mit Ausnahme der Altenpflegeausbildung in Hamburg, die dort ebenfalls nach BBiG geregelt ist, gilt nur die Ausbildung in der Arzthilfe als duale Ausbildung, obwohl für fast alle Gesundheitsberufe erhebliche betriebspraktische Ausbildungsanteile in den Regelungen vorgesehen sind.

Alle übrigen Ausbildungsgänge im Berufsfeld Gesundheit sind unabhängig von ihrer tatsächlichen Organisation - formal als schulische Bildung deklariert.

Das hat zwei gewichtige Konsequenzen:

- Zum einen bleibt die betriebliche Ausbildung ungeregelt und
- zum anderen fällt dadurch die rechtliche Zuständigkeit für die Durchführung der Ausbildung in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Das hat wiederum zur Folge, daß auch bei den bundesrechtlich in Berufsgesetzen geregelten Berufen die Ausbildung nicht einheitlich ausfällt.

Größte Bedeutung aber hat im Berufsfeld Gesundheit das Länderrecht:

Für mindestens 37 Berufe - Gesundheitsberufe, gesundheits- und sozialpflegerische Berufe, sozialpädagogische Berufe - ist die Ausbildung in 152 verschiedenen Regelungen (in Verordnungen, Erlassen und Gesetzen) nach Landesrecht geregelt. Hierzu zählen beispielsweise Berufe wie Gesundheitsaufseherin, Desinfektor, Altenpflege (mit Ausnahme der Altenpflegeausbildung in Hamburg), Heilerziehungspflege usw.,

Die Altenpflege und der Erzieherberuf sind die einzigen länderrechtlich geregelten Ausbildungsberufe, die in allen Bundesländern staatlich anerkannt sind und für die es in allen Bundesländern entsprechende reglementierte Ausbildungsgänge gibt. Alle übrigen sind nicht in allen Bundesländern staatlich anerkannt; ferner sind nicht immer dieselben Berufe staatlich anerkannt; damit gibt es auch nicht überall entsprechend staatlich anerkannte Ausbildungsgänge.

Das bedeutet, daß es nicht eindeutig ist, ob z.B. in Bayern anerkannt wird, was in Bremen geregelt ist; es ist nicht klar, ob auch in Sachsen gilt, was in Brandenburg gilt, oder ob man bspw. in den berufsbildenden Schulen Thüringens das lernen kann, was man in

Schleswig-Holsteins Schulen oder in Mecklenburg-Vorpommerns Schulen lernen kann,

Damit ist das anfangs erwähnte Problem der regionalen Disparitäten angesprochen: Die vorhandenen Regelungen der Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen haben nur eine begrenzte regionale Reichweite und die regionale Dichte der vorhandenen Regelungen ist unterschiedlich. Das führt zu erheblicher Rechtsunsicherheit und die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse, wie sie das Grundgesetz nahelegt, wird im Hinblick auf Bildungs- und Erwerbschancen nicht gewährleistet.

5 Fachhochschul- und Hochschul-Studiengänge

Die geschilderte Intransparenz im Bereich der Ausbildung in der Sekundarstufe II wird neuerdings mit zahlreichen neuen Studiengängen an Fachhoch- und Hochschulen in den tertiären Bereich hinein verlängert. In den 90er Jahren sind zahlreiche neue Studiengänge zusätzlich zu den klassischen Studiengängen im Gesundheits- und Sozialwesen, wie Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind aufgebaut worden (vgl. Tabelle 2).

Nach Recherchen in Datenbanken müßten inzwischen mindestens 25 Studiengänge gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Art sowie aus angrenzenden Disziplinen an Hochschulen und Universitäten eingerichtet worden sein; mit weiteren 47 Studiengängen dürften noch einmal etwa doppelt so viele allein an Fachhochschulen neu aufgebaut worden sein.

Zusätzlich zu diesen 72 „neuen“ Studiengängen existieren noch an 68 Fachhochschulen und Gesamthochschulen die etablierten Studiengänge im Bereich des Sozialwesens, so daß sich eine Gesamtzahl von insgesamt 140 spezifischen (neuen) Studiengängen im Berufsfeld Gesundheit ergibt. Eine Umfrage direkt bei sämtlichen Hochschulen, die kürzlich veröffentlicht wurde, kommt sogar auf insgesamt 196 Studienangebote.

Die Geschwindigkeit, mit der Hochschulstudiengänge, aber insbesondere Fachhochschulstudiengänge in den 90er Jahren zusätzlich eingerichtet wurden, hat auch im tertiären Bereich - ähnlich wie auf der Sekundarstufe II - zu einem willkürlich anmutenden Durcheinander geführt, was Ziele, Inhalte und insbesondere Bezeichnungen der Abschlusßgrade betrifft.

Mit der Einrichtung gesundheitswissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Studiengänge gleicher Zielrichtung und Thematik einerseits sowie getrennter Studiengänge für Medizinpädagogik und Pflegepädagogik andererseits parallel nebeneinander, wurde die Intransparenz der Berufsstruktur aus dem SEK II-Bereich umstandslos in den Hochschulbereich kopiert,

Im Fachhochschulbereich wurden bei den pflegebezogenen Studiengängen außerdem weitere zusätzliche Sonderwege eingeschlagen:

Eine Besonderheit besteht darin, daß von einer Reihe von Fachhochschulen - analog zu den Berufsgesetzen - zusätzlich zur normalen Hochschulzugangsberechtigung eine vorangegangene abgeschlossene Pflegeausbildung verlangt wird. Eine weitere Besonderheit stellen darüber hinaus die pflegepädagogischen Studiengänge an verschiedenen Fachhochschulen dar, die explizit „Pflegelehrer/in-

Tabelle 2:
Studiengänge in Gesundheits- und Sozialwesen

Studiengänge	Universitäten	Fachhochschulen
Pflegewissenschaft	3	3
Pflege	1	6
Pflegemanagement	1	18
Medizinpädagogik Pflegepädagogik	3	7
Lehramt Gesundheit Lehramt Pflege	3	
WB-Studiengang Lehrpersonal an Schulen des GW	1	
Graduiertenprogr. Pflegewissenschaft	1	
Public Health	10	
Gesundheits- förderung	1	2
Gesundheits- ökonomie		1
Sozialmanagement Gesundheits- management	1	3
WB-Studiengang Ergotherapie		1
Heilpädagogik		1
Technisches Gesundheitswesen		4
Geragogik		1
Sozialwesen	5	63
INSGESAMT	30	110

nen" ausbilden. Damit wird hier eine zweite Kategorie pädagogischer Fachkräfte für das Lehramt ausgebildet, Zwar wurde mit dem Aufbau spezieller Hochschulstudiengänge die Durchlässigkeit in den tertiären Bereich verbessert, indem i.d.R. sowohl erleichterte Zugangsbedingungen zu den speziellen Hochschulstudiengängen für einschlägig beruflich Qualifizierte geschaffen wurden. Darüber hinaus wurde mit der Entwicklung spezifischer, einschlägiger Studiengänge begonnen, ein Stück Pionierarbeit bei der Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen für das Berufsfeld zu leisten. Ganz abgesehen von wissenschaftstheoretisch umstrittenen Abgrenzungsversuchen von den vorhandenen sozialwissenschaftlichen Grundlagen geschah dies alles aber um den Preis der zusätzlichen Zersplitterung und vermutlich sogar um den Preis der Verschärfung des Sackgassencharakters der Berufsausbildung für beruflich Qualifizierte ohne Hochschulbildung.

6 Weiterbildung

Der Wirrwarr, die Unübersichtlichkeit und die Lückenhaftigkeit von geregelten Bildungsangeboten nimmt im Weiterbildungsbereich noch weiter zu:

In der beruflichen Weiterbildung für Gesundheits- und Sozialberufe gelten mindestens fünf unterschiedliche Rechtsnormen:

- das Berufsbildungsgesetz mit bundeseinheitlichen Weiterbildungsregelungen gem. § 46.2 BBiG
- Kammerregelungen gemäß § 46.1 BBiG
- Länderregelungen und zwar in Form von
 - Gesetzen
 - Erlassen und
 - Richtlinien
- besondere Weiterbildungsgesetze für Gesundheitsberufe (Anm.: Weil diese z.T. neben allgemeingültigen Erwachsenen- und Weiterbildungsgesetzen und Freistellungsregelungen gelten, stellt sich die Frage, was vorrangig gilt, bzw. wer im Zweifel entscheidet, was ein Gesundheitsberuf ist.).

Und schließlich gibt es

- Empfehlungen anderer Stellen (z.B. der DKG), die im Gesundheitswesen durchaus den Charakter von Regelungssubstituten einnehmen.

Zur Zeit ist die Weiterbildungssituation demnach ebenfalls durch mehrfach konkurrierende Regelungen gekennzeichnet.

Im Ergebnis ergeben sich für 17 Gesundheitsberufe und für den Beruf Altenpflege - also für insgesamt 18 Berufe - 84 verschiedene Weiterbildungsberufe bzw. Weiterbildungsbezeichnungen, die in 73 verschiedenen spezifischen Weiterbildungsregelungen geregelt sind.

Um eine gewisse Übersichtlichkeit zu erreichen, werden im folgenden die Weiterbildungsregelungen nach drei Funktionstypen geordnet: nach fachlicher Weiterbildung (im wesentlichen sind das fachliche Spezialisierungen) sowie nach Funktionsweiterbildung für Leitungsaufgaben einerseits und für Lehrtätigkeit andererseits. Der Schwerpunkt der geregelten Weiterbildungsberufe liegt bei der Fach-Weiterbildung für die Krankenpflege und Kinderkrankenpflege, Die Vielzahl von Weiterbildungsberufen ergibt sich insbesondere daraus, daß in den verschiedenen Regelungen jeweils unterschied-

Tabelle 3:

Regelungstypen in der Weiterbildung

Regelungsart		Bezeichnungen
I. Landesrechtliche WB-Regelungen	73	79
II. WB-Regelungen nach § 46.1 BBiG	110	16
III. WB-Regelungen nach § 46.2 BBiG	2	2
Meisterprüfungen	8	8
AEVO-Regelungen	1	
IV. WB-Gesetze für Gesundheitsfachberufe	7	
Runderlaß WB in der Krankenpflege	1	
Richtlinien über die Anerkennung von WB-stellen für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	1	
V. Empfehlungen der DKG	9	
SUMME	212	105

liehe Fachgebiete zu Weiterbildungsberufen kombiniert werden beispielsweise Intensivmedizin mit Anästhesie, Intensivmedizin mit innerer Medizin oder z. B. auch Intensivmedizin und Operationsdienst

Außerdem sind alle Fachweiterbildungen jeweils gesondert für die Krankenschwestern auf der einen Seite und Kinderkrankenschwestern auf der anderen Seite mit eigenen Berufsbezeichnungen geregelt

Insgesamt gibt es für lediglich drei Pflegeberufe - nämlich für Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Altenpflegerinnen 20 verschiedene Fachweiterbildungen, die in 49 unterschiedlichen Regelungen geregelt sind. Davon sind aber lediglich zwei - die Weiterbildung in Rehabilitation und Langzeitpflege und die Weiterbildung für die ambulante Pflege - auch für Altenpflegekräfte zugänglich

Geregelte Weiterbildungsmaßnahmen, die für Leitungsfunktionen bzw. für den Unterricht qualifizieren, sind analog zur Krankenpflege für die meisten berufsgesetzlich geregelten Gesundheitsberufen vorhanden, insgesamt gibt es zur Zeit 14 Regelungen mit 52 unterschiedlichen Bezeichnungen

Darüber hinaus hegen insgesamt 110 Regelungen der zuständigen Stellen, sogenannte Kammerregelungen vor, das sind Fortbildungsordnungen gemäß § 46,1 BBiG. Davon wird allein in 43 regional unterschiedlichen Regelungen die Weiterbildung zu zehn Weiterbildungsberufen für Arzt, Zahnarzt und Tierärzthelferinnen geregelt. Zahlreiche regionale Fortbildungsordnungen gemäß § 46,1 BBiG sind in letzter Zeit besonders im Schnittpunkt von Gesundheits- und Sozialwesen und Betriebswirtschaft/Verwaltung entstanden, so z. B. der Weiterbildungsberuf „Fachwirtin für die Alten- und Krankenpflege“. Darüber hinaus gibt es inzwischen drei geregelte Weiterbildungsberufe, die bundeseinheitlich nach § 46,2 BBiG geregelt sind. Das ist insofern bemerkenswert, als es im Bereich der Weiterbildung bis Mitte der 90er Jahre keine einzige Bundesregelung gab.

Zusammenfassung

Die Uneinheitlichkeit der Rechtsgrundlagen der beruflichen Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen hat zur Folge, daß zu den ausübenden Berufen eine Vielzahl verschiedener schulischer und betrieblicher Berufsbildungsgänge führen, mit höchst unterschiedlichen Berufsbildungszielen und Berufsbezeichnungen, die in der Arbeitswelt um gleiche Arbeitsplätze konkurrieren. So ergab beispielsweise eine Untersuchung des Bundesinstitut für Berufsbildung über Berufsverläufe bei Erwerbspersonen in der Bundesrepublik, die bereits Anfang der 80er Jahre durchgeführt wurde, daß allein von den in der Krankenpflege befragten Beschäftigten 45 verschiedene Berufsbezeichnungen für die Berufsarbeit in der Krankenpflege angegeben wurden.

Aber nicht nur hinsichtlich der Berufsbezeichnungen sondern auch hinsichtlich der vermittelten Qualifikationen scheinen Gesundheitsberufe nahezu beliebig austauschbar. Obwohl die Vielfalt an spezifisch geregelten Aus- und Weiterbildungsberufen entsprechend dem ausgeprägten Trend zur beruflichen Spezialisierung im Gesundheitswesen die Vermittlung sehr spezifischer Ausbildungsinhalte nahelegt, werden die speziellen beruflichen Anforderungen

dieser einzelnen Berufe keineswegs immer deutlich. Das ergeben bspw. Stellenanzeigenanalysen, wenn für die beschriebenen Stellenprofile mehrere unterschiedliche, staatlich anerkannte Aus- und Weiterbildungsberufe gleichzeitig als geeignet bezeichnet werden. Die Zersplitterung und Intransparenz der Berufsstruktur wird neuerdings noch um zahlreiche spezifische Studiengänge mit häufig unklarer Zielrichtung und i.d.R. wenig aussagefähigen Abschlußbezeichnungen bereichert.

Schließlich wird das Berufsfeld durch die Vielzahl von zusätzlich spezialisierenden Weiterbildungsgängen völlig atomisiert, uneinheitlich und unübersichtlich. Die Weiterbildungsvielfalt führt aber nicht nur zu Intransparenz; sie suggeriert vielmehr eine Vielfalt an beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die über die tatsächlichen beruflichen Kompetenzen und Verwertungsmöglichkeiten eher hinwegtäuscht und durch Lückenhaftigkeit beruflicher Bezüge gekennzeichnet ist. Eine verbindliche berufliche Entwicklungsplanung zumindest behindert, wenn nicht sogar zu einem beinahe aussichtslosen Unterfangen,

Die Atomisierung des Berufsfeldes in eine Vielzahl von rechtlich eigenständigen Berufen entspricht allenfalls noch in einigen Ausschnitten von Teilaufgaben dem Anspruch des Berufsprinzips auf in sich vollständige und autonome Facharbeit. Vielmehr führt die fehlende inhaltliche Systematik der Berufsstruktur zu unklaren Berufsabgrenzungen und zu Berufsüberschneidungen, zu berufsfachlichen Lücken und zu unklaren, diskriminierenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Arbeitsmarkt - Weiterbildung - professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt- und Zahnarzthelferinnen

Problemlage:

Gegenwärtig sind laut Aussagen des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen bundesweit knapp 500.000 Frauen als Helferinnen in ärztlichen Praxen beschäftigt. Diese Berufsgruppe stellt nach den Beschäftigten in der Krankenpflege die zweitgrößte Berufsgruppe im Bereich des Gesundheitswesens dar. Die Berufe Arzt- und Zahnarzthelferin sind für viele junge Mädchen und Frauen nach wie vor „Traumberufe“, die vielfältige Aufgaben im medizinischen und sozialen Bereich für sie bereithalten. Die beiden Berufe rangierten 1996 unter den drei beliebtesten Ausbildungsberufen für junge Frauen. Konträr dazu ist die Tatsache zu werten, wonach etwa die Hälfte der beschäftigten Frauen nach vierjähriger Berufstätigkeit wieder aus ihrem „Traumberuf“ aussteigen. Ursachen dafür werden sowohl in unattraktiven Arbeitsbedingungen, der Familienplanung als auch in den außerordentlich begrenzten professionellen Entwicklungsperspektiven für die Frauen gesehen. Die Aus- und Weiterbildung der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen nimmt gegenüber den übrigen in der Gesundheits- und Sozialpflege beschäftigten Berufsgruppen einen Sonderstatus ein. Sie unterscheidet sich von der sonst üblichen gesundheits- und sozialpflegerischen Aus- und Weiterbildung grundsätzlich dadurch, daß die Abschlüsse nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt sind. Gegenwärtig existieren auf Länderebene insbesondere für die Arzt- und Zahnarzthelferinnen eine Fülle unkoordinierter Weiterbildungsregelungen gemäß § 46.1 BBiG sowie eine unüberschaubare Vielzahl von themen-, träger- oder einrichtungsspezifischen Weiterbildungsangeboten, die aber kein systematisches Qualifizierungskonzept für den jeweiligen Beruf - und damit für Aufstiegs- und Umstiegchancen erkennen lassen. Die Akzeptanz der vorhandenen Weiterbildungsregelungen nach § 46,1 BBiG ist sehr different: Während die Absolventenzahlen der weitergebildeten Zahnarzthelferinnen auf eine hohe Arbeitsmarktrelevanz schließen läßt, liegt die Zahl der weitergebildeten Arzthelferinnen im Vergleich dazu auf einem unteren Level,

Aufgrund der geschilderten Problemlage ist es das Ziel eines Forschungsprojektes im Bundesinstitut für Berufsbildung auf der Basis einer umfangreichen Analyse der bestehenden Weiterbildungsangebote, eine Empfehlung für ein an den Bedürfnissen des

- 1 Bundesminister für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (Hrsg.): Grund- und Strukturdaten 1997/98, Bonn 1997, S. 119
- 2 Vgl. HECKER, U.: Arzthelferinnen - Fünf Jahre nach der Ausbildung. In: Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 134, Bielefeld 1991.

Arbeitsmarktes orientiertes beschäftigungswirksames Aus- und Weiterbildungskonzept für Arzt und Zahnarztzsthelferinnen zu erarbeiten, das den Markterfordernissen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik sowie den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheits und Sozialwesen entspricht. Dazu ist notwendig, die aktuellen Weiterbildungsbedürfnisse im Bereich der Primarversorgung für diese Berufsgruppe zu ermitteln und mit dem gegenwertigen Stand der Aus- und Weiterbildung zu vergleichen.

Die Ergebnisse des im BIBB durchgeführten Forschungsprojekts sollen zur strukturellen und inhaltlichen Gestaltung von Weiterbildungsängen in der Gesundheits und Sozialpflege, insbesondere zur Systematisierung beruflicher Karriereplanung in diesem Bereich beitragen.

Da prinzipiell ein völlig unterschiedlicher Entwicklungsverlauf in den Bereichen Zahn- und Humanmedizin zu verzeichnen ist, besteht die Notwendigkeit beide Berufe gesondert zu betrachten.

Berufliche Weiterbildung von Arzthelferinnen

Die Ausbildung zur Arzthelferin wurde 1985 neu geordnet. Der Erlaß der Mehrzahl der Weiterbildungsregelungen nach § 46 1 BBiG, die sich gegenwertig nur auf die Weiterbildung zur Arztfachhe lfenn beschränken, erfolgte - analog den Zahnarztzsthelferinnen - in den neunziger Jahren. Sieben Bundesländer verfügen über solche „neuen“ Weiterbildungsregelungen, nur ein Land prüft noch nach einer Regelung, die aus der Zeit vor der Neuordnung der Ausbildung stammt. Um so überraschender ist die Tatsache, daß die Anzahl der Arzthelferinnen, die an geregelten Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen bundesweit minimal ist (ca. 1500). Im Vergleich zur Weiterbildung der Zahnarztzsthelferinnen stellt sich die Frage, warum sie nur in so geringem Maße angenommen wird.

Antworten darauf geben die bisher vorliegenden Ergebnisse der Untersuchung zur Weiterbildung von Arzthelferinnen. Neben der bundesweiten Bestandsaufnahme und Analyse von beruflichen Weiterbildungsangeboten wurden Fallstudien in Arztpraxen und Expertengespräche mit Vertretern der Berufsspitzenverbände und der Kammern auf Bundesebene durchgeführt. Dabei ging es um die Thematisierung von vorhandenen Weiterbildungserfordernissen sowie die Erfolgsbeurteilung bzw. Perspektiven ausgewählter Weiterbildungsangebote. Darüber hinaus fanden Befragungen ausgewählter Bildungs- und Beschäftigungseinrichtungen (Praxen) zu vorhandenen Weiterbildungserfordernissen sowie zur Erfolgsbeurteilung bzw. zu Perspektiven ausgewählter Weiterbildungsangebote und von Weiterbildungsteilnehmer/innen und Berufsangehörigen zur Berufssituation, zum Weiterbildungsbedarf und zum Weiterbildungsverhalten in den Bundesländern Rheinland Pfalz, Schleswig-Holstein und Hessen sowie in Westfalen Lippe statt. Das Zwischenresultat der Analyse der Fortbildungsregelungen und der empirischen Untersuchung läßt sich wie folgt beschreiben:

Die bestehenden Weiterbildungsregelungen nach § 46 1 BBiG weichen hinsichtlich der Zulassungsvoraussetzungen (sie liegen zwischen 2 und 4 Jahren Berufserfahrung), den Prüfungsverfahren sowie der Fortbildungsdauer zum Teil erheblich voneinander ab. Bei den Inhalten ist eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung zu

konstatieren (z B medizinischer Bereich (Hessen), Praxismanagement (Westfalen-Lippe), Wahlteile Verwaltung, Röntgen, Labor, ambulant Operieren Pneumologie, Betriebsmedizin, Onkologie (Bayern) Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer im Jahre 1993 eine dreiteilige Rahmenkonzeption einer Weiterbildungsregelung für Arztfachhelferinnen erarbeitet und den Kammern zur Anwendung empfohlen Die erwartete Resonanz blieb allerdings aus

Mit dem bestehenden Qualifizierungskonzept für Arzthelferinnen in der Humanmedizin wird -trotz „relativ neuer“ Weiterbildungsregelungen - nicht oder nur bedingt auf aktuelle Weiterbildungsbedürfnisse sowie auf die aus den veränderten strukturellen Rahmenbedingungen (Gesundheitsstrukturgesetz, Pflegeversicherungsgesetz) resultierenden Weiterbildungserfordernisse (z B Anforderungen aus dem Verwaltungsbereich, der Gesundheitsprophylaxe, dem Praxismanagement) eingegangen Insbesondere die zunehmende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, die verstärkte Herausbildung von Praxisverbunden und Gemeinschaftspraxen, die Vernetzung von Praxen, die Stärkung der Prävention, die Zunahme der häuslichen Versorgung usw spiegeln sich gegenwärtig nicht genügend in den Qualifikationsanforderungen an die Arzthelferinnen bzw Arztfachhelferinnen wider Mit den bestehenden Weiterbildungsregelungen wird im wesentlichen am Markt vorbeiquahifiziert

Diese Einschätzung wird auch durch das Angebot von themenbezogenen, unregelmäßigen Weiterbildungsmaßnahmen und die entsprechende Teilnahme belegt Nachgefragt werden hier insbesondere Themen wie ambulant Operieren, Abrechnungsmodalitäten, Gesundheitspädagogik und Prävention, Ausbildungsfragen, aber auch Weiterbildung für Anforderungen in speziellen Facharztpraxen Bei den gegenwärtig bestehenden Prüfungsordnungen zur Arztfachhelferinn nach § 46 1 handelt es sich nicht um Aufstiegsfortbildungen im originären Sinne Vergleicht man die in den Landesverordnungen fixierte Zielsetzung der Weiterbildung, so stellt man fest, daß sie in der Regel darauf projiziert ist, die beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten der Arzthelferin zu erhalten, zu erweitern oder neuen medizinischen/technischen Entwicklungen anzupassen Die dazugehörigen Weiterbildungsinhalte korrespondieren allerdings nicht immer mit der genannten Zielsetzung, sie gehen in einigen Fällen partiell darüber hinaus So weisen zB ein Teil der Inhalte der Fortbildungen Qualifikationsansätze einer mittleren Managementposition aus (z B Personalführung, Praxismanagement) Die Fallstudien machen jedoch deutlich, daß o g kompetenzerweiternde Qualifikationsansätze von den Arztfachhelferinnen kaum umgesetzt werden Für einen beträchtlichen Teil der Arztfachhelferinnen verändert sich nach erfolgreicher Teilnahme an der Weiterbildung weder das Tätigkeitsfeld noch der Status in der Arztpraxis Einige Weiterbildungsteilnehmenden haben schon vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme als sogenannte „Erstkraft“ in der Praxis gearbeitet und Koordinationsaufgaben wahrgenommen Die Motivation der Frauen zur Teilnahme an der Weiterbildung ist fast immer im persönlichen Bereich zu suchen (Selbstwertgefühl stärken, Ehrgeiz, persönliche Profilierung) Die Übernahme einer mittleren Führungsfunktion wurde von keiner der Befragten als Beweggrund genannt Daraus läßt sich schließen, daß das Funktionsbild der Arztfachhelferinn von

den Weiterbildungsteilnehmerinnen auch nicht in diesem Sinne verstanden wird

Nach Aussagen von Arzthelfennnen/Arztfachhelferinnen sind die Ärzte immer weniger bereit sich an der Finanzierung der Lehrgangs kosten zu beteiligen bzw Weiterbildungsteilnehmerinnen für **Fortbildungsmaßnahmen** freizustellen Hier tritt die mangelnde Anerkennung und Akzeptanz des Weiterbildungsberufs der Arztfachhelfenn durch die Ärzteschaft deutlich hervor Das ist insofern aber nachvollziehbar, da das Funktionsbild der Arztfachhelfenn kaum neue Tätigkeits- und Qualifikationsprofile erkennen läßt (mit Ausnahme Bayerns) und die Weiterbildung größtenteils nur eine Wiederholung und Vertiefung der Erstausbildung darstellt In der vom BIBB durchgeführten Analyse sowie in den Befragungen zeigt sich, daß die Weiterbildungsregelungen nach § 46 1 BBiG weitgehend eine Reparatur bzw Kompensationsfunktion zur Ausbildung aufweisen Die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die darüber eröffnet werden, sind im wesentlichen auf das bisherige Tätigkeitsspektrum beschränkt

Vor diesem Hintergrund sollte die Frage der Neuordnung des Ausbildungsberufs Arzthelferin intensiv diskutiert und die Schnittstellen zwischen Aus- und Weiterbildung neu definiert werden

Neue Akzente in der Weiterbildung zur Arztfachhelfenn werden von der Ärztekammer Bayern gesetzt Ziel der 1998 erlassenen Fortbildung ist es, Arzthelferinnen zu befähigen, ihre beruflichen Fertigkeiten und Kenntnisse zu vertiefen sowie zu erweitern und gleichzeitig spezielles Fachwissen wahlweise auf den Gebieten Verwaltung (Abrechnung Praxisorganisation, EDV), Röntgen, Labor, ambulantes Operieren, Pneumologie, Betriebsmedizin und Onkologie zu erwerben Die in unregelmäßigen Weiterbildungen stark nachgefragten Themen wurden erstmals in eine geregelte Weiterbildung integriert Damit ist für Arzthelferinnen der Weg geebnet über eine geregelte Weiterbildung ein „Fachspeziahstentum“ zu entwickeln, um den Anforderungen spezieller Fachpraxen besser gerecht werden zu können

Über die Akzeptanz der neuen Form der Anpassungsqualifizierung am Arbeitsmarkt können noch keine verbindlichen Angaben gemacht werden

Der aufgrund der neuen strukturellen Bedingungen im Gesundheitswesen ausgeloste Konkurrenz und Kostendruck macht eine Neubewertung materieller und personeller Ressourcen in den ärztlichen Praxen unumgänglich Einerseits wird von den Ärzten ein wesentlich kostengünstigeres Wirtschaften erwartet, andererseits sollen anerkannte Qualitätsstandards in den Praxen beibehalten werden Auf diesen Wandel kann zwangsläufig nur mit einem veränderten Praxiskonzept reagiert werden Der Begriff Qualitätssicherung bei der ärztlichen Versorgung beschränkt sich künftig nicht nur auf die zu erbringenden medizinische Leistungen

Eine erfolgreiche Praxis braucht heute mehr denn je eine positive Ausstrahlung Sie muß dem Patienten einen angenehmen Aufenthalt und einen erstklassigen Service garantieren, so daß er sich mit seinen Problemen ernstgenommen und gut betreut fühlt Die Zauberworte heißen Patientenzufriedenheit, langfristige Patientenbindung, Patientenwerbung sowie Repräsentation der Praxis nach außen

Ärzte müssen erkennen, daß die konsequente Umsetzung dieses neuen Praxiskonzepts zu einer Verbesserung der Rendite führt

Bisherige (konventionelle) Konzepte setzen in der Regel zuerst bei der Kostenreduzierung, z B durch Personalabbau an. Dadurch sinkt das Leistungspotential der Praxis. Die fehlenden Leistungsreserven aber bedingen fast immer einen Rückgang von Patientenservice und Qualität. Da eine langfristige Patientenbindung und hohe Patientenzufriedenheit damit nicht zu realisieren sind, wird der wirtschaftliche Erfolg von kurzer Dauer sein. Langfristigen Erfolg kann eine Praxis nur dann erreichen, wenn sie durch systematische Qualifizierung des Praxispersonals den Patientenservice ausbaut. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement steht und fällt mit den Mitarbeitern. Nach Aussagen der in der Untersuchung befragten Ärzte sind gegenwärtig bei Arzthelferinnen /Arztfachhelfenden Qualifikationsdefizite im Umgang mit Patienten (Kommunikation), bei der Patientenbetreuung/ Patientenbindung, bei Aufgaben des Praxismanagements (Verwaltung und Abrechnung), bei der Gesundheitsberatung, bei Gruppentherapien, bei der Prävention sowie im Umgang mit Pharmaka zu beklagen.

Auf die Veränderungen im Aufgabenspektrum und die sich daraus ergebenden beruflichen Anforderungen muß in den Weiterbildungsregelungen reagiert werden. Insbesondere die verstärkte Herausbildung von Praxisverbunden und Gemeinschaftspraxen sowie Praxis Vernetzungen bedingt die Herausbildung neuer Qualifikationen für die Arzthelferin. Kurz und mittelfristig ist ein Bedarf an Praxismitarbeiterinnen mit Führungsfunktion festzustellen. Der Schwerpunkt des neuen Tätigkeits- und Qualifikationsprofils einer weitergebildeten Arzthelferin in größeren Organisationseinheiten wird auf dem Gebiet des Managements liegen. Dazu gehören die Tätigkeitsbereiche

- Personalwirtschaft (z B Personalführung)
- Konzeptionelle Arbeit/Organisationsentwicklung (z B Kommunikations- und Kooperationsverhalten in der Einrichtung, Entwicklung von Standards für den eigenen Arbeitsbereich, Beratung von Vorgesetzten),
- Kommunikation/Beratung,
- Verwaltung, Planung, EDV (z B Marketing, betriebswirtschaftliches Rechnungswesen),
- Qualitätssicherung¹

Bisherige Konzepte der Personalentwicklung in den Praxen zielen nicht auf den Aufbau einer mittleren Führungskraft im Sinne einer „Praxismanagerin“ ab. In einem Modellversuch der Ärztekammer Schleswig-Holstein soll das Grundkonzept für eine geregelte Aufstiegsfortbildung für Arzthelferinnen zur „Praxismanagerin“ erprobt werden.

Mit der Installierung der neuen Weiterbildungsmöglichkeit im Bereich des Praxismanagements wurden erstmals originäre Aufstiegs- und Karrierechancen für die Frauen im Arzthelferinnenberuf geschaffen. Dabei sollte man aber realistisch Weise bedenken, daß einerseits die Zahl derer, die diese Weiterbildung für sich realisieren können keinen inflationsartigen Charakter annehmen wird und andererseits der Sackgassencharakter der Weiterbildung damit nicht aufgehoben, sondern nur gemindert werden kann.

¹ Vgl. CSONGAR G: Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf im Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. In: MEIFORT B, BECKER W, CSONGAR G, KRAMER H, METTIN G, PODESZFA H: Professionalisierung durch Weiterbildung. Wissenschaftliche Diskussionspapiere des Bundesinstituts für Berufsbildung. Band 139. Berlin 1998.

Berufliche Weiterbildung von Zahnärzthelferinnen

Bis zum gegenwertigen Zeitpunkt sind die Bundesländer Hessen und Baden Württemberg sowie der Kammerbezirk Westfalen Lippe besonders in die Untersuchung integriert worden. In den genannten Ländern wurden - analog den Arzthelferinnen - Fallstudien in Zahnarztpraxen, Expertengespräche mit Vertretern der Berufsspitzenverbände und der Kammern, Befragungen ausgewählter Bildungs- und Beschäftigungseinrichtungen (Praxen) sowie von Weiterbildungs Teilnehmer/-innen und Berufsangehörigen zur Berufssituation, zum Weiterbildungsbedarf und zum Weiterbildungsverhalten durchgeführt. Außerdem erfolgte eine Bestandsaufnahme und erste Analyse von beruflichen Weiterbildungsangeboten aus der gesamten Bundesrepublik.

Die Ergebnisse der Analyse der Fortbildungsregelungen und der empirischen Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Durch das „Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV (2. GKVNOG) und die vorhergehenden und begleitenden Gesetzesmaßnahmen wurde ein Umbruch im System der zahnmedizinischen Versorgung eingeleitet. Dem Paradigmenwechsel von der Spät- und Defektvorsorge hin zur präventiven, biologischen, minimalinvasiven Orientierung folgend, ist Prophylaxe in zahnärztlichen Praxen zu einem wesentlichen Handlungsgebiet hinsichtlich Beratung und Anwendung geworden. Die Zahnarztpraxis der Zukunft ist durch die neue Direktbeziehung zwischen Praxisteam und Patienten gekennzeichnet. Die Arbeit des Zahnarztes und seines Praxisteams muß sich von den kurativen Maßnahmen hin zu einer mehr beratenden Funktion entwickeln. Immer mehr Kinder, aber auch ältere Menschen werden zum Patientenstamm einer Praxis gehören und viele Patienten werden verstärkt nach präventiven Leistungen verlangen. In der Zahnarztpraxis muß sich ein entscheidender Wandel vollziehen, um den neuen Aufgaben gerecht werden zu können.

Dabei ist die Kunden- und Patientenbindung - genau wie in der Arztpraxis - eine wesentliche Voraussetzung für den dauerhaften Erfolg. Um eine Praxis langfristig zu professionalisieren, sind klar definierte Ziele in den Bereichen Kostenmanagement, Organisation usw. unverzichtbar. Auch hier wird kurz und mittelfristig ein Bedarf an Mitarbeitern mit Managementqualifikationen auftreten. Fachliche Anforderungen an den Zahnarzt, aber auch an die Zahnärzthelferinnen haben sich nachdrücklich verändert. Der Zahnarzt als auch das Praxispersonal müssen befähigt werden, vermehrt multidisziplinäre prophylaktische Leistungen anzubieten. Hierbei ist die Qualifizierung der Helferinnen von immenser Bedeutung, um mit entsprechend geschultem Personal ein adäquates Leistungsspektrum in der Praxis anbieten zu können. Bestehende Prophylaxekonzepte müssen sich an den Besonderheiten einzelner Altersgruppen orientieren.

Um so unverständlicher ist die Tatsache, daß grundlegende Prophylaxequalifikationen in der Regel nicht in der Erstausbildung, sondern in der Weiterbildung vermittelt werden. Für die Zahnärzthelferinnen bedeutet das, daß sie bereits wenige Wochen bzw. Monate nach Abschluß der Ausbildung eine Prophylaxeweiterbildung absolvieren muß, um den Tätigkeitsanforderungen in der Praxis gerecht werden zu können. Es scheint, daß die hochfrequentierte Teilnahme an Weiterbildungen seitens der Zahnärzthelferinnen nicht nur in der

Arbeitsmarktrelevanz der Angebote begründet liegt, sondern daß über die Weiterbildung vorhandene Ausbildungsdefizite kompensiert werden. Bereits 1984 hat das BIBB in einer „Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtamtlichen Gesundheitsberufen“¹ festgestellt, daß die Zahnarzt helfern zunehmend bei der Prophylaxe, bei der Beratung und Aufklärung des Patienten sowie bei der Behandlung am Stuhl, insbesondere auch bei der Behandlung von Kindern eingesetzt wird. Weiterhin wurde darauf verwiesen, daß die Grundlagen für all diese Aufgaben nicht in ausreichendem Maße in der Ausbildung vermittelt werden, sie jedoch als reguläres Aufgabengebiet anzusehen sind. Damit, so schloß der Analysebericht, bleibt der Zahnarzt helfern nur die Möglichkeit die Fertigkeiten und Kenntnisse über die Weiterbildung zu erwerben. Diese Aussage hat trotz Neuordnung der Ausbildung in 1989 keinesfalls an Aktualität verloren. Die durch das Forschungsprojekt gewonnenen Erkenntnisse zum Tätigkeitsfeld von Zahnarzt helferinnen unterstreichen nachhaltig, für die Berufsausbildung der Zahnarzt helferin eine dringende Notwendigkeit zur Neuordnung gegeben ist. Es ist erforderlich, bereits in der Erstausbildung neue Ausbildungsinhalte, insbesondere zu Themen der Zahnreinigung, der Individual- und Gruppenprophylaxe als geeignete Instrumente für einen dauerhaften präventiven Erfolg, verstärkt aufzunehmen.² Darüber hinaus haben die Aufgabenbereiche Kommunikation, Betreuen von Patienten, Arbeiten im Team, qualitätssichernde Maßnahmen, Erste Hilfe, Praxisorganisation und -Verwaltung sowie Datenschutz stark an Bedeutung gewonnen und beeinflussen das Tätigkeits- und Qualifikationsprofil der Zahnarzt helfern maßgeblich.

Der Neuordnungsbedarf in der Ausbildung von Zahnarzt helferinnen ist von den Sozialpartnern bereits angemeldet. Bei einem entsprechenden Neuordnungsverfahren gilt es, insbesondere die Schnittstellen zwischen Aus- und Weiterbildung neu zu definieren. Dabei wird deutlich, daß „für das Neuordnen des Ausbildungsberufes ein Strukturmodell benötigt wird, das für das Beschreiben der Kompetenzprofile wie für das Ausbilden ein flexibles Reagieren auf die wirtschaftliche und betriebliche Veränderungsdynamik ermöglicht und darüber hinaus eine Kompetenzerweiterung durch Weiterbildung sichert.“³

Mit Ausnahme des Saarlandes haben alle Bundesländer zur Weiterbildung von Zahnarzt helferinnen verschiedene Kammerregelungen nach § 46 1 BBiG erlassen, die von den Weiterbildungsteilnehmenden in hohem Maße angenommen werden. 1996 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im gesamten Bundesgebiet 1948 Zahnarzt helferinnen zur ZMF (687) ZMV (318), ZMP (930) sowie zur Dentalhygienikern (13) fortgebildet. Gegenwärtig existieren 31 verschiedene Weiterbildungsregelungen verteilt auf 15 Bundesländer.

Geregelte Weiterbildungen finden sich

- zur fortgebildeten Zahnarzt helfern -fachkundlicher Nachweis/Aufstiegsfortbildung - in vier Bundesländern,
- zur Zahnmedizinischen Fachhelfern in zwölf Bundesländern,
- zur Zahnmedizinischen Verwaltungshelfern in sieben Bundesländern,
- zur Zahnmedizinischen Prophylaxe-Helferin in fünf Bundesländern,
- zur Dentalhygienikern in zwei Bundesländern und

1 MEIFORT B. PAULINI H. Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nicht ärztlichen Gesundheitsberufen. Berichte zur beruflichen Bildung. Heft 76. Berlin/Bonn 1976.

2 DAMERIUS R. HECKER U. METTIN G. Gutachten über den Neuordnungsbedarf der Berufsausbildung zum Zahnarzt helfer/zur Zahnarzt helferin. Erstellt durch das BIBB unter Einbeziehung von Sachverständigen der Sozialparteien (1998 unveröffentlicht).

3 LENNART D. Dynamisierung des Strukturwandels - Konsequenzen für die Berufsbildung. In: Die berufsbildende Schule 1/1998 S. 11.

- zur Kieferorthopädischen Prophylaxe Helferin in einem Bundesland

Die Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin erstreckt sich auf die Bereiche Verwaltung und Prophylaxe während die Zahnmedizinische Verwaltungshelferin eine Art „Führungsposition“ im Verwaltungsbereich der Praxis inne hat. Die Zahnmedizinische Prophylaxehelferin konzentriert sich im wesentlichen auf die Individualprophylaxe wobei die Gruppenprophylaxe (z. B. Betreuung von Kindergartengruppen und Schulklassen) immer mehr an Bedeutung gewinnt. In vielen europäischen Staaten (insbesondere Schweiz und Dänemark) sowie in den USA hat in den letzten Jahren im Bereich der Zahnheilkunde ein Berufsbild Furore gemacht, das in Deutschland nach wie vor umstritten ist: die Dentalhygienikerin. Ihr obliegt die lebenslange Betreuung von Patienten, die an Parodontose erkrankt sind. Das Qualifikations- und Tätigkeitsprofil dieser Fachkraft geht also weit über das der Prophylaxehelferin hinaus. Im Rahmen der Europäisierung wird auch die deutsche Zahnärzteschaft nicht umhin können, die Bedeutung dieses Berufsbildes für die Zahnarztpraxis der Zukunft zu erkennen und in die Weiterbildungslandschaft zu integrieren. In Baden-Württemberg wird bereits für Zahnärzthelferinnen diese neue attraktive Aufstiegsfortbildung angeboten. In einem weiteren Bundesland (Hamburg) soll ab 1999 eine gegenüber Baden-Württemberg von der Fortbildungsdauer her wesentlich umfangreichere DH-Fortbildung als Modellversuch begonnen werden.

Die genannten Regelungen sind größtenteils in den neunziger Jahren - also nach Inkrafttreten der neuen Ausbildungsordnung (1989) - erlassen worden und spiegeln im wesentlichen den aktuellen Stand der Veränderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen, - insbesondere die Neuorientierung in der Zahnmedizin weg von der Zahnsanierung hin zu einer umfassenden präventiven Versorgung - wider.

Allerdings weisen die auf Landerebene geregelten Weiterbildungen nach § 46 1 BBiG mit korrespondierender Berufsbezeichnung einen niedrigen Grad der Einheitlichkeit und Koordination auf. Die Fortbildungsordnungen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland zum Teil erheblich in den Zulassungsvoraussetzungen, den Inhalten, den Prüfungsverfahren sowie der Fortbildungsdauer. Welche beruflichen Qualifikationen eine fortgebildete Zahnärzthelferin hat, kann nur mit Blick auf das jeweilige Bundesland, indem die Fortbildungsprüfung absolviert wurde, beantwortet werden. So ist es z. B. besonders befähigten auszubildenden Zahnärzthelferinnen im Bereich der Zahnärztekammer Hamburg möglich, nach dem zweiten Ausbildungsjahr zusätzlich zur Erstausbildung bereits die Weiterbildung zur zahnmedizinischen Verwaltungshelferin zu durchlaufen. Die Unterschiedlichkeiten der Regelungen in den einzelnen Kammerbereichen lassen keinen Zusammenhang zu divergierenden regionalen Bedarfen erkennen.

Um eine Qualitätsverbesserung der bestehenden Aufstiegsfortbildungen bezüglich Ganzheitlichkeit und Stimmhaftigkeit zu erlangen, bedarf es einer Anpassung untereinander sowie insbesondere einer Abstimmung mit der Erstausbildung.

In den Bundesländern werden für Zahnärzthelferinnen neben den Weiterbildungen nach § 46 1 BBiG unregelmäßige themenbezogene Weiterbildungen wie z. B. im chirurgischen Bereich oder auch in der Kieferorthopädie angeboten. Immer häufiger integrieren heute

Zahnärzte alternative Praktiken wie Hypnose, Akupunktur oder Homöopathie in die Behandlung Neue Wege in der Kariestherapie und Diagnostik, der Endodontie oder der Parodontologie werden beschritten Die Ästhetik in der Zahnheilkunde und in der Implantologie gewinnen zunehmend an Bedeutung Aber auch Gebiete wie Alterszahnheilkunde, Gesundheitsberatung, Zahnbehandlung Behinderter, Naturzahnheilkunde Psychologie und Ästhetik werden sich nach Aussagen von Fachexperten künftig im Qualitätsbedarf der Helferinnen widerspiegeln

Zwei Probleme, die sowohl die Weiterbildung der Zahnärzte, als auch der Arzthelferinnen betreffen, sollen am Ende des Beitrages noch kurz thematisiert werden

Erstens:

In den Befragungen zur Weiterbildungssituation und zum Weiterbildungsbedarf von Arzt und Zahnarzthelferinnen stellte sich die Ausbildung von Auszubildenden als ein generelles Problem dar Der Arzt bzw der Zahnarzt bildet in einem für ihn fremden Beruf aus Die Ausbildung verläuft teilweise unsystematisch und orientiert sich nicht immer am vorgegebenen Ausbildungsrahmenplan, sondern an den täglich in der Praxis anfallenden Tätigkeiten Dadurch werden Ausbildungsinhalte in den Praxen zum Teil nur mäßig umgesetzt In der Regel delegiert der Arzt/Zahnarzt die Ausbildung von Arzthelferinnen bzw Zahnarzthelferinnen an das Praxispersonal, das oft nur ungenügend für diese Aufgabe qualifiziert ist Bei der Konzipierung von Weiterbildungsregelungen für die Helferinnenberufe sollte dieser Sachverhalt mehr Berücksichtigung finden und in einer entsprechenden Anerkennung einer Ausbildereignung für weitergebildete Helferinnen münden ohne die fachliche und rechtliche Zuständigkeit des Arztes/Zahnarztes anzutasten

Zweitens:

Resümierend kann aus der bisherigen Untersuchung zur Weiterbildung von Arzt und Zahnarzthelferinnen festgestellt werden, daß die Verwertungsmöglichkeiten der in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Berufspraxis erworbenen Qualifikationen - insbesondere für Arzthelferinnen - sehr begrenzt sind Es mangelt für die ärztlichen Helferinnenberufe an horizontalen und vertikalen Auf- und Durchstiegsmöglichkeiten Bisher gab es keine akzeptablen Perspektiven, die aus der beruflichen Sackgasse herausführten Eine Alternative für eine echte berufliche Karriereplanung im Sinne einer horizontalen und vertikalen Auf- und Durchstiegsmöglichkeit wurde die Realisierung des Beschlusses der KMK-Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in beruflichen Bildungsgängen vom 05.06.1998 darstellen Die dort vereinbarten Rahmenvorgaben zum Erwerb der allgemeinen Fachhochschulreife sollten in geregelten Aus- und/oder Weiterbildungsgängen zum Beispiel in Form von modularen Zusatzqualifikationen - umgesetzt werden Dazu mußten die allgemeinen Rahmenvorgaben bezüglich des sprachlichen, des mathematisch naturwissenschaftlich technischen und des gesellschaftswissenschaftlichen Bereichs mit fachspezifischen beruflichen Inhalten gefüllt werden

Zusammenfassung

Für Arzt und Zahnarzthelferinnen gibt es zahlreiche Weiterbildungsregelungen gemäß § 46 1 BBiG sowie eine unüberschaubare Vielzahl von themen-, trager- oder einrichtungsspezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten, die aber kein systematisches Quahfizierungskonzept für den jeweiligen Beruf - und damit für Aufstiegs- und Umstiegschancen-erkennen lassen

- Bei der Analyse der Fortbildungsprüfungsordnungen der Länder zeigt sich, daß die dort fixierten Prüfungsinhalte der Aufstiegsfortbildungen teilweise eine Reparatur bzw Kompensationsfunktion zur Ausbildung aufweisen
- Die für Zahnarzthelferinnen vorliegenden Regelungen nach § 46 1 BBiG spiegeln größtenteils den aktuellen Stand der Veränderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen - insbesondere den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin, weg von der Zahnsanierung hin zur präventiven Versorgung - wider. Allerdings weisen die unterschiedlichen auf Landerebene geregelten Weiterbildungen insgesamt einen niedrigen Grad der Einheitlichkeit und Koordination auf. Die Abweichungen lassen keinen Zusammenhang zu divergierenden regionalen Bedarfen erkennen
- Für die Berufsausbildung der Zahnarzthelferinnen ist eine dringende Notwendigkeit zur Neuordnung gegeben. Dabei sind insbesondere die Quahfikationsschnittstellen zwischen Ausbildung und Weiterbildung neu zu definieren
- Die geringe Teilnehmerzahl an geregelten Weiterbildungsmaßnahmen für Arzthelferinnen in der Humanmedizin weist darauf hin, daß mit diesen Weiterbildungen auf aktuelle Weiterbildungsbedürfnisse sowie auf die aus den veränderten strukturellen Rahmenbedingungen resultierenden Weiterbildungserfordernisse nicht oder nur bedingt eingegangen wird. Die vorhandenen Weiterbildungsregelungen nach § 46 1 BBiG zur *Arztzahnarzthelferinnen* sind überholt und stellen oft nur eine Wiederholung und Vertiefung der Erstausbildung dar. Die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die darüber eröffnet werden, sind in der Regel auf das bisherige Tätigkeitsspektrum beschränkt
- Insbesondere die zunehmende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, die verstärkte Herausforderung von Praxisverbünden und Gemeinschaftspraxen, die Stärkung der Prävention, der häuslichen Versorgung usw. werden erhebliche Veränderungen der Quahfikationsanforderungen an die Arzthelferinnen nach sich ziehen. Auf die aus diesen Entwicklungen im Gesundheitswesen resultierenden Veränderungen im Aufgabenspektrum und dementsprechenden beruflichen Anforderungen muß in den Weiterbildungsregelungen reagiert werden
- Neue Weiterbildungskonzepte für Arzthelferinnen sollten sowohl Aufstiegsquahfizierungen auf der Ebene des „mittleren Management“ als auch Anpassungsquahfizierungen zum Erwerb speziellen Fachwissens und damit zur Entwicklung eines „Fachspezialisistentums“ unter den Arzthelferinnen berücksichtigen
- Die Verwertungsmöglichkeiten der in der Ausbildung und Weiterbildung sowie in der Berufspraxis erworbenen Qualifikationen sind für die ärztlichen Helferinnenberufe - insbesondere für Arzthelferinnen - sehr begrenzt. Es mangelt an horizontalen und vertikalen Auf- und Durchstiegsmöglichkeiten

Von der Arztfachhelferin zur Praxismanagerin

Der nachfolgende Beitrag beinhaltet unter besonderer Berücksichtigung der sich verändernden Rahmenbedingungen in der ambulanten medizinischen Versorgung eine Beschreibung und Bewertung der derzeitigen Weiterbildungssituation im Arzthelferinnenbereich mit einer Darstellung der sich abzeichnenden Möglichkeiten der Anpassung bzw. Ergänzung der bestehenden Weiterbildung zur Arztfachhelferin an zukünftige Einsatzmöglichkeiten in kommenden Organisationsformen des ambulanten Gesundheitswesens

Weiterbildung zur Arztfachhelferin

Einleitend eine Darstellung des Ist Standes Die Ausbildung zur Arzthelferin basiert auf der Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/ in (Arzthelfer Ausbildungsverordnung) vom 10. Dezember 1985

Die Arzthelferin hat nach der Erstausbildung die Möglichkeit eine Aufstiegsfortbildung (Weiterbildung) zu absolvieren, nämlich die Weiterbildung zur Arztfachhelferin gemäß § 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG). Die Bezeichnung Arztfachhelferin bedeutet nicht, daß eine Weiterbildung in einer bestimmten Fachrichtung stattfindet, sondern eine Optimierung und Erweiterung der Fertigkeiten und Kenntnisse insbesondere im Verwaltungsbereich, aber auch in ausgewählten medizinischen Assistenzfunktionen erfolgt. Seit 1975 wurden in den Bereichen der Ärztekammern Hessen, Schleswig-Holstein (1981) und Nordwürttemberg (1987) **Weiterbildungsgänge** eingeführt. 1992 und 1993 wurden in Westfalen-Lippe und in Bayern zwei weitere Weiterbildungsgänge zur Arztfachhelferin installiert. In Rheinland-Pfalz, Berlin und Nordrhein kam es 1995 und 1996 ebenfalls zur Einrichtung von entsprechenden Weiterbildungsgängen. Die zuerst nur in Hessen und Schleswig-Holstein mit Erfolg praktizierte Weiterbildung erfolgt durch großen persönlichen Einsatz der Teilnehmerinnen berufsbegleitend und überwiegend an Wochenenden, seit einigen Jahren auch noch ohne finanzielle Forderung der Arbeitsverwaltung. Da mit Ausnahme der beiden vorgenannten Bundesländer die Weiterbildung zur Arztfachhelferin in anderen Kammerbereichen erst in den letzten Jahren eingeführt worden ist, kann die bisherige Gesamtteilnehmerzahl von lediglich ca. 1500 Arztfachhelferinnen auch nicht überraschen.

Alle Varianten der Weiterbildung zur Arztfachhelferin weichen untereinander in ihren Inhalten, im zeitlichen Umfang oder in den Zugangsvoraussetzungen geringfügig voneinander ab, orientieren sich jedoch weitgehend an der am 1. Februar 1994 von den Fachberufsgremien und am 18. März 1994 vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossenen Rahmenkonzeption einer Weiterbildung zur

Arztfachhelfern Diese Konzeption (bei der aus rechtlichen Gründen in Anbindung an die Begrifflichkeit des für die Berufsbildung von Arzthelferinnen relevanten Berufsbildungsgesetzes die Bezeichnung 'Fortbildung' gewählt wurde) schreibt ein Mindestniveau fest, das die bestehenden Regelungen unangetastet läßt, ihnen aber für zukünftige Entwicklungen einen verbindlichen Rahmen schafft. Insofern ist die Zielsetzung des Konzeptes, zu einer weitgehenden Einheitlichkeit im Weiterbildungsbereich der Arzthelferinnen zu kommen, erreicht worden. Insgesamt ist die Installierung der „Arztfachhelfern“ auch als Ausdruck der Bemühungen der Kammern zu sehen, den Beruf der Arzthelferin für engagierte Frauen attraktiver zu gestalten und dem Vorwurf eines „Sackgassenberufes“ entgegenzuwirken.

Die Akzeptanz der bestehenden Weiterbildungsregelungen „Arztfachhelfern“ gemäß § 46 Abs 1 BBiG muß aufgrund der bisherigen Absolventenzahlen sowie des nicht flächendeckenden Angebotes insgesamt jedoch als noch nicht voll befriedigend bezeichnet werden. Bei einer konkreten Analyse der bestehenden Weiterbildungsmöglichkeiten muß darüber hinaus festgestellt werden, daß diese den Entwicklungen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung nicht mehr ausreichend Rechnung tragen.

Daneben gibt es auf Landerebene zahllose nicht mit den zuständigen Stellen abgestimmte Bildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen in Arztpraxen, die von Ärztekammern, Verbänden oder sonstigen Bildungsträgern angeboten werden. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um Anpassungsfortbildung, die der Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten sowie der Orientierung an technische Entwicklungen dienen soll.

Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung

Unter den Bedingungen eines verstärkten Wettbewerbs unter den Krankenkassen bei gleichzeitig zunehmendem Kostendruck auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird die arbeitsteilige Zusammenarbeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Organisationsformen mit neuen Managementsystemen wie z. B. Praxisnetzen, Schwerpunktpraxen oder Versorgungsketten mit dem Ziel, durch Rationalisierungsmöglichkeiten effizienter und damit auch kostensparender tätig werden zu können, zukünftig das Anforderungsprofil der in diesen Einrichtungen tätigen nichtärztlichen Mitarbeiter/innen maßgeblich bestimmen. Eine Effizienzsteigerung der eingesetzten Mittel, mit der Zielsetzung besserer und kostengünstigerer Patientenversorgung wird sich vor allem von der Durchsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ versprochen.

Wesentliches Strukturelement neuer Vertrags- und Versorgungsformen sind dabei Kooperationen der Vertragsärzte (z. B. Praxisverbünde, „Netze“ usw.). Neben Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften konnten z. B. vernetzte Praxisstrukturen eine geeignete Organisationsstruktur werden, um die Kostenvorteile eines arbeitsteiligen Zusammenwirkens von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zu nutzen.

Die Bildung kooperativer Praxisstrukturen wird damit vermutlich eine Maßnahme zur Sicherung der Strukturqualität der ambulanten medizinischen Versorgung und damit eine der Antworten auf die

immer knapper werdenden Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung sein

Entwicklung der nichtärztlichen Berufstätigkeit

Der steigende Konkurrenz und Kostendruck in Verbindung mit dem Trend zu größeren Organisationseinheiten (veränderte betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen von Arztpraxen, Partnerschaftsgesellschaftsgesetz, Vernetzung von Praxen Ver Zahnung ambulant/stationär, Arzthäusern usw) sowie den veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Arztpraxen, werden das zukünftige Qualifikationsprofil der in diesen Bereichen tätigen Mitarbeiter/innen von Ärztinnen und Ärzten verändern. Von diesem Personenkreis werden zukünftig in zunehmendem Umfang rechtliche, betriebswirtschaftliche, kommunikative und im Management orientierte Fertigkeiten und Kenntnisse erwartet. Die technische und organisatorische Entwicklung der Arztpraxen ist außerdem bereits heute und wird in den nächsten Jahren noch intensiver durch einen hohen Grad an Innovation kurzfristige Innovationszyklen (Vernetzung, Datenkommunikation) sowie neue Formen der Personal- und Arbeitsorganisation gekennzeichnet sein. Dies gilt insbesondere auch für qualitätssichernde Maßnahmen.

Diese veränderten Strukturen werden sich kurz- bis mittelfristig auf die nichtamtlichen Berufstätigkeiten in vermutlich neuen Organisationseinheiten der ambulanten medizinischen Versorgung auswirken und neue Anforderungen an die dort Beschäftigten stellen. Neue Aufgabengebiete, Aufgabenverlagerungen und mehr Delegation von Tätigkeiten mit größerer Verantwortung werden den Bedarf an qualifizierten Mitarbeiter/innen verstärken. Um dieser Entwicklung zu folgen, wird der Erwerb zusätzlicher fachlicher und persönlicher Kompetenzen, die dazu befähigen, neue Aufgaben zu übernehmen für die Mitarbeiter/innen in Arztpraxen unumgänglich sein. Folglich dürfte für diesen Bereich und insbesondere für diese Personengruppe ein hoher Qualifizierungsbedarf entstehen. Deshalb wird voraussichtlich auch ein Bedarf für Bildungsmaßnahmen entstehen, die Absolventen befähigen können, die betriebswirtschaftlichen Ziele solcher zukünftigen größeren Organisationseinheiten mitzubestimmen sowie eigenverantwortlich Führungs- und Managementaufgaben zu erfüllen.

Daher ist mittlerweile auf verschiedenen Ebenen die Notwendigkeit erkannt worden, die bestehenden Fort- und Weiterbildungsstrukturen für Arzthelferinnen oder vergleichbares Assistenzpersonal zu überprüfen und zukunftsorientiert neu zu gestalten. Bei der Ermittlung des Weiterbildungsbedarfs müssen die Markterfordernisse unter besonderer Berücksichtigung der aufgezeigten Strukturveränderungen, deren Entwicklungstendenzen bereits dargestellt worden sind, unbedingt berücksichtigt werden.

Die berufliche Weiterentwicklung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen, insbesondere für Arzthelferinnen in ihrem Berufsbild mit Tätigkeiten in den zur Zeit fast ausschließlich noch bestehenden Einzel- und Gemeinschaftspraxen als Kleinbetriebe, beschränkt sich bisher im wesentlichen auf die Weiterbildung zur Arztfachhelferin, Aufgrund der vorgenannten Entwicklungen bestehen auf der Basis des zukünftigen Anforderungsprofils für leitende Mitarbeiterinnen in größeren Organisationseinheiten zur

Zeit Grundüberlegungen zur Einführung einer „Praxismanagerin“ (Arbeitstitel) Die für ein solches Funktionsbild erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse sind im Rahmen der bestehenden Weiterbildung zur Arztfachhelferin nicht oder nur unzureichend enthalten

Tätigkeitsbereiche einer „Praxismanagerin“

Entsprechend den prognostizierten Rahmenbedingungen soll eine „Praxismanagerin“ die betriebswirtschaftlichen Ziele des zukünftigen Unternehmens „Arztpraxis“ in enger Abstimmung und im Auftrag der Praxisinhaber mitbestimmen und realisieren helfen sowie eigenverantwortlich Führungs- und Managementaufgaben erfüllen Diese Qualifikation baut sowohl auf Fertigkeiten und Kenntnisse des staatlich anerkannten Ausbildungsberufes „Arzthelferin“ mit anschließender Praxiserfahrung auf, als auch einer anschließenden speziellen und erweiterten Befähigung in nachfolgend beispielhaft aufgezeigten Tätigkeitsbereichen

Ausbildung der Ausbilder

Die Praxismanagerin soll für die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der Ausbildung von Arzthelferinnen verantwortlich zuständig sein Als Ansprechpartnerin für alle internen und externen Beteiligten (z. B. Berufsschulen, Kammer) koordiniert, berät und unterstützt die Praxismanagerin im Auftrag der ausbildenden Ärztinnen/Ärzte die Ausbildung der Arzthelferinnen oder anderer Ausbildungsberufe in der Arztpraxis mit der Zielsetzung einer qualifizierten Berufsausbildung und der Heranbildung geeigneter Fachkräfte

Qualitätsmanagement

Im Bereich Qualitätsmanagement soll die Praxismanagerin die Grundzüge eines modernen Qualitätsmanagements beherrschen, die einschlägigen Qualitätsnormen kennen und bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems die Auswirkungen auf das Unternehmen „Arztpraxis“ einschätzen können

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Die Praxismanagerin soll die betriebswirtschaftlichen Aspekte und Möglichkeiten als Teil der Unternehmensführung etablieren und deren Einhaltung überwachen Die Methoden und Kenntnisse einer effizienten Praxisführung einschließlich Controllingverfahren anwenden und durchsetzen und dafür sorgen, Wirtschaftlichkeit und Image des Unternehmens 'Arztpraxis' zu optimieren Tätigkeitsschwerpunkte könnten z. B. die Bereiche Praxisorganisation, Betriebliches Rechnungswesen, Kaufmännische Praxis und Praxismarketing sein

Personalmanagement

Die Praxismanagerin soll die Kriterien unterschiedlicher Personalführungsstile kennen und praktizieren und angemessenes Führungsverhalten selbst anwenden, bzw weitergeben können, die Motivation bei Mitarbeiter/innen herstellen, mobilisieren und erhalten Sie soll mithelfen, die Praxisziele bei unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiter/innen durchzusetzen und zur Förderung zielorientierten Denkens und Handelns bei den MitarbeiterInnen beitragen Zu diesem Bereich könnten Aufgabengebiete gehören wie z B Mitarbeiterereinsatz und -führung, Personalorganisation oder Arbeitsrecht

Informations- und Kommunikationstechnologien

Die Praxismanagerin soll die Einsatz- und Anwendungsmöglichkeiten der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien mit dem Ziel kennen, zur Optimierung der Praxisabläufe sowie der Verbesserung der internen und externen Praxiskommunikation in Verbindung mit Rationalisierungseffekten und Kostenersparnissen beizutragen Zu differenzieren waren hier z B die Informations- und Kommunikationsdienste und die Informations- und Kommunikationstechniken

Hinweis

Es handelt sich hierbei nur um eine beispielhafte Beschreibung von Tätigkeitsbereichen, die lediglich den grundsätzlichen Bedarf für entsprechend zu qualifizierende MitarbeiterInnen weiter konkretisieren sollten

Quantifizierung

Der größte Teil der Erwerbstätigen im ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung ist in Arztpraxen tätig Unter einer Arztpraxis wird hierbei eine ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patientenkontakt verstanden Neben Einzelpraxen zählen hierzu auch Gruppenpraxen Ihr Anteil liegt zur Zeit bei ca 15% mit steigender Tendenz Genaue Zahlen hegen hierzu nicht vor

In Deutschland gibt es nach dem Stand vom 31.12.1997 insgesamt rd 115 000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als potentielle Arbeitgeber von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Die Wirkung der verschärften kassenärztlichen Bedarfsplanung ab 1993 mit Wegfall der Niederlassungsfreiheit hat zu einem Stillstand der Zahl der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte geführt

Als nichtamtliches Praxispersonal waren laut Statistik der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege 1996 insgesamt rund 399 930 Vollkräfte beschäftigt Dies ergibt im Durchschnitt je Praxisinhaber 3,55 tätige Personen (ohne Praxisinhaber) Nach einer Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) zum Jahresende 1994 gibt es in den Arztpraxen insgesamt 510 000 Beschäftigte, davon 7,9% mit einer Ausbildung in einem qualifizierten

Gesundheitsfachberuf (z B Arzthelferin, Krankenschwester, Sprech Stundenschwester, MTA oder auch Arztfachhelfenn)

Auf der Basis der vorgenannten Erhebung des ZI kann von folgender Beschäftigungsstruktur ausgegangen werden Mit 46% stellen die geprüften Arzthelferinnen den zahlenmäßig höchsten Anteil dar, die Auszubildenden machen knapp 13% und Angestellte mit einer Ausbildung als Krankenschwester, Arztfachhelfenn, MTA, Arzt und Sprechstundenschwester weitere rund 10% aller Beschäftigten aus Mithelfende Ehepartner haben einen Anteil von knapp 7% unge lernte Arzthelferinnen haben einen Anteil von knapp 6% Das Hilfs- und Reinigungspersonal schlägt mit 14% zu Buche, sonstige Mitar beiterinnen mit 4%

Der Anteil der Arzthelferinnen und Arzthelferinnen Auszubildenden ist z B im Vergleich zu 1987/88 in den Arztpraxen von 48 4% auf 46 2% bzw 14,4% auf 12,8% leicht zurückgegangen Die durch schnittliche Mitarbeiterzahl über alle Arztgruppen ist von 4,2 Mitar beiter/innen 1987/88 auf 4,9 Mitarbeiter/innen Ende 1994 ange wachsen Der durchschnittliche Anteil an Arzthelferinnen ist dabei mit 2,3 (1987/88 = 2,2) gleichgeblieben, ebenso der Anteil von Auszubildenden mit 0,6 (1987/88 = 0,65)

Der zukünftige Bedarf für weitergebildete Arzthelferinnen oder vergleichbar qualifizierte Mitarbeiter/innen kann zur Zeit nur geschätzt werden da die zu erwartenden Organisationsstrukturen der zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgung noch keine verlässlichen Prognosen möglich machen Auf der Basis der vorge nannten Arzt- und Beschäftigtenzahlen konnte ein vorsichtig geschätzter Bedarf von 2 000 bis 4 000 Mitarbeiter/innen mit einem Qualifizierungsprofil "Praxismanagerin" bestehen

Zielsetzung eines Bildungsangebotes „Praxismanagerin“

Ein solches Bildungsangebot konnte sich insbesondere an Arzthel ferinnen, Arztfachhelferinnen oder andere Fachkräfte aus Arzt praxen richten, die bereits als Erstkräfte verantwortlich tätig sind, vergleichbare Vorqualifikationen nachweisen können und sich gründliches Führungswissen aneignen mochten und bereit sind betriebswirtschaftliche Entscheidungen zu treffen sowie betriebliche Ziele unter ökonomischen, rechtlichen und sozialen Gesichts punkten zu verfolgen

Dadurch konnten sich für fast ausschließlich in diesem Bereich tatige Frauen verbesserte Berufsaussichten in den bestehenden Einrichtungen der ambulanten medizinischen Versorgung ergeben, bzw ein völlig neuer Karriereweg in den zukünftigen - bereits darge- stellten - neuen Organisationsformen eröffnen Die rechtzeitige Wegbereitung und Etablierung einer solchen Weiterbildung durfte besonders wichtig sein, da aus anderen Berufsbereichen vergleich- bar interessierte und qualifizierte Interessenten, z B aus dem kauf- mannischen Bereich, ebenfalls auf solche Tätigkeiten und Funk tionen reflektieren konnten

Im Mittelpunkt einer anzustrebenden Weiterbildungsmaßnahme "Praxismanagerin" mußte der Erwerb fundierten Führungswissens stehen wobei die Weiterbildungsinhalte weitgehend branchenuber- greifend konzipiert werden sollten und die Absolventen einer solchen Maßnahme sich damit auch für die Verwendung in anderen Einrichtungen des Gesundheits und Sozialwesens empfehlen oder

sich über diese Schiene ergänzend Zugang zu vergleichbar qualifizierten Tätigkeiten im Gesundheitsmanagement erschließen können wie z.B.,

- Berufsschullehrer/in Gesundheit
- Diplomstudium Medizinpädagogik
- GesundheitspädagogeAin
- Betriebswirt/in Gesundheits- oder Sozialwesen u Krankenhausbetriebswirt/in,

Aus den bestehenden Weiterbildungsgängen zur Arztfachhelferin könnten Teilbereiche für eine Bildungsmaßnahme „Praxismanagerin“ übernommen werden. Die bisher mehr „allgemein-fachlich“ ausgerichtete Arztfachhelferin könnte in modernisierter Form bestehen bleiben. Die „Praxismanagerin“ könnte dann z.B. unter Einbeziehung/Erweiterung der Weiterbildung zur Arztfachhelferin angeboten werden, aber auch andere Organisationsformen (z.B. zusätzliches Modulsystem) wären denkbar. Diesbezügliche strukturelle Entscheidungen sind aber folgerichtig erst in einem konkreteren Planungsstadium einer solchen Bildungsmaßnahme möglich.

Der Neuordnungsbedarf für die Berufsausbildung zur/zum Zahnarzthelfer/in aus der Sicht des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen

Der Gesundheitsbereich ist ebenso wie alle anderen Bereiche unserer Volkswirtschaft ständiger Entwicklung und damit einem ständigen Wandel unterworfen. In den letzten Jahren hat sich das Tempo dieses Prozesses allerdings gewaltig beschleunigt. Ausbildungsberufe, die sich an technischen, sozialen und gesundheitspolitischen Rahmendaten orientieren müssen, um den Berufsangehörigen mit den erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten einen Arbeitsplatz zu garantieren, müssen besonders flexibel sein. Sind sie es nicht, besteht die Gefahr, daß kostbare Ausbildungszeit mit dem Erwerb überholter Kenntnisse und Fertigkeiten vertan wird und dadurch zu wenig Zeit bleibt, das von den Arbeitgebern benötigte Wissen an die Auszubildenden zu vermitteln. Nicht mehr zeitgemäße Ausbildungsordnungen werden für Ausbilder und Auszubildende unattraktiv und führen letztlich dazu, sich ganz pragmatisch über die Inhalte der Ausbildungsordnung hinwegzusetzen, was wiederum bedeutet, daß die angestrebte Standardisierung des Ausbildungsberufes verlassen wird und die Vergleichbarkeit der Berufsabschlüsse im Bereich aller Kammern aufgegeben wird.

Sicherlich ist die Ausbildung zur Zahnarzthelferin als Ausbildungsberuf im dualen System gut aufgehoben. Die Vermittlung der praktischen und damit verbundenen theoretischen Ausbildungsinhalte in der Zahnarztpraxis und die Unterstützung und Systematisierung des zu erwerbenden Wissens durch die Berufsschule stellen gute Ausbildungsvoraussetzungen dar. Zu einem optimalen Ergebnis kann die Ausbildung nur führen, wenn sie auch inhaltlich den Erfordernissen in der Zahnarztpraxis entspricht und gleichzeitig als Basis für lebenslange Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden kann.

Es gibt in Deutschland ca. 50 000 niedergelassene Zahnärzte. Im Durchschnitt werden pro Zahnarzt ca. 2,5 Zahnarzthelferinnen beschäftigt.

Das bedeutet, daß wir von ca. 124 000 Berufsangehörigen ausgehen können. Etwa 42 000 Auszubildende, 99,9% davon sind weiblich, werden in den Zahnarztpraxen ausgebildet. Diese Zahlen stammen aus dem Jahr 1996 und beziehen sich auf den Durchschnitt alte und neue Bundesländer. Die Ausbildungszahlen haben sich in den letzten Jahren nicht verändert. In den neuen Bundesländern werden teilweise mehr Zahnarzthelferinnen als Arzthelferinnen ausgebildet, obwohl die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit ca. 114 000 bundesweit bedeutend höher liegt.

Die Ausbildungsverordnung zum Zahnarzthelfer/zur Zahnarzthelferin wurde zum 01.08.1989 erlassen. Bereits in den Jahren 1994/95 wurden erste Wünsche zur Veränderung laut. Unser Verband installierte einen entsprechenden Arbeitskreis, der sich mit den Ausbildungsinhalten beschäftigte und zu dem Ergebnis kam, daß eine Neuordnung notwendig wird. Auch von den Arbeitgebern kamen erste Signale, daß man eine Anpassung der Ausbildungsverordnung wünschte.

Veränderungsbedarf wird aus unserer Sicht vorrangig in folgenden Bereichen gesehen:

1. Inhaltliche Veränderung der Ausbildung
2. Veränderungen der Abschlußprüfungen
3. Änderung der Berufsbezeichnung

1 Inhaltliche Veränderungen

Informieren und Beraten von Patienten, vor, während und nach der Behandlung

Die Behandlung der Patienten in der Zahnarztpraxis ist ein komplexer Vorgang. Neben den rein zahnärztlichen Leistungen wird umfangreiche Betreuung der Patienten vor, während und nach der Behandlung von diesen zu Recht erwartet. Patienten sind heute aufgeklärter, vielleicht auch anspruchsvoller und kritischer. Sie stellen mehr Fragen als früher und erwarten entsprechende Antworten. Neben der Beratung des Zahnarztes ist hier die Zahnarzthelferin gefordert. Ihr vertrauen sich Patienten an und stellen auch Fragen, die sie dem Zahnarzt nicht stellen. Der soziale Abstand zwischen Zahnarzthelferin und Patient ist geringer als der zwischen Zahnarzt und Patient. Die Zahnarzthelferin ist oft die Vertrauensperson zwischen Zahnarzt und Patient. In dieser Funktion braucht sie besonders geschulte kommunikative Fähigkeiten, um diese Aufgabe kompetent zum Wohle der Patienten und der Praxis erfüllen zu können.

In der bisher geltenden Ausbildungsverordnung kommen solche Ausbildungsinhalte zu kurz:

Teamarbeit

Die Struktur von Zahnarztpraxen hat sich in den letzten Jahren verändert. Zunehmend finden Kooperationen statt unter Zahnärzten oder auch mit anderen Ärzten. Auch einzelne Zahnärzte beschäftigen heute mehr Mitarbeiterinnen als früher. In den Zahnarztpraxen hat auch unter den Zahnarzthelferinnen eine Spezialisierung stattgefunden. Zwar ist die Allroundkraft noch immer die Basis jeder Praxis, ohne sie geht es nicht, aber auch die zahnmedizinischen Fachhelferinnen und die zahnmedizinischen Verwaltungshelferinnen haben sich in den Praxen etabliert. Ein Team aus mehreren Zahnärzten, möglicherweise Assistenten, Zahntechnikern und Zahnarzthelferinnen, die in Ausbildung sind, examiniert oder bereits weitergebildet sind, muß in der Praxis gut zusammenarbeiten, um für den Patienten eine Atmosphäre zu schaffen, die Kompetenz und

Geborgenheit ausstrahlt. Nur wenn der Patient sich sicher fühlt, wird die gewünschte Patientenbindung entstehen, die letztendlich die Basis für den wirtschaftlichen Erfolg der Zahnarztpraxis ist und damit die Lebensgrundlage für den Zahnarzt und sein Team. Die Wichtigkeit dieser Arbeit im Team muß jugendlichen Auszubildenden nahegebracht und antrainiert werden. Wir möchten, daß dieses Ausbildungsziel in die neu zu erlassende Ausbildungsverordnung mit aufgenommen wird. Der Erwerb sozialer Kompetenz ist in einem so personenbezogenen Beruf wie der Zahnarztthelferei unerlässlich.

Erste Hilfe und Assistenz in Notfällen

Größte Sorgfalt im Umgang mit den Patienten kann nicht verhindern, daß es gelegentlich zu krisenhaften Situationen in den Zahnarztpraxen kommen kann. Zwischenfälle bei der Behandlung der Patienten können unvorhersehbar eintreten und erfordern dann vom Zahnarzt und der Zahnarztthelferei schnelles und sicheres Handeln. Sie müssen funktionieren wie ein eingespieltes Team, das täglich vor solchen Herausforderungen steht. Da dies in der Realität nicht der Fall ist, muß diese besondere Situation unbedingt gründlich gelehrt und eingeübt werden.

Eine Zahnarztthelferei muß darüber hinaus noch darauf vorbereitet werden, daß ein Unfall oder Notfall bei einem Patienten eintritt, ohne daß ein Arzt anwesend ist. Auch in diesem Fall muß sie wissen, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, bis ein Arzt oder der Rettungswagen eintrifft. Diesem Ausbildungsziel mußte in einem Neuordnungsverfahren breiterer Raum gegeben werden.

Prophylaxe

In den letzten Jahren wird in den Zahnarztpraxen zunehmend Prophylaxe betrieben. Gesundheitsspolitisch ist dieser Weg richtig und er wird sicher weiter beschriftet werden.

Nach einer Umfrage einer Zahnärztekammer aus dem Jahr 1997 soll die Zahnarztthelferei zukünftig vermehrt bei der Prophylaxe eingesetzt werden.

Eine entsprechend fortgebildete Prophylaxehelferei beschäftigen aber nur ca. 30% der Praxen.

Wenn nun tatsächlich so viel Prophylaxe in den Praxen betrieben werden soll, muß in der Erstausbildung der Zahnarztthelferei ein entsprechendes Basiswissen vermittelt werden. Welche Tiefe die zu vermittelnden Kenntnisse und Fertigkeiten in der Erstausbildung haben sollen, werden die Sachverständigen bei der Konzeption der Ausbildungsordnung festlegen. Wir als Berufsverband legen hier ganz besonderen Wert auf die Qualität der Wissensvermittlung und Überprüfung. Wir wollen nicht, daß die bisher einer umfangreichen Weiterbildung vorbehaltenen Tätigkeiten total in die Erstausbildung integriert werden. Wir sind sicher, daß nicht jede Zahnarztpraxis den zu fordernden Ausbildungsstandard erfüllen kann, der bisher durch die entsprechenden bei den Zahnärztekammern angesiedelten Fortbildungsinstitute vorgegeben wird. Je nachdem welche Struktur die Ausbildungsordnung bekommt, lassen sich möglicherweise unterschiedliche, dem individuellen Leistungsvermögen der einzelnen Auszubildenden angepaßte Formen der Vermittlung von Kennt-

nissen und Fertigkeiten finden. Eine in Teilen modulare Ausbildung könnte hier der richtige Weg sein. Sollte eine solche Ausbildungsform Grundlage für die Struktur der zukünftigen Ausbildungsordnung sein, könnten für besonders leistungsstarke Auszubildende Teile aus der bisherigen Weiterbildung zur ZMP in modularer Form in die Erstausbildung integriert werden, damit diese Auszubildenden nach der Erstausbildung in kürzerer Zeit eine Weiterbildung durchlaufen und abschließen können.

Um es noch einmal klar zu sagen: Wir glauben nicht, daß die komplette Prophylaxe in die Erstausbildung aufgenommen werden sollte, da nicht jede Zahnarzthelferin in Ausbildung dafür geeignet ist. In der Erstausbildung kann lediglich Basiswissen hauptsächlich in Form von Kenntniszielen vermittelt werden.

Für besonders leistungsstarke Auszubildende können wir uns allerdings ein fakultatives Angebot der Vermittlung vertiefter Prophylaxe-Kenntnisse und Fertigkeiten während der Ausbildung vorstellen. Dieses Zusatzangebot kann nicht von den Berufsschulen geleistet werden. Es bedarf entsprechender personeller und apparativer Ausstattung und könnte in überbetrieblicher Form an den Fortbildungsinstituten der Zahnärztekammern durchgeführt werden.

Praxisorganisation, Verwaltung

Die gesamte Ablauforganisation einer Zahnarztpraxis – eine gute oder eine schlechte Terminverwaltung beispielsweise, hängen vom Geschick und Können einer Zahnarzthelferin ganz wesentlich ab.

Die Verwaltung der Patientendaten erfolgt heute nur noch in wenigen Praxen handschriftlich. Neue Kommunikationstechniken sind in die Zahnarztpraxen eingezogen und erfordern auch entsprechend geschultes Personal. Datenaustausch online wird es auch in den Zahnarztpraxen geben. Vernetzte Praxen, neue Kooperationsformen, werden nach der Einführung in der Humanmedizin sicher auch vor den Zahnarztpraxen nicht halt machen. Der Umgang mit entsprechender Kommunikationstechnik muß einer Zahnarzthelferin bereits während der Erstausbildung beigebracht werden.

Abrechnung

Durch entsprechende Vorgaben der Krankenkassen ist die Abrechnung in den Zahnarztpraxen nicht einfacher geworden. Unterstützt durch EDV müssen Zahnarzthelferinnen Heil- und Kostenpläne erstellen und die Quartalsabrechnung mit den Krankenkassen oder den Selbstzahlern durchführen. Umfangreiches, sich ständig änderndes Wissen ist hier gefragt. Eine vertiefte Wissensvermittlung in der Erstausbildung muß hier in jedem Fall erfolgen.

Datenschutz

Gerade durch den Einsatz moderner Kommunikationstechnik muß der Datenschutz noch mehr in der Zahnarztpraxis beachtet werden. Er ist gesetzlich vorgeschrieben und muß in einer neu zu regelnden Ausbildungsordnung stärkere Berücksichtigung finden.

Qualitätsmanagement

Seit einigen Jahren wird auch in der Medizin und in der Zahnmedizin über Qualitätsmanagement diskutiert. Das Medizinproduktegesetz findet bereits in der Zahnarztpraxis Beachtung. Qualitätsmanagement kann nicht durch den Zahnarzt allein in der Praxis durchgeführt werden. Hier müssen alle Mitarbeiter einbezogen werden, wenn es richtig gemacht werden soll. Das Verständnis für qualitätssichernde Maßnahmen muß bereits bei der auszubildenden Zahnarzthelferin geweckt werden. Sie muß während der Ausbildung bereits beim Qualitätsmanagement mitwirken. Zukunftsorientierte Berufsausbildung wird ohne Qualitätsmanagement nicht auskommen. Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und wirtschaftlicher Erfolg einer Zahnarztpraxis werden durch richtig eingesetztes Qualitätsmanagement positiv beeinflusst.

Fremdsprache

Deutschland gehört zur Europäischen Union. Die Nationen sollen und werden zusammenwachsen. Möglichkeiten der beruflichen Mobilität sollen geschaffen werden. Unsere Nachbarn im europäischen Ausland lernen fleißig Fremdsprachen, um sich ihre beruflichen Chancen zu erhalten. Englisch ist in Ländern wie Dänemark oder Holland eine Selbstverständlichkeit. In die Zahnarztpraxen haben alleine durch den Einsatz moderner Technik bereits viele meist aus dem Englischen stammende Begriffe Einzug gehalten. Um auch für die Zahnarzthelferin die Berufsausbildung zukunftsorientiert zu gestalten, fordern wir die Einführung einer Fremdsprache in die Ausbildungsordnung. Dies hatte zur Folge, daß die Berufsschulen ein entsprechendes Angebot an fremdsprachlichem Unterricht machen wurden. Der Zahnarztpraxis wird dieses sicher erspart bleiben. Werden solche Ziele nicht in die Ausbildungsordnung aufgenommen, unterbleibt auch das entsprechende Angebot der Berufsschulen.

Die jetzt besprochenen Inhalte halten wir für besonders vordringlich. Darüber hinaus müssen alle anderen in der Ausbildungsverordnung angegebenen Inhalte auf ihre Relevanz überprüft werden, was Aufgabe einer Sachverständigenrunde ist. Hier gilt es Ballast abzuwerfen und zukunftsorientierte Inhalte aufzunehmen oder zu vertiefen.

2 Die Prüfungsordnung

Zahnarzthelferinnen werden bisher in folgenden Gebieten geprüft:

- 1 Zahnmedizin
- 2 Abrechnungswesen und Verwaltung
- 3 Wirtschafts- und Sozialkunde
- 4 Praktische Übungen

Die Prüfungsordnung muß ebenfalls überarbeitet werden. Sinnvollerweise kann dies erst nach Definition der Ausbildungsinhalte geschehen. Es kristallisiert sich aber bereits jetzt heraus, daß das Fach

„Abrechnungswesen und Verwaltung“ aufgeteilt werden muß in zwei einzelne Prüfungsfächer „Verwaltung“ und „Abrechnung“. Dies bedeutet die Einführung eines 5. Prüfungsfaches.

Durch eine Abschlußprüfung soll die berufliche Handlungskompetenz der Zahnarzthelferin geprüft und bescheinigt werden. Dies kann nur erreicht werden, wenn zukünftige Prüfungsordnungen die Bestehensregelungen verändern. Wir sind der Auffassung, daß in einem medizinischen Fachberuf im Kernfach „Zahnmedizin“ mindestens ausreichende Leistungen zum Bestehen der Abschlußprüfung erbracht werden müssen. Auch über ein zweites Sperrfach „Abrechnung“ denken wir nach.

Es hegt uns nicht daran, die Bestehenshürde für die Zahnarzthelferin unerreichbar hoch zu legen. Wir möchten nur, daß die Zahnarzthelferin tatsächlich nach der Abschlußprüfung berufliche Handlungskompetenz hat, daß sie sich nach der Berufsausbildung bei ihrer Arbeit sicher fühlt, daß Zahnarzt und Patienten sich auf ihre Arbeit verlassen können.

Schließlich wünschen wir uns, daß die Berufsausbildung zur Zahnarzthelferin die Basis für lebenslange Fort- und Weiterbildung ist. Ein entsprechendes Fort- und Weiterbildungskonzept sollte auf die Berufsausbildung abgestimmt werden.

3 Neue Berufsbezeichnung

In den bisher mit den Sozialpartnern geführten Gesprächen waren sich alle einig, daß die Ausbildung inhaltlich und in der Struktur der Prüfung geändert werden muß.

Zunächst wurde auch darüber Konsens erzielt, daß die Berufsbezeichnung geändert werden soll. Über den Begriff selbst konnte bisher keine Einigung hergestellt werden, so daß wir uns zunächst auf einen Arbeitstitel

„Zahnmedizinische Fachkraft“

geeignet haben.

Die meisten Zahnarzthelferinnen sind im Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen organisiert. Wir haben uns jahrelang mit der Berufsbezeichnung beschäftigt.

Wie wir aus dem Bildungsministerium wissen, wird eine dreijährige Berufsausbildung mit dem Titel „Helferin“ nicht mehr erlassen. Alle anderen „Helferberufe“ bekommen in Neuordnungsverfahren auch neue Berufsbezeichnungen.

Die Berufsbezeichnung „Helferin“ hat keinen besonders hohen sozialen Status, nicht einmal einen für eine dreijährige qualifizierte Ausbildung angemessenen. Gegenüber anderen Gesundheitsfachberufen müssen die „Helferinnen“ dauernd um ihre Anerkennung als Fachberuf kämpfen.

Wir wissen, daß eine neue konsensfähige Berufsbezeichnung nicht leicht zu finden ist. Der von vielen, auch von einem Teil der Arbeitgeber vorgeschlagene Begriff der „Assistentin“, ist bei einer Ausbildung im dualen System nicht erreichbar.

Wir sind uns bewußt, daß der von uns gewählte Vorschlag „Dentalmedikantin“ außerordentlich gewohnungsbedürftig ist. Wir haben

ihn ausgesucht, um zu demonstrieren, daß wir tatsächlich eine neue, moderne, qualitativ verbesserte Berufsausbildung wünschen. Wir möchten das „Helferinnen-Image“ verlassen, Wir möchten zeigen, daß auch in der Zahnarztpraxis mehr als nur „Helferinnen“ ausgebildet werden.

Wir glauben auch, daß man die Wahl der Berufsbezeichnung denen überlassen muß, die diese Berufsbezeichnung tragen werden.

Die betriebliche Ausbildung im Urteil der Arzthelferinnen

Der Beruf der Arzthelferin ist für viele junge Frauen und Mädchen ein interessanter Beruf mit einem vielseitigen und abwechslungsreichen Aufgabenspektrum. Er rangiert nach Bürokauffrau an zweiter Stelle der von Frauen am stärksten besetzten Ausbildungsberufen. 1996 lag die Zahl der Auszubildenden bundesweit bei rund 51 000. Um die Wertschätzung dieses Berufes besser einordnen zu können, wird in diesem Beitrag ein Überblick über die Lern- und Berufserfahrungen der Auszubildenden im Praxisalltag gegeben.

In diesem Beitrag werden die folgenden Aspekte angesprochen:

- Integration der Auszubildenden im regulären Praxisablauf
- Pädagogische Gestaltung der Ausbildung
- Betrieblichen Anforderungen an die Fach- und Sozialkompetenz
- Ausbildungszufriedenheit und Probleme
- Berufswünsche im Anschluß an die Ausbildung

Grundlage hierfür sind Ergebnisse einer repräsentativen schriftlichen Befragung von 6 248 Auszubildenden aus 15 zahlenmäßig bedeutenden Ausbildungsberufen aus dem gewerblich-technischen, dem Büro- und Dienstleistungsbereich.¹ In diesem Rahmen wurden u. a. auch 449 Arzthelferinnen (darunter drei junge Männer), aus allen drei Lehrjahren befragt.² Es wurde außerdem eine Gruppendiskussion bei Arzthelferinnen im dritten Lehrjahr durchgeführt.³

Sozio-strukturelle Daten

Von den schulischen Voraussetzungen her zeigt sich eine ähnliche Tendenz wie in der offiziellen Statistik. Bei der Mehrzahl der befragten Arzthelferinnen liegt ein mittlerer Bildungsabschluß oder das Abitur vor, der Hauptschulennnenanteil ist mit 21% der Befragungspopulation etwas unterrepräsentiert. 13% der Befragten sind nichtdeutscher Herkunft. Bei 5% der Arzthelferinnen liegt bereits eine andere abgeschlossene Berufsausbildung vor. 18% sind Wechslerinnen, das heißt, sie hatten zuvor schon eine Ausbildung abgebrochen.

Die Auszubildenden arbeiten mehrheitlich in Kleinbetrieben mit weniger als 10 Beschäftigten. Lediglich 11% werden in etwas größeren Betrieben ausgebildet. Bei über der Hälfte sind die Befragten die einzige Auszubildende in der Praxis, ein knappes Drittel wird noch zusammen mit einer weiteren Auszubildenden ausgebildet.

1 Die Erhebung wurde in der Zeit von Mai/Juli 1996 durchgeführt.
2 Angesichts des geringen Männeranteils in diesem Beruf wird bei den weiteren Ausführungen der besseren Lesbarkeit wegen die weibliche Form benutzt.
3 Im November 1997 wurde außerdem in Berlin eine Gruppendiskussion mit Arzthelferinnen im dritten Lehrjahr durchgeführt. Basis dieses Gruppengesprächs waren die schriftlichen Befragungsergebnisse.

Integration der Auszubildenden in den Arbeitsprozeß

Einsatz im Arbeitsprozeß, Ernstcharakter und Verbindlichkeit in der konkreten Arbeit sind Elemente, welche die Attraktivität der dualen Berufsausbildung ausmachen und entscheidend die Motivation der Auszubildenden beeinflussen. Allerdings muß hierbei eine Balance zwischen beruflichem Lernprozeß und Arbeitseinsatz gegeben sein, damit sie sich nicht überfordert bzw. als billige Arbeitskräfte ausgenutzt fühlen. *„Ich fühle mich nicht ausgebildet, sondern eherausgenutzt. Eine Auszubildende arbeitet praktisch schon zu 98% wie eine Vollkraft. Überstundenentgelt gibt es sowieso nicht. Pausen gibt es nur, wenn gerade Zeit ist. Ausgebildet auf keinen Fall.“* — *„Ich habe den Eindruck, daß die erwarten, daß man so arbeitet, als wäre man schon 10 Jahre im Beruf.“*

Im genauen Informationsüberblick über den Ausbildungsalltag der Arzthelferinnen zu erhalten, sollten sie neben expliziten Fragen, auch einige Angaben zu ihrem letzten betrieblichen Arbeitstag anhand eines vorgegebenen Rasters machen. Nach diesem Tagesprotokoll arbeiten nahezu alle Arzthelferinnen im regulären Praxisablauf mit. Im Durchschnitt dauert dieser Arbeitstag zwischen 7 und 8 Stunden, knapp ein Fünftel arbeitet allerdings auch 9 Stunden und mehr.

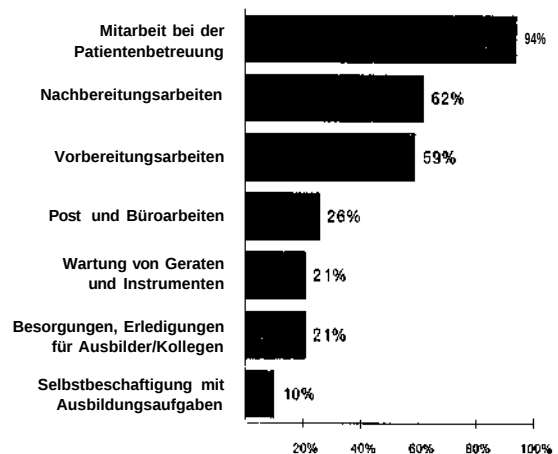
An erster Stelle des Aufgabenspektrums einer Arzthelferin in der Ausbildung steht die Mitarbeit bei der Patientenbetreuung, des Weiteren nehmen Vor- und Nachbereitungsarbeiten ebenfalls eine zentrale Rolle ein. Rund ein Viertel war darüber hinaus mit Post und Büroarbeiten und rund ein Fünftel mit der Wartung von Geräten und Instrumenten betraut. Jede 10. Arzthelferin hatte außerdem die Möglichkeit sich - abseits vom Praxisbetrieb - mit Ausbildungsinhalten bzw. der Vor- und Nachbereitung des schulischen Lehrstoffes zu beschäftigen. Jede fünfte Arzthelferin war außerdem noch mit Besorgungen oder anderen Zuarbeiten für Vorgesetzte und Kollegen/innen, außerhalb der eigentlichen Ausbildungsaufgaben, beschäftigt.

Damit zeigt sich, daß der Ausbildungsalltag der Arzthelferinnen in besonderem Maße - häufiger als bei den Auszubildenden der anderen Berufe - durch vielseitige und unterschiedliche Aufgabenbereiche gekennzeichnet ist.

Die Durchführung der einzelnen Arbeitsaufgaben geschah überwiegend allein. Entsprechend betonen nahezu alle jungen Frauen die Selbständigkeit und Eigenverantwortung mit der sie die übertragenen Aufgaben verrichten. Allerdings ist die Übertragung solcher selbständiger und eigenverantwortlicher Aufgaben zum Teil auch belastend für die Arzthelferinnen, insbesondere wenn es um die Betreuung von Patienten geht und noch gewisse Unsicherheiten und Ängste vorhanden sind. *„Mir wurde es auch nur zweimal gezeigt, dann wurde einmal zugeguckt. Dann sollte ich es alleine machen.“* — *„Man denkt, man kann es so ungefähr, weil man ja zugeguckt hat. Aber über die Risiken bei einer Blutentnahme weiß man ja gar nicht Bescheid. Was mache ich, wenn der Patient umkippt?“* Dann stehe ich da.

Viele dieser selbständigen Aufgaben sind Routinetätigkeiten, die zum täglichen Repertoire der angehenden Arzthelferinnen gehören. Lediglich 6% haben an dem beschriebenen Arbeitstag etwas Neues dazu gelernt und für 15% war es eine Kombination aus Routine und neuen Arbeitsaufgaben. Der hohe Anteil an Routineaufgaben erklärt

Abbildung 1:
Aufgabenspektrum von Arzthelferinnen



1 Alle Zitate in diesem Bericht stammen aus der Gruppendiskussion mit Arzthelferinnen in Berlin im November 1997.

auch das geringe Feedback das die Auszubildenden für ihre Arbeitsleistung erhielten. Jede fünfte Befragte hatte eine positive Rückmeldung durch Ausbilder/in und/oder Kollegen/innen erhalten, bei 7% war die Rückmeldung mit Verbesserungsvorschlägen verbunden aber 71% erhielten keine Reaktion auf ihre geleistete Arbeit.

Die Einbeziehung der Auszubildenden in den normalen Praxisbetrieb und die Übertragung selbständiger und eigenverantwortlicher Arbeiten spiegeln sich auch in anderen Ergebnissen der Untersuchung wider. Rund 90% der Arzthelferinnen (Durchschnittswert der anderen Auszubildenden liegt bei 71%) bekunden, daß sie in ihrem Ausbildungsalltag auch Tätigkeiten verrichten, die sie *„genau so schnell und gut ausführen wie eine Fachkraft“*. Diese Tätigkeiten machen bei knapp 60% mehr als die Hälfte ihrer betrieblichen Ausbildungszeit aus. Einige beispielhafte Schilderungen der Auszubildenden dazu: *„Ich muß dazu sagen, ich werde als Vollkraft eingesetzt, bin auch dafür zuständig, unseren neuen Azubi anzulernen“* — *„Jetzt ist es so, daß zwei Halbtagskräfte da sind und keine Vollkraft. Mein Chef hatte bisher auch noch keine Auszubildende und auch nicht so viel Ahnung. Irgendwann horte er dann, daß seine Auszubildende gar nicht alleine arbeiten darf. Da hatte ich aber schon drei oder viermal alleine gearbeitet. Da hat er gesagt: 'Sie dürfen ja gar nicht alleine arbeiten. Wenn das rauskommt, Mein Gott!'. Als dann meine Kollegin mit mir zusammen gearbeitet hat als Halbtagskraft und die ihre Überstunden bezahlt haben wollte, da sagte er: 'Also, da müssen Sie dann doch alleine arbeiten.'“*

Selbst wenn hier eine etwas übersteigerte Selbsteinschätzung der Jugendlichen vorliegen mag, ist der Nutzen der Ausbildung für die einzelne Praxis nicht zu unterschätzen. Die Arbeitskraft der Auszubildenden zählt häufig zum festen wirtschaftlichen Bestandteil vieler Arztpraxen.

Angesichts ihrer Leistungen und ihres Arbeitseinsatzes im Betrieb, empfinden die meisten Arzthelferinnen (86%) ihr Lehrlingsentgelt als zu niedrig.¹ Hinzu kommt, daß die Mehrzahl ihrer Arbeitgeber/innen in überdurchschnittlich guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebt. Von daher werden die Klagen der Ärzte über die Ausbildungskosten als besonders frustrierend empfunden. *„Azubis sind ja so teuer. Sie werden als Vollkraft eingesetzt, aber meine Chefin jammert da auch immer.“*

Pädagogisch-soziale Gestaltung der Ausbildung

Die pädagogische Gestaltung, der Führungsstil der Ausbilder und das generelle Ausbildungsklima beeinflussen sowohl die Qualität der Ausbildung, vor allem aber auch die Motivation der Auszubildenden. Entsprechend positiv ist es zu werten, daß nahezu alle Arzthelferinnen, wenn sie fachliche Hilfe benötigen, sich an eine Bezugsperson in der Praxis wenden können. Allerdings sieht die konkrete Arbeitssituation manchmal etwas anders aus, meist geprägt durch den alltäglichen Praxisstress. Entsprechend betonen immerhin 17%, daß sich niemand für sie so recht verantwortlich fühle. *„Wenn viele Patienten auf einmal da sind! Die wollen alle gleich drankommen, tausend Extrasachen, Verband anlegen, dann rennt die neue Auszubildende mit und weiß nicht, was sie machen soll, stellt*

1 Hecker U. Materielle Situation der Auszubildenden. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. Heft 1. 1998.

andauernd Fragen Das nervt „Es ist zu wenig Personal da, um die Auszubildenden richtig in diese Aufgaben einzuführen“

Die meisten Befragten (88%) erhalten klare und eindeutige Arbeitsanweisungen. Im Rahmen der Mitarbeit im regulären Arbeitsprozeß haben sie die Möglichkeit, die einzelnen Aufgaben und Fertigkeiten so oft durchzuführen bis sie diese vollständig beherrschen. Hierbei dürfte es sich vor allem um sich wiederholende Routineaufgaben handeln, die den Arzthelferinnen schon sehr frühzeitig übertragen werden. Allerdings stehen sie dabei häufig unter Zeitdruck. Nur 37% geben an, daß sie für die Durchführung ihrer Arbeiten genügend Zeit haben.

Wenn sie schon mal Fehler gemacht haben, dann, so betonen 60% der jungen Frauen, überlegen die Ausbilder/innen mit ihnen gemeinsam, woran es gelegen hat und wie sie es das nächste Mal besser machen können. Zwei Drittel berichten außerdem, daß sie für gute Arbeitsleistungen von den Ausbildern/Ainnen gelobt wurden. Damit zeichnet sich mehrheitlich ein positives Interaktionsklima zwischen Auszubildenden, ihren Ausbildern und Ausbilderinnen ab.

Im Vergleich zu den anderen befragten Auszubildenden hegt jedoch der zeitliche Betreuungsaufwand, den die Arzthelferinnen in der Ausbildung erfahren, deutlich unter dem Durchschnittswert der anderen Berufe. Ein Drittel (alle Befragten 18%) gibt an, daß die für sie zuständige Betreuer weniger als 15 Minuten am Tag explizit für sie aufwenden, um ihnen bestimmte Ausbildungsinhalte zu vermitteln.

Ein Kritikpunkt, der bei fast allen Lehrlingsuntersuchungen auf taucht, ist die ungenügende Abstimmung zwischen Betrieb und Berufsschule. „Im 3. Semester in Abrechnungstechnik lernt man die Leistungsziffern. Wenn man in der Praxis anfangt, muß man schon ab der ersten Abrechnung das wissen. Das kann echt nicht sein.“ — „Die (Erstkraft) lacht immer, wenn ich sage wir haben das und das in der Schule gelernt. Da sagt sie, das kennst Du doch schon alles, das hast Du schon längst gemacht.“ Lediglich 38% der Arzthelferinnen haben hier positive Erfahrungen.

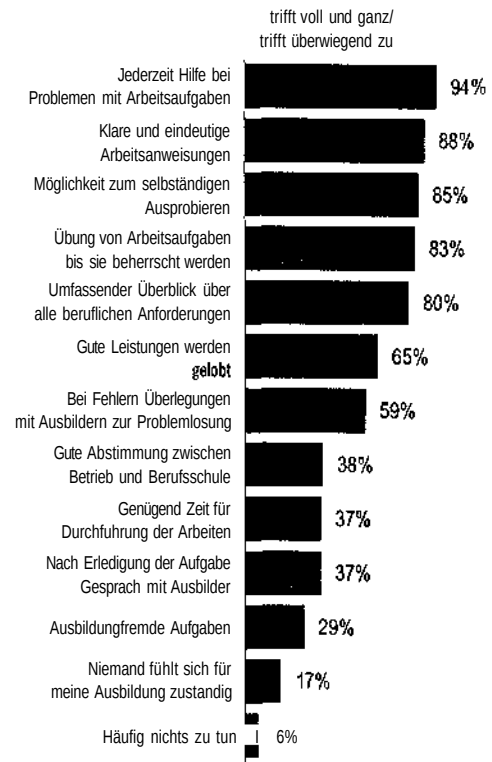
Alles in allem sind vier Fünftel der jungen Frauen der Überzeugung, in ihrer Ausbildung einen umfassenden Überblick über alle Anforderungen im Beruf zu erhalten, sie fühlen sich für ihre spätere Tätigkeit als Fachkraft gut gewappnet.

Ausbildungszufriedenheit und Probleme

Wie zuvor dargestellt, wird der Ausbildungsablauf und das pädagogisch-soziale Klima durch die Auszubildenden überwiegend positiv eingeschätzt. Dies drückt sich auch in der generellen Zufriedenheit aus: 32% der Arzthelferinnen sind mit ihrer Ausbildung „sehr zufrieden“ (im Vergleich zu den anderen Auszubildenden ist dies die höchste Nennung) und die Hälfte ist „überwiegend zufrieden“. Dennoch haben auch einige deutlich Probleme in der Ausbildung. Jeweils ein Drittel der Arzthelferinnen hat „häufig“ oder „manchmal“ Probleme mit den Ausbildern/innen bzw. mit den Kollegen/innen. Das Klima der Auszubildenden untereinander wird von 9% als belastend empfunden.

Wenn Schwierigkeiten auftreten, sind sie nach Meinung der Auszubildenden vor allem auf autoritäres Verhalten des Ausbildungspersonals zurückzuführen.

Abbildung 2:
Pädagogisch-soziales Klima im Betrieb



nals zurückzuführen (34%) sowie auf die Nichteinhaltung von Regeln und Vorschriften deretwegen es zu Auseinandersetzungen kommt „Einmal war sie (Arztin) im Urlaub und ich warfste der Meinung, daß ich Spatdienst habe 'Wo bleiben Sie denn?' Ich bin dann sofort hingefahren. 'Zur Strafarbeit müssen Sie heute noch bei mir Unkraut zupfen bis 17.30 Uhr. Wenn Sie das nicht wollen, können Sie gehen' "

Um herauszufinden, wie groß die Unzufriedenheit der Auszubildenden tatsächlich ist und welche Konsequenzen für den weiteren Ausbildungsverlauf dies evtl. haben konnte, sollten die jungen Frauen auch Auskunft darüber geben, ob sie einen Abbruch ihrer derzeitigen Ausbildung in Erwägung ziehen

Zum Zeitpunkt der Befragung dachte jede 8. Arzthelferin ernsthaft daran, ihre Ausbildung abzubrechen. Sie machen dafür überdurchschnittlich häufig Schwierigkeiten mit den Ausbildern/innen verantwortlich (79%, gegenüber 44% bei allen befragten Auszubildenden). Diese signifikanten Unterschiede zwischen den Arzthelferinnen und den anderen Auszubildenden dürften vor allem mit der besonderen Situation und den Rahmenbedingungen eines Kleinbetriebes, wie es die Arztpraxen in der Regel sind, zusammenhängen. Gerade in Kleinbetrieben, wo man sich nicht ohne weiteres aus dem Wege gehen kann, kommt es auf eine möglichst reibungslose und konfliktfreie Zusammenarbeit an. Oftmals herrscht hier eine Art familiäres Vertrauensverhältnis zwischen Ausbildern und Auszubildenden, in dem durchaus Konflikte ausgetragen und bereinigt werden (dies erklärt auch den hohen Anteil an sehr zufriedenen Auszubildenden unter den Arzthelferinnen). „Hier habe ich wirklich das Gefühl, daß ich dazugehöre. Da kann ich alles fragen. Ich kann ihn (Arzt) auch was fragen, auch wenn es dann immer schnell geht. Aber er antwortet immer. Fast keine Probleme.“ Ist jedoch dieses Vertrauensverhältnis gestört, ist eine Zusammenarbeit schwierig, den Auszubildenden bleibt oftmals nur die Kündigung.

Anforderungen der Betriebe an die Auszubildenden

Im folgenden wird aus der Sicht der Auszubildenden beschrieben, auf welche Sozial- und Fachkompetenzen in der betrieblichen Ausbildung besonderen Wert gelegt wird.¹ Dabei geht es hier weniger um typische berufsspezifische, als vielmehr um fachübergreifende Anforderungen, die für alle befragten Berufe eine gewisse Gültigkeit haben.

Nach Angaben der Arzthelferinnen wird den sozialen Verhaltensanforderungen wie freundlicher und zuvorkommender Umgang mit Patienten, wozu auch Kommunikationsfähigkeit gezählt werden kann, die höchste Priorität eingeräumt. Ähnlicher Wert wird dem korrekten Auftreten und dem äußeren Erscheinungsbild der Auszubildenden beigemessen. Diese Anforderungen können als zusätzliche Bestandteile der fachlichen Qualifikation in diesem Beruf gewertet werden und sind mit ein wesentlicher Faktor für die Patientenzufriedenheit und damit auch für den Erfolg der Arbeit.

Ähnlich großen Wert legen die Betriebe darauf, daß die Auszubildenden, die ihnen übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft und präzise durchführen, gepaart mit einem hohen Anspruch an die Qualität der Arbeitsleistung. Dies ist vor allem ein Indiz dafür, daß der Arzt sich auf die Arbeit der Arzthelferin unbedingt verlassen

1. Hierzu waren die Auszubildenden aufgefordert anhand von fünfzehn Statements auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 7 (sehr wichtig) einzuschätzen, welche Bedeutung die Betriebe den einzelnen Anforderungen beimessen.

können muß, damit sie für ihn eine Unterstützung und Entlastung bedeutet

Arbeitstugenden wie Ordnungssinn, Einhalten von Regeln und Vorschriften hegen von der Bedeutung her ebenfalls auf den vorderen Plätzen. Dies ist insofern erklärlich, als gerade im Arzthelferinnenberuf Verstöße z. B. gegen bestimmte Hygiene- und Sicherheitsvorschriften gravierende Folgen für die Patienten haben können. Eigeninitiative und Selbständigkeit, sogenannte Schlüsselqualifikationen wie bereits dargestellt, sind unerläßliche Bestandteile bei der Mitarbeit im konkreten Arbeitsprozeß, insbesondere bei organisatorischen- und Verwaltungsaufgaben in der ärztlichen Praxis. Dazu gehören auch schnelle Auffassungsgabe und Anpassung an neue Situationen, um z. B. flexibel auf die jeweiligen Patientenwünsche eingehen zu können, bzw. dem Arzt während der Betreuung und Behandlung der Patienten zu assistieren. Erstaunlich in diesem Zusammenhang ist allerdings, daß der Entwicklung eigener Ideen und Vorstellungen bei der Aufgabenerledigung ein geringerer Spielraum eingeräumt wird. Dies läßt sich möglicherweise daraus erklären, daß ein Großteil der Arbeiten einer Arzthelferin zwar selbständig, aber routinemäßig nach vorgegebenem Rahmen (Muster) durchgeführt werden. Wichtig für die Arbeit in der Arztpraxis ist eine reibungslose Zusammenarbeit und Absprache mit den anderen Kollegen und Kolleginnen. Eine gute Teamarbeit und enge Kooperation sind unerläßlich für einen zügigen, aufeinander abgestimmten Arbeitsablauf, wie es in den meisten Praxen üblich ist.

Dem sorgfältigen Umgang mit Apparaten, der Wartung und Pflege von Geräten und Instrumenten wird in der Arztpraxis ebenfalls ein besonderes Gewicht beigemessen, da die einwandfreie Funktion dieser Arbeitsmittel für die Behandlung der Patienten unerläßlich ist. Ferner ist damit auch ein Kostenargument verbunden, weshalb die Betriebe auf einen schonenden Umgang mit den meist sehr teuren und empfindlichen Geräten bedacht sind.

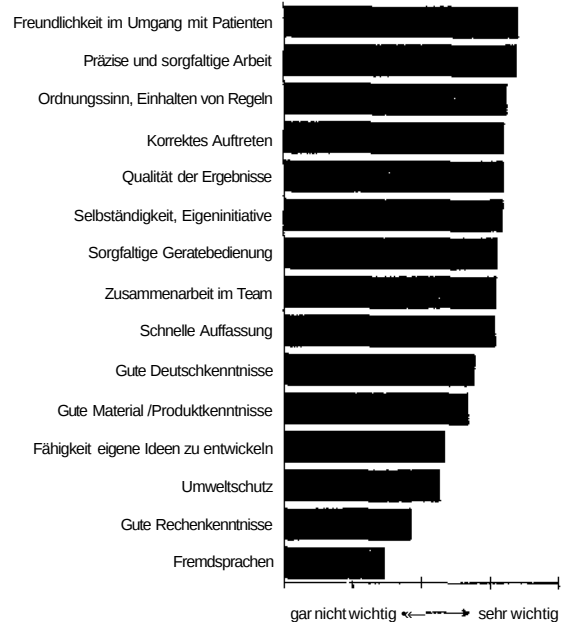
Insbesondere im Umgang mit Arzneimitteln, bei Laborarbeiten und bei der Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen des Arztes oder auch eigenständiger Patientenbetreuung werden von den Auszubildenden gute Material- und Produktkenntnisse erwartet. Im Zusammenhang mit den Material- und Produktkenntnissen spielt auch die Frage von Umweltschutz und Entsorgung eine zunehmende Rolle. Dennoch rangiert er hier am unteren Drittel der Rangskala.

Die Anforderungen an allgemeinbildende Kulturtechniken wie Deutsch, Rechnen und Fremdsprachen schwanken erheblich. Überdurchschnittlich großen Wert wird bei den Arzthelferinnen auf gute Deutschkenntnisse gelegt, sozusagen als Basis für Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit Kunden und Geschäftspartnern. Anforderungen an Rechnen oder Fremdsprachenkenntnisse scheinen für die Praxisarbeit weniger von Bedeutung zu sein.

Berufswünsche und Pläne für die Zeit nach Abschluß der Ausbildung

Bei knapp zwei Drittel der Arzthelferinnen besteht der Wunsch, im Anschluß an die Ausbildung als Fachkraft im erlernten Beruf zu arbeiten. Ein knappes Drittel plant darüber hinaus noch die Teilnahme an zusätzlichen berufsspezifischen Weiterbildungsmaß-

Abbildung 3:
Qualifikationsanforderungen der Betriebe
an Arzthelferinnen



nahmen um damit ihre Berufsaussichten zu verbessern. Diese Wunschvorstellung zum Verbleib im Ausbildungsberuf, steht häufig im Gegensatz zu den oftmals geäußerten Übernahme- und (langer fristigen) Berufschancen. „Als Arzthelferin hat man keine guten Berufsaussichten. Ich wurde auch keinem raten, der jetzt von der Schule kommt, Arzthelferin zu werden.“ — „Sie treffen ganz selten ältere Arzthelferinnen an, die 35, 40 sind. Das zeigt, daß der Beruf nicht viel Zukunft hat. Die Ärzte können es nicht mehr bezahlen. Die nehmen natürlich mehr Azubis. Jugendliche sind schneller, sehen meist auch hübsch aus. Das gefällt denen natürlich. Das ist besser als eine ältere Dame einzustellen, die vielleicht teurer ist.“ — „Wenn man mal in der Zeitung liest, suche Arzthelferin auf DM 620 Basis. Das ist doch witzlos. Ich sitze da von morgens um 8.00 Uhr bis mittags um 16.00 Uhr oder was weiß ich, manchmal sogar noch länger. Da sitze ich Stunden und kriege DM 620. DM. Meine Überstunden werden nicht bezahlt und ich habe die ganze Verantwortung in der Praxis. Da wurde ich mich lieber noch mal drei Jahre hinsetzen und was Neues lernen.“ „Ich sehe es so, daß das kein Beruf mit Zukunft ist. Nur bis 30. Ab 30 bin ich bestimmt arbeitslos.“

Angesichts dieser Aussichten ist es verständlich, wenn ein Teil der Arzthelferinnen ihrem Lehrberuf den Rücken kehren wollen. 13% mochten im Anschluß an die Ausbildung in einem anderen Beruf arbeiten und 17% planen noch eine weitere Ausbildung anzufangen. 14% der Auszubildenden sehen für sich eine Perspektive in der Verlängerung des Bildungsweges und streben nach der Ausbildung einen weiteren Schul- bzw. Hochschulbesuch an.

Fazit

Die Situation der Arzthelferinnen in der Ausbildung ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß sich der berufliche Lernprozeß durch die Mitarbeit im normalen Arbeitsalltag vollzieht. Schon sehr frühzeitig werden den jungen Frauen Routinetätigkeiten oder andere Aufgaben übertragen, die sie meist selbständig und eigenverantwortlich durchführen können. Entsprechend betonen nahezu alle Arzthelferinnen, daß sie häufig wie eine Fachkraft eingesetzt werden und produktive Arbeit leisten.

Bei den Auszubildenden liegt ein hohes Maß an genereller Zufriedenheit mit ihrer Ausbildung vor, sowohl was die fachinhaltliche Seite aber auch das soziale Klima betrifft. Wenn Probleme auftauchen, dann sind es vor allem Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und im Kollegenkreis. Dennoch mochten knapp zwei Drittel der Arzthelferinnen auch nach der Ausbildung weiter in diesem Beruf arbeiten. In der Gruppendiskussion mit den Arzthelferinnen wurden allerdings auch Zweifel und Ängste hinsichtlich der beruflichen Perspektiven geäußert.

Wurden auch schon in früheren Untersuchungen die langfristigen Berufsperspektiven von „älteren“ Arzthelferinnen als ungünstig eingestuft, scheint sich die Arbeitsmarktlage insbesondere vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform und der Kostendämpfung, sowie der zunehmenden Konkurrenz der Praxen untereinander noch weiter zu verschlechtern. Der Abbau von Vollzeitarbeitsplätzen wird zunehmend mit 620, DM Jobs und Teilzeitstellen kompensiert. Obwohl die Arbeitslosenrate bei den Arzthelferinnen mit 6% immer

noch sehr niedrig ist, macht sich in den letzten Jahren auch hier eine kontinuierliche Zunahme bemerkbar.

Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, dann ist zu befürchten, daß dies zu einem deutlichen Attraktivitätsverlust des Arzthelferinnenberufes bei den jungen Frauen führen dürfte zugunsten anderer Ausbildungsberufe, die ihnen eine bessere berufliche Perspektive bieten. Das Fehlen von Fachkräften, so ist zu befürchten, hätte allerdings erhebliche Auswirkungen auf die Qualität der Kunden bzw. Patientenbetreuung und letztendlich auch auf die Patientenzufriedenheit,

Angesichts steigender Anforderungen bei der Patientenbetreuung und dem Wandel im Gesundheitswesen, sind der Arzt oder die Ärztin bei ihrer Arbeit mehr denn je auf kompetente und gut ausgebildete Fachfrauen angewiesen, die ihnen zur Seite stehen. Ihr medizinisches Fachwissen, ihre Organisations- und Verwaltungskenntnisse entlasten die Ärzte bei ihrer Arbeit mit den Patienten, Einsparungen auf Kosten des Fachkräftepersonals dürften sich langfristig eher negativ auf die Konkurrenzfähigkeit der Arztpraxen auswirken.

Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den neuen Bundesländern

1996 — Rückblick auf die Ausbildung

Die Betreuung und Pflege alter Menschen entwickelt sich zu einem immer bedeutenderen Arbeitsfeld im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Vor allem der Beruf Altenpflege ist davon betroffen, daß ein hoher gesellschaftlicher Bedarf an Pflege, Betreuung, Beratung und Förderung besteht, während zugleich der Mangel an fachlich hinreichend qualifiziertem Personal immer deutlicher zutage tritt. Dieser Widerspruch wird zusätzlich dadurch verschärft, daß ein großer Teil des ausgebildeten Fachpersonals dem Beruf offenbar nach kurzer Zeit wieder den Rücken kehrt.

Seit 1996 führt das Bundesinstitut für Berufsbildung eine auf fünf Jahre angelegte empirische Untersuchung zu Ausbildung, Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegerinnen in den neuen Bundesländern durch. Diese Untersuchung ist das genaue Spiegelbild einer zwischen 1992 und 1998 in den alten Bundesländern bereits durchgeführten und mittlerweile abgeschlossenen Studie.¹ Im Mittelpunkt der Forschungsarbeiten stehen in beiden Studien das Wirkungsverhältnis von beruflicher (Aus-)Bildung und beruflicher Praxis sowie die Frage nach der Dauer des Verbleibs von Altenpflegerinnen in ihrem Beruf.

Tabelle 1:
Einsatz und Rücklauf der Befragung 1996

SCHULEN		
Einsatz	Rücklauf	darunter: Klassen
89	71	76

ABSCHIED		
Einsatz	Rücklauf	weiterhin mitwirkungsbereit
1.885	1.162	677

Die Zahlengrundlagen

Im Verlauf des Jahres 1996 wurden die Fragebögen der ersten schriftlichen Erhebung an 89 Fachschulen für Altenpflege in den neuen Bundesländern und insgesamt 1.885 Ausbildungsabsolventen versendet. Der Rücklauf aus dieser ersten Befragung kann jedoch nur auf den ersten Blick zufriedenstellen (vgl. Tabelle 1): 79.8% der angeschriebenen Schulen haben den an sie gerichteten Schulfragebogen mit Grundinformationen zur Ausbildung von Altenpflegerinnen zurückgeschickt. Unter den Ausbildungsabsolventen war die Bereitschaft, sich an der Erhebung zu beteiligen, kaum geringer ausgeprägt: Hier waren es 61,6%, die ihren Fragebogen ausgefüllt und an das Forschungsteam des BIBB zurückgeschickt hatten - eine im Verhältnis sogar noch etwas höhere Beteiligungsquote als im Vergleich zur Untersuchung in den westlichen Bundesländern (1993: 55.3%).

1 Die Ergebnisse der in den westlichen Bundesländern bereits abgeschlossenen Studie sind veröffentlicht in

BECKER, W., MEIFORT, B. • Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben' Berichte zur beruflichen Bildung, Band 200 Bielefeld 1997 (Teil 1)

BECKER, W., MEIFORT, B. • Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf Berichte zur beruflichen Bildung, Band 227 Bielefeld 1998 (Teil 2)

Leider hat sich die in statistischer Hinsicht durchaus zufriedenstellende Beteiligung nicht in wünschenswertem Umfang in die Bereitschaft übersetzt, sich auch weiterhin am Verlauf der Befragung zu beteiligen: Nur knapp 60% (58.3%) der 1996 Antwortenden haben ihr Einverständnis erklärt, auch in Zukunft an der Berufsverlaufsuntersuchung mitzuwirken. Dies ist im Verhältnis zur Vergleichsuntersuchung in den alten Bundesländern (1993: 79,8%) eine deutlich geringere Beteiligungsquote und stellt die Aussagefähigkeit der Ergebnisse auf eine schmale, wenn auch statistisch immer noch vertretbare Basis

Wer kommt woher?

Verteilung der Absolventen auf die Bundesländer

Die Verteilung der antwortenden Ausbildungsabsolventen auf die neuen Bundesländer entspricht im wesentlichen der tatsächlichen Anzahl der in den Bundesländern angesiedelten Fachschulen für Altenpflege (vgl. Abbildung 1):

Danach stammt eine relative Mehrheit der Antwortenden (40%) aus Sachsen, jeweils rund ein Fünftel aus Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sowie in relativ niedrigem Umfang (etwa zwischen 8% und 6%) aus Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Bei der Wertung der relativ zurückhaltenden Beteiligung in diesen Bundesländern muß beachtet werden, daß dort vergleichsweise geringe Ausbildungskapazitäten in der Altenpflege bestehen und daß die niedrige Beteiligung den Entwicklungsstand der beruflichen Bildung in der Altenpflege spiegelt.

Geschlechterverteilung in der Altenpflege-Ausbildung

Wie schon im Westen zeigt sich die Altenpflege auch in den neuen Bundesländern als „Frauenberuf“: Hier sind es 89% Frauen gegenüber 11% Männern, die diese Ausbildung wählen. Zum Vergleich: in den alten Bundesländern lautete das Verhältnis von Frauen zu Männern 1992 85% zu 15%.

Altersverteilung der Absolventen

Im Vergleich zu den alten Bundesländern zeigt die Altenpflege im Osten ein deutlich „älteres Gesicht“: Obwohl nicht davon gesprochen werden kann, daß sich die Altenpflege-Ausbildung in den alten Bundesländern als „Erstausbildung“ durchgesetzt hat, fällt doch auf, daß es dort in der Altersverteilung einen markanten Überhang bei den 21- bis 25jährigen gibt (vgl. Abbildung 2) - vor allem auch im Vergleich mit den Daten aus der Erhebung in den neuen Ländern. Dort ist nicht nur ein höheres Durchschnittsalter der Ausbildungsabsolventinnen zu verzeichnen (0 33 Jahre gegenüber 0 31 Jahren

Abbildung 1:
Verteilung der Absolventen auf Bundesländer

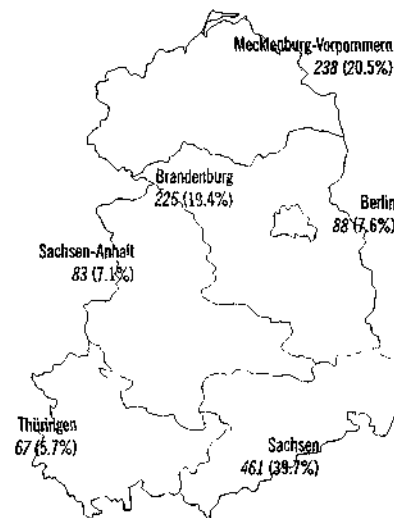
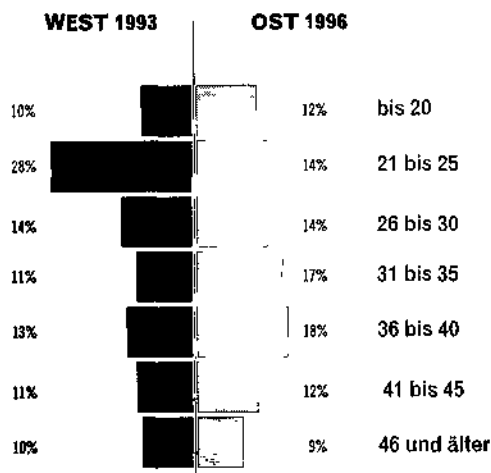


Abbildung 2:
Altersverteilung der Absolventen



im Westen), sondern auch eine Konzentration der Lernenden im Alterssegment zwischen 30 und 40 Jahren.

Diese Verschiebung im Profil des Berufs muß als Zeichen der spezifischen Arbeitsmarktsituation in den neuen Bundesländern gewertet werden, vor deren Hintergrund das Angebot von Umschulungsmöglichkeiten in die Altenpflege für viele - insbesondere für Frauen mit oft langer Berufserfahrung - oftmals die einzige Chance einer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt darstellte,²

Auf der anderen Seite ist das Altersprofil der Ausbildungsabsolventen in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen doch sehr stark länderspezifisch. Bei der Altersverteilung der Auszubildenden in der Altenpflege de facto eine Zweiteilung zwischen Berlin, Brandenburg und Sachsen auf der einen sowie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen auf der anderen Seite: Während in der ersten Gruppe junge Lernende keine beziehungsweise nur eine sehr geringe Rolle spielen, sind die Anteile der bis 25jährige'n in der zweiten Ländergruppe erheblich höher und liegen hier durchweg im Bereich von ca. 40% bis sogar mehr als 75% in Sachsen-Anhalt. Diese bemerkenswerte Verteilung führt zu der Hypothese, daß die Berufsqualifizierung in der Altenpflege vordem Hintergrund arbeitsmarktlicher Problemlagen - neben der kultushoheitlichen Zersplitterung der Ausbildung in 16 regionale Varianten - offenbar ein weiteres Mal zum Spielball länderspezifischer Interessen geworden ist: Während auf der einen Seite die Altenpflege-Ausbildung als Reparaturinstanz weggebrochener Arbeitsmarktsegmente genutzt wird, erfüllt sie auf der anderen Seite die nicht weniger arbeitsmarktbedeutsame Aufgabe, das Lehrstellenangebot für jugendliche Ausbildungsnachfrager an der „ersten Schwelle“ zu erweitern.

Schulische Bildungsabschlüsse der Ausbildungsabsolventen

Die Unterschiedlichkeit der Zugangsvoraussetzungen zur Berufsausbildung in der Altenpflege zwischen westlichen und östlichen Bundesländern setzt sich auch im Vergleich der Schulbildungsabschlüsse der Absolventen fort: Wie Abbildung 3 zeigt, ist das schulische Bildungsniveau derjenigen, die in den neuen Bundesländern die Altenpflege-Ausbildung besuchen, deutlich höher einzustufen als im Westen: Während hier der Hauptschulabschluß (mit nachgehender Ausbildung und - langjähriger- Berufserfahrung) mit beinahe 50% den „Regelzugang“ zur Berufsqualifizierung in der Altenpflege darstellt, bietet sich in den neuen Bundesländern ein völlig unterschiedliches Bild:

Hier hat die Grundschule praktisch überhaupt keine Bedeutung; mehr als zwei Drittel der Altenpfleger rekrutieren sich aus Absolventen der polytechnischen Oberschule (10. Klasse) beziehungsweise - zu beinahe einem Fünftel - aus Abiturienten.

Dabei zeigt sich bei genauerem Zusehen, daß die (wenigen) männlichen Auszubildenden gegenüber ihren weiblichen Kolleginnen über einen vergleichsweise höheren Bildungsstand verfügen; nur bei vorausgehenden Fachschulabschlüssen ergibt sich für Frauen ein leichtes quantitatives Übergewicht.

² Zwischenzeitlich muß allerdings davon ausgegangen werden, daß dem Überhang an Umschulern in der Altenpflege arbeitsmarktpolitisch entgegengesteuert wird, indem (Landes-)Arbeitsämter die Forderungsbedingungen zur Teilnahme an einer Umschulungsmaßnahme restriktiver auslegen oder - wie am Beispiel Brandenburg - das arbeitsmarktpolitische Ziel verfolgt wird, den Anteil Erstausgebildeter in der Altenpflege maßgeblich zu erhöhen (Brandenburg 70%)

Ob allerdings die durchschnittlich höheren Bildungsabschlüsse der Ausbildungsteilnehmer in den neuen Bundesländern die zufälligen Attribute des untersuchten Absolventenjahrganges sind - oder ob im Rückblick auf die (schulischen) Bildungsbedingungen in der ehemaligen DDR von einem grundsätzlich breiteren Sockel mittlerer bis höherer Schulbildungsabschlüsse bei denjenigen ausgegangen werden kann, die ihre Schulzeit vor 1990 abgeschlossen haben, muß im Hinblick auf das Untersuchungsziel zunächst noch unentschieden bleiben,

Vordem Hintergrund der fundamentalen und pointierten Kritik der Ausbildungsabsolventen im Westen wird allerdings zu fragen sein, ob und inwieweit höhere Schulbildungsabschlüsse auch zu einer substantiellen Auseinandersetzung mit den Inhalten, der Art und der Struktur der Ausbildung und - zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht im Zentrum der Fragen - den Umsetzungsbedingungen beruflicher Bildungsinhalte im Alltag der Berufsarbeit sowie den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege generell befähigt.

Vorhergehende Ausbildung und berufliche Erfahrungen

85% der Absolventen hatten vor Beginn der Altenpflege-Ausbildung eine andere Berufsausbildung absolviert - deutlich mehr als die 1993 im Westen befragten Schüler (56%). Dieser Überhang an beruflichen Vorqualifikationen kann jedoch nicht nur, wie dies in den alten Bundesländern der Fall ist, als zwangsläufige Folge der geforderten Zugangsvoraussetzungen zur Altenpflege-Ausbildung (Abschluß einer vorausgehenden, mindestens zweijährigen Ausbildung) interpretiert werden. Vielmehr muß diese Verteilung als deutlicher Hinweis auf die arbeitsmarktliche Korrekturfunktion der Altenpflege-Ausbildung in den neuen Bundesländern gelesen werden, auf die im folgenden noch genauer eingegangen werden soll. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß bei einer geringfügigen Mehrheit für Männer bei abgeschlossenen Ausbildungen (im Verhältnis 92% zu 84%) Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer (15% : 6%) ohne vorhergehende Ausbildung in die Altenpflege einmünden,

Die Mehrheit der Männer unter denjenigen, die vor der Altenpflege-Ausbildung bereits eine andere Berufsausbildung absolviert haben, spiegelt sich -traditionell gedacht- auch in der Art der Ausbildungsberufe (vgl. Tabelle 2): **Männer** haben in mehr als der Hälfte der Fälle einen Ausbildungsvorlauf in technisch-gewerblichen Berufen, Frauen dagegen haben sich vor der Altenpflege entscheidend häufiger als Männer in Sozial- und Erziehungsberufen (Kripenerziehern) qualifiziert. Aber diese traditionelle Betrachtungsweise erfaßt nur die halbe Wahrheit, Genau doppelt so oft wie Sozial- und Erziehungsberufe nämlich haben die jetzt als Altenpflegerinnen examinierten Frauen technisch-gewerbliche Berufe gelernt (26%),

80% der befragten Altenpflegerinnen in den neuen Bundesländern haben ihren erlernten Beruf auch ausgeübt (Befragung WEST 1993: 74%), die Hälfte von Ihnen länger als 10 Jahre, Unmittelbar vor

Abbildung 3:
Schulische Bildungsabschlüsse im Vergleich

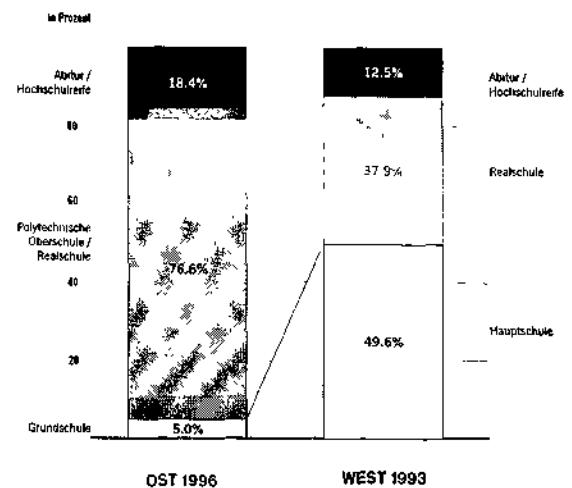


Tabelle 2:
Vorhergehende Ausbildungen der Absolventen

Berufskategorie	%	Frauen in %	Männer in %
Landwirtschaft, Gartenbau	9	9	8
Technisch-gewerbliche Berufe	29	26	54
Kaufleute	5	6	4
Verwaltungs- und Büroberufe	7	7	5
Berufe im Gesundheitswesen	6	7	7
Dienstleistungsberufe	7	8	5
Sozial- und Erziehungsberufe	11	13	2
Andere Berufe	6	6	4

Beginn ihrer Altenpflege Ausbildung war jedoch nur noch etwas mehr als ein Viertel der Befragten berufstätig, von ihnen nur noch 14% im ursprünglich erlernten Beruf. Dafür ist die Arbeitslosigkeit für fast die Hälfte der Befragten (48%) - unter ihnen sind mehrheitlich (54%) über 30-jährige - die prägende soziale Erfahrung. Dies gilt im Verhältnis 44% zu 36% insbesondere wiederum eher für Frauen als für Männer, die jedoch häufiger angeben, zum Zeitpunkt unmittelbar vor Aufnahme der Altenpflege Ausbildung „Hausmann“ gewesen zu sein (13%). Frauen halten diesen Status nicht für erwähnenswert, jedenfalls halten es nur 5% der weiblichen Antwortenden für angemessen, zu berichten, vor der Ausbildung „Hausfrau“ gewesen zu sein.

Ausbildung oder Umschulung - eine Frage des Arbeitsmarkts und der Generationen

Ein großer Teil der Probleme bei der gesellschaftlichen Anerkennung des Berufs Altenpflege rühren daher, daß der Zugang zum Beruf im wesentlichen von (älteren) Spät- und/oder Seiteneinsteigern oder - insbesondere in den neuen Bundesländern - von (älteren) Umschulern geprägt wird.

Das Stigma der „Notlösung“, der arbeitsmarktlichen Korrekturhilfe für sonst schwer vermittelbare Personen, ja sogar, wie es eine der Befragten selbstironisch zu Protokoll gibt, der „letzten Chance zum Überleben“ charakterisiert die Ausbildung in der Altenpflege - unabhängig von den übrigen strukturellen und inhaltlichen Defiziten der beruflichen Qualifizierung - als zwar wichtige, dennoch aber öffentlich nur mit Zerknirschung tolerierte Nische im Konzert der „wichtigen“ Professionen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Dieses öffentliche Bild eines Berufs, der immerhin dazu gut ist, besser zu sein, als keinen Beruf und/oder Arbeit zu haben, wird eindrucksvoll durch den Status der Ausbildung zur Altenpflege in den neuen Bundesländern unterstrichen.

72% der gesamten Altenpflege-Ausbildung wurde 1996 als Umschulung durch die Bundesanstalt für Arbeit finanziert, 90% der Umschüler sind älter als 30 Jahre - gehören also (mit einiger Wahrscheinlichkeit) zum Kreis der vor der Wende langjährig Berufstätigen und jetzt Arbeitslosen.

Ausbildungsmotivationen - Pragmatismus und Utopie

„Kontakte zu Menschen“ und „Hilfsbedürftigen helfen“ sind in den alten wie auch in den neuen Bundesländern die wichtigsten Argumente für die Aufnahme der Berufsausbildung in der Altenpflege - scheinbar. Denn die hohe Affinität des befragten Absolventenjahrgangs zu Mitmenschlichkeit und Verantwortungsubernahme ist ohne die biografischen Hintergründe und einige ergänzende Informationen kaum realistisch zu werten.

Zum einen. Die wichtigsten Primärmotivationen („Kontakte zu Menschen“, „Hilfsbedürftigen helfen“) sind eine Sache der jüngeren

Auszubildenden. Bei über 30jährigen, besonders aber bei über 40jährigen Absolventen spielen diese Begründungen zur Aufnahme der Altenpflege-Ausbildung eine deutlich geringere, mit zunehmendem Lebensalter eine geradezu nachgeordnete Rolle,

Zum anderen: Die beiden wichtigsten Motivationen für die Aufnahme der Berufsausbildung in der Altenpflege werden zwar (quantitativ) am häufigsten genannt, jedoch - entsprechend der sozialen Situation der meisten der Absolventen - überwiegend in Kombination mit arbeitsmarktlichen Begründungen, so daß ihnen am Ende einer ergänzenden, nachgehenden Argumentation zukommt: *Zuerst kommt der Arbeitsplatz, dann kommt die Moral.*

Diese zugespitzte Interpretation wird durch die weitere Abfolge der Zugangsbegründungen zur Ausbildung in der Altenpflege unterstützt: Die Rückkehr ins Beschäftigungssystem bildet mit dem Argument des „Wiedereinstieg(s) ins Berufsleben“ vordem Interesse an einer „abwechslungsreichen Tätigkeit“, dem Anspruch nach einem „langfristig sicheren Arbeitsplatz“ sowie den bei Aufnahme der Ausbildung noch zu erhoffenden „guten Beschäftigungsaussichten“ den zentralen, arbeitsmarktlich begründeten Motivationsblock der Ausbildungsteilnehmer in den neuen Bundesländern,

Interessant und näher interpretationsbedürftig sind nicht nur die lebensalterabhängigen Gewichtungen bei der Wahl des Ausbildungsberufes. Auch die Unterscheidungen, die Männer und Frauen mit Blick auf den gewählten - oder besser: „ermöglichten“ Beruf (Anteile Umschulung!) bieten kommentierungsbedürftige Unterscheidungen:

Aus der Perspektive westlicher Beobachter und vor dem Hintergrund der bereits beendeten Altenpflege-Untersuchung in den alten Bundesländern erscheint es bemerkenswert, daß Frauen den Wiedereinstieg ins Berufsleben deutlich häufiger als „sehr wichtig“ bezeichnen als Männer (54% zu 42%). Es steht zu vermuten, daß diese gegenüber ihren westlichen Mitschülerinnen erheblich höhere Berufsorientierung der noch nachwirkenden Normalität weiblicher Berufstätigkeit in der ehemaligen DDR geschuldet werden muß und sich in einem Selbstbewußtsein äußert, das den Anspruch auf Berufsarbeit in die Motivation für einen zu Anfang vielleicht „fremden“ Ausbildungsberuf umleitet.

Geschlechtsspezifisch traditionell verhalten sich die Absolventen im Hinblick auf die Bedeutung der „menschlichen Seite“ des Berufs: Durch den Beruf „Kontakt zu Menschen“ haben zu können, ist für nur 48% der Männer sehr wichtig - gegenüber 62% bei Frauen. Dafür ist das Interesse der den Beruf lernenden Männer von Beginn an sehr stark auf den Erwerb höherer Qualifikationen (21% zu 13%), der langfristig sichere Arbeitsplatz und die Möglichkeiten zum beruflichen Fortkommen gerichtet - ein Trend, der auch in der Untersuchung in den alten Bundesländern zu beobachten war und der dort dazu führte, daß Aufstiegspositionen im Beruf zuerst von männlichen Berufsangehörigen besetzt waren.

Faßt man „sehr wichtige“ und „wichtige“ Entscheidungsgründe zusammen, ergeben sich noch weitere bemerkenswerte Unterscheidungen zwischen der Berufswahlsituation in den alten und den neuen Bundesländern:

Fast doppelt so viele Befragte wie im Westen sind durch Arbeitsamtsberatung zur Ausbildung in der Altenpflege gekommen (14% im Osten, 8% im Westen),

Tabelle 3:
Wichtigste Gründe für die Wahl der Ausbildung

„sehr wichtig“ war:	Frauen in%	Männer in%
Kontakt(e) zu Menschen	64	48
Hilfsbedürftigen helfen	59	51
Wiedereinstieg ins Berufsleben	54	42
Abwechslungsreiche Tätigkeit	47	39
Sicherer Arbeitsplatz	33	32
Gute Beschäftigungsaussichten	25	25
Soziale Verantwortung	25	19
Gute Fortbildungsmöglichkeiten	21	27
Höhere Qualifikation	13	21
Guter Verdienst	14	9
Einzigste Ausbildungsmöglichkeit	10	13
Am Arbeitsamt empfohlen	5	3

Auch der Anteil derjenigen, die mit der Ausbildung in der Altenpflege die einzige Möglichkeit sehen, „überhaupt eine Ausbildung zu bekommen“, ist im Osten etwas mehr als doppelt so hoch (Ost 22%, West 10%)

Ebenfalls doppelt so viele Befragte im Osten wie im Westen sahen in den „guten Verdienstmöglichkeiten“ in der Altenpflege einen wenigstens wichtigen Grund für die Berufswahlentscheidung (58% im Osten, 29% im Westen)

Korrigiert die Ausbildung die Einstellung zum Beruf?

Das Bild vom Beruf Altenpflege beim Einstieg in die Ausbildung verändert sich im Verlauf der Ausbildungszeit fast vollständig. 77% der Befragten geben an, daß sich ihre Vorstellungen vom Beruf, seinen theoretischen und praktischen Anforderungen und Bestandteilen fast vollständig (35%), wenigstens aber überwiegend (42%) verändert hat. Dabei gibt es keine erwähnenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen den Altersgruppen.

Interessant ist, daß die deutliche Mehrheit der Einstellungsveränderungen zum Beruf durch theoretisches Lernen und Praxiserfahrungen zum Positiven tendieren (59%), Desillusionierungen, Frustrationen und negativ geprägte Einschätzungen spielen mit knapp 6% - im Gegensatz zur Einschätzung der Absolventen in den alten Bundesländern - nur eine sehr geringe Rolle. Dabei entfallen die positiven Einstellungsentwicklungen überwiegend auf Frauen (60%) und unter ihnen wiederum mehrheitlich auf Frauen im Alter über 30. Ob diese schon erstaunliche Bewegung in der Meinungsbildung zum gewählten Beruf mit der auch in den neuen Bundesländern verbreiteten negativen Tabuisierung beruflicher Altenpflege („was soll ich mit einem Beruf, in dem ich alten Leuten den Hintern abputzen soll?“) zusammenhängt, die sich im Prozeß des Berufslernens langsam aufhebt - oder damit, daß Altenpflege als Beruf in den neuen Ländern nicht bekannt war und insofern im Verlauf der Ausbildung erst werden mußte, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Untersuchungsauswertung nur spekulativ beantwortet werden und soll deshalb hier nicht weiter verfolgt werden.

Wertung der Ausbildung: Einverständnis oder pragmatisches Einfügen?

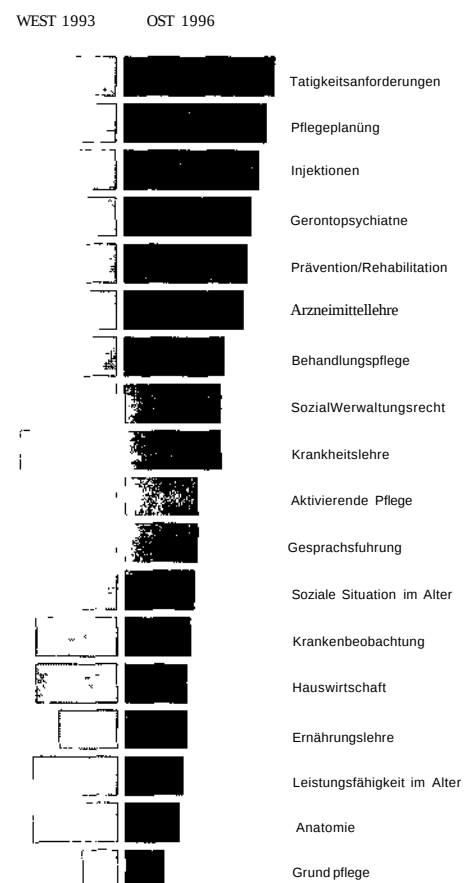
Die Anforderungen an berufliche Altenpflege haben sich in den zurückliegenden 20 Jahren infolge der demografischen Entwicklung der Gesamtbevölkerung, der Veränderung der institutionellen Versorgungsstrukturen (Prioritätensetzung auf ambulanter vor stationärer Betreuung und Pflege) sowie der Gesundheitsentwicklung alter und hochaltriger Menschen - darunter insbesondere die Zunahme Schwerstpflegebedürftiger und dementieller/gerontopsychiatrischer Syndrome - nicht nur maßgeblich erhöht, sondern sind auch wesentlich komplexer geworden.

Aber auch unabhängig von den die berufliche Situation in der Altenpflege beeinflussenden Megatrends ist im Hinblick auf eine den tatsächlichen beruflichen Anforderungen entsprechende, dem Ziel der Vermittlung professioneller beruflicher Handlungskompetenz verpflichteten Berufsausbildung vor allen Dingen auch eine Frage der „didaktischen Kongruenz“ zwischen den beiden Lernorten der Altenpflege-Ausbildung, der Schule und den Institutionen der Altenhilfe.

Vor diesem Hintergrund kommt der subjektiven Wertung der Ausbildungsqualität durch die Absolventen eine maßgebliche Bedeutung zu: Sie nämlich beurteilen die Leistung des zurückliegenden Lernens (überwiegend) nicht aus theoretischer Perspektive, sondern in Rückschau und Vorgriff auf die Praxis beruflicher Arbeit. Grundsätzlich ist die Kritikfreudigkeit der Absolventen in den neuen Bundesländern deutlich geringer ausgeprägt als bei denjenigen, die 1993 in den alten Bundesländern ihre Ausbildung beendet hatten. Durchschnittlich liegt der Anteil kritischer Stimmen zu den Inhalten ihrer gerade zurückliegenden Berufsausbildung (zu wenig oder zu viel vermittelte Ausbildungsinhalte) im Osten um ein Viertel bis zu einem Drittel hinter der Kritik im Westen zurück (vgl. beispielhaft Abbildung 4). Dafür ist der Anteil grundsätzlicher Zufriedenheit mit durchschnittlich etwa 70% erstaunlich hoch. Da die Zustimmung zu der alles in allem positiv gewerteten Ausbildung jedoch - wie im Westen - nicht weiter begründet wird, muß zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Untersuchungsauswertung darüber spekuliert werden, ob der weitgehende Verzicht auf eine kritisch wertende Auseinandersetzung mit der Qualität des zurückliegenden beruflichen Lernens der tatsächlich entscheidend höheren Qualität der Ausbildung in den neuen Bundesländern zuzuschreiben ist, oder ob der Stellenwert der von den Befragten gerade erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung durch politischen Umbruch und desolate Arbeitsmarktsituation bzw. hohe Arbeitslosigkeit vor Ausbildungsbeginn unter den Befragten grundsätzlich pragmatischer beurteilt wird als im Westen: Der bei den Befragten im Westen überdeutlich zu konstatierende *Hunger nach (mehr) Bildung* weicht in den neuen Bundesländern einem *Durst auf Arbeit* - ein in dieser Radikalität am Untersuchungsbeginn nicht erwarteter Leitbildwechsel, der aufs Neue nicht nur die deprivierende soziale Situation in den neuen Bundesländern unterstreicht, sondern vor allen Dingen auch die offenbar nebensächliche Rolle, die berufliche Bildung in biographischen Situationen einnimmt, in denen der Erwerb eines Berufsabschlusses primär der Sicherung des materiellen Überlebens dient und nicht-wenn überhaupt-der Erweiterung intellektueller Perspektiven auf das Thema der Berufs(aus-)bildung. Daß hiervon die Altenpflege in dieser Form betroffen ist, zeigt allerdings auch, in welcher wahrhaft deprimierenden Situation sich dieser Beruf befindet: Gut genug zum Stopfen arbeitsmarktlcher Löcher, aber schlecht genug, um ihm durch ein bundeseinheitliche Reform der beruflichen Bildung die Anerkennung zu verwehren, die er verdient. Die berufsbiografische Prägung des Urteils über die Qualität der Berufsausbildung in der Altenpflege-Ausbildung wird vor allem auch an den Wertungen zu den zu wenig vermittelten Ausbildungsthemen deutlich:

Zwar steht im Osten wie im Westen die offenbar unzureichende Vorbereitung auf die tatsächlichen Tätigkeitsanforderungen des zukünftigen Berufs im Vordergrund. Doch in der darauf folgenden

Abbildung 4:
Zu wenig vermittelte Ausbildungsinhalte



Einschätzung der zu wenig vermittelten Ausbildungsinhalte liegen die Schwerpunkte der Absolventen aus den neuen Bundesländern eindeutig auf funktional bedeutsamen Versäumnissen der Schule - insbesondere der Hinweis auf fehlende Kompetenzen in den Bereichen Pflegeplanung (37%), Injektionen (35%), Arzneimittellehre (31%) und Behandlungspflege (26%, **sie'**) sind hierfür ein Indiz. Daß der zurückliegende Prozeß beruflichen Lernens von den Absolventen in den neuen Bundesländern vor allem nach dem Kriterium der Funktionalität für den Vollzug beruflicher Arbeit beurteilt wird, belegen auch andere Details der Befragung. So merken beispielsweise etwa 10% der Befragten an, daß die Vermittlung einer alters- und situationssensiblen Gesprächsführung in der Ausbildung zu viel Raum eingenommen habe und immerhin 12% beklagen, daß sozialrechtliche Fragen zu intensiv behandelt worden seien - eine Einschätzung, die angesichts der wachsenden unmittelbar praktischen Bedeutung sozialrechtlicher Regelungen für die Ausübung des Berufs einige Verwunderung hervorruft.

Was leistet die Ausbildung für den Beruf?

Die grundsätzlich pragmatisch gestimmte Zustimmung zur Ausbildung der Absolventen aus den neuen Bundesländern läßt sich auch bei der grundsätzlichen Wertung der zurückliegenden Lernphase feststellen. Auf die Frage, ob die Ausbildung in hinreichendem Maße auf den Beruf vorbereite, äußern sich die Befragten mit erstaunlicher Sicherheit positiv (45% auf jeden Fall, 45% wahrscheinlich), lediglich 10% melden definitive Skepsis an (wahrscheinlich nicht). Diese deutlich von der Erhebung im Westen abweichende Zustimmung zur Praxisrelevanz der Ausbildung wirft nicht nur eine Reihe von Fragen auf (39% der Befragten hatten die Vorbereitung auf die tatsächlichen Tätigkeitsanforderungen in der Altenpflege bemängelt¹), sondern muß auch als direkte Folge der etwas abweichenden Ausbildungsstruktur in den neuen Bundesländern gewertet werden. Die Mehrheit der aus einer berufsbegleitenden Ausbildung stammenden Befragten (63%) fühlen sich auf jeden Fall gut auf die bevorstehende Berufspraxis vorbereitet - bei denjenigen, die aus einer Vollzeitausbildung stammen, sind es demhingegen nur noch 42%. Diese Unterscheidung spiegelt sich auch bei der Dauer der Ausbildung. Befragte mit einer dreijährigen Ausbildung sind sich deutlich weniger sicher über die Leistungsfähigkeit der zurückliegenden Ausbildung als diejenigen, die aus einer zweijährigen Ausbildung kommen.

Die abschließende Bewertung der Ausbildung schließt mit einem weiteren Paradoxon ab. Trotz breiter Zustimmung zur Qualifikationsleistung ihrer Ausbildung mußte die nach Einschätzung der Befragten schlechte Abstimmung zwischen Praxis und Theorie (61%) dringend verbessert werden. Kaum weniger kritisch wird die schlechte praktische Anleitung (60%) während der Ausbildung gesehen - ein Kritikpunkt, der durch die bemangelte Qualifikation der Praxisanleiter in den Praktikumseinrichtungen (42%) direkt unterstrichen wird.

Im Gegensatz zum Westen wird eine verlängerte Ausbildung nur von einer qualifizierten Minderheit (19%) gefordert, auch der Ruf nach

der extensiveren Vermittlung von Schlüsselqualifikationen, wie sie das Urteil der Befragten in den alten Bundesländern geprägt hatte, bleibt im Osten vollständig aus

Ausbildungsabbruch - (fast) kein Thema

Die Widerspruchshchkeit und Vielschichtigkeit der Angaben der Absolventen in den neuen Bundesländern spiegelt sich auch in der abschließenden Frage, ob im Verlauf der Ausbildung einmal der Ausbildungsabbruch erwogen wurde. Im Westen war dies 1993 für mehr als ein Drittel der Befragten ein Thema, drei Jahre später melden knapp 17% der Befragten in den neuen Bundesländern ihre vergangenen Zweifel, die Ausbildung zuendezuführen zu können. Im Durchschnitt entwickeln sich die Gedanken, die Ausbildung abbrechen zu wollen, nach den ersten sechs Monaten des Lern- und Erfahrungsprozesses in der Altenpflege. Dabei spielen auch hier wiederum in deutlichem Unterschied zu den Befragten in den alten Bundesländern, bei denen überwiegend die Erfahrungen in der Altenpflegepraxis für Abbruchgedanken verantwortlich waren - zu mehr als einem Fünftel Erfahrungen der Überforderung durch den Lehrstoff die wichtigste Rolle. Danach folgen mit kaum noch 10% der Nennungen psychische Überlastung und die sich aus den Doppelbelastungen von Familienführung und Ausbildungsanforderungen ergebenden Stressoren.

Der Versuch, die Ergebnisse dieser ersten Erhebungsphase zusammenzufassen, erweist sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Auswertung als relativ schwieriges Unterfangen. Einen wichtigen Beitrag zu diesen Schwierigkeiten liefern die in sich nicht immer schlussigen und vor allen Dingen aber bemerkenswert wortkargen Angaben der Befragten, die Zustimmung und Kritik in einer Form miteinander verbinden, die am Ende nur einen -allerdings vorläufigen -Schluß zuläßt.

Weniger die Qualität der Berufsausbildung als Entwicklungsschritt zu einer professionellen und gesellschaftlich gestaltenden Auseinandersetzung mit den Inhalten, Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Berufs vor dem Hintergrund seiner gesellschaftlichen Mißachtung bildet das Zentrum der Auseinandersetzung mit dem zurückliegenden beruflichen Lernen - sondern die Funktion der Ausbildung als notwendiger Zwischenschritt vor der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Die der Ausbildung damit zufallende vordringliche Funktion der Arbeitsmarktkorrektur läßt eine verbesserte gesellschaftliche Anerkennung des Berufs allerdings kaum erwarten. Und auch die Tragfähigkeit der ausschließlich auf Arbeit konzentrierten beruflichen Identifikation mit der Altenpflege wird im weiteren Untersuchungsverlauf zu prüfen sein. Altenpflege als Arbeit - eine Lösung auf Dauer?

1997 — Das erste Jahr im Beruf

Im Verlauf des Jahres 1997 wurde die Langsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Altenpflege mit den noch mitwirkungsbereiten Absolventen von 1996 (N=677) fortgeführt. Von ihnen haben sich 302 Personen (45%) an der Beantwortung der Fragebogen beteiligt. Trotz der im Vergleich zur Befragung in den alten Bundesländern spürbar geringeren Beteiligungsquote kann aufgrund der Datenlage von einem für den untersuchten Absolventenjahrgang repräsentativen Ergebnis der Untersuchung gesprochen werden.

Einschätzung der Ausbildung

Grundsätzlich scheint unter den Absolventen ein extrem hoher Zufriedenheitsgrad im Hinblick auf die zum Zeitpunkt der Befragung ein Jahr zurückliegende Altenpflege Ausbildung zu herrschen. 90% der schriftlich Befragten sind mit der berufspropädeutischen Leistung der absolvierten beruflichen Bildung auf jeden Fall (45%) wenigstens aber grundsätzlich (45%) zufrieden. Nur 5% der Befragten äußern Zweifel, ob die Ausbildung insgesamt hinreichend auf den Beruf vorbereite.

Trotz der scheinbar widerspruchsfreien Zustimmung zur Qualifikationsleistung der Ausbildung erweist sich die Akklamation der Befragten bei genauerem Zusehen als bruchiger als das quantitative Befragungsergebnis auf den ersten Blick vermuten läßt.

Das Einverständnis mit der berufsqualifizierenden Leistung der zurückliegenden Ausbildung ist deutlich erkennbar an deren Dauer und Struktur gebunden. Diejenigen, die eine dreijährige Ausbildung durchlaufen haben, beurteilen die Praxisrelevanz des beruflichen Lernens deutlich skeptischer als die Absolventen aus dem (sächsischen) zweijährigen Bildungsgang. Und nur unter den ehemaligen Teilzeit Lernenden ist - im Gegensatz zu den Vollzeit-Schüler - die zurückschauende Zustimmung zur berufsvorbereitenden Leistung der Ausbildung völlig ungebrochen.

Auf mündliche Nachfrage verliert die Zustimmung zur Ausbildung jetzt deutlich an Profil. Jetzt reduziert sich das Zufriedenheitspotential aus der Rückschau auf nur noch 76% - und auch Vorbereitung auf die berufliche Praxis artikuliert sich deutlich zurückhaltender als noch in der schriftlichen Befragung. Jetzt sind es nur noch 58%, die sich eher ausreichend auf den Alltag des Berufs vorbereitet sehen, 27% sind in ihrem Urteil eher unentschieden und 15% kritisieren die mangelhafte Vorbereitung auf die zu erwartende berufliche Realität.

Was ist verbesserungswürdig?

Wie schon in der Langsschnittuntersuchung in den alten Bundesländern ist auch im Osten die mangelnde Abstimmung zwischen schulischem Unterricht und den praktischen Handlungserforder

nissen in den Einrichtungen der Altenhilfe der gewichtigste Kritikpunkt, 61% der Befragten fordern eine Verbesserung der Ausbildung in dieser Hinsicht. Wie wichtig die mangelhafte Abstimmung zwischen Theorie und Praxis ist, wird durch die weitere Abfolge der Verbesserungsvorschläge noch einmal unterstrichen: 60% fordern für die Ausbildung mehr praktische Anleitung, 42% würden sich „qualifiziertere Praxisanleiter“ wünschen und immerhin noch 31% – fast ausschließlich jüngere Ausbildungsteilnehmer – hatten sich eine bessere Betreuung der Praktika durch die ausbildende Schule gewünscht.

Trotz dieses in der Rückschau zögernd artikulierenden Unmuts setzt sich der generelle Trend der Befragung in den neuen Bundesländern dem auch am Beispiel der erfragten Verbesserungswünsche fort: Grundlegend kritisierte Abläufe, Inhalte und Bedingungen der Berufsausbildung werden von den Befragten im schlimmsten Falle als Nebenwidersprüche betrachtet, die vor dem Hintergrund der (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt – verglichen mit dem Kritikpotential der Altenpflegerinnen aus den westlichen Bundesländern – offenbar keine große Bedeutung entwickeln.

Dies betrifft nicht nur die grundsätzlich geringer ausgeprägte Bereitschaft zur kritischen Auseinandersetzung mit berufspädagogisch relevanten Aspekten der Ausbildung, sondern läßt sich bis in einzelne Wertungsaspekte zurückverfolgen. So findet beispielsweise die Qualifikation der schulischen Lehrkräfte, die im Westen noch von knapp einem Drittel der Befragten als verbesserungsbedürftig eingeschätzt wurde, in den neuen Bundesländern nur noch eine marginale kritische Resonanz.

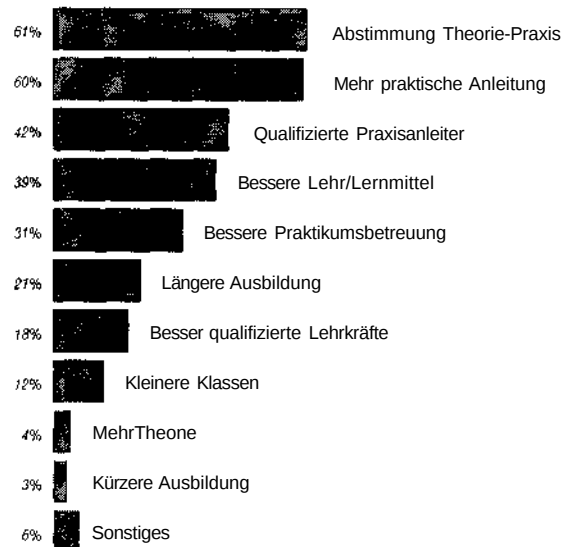
Einstieg in den Arbeitsmarkt: Beschäftigende Einrichtungen

Der (Wieder)Einstieg in den Arbeitsmarkt gestaltet sich für die Absolventen der Altenpflegeausbildung in den neuen Bundesländern dem maßgeblich schwieriger als dies von vielen erwartet wurde. Mindestens 11% der Antwortenden sind nach Abschluß ihrer Ausbildung arbeitslos.¹

Diejenigen, die 1997 den Übergang ins Berufsleben geschafft haben, unterstreichen die offenbar von den Gegebenheiten im Westen deutlich abweichende Arbeitsmarktstruktur in der Altenhilfe der neuen Bundesländer. Zwar sind auch hier – wie in den alten Bundesländern – (Alten-)Pflegeheime der häufigste Arbeitgeber der Absolventen (47%). An zweiter Stelle jedoch liegen hier schon ambulante Einrichtungen oder Sozialstationen (29%), danach erst folgen (Alten-)Wohnheime (14%) und die übrigen Institutionen mit altenpflegenschem oder Altenhilfe-Profil.

Aber auch in anderen Strukturmerkmalen unterscheiden sich die beschäftigenden Einrichtungen in den östlichen Bundesländern von den Vergleichsdaten im Westen. Sie sind deutlich seltener konfessionell gebunden und mehr als doppelt so häufig in privat unternehmerischer Trägerschaft als in den alten Bundesländern. Auch die Größe der Institutionen weicht in wichtigen Merkmalen von den Gegebenheiten im Westen ab. In den neuen Bundesländern decken Institutionen mit bis zu 50 Beschäftigten und bis zu

Abbildung 5-
Notwendige Verbesserungen für die Ausbildung



1 11% der Antwortenden (N=33) haben sich im Rahmen der Befragung als arbeitslos bezeichnet (keine Stelle gefunden). Aufgrund von Erfahrungen in empirischen Untersuchungen mit sog. dropouts muß davon ausgegangen werden, daß die tatsächliche Quote um etwa ein Drittel höher angesetzt werden muß. Arbeitslose Aussteiger am Arbeitsmarkt Gescheiterte sind in der Regel nur selten bereit, über die sie belastende Situation zu berichten. In diesem Falle kann also im ersten Jahr nach Ausbildungsabschluß von etwa 15% Arbeitslosigkeit in der Altenpflege ausgegangen werden.

50 Pflegebedürftigen beinahe zwei Drittel aller Beschäftigungsverhältnisse ab, größere Einrichtungen spielen demgegenüber eine zu vernachlässigende Rolle

Arbeitsverträge und Arbeitszeitregelung in der Altenhilfe

Daß selbst der erfolgreiche Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis nach Ausbildungsabschluß nicht immer eine gesicherte Integration in den Arbeitsmarkt bedeuten muß, unterstreichen die Angaben der 1997 befragten Altenpflegerinnen unmißverständlich Knapp die Hälfte aller Arbeitsverträge - mit besonders hohen Anteilen bei öffentlichen und frei gemeinnützigen Trägern - ist befristet. Zusätzlich ist der Anteil von Teilzeitarbeitenden mit mehr als einem Drittel (35%) der Antwortenden -davon beinahe die Hälfte im ambulanten Bereich - nicht nur im Vergleich zur Paralleluntersuchung im Westen (20%) sehr hoch, so daß in den neuen Bundesländern in großem Umfang von einer nicht bedarfsgerechten Arbeitsmarkteingliederung gesprochen werden muß.

Dieser Eindruck verschärft sich bei genauerer Betrachtung der Gruppe der Teilzeitarbeitenden noch einmal. Gerade einmal 6% der Teilzeitbeschäftigten (Frauen) haben diese Arbeitsform gezielt aufgrund von häuslichen Erziehungsverpflichtungen gewählt. Alle übrigen - unter ihnen zu einem Drittel Männer - hatten es demgegenüber vorgezogen, ganztags zu arbeiten.

Diese für viele Berufsanfänger grundsätzlich nicht zufriedenstellende berufliche Situation erhält durch die Intensität der Arbeit sowie die Organisation der Arbeitszeit zusätzlich belastende Qualitäten. Mehr als ein Drittel der befragten Altenpflegerinnen leistet wöchentlich mehr als fünf bis über sieben Überstunden (Befragung West: 25%), die, sofern dies überhaupt möglich ist, überwiegend durch 'Abfeiern' abgegolten werden. Für 45% der Antwortenden steht 'Nachtdienst' regelmäßig auf dem Dienstplan (alte Bundesländer: 33%). Und schließlich ist unter den Befragten die unregelmäßige Dienstplangestaltung doppelt so häufig wie im Westen (40% der Rückläufe). Die Arbeitszeitregelung 29% geben immerhin noch an, an zwölf aufeinander folgenden Tagen mit lediglich vier dienstfreien Tagen im Monat Schichtdienst zu leisten.

Unter diesen Umständen ist es kein Wunder, daß sich trotz der grundsätzlich positiven Orientierung der Altenpflegerinnen an Arbeitsmarkteingliederung und Arbeit bereits im ersten Berufsjahr eine große Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Beruf bemerkbar macht. Insgesamt knapp 40% der Befragten im Osten sind mit den für sie geltenden Arbeitszeitregelungen nicht einverstanden.

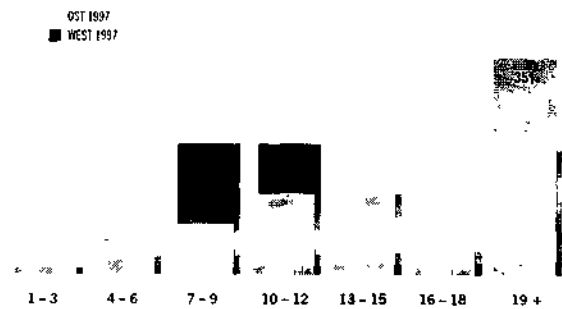
Zu betreuende Personen

Obwohl die Altenpflegerinnen des Absolventenjahrgangs 1996 nach dem Kriterium der Belegschaftsgröße überwiegend in Vergleichs-

weise kleinen Institutionen der Altenhilfe arbeiten, ist die Anzahl der von ihnen normalerweise zu betreuenden Personen merklich höher als in den alten Bundesländern:

So liegen beispielsweise die Schwerpunkte der Arbeitsbereichsgröße (Station, Gruppe, Wohnbereich etc.) im Westen bei bis zu 30 Personen, während in den neuen Bundesländern die meisten Altenpflegerinnen in Arbeitsbereichen ab 30 Personen beschäftigt sind. Auch die Anzahl der von jeder einzelnen Altenpflegerin persönlich zu betreuenden Personen unterscheidet sich in der Struktur deutlich von der Situation im Westen: Auch wenn im Osten wie im Westen der Bundesrepublik 1997 durchschnittlich pro Schicht und Fachkraft bis zu 17 Personen gepflegt werden müssen, liegen die Spitzenwerte in den neuen Bundesländern erheblich über den Werten im Westen. Mehr als ein Drittel (35%) geben an, 19 und mehr Personen pflegen zu müssen. Kleine Pflege- und/oder Betreuungsbereiche mit bis zu zehn persönlich zu versorgenden Pflegebedürftigen spielen im Osten - im Gegensatz zu den alten Bundesländern - eine äußerst geringe Rolle.

Abbildung 5:
Persönlich zu betreuende Personen

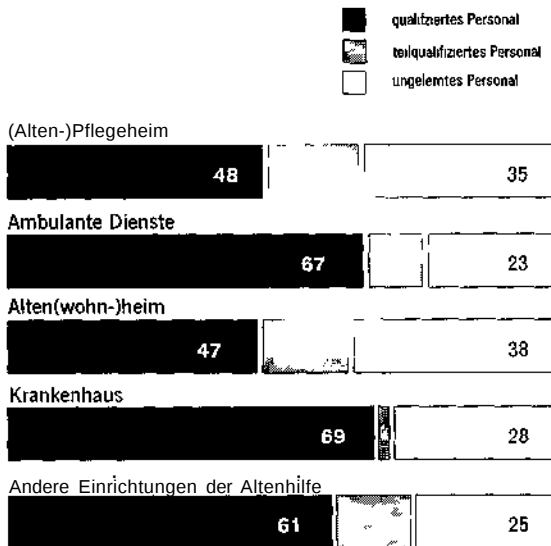


Arbeitsorganisation und Arbeitsschwerpunkte

Die Schwerpunkte der Berufsarbeit liegen für die Mitarbeiter in der Altenpflege ohne jeden Zweifel in der „Grundpflege“ - sie macht bis zu 95% der täglichen Arbeit aus; danach folgen eher behandlungspflegerisch ausgerichtete Tätigkeitsanteile. In dieser für den typischen Arbeitsalltag in der Altenpflege dominanten Verteilung unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsanteile von Altenpflegerinnen im Osten und Westen der Bundesrepublik nicht. Bemerkenswerte Unterschiede zeigen sich allerdings in denjenigen beruflichen Handlungsbereichen, die nicht unbedingt der pflegerischen Grundversorgung zuzurechnen sind, die aber für die Berufsangehörigen im Regelfall wichtige Gestaltungsspielräume, Kooperationserfahrungen und fachliche Entwicklungsmöglichkeiten beinhalten. Insbesondere bei der (psycho-)sozialen Betreuung, der präventiven und aktivierenden Pflege sowie in „beschäftigungstherapeutisch“ akzentuierten Betreuungsansätzen fallen die Tätigkeitsanteile der Mitarbeiter in den neuen Bundesländern deutlich hinter die im Westen normalerweise üblichen Ansätze zurück.

Auch wenn sich die Altenpflege in den östlichen Bundesländern stärker basispflegensch und „kurativ“ akzentuiert als im Westen, zeigen sich wiederum große Gemeinsamkeiten mit ihren westlichen Kolleginnen bei der negativen Abgrenzung zu den traditionell ungeliebten beruflichen Tätigkeitsanteilen in der (Alten-)Pflege - den hauswirtschaftlichen und den Verwaltungstätigkeiten. Daß die bei etwa zwei Dritteln der Befragten übereinstimmende Auskunft, Hauswirtschafts- und Verwaltungsaufgaben würden in ihrem Arbeitsalltag eine deutlich untergeordnete Rolle spielen, eher ein unbewußt gesteuerter Akt der Verdrängung als eine realistische Wiedergabe des beruflichen Alltagsgeschehens ist, zeigt sich an den Ergebnissen der mündlichen Nachfrage einer repräsentativen 10%-Stichprobe der Absolventen von 1996: Jetzt nehmen realistischerweise hauswirtschaftsnahe Arbeiten 35% und Verwaltungstätigkeiten etwa 20% der durchschnittlichen taglichen Arbeiten ein.

Abbildung 6:
Qualifikationsstruktur der Beschäftigten



Qualifikationsstruktur der Beschäftigten

Die beruflichen Qualifikationen der in der Altenhilfe Beschäftigten unterscheiden sich zwischen alten und neuen Bundesländern signifikant: Zwar übersteigt im Osten der Anteil unqualifizierter Kräfte in den stationären Einrichtungen denjenigen in den alten Bundesländern um bis zu 10%, doch sind gleichzeitig auch die Anteile qualifizierten Fachpersonals in allen Einrichtungstypen - insbesondere in ambulanten Einrichtungen - deutlich höher; besonders auffällig ist dabei die Häufigkeit des Einsatzes von examiniertem Krankenpflegepersonal.

Maßgeblichen Anteil an diesem vergleichsweise hohen Qualifikationsstand in den Altenhilfe-Einrichtungen der neuen Bundesländer haben die privat geführten Einrichtungen, die mit einem Anteil von 60% examiniertem Fachpersonal am besten ausgestattet sind. Allerdings wird noch näher zu prüfen sein, ob die im Osten anzutreffende Polarisierung der Qualifikationen - mehr Fachpersonal, aber auch mehr unqualifiziertes Personal - auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bedeutet. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung in den alten Bundesländern muß davon ausgegangen werden, daß ein hoher Anteil unqualifizierter Mitarbeiter, Ehrenamtlicher oder Laien zusätzliche Belastungen durch Anleitungs- und Kontrollaufwand sowie Nacharbeiten für das eingesetzte Fachpersonal bedeutet. Dieser Effekt kann angesichts der markanten Qualifikationsverteilung in den Altenhilfe-Institutionen des Ostens nicht ausgeschlossen werden.

Positiv beurteilte Aspekte der Berufsarbeit

Neun von sechzehn ausgewählten Aspekten der Berufsarbeit in der Altenpflege werden von den Befragten mehr oder weniger positiv bewertet: So beurteilen fast 95% dieser Gruppe die Tatsache, daß sie „mit Menschen arbeiten“ können, als wichtigsten positiven Faktor ihrer Berufsarbeit - auf den ersten Rangplätzen gefolgt von der Befriedigung darüber, daß sie in ihrer „Bestätigung durch Betreute“ finden, die „Zusammenarbeit im Team“ funktioniert und die Berufsarbeit, so, wie sie sie bislang kennengelernt haben, „abwechslungsreich“ und „lehrreich“ sei.

Nur wenige Einschränkungen in der Skala positiver Bewertungen trüben die überwiegend positiven Einschätzungen der antwortenden Altenpflegerinnen. Während offenbar die Möglichkeiten, eigene Vorstellungen im Arbeitsvollzug umzusetzen - wie im Westen auch - eingeschränkt sind, fehlen den Befragten trotz grundsätzlich und mehrheitlich positiver Wertung vor allem „Unterstützung in belastenden Arbeitssituationen“ und - mit 45% kritischen „Einsprengeln“ - die „Motivation durch Vorgesetzte“.

Arbeitsunzufriedenheit

Sieben der ausgewählten Aspekte der Berufsarbeit finden die exponierte Kritik der befragten Altenpflegerinnen. An erster Stelle - mit 84% der Nennungen - der für sie unzutraglichen Begleitumstände beruflicher Arbeit stehen die unmittelbar wirksamen Effekte der Pflegeversicherung - 1997 im Westen einer der häufigsten Anlässe für Ausstiegsüberlegungen. Danach folgen mit relativen Spitzenwerten in der negativen Beurteilung die körperlichen Belastungen der Berufsarbeit, die fehlende Zeit für ein intensiveres Eingehen auf einzelne Patienten und ihre Bedürfnisse, die mangelhafte gesellschaftliche Anerkennung der Altenpflege sowie schließlich die zu geringe Bezahlung.

Wie schon in den alten Bundesländern spielt die fehlende gesellschaftliche Anerkennung des Berufs auch im Osten eine wesentliche Rolle für aufkeimende berufliche Unzufriedenheit. Während sich die im Westen befragten Altenpflegerinnen jedoch zunächst mit der defizitären gesellschafts- und sozialpolitischen Rolle des Berufs auseinandersetzen und sich erst im Verlauf ihres Berufslebens auf die die berufliche Anerkennung störenden Binnenverhältnisse ihres Arbeitsgebietes konzentrieren, spielen in den neuen Bundesländern von Beginn an unter der Rubrik 'fehlende gesellschaftliche Anerkennung' die omniprasenten Auseinandersetzungen zwischen den Berufsgruppen in der (Alten-)Pflege die wichtigste Rolle.

Einen großen Anteil der Kritik findet die fehlende Kooperationsbereitschaft der Ärzte im medizinischen und behandlungspflegenden Teil der Berufsarbeit.

Die besonders belastenden Auseinandersetzungen finden allerdings - wie im Westen auch - zwischen Altenpflege und Krankenpflege personal statt. Unzufriedenheit stiften dabei für die befragten Altenpflegerinnen insbesondere die aus ihrer Sicht deutlich höhere Bezahlung der Krankenschwestern und -pfleger, deren höherer Wert und Schätzung in der Öffentlichkeit sowie das aus der Perspektive der Krankenpflege offenbar verbreitete arrogante Deklassieren altenpflegerischer Arbeitsleistungen (Was macht ihr denn schon groß?!) insbesondere im Überschneidungsbereich beider Berufe der Behandlungspflege.

Die Hypothese, daß es mit zunehmender Polarisierung beruflicher Qualifikationen zu problematischen und belastenden Begleitumständen in der Berufsarbeit kommen konnte, findet auf dem Gebiet der Anerkennung beruflicher Leistungsfähigkeit ihre erste Bestätigung. Der Einsatz nicht qualifizierter Hilfskräfte provoziert für die Befragten massive Unzufriedenheit, insbesondere dann, wenn sie — in zunehmendem Ausmaß — Aufgaben übertragen bekommen, für die nach Einschätzung der befragten Altenpflegerinnen Fachqualifikationen unbedingt erforderlich waren (*Wofür haben wir denn drei Jahre gelernt? In manchen Heimen werden nur ABMler eingesetzt. Als Ausgebildete wird man oft nur als Hilfskraft eingesetzt*).

Ursachen und Folgen der Polarisierung spielen auch bei den offenen, nicht an die Kategorien der schriftlichen Befragung gebundenen Antworten die wichtigste Rolle. Die große Mehrheit der Antwortenden (92%) wünscht sich mehr qualifiziertes Personal und eine angemessenere Organisation der Arbeit, um mehr Zeit für einzelne Patienten haben zu können.

Diese zum Zeitpunkt der Befragung - nach einem Jahr im Beruf - die Berufszufriedenheit der Altenpflegerinnen deutlich störenden Arbeitsstrukturen werden nur von wenigen Ausprägungen des Berufs so übertreffen, daß sie für die Befragten die Schwelle der Belastung erreichen. Vor allem unmittelbar mit dem beruflichen Alltag verbundene psychosoziale Faktoren - neuerlich der hohe Zeitdruck bei der Arbeit, das Miterleben von Sterben und Tod, die psychischen Veränderungen und die gesundheitliche Hinfälligkeit der Pflegebedürftigen - führen bei den Befragten zu starken Belastungserfahrungen. An erster Stelle (27%) der als ausgeprägt belastend empfundenen Arbeitssituationen steht in den neuen Bundesländern - und dies in deutlichem Gegensatz zu den Befragungsergebnissen im Westen (9%) - die (zu) häufig auftretende Auseinandersetzung mit Notfallsituationen und die in Auseinandersetzung mit diesen Situationen überbordende Verantwortung. Diese Wertung verdient insofern Interesse, als sie abweichend von den ersten Berufserfahrungen der in den alten Bundesländern befragten Altenpflegerinnen für die nachhaltige Wirkung von „Praxischocks“ spricht. Sollte sich diese Hypothese nach genaueren Auswertungen bestätigen, stünde trotz der insgesamt positiven Rückmeldungen der Befragten im Osten die Qualität und - vor allen Dingen - die Praxiskonformität der Berufsausbildung zur Diskussion.

Berufliche Zukunft - in der Altenpflege?

Daß die grundsätzliche Zustimmung zur zurückliegenden Ausbildung und den Möglichkeiten im Beruf trotz aller langsam zur Kenntnis genommenen Störfaktoren zwar weiterhin Bestand hat, gleichzeitig aber auch zunehmend kritisch gesehen wird, unterstreichen auch die auf die nächsten fünf Jahre angelegten beruflichen Planungen der antwortenden Altenpflegerinnen. Genau wie ihre zum gleichen Zeitpunkt befragten Berufskolleginnen im Westen hat sich die Bereitschaft, weiterhin Vollzeit in der Altenpflege zu arbeiten, merklich verringert (13%). Gleichzeitig sind die Pläne, im Verlauf der nächsten fünf Jahre auf eine Teilzeitstelle zu wechseln, bei ca. 7% gestiegen. Interessant ist, daß bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Berufsbiografie in der Altenpflege etwa 6% der Befragten entschlossen scheinen, Vollzeit in einem anderen Bereich zu arbeiten. Da für die Planungen, auf eine Teilzeitstelle zu wechseln, familiäre Gründe (Schwangerschaft, Kindererziehung o.ä.) an dieser Stelle der Untersuchung definitiv ausgeschlossen werden können, ergeben sich vor dem Hintergrund beider beruflichen Entwicklungsbewegungen - Wechsel auf Teilzeit, Umstieg in einen anderen Beruf - Fragen an die offenbar noch nicht einmal mittelfristig erträgliche Organisation der Berufsausbildung und die Tragfähigkeit des Berufs Altenpflege auf Dauer. Dies um so mehr, als sich nach exponierter Zustimmung zur Einmündung in den Beruf jetzt, am Ende des ersten Berufsjahres, nur noch 64% der Befragten für sich eine Zukunft in der Altenpflege sehen.

Fort- und Weiterbildung: Aufstieg oder Ausstieg?

Zum Ende der Ausbildung 1996 noch vor den ersten Erfahrungen im erlernten Beruf, herrschte unter den befragten Altenpflegerinnen im Osten eine sehr hohe Bereitschaft zur beruflichen Fort und Weiterbildung. Damals gaben 64% der Befragten an, sie beabsichtigten, an Fort und Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege teilzunehmen, nur 7% sahen ihre Perspektiven damals schon in Bereichen außerhalb der Altenpflege.

Jetzt, nach einem Jahr im Beruf, haben sich die Gewichtungungen nachhaltig verschoben. Nur noch 34% der Antwortenden mochten in den kommenden zwei bis drei Jahren eine Fort und/oder Weiterbildungsmaßnahme in der Altenpflege besuchen (30%). Dafür sind die Orientierungen auf Fort und Weiterbildung in anderen Bereichen als der Altenpflege mit jetzt 26% um beinahe 20% gestiegen.

Diese maßgebliche Bereitschaft der gerade erst ein Jahr Berufstätigen zu einem beruflichen Orientierungswechsel durch Fort und/oder Weiterbildung aus der Altenpflege heraus kommt - vor allem im Hinblick auf die überwältigende Zustimmung zum Beruf am Anfang der Berufstätigkeit - überraschend und bedarf genauerer Untersuchungen. Zum gegenwertigen Zeitpunkt kann sie noch nicht, wie dies in den alten Bundesländern der Fall war, als Anbahnung zum Ausstieg aus der Altenpflege interpretiert werden. Allerdings sprechen eine Reihe von Indizien dafür, daß aufgrund der grundsätzlich belastenden Arbeitsbedingungen in der Altenhilfe ein beachtlicher Anteil der Berufsangehörigen schon im ersten Berufsjahr Planungen für einen Umstieg (wie schon im Westen bevorzugt Beschäftigungstherapie, Physiotherapie) entwickelt.

Berufsausstieg - (k)ein Thema...

Trotz der offenbar zunehmend kritischeren Einstellung zur Berufssarbeit in der Altenpflege ist der Ausstieg aus dem erlernten Beruf für die Altenpfleger in den neuen Bundesländern kein vorrangiges Thema - im Gegenteil. Hatten zum Ausbildungsabschluß noch 17% davon berichtet, im Verlauf des beruflichen Lernens daran gedacht zu haben, „die Ausbildung hinzuschmeißen“, sind es im Rückblick auf das erste Berufsjahr nur noch 14%, die überlegt haben, den Beruf wieder aufzugeben. Proportional dazu hat sich die Zahl derjenigen erhöht, die keinen Gedanken an einen Berufsausstieg verschwendet haben (1997: 84%).

Trotz der weithin vorherrschenden Zustimmung zum Beruf lohnt es sich, den wichtigsten Gründen für den erwogenen Berufsausstieg nachzugehen. Mit an der Spitze bei den Begründungen für den erwogenen Berufsausstieg hegen das schlechte Betriebsklima (31%), schlechte Bezahlung (28%) sowie die immer weniger gelingende Verarbeitung belastender berufstypischer Erfahrungen (19%).

Besondere Beachtung verdient allerdings der Umstand, daß für die Befragten in den neuen Bundesländern der wichtigste Grund, sich mit der Aufgabe des erlernten Berufs auseinanderzusetzen, das mit

zunehmender Praxiserfahrung immer deutlichere Auseinanderfallen von beruflichen (Ideal-)Vorstellungen und alltäglicher Berufspraxis in der Altenpflege ist. 85% der Antwortenden aus dem Osten geben an, daß sich die tatsächlichen Arbeitsbedingungen in den Institutionen der Altenhilfe so stark von ihren Ansprüchen an eine verantwortungsvoll ausgeübte Altenpflege unterscheiden, daß sie schon mindestens einmal an eine Aufgabe des Berufs gedacht haben. Die Zahl der tatsächlich bereits im ersten Berufsjahr aus der Altenpflege ausgestiegenen Altenpfleger erreicht unter diesen Voraussetzungen, vor allem aber auch unter den Bedingungen des Arbeitsmarktes in den neuen Bundesländern bei weitem nicht die Quote der westlichen Vergleichsstudie: 15% der an der Erhebung 1997 beteiligten Altenpfleger berichten darüber, daß sie „mit dem Beruf aufgehört“ haben - unter ihnen etwa ein Fünftel Unterbrechungen durch Schwangerschaft und Kindererziehung auf unbestimmte Dauer.

Allerdings muß bei der Beurteilung der Situation in den neuen Bundesländern berücksichtigt werden, daß - im Unterschied zur Befragung im Westen - mindestens 11% der Befragten nach Abschluß ihrer Ausbildung keine Stelle gefunden haben und zum Zeitpunkt der Befragung am Ende des ersten Berufsjahres arbeitslos sind,

Ausbildung in der Altenpflege und Reformbedarf aus der Sicht einer Fachlehrerin in den neuen Bundesländern

Die Aufgabe, die mir zufällt, ist die Kommentierung einiger Untersuchungsergebnisse der Verlaufsuntersuchung des Bundesinstituts in der Altenpflege. Ich will der Aufgabe gern aus der Sicht einer Lehrkraft und Leiterin der Fachkonferenz Altenpflege an der Fachschule für Altenpflege am Beruflichen Schulzentrum Großenhain nachkommen.

Als ich im 1998 mit den Ergebnissen der Studie durch die Mitarbeiter des Bundesinstituts für Berufsbildung persönlich konfrontiert wurde, sah ich die empirischen Untersuchungen mit anderen Augen. Ich begann, bewußter zu vergleichen und zu hinterfragen, entdeckte Gemeinsamkeiten und Unterschiede, aber auch Widersprüche und mußte Fragen festhalten, ich begann unsere in der Ausbildung gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse in Beziehung zu dieser vom Bundesinstitut vorgetragenen Grundlage zu setzen und im Team der Fachkonferenz Altenpflege zu beraten.

Zur Einordnung der Altenpflegeausbildung als neues Berufsbild

Mit den sich verändernden gesellschaftspolitischen Ereignissen 1989/1990 galt es, auch an unserer öffentlichen sozialpädagogischen Einrichtung in Großenhain Ausbildungsprofile zu überdenken, zu korrigieren, zu verändern und Neues in Angriff zu nehmen.

Die Berufsausbildung als Altenpfleger war u. a. mit den sich herauskristallisierenden Inhalten der ganzheitlichen Pflege und Betreuung eine solche Säule, sozialpädagogische Erfahrungen in der bisherigen Ausbildung mit pflegerischen zu koordinieren und zu einer neuen Qualität in der Arbeit am und mit dem alten und hilfsbedürftigen Menschen zu führen.

Eine neue Berufsausbildung entwickelte sich in den neuen Bundesländern

Am 26.11.1990 konnte ich mit dem Kollegenteam den ersten Ausbildungsgang für Altenpfleger beginnen - unseres Wissens nach der erste Ausbildungsgang in den neuen Bundesländern überhaupt. Mit viel Optimismus, Engagement, Willen zur Bewältigung der erweiterten und auch neuen theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte haben wir uns dieser Aufgabe gestellt,

Von Anfang an konnten wir uns auf die Mitarbeit von gut ausgebildeten Diplommedizinpädagogen und Ärzten unseres Landkreises für den medizinisch-pflegerischen Bereich stützen. Besonders wertvoll waren und sind die sehr guten Partnerschaftsbeziehungen zu Altenpflegeschulen in den Altbundesländern (Mannheim, Künzelsau) und hier im Territorium die zahlreichen Praxispartner in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege. Nicht unbenannt soll die koordinierte Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern, der Landkreisverwaltung Riesa-Großenhain, dem Sächsischen Ministerium für Kultus sowie dem Oberschulamt Dresden sein.

Daß die Anfangszeiten, die „wilden“ Zeiten, mit ihren hochmotivierten Kräften auf all diesen Gebieten einen besonderen, einen unvergeßlichen Reiz hatten, ist sicherlich von vielen Anwesenden - besonders aus den neuen Bundesländern - nachzuvollziehen. Unterdessen erfolgt auf allen Ebenen durch erlassene Gesetze, Verordnungen, Durchführungsbestimmungen die Ausbildungsarbeit in „geordneten“ Bahnen, Ausdruck dafür sind z. B. das Schulgesetz und die Fachschulordnung. Dadurch wurde auch Raum geschaffen, die inhaltliche Seite und damit die Qualität der Ausbildung verstärkt in den Mittelpunkt der Tätigkeit zu stellen.

Die qualifizierte Ausbildung unserer Fachschüler führte bisher nicht nur im Landkreis Riesa-Großenhain, sondern auch in den angrenzenden Landkreisen und in anderen Bundesländern zu Anerkennung,

Altenpflege - ein typischer Frauenberuf (?)

Die Kommentierung soll von der Fragestellung ausgehen, ob die Altenpflege auch bei uns als typischer Frauenberuf zu sehen ist. Von November 1990 bis Juli 1998 nahmen 258 Schüler die Ausbildung in unserer Fachschule auf. Darunter waren 94,9% Frauen und nur 5,1% männliche Auszubildenden. Grundsätzlich passen sich diese Zahlen also in die Ergebnisstatistiken des Bundesinstitutes ein. Allerdings zeigt sich bei uns noch deutlicher der Anteil weiblicher Auszubildender. Das ist auch bei Hinzunahme der neuen Fachschüler (Beginn 03.09.1998) der Fall.

Der aus der Tradition heraus eherrauf Frauen zugeschnittene Beruf wird in unserem Territorium sicherlich noch durch die arbeitsmarktpolitischen Ereignisse gestützt,

Tabelle 1 gibt Auskunft über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Arbeitsamtsbezirk Riesa mit dem Einzugsbereich Riesa-Großenhain-Meißen: In den einst stark von Industrie und Landwirtschaft geprägte Gebieten unseres Territoriums brachen und brechen die Arbeitsplätze für Frauen genauso weg wie in den frauentypischen Berufsgruppen der Krippenerzieherinnen, Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen,

Unterstützt werden kann diese Aussage durch den Beleg, daß bei den Schülern, die am 03.09.1998 die Ausbildung begannen, zuvor 53,7% arbeitslos waren. Die Dauer der Arbeitslosigkeit hat eine Spannweite von zwei Monaten bis zu acht Jahren mit einem Durchschnittswert von 2,8 Jahren.

Es ist davon auszugehen, daß das neue Berufsbild „Altenpflege“ gerade für Frauen, die sich der Arbeit mit Menschen verbunden fühlen, eine sehr gute Berufsalternative ist,

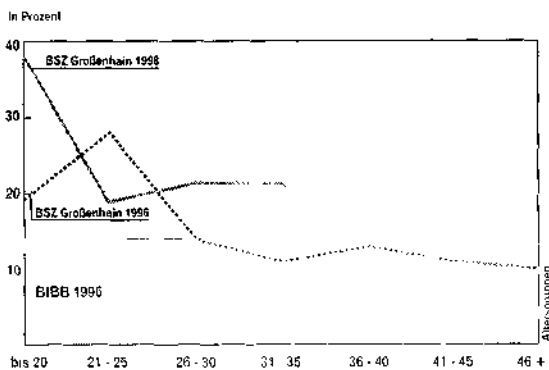
Tabelle 1:

Arbeitslosigkeit im Amtsbezirk Riesa

	ARBEITSLOSE		ARBEITSLOSENQUOTH	
	insgesamt	Frauen	insgesamt	Frauen
1991	12.100	6.994	9.1%	
1992	16.443	10.954	144%	207%
1996	18.256	11.459	17.7%	23.4%
1998	20.797	12.647	19.7%	25.1%

Abbildung 1:

Altersverteilung der Absolventen



Das Berufsbild „Altenpflege“ wird seit 1990 in der Öffentlichkeit immer stärker zur Kenntnis genommen und als Ausbildungsmöglichkeit in Erwägung gezogen. Auffällig ist bei uns in den vergangenen zwei Jahren der Trend, daß verstärkt junge Menschen diese Berufslaufbahn über Berufsfachschulen mit hauswirtschaftlichem oder sozialem Profil gezielt und langfristig nutzen. Diese befinden sich unter dem Dach des BSZ Großenhain oder im Einzugsbereich. Die Position der Untersuchungsergebnisse von BIBB, eventuell in der Ausbildung dieses Frauenberufes einzig und allein „Reparaturwerkstatt“ für die arbeitsmarktpolitische Situation zu sein, ist dadurch zu entkräften,

Daß Altenpflege dennoch ein typischer Frauenberuf ist und auf lange Sicht bleiben wird, unterstreichen wohl auch diese Ausführungen,

Alter und Ausbildung

Welche Altersgruppen bevorzugen eine Ausbildung in Altenpflege?

Wird die Altersverteilung der Absolventen des Bundesinstitutes mit den Kennzahlen West 1996 und Ost 1993 zur Grundlage genommen und Einsteiger 1996 und 1998 unserer Fachschule dazu eingeordnet, dann ist sehr deutlich in den jüngeren Altersgruppen eine Zunahme und in den „reiferen“ eine Abnahme zu erkennen.

Das Durchschnittsalter beträgt 28,5 Jahre.

Daß ältere Auszubildende nicht unbedingt eine Förderung durch das Arbeitsamt erfahren, ist auf Grund der langjährigen guten Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und den gerade in letzter Zeit aufgestockten Mitteln für bei uns nicht so pauschal zu bestätigen.

Wichtigungen bei der Wahl der Berufsausbildung

Mit diesem Hintergrundwissen lassen sich die Motivationsgründe und ihre Wichtigungen für die Ausbildung unserer Schüler besser nachvollziehen,

Beim Einstieg in die Ausbildung wurde von den „Neuen“ (03.09.1998) die Motivation ohne Vorgaben erfaßt und der vorliegenden Tabelle zugeordnet.

Aus dem Bekenntnis, sich für diese Berufsausbildung entschieden zu haben, sind die Rubriken „Kontakte zu Menschen“ und „Hilfsbedürftigen helfen“ mit den vorderen Plätzen besetzt,

Ein weiterer vorderer Rang „Wiedereinstieg in das Berufsleben“ oder auch „Chance auf einen Arbeitsplatz (43,9%) ist sicherlich in der Koppelung mit „Gute Beschäftigungsaussichten“ (12,5%) zu sehen. Das macht offensichtlich den starken Willen nach Erhalt und / oder Wiedererhalt eines Arbeitsplatzes deutlich,

Ob dabei das Argument „Zuerst kommt der Arbeitsplatz, dann die Moral“ Triebkraft ist, möchte ich aus der Abfolge nicht herleiten und keinesfalls so interpretieren,

Die Biographie der Mehrzahl der Frauen in den neuen Bundesländern belegt, daß über 90% der arbeitsfähigen Frauen vor 1990 in Arbeit waren. Der Wunsch nach und auch die Entscheidung der Frau für die Arbeit ist ein Bestandteil ihres Lebens und wohl nicht mit einer Negativediskussion zu besetzen, zumal es z. Z. nicht wenige

Frauen sind, die durch diese Berufsausbildung allem zum sicheren Unterhalt der Familie beitragen können

Da Rubriken wie „Abwechslungsreiche , lehrreiche Tätigkeit, interessanter Beruf“, „Soziale Verantwortung“ und ergänzend „Arbeit mit dem alten Menschen“ bereits eine Einstiegsmotivation sind und die Rubriken der des „Langfristigen sicheren Arbeitsplatzes“ und des „Guten Verdienstes“ überhaupt keine Rolle spielen, lassen sich diese Anfangsmotivationen doch als „moralisch“ und verantwortungsbewußt bezeichnen und als gute Lerneinstellung für die Ausbildung werten

Das Schulbildungsniveau und Ausbildungsergebnis

Die Kommentierung zum Aspekt „Schulabschlüsse“ geht von folgender Grundlage aus

Das Sächsische Ministerium für Kultus des Freistaates Sachsen hat sich für eine zweijährige Fachschulausbildung in der Altenpflege entschieden. Die Fachschule erfüllt die Aufgabe einer vertieften beruflichen Weiterbildung mit einem berufsspezifischen Abschluß (Vgl. Schulgesetz des Freistaates Sachsen, Teil I, § 10)

In der Fachschulordnung von 09.01.1996 sind die Zugangsbedingungen klar geregelt. Als Schulabschluß ist der Hauptschulabschluß nötig, und die berufliche Weiterbildung in Form der Fachschule baut auf einem mindest zweijährigen Berufsabschluß auf. Die Auswertung von zwei Ausbildungsgängen am BSZ Großenhain bestätigt deutlich den Anteil derer, die ein höheres Schulbildungsniveau als Eingangsgröße aufweisen. Hier fließen nun auch die Abgänger mit ein, die nach 1990 diesen Bildungsabschluß erreicht haben. Der Grund bzw. Hauptschulabschluß spielt wiederum kaum eine Rolle.

Diese Realität sollte zum Nachdenken und zur Prüfung anregen, ob nicht generell bei der schulischen Vorleistung der Realschulabschluß als Zugangsbedingung gelten sollte und ein niedrigeres Schulbildungsniveau für eine Fachschulausbildung unzureichend ist und z. B. der Altenpflegerhelferausbildung vorbehalten sein sollte.

Eine bereits zu Beginn einer solchen Ausbildung gegebene formale Gleichwertigkeit mit anderen Fachschulausbildungen (wie z. B. Erzieher, Heilerziehungspfleger, Krankenschwester) konnte hier bereits ansetzen.

Höhere Schulabschlüsse sind - gerade bei der zweijährigen Ausbildungsdauer - eine gute und notwendige Voraussetzung für eine intensivere, qualitätsgerechtere Ausbildungsarbeit. Sie hat letztendlich der Arbeit am und mit dem Betagten zu dienen¹.

Einflußfaktoren auf Unterrichtsgestaltung und Ausbildungsergebnisse

Schulbildungsniveau, Altersstruktur und berufliche Vorbildung eines Ausbildungsganges haben aus unserer Sicht Einfluß auf die erwachsenengerechte Gestaltung des Unterrichtes und damit auf die Ausbildungsergebnisse.

Entsprechend unserer Fachschulordnung haben alle Schüler eine vorherige berufliche Ausbildung absolviert.

Tabelle 2:
Wichtigste Gründe für die Wahl der Ausbildung

„sehr wichtig“ war:	BIBB 1996	BSZ 1998
Kontakt(e) zu Menschen	62	55
Hilfsbedürftigen helfen	58	44
Wiedereinstieg ins Berufsleben	53	44
Abwechslungsreiche Tätigkeit	46	15
Sicherer Arbeitsplatz	32	
Gute Beschäftigungsaussichten	24	13
Soziale Verantwortung	24	1b
Gute Fortbildungsmöglichkeiten	22	3
Höhere Qualifikation	14	7
Guter Verdienst	13	
Einzige Ausbildungsmöglichkeit	10	3
Am Arbeitsamt empfohlen	5	3

Tabelle 3:
Vorhergehende Ausbildungen der Absolventen

Berufsbereiche	BIBB 1996 in%	BSZ 1998 in%
Landwirtschaft, Gartenbau	9	12
Technisch-gewerbliche Berufe	29	17
Kaufleute	5	5
Verwaltungs- und Büroberufe	7	
Berufe im Gesundheitswesen	6	
Dienstleistungsberufe	7	39
Sozial- und Erziehungsberufe	11	19
Andere Berufe	6	7

Bei der Darstellung wird die vollständige berufliche Vorleistung ersichtlich. Die Berufsbereiche, denen die Einsteiger 1998 zuzuordnen sind, bestätigen nochmals den aktuellen Zusammenhang zur Arbeitsmarktpolitik (Sozial- und Erziehungsberufe, technisch-gewerbliche Berufe, Landwirtschaft) und den zum Einstieg in die Fachüberdie Berufsfachschule (Dienstleistungsberufe: 39%). Die Absolventen vom 22.07.1998 belegten vor Beginn der Ausbildung mit 31% den technisch-gewerblichen Berufsbereich. Werden die Ausbildungsergebnisse herangezogen, zeichnet sich nicht ab, ob z.B. technisch-gewerbliche Berufe für eine Ausbildung in der Altenpflege weniger geeignet sind als andere Berufsgruppen. Die Ergebnisse lassen aber auch erkennen, daß sich die Schüler durch eine möglichst enge Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung Handlungskompetenzen zielgerichtet aneignen und ihre eigene Persönlichkeit weiterentwickeln. Sie erleben die Altenpflege in dieser Zeit als ein attraktives Arbeitsfeld und äußern sich in dieser Phase der Ausbildung meistens mit Selbstwertgefühl. Die intensive zweijährige Fachschulausbildung scheint bei diesen Ergebnissen zunächst einmal für die zukünftige Berufsausübung zu genügen,

Ausbildungsabbrüche

Daß der Entwicklungsweg nicht immer glatt verläuft, ist eigentlich in der tagtäglichen pädagogischen Arbeit zu erleben, Abbrüche werden zum einen erwogen und zum anderen auch vollzogen. Erwogen werden sie in erster Linie in einer persönlichen Konfliktlage, die Leistungsanforderungen (z. B. Leistungsbewertungen, Prüfungen, Ausfall durch Krankheit) nicht gut bestehen zu können. Eine Ursache dafür ist, daß geistige Techniken erst oder erst wieder erlernt werden müssen. Die Balance des Spannungsfeldes der Anforderungen Theorie-Praxis-Umfeld (z.B. Familie, Partner, organisatorische Rahmenbedingung) scheint von großer Bedeutung zu sein und darf in kritischen Situationen nicht übersehen werden. Daß der Abbruch wegen falscher Berufsvorstellungen (z.B. psychischer Belastung in der Arbeit mit Betagten) erwogen wurde, ist uns in Einzelfällen bekannt,

Tatsächlich vollzogene Abbrüche beziehen sich in erster Linie auf eine Überforderung durch die Lehrinhalte; es reicht wahrscheinlich auch in die anderen Positionen hinein. Die mit 7,7% insgesamt doch geringe Abbruchzahl läßt darauf schließen, daß trotz der hohen Anforderungen in der zweijährigen Ausbildung eine offensichtlich positive Ausbildungsatmosphäre vorherrschend ist,

Intensive Ausbildung bedeutet in der Fachschulausbildung, didaktisch-methodische Arbeitsprinzipien bei der Gestaltung des Lehrens und Lernens zu überprüfen. Besonders bedeutsam ist uns das erwachsenengerechtere Vermitteln von Fachinhalten. Im Spannungsfeld eines Lernprozesses zur Kompetenzentwicklung ist Unterrichtsgestaltung ein wichtiges Mittel für die Persönlichkeitsentwicklung des Auszubildenden.

Aufgrund unterschiedlicher Lernvoraussetzungen und Lebenserfahrungen ist es erforderlich, verschiedene und der jeweiligen Situation angemessene Methoden anzuwenden. Frontale Lehrformen spielen zu Beginn der Ausbildung eine große Rolle. Die hochmotivierten Schüler arbeiten äußerst zielstrebig und mit viel Fleiß im Unterricht

und auch im häuslichen Aufarbeiten des Lernstoffes, Techniken des geistigen Arbeitens wie z.B. Mitschreiben, Beschreiben, Erläutern usw. von Sachverhalten, Umgang mit Literatur bereiten in der Regel Schwierigkeiten und müssen systematisch und fächerübergreifend aufgebaut werden,

Die erwachsendengerechte Gestaltung des Unterrichtes zielt u.a. auf folgende Schwerpunkte ab:

- Die Entwicklung und Ausprägung der Fähigkeit und Bereitschaft des Reflektierens eigenen Verhaltens
- Nutzung der Ergebnisse des individuellen Reflektierens bei der Erarbeitung theoretischer Sachverhalte bzw. Erkenntnisse
- Umgang mit Fachliteratur als ein wichtiges Element der Fachschulausbildung und Nutzung für und in Kurzvorträgen, Belegarbeiten, Erfahrungsberichten und in der Facharbeit
- Entwicklung der Fähigkeit der Selbstkompetenz als Ausdruck des Standes der Persönlichkeitsentwicklung
- Erlernen, sich mit einer Rolle zu identifizieren und sich im Rollenspiel sprachlich angemessen artikulieren zu können

Die Arbeitsweisen lassen sich besonders gut in Lehrformen wie Gruppen- oder Kleingruppenarbeit verwirklichen. Dabei setzen im Sinne einer individuellen Entwicklung von Handlungskompetenzen sehr differenzierte Formen ein, Die Rahmenbedingung, die dafür durch die sächsische Stundentafel für das Unterrichten in Gruppen in fachpraktischen Fächern vorhanden ist, unterstützt das Gesamtanliegen sehr positiv,

Das Sich-Ausprobieren vor und in der Ausbildungsgruppe und in der Praxis zeigt aber auch Reserven, Nicht immer stößt der Schüler in der Praxis auf Bedingungen, das Gelernte im realen „Übungsfeld“ umsetzen zu können.

Schulische Arbeitsweisen sind natürlich erfolversprechender, wenn eine wirkliche Theorie-Praxis-Beziehung in den Unterrichtsfächern und fachpraktischen Übungen sowie im Berufspraktikum existiert. Zum einen gilt es stets neu zu prüfen, ob die Ziel- und Aufgabenstellungen für fachpraktische Übungen und Praxisblöcke den Entwicklungsstand treffend unterstützen. Zum anderen gutes zu prüfen, ob die Rahmenbedingungen das angestrebte Ziel überhaupt zulassen, Werden Praxisanleiter der Praxiseinrichtung und der Praxisbetreuer der Fachschule zu einem Team, damit der Fachschüler in der konkreten Betreuungs- und Pflegesituation in seinem Berufsprofil Handlungskompetenz erwerben kann? Stehen ausreichend erfahrene Lehrkräfte mit ausreichender Betreuungszeit für diesen wichtigen Lernprozeß zur Verfügung?

Zu den notwendigen Rahmenbedingungen gehört aber auch, daß der Bereich der Pflichtfächer sinnvoll durch den der Wahlpflichtangebote untersetzt wird. Wahlpflichtfächer müssen noch stärker ihrem Anliegen, der Vertiefung von Grundwissen und Grundkönnen, in der Ausbildung gerecht werden. So sehr schulorganisatorische Fragen und Einsatzfragen von Lehrkräften aus der Sicht der Schule verständlich sein mögen, für den Auszubildenden gehen wichtige Ausbildungsinhalte verloren, wenn zu sehr ausbildungsorganisatorische und zu wenig inhalts-spezifische Sichtweisen diesen Prozeß bestimmen. Er bemangelt es zu Recht und beklagt es als fehlende Berufsvorbereitung.

Tabelle 4:
Abbruchbegründungen

	AngeDen in %	*
Probleme im Leistungsbild	2.7	
Schwere und dauerhafte Erkrankungen	2.2	
Schwangerschaften	1.4	
Arbeitsaufnahme	0.9	
Sonstiges	0.5	

Zur Anerkennung des Berufsbildes Altenpflege

Auf den ersten Blick genügt eine intensive zweijährige Ausbildung. Das unterstreichen Aussagen der Schüler vor Eintritt in das Berufsleben. Sie fühlen sich in der Regel ausreichend auf die Praxis vorbereitet. Der hohe Anteil der guten und sehr guten Leistungsergebnisse - besonders im praktischen Bereich - bestärkt sie.

Auf den zweiten Blick ist aber auch zu vermerken, daß eine berufliche Handlungskompetenz noch zu gering ausgebildet ist. Das wird in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen beklagt. Die Entwicklung und die Ausprägung von Handlungskompetenz bedarf Zeit. Bei Verlängerung der Ausbildungszeit kann es dabei jedoch nicht um Verschulung von aufgesetzter Theorie gehen. Das aufeinander abgestimmte Verhältnis von Theorie und Praxisausbildung mit Zuwachs an beruflicher Handlungskompetenz kann nur Gradmesser sein.

Es sind aber wohl nicht in erster Linie Fragen der Ausbildungsdauer sondern der notwendigen Schlüsselqualifikationen mit entsprechender beruflicher Handlungskompetenz, die es zu beantworten gilt. Es sind solche Schlüsselqualifikationen auf sozialem und auf pflegerischem Gebiet konkret herauszuarbeiten, die letztlich eine geschlossene Handlungskompetenz als Ziel haben und das sozialpflegerische Profil dieses Berufes ausmachen. Davon ausgehend bedürfen einerseits Ausbildungsinhalte zum Aufbau einer Beziehungspflege in sozialpädagogischer Hinsicht der Intensivierung. Andererseits ist für die realitätsnahe Behandlungspflege die Intensivierung in pflegerisch-therapeutischer Hinsicht dringend geboten. Eine enge Theorie-Praxis-Beziehung muß dabei auch unter dieser Sicht als durchgängiges Arbeitsprinzip zum Tragen kommen. Von dieser Betrachtungsweise ausgehend ist nur mit einer dreijährigen Ausbildung ein besserer Qualifikationsgrad der Handlungskompetenz mit sozialpflegerischem Profil zu erreichen. Sie eröffnet gleichzeitig im System der Berufsausbildung eine Gleichwertigkeit mit anderen Fachschulabschlüssen. Die Brücke für anschließende Aufstiegsqualifikationen konnte paßfähig werden.

Inhaltlich bedarf der Rahmenlehrplan bundesweit und/oder landerspezifisch einer Entrümpelung und einer Konzentration auf Wesentliches. Der Zusammenhang von Schlüsselqualifikation und berufliche Handlungskompetenz muß den Mittelpunkt der Ausbildungsarbeit bilden. Die Orientierung an aktuellen strukturellen Veränderungen des Alters mit dem Krankheits- und Gesundheitszustand der zu Pflegenden und zu Betreuenden und den sich verändernden Einsatzbereichen sollte mehr Beachtung finden.

Auf ein System von Fort- und Weiterbildungen mit sinnvoll durchdachten Bausteinen ist auch bei einer einheitlich dreijährigen Berufsausbildung nicht zu verzichten. Bei einer zweijährigen Ausbildung ist es dringend geboten!

Das Berufsbild Altenpflege hat sich gerade in den neuen Bundesländern seit 1990 zu einem sehr guten Ausbildungsangebot entwickelt. Hochmotiviert erschließen sich die Auszubildenden unterschiedlichen Alters mit unterschiedlichen Biographien theoretische und praktische Inhalte des attraktiven Arbeitsfeldes mit sozialpflegerischem Profil.

Macht sich aber nicht doch Image- und Statusverlust des Berufes bundesweit bemerkbar?

Damit diese Berufsausbildung nicht zum Spielball wird, müssen weitere Grundsatzfragen geklärt werden. Wenn sich die Fachwelt einig ist, den Altenpfleger mit sozialpflegerischem Profil als selbständige Berufsgruppe für die anstehenden Aufgaben bei der Bewältigung der ansteigenden älteren Bevölkerungsgruppen zu erhalten, dann sollten es diese Vertreter auch klar und deutlich artikulieren und vernünftig vertreten.

Für uns ist eine fachliche Weichenstellung bei der Zuordnung zu sozialen Berufen eine Voraussetzung für die berufliche und schulpolitische Einordnung. Altenpflege befände sich damit im System der beruflichen Ausbildung mit Familienpflegern, Heilerziehungspflegern, Erziehern.

Eine Zuordnung zum Gesundheitswesen und damit zur Krankenpflege hat mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Folge, daß das sozialpflegerische Profil des Altenpflegers auf der Strecke bleibt, es wird im Pflegeberuf „aufgehen“, und die Altenpflege wird „eingehen“. Diese Berufsausbildung wird sich selbst iWegrationalisieren¹.

Das hat doch der verhältnismäßig junge Beruf mit dem ihm eigenen Profil nicht verdient. Außerdem kann es wohl kaum angehen, daß bei der uns allen bekannten demographischen Entwicklung ein dringend gebrauchter Beruf mit seiner ganzheitlich sozialpflegerischen Kompetenz und als marktorientierter Dienstleister abgeschafft wird. Ist das Profil aber bestimmt und gesellschafts- sowie bildungspolitisch so gewollt, dann muß die Berufsidentifikation mit Schlüsselqualifikationen offengelegt werden. Dabei kann ein positiver Selbstbezug nicht über Abgrenzung des Berufsbildes, sondern nur über Kooperation mit anderen Berufsgruppen zum Erfolg führen. Gegenwärtig fehlt offensichtlich diese Voraussetzung und führt z. B. zwischen der Krankenschwester, die bei uns vor 1990 vorrangig in der Altenpflegearbeit tätig war, und der Altenpflegerin in der Praxis zu Problemen in Form der Auf- und Abwertung.

Bildlich gesprochen: Die Altenpflegerin (die Altenpflege) wird in die Arme der großen, übermächtigen, respektheischenden Krankenschwester (der Krankenpflege) genommen, hat zu wenig Kraft, um sich zu befreien und aus ihrem Schatten herauszutreten und dient ihr als Hilfs- oder Ersatzpflegekraft. Wenn allen, die an der Lösung des grundlegenden Problems beteiligt sind, klar ist, daß Altenpflege eben ein anderes Berufsprofil als das der Krankenpflege hat, und daß Altenpflege mehr als Grund- und Behandlungspflege ist, daß sie intensive pflegerische, präventive und rehabilitative Handlungskompetenzen erfordert und damit die Schlüsselqualifikationen konsequent vom sozialpflegerischen Handlungsansatz in der Altenpflege und gegenüber zur Krankenpflege vom medizinisch pflegerischen aus benennt, dann wäre ein wichtiger Schritt getan.

Gleich ob die Altenpflegeausbildung bei Entscheidungsfindungen dem Sozial- oder dem Gesundheitswesen zugeordnet wird, der sozialpflegerische Aspekt der Berufsbildung darf auf keinen Fall aufgegeben werden. Die bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung - ein dringend notwendiger Schritt - mußte im Vorfeld der Gesetzgebung dafür die Weichen klar gestellt haben.

Wenn wir alle nicht starr an Gewohnheiten, Denk- und Verhaltensweisen festhalten, sondern Sachargumente für die beste Gestaltung des Berufsbildes Altenpflege sprechen lassen, dann braucht uns in der sicherlich nicht einfachen Diskussion der Berufsidentifikation im System der Berufsbildung, braucht uns um die Ausbildung und den Berufsverbleib von Altenpflegern nicht bange zu sein. Vor allem

ist dann die Zukunftsaufgabe ersten Ranges - die qualitätsgerechte ganzheitliche Pflege und Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen Betagten - gesichert.

Ausbildung in der Altenpflege - offene Fragen

Ist die Alterszusammensetzung im Unterrichtsablauf ein Problem?

Meine Antwort Die Altersdifferenz der Schuler ist im Schulalltag kein Problem-weder bei der Wissensvermittlung noch im Hinblick auf den Klassenverband Das Vorurteil altere Menschen lernten nicht mehr so effektiv kann ich nicht bestätigen Ich muß allerdings hinzufügen, daß wir an unserer Ausbildungsstätte zu Beginn der Ausbildung eine Unterrichtseinheit ‚Das Lernen lernen‘ in den Einführungsblock integrieren - die auch für viele junge Teilnehmer durch negative schulische Erfahrungen wichtig ist Für die Vermittlung der Sozialkompetenz, so zeigt die Erfahrung, ist eine altersgemischte Lerngruppe von Vorteil, z B in Hinblick auf die generationsübergreifende Verständigung, Rollenhandeln im Team-wenn die Pädagogen gelernt haben, die Gruppe als Lernfeld zu nutzen Haben die Lehrenden diese Unterrichtskompetenz nicht, kann ich mir vorstellen, daß die Gefahr der Ausgrenzung und Cliquenbildung gegeben ist

In unserer Arbeit stellt allerdings die Verständigung zwischen den Angehörigen unterschiedlicher Kulturen eine wesentlich höhere Anforderung an die Lehrenden als die Altersdifferenz in den Gruppen

Ist der Unterricht nach erwachsenenpädagogischen Kriterien konzipiert oder eher „einfach“ verschult?

Natürlich ist der Unterricht immer noch deutlich verschult und deutlich verschulter als er durch die Rahmenbedingungen der Ausbildung, wie z B Zensurengebung, Prüfungsordnung, abgegrenztem Facherkanon Rahmencurriculum, sein mußte Ganzheitliche personenzentrierte Bildungsansätze aus der Gestaltpädagogik, der kommunikativen Didaktik oder der Erlebnis- und handlungsonorientierte Didaktik sind einfach die Ausnahmen - und dabei gleichzeitig so dringend erforderlich im Hinblick auf die Lernziele in der Altenpflegeausbildung

Wir haben bei uns sowohl Diplompädagogen mit vorheriger Pflegeausbildung als auch weitergebildete Pflegelehrer im Fachseminar für Altenpflege beschäftigt Beide Professionen sind - ohne zusätzliche Nachqualifizierung - nicht ausreichend befähigt, Ansätze aus der humanistischen Pädagogik umzusetzen Eine Fülle von Faktoren sind dafür verantwortlich, hier ist nicht der Ort und die Zeit, die Gründe darzulegen Von nebenberuflichen Dozenten kann die erwachsenenpädagogische Gestaltung des Unterrichts - häufig

auch durch mangelnde pädagogische Qualifikation - überhaupt nicht erwartet werden

Ist Altenpflege eher ein „Wunschberuf“ oder ergibt sich die Berufswahl aus der Arbeitsmarktsituation?

Den Wunschberuf gibt es nur für wenige Menschen. Das ist jeden falls meine Erfahrung in vielen Jahren Bildungsarbeit im sozialen und pflegenschen Sektor.

In der Regel entscheiden eine Fülle von Faktoren die Berufswahl

- Hinweise von Bekannten und Verwandten
- Ausbildungsvergütung - ja oder nein
- Arbeitsmarktchancen
- Vorstellungen über die Möglichkeit, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren
- Vorstellungen von der späteren beruflichen Tätigkeit usw.

Zweifelsohne aber gibt es in der Altenpflegeausbildung besonders viele Menschen, die den Notwendigkeiten des Arbeitsmarktes folgen, die also in ihrem bisherigen Beruf keine Chance mehr sehen oder haben. Diese Ausgangslage schafft zu Beginn der Ausbildung so unterschiedliche Motivationsstandards, daß diese nicht so einfach zu generalisieren sind. Etwa hohe Motivation, um endlich einen aussichtsreichen Beruf zu lernen, oder ganz niedrige, wegen einer Geschichte der Erfolglosigkeit im Arbeitsleben.

Für die dauerhafte Lernmotivation ist aber dann entscheidend, ob es gelingt, ein anregendes Lernklima zu schaffen und ob während der Ausbildungszeit eine hohe Identifikation mit dem Berufsziel Altenpflege ermöglicht wird.

Die cantative Begtundung des Berufswunsches zu Beginn der Ausbildung (Jeh will anderen helfen) erleichtert zwar zuerst einmal die Identifikation mit der Berufswahl in der Altenpflege, ist als tragende langfristige Berufsmotivation aber auch nicht geeignet. Wir wissen, daß die Helfermotivation für eine dauerhafte konstruktive Arbeit in der Pflege nicht ausreicht. Das Helfermotiv verdeckt oft die eigene Hilfsbedürftigkeit, führt nicht selten zu Macht- und GrenzÜberschreitungen, zum Ausbrennen. Hohe Verantwortlichkeit hat oft ihre Wurzeln in frühkindlicher Überforderung.

Nur wenn es während der Ausbildung gelingt, den Schülern die Möglichkeit zu geben, ein eigenes Selbstpflegekonzept zu erarbeiten, ihre Grenzen und Möglichkeiten gewahrt zu werden, ein eigenes „Frühwarnsystem“ zur emotionalen und physischen Abgrenzung zu entwickeln, versinken die Betroffenen in ihrer späteren Berufstätigkeit nicht im Sumpf der Überforderung.

Höhere Schulabschlüsse = erleichterter Unterricht und mehr (Aus-)Bildung?

Höhere Bildungsabschlüsse garantieren einen leichteren und schnelleren Zugang zu Theone und ein höheres Reflexionspotential.

Für den Unterricht heißt das auch, daß theoietisches Fachwissen schneller gelernt, Themen und Fragestellungen tiefer durchdrungen und auf höherem, differenzierteren Niveau behandelt werden können.

Die Beziehungs- und Kontaktfähigkeit, die Sozialkompetenz, die Wahrnehmungsfähigkeit stehen jedoch nach meinen Erfahrungen nicht in direktem positiven Zusammenhang mit den Bildungsabschlüssen, das gilt auch für die instrumentellen Fertigkeiten die in der Pflege nicht unbedeutend sind. Das heißt, bei allen emotionalen, sozialen und instrumentellen Lernzielen garantieren höhere Bildungsabschlüsse keine höhere Effektivität.

Zweijährige Ausbildung - zu kurz oder angemessen?

Es fällt mir schwer, kurz und sachlich auf diese Frage zu antworten. Für mich steht außer Frage, daß die Ausbildung zur Pflegefachkraft in der Altenpflege eine dreijährige sein muß. Es sei denn,

- pflegensches Handeln soll auf handwerkliche Pflege reduziert oder
- die Altenpflege soll zum besseren Helferberuf degradiert werden

Das kann doch nicht das Ziel sein.

Aus der Fülle von Begründungszusammenhängen mochte ich hier nur einige wenige herausgreifen:

- Die Anforderungen an das qualifizierte Fachpersonal in der Praxis steigen, weil viele ungelernte Helferinnen und Ehrenamtliche aus Finanznot in den Arbeitsprozeß integriert werden. Sie müssen von den Fachkräften angeleitet und kontrolliert werden.
- Die Anforderungen steigen, weil die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen und der gerontopsychiatrischen Bewohnerin der stationären Altenpflege zunimmt.
- In der ambulanten Pflege sind Anforderungen und Verantwortung besonders hoch, weil die Fachkraft allein die Gesamtverantwortung trägt - auch in Grenz- und Unsensituationen.
- Wir erwarten von unseren Pflegefachkräften theoretisch geleitetes Handeln, und erwarten, daß sie nicht nur sachgerecht, sondern auch „fallgerecht und fallverstehend“ handeln.
- Wir wissen, daß die Altenpflegepraxis in der Krise ist, daß wir die gut ausgebildeten, examinierten Pflegenden dringend zur (Umgestaltung der Pflegepraxis) benötigen.
- Und wir wissen auch, daß die Berufsangehörigen immer noch nicht genügend darauf vorbereitet und dafür qualifiziert sind, die ständige emotionale Belastung durch das Erleben von menschlichem Leid zu ertragen und auszuhalten.

Angesichts dieser Situation bin ich fest davon überzeugt - auch vor dem Hintergrund der EU-Perspektiven -, daß wir alle Pflegefachkräfte (mindestens) dreijährig ausbilden sollten. Dabei müssen aus meiner Sicht die Praktika in die Ausbildung integriert werden, um eine möglichst hohe Theorie-Praxis-Verzahnung möglich zu machen.

Auch die zweijährige sächsische Variante vermag mich zunächst - gemessen an den Ausbildungsrichtlinien - nicht zu überzeugen. Es fehlen notwendige Fächer in der Altenpflegeausbildung, wie Methodik und Technik des Lernens, Lebensgestaltung im Alter, Gerontopsychiatrie, Arbeitsbelastung und Methoden zur Bewältigung, Arbeitsorganisation, Gesprächsführung ist mit nur 40 Stunden im Stoffverteilungsplan veranschlagt.

Welche Auswirkungen haben die unterschiedlichen Berufserfahrungen vor Beginn der Ausbildung auf den Ausbildungsprozeß?

Hier müssen wir mit einer Antwort vorsichtig sein, um keine Klischees zu produzieren. Zunächst einmal aber gilt, daß es für den Schulbetrieb und für die Lehrenden einfacher ist, mit Berufserfahrenen zu arbeiten, denn sie kennen die Regeln der Arbeitswelt. Bei aller Vorsicht scheinen sich folgende Trends abzuzeichnen:

- Bei Frauen mit gewerblich-technischem Hintergrund gelingt meistens die Umstellung auf die Altenpflege.
- Bei Männern mit Hochschulabschluß (das ist unsere Erfahrung) gelingt die Integration in die Arbeitswelt der Altenpflege kaum. Am schwersten fällt es ihnen, Kontakt und Beziehung mit den Klienten zu pflegen und auch die Mitarbeiterinnen im Team als gleichberechtigt anzusehen.

Ganz anders gelagert, aber besonders schwierig sind die Probleme derer, die in Industrie oder Handwerksberufen ihre cantative, fürsorgliche Seite nicht leben konnten und dafür jetzt in der Altenpflege ein Betätigungsfeld suchen. Sie sind in der Regel von der Praxis und ihren begrenzten Möglichkeiten derart desillusioniert, daß sie scheitern, d. h. die Ausbildung abbrechen - oder allenfalls kurz danach den Beruf verlassen.

Sind der erwogene Ausbildungsabbruch und die geringe gesellschaftliche Anerkennung während der Ausbildung unter den Schülern ein Thema?

Ja, der erwogene Ausbildungsabbruch ist in der Ausbildung ein Thema. Nicht laut und öffentlich geführt, aber unter den Schülern eher informell benannt. Tatsächlich brechen allerdings nur einige ganz wenige die Ausbildung ab.

Ich höre von diesem Thema nur in folgendem Zusammenhang: Schüler stellen nach einiger Zeit fest, daß sie die Belastungen, die mit dem Beruf verbunden sind, unterschätzt haben. Daß sie die ständige Konfrontation mit Altern, Hinfälligkeit, Gebrechlichkeit, Isolation, Verwirrtheit, Schmerz, Tod und Leid nicht ertragen - und deshalb über den Ausstieg nachdenken. Verschärft wird die Situation jetzt noch durch den Personalmangel und die Zeitnot in der Praxis! Offenbar gelingt es uns nicht, hier genügend Hilfestellungen und Unterstützung anzubieten - die Frage ist ja auch, ob das überhaupt gelingen kann. Diese Ausweglosigkeit ist - neben vielen anderen Faktoren - für mich auch ein Grund, die integrative Pflegeausbildung zu fordern und damit den Absolventen ein wesentlich breiteres Spektrum an Berufsmöglichkeiten zu eröffnen.

Die geringe gesellschaftliche Anerkennung der Altenpflege wird im Unterricht behandelt und von Schülern vor allen Dingen in Konkurrenz zur Kranken- und Kinderkrankenpflege thematisiert. Dieses Thema verschärft sich durch die Situation auf dem Arbeitsmarkt. Die AltenpflegeschülerInnen machen die Erfahrung, daß Krankenschwestern/ pfleger in der stationären Altenpflege eingestellt und daß diese in der ambulanten Pflege bevorzugt werden.

Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben?

Abschließende Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung in der
Altenpflege in den alten Bundesländern (1992-1997)

Die Betreuung und Pflege alter Menschen entwickelt sich zu einem immer bedeutenderen Arbeitsfeld im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Vor allem der Beruf Altenpflege ist davon betroffen, daß ein hoher gesellschaftlicher Bedarf an Pflege, Betreuung, Beratung und Forderung besteht, während zugleich der Mangel an fachlich hinreichend qualifiziertem Personal immer deutlicher zutage tritt. Dieser Widerspruch wird zusätzlich dadurch verschärft, daß ein großer Teil des ausgebildeten Fachpersonals dem Beruf offenbar schon nach kurzer Zeit den Rücken kehrt.

Weder der Prozeß des Ausstiegs noch die Begründungen für die Berufsfucht aus der Altenpflege sind bislang empirisch erforscht worden. Um so bedeutsamer sind die Ergebnisse dieser Langsschnittuntersuchung, die mittlerweile zwischen 1992 und 1997 Ausbildungsabschluß, Berufseinmündung und Berufsverbleib eines Ausbildungsjahrgangs in der Altenpflege untersucht hat. Ausbildungsqualität, Professionalität beruflicher Bildung und die Dauer des Berufsverbleibs müssen danach in unmittelbarem Zusammenhang gesehen werden. Eine in ihrem Ausmaß alarmierende Berufsfucht quittiert die aus der Balance geratene Verbindung zwischen beruflicher Bildung und Arbeitswirklichkeit.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat zwischen 1992 und 1997 eine bis heute für Pflegeberufe einmalige Untersuchung über Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegern in den ersten (fünf) Berufsjahren durchgeführt. Das in diesem Jahr abgeschlossene Forschungsprojekt ergänzt Untersuchungen über den Erwerb beruflicher Qualifikationen und ihre Verwertungsbedingungen in gewerblich-technischen und kaufmannischen Berufsfeldern¹ um den Bereich der Altenpflege, einem beschäftigungsintensiven Segment des Berufsfeldes „Pflege“ und des humanen Dienstleistungssektors insgesamt.

Bei der Untersuchung, deren Ergebnisse seit Mitte 1997 in zwei umfangreichen Veröffentlichungen vorliegen² und im nachfolgenden in wichtigen Ausschnitten vorgestellt werden, handelt es sich um eine sog. „Langsschnitt-“ oder Verlaufsuntersuchung, in die der gesamte Absolventenjahrgang der Altenpflegeausbildung aus dem Jahr 1992 in den alten Bundesländern einbezogen wurde - insgesamt mehr als 6 700 Absolventen aus über 300 Altenpflegeschulen³. Die Untersuchung umfaßte zwei große Erhebungsblocke. Die erste Erhebungsphase konzentrierte sich auf die Aspekte Berufswahl, Ausbildungsmotivation, Übergang von der Ausbildung in den Beruf sowie erste Erfahrungen in der Berufspraxis. Sie beruht auf mehreren (schriftlichen und mündlichen) Befragungsdurchgängen, die

¹ Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hat hierzu seit 1984 in verschiedenen insgesamt 10 Jahre umfassenden Langsschnittuntersuchungen den beruflichen Werdegang von Absolventen des dualen Systems empirisch untersucht. Vgl. hierzu u. a. KAU W.: Kosten und Nutzen der beruflichen Qualifizierung auf der mikroökonomischen Ebene. In: Report on Vocational Training Research and Development in Europe, Thessaloniki 1997.

² BECKER W., MEIFORT B.: Altenpflege. Eine Arbeit wie jede andere. Ein Beruf fürs Leben. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 200 (Reihe Qualifikationsforschung im Gesundheitswesen). Bielefeld 1997 sowie DIES: Altenpflege-Abschied vom Lebensberuf. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 227. Bielefeld 1998.

³ Seit Januar 1996 wird die Untersuchung für einen vollständigen Absolventenjahrgang aus den neuen Bundesländern wiederholt.

jeweils zum Ende der schulischen Altenpflegeausbildung im Laufe des Jahres 1992 sowie ein Jahr später, zum Ende des ersten Berufsjahres in der Altenpflege (1993/Anfang 1994) durchgeführt wurden

Der zweite Teil der Untersuchung wurde seit Ende 1995 bis Ende 1997 - im vierten und fünften Berufsjahr der Absolventen von 1992 durchgeführt. Dieser Teil der Erhebung konzentrierte sich im wesentlichen auf eine kritische Bestandsaufnahme der von den Altenpflegern zwischenzeitlich gesammelten Berufserfahrungen sowie ihre weiteren beruflichen Pläne und Perspektiven

Anlaß der Untersuchung waren die vielfältigen Spekulationen über Ausmaß und Gründe des - so die Hypothese - überproportional häufigen und frühen Berufsausstiegs von Altenpflegekräften in den ersten fünf Berufsjahren. Weil für diese Annahme empirische Belege fehlten, sollten angesichts des sich Anfang der 90er Jahre abzeichnenden Pflegenotstands und des weiter zunehmenden Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften der tatsächliche Berufsausstieg und die maßgeblichen Gründe für die Berufsflucht untersucht werden, um Ansatzpunkte zur Attraktivitätssteigerung des Berufs Altenpflege und zur Verlängerung des Berufsverbleibs zu erhalten. Im Gegensatz zu den verbreitet geäußerten Vermutungen, der Ausstieg aus dem Beruf Altenpflege sei hauptsächlich in zu geringer Bezahlung und schlechten Arbeitsbedingungen zu suchen und sei zusätzlich aufgrund des hohen Frauenanteils (durchschnittlich mehr als 85% Frauen) vor allem „familienbedingt“, stellte die Untersuchung des BIBB eine andere Frage in den Mittelpunkt - nämlich ob es nicht eher qualifikationsche Gründe seien, die den Ausstieg begründen. Vor diesem Hintergrund stand im ersten Teil der Studie die Auseinandersetzung mit der gerade zurückliegenden Ausbildung im Zentrum der Fragestellungen

1 Warum eigentlich Altenpflege...?

Bei der Frage nach den wichtigsten Motiven für eine Ausbildung in der Altenpflege dominieren zwei Antwortkategorien: „Mit Menschen arbeiten“ und „Hilflosen (Menschen) helfen“. Für Gesundheits- und Sozialberufe keine ungewöhnliche Begründung der Berufswahlentscheidung. Allerdings - und dies ist die erste einer ganzen Reihe von „professionellen Problemlagen“ in der Altenpflege - unterscheidet sie sich grundsätzlich von den Berufswahlmotiven der Auszubildenden im dualen System.

Während hier die rationale Auseinandersetzung mit Gegenständen und Inhalten der Ausbildung, mit berufstypischen Arbeitsweisen und -verfahren dominiert, scheint sich der Beruf Altenpflege einer solchen rationalen Prüfung zu entziehen. Dieses offenbar „unklare“ oder „ungenau“ öffentliche Bild des Berufs hat seine Gründe, die bislang leider nur zu selten bei Diskussionen über die Reform von Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege zur Kenntnis genommen worden sind. Altenpflege verfügt weder über ein einheitliches Ausbildungsberufsbild noch über ein einheitliches fachliches Profil. Bei sechzehn verschiedenen Ausbildungsregelungen in sechzehn Bundesländern ist dies nicht einmal erstaunlich. Entscheidend aber ist an dieser Situation.

Es gibt offenbar weder einen bildungspolitischen noch einen sozialen Konsens über Altenpflege als Beruf.

Zweiter Problemschwerpunkt Mit seiner überwiegenden Orientierung an den Paradigmen ALTER und KRANKHEIT kann der Beruf Altenpflege kein eigenständiges fachliches Orientierungsangebot vorlegen -jedenfalls kein Orientierungsangebot, das seine professionelle Position im Verhältnis zu anderen, überwiegend krankheitsorientierten Fachberufen untermauern konnte Insofern erscheint der mehrheitliche Rückzug der künftigen Altenpfleger bei der Berufswahlentscheidung auf die oben beschriebenen „Beziehungsmetaphern“ geradezu zwangsläufig und notgedrungen

Drittens schließlich Die berufliche Qualifikation „Altenpflege“ verfügt genau betrachtet, weder über eine disziplinäre noch über eine theoretische „Heimat“ Die Medizin, die weite Bereiche der Gesundheits- und Krankheitslehre während der Ausbildung „besetzt“ halt, verfügt selbst weder über ein eigenständiges noch über ein für die Altenpflege nutzbares Theorieangebot Die Geriatrie, die wenigstens zu geringen Teilen in den Ausbildungen zur Sprache kommt, erweist sich aufgrund ihrer geringen Repräsentanz an den Universitäten kaum als disziplinäre Orientierungsalternative, ihre Funktion als Leitdisziplin für die Altenpflege wäre auch aufgrund ihres (eher) medizinischen Blickwinkels skeptisch zu beurteilen Und die Gerontologie⁷ Sie hat sich zwar seit ihren Anfängen Ende der 60er Jahre durchgesetzt, ist aber eine Disziplin, die ihre beruflich nutzbaren Ergebnisse nur sehr zurückhaltend vorlegt

Aus diesem Szenario ergibt sich geradezu zwangsläufig, daß sich die Motivation für den Beruf in fachliche Leere richtet Das wäre, mit Blick auf die noch bevorstehende Ausbildung, nicht schlimm, wenn die Ausbildung in der Lage wäre, die offensichtlichen Unsicherheiten und Orientierungsdefizite durch professionelle und praxis wirksame Identifikationsangebote zu korrigieren Dies ist allerdings, wie die Ergebnisse der BIBB Untersuchung unterstreichen nicht der Fall Auch nach der Ausbildung richtet sich die Motivation der Altenpfleger für ihren Beruf mehrheitlich nicht auf die objektiv relevanten Aspekte, sondern auf die für sie subjektiv bedeutsamen Anteile der Tätigkeiten in der Altenpflege Diese massive Fehlsteuerung, die Altenpflege im Zentrum auf Gefühlsarbeit reduziert, muß als Problem der wahrhaft nicht geringen Berufsprobleme und Ausbildungsdefizite in der Altenpflege betrachtet werden Sie nämlich führt in einer sich im weiteren Berufsverlauf immer starker beschleunigenden Kreiselbewegung über Kommunikationsstörungen im Team und individuelle berufliche Isolation unmittelbar zum beruflichen Ausstieg!

Dies sind allerdings „nur“ die individuellen Folgen - objektiv, auf der Seite des Berufs und seiner Rolle im Konzert der übrigen Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe, ergeben sich vor allem aus der fachlichen „Heimatlosigkeit“ der Altenpflege vergleichbar kritische Prozesse Berufsspezifisches Wissen wird in den Altenpflegeausbildungen überwiegend in den Fachern Gesundheits- und Krankheitslehre und Pflege alter Menschen¹ vermittelt-traditionell medizin-oder (krankenhaus-)krankenpflegeorientierten Fachern und Themenbereichen Die Folge Aus Altenpflege wird im Verlauf der Ausbildung langsam eine „kleine Krankenpflege“ Damit aber verliert der Beruf im System des Gesundheits und Sozialwesens nicht nur seine eindeutige Legitimation Sondern auch seine Funktion am Arbeitsmarkt Er wird durch andere, meist geringer qualifizierte, billigere Qualifikationen „marginalisiert“

1 Während Gesundheits und Krankheitslehre als Unterrichtsfach oder Ausbildungsthema in allen vorhandenen Lehr- oder Rahmenlehrplänen der Bundesländer repräsentiert ist sind deklaratorisch Altenpflegespezifische Unterrichtsthemen wie die hier zitierte Pflege alter Menschen nicht überall ausgewiesen Aber auch dort wo sie zum Thema der Ausbildung gemacht werden (sollen) stehen sie - soweit überhaupt lesbar - häufig unter dem Dominat der (Krankenhaus-)Krankenpflege

2 Ausbildung in der Kritik: Genug Wissen für die berufliche Zukunft - genügend Kompetenz für die berufliche Praxis?

Auch wenn die Kritik der Absolventen an ihrer Ausbildung unüberhörbar ist - am Ende der Ausbildung und am Anfang der Berufsarbeit in der Altenpflege steht nicht nur Kritik. Im Gegenteil: Der Beginn der Berufsarbeit in der Altenpflege stützt sich auf ein breites Fundament an grundsätzlicher Zustimmung mit der Ausbildung, 65% der Befragten sind grundsätzlich mit der zurückliegenden Ausbildung zufrieden. Allerdings - und dies kann nicht nur als ein interpretatorisches Problem empirischer Untersuchungen verbucht werden - wird die Zustimmung zur Ausbildung mindestens ebenso diffus geäußert wie die Entscheidungsbegründung für den Ausbildungsberuf (beispielhaft: „Die Dozenten waren wirklich gut, ich hatte eine gute Ausbildung“) und erweist nur in Ausnahmefällen als nachvollziehbar.

Ganz anders die verbleibenden 35% kritischer Resonanz zur Ausbildung, diese Antworten mit ihrer nicht nur ausgeprägten, sondern sehr konkret differenzierenden und prägnant formulierten Kritik stellen ein quantitativ erhebliches „kritisches Fundament“ des befragten Absolventenjahrgangs dar. Es beschreibt über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg (bis 1997) in fast gleich bleibendem Umfang das „Ausstiegspotential“ in der Altenpflege. Mit anderen Worten: Es steigen zwar nicht jährlich 35% der Berufsangehörigen aus der Altenpflege aus, aber etwa in gleichem Umfang werden jährlich durch Arbeitsplatzwechsel, auf Umstieg zielende Weiterbildungen und fortdauernde Ausstiegsplanungen an den Rand des Berufs verwirbelt.

In den Rückmeldungen der befragten Altenpfleger dominiert im ersten Berufsjahr die Auseinandersetzung mit dem Beruf sowie den Leistungen und der Qualität der Ausbildung. Es sind vor allem drei Kritikpunkte, die im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit der Ausbildung mit Blick auf die ersten Praxiserfahrungen stehen:

2.1 Altenpflege - wichtige Schlüsselqualifikationen vernachlässigt

Das ungenaue, unklare fachliche Profil der Altenpflege, das fehlende eigenständige fachliche Orientierungsangebot wird an den Ausbildungsdefiziten, die von den befragten Altenpflegern kritisch hervorgehoben wurden, deutlich. Von allen Absolventen der Altenpflegeausbildung, gleich nach welcher Ausbildungsvorschrift in welchem Bundesland ausgebildet, wurde einhellig kritisiert, daß die für die altenpflegensche Berufsarbeit wichtigsten Qualifikationsinhalte nicht ausreichend vermittelt wurden. Insbesondere die Ausbildungsthemen Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Prävention und Rehabilitation sowie Arzneimittellehre - Schlüsselqualifikationen für die Entwicklung professioneller beruflicher Kompetenzen - sind danach bei weitem zu kurz gekommen.

2.2 Altenpflege - was weiß die Schule vom Beruf?

Neben der im Urteil der Ausbildungsabsolventen defizitären Vermittlung zentraler Qualifikationsanteile für eine moderne, anforderungs-

gerechte Altenpflege ergeben sich aus unserer Studie drei weitere Schwerpunkte in der kritischen Auseinandersetzung der Befragten mit der schulischen Ausbildung

- Die Vorbereitung auf die Praktikumseinsätze während der Ausbildung ist ebenso unzureichend wie die Vorbereitung auf die Arbeitsanforderungen im Beruf. Dabei stehen die bereits seit langem bekannten, aber nie ernsthaft korrigierten Probleme der „Ausbildungsschule“ im Vordergrund, vor allem Praxis, die berufliche Realität „am Bett“ muß „simuliert“ gespielt werden. Dabei liegen Übungszeitpunkt und Praxiseinsatz zeitlich häufig weit (manchmal über Monate) auseinander.
- Die Niveaus schulischer Übung und praktischer Erprobung sind meist extrem unterschiedlich. Die für berufliche Bildung zentralen Faktoren Zeit, Handlungsumgebung und Qualifikation der Anleitenden fallen zwischen Schule und Berufspraxis zum deutlichen Nachteil der schulischen Ausbildung auseinander. Die Vermittlung zwischen theoretischen Wissensinhalten und praktischen Arbeitserfahrungen wird - insbesondere im Hinblick auf die Organisation des Unterrichts - als mangelhaft beurteilt. Die überwiegend auf Honorarbasis arbeitenden Dozenten für den facherzienterten Unterricht mögen zwar „ihr“ Fach beherrschen, von der Altenpflegepraxis wie sie von den Lernenden erfahren wurde, wissen sie jedoch vielfach zu wenig. Was die Inhalte, die die Dozenten vermitteln, tatsächlich für die altenpflegensche Berufsarbeit bedeutet, bleibt vielfach ungeklärt, so daß der Transfer der vermittelten Fachkenntnisse in die praktische Arbeit den Auszubildenden zu häufig selbst überlassen bleibt. Hier bahnt sich ein Prozeß der Privatisierung¹ des Berufs¹ an, der grundsätzlich als Anbahnung beruflicher Überlasterungserfahrungen und - an deren Ende - des beruflichen Ausstiegs gesehen werden muß.
- Der dritte gravierende Kritikpunkt an der schulischen Ausbildung betrifft die Qualifikation der Lehrkräfte und deren Verfügbarkeit für Lern- und Ausbildungsberatung. Während sich die Bundesländer im Rahmen einer KMK Vereinbarung auf Mindeststandards bei der BerufsschullehrerInnenqualifikation geeinigt haben,² sind für die Altenpflege diese Standards nur für Altenpflegeschulen in staatlicher Trägerschaft verbindlich. Ausbildungsplätze zur Altenpflege befinden sich jedoch zumindest zu 80% in der Trägerschaft der freien - in der Regel konfessionellen Wohlfahrtspflege oder in privater Trägerschaft. Diese Lehranstalten beschäftigen überwiegend keine BerufsschullehrerInnen sondern in irgendeiner Form praxiserfahrenes oder zu sog. „Unterrichtskräften“ weitergebildetes Pflegepersonal - in der Regel Krankenpflegekräfte. Aufgrund des hohen Anteils von Lehrpersonal, das auf Honorarbasis nach erteilten Unterrichtsstunden beschäftigt ist, stehen die Dozenten häufig auch nur während der im Stundenplan ausgewiesenen Unterrichtsstunden zur Verfügung - ein maßgeblicher Qualitätsmangel im Ausbildungsablauf.

1 Zum Begriff und zum Prozeß der Privatisierung vgl. BECKER W. MEIFORT B. Pflegen als Beruf - ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berichte zur beruflichen Bildung Band 169 Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung Berlin/Bonn 1996(3. Auflage)

2 Berufsschullehrer müssen ein achtsemestriges universitäres Fachstudium aus einer festgelegten Leitdisziplin sowie in einem zweiten mindestens affinen Fach absolvieren. Parallel dazu ist ein erziehungswissenschaftliches Studium zu absolvieren sowie - im Anschluß an das Universitätsstudium - eine zweijährige Praxisphase im Schuldienst (Referendariat).

2.3 Altenpflege - wofür qualifiziert die praktische Ausbildung?

82% der Befragten kritisieren die mangelhafte Qualität der praktischen Ausbildung. Dabei konzentriert sich die Kritik der Auszubildenden im wesentlichen auf die Feststellung, daß die Praktikums-

einsätze wenig mit Ausbildung zu tun haben, sondern beinahe ausschließlich als (Mit-)Arbeit organisiert sind

- Die Praktikumseinsätze sind überwiegend weder in zeitlicher noch in sachlicher Hinsicht systematisch geplant und fachlich angemessen (an)geleitet. Aus berufspädagogischer Hinsicht bedenklich sind hierbei insbesondere die didaktische Inkongruenz von schulischem und praktischem Lernen (wenn überhaupt von einer Didaktik beruflichen Lernens in der Altenpflege ausgegangen werden kann) und die keinesfalls geklarte berufspädagogische Qualifikation/Eignung des in Einrichtungen der Altenhilfe eingesetzten „Anleitungspersonals“
- Die Praktika finden in Einrichtungen oder Betrieben statt, die häufig allenfalls (unverbindliche) Absprachen mit den entsendenden Schulen über die zu vermittelnden Inhalte und Gegenstände der Ausbildung treffen. So ist die Kritik der befragten Altenpfleger verständlich, daß sie in der praktischen Ausbildung selten passende Antworten auf Fragen erhalten, die sich auf schulischen Lernstoff beziehen

3 Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben?

Der zweite Schwerpunkt der Langsschnittuntersuchung betraf - über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg - die Arbeitszusammenhänge in der Altenpflege, insbesondere die Verwertungsbedingungen der in der Ausbildung erworbenen beruflichen Qualifikationen. Die Arbeitsbedingungen finden - anders als noch die Wertung der Qualität der Ausbildung - von Beginn an die Kritik der Mehrheit der im Untersuchungsablauf Befragten. Anders ausgedrückt: Kritik an der beruflichen Praxis in der Altenpflege wird nicht in Kreisen einer „relativen Minderheit“ geäußert, sondern muß als quantitativ bedeutsames „kritisches Fundament“ im Beruf sehr ernst genommen werden. Dies ist um so wichtiger, als sich die Kritik an den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege im Verlauf der Untersuchung zunehmend verschärft, spätestens seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes in einem Ausmaß, daß der Ausstieg aus dem Beruf nur noch als konsequente Schlußfolgerung aus diesen Bedingungen gelesen werden kann.

Anders als erwartet, orientiert sich die Kritik an den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege überwiegend nicht am Spektrum populärer Klagen wie der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung des Berufs, den hohen körperlichen Anforderungen oder der zu geringen Bezahlung der Berufsarbeit. Vielmehr zielt sie im Zentrum auf fehlende Kooperation im Team, die Verteidigung traditioneller Arbeitsweisen unter den Kollegen und von selten des mittleren Managements, die Enttäuschung darüber, keine menschenwürdige Altenpflege durchführen zu können, den beinahe jeden Ansatz qualifizierter Pflege blockierenden hohen Anteil an unqualifiziertem Personal sowie die zunehmend verschärften ökonomischen und legislativen Einschränkungen qualifizierter (Pflege-)arbeit.

Eine Spitzenposition bei der Kritik an den Arbeitsbedingungen nehmen in diesem Zusammenhang die Qualifikationsvorbehalte gegenüber dem mittleren Management ein. Die Kritik richtet sich dabei vor allem gegen fachliche Inflexibilität und gedankenlosen Traditionismus, der selbst solche Selbstverständlichkeiten wie Bezugspersonen oder Zimmerpflege oft genug verhindert und

alltagsgestaltende Ansätze unmöglich macht sowie schließlich den im Laufe der Jahre zunehmend restriktiven Umgang mit Weiterbildungsbedürfnissen und -bedarfen (aus Personalnot)

Neben der Kritik an der mangelnden Qualifikation des mittleren Managements in der Altenhilfe tritt der Mangel an Zeit für eine menschenwürdige Altenpflege entsprechend den geltenden fachlichen (Mindest)Standards spätestens ab 1995 in den Vordergrund. Hierzu werden eine Reihe von Faktoren zur Begründung angeführt:

- Die Zahl der im Durchschnitt von jeder (Alten-)Pflegekraft je Schicht zu betreuenden Personen hat sich zwischen 1993 und 1997 um mehr als ein Drittel erhöht. Waren 1993 durchschnittlich noch 12 Personen von den Befragten in einer Schicht zu betreuen, so sind es 1996 bereits 15 Personen und nur ein Jahr später (1997) sogar durchschnittlich 17 Personen. Diese Entwicklung ist insbesondere in Kombination mit den nach Pflegeversicherungsgesetz reduzierten Zeitbudgets problematisch. Zwischen 75% der Befragten, die in Alten (wohn-)heimen und sogar 85% der Befragten, die in (Alten-)pflegeheimen arbeiten, reklamieren die fehlende Zeit für eine fachlich abgesicherte Altenpflegearbeit. 1997 stehen nach den Ergebnissen der BIBB Untersuchung für 17 zu pflegende Personen im Durchschnitt 26 Minuten pro Person zur Verfügung - benötigt wurden aber nach vorsichtigen Schätzungen der Befragten mindestens 48 Minuten.

Als Grund für die erforderlichen höheren als die zugebilligten (und abrechenbaren) Zeitbudgets und die fehlende Möglichkeit entsprechend den geltenden fachlichen Standards arbeiten zu können werden angeführt:

- Die veränderte Zusammensetzung der zu Pflegenden (Zunahme des Grades an Pflegebedürftigkeit) und
- die zunehmende Verdinglichung bzw. Industrialisierung der Pflegearbeit in eng bemessene Zeiteinheiten und abrechnungsfähige Leistungen

Aus diesen Konstellationen der Berufsarbeit ergeben sich Folgebelaustungen, die alle als markante und belegte Schwellen zum Berufsausstieg angesehen werden müssen. Dabei handelt es sich insbesondere um latente körperliche und psychische Überbeanspruchungen, die alltägliche Erfahrung der ausbleibenden beruflichen Anerkennung und aktiven Marginalisierung des Berufs durch zunehmenden Einsatz gering qualifizierten Personals sowie die mit der Zeit fortschreitende gegenseitige Entfremdung von Berufs- und Privatleben.

Daß fachlich abgesicherte Pflege alter Menschen nur von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal erbracht werden kann und darf, scheint in der Praxis der Altenhilfe offenbar immer weniger gesichert. Anders ist jedenfalls nicht zu erklären, daß im Verlauf der Untersuchung (seit 1993) in der Altenpflege der Anteil an examiniertem Personal beständig zurückgegangen ist und 1997 einen geradezu alarmierenden Tiefstand erreicht hat. Nach den letzten Befragungsauswertungen liegt der Anteil von Fachpersonal heutzutage im Durchschnitt in einer Schicht nach Angaben der Befragten unter 30%. Nur 27,9% der Schichten werden mit zwei examinierten Pflegekräften (i.d.R. Krankenpflege- und Altenpflegekräften) durchgeführt. Schichten, in denen Altenpfleger als einzige examinierte Kraft anwesend sind, weisen nur noch einen Anteil von 21,6% auf. Und auf

immerhin 17,8% der Schichten wird ohne jedes examinierte Pflegepersonal gearbeitet!

Als wohl gravierendste Folge einer zunehmend unerträglich gewordenen Arbeitsorganisation müssen jedoch die Arbeitszeitgestaltung in der Altenhilfe und die daraus resultierende soziale Isolierung durch den Beruf gesehen werden. 82% der Befragten berichten 1997, daß der Beruf in seinen Arbeitsbedingungen, in seinen körperlichen und psychischen Anforderungen („ich kann nicht mehr abschalten“) sowie in seinen auf Schichten, Wochenend- und Ersatzdiensten zersplitterten standigen „Bereitschaftsforderungen“ so stark das Privatleben überlagert, daß sie sich in ihren sozialen Kontakten massiv beeinträchtigt und gestört fühlen („Der Beruf schneidet mich von allem ab“). Damit gemeint sind nicht nur Verlust von Freunden und Bekanntschaften, sondern vor allem auch zerrüttete Ehen und kulturelle Verarmung als Folgen einer nur am „Dienst“ orientierten (Alten-)pflegearbeit. Gleichzeitig ist die aus der Balance geratene soziale Geometrie bei mehr als 70% der Befragten 1997 der wichtigste Beweggrund für den vollzogenen beruflichen Umstieg in andere Berufe oder -ein 1997 zum ersten Mal massiv zu beobachtender Trend - für die Aufnahme eines Studiums.

4 Altenpflege - Karriere durch Fort- und Weiterbildung?

Die Gesundheits- und Sozialberufe sind sehr fort- und weiterbildungsintensive Berufe und dies, obwohl es sich hier um ein frauenspezifisches Berufs- und Tätigkeitsfeld handelt¹. Zum ersten Mal wird dies im Vergleich zur Weiterbildungsintensität und zum Weiterbildungsumfang in Industrie, Handwerk, Handel und öffentlichem Dienst im Berichtssystem Weiterbildung (VI) der Bundesregierung von 1996 empirisch belegt. Im differenzierten Branchenvergleich verzeichnet die Branche Gesundheitswesen, Medizin sowie sonstige Dienstleistungen überdurchschnittliche Teilnahmequoten der Erwerbstätigen an Weiterbildung. Das Gesundheitswesen hegt hinter der Branche Banker und Versicherungen an zweiter Stelle, die sonstigen Dienstleistungen an vierter Stelle von insgesamt 14 Branchenkategorien². Das Spektrum der Gründe ist grundsätzlich sehr breit. Die Spitzengruppe der mit Weiterbildung verbundenen Interessen sind „Anpassung an neue Entwicklungen oder Anforderungen im Beruf“, „Vermeidung beruflicher Verschlechterungen“ sowie „Erreichen beruflicher Verbesserungen“. Interesse an kompensatorischer Weiterbildung wird demgegenüber sehr viel seltener geäußert¹.

Die von den befragten Altenpflegern gegebenen Begründungen für die Teilnahme an beruflichen Fort- und Weiterbildungen in der Altenpflege weichen von dieser Bestandsaufnahme deutlich ab und führen zu dem Schluß, daß der Besuch beruflicher Fort- und Weiterbildung hier als deutliche Indizien für fehlqualifizierende Ausbildung und Vorbereitungen auf die Berufsflucht zu werten sind.

Fortbildung

70% der Befragten besuchen bereits im ersten Berufsjahr durchschnittlich drei Fortbildungen - mit Themen, die eigentlich als „Schlüsselqualifikationen“ in der Ausbildung eine zentrale Rolle hatten spielen sollen. Im Mittelpunkt stehen hierbei Wissensvermitt-

1 Im Durchschnitt beteiligen sich Frauen seltener an Weiterbildung als Männer. Vgl. BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (Hrsg.) Berichtssystem Weiterbildung VI. Bonn 1996.

2 Ebenda S. 190f.

lungen in Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Arzneimittellehre. Diese Themen stehen (ergänzt um eine Reihe von zyklisch neu definierten „Modethemen“ wie Validation und Kinästhetik) bis ins dritte Berufsjahr an erster Stelle. Erst danach gewinnen Fortbildungsthemen, die sich mit der Kompensation berufstypischer psychischer Belastungen auseinandersetzen, an Bedeutung und stehen 1996 zum ersten Mal an erster Stelle. Diese Entwicklung muß als deutliches Zeichen für die mit der Dauer der Berufsarbeit zunehmende „Unertraglichkeit“ des Berufs gewertet werden.

Weiterbildung

Bis 1997 haben ca. 50% der befragten Altenpfleger eine Aufstiegsweiterbildung besucht. Rechnet man diejenigen ab, die für sich explizit die Übernahme von „Leitungspositionen“ ablehnen, sind bereits am Ende des vierten Berufsjahres die im Beruf erreichbaren Positionen (oder besser gesagt Nischen?) besetzt. Mit anderen Worten: „Berufliche Entwicklung“ findet von diesem Zeitpunkt an – wenn überhaupt – nicht mehr in der Altenpflege statt. Von jetzt an buchstabiert sich berufliche Entwicklung wie „Weiterbildung in einen anderen Berufsbereich“ – eine meist teuer erkaufte Fluchtbewegung aus dem erlernten Beruf heraus. Gerichtet sind diese Fluchtbewegungen vorzugsweise auf die Beschäftigungstherapie oder angesichts der durchaus kritischen Berufsentwicklung in diesem Bereich erstaunlich genug, in die Physiotherapie/Krankengymnastik.

Neben den meist erheblichen Kosten, die mit einer solchen Weiterbildung in ein neues berufliches Tätigkeitsfeld verbunden sind, ergibt sich ein weiteres Problem: Verlässliche Weiterbildungsstrukturen, die einen kontrollierten und planbaren Umstieg im eigenen Tätigkeitsfeld oder in benachbarte Berufsbereiche, also beispielsweise die Rehabilitation oder Sozialpädagogik, ermöglichen konnten, stehen für die Altenpfleger nicht zur Verfügung.

5 Altenpflege - Wechsel, Umstieg, Studium, Ausstieg?

Ausstieg ist vor allem unter den herrschenden Arbeitsmarktbedingungen in der Altenpflege immer nur die letzte, verzweifelte Reaktion auf nachhaltig zerstörte, oder wenigstens doch verlorene Utopien über die eigene Rolle am Arbeitsplatz, im Beruf, im System Gesundheitswesen. Deshalb schieben die von uns Befragten spätestens seit 1996 kleine „Puffer“ vor den letzten Schritt, den Ausstieg, Puffer, die in vielerlei Hinsicht nicht weniger Risiken bergen.

Ausstieg und Berufsflucht

Bereits während der Ausbildung sowie im ersten Berufsjahr nach Ausbildungsabschluß erwägt jeweils ein Drittel den Ausstieg aus dem Beruf oder plant ihn für die unmittelbare Zukunft. 26,3% der Absolventen haben am Ende des ersten Berufsjahres den Beruf wieder verlassen, über 40% der noch im Beruf verbliebenen Altenpfleger erklärt sich als explizit unzufrieden.

Fünf Jahre nach Ausbildungsabschluß sind noch knapp 20% der Absolventen von 1992 im erlernten Beruf tätig, und auch für die jetzt

noch Verbliebenen trägt die Ausbildung nach Ergebnissen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) längstens neun Jahre.¹ 18% sind danach jetzt in einem anderen Beruf tätig, etwa 10% haben ein Studium aufgenommen; 55% sind definitiv ausgestiegen, über ihre weitere berufliche Entwicklung gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine genauen Informationen.

Demgegenüber befinden sich fünf Jahre nach Abschluß der Ausbildung durchschnittlich 60% ehemaliger Ausbildungsabsolventen des dualen Systems im erlernten Beruf, 15% in einem anderen Beruf, 15% haben ein Studium aufgenommen, 10% sind nicht erwerbstätig. Auch für frauenspezifische Berufe des dualen Systems ergeben sich mit geringfügigen zwischenzeitlichen familienbedingten Unterschieden im fünften Jahr wieder vergleichbare Anteile.²

Ausstieg und Berufsfucht sind jedoch nicht die einzigen Reaktionsformen, mit denen Altenpfleger die problematischen und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege quittieren - häufiger Wechsel der Arbeitsstellen (bis zu viermal in fünf Jahren ist keine Seltenheit), Flucht in Weiterbildungen, „weiche“ Umstiege in benachbarte Berufe und Studium (seit 1996 von Bedeutung) ergänzen den „harten Ausstieg“ aus der Altenpflege in quantitativ nennenswertem Umfang,

Arbeitsstellenwechsel

Insbesondere die Vielzahl der Arbeitsstellenwechsel und die hierfür mitgeteilten Begründungen liefern ein genaues Bild über den „inneren Zustand“ der Altenpflege - und runden gleichzeitig das Szenario der Kritik am Beruf ab, Insbesondere

- fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Altenpflege, außerhalb des erlernten Berufs und in benachbarten Berufsbereichen und auch fehlende berufliche „Rotationsmöglichkeiten“;
 - fehlende Zeit für verantwortliche Pflege;
 - schlechtes Arbeitsklima und/oder unqualifizierte Leitungskräfte
- ergeben für mehr als 30% der Befragten jährlich kaum noch Chancen, einen auf Dauer tragfähigen Zustand beruflicher Zufriedenheit zu entwickeln. Als Reaktion darauf wechseln sie die Arbeitsstelle.

Umstieg und Kosten

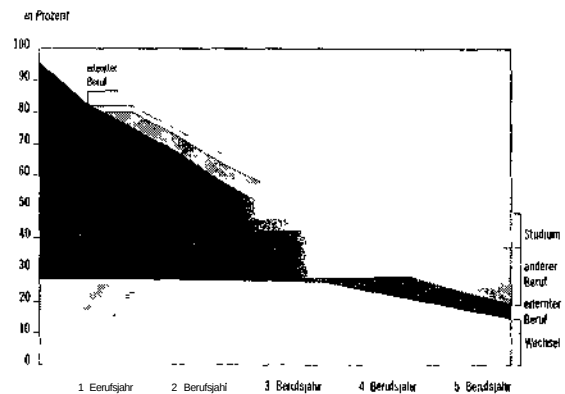
Der berufliche Umstieg entwickelt sich immer deutlicher zur zweitwichtigsten „Abrechnung“ mit der Altenpflege: 69% der Befragten erwägen einen beruflichen Umstieg in den nächsten zwei Jahren. Wichtigster Grund: Unerträglich gewordene soziale Isolation und Konflikte mit dem Privatleben durch den Beruf. Allerdings, die privat zu tragenden Kosten dieser „Flucht“ sich hoch, nicht nur in Einzelfällen übersteigen sie die 30.000,- DM-Grenze erheblich.

Studium-und dann?

10% der Befragten sind 1997 in ein Studium gewechselt, etwa ein Drittel von ihnen in einen pflegewissenschaftlichen Studiengang. Ungeklärt bleibt allerdings die Frage, was der Abschluß (insbesondere der Fachhochschulabschluß „Pflegerin“) am Arbeitsmarkt

Abbildung 1:

Ausstiegsbewegungen in der Altenpflege 1992-1997



- 1 Vgl. DIETRICH H • Befunde zu ausgewählten erwerbsbiographischen Aspekten von Pflegekräften in der stationären Altenpflege In MEIFORT, B., BECKER, W (Hrsg) Berufseinstimmung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren Schriftenreihe Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1996
- 2 Vgl. KAU, W Kosten und Nutzen der beruflichen Qualifizierung auf der mikroökonomischen Ebene, a a 0

„wert“ sein wird und ob sich die neuerliche Investition von Zeit, Geld, Hoffnung und Lebenszeit in Bildung „lohnend“ wird.

6 Altenpflege - ein Lebensberuf?

Unter den herrschenden und von den befragten Altenpfleger ausgiebig kritisierten Bildungs- und Arbeitsbedingungen ist Altenpflege kaum mehr als „Lebensberuf“ zu betrachten. Während 1994 noch etwa 65% die Frage, ob Altenpflege für sie ein Lebensberuf sei, mit JA beantworteten, hat sich die Zustimmung zum Beruf bis 1997 dramatisch reduziert: Jetzt, am Ende des fünften Berufsjahres sind es nur noch knapp ein Drittel, die den Beruf auf Dauer ausüben wollen oder können. Insofern bleiben die harten Ausstiegsbewegungen, das definitive Verlassen des Berufs, ja des Berufsfeldes, das zentrale Problem für die berufliche Altenpflege,

Unter den herrschenden Bedingungen in der Altenhilfe und der ungehemmten Vermarktwirtschaftlichung des Pflegesektors muß mehr denn je davon ausgegangen werden, daß nach fünf Jahren Berufszugehörigkeit in etwa das Äquivalent eines Ausbildungsjahrgangs den Beruf wieder verlassen haben wird. Ein weiteres Problem, das sich 1997 das erste Mal sehr deutlich zeigt, ist die Arbeitsvertragsgestaltung in der Altenhilfe: Immer weniger Altenpfleger erhalten überhaupt noch einen ihrem Abschluß gemäßen Arbeitsvertrag.

Zum Abschluß noch einmal: Hält die Ausbildung in der Altenpflege, was sie verspricht? Ist Altenpflege ein Lebensberuf? Selten hat der Ausstieg aus dem Beruf nur einen einzigen Grund. Selten eindeutig sind jedoch inzwischen die Verursachungszusammenhänge des Berufsausstiegs: Bei 78% der „aussteigenden“ Altenpfleger ist es 1997 „die Pflegeversicherung“, die ein an (Pflege-)Standards und human verantwortlichen Kriterien orientiertes berufliches Arbeiten nicht mehr zuläßt - oder, um mit den Worten einer Befragten abzuschließen:

**„Warum ich aufhöre mit dem Beruf? Das kann ich Ihnen buchstabieren:
P f i e g e v e r s i c h e r u n g ! “**

Aus der Praxis einer Altenpflegerin

zum II. Teil der Längsschnittuntersuchung des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) „Altenpflege“ 1996-1997

Zu meiner Person

Mit 41 Jahren zähle ich zu den Späteinsteigerinnen in der Altenpflege. Auch meine Berufsmotivation war Kontakte zu Menschen, aber nicht primär zu hilfsbedürftigen schwächeren. Da klingeln bei mir alle Alarmglocken! Einer meiner Hauptarbeitsgrundsätze und Gedanken war und ist „Man kann nur aus einem vollen Krug schöpfen“. Dennoch habe ich mich von Anfang an mit meinem Beruf identifiziert, möglicherweise -trotz aller guten Vorsätze - zu sehr! Ein knappes Jahr arbeitete ich auf einer Pflegestation (inklusive Praktika), im Anschluß fünf Jahre als Mitarbeiterin und Leiterin in einer Altenheiminternen Tagesbetreuungs- und Begegnungsstätte, - vorwiegend für demente Bewohnerinnen aus dem Wohn- und Pflegebereich, führte aber auch Gesprächsgruppen mit geistig regen Bewohnern.

Mein besonderes Interesse galt der „anderen Welt“ Dementer, Biographie und Gruppenarbeit. Ich hatte meine Idealstelle gefunden und damit meine Berufszufriedenheit. Über die betreuten Bewohner gab es eine intensive Zusammenarbeit mit den Pflege-Stationen und dem Wohnbereich, so daß ich ausreichenden Einblick in die Arbeit der Kollegen dort erhielt. Einerseits war ich zwar Außenstehende, andererseits erhielt ich oftmals mehr Informationen als andere - auch über die zunehmenden Probleme im Pflegebereich oder das Team.

Aus gesundheitlichen Gründen mußte ich im vorigen Jahr - also nach siebenjähriger Tätigkeit (inklusive Ausbildung) aufhören. Ich bin zwar heute nicht mehr berufstätig, engagiere mich aber innerhalb einer Münchner Gruppe gegen Mißstände in Altenheimen, habe dazu in verschiedenen Fachzeitschriften Artikel veröffentlicht.

Das erzähle ich vor allem deshalb, weil ich über die Situation der Altenpfleger/innen im Allgemeinen sprechen soll und will, angelehnt an die vorgebrachten Ergebnisse des zweiten Teils der Untersuchung des Bundesinstitutes für Berufsbildung, die ich nur unterstreichen kann - leider! So will ich mich nicht auf ein Podest stellen und über die Situation der Altenpfleger/innen sprechen, beziehe mich mit ein, kann mitfühlen, möchte mich allerdings nicht mit jeder Altenpflegerin und jedem Altenpfleger identifizieren.

Die Erfahrung, wie schwer ich mir bei der Vorbereitung zu diesem Beitrag getan habe, ist vielleicht ein Indiz dafür, wie verworren und aussichtslos die derzeitige Situation in der Altenhilfe manchmal erscheint. Die Ergebnisse des zweiten Teils der hier vorgestellten Langsschnittuntersuchung des BIBB zeigen die dramatischen Veränderungen der letzten Jahre und die desolante Situation auf. Zu den darin vorgebrachten Umfrageergebnissen und Praxisbeispielen konnte ich ständig sagen: „Das ist mir alles bekannt, so habe ich es auch **erlebt**!“ Ich will mich daher nicht einreihen ins Klagen und in das Ritual des „Schwarze Peter Spiels“, das bei allen Betroffenen und Verantwortlichen derzeit die einzige Lösung zu sein scheint. Einen Schuldigen suchen, anklagen und Verantwortung abschieben, lautet meist die Devise. Mein großer Wunsch dagegen wäre, daß sich in der Altenhilfe – wenn das auch derzeit kurzfristig nicht möglich zu sein scheint – mittel- oder langfristig etwas verbessern wird. Leider stoßt man ständig gegen gesellschaftliche Mauern und auf politisches Desinteresse. „Geld regiert die Welt“ ist der derzeitige Zeitgeist¹. Ich weiß, daß ständiges Jammern erfahrungsgemäß diesen Prozeß blockiert. Damit aber meine Gedanken dazu greifbarer, nachvollziehbarer, werden können, will ich diesen Text mit Praxisbeispielen füllen, und leider geht aus der BIBB-Untersuchung hervor, daß die Befragten klagen – klagen müssen, und ich reihe mich teilweise dazu ein. Meine Erfahrungen weichen nur in wenigen, unwesentlichen Punkten von der Langsschnittuntersuchung ab.

In meinem Statement möchte ich auf vier Punkte aus der BIBB Erhebung eingehen. Ich beziehe mich dabei auf meine eigenen Praxiserfahrungen bzw. Informationen, die ich von anderen Altenpflegern/innen oder aus Medienberichten erhalten habe.

1 Belastung und fehlende Zeit für verantwortliche Pflege. Wie wäre diese Situation aus meiner Praxis-Sicht zu verändern?

Aus der BIBB Umfrage geht hervor, daß von den befragten Altenpfleger/innen 96% „fehlende Zeit für eine verantwortliche Pflege“ als Belastungsfaktor Nr. 1 angeben. Dann liegt wirklich das Kernproblem Hauptursache zu wenig (Fach-)Personal. Bei einer Durchschnittsbesetzung von einer Pflegekraft auf 15 bis 20 Bewohner bedarf es keiner weiteren Erklärung, das ist objektiv zu wenig. Noch vor einigen Jahren, als der Pflegeschlüssel zumindest in den meisten Einrichtungen besser war, wurde bei uns im Heim vor allem bedauert, daß keine oder nur unzureichend Zeit für die sog. *ganzeheitliche Pflege* – also für psychosoziale Betreuung und Prophylaxe – vorhanden war, mittlerweile bezieht sich die Kritik schon auf das Nicht mehr gewährleisten können einer ordentlichen Grundpflege. Der Pflegequalitätsstandard (soweit man überhaupt noch von Qualität sprechen kann) ist seit Einführung der Pflegeversicherung 1996 erheblich gesunken. Damit geht aber die Hauptmotivation der Altenpfleger/innen – nämlich menschlich qualifiziert arbeiten zu können, verloren. Das erklärt u. a. die hohe Aussteigerquote. In meinem früheren Altenheim sind seit ca. 3 Jahren schätzungsweise 60% bis 80% der Kollegen ausgestiegen, waren ausgebrannt, wechselten aus einer für sie aussichtslos gewordenen Arbeitsituation, kündigten, wurden krank. Eine genaue Statistik darüber wurde man natürlich nie offiziell erhalten. Noch 1995

bekam ich Zahlen darüber. Natürlich geht auch die - wenn noch so fragwürdige und zum Scheitern verurteilte- Berufsmotivation vieler Altenpfleger/innen verloren. Helfen wollen (vor allem Schwächeren)

Gebrauchtwerden, Gehebtwerden, Gelobtwerden, Wichtigsein, Unabkommlichsein, Starkseinkönnen, Macht (im negativen Sinne) sind möglicherweise bei manchen unbewußte Mitentscheidungsgründe, die nach meiner Erfahrung aber nie zugegeben werden wurden. Hilfsbedürftigkeit, Angst vor ständig wechselnden Bezugs Personen, falsch interpretierte Zuneigung von seiten der Bewohner können bei den Altenpfleger/innen berufliche Abhängigkeit hervorrufen. Haben sie selbst keine Reserven, keine Möglichkeit zum Kraftschöpfen, brennen sie aus. Helfersyndrom-Grund zum Scheitern, zum Ausstieg, zur Gewalt?

Ich betreue seit einiger Zeit eine 98jährige, teilweise verwirrte Bewohnerin, anfangs in der heiminternen Tagesstätte und - seitdem ich nicht mehr in diesem Altenheim arbeite - noch privat. Bei meinen Besuchen auf der Pflegestation spricht sie fast stereotyp: *„Ich bin nichts mehr wert, keiner mag mich, hat mehr Zeit“*. Ganz abgesehen davon, daß die Dame hier in Deutschland keine Angehörigen mehr hat und darunter leidet, spiegelt ihre Aussage auf den Punkt gebracht die allgemeine Pflegesituation in der stationären Altenhilfe wieder. Auch andere, geistig klare, mir bekannte Heimbewohner bestätigen weiter stattfindende Verschlechterungen. Sie haben durchaus Verständnis für die Schwestern und Pfleger erzählen, daß diese nur noch hetzen mußten oder gar nicht mehr kamen, daß außerdem Notigsten *„nichts mehr stattfindet“* (damit meinen sie, daß alles außerhalb der Grundpflege ersatzlos gestrichen wurde), daß sie sich alleingelassen fühlten. Auffallend waren und sind die Zunahme von Stürzen, Krankheiten, von Depression, Verwirrung und anderen psychischen Erkrankungen, Ruckzug, Tod. Genaue Zahlen will niemand wissen. Die alten Menschen stehen ja an der Schwelle des Todes. "

Wie sehr sich alles in meinem früheren, fast Muster Altenheim, zum Negativen verändert hat, ist fast unbeschreiblich. Nur ein paar banale Beispiele. Ich bemerke die Verschlechterung u. a. am Äußeren der Bewohner (es sei denn, Angehörige oder Ehrenamtliche, die mehr und mehr in die Pflege einbezogen werden, kommen taglich zu Besuch und arbeiten mit) an verfleckter, lieblos zusammengestellter Kleidung, ungepflegten Haaren und Nägeln. Ich höre von den Pflegern, daß nur noch selten gebadet werden kann, Bewohner kaum aus dem Bett gebracht werden können. Stationschmuck, Beschäftigung, Feste, Ausflüge, Spaziergänge im Garten - das meiste gestrichen. Der Blick über die Stationen zeigt leere Gänge. Bewohner vereinsamen in den Zimmern oder sie sitzen apathisch auf dem Flur.

Den meisten Verantwortlichen ist die defizitäre, teilweise skandalöse Lage durchaus bekannt. In den Medien erscheinen mehr und mehr Berichte. Zitat des Geschäftsführers der Münchenstift gGmbH (Süddeutsche Zeitung, 17.9.98): *„Die Heime, argumentiert Peter, konnten ohne Anhebung des Pflegeschlusses lediglich eine anständige Versorgung, gute Pflege und ein Dach über dem Kopf gewährleisten. Ein Mehr an Zeit für Zuwendung und Beschäftigung sei bei den momentanen finanziellen Vorgaben nicht möglich.“* G. Peters Aussage von „guter Pflege“ wurden wir Altenpfleger/innen so nicht stehenlassen können!¹

Wie sollten sie auch die Zeit für Zuwendung haben, und die ist und bleibt das Bedürfnis Nr 1 - gerade bei alten, kranken und sterbenden Menschen, wenn - wie mehrfach angetroffen - für ca 15 Schwerpflegebedürftige am Sonntagnachmittag nur eine Altenpflegerin für die Station zuständig ist⁷ Auf meine Nachfrage, wer denn z B im Notfall, beim Lagern oder Tragen helfen wurde antwortete die (erst seit 14 Tage im Haus tatige) Schwester, daß abends eine Kollegin vom ersten Stock käme Man hatte nämlich aus Einsparungsgründen zwei kleinere Stationen organisatorisch zusammen gelegt, somit erfüllt man die Mindestbesetzung von zwei Kräften Wie gehen die Mitarbeiter mit dieser extremen Belastungssituation um? Wie schaffen sie es, unter schwierigsten Bedingungen tagaus, tagein zu arbeiten, immer in dem Wissen, daß sie keine qualifizierte Pflege durchführen können, immer an ihre äußersten Grenzen gelangend⁷ Wie kann man zufrieden und fachlich pflegen, mit Menschen arbeiten, deren Bedürfnis und Wunsch nach Begleitung, Hilfestellung, Sicherheit, Gespräch und Nahe erfüllen - ohne genügend Zeit⁷ Wie kann man zufrieden arbeiten, wenn man eine Ausbildung mit hohem persönlichen Einsatz und hohem Anspruch absolviert hat und es dann nur zur „riskanten Pflege“ ausreicht⁷ Wie kann man schlechte Bezahlung, miserables Image, private Isolation, ungesunde Arbeitsbedingungen mit oftmals einhergehenden gesundheitlichen Langzeitschaden (die im noch gar nicht absehbar sind) akzeptieren⁷

Wie reagieren also die Pflegekräfte auf ihre Lage⁷ Sicherlich sehr unterschiedlich Das Personal (nicht nur in unserem Altenheim) klagte seit 1996 über sich zunehmend verschlechternde Arbeitsbedingungen Fast alle hatten und haben Angst vor Kontrollen, Angst persönlich zur Rechenschaft gezogen zu werden, vor negativen (existentiellen) Folgen, sprechen nur anonym Alle wollten z B auch bei mir ihre Klagen loswerden, vor allem aber gelobt werden, wie sie es überhaupt noch schafften Nur wenige bewahrten sich eine Zeit lang ihren Optimismus, steigerten ihre Arbeitsmotivation So richtet sich oft der Druck „von oben“ zerstörend gegen sich selbst oder zwangsläufig gegen die Bewohner Der Schwarze Peter wird vor allem dem mittleren Management zugeschoben, denn um sich über Vorgänge auf Tragerebene oder in der Politik zu informieren, fehlen Zeit und Möglichkeiten

Trotzdem reagieren sie mit persönlichen Konsequenzen Meist findet zuerst ein Arbeitsplatzwechsel statt, intern von Station zu Station, geht die Suche nach einer besseren Stelle in anderen stationären oder ambulanten Einrichtungen weiter, um festzustellen, daß es anderswo auch nicht leichter und besser ist So reiben sich viele auf, werden krank, warten auf die Rente, steigen aus Ein Großteil der Pfleger/innen verhält sich angepaßt, verrichtet nur das Notigste, Machbare (nach dem Motto 'Nach mir die Sintflut ich kann sowieso nicht alles bewältigen') Wieder andere stumpfen ab, können gewalttätig werden Für viele ist die Altenpflegearbeit zur reinen Existenzgrundlage oder zum Job geworden um die oder den man Angst hat Es gibt eine Bandbreite unterschiedlicher Mitarbeiter und entsprechend unterschiedlicher Verhaltensweisen Auffallend ist nur, daß die fachlich qualifizierten und menschlich guten Mitarbeiter immer weniger in der Pflege anzutreffen sind Der Stellenmarkt ist zum Teil - gerade hier in der Großstadt - wie leergefegt, ausgebildetes Personal ist kaum mehr zu finden

1 Die Munchenstift gGmbH ist für ca 17 ehemals städtische Alten- und Pflegeheime zuständig

Wenn keine Zeit mehr vorhanden ist für eine menschenwürdige Pflege, leiden Personal Bewohner und z B Angehörige gleichermaßen entsteht eine spannungsgeladene angstbesetzte Situation Und ein Großteil der Kraft und Zeit fließt - trotz Knappheit - ins gegenseitige Klagen und Bedauern, in Konflikte und deren Bearbeitung, in standige Organisation, um den Betrieb einigermaßen auf dem laufenden zu halten, in die sog *Reparaturpflege* uvm Der Krankenstand erhöht sich bei Zeitmangel beträchtlich, denn innerlich haben viele bereits gekündigt Das Privatleben wird mehr und mehr eingeschränkt, statt dessen wird die Pflegestation mit ihren Bewohnern und Mitarbeitern zum Familienersatz vor allem wenn man im Altenheim wohnt, immer und leicht erreichbar ist Man lebt und leidet dort wie in einer schlechten Ehe und schweigt nach außen, um das eigene Nest nicht beschmutzen zu müssen, weil man Angst vor negativen Konsequenzen für die eigene Person oder Entscheidungen, die folgen mußten, hat Alle meine Freundinnen die Altenpflegerinnen sind, haben kaum Privatleben vor allem keine oder nur wenige privaten Kontakte, nur wenige fanden für sich eine Möglichkeit (z B ein Hobby) um sich zu Hause zu entspannen oder auf andere Themen zu kommen Viele haben keine Lebenspartner

Zitat aus einem Brief einer Altenpflegern Freundin *„Im Heim ist alles wie bisher die Hälfte der Kollegen ist noch immer krank, eine bis 31 12 Ich frage mich nur immer, weshalb ich mich trotz meiner Schmerzen nicht krankschreiben lasse⁹ Vielleicht ist das gerade mein Problem Dabei bin ich keineswegs der irrigen Ansicht, daß es ohne mich nicht geht oder daß ich mir ein Zuhause sein auf Dauer nicht vorstellen konnte Ich sehne mich sogar danach Aber der schnöde Mammon fordert eben sein Recht Die Weihnachtsgelder sollen bei uns lt Zeitung bis zu DM 1000, brutto gekürzt werden und das Urlaubsgeld wegfallen Du kannst Dir vorstellen, wie demotivierend das auf manche wirkt bei dem Arbeitsanfall () Aber vielleicht gibt es auch für mich noch den richtigen Platz, auch wenn ich keine Lust zu einer kompletten neuen Ausbildung habe Die Arzthelferin - eine Alternative- soll noch viel schlechter verdienen "*

Vorab gesagt ich bin nicht generell gegen richtig angewandte, notwendige Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka Aber es wird momentan mehr denn je ruhiggestellt Zur teilweise unangebrachten Gabe von Psychopharmaka sagte mir einmal ein sehr netter Arzt *„Das ist der normale Reflex des Mediziners auf die Verzweiflung des Personals“* Kollegen entgegneten dagegen *„Die Ärzte verordnen es so " Wie sollten die Pfleger auch bei der fehlenden Zeit ständig hinter sog „Weglaufgefährdeten“ herlaufen oder sich zu ihnen setzen⁷ Ein fachgemäßes Eingehen auf die Verzweiflung der Bewohner dagegen wurde viel Reflexion und Beschäftigung erfordern, am besten eine gezielte Pflegeplanung und Biographiearbeit Dazu fehlt wiederum die Zeit, auf den ersten Blick sind sedierende Maßnahmen allemal bequemer Je mehr davon eingesetzt werden, umso ruhiger sieht es in der Regel nach außen hin aus Für Angehörige und andere Besucher ist es nicht erkenntlich, warum es auf der Station so ruhig und „friedlich“ zugeht Alles ist doch ordentlich, sauber und unauffällig! Hauptsache der äußere Schein wird bewahrt Und das ist den leitenden Verantwortlichen wichtig! Wiederum niemand hat mehr Zeit, genau zu beobachten zu dokumentieren, Medikamente exakt einzustellen Häufig kehrt sich der gewünschte Effekt ins Gegenteil Wie oft habe ich einzelne Bewohner, weinen, wimmern oder um Hilfe*

schreien, ja wie Tiere brüllen hören, konnten sie gar nicht mehr still sitzen, hat sich ihr Tag /Nachtrhythmus umgekehrt, weil die Medikamente falsch gegeben oder dosiert wurden, alle Verantwortlichen Angst hatten, es wieder abzusetzen, dafür eher noch die Dosis erhöhten. Und ich habe erlebt, daß die Menschen still wurden, wenn das Medikament ausgeschlichen und sie entsprechend bedürfnisgerecht betreut wurden. Der Zeitaufwand war dann nicht größer, als für die Maßnahmen, die ergriffen werden mußten, um das Rufen, Schreien etc. abzustellen oder für die sich darum drehenden Teamgespräche.

Es wird am falschen Fleck mit Zeit und Geld gespart! Denn unter anderem mehren sich Stürze, wenn Bewohner alleine sind, Krankenhausaufenthalte schließen sich an, Schwerstpflegebedürftigkeit nimmt zu, die pflegensche Nachbetreuung wird aufwendiger. Und wenn der Bewohner stirbt, ist das normal, weil er eben alt und krank ist. *„Endlich hat er seinen Frieden. Endlich hat er's geschafft!“* Wie soll man da als Altenpflegerin nicht verzweifelt sein und resignieren? (Kurioser Gedanke zur Situation. Das Personal schluckt nicht am Arbeitsplatz, wenn Bewohnerinnen ihre Nerven strapazieren, Psychopharmaka aber den alten, verwirrten Menschen, die nicht nachvollziehen können, was mit ihnen geschieht, wird es verordnet.) Allerdings weiß ich von Kolleginnen, daß sie selbst sich privat in Psychotherapie begaben oder Beruhigungsmittel schluckten, um mit den Belastungen am Arbeitsplatz fertigzuwerden. Will man sich an diesem Teufelskreis beteiligen?

Eine andere Möglichkeit, für Ruhe zu sorgen, ist, daß man äußerlich fixiert. Denn die größte Sorge der Altenpfleger/innen besteht dann, daß sich die Bewohner durch Stürze etc. verletzen könnten und man als Pfleger/in dann auch noch persönlich zur Verantwortung gezogen werden würde. Hier sind vermutlich viele an der falschen Stelle ängstlich, machen sich sicherlich ernsthaft Gedanken, wie „sanft“ man die Pflegebedürftigen „bewahrt“.

Daß es sich hier um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt, es einer richterlichen Genehmigung bedarf, die häufig nicht vorliegt, und sie hier zur Rechenschaft gezogen werden könnten, ist dem Personal zum Teil nicht bewußt und bekannt. Zudem sind die Personal der Betreuungsstellen und die prüfenden Richter oft restlos überlastet oder desinteressiert, so daß viel zu schnell Fixierungsbeschlüsse erteilt werden. Das beweisen die Diskussionen um „Fixierung und Gewalt“ zwischen Mißstandsaufzeigern und Heimbetreibern, Heimleitern, Pflegepersonal und Ärzten - auch intern. Die Ansichten trafen weit auseinander. Keiner wurde es aber mal am eigenen Leib ausprobieren, wie es sich anfühlt, z. B. nur einen halben Tag am Stuhl festgebunden zu sein, die Beine ständig hochlagern zu müssen, oder sogar noch mit einer sog. Bettschurze nachts festgezurrt zu sein.

Da ich selbst mehrere Jahre betreut und mich auf diesem Gebiet fachkundig gemacht habe, sind mir die gutgemeinten „Fixierungsmaßnahmen“ bekannt. Es war aber auch für mich schwer, mich mit meinen Argumenten und meiner Fachlichkeit im Kollegenkreis durchzusetzen. Ich habe bei einer sterbenden Bewohnerin - kurz vor ihrem Tod - noch eine Bettschurze weggeschnitten. Die Frau konnte sich gar nicht mehr bewegen. Tagsüber saß sie im Stuhl - festgebunden - und schrie um Hilfe. Die zuständige Stationsleitung war nicht dazu zu bewegen, etwas an der Situation zu verändern! *„Ich trage die Verantwortung“*¹, war ihre Antwort.

Meine Praxiserfahrungen können nur in der Relation bestätigen, daß in den vergangenen Jahren Fixierungsmaßnahmen zugenommen haben. Ich weiß aber - durch mein Engagement gegen Gewalt in der stationären Altenhilfe - , daß bundesweit gegen das Gesetz verstoßen wird und das ein riesiger Skandal ist. Jeder weiß es, fast alle schweigen. Seriöse Veröffentlichungen zeigen auf, daß „mit Recht“ mehr fixiert wird. Es gibt wissenschaftliche Studien - z. B. von Prof. Thomas Klie, Freiburg; Prof. Hirsch, Bonn; Prof. Wojnar, Hamburg u. a. m., aus denen unter anderem hervorgeht, „daß Heimbewohner pro Tag in Deutschland etwa 380 000 mal von freiheitsentziehenden oder-beschränkenden Maßnahmen betroffen sind“ (aus einem Referat Klie 7.6.1997, Köln). Es brauchte auch hier viel mehr Zeit (und Geld) für den Kollegenaustausch, Fortbildungen, Supervision, damit sich auch in den Köpfen der Verantwortlichen etwas ändern kann.

Immer häufiger wird auch in den Altenheimen Inkontinenz produziert. Statt Toilettengang gibt es Einlagen, wird „erzogen“. Viele Altenpfleger/innen müssen wie Roboter arbeiten, es bleibt keine Zeit zur ausreichenden Beobachtung und Reflexion („Denn sie wissen nicht, was sie tun“). In unserem Altenheim gab es einen großen Anteil an Fachkräften. Das Heim hatte einen guten Ruf, und ausgebildete Altenpfleger/innen mußten nie per Annonce gesucht werden. Wir konnten größtenteils eigenverantwortlich und kreativ arbeiten. Dadurch, daß der Anteil des examinierten Personals hoch war, als der unausgebildete, wurde auf die Bedürfnisse und pflegerische Situation der Bewohner größtenteils individuell eingegangen. Prophylaxe stand noch im Vordergrund - so auch beim Toilettengang.

Zum Belastungsfaktor „fehlende Zeit“ möchte ich noch einige Gedanken am Rande anfügen. In der Arbeit mit Menschen, vor allem mit alten, kranken, pflegebedürftigen, wird die Zeit nie ausreichen, um alle Wünsche und Bedürfnisse befriedigen zu können. Während meiner Tätigkeit als Altenpflegerin fiel mir auf, daß gerade die jetzige alte Generation sehr darunter leidet, meist nicht mehr in der Familie, dagegen häufig von einer Institution versorgt zu werden und dort ihre letzte Lebensstation verbringen und sterben zu müssen. Natürlich ist in der Phantasie alles anders als in der Wirklichkeit. Ich kenne ebenfalls die Belastungen, ja die schrecklichen Situationen in Privatwohnungen, in sog. „heilen Familien“. Auch hier existieren manchmal Gewalt und Menschenunwürdigkeit. Und ich weiß aus Büchern, daß die Situationen in früheren Großfamilien mehr als kritisch zu betrachten ist. Und ich kenne viele Angehörige, die sich rührend und aufopfernd um ihre Elternteile im Altenheim kümmern.

Im Rahmen meiner Facharbeit (vom September 1990) äußerten sich aber fast alle Bewohner, die ich auf „meiner“ Wohnpflegestation (unter Wohnpflege verstand man damals, daß jeder Bewohner jede Bewohnerin sein/ihr eigenes Appartement, mit eigenen Möbeln und Pflegebett hatte, auf den sog. „normalen Stationen“ gab es fast nur Doppelzimmer) befragte, daß sie Sehnsucht nach ihrer Familie hatten, nach ihrem Zuhause, zeigten Enttäuschung und Trauer im Altenheim auf der Pflegestation leben zu müssen. *„Meine Leute, die Familie, gehen mir am meisten ab, aber was nutzt es.“ „Wissen Sie, ich hab' schlicht und einfach wahnsinnig Heimweh nach meinen Kindern. Wenn sie nicht da sind, bin ich ganz krank. Das ist eigentlich meine Krankheit!“*

Diese Aussagen habe ich in Variationen von allen Bewohnern der Station vernommen (Die meisten von ihnen wurden von ihren Kindern im Altenheim angemeldet) Ich hatte den Eindruck daß sie nun von uns Altenpfleger/innen Familienersatz erwarteten und am Ende ihres Lebens noch ein Stück Paradies Diese Sehnsuchte, die natürlich nie Zeit vorhanden war mußten für sie bis zum Tod unerfüllbar bleiben Bewohner, die keine Angehörigen mehr hatten, wünschten sich manchmal von uns, daß wir, kurz bevor sie starben, nur für sie alleine dazusein hatten Oftmals fühlte ich mich von ihnen ausgesaugt und ausgelaugt, und manch anderer Kollegin erging es ähnlich In meiner Facharbeit schrieb ich dazu „*Personeller Notstand im sozialen Bereich*“ Dazu muß ich eigentlich gar nicht mehr viel schreiben Der Notstand ist in aller Munde Eine Losung ist nicht in Sicht Taglich kann man in der Zeitung eine Notiz oder einen Artikel finden () Auch 'unsere' Wohnpflege ist davon betroffen, wenngleich bisher nicht ganz so schlimm wie in anderen Heimen Das Personal wechselt aber auch hier Es leidet genauso unter Zeitmangel, und neben der Grundpflege bleibt nicht viel Raum für sozialpflegerische Tätigkeiten Beide Teile-Bewohner wie Pfleger sind die Leidtragenden "Also, auch damals gab es Personalnotstand, wurde über fehlende Zeit geklagt, aber daß sich alles noch einmal so gravierend verschlechtern wurde, sich alle entsprechend anpassen mußten hatte ich nie gedacht Auffallend bei diesem Vergleich ist nur die ständige Klage 'fehlende Zeit' i Aber das nur am Rande¹

Wie konnte man die Situation also verändern⁷ Noch schneller durchorganisierter rationalisierter zu arbeiten ist auf keinen Fall eine Losung für Zeitgewinn Akkordarbeit zieht nur Unzufriedenheit nach sich So wird Personal abgewirtschaftet wegrationalisiert Wie aber soll man in dieser komplizierten, verworrenen Situation eine Losung finden? Eines ist sicher Es muß wieder mehr Personal, mehr Fachpersonal zur Verfügung stehen Gutes Fachpersonal ist doch das wichtigste Kapital eines Betriebes! Beispiel „*Allerdings ist es für die Heime anscheinend extrem schwierig, überhaupt genügend Fachpersonal zu bekommen Auf Anzeigen in Münchner Tageszeitungen habe man 0,0 Bewerbungen erhalten*“¹ Dazu braucht es Geld! Ich meine es ist vorhanden (Überschüsse in gesetzlicher und privater Pflegeversicherung auch bei den Altenheimbetreibern, die immer noch nicht ihre Kosten transparent machen wollen und müssen)

Hier haben wir Altenpfleger/innen kaum eine Möglichkeit, etwas zu bewirken Wir müssen aber die Situation in der Praxis aufzeigen und mehr Personal fordern wie es bereits andere tun Wir dürfen nicht länger in der Rolle der Bedauernswerten, Schwachen verharren, für die andere sorgen und eine Losung finden sollten Wir müssen selbst Initiative ergreifen dürfen nicht länger schweigen! Die gängige Begründung, daß weder Zeit noch Kraft vorhanden waren, wir Existenzängste haben mußten und keine Lobby hatten, ist mir bekannt Ich wurde andere so gerne eimutigen, habe es selbst erlebt, wie befreiend es ist, nicht mehr schweigen zu müssen Solange wir dem Druck 'von oben' standhalten, ihn nur gegen uns selbst und gegen die Bewohner richten wirken wir mit an der Misere, manifestieren den derzeitigen Zustand als 'machbaren Standard' In München gibt es seit letztem Jahr beim Oberbürgermeister eine Beschwerdestelle für Mitarbeiter Bewohner und Angehörige aus Münchner Altenheimen Die meisten Altenpfleger/innen

1 Zitat des Münchener Geschäftsführers Peter SZ Artikel Bezirke sind Schuld an der Pflege Misere vom 17.9.1998

die sich dorthin gewandt hatten, wollten anonym bleiben in diesen Fällen war aber die Beschwerdestelle handlungsunfähig Die Angst blockierte jegliches Weiterkommen Ich weiß aus eigener Erfahrung wie sehr einen das Wissen über diese Mißstände belasten und weit ins Privatleben hinein verfolgen kann, in der Erinnerung haften bleibt Im Alleingang sind diese Probleme nicht zu lösen nur im Miteinander Es muß mehr Zusammenwirken geben, angefangen auf der Station, über Leitung und Trager bis in die Politik - trotz unterschiedlicher persönlicher Interessen Die Lebenssituation alter und pflegebedürftiger Menschen wird sonst noch katastrophaler, die Arbeitslage für die Altenpfleger/innen entsprechend Natürlich sollte man immer zuerst im nächsten Umfeld, also am Arbeitsplatz schauen, wie man sich entlasten kann, Gutes erhalten bleibt, anderes verändert oder verbessert werden mußte In manchen Heimen wehrten sich Kollegen mehr und mehr mit sog Überlastungsanzeigen (Man schreibt an den Heimleiter daß man unter extremen Schwierigkeiten nicht mehr verantwortungsvoll arbeiten kann, also überlastet ist) Am besten funktioniert es im Team, alleine gilt man nur als Querulant, kann mit arbeitsrechtlichen und anderen Problemen rechnen

Für den einen oder anderen (sofern es die finanzielle Situation erlaubt) war und ist es durchaus sinnvoll, die Arbeitszeit zu reduzieren, teilzeit zu arbeiten in Altersteilzeit oder Vorruhestand zu gehen Dort, wo Mitarbeiter ihre Energie, Kreativität und fachliche Argumente darauf gewandt hatten um sich beispielsweise (trotz Rationalisierung) ihre kleineren Stationen zu erhalten, ein gutes Betriebsklima herrschte, es vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Pflegedienst und Heimleitung gab, ließ sich auch bei schlechterer Personalbesetzung einigermaßen motiviert arbeiten Vielerorts reichte aber nicht einmal mehr die Zeit, um sich zusammenzusetzen und gemeinsam Verbesserungs- und Lösungsvorschlägen zu diskutieren Das Miteinander mußte trotzdem keine Utopie bleiben Ich kenne einzelne Heime, wo man auch derzeit nicht schweigt, sondern zusammen die Probleme überdenkt, sich informiert, sich öffentlich und sozialpolitisch engagiert, neue Konzepte erarbeitet Mittlerweile geben ja fast alle - Wohlfahrtsverbände freie Trager, Politiker und andere Verantwortliche die verhängnisvolle allgemeine Altenhilfe-Situation zu (allerdings beharren sie darauf daß in ihren Häusern gut gepflegt wird) Viele argumentieren - wie ich auch manchmal - daß sie aber an Mauern stoßen wurden auf gesellschaftliche Blockaden Trotzdem bin ich der Meinung, daß Politiker keinesfalls wegschauen dürfen, daß dieses Thema nicht als Randthema - behandelt werden darf

Die Altenpfleger/innen „vor Ort“ benötigen bei einem Engagement unbedingt Unterstützung Sie sind restlos überfordert und überlastet Berufsverbände, Gewerkschaften und - noch näher daran - die Schulen sind hier aufgerufen Letztere waren derzeit in erster Linie gefragt, damit es zukünftig überhaupt noch den Beruf „Altenpflegerin“ gibt Sie sollten Mittler zu Trägern und Politiker sein In München gibt es dazu gute Vorbilder Immer mehr gehen - gezwun genermaßen - an die Öffentlichkeit, weil sie sonst keine Schuler mehr bekommen, Konkurrenz im negativen Sinne zunimmt und sie um die Existenz ihrer Ausbildungsstätten bangen müssen

- 2 Zu den Altenpflegeschuilen: Ist denn die Ausbildung - ganz unabhängig von den vielfältigen Besonderheiten in einzelnen Bundesländern - für den Beruf Altenpflege und eine individuell angemessene, sozial verantwortliche und fachlich kompetente Altenpflegerische Arbeit ausreichend?

Viele von uns Altenpfleger/innen sind Idealisten. Wer sonst würde schon einen Beruf ergreifen, der relativ schlecht bezahlt ist, dem Außenstehende mit einer eigentümlichen Mischung von Bewunderung und Abscheu begegnen, und von dessen Arbeitsbedingungen jeder weiß, daß sie schwer sind. Altenpfleger müssen Eigenschaften und Fähigkeiten mitbringen, die sich nur schwer vereinbaren lassen. Die meisten haben den Beruf gewählt, um mit Menschen und sinnvoll zu arbeiten. Sie fühlen sich der älteren Generation verpflichtet. Die Ausbildungsinhalte sind interessant, breitgefächert und wecken entsprechenden Anspruch und Hoffnungen. Zwischen den Erwartungen und der Arbeitssituation liegt aber eine tiefe **Kluft**.

Zu Beginn der Ausbildung und ersten Praxiserfahrungen bringen die meisten viel Elan, Motivation und Hoffnung mit. Schnell stellen sich Überschätzung bzgl. eigener Kräfte ein und Abhängigkeit zu den alten Menschen, zu denen man eine Beziehung hat, und die einem täglich signalisieren, wie sehr sie einen benötigen und lieben. Es dauert nicht lange, bis erste Frustgefühle auftauchen und der unendliche Weg des Sich-alleingelassen Fühlens, des Klagens, Schimpfens und der Teamprobleme, der Erschöpfung, des Ausgebranntseins, der absoluten Hoffnungslosigkeit beginnt. Erstaunlicherweise sind Altenpfleger extrem leidensfähig (das scheint bei Arbeitgebern und Politikern bekannt zu sein und benutzt zu werden). Sensibilität, die wichtiges berufliches Werkzeug ist, hat kaum Platz. Überlebensmittel sind dann häufiges Kranksein (und damit Ruhe- und Auftankphasen), Abstumpfung und Kündigung. Das Kernproblem bei Altenpfleger/innen liegt in den nur schwer zu vereinbarenden beruflichen Anforderungen. Sie müssen u. a. Kraft und Gründlichkeit eines Bauarbeiters mitbringen, Arbeiten wie eine Haus- und Putzfrau verrichten, sich medizinisches und pflegetechnisches Wissen wie ein Arzt aneignen, Organisations- und Führungstalent eines Managers und Einfühlungsvermögen eines Psychologen aufweisen. Da die wenigsten Personen Schwerarbeiter und Seelsorger zugleich sind, findet man unterschiedliche Charaktere (aus verschiedenen Welten, mit verschiedenen Sprachen), die sich in einem guten Arbeitsklima und unter günstigen Bedingungen durchaus sinnvoll ergänzen können. Bei Überforderung und unausgewogener Teamkonstellation kommt es aber zu ständigen Differenzen und Machtkämpfen.

Zu meiner Zeit, das war ca. 1990, war ich mit der breit gefächerten, abwechslungsreichen, kreativen Ausbildung rundherum zufrieden. Für mich persönlich waren die zwei Jahre Vollzeitausbildung wie eine Oase, in der ich meine Stärken einbringen konnte. Nur fand auch ich im stationären Bereich kaum eine fachlich ausreichende Praxisanleitung vor und wurde meist als Vollkraft eingesetzt. Wir waren aber alle voller Optimismus, daß die Altenpflege Zukunft haben und sich vieles verbessern würde.

Ich war ja auch eine „blutige Anfängerin“. Lucken fielen mir erst später im beruflichen Alltag auf, z. B. daß ich und viele meiner Kollegen viel zu wenig über den fachgerechten Umgang mit

dementen und anderen psychisch veränderten alten Menschen wußten (damals war z B leider noch nichts über Validation bekannt), daß es an Selbsterfahrung mangelte. Ich habe daher vor kurzem mein Schulzeugnis wieder ausgegraben, um einmal einen Blick auf unsere damaligen Fächer zu werfen. Eines der Wahlpflichtfächer war „Demenz“. Ich weiß nicht mehr, wie viele Stunden wir im Blockunterricht hatten, nach meiner Erinnerung nur ein paar. Allerdings hatten wir eine sehr kompetente Lehrerin, die es verstand mit wenigen einprägsamen Grundregeln uns das Wesentliche beizubringen, mein Interesse zu wecken (z B „*Meine Welt ist nicht deine Welt*“¹ oder „*Verwirrte haben ein Gefühlsgedächtnis*“). So konnte ich schon viel sensibler auf entsprechende Bewohner eingehen.

In unserer Ausbildung erhielten wir zwar Hinweise auf Fachliteratur, die man sich aber privat besorgen mußte, was für die meisten von uns Schülern viel zu teuer war. Außerdem reichte neben den reichlichen schulischen Pflichten Zeit, Konzentration und auch oftmals entsprechendes Interesse zum Studieren dieser oft sehr trockenen Bücher nicht aus. Vieles Wesentliche und Wichtige habe ich mir also später erst privat oder in der taglichen Arbeitspraxis durch die Beobachtung der Verwirrten, durch Einfühlen und Einsteigen in „ihre Realität“ gelernt. Durch Zufall entdeckte ich auch immer wieder einfühlsame, interessante Filme, Fernsehsendungen, Presseartikel, Romane oder Erzählungen,¹ in denen Betroffene oder Beobachter über ihre Alterserfahrungen berichteten oder in denen über den Umgang mit Dementen sehr fachgerecht berichtet wurde. Ich konnte deren Erkenntnisse direkt in meine Arbeit - erfolgreich - übertragen, erhielt viele Erklärungen für ihr mir damals fremdes Verhalten. Meine eigene Hilflosigkeit an bestimmten Punkten verringerte sich. Ich lernte sehr viel mehr über die Welt der sog. Verwirrten.

Ich weiß, daß ich mit meinem „Privatstudium“ aus der Literatur nicht die Einzige bin. Ich kenne eine Alzheimer-Tagesstätte in Wetzlar, die eine empfehlenswerte Buchliste über Fach- und andere Literatur zusammengestellt hat. Unser Deutschlehrer in meiner früheren Altenpflegeschule verstand es auch, mit Hinweisen auf einige Bücher (z B „Der Verlust“ von Siegfried Lenz, DTV-Taschenbuch) neugierig zu machen, über die man sich in alte, kranke Menschen besser und leichter hineinversetzen kann, als über oft abstrakte und schwer zu lesende Fachliteratur. Ein Problem sehe ich nur dann, daß für die meisten Altenpfleger/innen unter den derzeitigen Bedingungen weder Zeit, Kraft, Muße und Konzentration vorhanden bleiben, und damit das Lesen zur Utopie wird. Aber ich konnte mir vorstellen, daß im Rahmen einer Fortbildung Raum dafür gegeben werden kann, und der eine oder andere darüber mehr Verständnis für psychisch-veränderte alte Menschen aufbringen kann. Dennoch hat nicht jeder die erforderlichen Stärken und Interessen für vorwiegende Gefühlsarbeit, sondern mehr für medizinisch-pflegerische Tätigkeit, und das ist auch gut so. Eine „gesunde Mischung“ im Team wäre daher m.E. für alle das Beste.

Die meisten meiner Kollegen beklagten immer schon die Kluft zwischen Theorie und Praxis, und daß viele Fächer an der Realität vorbeigingen. Erlerntes im Alltag aus unterschiedlichen Gründen nicht durchführbar war. Obwohl ich persönlich meine Praktikumsstellen sehr sorgfältig ausgesucht hatte, fehlten vor allem im Altenheim auf den Pflegestationen gute Anleiter, wurde ich von Anfang an „ins kalte Wasser geworfen“, voll auf den Dienstplan gesetzt,

Zum Beispiel: Im Glanz des Mondes von Yasushi Inoue aus „Die Berg Azaleen auf dem Hira Gipfel“ Bibliothek Suhrkamp. Es gibt eine neuere Ausgabe in einem anderen Verlag unter einem anderen Titel: Ich glaube, Meine Mutter. Bücher von Margret Forster z B: Ich fahre in die Highlands“ Das Abenteuer des Alters Margot Benary Isbert Knecht Verlag Frankfurt/M. 1972

hatte ich oft als Quasi-Fachkraft die Schichtverantwortung zu tragen. Erst im Laufe meiner Arbeitsjahre wurden mir viele Ausbildungsmangel und -lücken bewußt.

Heute würde ich vor allem kritisieren, daß die meisten Schulen Heimtragern unterstellt sind und dadurch in Interessenskonflikte geraten. Solange wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen, Arbeitgeber einsparen wollen und nach billigen Kräften suchen, eignen sich dazu Praktikanten hervorragend als billige Lückenbüsser, noch dazu, wenn es viel zu wenig (Fach)personal gibt. Oftmals sind diese Träger auch die späteren Arbeitgeber der Schuler. Mittlerweile fehlt leider bei vielen Altenpfleger/innen jegliches Verständnis, wenn Lehrer und Praktikanten qualifizierte Praxisanleitung fordern, sich diese sogar zum Teil weigern, in bestimmte Heime Praktikanten zu vermitteln. Überforderte Altenpfleger/innen sehnen sich naturgemäß nach Entlastung, nach anpackenden Fachkollegen, aber auch nach ZIVIS und ungelernten Kräften, wenn sie persönlich dann nicht so viel arbeiten müssen. Sie vergessen dabei, daß sie sich selbst einmal eine qualifizierte Praxisanleitung wünschten oder sogar forderten.

Die Schulen mußten weiterhin größtes Interesse daran haben, genügend (menschlich, damit meine ich einfühlsame, nicht nur fachlich) qualifizierte Schuler zu finden und auszubilden, auswählen zu können, praktikable Eignungstests (ggf. zusammen mit dem Arbeitsamt) zu erstellen. Sie sollten in der Praxis mitreden dürfen, für ihre Praktikanten eine entsprechende Anleitung erhalten. Sie müssen - zusammen mit anderen in erster Linie daran arbeiten, daß der Beruf (wieder) attraktiver, sein Image verbessert wird. Dafür muß Geld zur Verfügung gestellt werden¹. Die Ausbildung selbst sollte für die zukünftigen Altenpfleger/innen kostenlos und unabhängig sein (kein Förderberuf¹), denn nicht bei allen wird sie durch öffentliche Stellen finanziert. Momentan gelangen vermutlich auch viele Ungeeignete übers Arbeitsamt an die Ausbildungsstellen. Auch ich plädiere für die derzeit mehrfach geforderte „integrierte Pflegeausbildung“.

Ungeeignete Mitarbeiter können den Ruf eines ganzen Berufstandes verderben - mit entsprechenden Folgen! Dadurch gibt es weniger Bewerber und gleichzeitig entsteht bei den Ausbildungsstellen Konkurrenzverhalten. Ich habe erlebt, daß unqualifizierte, schwierige oder Praktikanten irgendwie mitgezogen und am Ende als examiniert entlassen wurden. Früher konnte mehr gesiebt werden. Und ich weiß von Kollegen, daß derzeit teilweise Arbeitgeber bewußt andere „Qualitäten“ bei der Einstellung bevorzugen. Bei Besuchen in „meinem“ früheren Altenheim fällt mir auf, daß mehr und mehr männliche Pflegekräfte im Haus beschäftigt werden. Sie sollen vermutlich vor allem anpacken können, also körperlich belastbar sein, da es immer mehr Schwerpflegebedürftige gibt, die aus finanziellen Gründen bevorzugt auf den Pflegestationen aufgenommen werden. Außerdem können Männer nicht schwanger werden.

Ich bin nicht gegen Männer, eine gute Mischung ist sicher. Pflege-Team und Bewohner von Vorteil. Leider treffe ich immer wieder auf so viel Gedankenlosigkeit oder reines Spar-Wirtschafts-Management-Denken. Es zählt nur noch Geld, es wird nur am Personal gespart. Dabei liest man momentan in der Presse von Überschüssen in der Krankenversicherung, in der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung und das größte Tabu bleibt der Ausga

bennachweis der Heimbetreiber Geld für eine bessere Pflege wäre also genug vorhanden, es fließt nur in andere Topfe¹

Vieles andere mußte in der Altenpflege Ausbildung noch verbessert werden Voraussetzung wäre allerdings daß sich zuerst einmal die Gesamtsituation in den stationären Einrichtungen wieder normalisiert, denn ohne genügend Fachpersonal und Zeit für den Menschen sind alle folgenden Vorschläge überflüssig Beispielsweise wäre eine wichtige (ethische) Aufgabe das gründliche Erarbeiten eines Menschenbildes über den Lebensweg und die Situation der, besonders der im Heim untergebrachten, alten und meist kranken Menschen Der derzeitige Jugendlichkeitswahn läßt die Realität hilfs-, pflegebedürftiger, sterbender Menschen und deren spezielle Bedürfnisse ins Abseits geraten Viele alte Menschen entwerten sich leider selbst

Vor kurzem sagte mir eine sehr interessante, schon 87jährige Dame „Ich schaue mir nur noch die Fotos von früher an, gucke nicht mehr in den Spiegel Ich mag mich so nicht leiden “ Das besagt sehr viel¹ Auch im Altenheim pflegt man gemeinsam das aktive Jugendlichkeits Ideal, wird verdrängt, liebt man „fitte Alte“, wird mit Vorliebe aktiviert und reorientiert, statt gemeinsam Schweres in einem anderen Licht zu beleuchten, das Leben ggf. positiv zu konigieren Bilanz zu ziehen Im Rahmen meiner Biographiearbeiten habe ich gute Erfahrungen gemacht, denn ich fand es immer sehr schlimm wenn mir Bewohner erzählten, sie hatten nur ein schweres Leben gehabt mit zwei Weltkriegen, Hungerszeiten, schlechten Ehen und anderem Nur war auch für diese Arbeit in der Praxis viel zu wenig Zeit, mußte ich vieles privat zu Ende schreiben gab es Kollegen denen ich mit meinem Interesse oder meinen Aktivitäten Angst einjagte Ich mußte sehr diplomatisch vorgehen und konnte wenig darüber im Heim erzählen

Da ich derzeit selbst sehr krank bin mache ich viel „Selbsterfahrung“ fühle mich oft wie ein alter Mensch und kann mich sehr gut in deren Situation hineinversetzen z.B., daß man bestimmte Wege in die Vergangenheit nicht mehr zurückgehen will, sehr viel Ruhe (aber keine Einsamkeit¹) benötigt, aus dem Inneren reichlich schöpfen kann und gar nicht so viele Aktivitäten von Außen benötigt, die Eingeschränktheit und Verlangsamung durchaus kein Nachteil sein muß sondern eine besondere Intensität verleihen kann Ich fühle aber auch nach, wie schrecklich es ist, Schmerzen zu haben die bei mir mit allen Mitteln bekämpft werden, z.B. mit Morphin, was aber die meisten alten Pflegebedürftigen in Institutionen aus unterschiedlichen Gründen nicht erhalten und dadurch oft schrecklich leiden müssen Ich kann auch nachfühlen, wie schrecklich es sein muß sich so einsam zu fühlen und zu wissen, daß man im Altenheim sterben und vermutlich dabei ganz allein sein wird Ich selbst werde derzeit hervorragend ambulant von einem Münchner Hospizverein betreut, fühle mich durch die Mitarbeiter/innen nicht nur gut beraten und versorgt, sondern fast beschützt Das erspart viele Ängste Der Hospizverein hat gute Konzepte, Leitbilder kommt auch in die Altenheime (was vielen nicht bekannt ist), bietet Betreuung und Sterbebegleitung an Die Altenpfleger/innen sollten diese Hilfe viel mehr in Anspruch nehmen und Konkurrenz-, Kontroll- oder Besitzanspruchdenken ablegen Es könnte eine große Entlastung für sie bedeuten An dieser Stelle mochte ich sehr Persönliches einbringen, nicht um über mich zu sprechen, sondern weil die nachstehenden Selbster

fahrungen mir im Nachhinein so vieles erklärt haben, das ich einfach aus mangelnder Erfahrung nicht wissen konnte, und ich bin mir sicher, daß es anderen ähnlich ergeht. Hierzu habe ich vor einiger Zeit nachstehende Aufzeichnungen verfaßt

Die Sache mit den Medikamenten

Ich selbst bin seit einem Jahr krank und muß zur Zeit einige Medikamente nehmen. Ich bekam u. a. relativ harmlose Entwässerungstabletten. Und nun erfuhr ich am eigenen Leib (ich habe normalerweise einen niedrigen Blutdruck), wie mein Kreislauf darunter litt, wie mein Antrieb gebremst wurde, mein Appetit sich verschlechterte, wie ich an Gewicht verlor, immer später aus dem Bett kam, wie wichtige Spurenelemente und Mineralstoffe mit ausgeschwemmt wurden - mit entsprechenden Folgen. Zuletzt war ich bis mittags nicht mehr ansprechbar, mußte mich oftmals übergeben, fühlte mich schon in meiner Persönlichkeit verändert. Seit kurzem erhalte ich zui Appetit und Antnebssteigerung ein sehr niedrig dosiertes Cortisonpräparat, und es ist schon fast unheimlich. Ich fühle mich wie neugeboren¹. Ich habe neue Kraft, Appetit, kann einen völlig normalen Lebensrhythmus führen. komme wieder morgens aus dem Bett. Mein Tag hat nicht nur an Länge zugenommen, sondern an Lebensqualität! Ich bin eine andere Person geworden.

Für mich sind diese Selbsterfahrungen sehr wichtig geworden. Ich beobachte diese Phänomene und übertrage sie auf die oft multimorbiden Bewohner im Altenheim, die häufig vielerlei Medikamente, die sich gegenseitig beeinflussen können, verordnet bekommen. Wie muß das bei ihnen sein? Ich kann die Einnahme nicht nur selbst überwachen und steuern, sondern ich kann die Wirkung gut beobachten und reflektieren. das Ergebnis dem Arzt klar schildern, der wiederum entsprechend auf meine Mitteilungen reagiert und mit mir zusammen ausprobiert, was mir gut tun konnte. Die Ärzte können ja nicht genau wissen, wie die Medikamente letztendlich wirken, denn jeder reagiert ganz individuell darauf. Die alten Leute können die Medikamenteneinnahme aber meist nicht mehr selbst steuern. Sie sehen schlecht, sie vergessen, sie haben gelernt, sich anzupassen und darauf zu vertrauen, daß die Ärzte und Schwestern schon wissen, was für sie richtig ist. Viele sind „arzthong“ - ei ist für sie, ein Gott in Weiß. Sie nehmen ungefragt und anstandslos ihre täglichen Medikamente ein. Es gibt auch manche, die schmeißen sie in einem unbeachteten Moment weg, und die Pfleger finden sie am Boden, in irgendeiner Ecke. In der Regel aber benötigen sie Hilfe bei der Einnahme.

Für viele Pflegekräfte werden körperliche oder seelische Veränderungen bei Bewohnern dann eben dessen Persönlichkeit zugeschrieben. manchmal aber sind sie nur die Folge von zu vielen oder falschen Medikamenten. Sie werden als depressiv oder unruhig, zu faul, um aufzustehen oder bestenfalls Spataufsteher bezeichnet, haben eben keinen Hunger oder man glaubt, sie bauen „natur gemäß“ ab und wollen sterben. Notfalls bekommen sie eben ein Psychopharmakon zur Antriebssteigerung oder Beruhigung! Die Beipackzettel mit den Nebenwirkungen werden schon ordentlich in einem Hefter abgelegt und in den Schrank gestellt. Nur selten schaut man später nach.

Frau A klagt zB häufig, daß sie müde ist, nur schwer aufstehen kann. Das wird nun ihrer Person zugeschrieben. Dabei war sie als sie noch zu Hause lebte, eine Frühaufsteherin, das weiß ich von ihr und ihrer Enkelin. Sie hat auch einen sehr niedrigen Blutdruck kollabiert leicht. Ich bin mittlerweile überzeugt, daß das von den starken Entwässerungs-Medikamenten kommt, weiß aber auch, daß diese wiederum nicht einfach abgesetzt werden können, weil sie andererseits Ödeme hat. Das Ganze ist schon eine recht komplizierte Angelegenheit. Eine gründliche, fachliche Beobachtung und entsprechende Anpassung wäre vonnöten, das erfordert aber einen entsprechenden Zeitaufwand und auch entsprechend qualifiziertes Personal.

Gegen Liebeskummer gibt es ein Beruhigungsmittel

Häufig stellte ich fest, daß in „Akutfallen“ (das heißt, Bewohner werden unbequem, stören) ein Medikament angesetzt wurde, zB ein Psychopharmakon, anschließend aber notwendige sorgfältige Beobachtung und Dokumentation fehlen und das Präparat nie mehr abgesetzt wurde.

Bei Frau A war das zB so: Sie litt vor zwei Jahren unter echtem Liebeskummer, weil ein Mitarbeiter des Hauses von einem Tag auf den anderen das Heim verlassen mußte. Sie hatte sich mit ihren 86 Jahren noch einmal verliebt, denn alte, oft einsame Menschen bleiben innerlich jung, haben die gleichen Gefühle und Sehnsüchte, nur die „Schale“ altert. Frau A hatte „ihn“ dann aber nie mehr wiedersehen können. Daraufhin versuchte sie nachts, ihm Briefe zu schreiben. Aufgrund ihrer Einschränkungen (sie sah schlecht, konnte nicht mehr im Zusammenhang formulieren, hatte eine krakelige, zitterige Handschrift und vergaß auch, daß sie selbst in schlaflosen Nächten diese Zettel geschrieben hatte), passierte dann folgendes: Sie fand ihre eigenen Briefchen, konnte dann nur noch den Namen dieses Mitarbeiters entziffern. Sie meinte, er hatte ihr geschrieben, wäre nachts in ihr Zimmer gekommen, hatte ihr diese Zettel auf den Tisch gelegt und wollte Kontakt mit ihr aufnehmen. Sie erzählte das natürlich auf der Station. Die Mitarbeiter wiederum bezeichneten ihre Berichte als „Halluzinationen“, und sie bekam vom Arzt ein Neuroleptikum verschrieben, das nie mehr abgesetzt wurde. Ich kam nur dahinter, weil ich immer wieder mit ihr über diesen Liebeskummer sprach, nachdem ich ihr Vertrauen erlangt hatte. Ich durfte mir diese Zettel ansehen und sie auch vernichten. Ab diesem Zeitpunkt war das Thema erledigt. Durch die vielen behutsamen Gespräche und den Abstand hat sie also ihren Liebeskummer verarbeiten und vergessen können.

Psychopharmaka sind das Medikament gegen Zeitnot, nichtfinanzierbare psychosoziale Betreuung, alles Unangenehme und Unbequeme, sind leichter und billiger zu verordnen als Liebe und Zuwendung.

Bei Frau B, einer Bewohnerin, die vor zwei Jahren verstorben ist, gibt es ein ähnlich tragisches Lebensende aufzuzeigen. Sie war eine intelligente, körperlich relativ rüstige, vitale, warmherzige, lebenslustige Frau, die bis zuletzt im Familienbetrieb (einer Metzgerei) mitgearbeitet hatte. Sie wuchs auf einem Bauernhof auf, konnte anpacken, war immer tüchtig und wollte gebraucht werden. Wenn man sie nach ihrer Vergangenheit fragte, konnte sie sehr lebendig, ja fast

fotographisch vom Leben auf dem Bauernhof, in der Metzgerei, von Brauchen und Sitten erzählen. Sie hatte sehr geschickte Hände, half mir oft beim Apfelschalen und schnitzeln, beim Backen. Ich denke, daß sie verwirrt wurde, weil sie zusehen mußte, daß ihre Tüchtigkeit altersbedingt abnahm und sie im Familienbetrieb nicht mehr so gefragt war. Sie war vor allem örtlich desorientiert und fühlte sich im Altenheim überflüssig, konnte es nicht als ihr Zuhause akzeptieren. Sie äußerte große Sehnsucht nach ihrem Zuhause, ihren Kindern, nach ihrer Arbeit. Sie machte sich auf die Suche, fand aber nicht mehr zur Station zurück. Das war natürlich ein großes und arbeitsaufwendiges Problem für die zuständigen Mitarbeiter. Aufgrund ihrer Weglauftendenz kam sie zu uns in die heiminterne Tagesbetreuungsstätte. Auch dort fühlte sie sich anfangs nicht wohl. Denn wir trinken zu Beginn immer Kaffee, erzählen usw. Das *„ging ihr schon gegen den Strich“*, denn sie suchte ja Beschäftigung. Wir überlegten, wie wir ihr helfen konnten. Auch auf der Station machte man die Erfahrung, daß sie eine sinnvolle Aufgabe brauchte. Da sie eine sehr soziale Einstellung zu den anderen Bewohnern hatte, ergab es sich fast von selbst, daß sie sich um andere, schwächere kümmerte. Bald fand man heraus, daß sie zufrieden war, wenn sie einer Bewohnerin, die extrem langsam aß, das Essen eingeben durfte. Ab diesem Zeitpunkt wirkte sie glücklich und zufrieden, verkündete strahlend, daß sie sich um *„ihre Leute kümmern müsse, in die Arbeit ginge“*. Frau G. hatte lange Zeit viel Geduld. Aus mir unbekannten Gründen war sie eines Tages mit dieser Betreuer-Aufgabe überfordert und wurde immer aggressiver. Daraufhin sprach man mit dem Hausarzt, der ihr ein Beruhigungsmittel verordnete. Die Nebenwirkungen machten ihr sehr zu schaffen, dafür bekam sie wieder ein anderes Medikament usw. Wir luden sie erneut in unsere Tagesbetreuungsstätte ein. Mittlerweile fühlte sie sich auf der Station ungeliebt und war gerne bei uns. Sie konnte wunderbar erzählen, half beim Abspülen, Tischdecken und abräumen, beim Kochen und Backen. Am liebsten sang sie Volkslieder. Auf der Station erlebte man sie als ungeduldig und aggressiv, als sehr unruhig. Zuletzt erhielt sie verschiedene Neuroleptika und Tranquillizer gleichzeitig. Der gegenteilige Effekt trat ein: sie wurde immer unruhiger, schlief zwar tagsüber, nachts war sie dagegen wach. Sie irrte am Gang umher, ging auch in andere Zimmer. Daraufhin sperrte man sie nachts ein, d. h. man wickelte ein Netzhoschen um den Türgriff. Im Zimmer lag ein Messer, das vermutlich vom Abendessen liegengeblieben war. Sie schnitt dieses Netzhoschen auf, weil sie nicht eingesperrt sein wollte. Mit diesem Messer wurde sie am Flur angetroffen. Daraufhin wurde sie als gemeingefährlich betrachtet. Man überlegte, sie in die Psychiatrie einweisen zu lassen. Aber dazu kam es nicht mehr, denn sie stürzte, klagte über starke Schmerzen in der Hüfte. Sie wurde ins Krankenhaus eingewiesen und geröntgt. Man vermutete einen Oberschenkelhalsbruch, aber es wurde nichts gefunden. Sie wurde wieder ins Altenheim entlassen. Dort klagte sie über starke Schmerzen, schrie sie um Hilfe. Zu mir sagte sie: *„Das ist mein Ischias, ich kenne diese Schmerzen von früher“*. Sie konnte vor allem nicht mehr sitzen, aber sie konnte auch nicht mehr laufen, war wirklich am Boden zerstört. Als ich sie zu uns in die Tagesstätte holte, sagte sie: *„Ich weiß jetzt, was die Holle ist“*. Wir und auch Mitarbeiter der Station setzten alle Hebel in Bewegung, damit sie nochmals zur Untersuchung ins Krankenhaus kam, wir waren vehement dagegen, daß man sie zur

medikamentösen Einstellung in die Psychiatrie brachte, denn wir glaubten Frau Bs Schmerzbeschreibungen und an eine Verletzung. Es war sehr schwierig, den Hausarzt und auch Angehörige davon zu überzeugen, daß das nötig wäre. Endlich wurde sie erneut geröntgt, man stellte einen Becken- (oder Steißbein-?)bruch fest und behielt sie im Krankenhaus. Ich besuchte sie dort einmal. Sie wirkte auf mich sehr zufrieden, klar und ruhig. Als sie nach mehreren Wochen wieder ins Altenheim kam - zurück in die „Holle“ - (und sie erneuerte sich genau) stürzte sie erneut, bekam eine Embole und verstarb.

Erfahrungsberichte von alten Menschen oder Betroffenen und Selbsterfahrungsblöcke in dieser und anderer Hinsicht mußten viel mehr auf den Unterrichtsplan gesetzt werden. Wie fühlt es sich an, wenn ich Hilfe benötige, mich abhängig, „entmündigt“ fühle? Wie geht es mir, wenn man mir Essen eingibt, ich nicht zur Toilette gehen kann und Einlagen tragen muß, am Stuhl oder im Bett fixiert bin, wie ein Kind behandelt, bevormundet oder erzogen werde, die Orientierung verloren habe etc.? In meinem früheren Altenheim wurden vor Jahren in diesem Zusammenhang Fortbildungen für das Personal angeboten. Sie waren sehr gefragt und hatten entsprechend Auswirkungen - auf Bewohner und Pflegepersonal. Für den Beruf Altenpflege braucht es wieder ein neues Profil, er darf nicht zum technischen und organisatorischen Verwalter alter Menschen degradiert werden. Auf häufige Probleme von Pflegekräften sollten in unterschiedlichen Fachern intensiver eingegangen werden. Beispielsweise: Wie gehe ich mit Teamkonflikten um? Wie erkenne ich eigenes Helfersyndrom, Burnoutsymptome, was kann ich dagegen tun? Wie lerne ich mich selbst wichtig zu nehmen? Wie gehe ich gegebenenfalls damit um, daß ich lieber vorzeigbare Arbeiten durchführe (z.B. Aufräumen und Putzen, Büroarbeiten) als Stille auszuhalten, am Bett eines Kranken zu sitzen, mich auf die Bedürfnisse und Probleme der Bewohner einzulassen, bzw. wie kann ich zwischen beidem ein notwendiges Gleichgewicht herstellen? Wichtig erschien mir auch eine Fortbildung zum Thema: „Äußere Rahmenbedingungen in Institutionen wie dem Alten- und Pflegeheim - Welche Auswirkungen haben diese auf Pflegekräfte und Pflegebedürftige?“ Denn immer wieder habe ich die Erfahrung gemacht, wie wenig man sich Gedanken macht bei der Gestaltung von Pflegestationen. Nicht von ungefähr akzeptieren gerade Verwirrte die Station nicht als ein Zuhause, begeben sich auf die Suche nach ihrer Wohnung, nach einer Wohnung! In unserer Tagesstätte beruhigten sie sich immer sehr schnell, fühlten sich daheim, heimelig und geborgen und auch wir arbeiteten in diesen Wohnräumen gern und motiviert.

Hierzu schreibt Erich Schutzendorf: *„Überhaupt keine Beachtung findet bisher in Pflegeheimen der Gedanke, daß die äußeren Rahmenbedingungen die Räume und ihre Gestaltung die Gewaltbereitschaft des Personals noch steigern. Wergezwungen ist, sich ständig durch helle, lichtdurchflutete, saubere, aufgeräumte, in Galerieweiß gehaltene und funktionale Räume zu bewegen, wer fortwährend den Symbolen der funktionalen Zeit (Uhren, Kalender), der Harmonie, der Plan- und Berechenbarkeit begegnet, der stellt sich nicht ohne weiteres auf die ganz andere Vorstellung von Zeit, Ordnung, Sauberkeit, Gemütlichkeit und die anderen Bedürfnisse nach Stille, Dunkelheit, Trauer, Unruhe, Bewegung, Angst, Schreien, zweckfreies Spielen und Aggression um. Statt dessen wird er viel Zeit und Energie darauf verwenden,*

zu ordnen, zu richten und die Alten den vorgegebenen Bedingungen anzupassen. Dabei ist es doch so, daß in den Pflegeheimen überwiegend alte Menschen leben, die gerade an den Bedingungen einer funktionalen, aufreibungsloses Funktionieren bedachten Gesellschaft gescheitert sind. Aber genau mit diesen Bedingungen - eben auch mit der Wohn- und Lebenskultur- der funktionierenden Erwachsenen, begegnet man in den Heimen den alten Menschen. Das kann niemand wollen."

Wir Mitarbeiterinnen der heiminternen Tagesbetreuungsstätte, die keinerlei Institutionsatmosphäre ausstrahlt, sondern eher einem Wohnzimmer der Bewohner gleicht, nach Zuhause aussieht, wurden oftmals von Kollegen der Pflegestationen beneidet. Wir hatten es viel leichter, glaubten die meisten, weil wir nicht nur mehr Zeit für sozialpflegerische Tätigkeiten hatten und nur wenige körperliche Pflege verrichten mußten. Daraufhin luden wir einige von ihnen ein, mit uns einen Nachmittag zu verbringen, und „nur Kaffee zu trinken“.

Daß das intensive Zuhören, das absolute Einlassen auf eine andere Realität, auf die Welt der Verwirrten und „nur Pflegebedürftigen“ Schwerst-Gefühlsarbeit bedeutet und wir am Abend mindestens genauso erschöpft waren, war dann für manche nachvollziehbarer, für andere aber nicht. Daß auch Gruppenarbeit mit alten Menschen anstrengend ist, wissen ebenfalls viele nicht. In der Phantasie sieht eben vieles anders aus¹.

Allerdings muß ich zugeben, daß viele unserer Rahmenbedingungen, vor allem der äußeren nicht nur für uns, sondern vor allem für die Betreuten sehr günstig waren. Die zufriedenen Rückmeldungen bestätigten uns das Tag für Tag, motivierten uns sehr. Das kleine Team und ein praktikables Konzept verringerte Konflikte auf ein Mindestmaß. Heute ist diese Tagesstätte nicht nur beliebt, sondern die einzige Oase im Haus. Es gibt seit einiger Zeit einen Vormittagstreffpunkt, an dem sich oft 20 bis 30 Bewohner zum Kaffee einfinden, Freundschaften geschlossen wurden. Daß die Tagesstätte weiterhin so gut läuft und finanziert wird, erscheint mir wie ein Wunder. Die Bewohner, die sie nutzen können und viele Mitarbeiter des Hauses sind darüber sehr glücklich. Es existieren sonst - bis auf eine Gymnastikgruppe - kein weiteres Beschäftigungs- und Betreuungsangebot mehr im Heim. Auch hier spart der neue Träger am Personal.

- 3 Sind Fort- und Weiterbildung ein Sprungbrett zur beruflichen Entwicklung oder die Vorbereitung des Ausstiegs?
Ist das Hochschulstudium (nicht nur) eine Alternative für die betroffenen Altenpfleger/innen, sondern auch eine realistische Chance zur Verbesserung der Praxis für die im Beruf verbleibenden Berufsangehörigen?

Bei kurzfristigen Fortbildungen steht eher der Gedanke nach einer Qualifizierung im Vordergrund und daß man einfach aus dem Alltag herauskommt. Die meisten Mitarbeiter haben durch Personalknappheit weder Zeit noch Kraft, besuchen in erster Linie sog. Inhouse Veranstaltungen, die vom Arbeitgeber anberaumt werden, häufig thematisch auch an ihren Interessen vorbeigehen. Die wenigsten können teuren Weiterbildungen aus der eigenen Tasche finanzieren,

sind daher auf Zuschüsse, z B vom Arbeitgeber, angewiesen, müssen sich dann aber zu vielem verpflichten und binden. Trotzdem betrachten sie es als willkommene Chance, vorerst etwas zu verändern, während der Weiterbildung einmal etwas anderes zu machen. Sie denken daran, sich 'fort-zubilden'. Bei berufsbegleitenden Maßnahmen geraten sie oft in extreme Streßsituationen, äußern, daß das Erlernte wieder nicht praktikabel sei. Momentan erlebe ich Weiterbildungen bei Kollegen eher als Fluchtmöglichkeit aus dem Pflegealltag oder den Versuch, um bzw auszustei-gen. Dazu einiges aus meinem „Fortbildungs Lebenslauf“ (Ich bin vielleicht eine Ausnahme).

Während meiner Ausbildung und gleich nach dieser war ich der festen Überzeugung, daß ich so viel wie möglich an Fort oder Weiterbildungsmöglichkeiten wahrnehmen mochte und werde. Doch dann kam es anders. Ich wurde schon in den ersten Monaten meiner Arbeit auf einer Pflegestation krank, mußte operiert werden. Das war mir natürlich sehr unangenehm. Und dieses „Pech“ setzte sich ein halbes Jahr später mit einer Krebserkrankung und entsprechend langem Arbeitsausfall fort. Als ich dann etwa 1/2 Jahre später wieder arbeitsfähig war, erhielt ich die Möglichkeit, in der heimin-fernen Tagesbetreuungsstätte des Hauses zu arbeiten und war darüber sehr glücklich, denn ich konnte dort meine sozialpflegen-schen Stärken einbringen. Ich durfte die Angebote erweitern, meine Arbeit ausbauen, indem ich ganztags als Mitarbeiterin und später als Leiterin tätig war. Damit standen für mich Praxiserfahrungen und Aufbauarbeit im Vordergrund. Ich hatte also wenig Zeit für Fort-bildung oder gar Weiterbildung, denn letzteres hatte wieder eine Arbeitszeitreduzierung auf 75% bedeutet, und die Kosten waren für meine damaligen Verhältnisse zu hoch. Im Altenheim selbst wurden vor allem Fortbildungen für den medizinisch pflegischen Bereich, wie Pflegeplanung, Kinästhetik etc. angeboten, seit Einführung der Pflegeversicherung vor allem EDV, Abrechnung, und andere Verwal-tungsaufgaben angeboten. Natürlich wurden immer einzelne Mitar-beiter bezuschußt, die an Weiterbildungsmaßnahmen zum Praxisan-leiter, Stations- oder Pflegedienstleiter Interesse zeigten. Es gab einen begrenzten Etat fürs ganze Haus. Heute - unter einem anderen Träger - scheint man generell bei Fort- und Weiterbildungs-maßnahmen wieder großzügiger zu sein, nur hat ja kaum eine Alten-pfleger Zeit oder Geld, diese in Anspruch zu nehmen.¹

1990 gab es in Deutschland noch keine Validations-Fortbildungen, und nur wenig andere interessante Fortbildungen für den Bereich „Umgang mit Dementen“, die für mich in Betracht gekommen waren. Für längerfristige Zusatzausbildungen in Gerontopsychiatrie oder Geriatrie hatte ich keine Zeit. Ich erinnere mich nur an folgende von mir wahrgenommene Fortbildungs-Veranstaltungen: Ein eintä-giges Einführungsseminar mit Naomi Feil in Validation, an ein eintägiges Seminar über Psychopharmaka und an eine heiminterne Fortbildung über Demenz (und ich wäre wirklich an mehr interes-siert gewesen, aber nicht an einem „Nachweispapier“). Für meinen Arbeitsbereich gab es nicht viele Möglichkeiten. Ich hatte z B großes Interesse an Biographiearbeit gehabt. Kurz bevor ich 1997 erneut erkrankte, dachte ich zum ersten Mal an eine mehrjährige Zusatz-ausbildung in Gerontopsychiatrie, aber mein Alter (ich war damals Ende Vierzig) und die Kosten machten mir auch Bedenken, ob sich das noch lohnen würde. Ganz abgesehen davon, daß ich sie unter

den derzeitigen Bedingungen nur schwer mit meiner eigentlichen Arbeit in Einklang hatte bringen können

Daß die meisten Altenpfleger/innen im Pflegebereich ganz andere Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche an Fort und Weiterbildungsmaßnahmen haben als ich, ist mir aber durchaus klar. Meine persönliche Situation ist eine besondere gewesen und auf die meisten meiner Kollegen nicht übertragbar.

Mich persönlich hatten Seminare zum Thema Biographie- und Gruppenarbeit mit alten Menschen oder auch zur deutschen Geschichte interessiert, denn ich stieß immer wieder auf Menschen, die vertrieben wurden, zum Beispiel aus Schlesien, Rumänien, Deutsch Ungarn, dem Sudetenland (Dazu gibt es lebendige Geschichts-Beschreibungen in der Literatur, z. B. von Gudrun Pausewang 'Rosinkawiese', DTV-Taschenbuch, oder 'Fern von der Rosinkawiese' Ravensburger Verlag), verspürte einerseits große Widerstände im Gruppengespräch, wenn es um die Zeit des Nationalsozialismus oder die Juden ging, aber auch ein Bedürfnis, darüber im Zweiergespräch zu reden. Viele ausländische Mitarbeiterinnen haben zum Beispiel nie verstanden, warum Bewohner auf „Polaken“ schimpften, wenn sie westslawische Laute vernahmen. Diese Hintergründe sind vor allem bei Dementen wichtig, gerade in der letzten Lebensphase, vor dem Tod, denn sie haben lange Zeit verdrängt und quälen sich dann manchmal im Sterben mit Unerledigtem. Ganz wichtig erscheinen mir auch praxisnahe Selbst erfahrungs Fortbildungsseminare für das mittlere und höhere Management. Es gibt eine zu große Kluft zwischen den Basismitarbeiterinnen und dem leitenden Personen.

Zum Hochschulstudium als realistische Chance für Altenpfleger/innen. Daß das Hochschulstudium eine Alternative und Chance für eine Verbesserung in der Altenpflege Praxis sein kann, wäre wünschenswert. Ich besitze hier kaum Erfahrung, meine aber, daß praxisnahe Altenpfleger/innen unbedingt im Hochschulbereich vertreten sein mußten, denn sie werden die späteren Aus-, Weiter-, und Fortbilder darstellen, am Profil des Berufsbildes, an Konzept- und Weiterbildung mitwirken. In vielen aus der Krankenpflege kommenden Pflege Theorien werden die speziellen Bedürfnisse alter Menschen, die über einen längeren Zeitraum in Altenheimen leben und gepflegt werden, noch zu wenig berücksichtigt, damit meine ich aber nicht, daß es eine Konkurrenz zwischen Kranken- und Altenpfleger/innen geben mußte.

4 Ist die Altenpflege ein Lebensberuf? Kann und soll der Beruf das sein?

Mich hat das Ergebnis der BIBB Untersuchung, daß 66,7% ihn als Lebensberuf betrachten, zuerst sehr verwundert. Ich denke mir, kurz nach der mühsam absolvierten Ausbildung und den ersten Praxiserfahrungen ist das ein Wunschdenken! Ich habe mich an die, die langjährig in diesem Beruf tätig sind, erinnert. Ich kenne phantastische Kolleginnen, die meist Späteinsteigerinnen waren, oftmals teilszeitbeschäftigt arbeiten konnten und ein funktionierendes Familienleben hatten, Ausgleichsquellen besaßen. Die waren maximal 10 bis 15 Jahre in der Pflege tätig, meist bis zur Pensionierung - ohne auszubrennen. Daneben gab und gibt es auch langjährige MitarbeiterInnen, die „Karriere“ machten, also mindestens Stationslei-

tennnen oft auch Pflegedienst oder Heimleiterinnen wurden und dadurch teilweise aus der eigentlichen Pflegearbeit ausstiegen. Viele von diesen arbeiten mittlerweile zu menschenfern, widmen sich vor allem Büroarbeiten, sitzen lieber am Computer, beschaf-tigen sich mit Managementaufgaben, besuchen kaum mehr die Stationen. Ich kenne einen Heimleiter, der prinzipiell die Pflegesta-tionen seines Hauses nicht besucht. Sein Büro befindet sich für die Heimbewohner nur schwer zugänglich - nur über Treppen erreichbar - und kaum auffindbar im Abseits des Altenheimes. Fragt man ihn nach den Gründen, findet sich natürlich immer ein Argument.

Privatleben, gibt es das neben der Arbeit noch für Altenpfleger/innen?

„Der Beruf schneidet mich von allem anderen ab“ geht aus der BIBB-Studie zum Thema „Belastungen“ hervor. Ich denke, die Vereinsamung ist ein weiterer Hauptgrund, warum der Beruf kein Lebensberuf sein kann. Kann und darf ein noch dazu qualifizierter Beruf derart krank und einsam machen und damit vielleicht sogar ein Leben zerstören? Wenn beispielsweise unser Privatleben kaputt geht, weil wir nur noch Überstunden machen oder total negativ beladen, erschöpft nach Hause kommen und wiederum unsere Partner belasten? Ich kenne sehr viele Altenpflegerinnen, die mir berichten, daß sie kaum mehr abschalten können, daß sie ihre Privatwohnung (meist ein Zimmer oder Appartement im Altenheim) lediglich zum Ausschlafen nutzen, daß sie nur von Urlaub zu Urlaub leben und dafür alles ersparen, daß sie in ihrem Freundeskreis ständig über Berufliches reden usw. Ich kenne Kolleginnen, die mir erzählen, daß sie keine Partnerschaft mehr eingehen können, weil sie zu erschöpft sind, immer schwerer oder sogar depressiv werden.

Ein Freund sagte einmal zu mir: *„Wenn ich mir vorstelle, daß ich mit Dir verheiratet wäre, und Du mir jeden Tag von Deinem Altenheim berichten würdest, soviel Negatives! Das wäre für mich undenkbar, nicht zum Aushalten!“* Unsere beruflichen Erlebnisse sind mit Sicherheit keine gefragten in unserer Gesellschaft. *„Jetzt wechseln wir aber einmal das Thema!“* höre ich oft, wenn ich von meiner Arbeit erzähle.

Eine Kollegin äußerte sich in einem Brief: *„Man kann sich nicht vorstellen, wie man diese Arbeit bis zur Pensionierung aushalten kann und vor allem, wie man dabei ein Mensch bleiben kann.“* Der Ehemann einer Altenpflegerin schrieb mir nach einem Zeitungsar-tikel: *„In jedem Ihrer Worte erkannte ich die Klage meiner Frau. Mirdut es immer weh zu sehen, wie sie von diesem inneren Zwiespalt fast aufgefressen wird, für die Patienten alles tun zu wollen, aber einfach nicht die Möglichkeiten dafür zu haben. Keine Gelder, zu wenig Personal, zu wenig Zeit für die einzelnen Patienten - die bekannte Spirale!“*

Gibt es überhaupt in unserer Zeit noch Lebensberufe? Ich meine: Nein! und schon vorab sage ich, daß ich den Beruf der Altenpfle-genn unter den derzeitigen Bedingungen niemals als Lebensberuf betrachten kann! Im folgenden will ich einige Beispiele aus meiner früheren Praxis berichten, die exemplarisch aufzeigen, wie schwer dieser Beruf ist, und daß dieser von daher betrachtet kein Lebens-beruf sein kann.

Arbeitsbedingungen im Altenheim - ein Ausschnitt

Wenn ich Frau A besuche, gehe ich meist nur zu ihr ins Zimmer. Manchmal sitze ich mit ihr beim Abendessen im Speisesaal, andere Male begleite ich sie in die Tagesbetreuungsstätte und verbringe den Nachmittag mit ihr. Es fällt mir sehr schwer, dieses Altenheim zu betreten, weil ich immer wieder ungefragt von Kollegen oder Bewohnern angesprochen werde, die mir erzählen, wie sich die Zustände - die Arbeits- und Lebensbedingungen dort - verschlechtern haben und vermutlich weiter verschlechtern. Eine Altenpflegerin sagte vergangene Woche zu mir: *„Wenn mir Bewohner erzählen, sie möchten sterben, kann ich sie mittlerweile mit gutem Gewissen nicht mehr zum Leben motivieren, denn dieses Leben hier bedeutet nur noch Leiden.“* Viele berichten mir von standigen Mobbing Attacken und klagen, daß sie keine Zeit für Gespräche und sorgfältiges Arbeiten hatten, ihnen sei jegliche Arbeitslust vergangen. Eine Kollegin der Tagesbetreuungsstätte meinte: *„Hier oben ist die Insel der Glückseeligen, auf den Stationen ist es unerträglich.“*

Die meisten Altenpfleger/innen leiden sehr unter dieser Situation und erkranken ständig. Eine andere Mitarbeiterin, die 18 Jahre lang täglich vormittags auf einer Pflegestation mit vollstem Engagement und ihrer ganzen Kraft - also mit Leib und Seele - Bewohner betreut hat, erzählte mir, sie höre auf, dort zu arbeiten. Sie arbeite nur für ein paar Mark Lohn. Zuletzt mußte sie nur noch putzen, durfte die Bewohner nicht mehr betreuen. Sie ging zum Pflegedienstleiter, hoffte, daß ihr dieser helfen würde, daß sie wieder entsprechende Betreuungsarbeiten verrichten kann. Er sagte ihr, sie konnte ja ehrenamtlich (also ohne Bezahlung) ins Haus kommen, da durfte sie dann sozusagen psychosoziale Betreuung durchführen, aber ansonsten mußte sie sich an die Anweisungen der Station halten und eben putzen. Es gab von seiner Seite kein Wort des Dankes oder eine Bitte, zu bleiben. Dieser Geist weht immer mehr durchs Haus, vor allem, wenn es um die Arbeitsbedingungen der Altenpfleger/innen geht. Ihre Kollegin, die ebenfalls die gleiche intensive Arbeit auf dieser Station über Jahre einbrachte, hat nun auf eine andere gewechselt, wo sie zufrieden arbeiten kann. Aber auch sie beklagt, daß die Station, auf der die beiden früher arbeiteten, einmal die Vorzeigestation des Hauses gewesen sei und jetzt alles andere als vorzeigenswert wäre. Vor Jahren hatte das gesamte Stammpersonal nach und nach gekündigt. Es befürchtete zu Recht, daß sich die Zustände zu sehr verschlechtern wurden. Mittlerweile ist dort anscheinend eine fürchterliche Personalbesetzung. Aber das kann ich persönlich nicht beurteilen - das bekomme ich nur vom Hörensagen glaubwürdiger Mitarbeiter mit.

Ich mache die Erfahrung, daß - aufgrund von Einsparungen - immer mehr Helfer und Altenpfleger eingestellt werden, die entweder keine Qualifikation haben oder eine fragwürdige berufliche Vergangenheit mitbringen. Das bedeutet, sie wechseln ständig die Stelle oder haben bei früheren Arbeitsstellen Abmahnungen bekommen bzw. man riet ihnen zur Kündigung. Verstärkt sucht man unqualifizierte Job Altenpfleger auf der Basis von geringfügig Beschäftigten und ausländische Billigkräfte. Diese sind oftmals völlig ungeeignet für diesen Beruf, zumindest restlos überfordert, passen sich den Bedingungen an, brennen schnell aus, stumpfen ab, werden zwangsläufig hart. Sie verrichten ihre Arbeit wie einen Akkord- oder Bauarbeiter Job. Ich vermisse ihre seelsorgerischen

Anteile Gleichgültigkeit Gedankenlosigkeit, Schlampigkeit und Gewalt sind die Begleiterscheinungen Beispiel Ein Altenpfleger sagte kürzlich - vor dem betreffenden Bewohner - zu einer Kollegin *Herrn B müssen wir morgen baden, er stinkt wie ein Schwein¹* Die besten Altenpfleger/innen haben in den vergangenen zwei Jahren in diesem Haus gekündigt Stationshilfen wurden umfunktioniert zu schlechter bezahlten Pflegehilfskräften Sie hatten keine andere Wahl, als entweder zu diesen Bedingungen weiterzuarbeiten oder zu gehen, weil aus Einsparungsgründen Verträge mit Fremdputzfirmen abgeschlossen wurden Das Haus verdreckt sichtbar In acht Minuten wird z B das Appartement mit Bad geputzt Von Bewohnern des Wohnbereiches vernehme ich ständig dazu Klagen Sie überlegen immer wieder sich eine gemeinsame private Putzfrau zu engagieren haben aber Angst, von selten der Heimleitung Probleme zu bekommen

Auf der einen Seite wird im Personalbereich und bei der psychosozialen Betreuung der Bewohner extrem gespart, auf der anderen Seite will man mit modernen Investitionen beim Neubau oder Umbau von Altenheimen klotzen Ich möchte nicht mißverstanden werden Ich bin nicht gegen behindertengerechtes Bauen Ich plädiere seit Jahren dafür, daß mehr Wohnlichkeit in den Heimen Einzug finden muß Ich bin aber gegen eine sterile kühle „Designerlandschaft“ Beispiel In dem mir vertrauten Altenheim wurden vor kurzem auf den Gängen aus Brandschutzgründen sämtliche gemütlichen Sitzmöbel entfernt Stattdessen kaufte man (sichere) brandsichere Holzstühle und Tische mit Metallbeinen, die sehr ungemütlich und wenig einladend wirken (Diese Möbel sind auch in allen anderen Häusern dieses Trägers eingeführt worden) Entsprechend wenige Leute benutzen sie Die Kommunikation auf den Gängen hat sich auffallend reduziert Ich bin nicht gegen Neubauten und Modernisierung - vor allem wenn sie dem Pflegepersonal Erleichterung bringt, lange Wege etc erspart Ich bin für kleinere, überschaubare, „verwirrt gerechte“, wohnliche Heime mit einer Architektur die einen „Zuhause Charakter“ vermittelt die den Bedürfnissen der Bewohner entspricht Ich bin auch gegen „Hühnerstall“ Zimmer finde eine Doppelzimmerbelegung problematisch Wenn ich aber zurückdenke und mich an die Klagen der Bewohner erinnere, betrafen sie im allerseltensten Fall die Zimmer Natürlich gab es immer wieder Streit und Probleme im Doppelzimmer mit Mitbewohnern, aber es hatten sich dann oftmals auch Freundschaften entwickelt

Es gibt eben Menschen die brauchen ihren Freiraum die können nicht mit anderen Menschen in einem Zimmer leben andere fühlen sich einsam haben Angst (weil sie z B immer in einer Großfamilie oder Partnerschaft ein Zimmer geteilt haben) Durch eine flexiblere Regelung, z B Trenn- oder Schiebewände, gemütliche Wohnzimmer etc konnten diese Probleme auch anders gelöst werden können als durch eine reine Standard-Einzelzimmer Bauweise Manchmal war es allerdings die einzige Lösung Menschenunwürdige Zustände in Altenheimen werden nicht allein durch zu kleine Zimmer oder Doppelzimmer, sie werden vor allem durch das Fehlen menschlicher Begleitung und Wärme und durch Überforderung des Personals hervorgerufen'

In einer Gesellschaft, wo nicht nur alte und bedürftige Menschen nichts mehr wert sind, sondern auch soziale Berufe die sich mit diesen beschäftigen, verschlechtern sich eben auch die Arbeitsbe-

dingungen. Man braucht derzeit nur die Zeitung aufzuschlagen. Arbeitgeber verlangen Lohnfortzahlungskurzung im Öffentlichen Dienst, Streichung der Zusatzversorgung bzw. finanzielle Mitbeteiligung der Arbeitnehmer, Änderung der Tarife. Billigkrafte sind gefragt oder Pfleger, die es sich nicht mehr leisten können zu kündigen. Der Ruf nach Ehrenamtlichen tont laut. Mich wundert, daß die Krankenkassen hier so lange zusehen, denn der Krankenstand der Altenpfleger/innen ist enorm hoch (über 25%). Es sind aber keine Blaumacher, sondern sie wurden und werden kaputtgemacht¹.

Ich hatte diesen Text eigentlich bereits fertiggeschneben, will ihn aber noch durch folgenden Einschub ergänzen, denn ich schlug meine Tageszeitung auf. Auf der ersten Seite lautete die Schlagzeile: **Qualität der Pflege in den Heimen gefährdet!** In der nächsten Zeile steht: „**Blum will vorgeschriebene Quote an geschultem Personal nicht wie vorgesehen vom Sommer an gelten lassen. Wohlfahrtsverbände sprechen von einer Katastrophe und drohen mit massiven Protestaktionen im Wahlkampf!**“ Nun bin ich neugierig, was passieren wird¹. Wen interessiert das alles - die Verantwortlichen, die Träger und Heimleiter, die Politiker, die Angehörigen, die Ärzte, all die Menschen, die im Altenheim ein- und ausgehen? Untereinander wird schon geklagt, aber das Thema ist so negativ, daß man nicht lange zuhören und schon gleich gar nicht zusehen kann. Die Losung? Alle schauen weg, alle schweigen. Alle haben eine Ausrede, einen Grund: angeblich zu wenig Geld (ich bin überzeugt, daß genügend Mittel vorhanden sind, nur nicht für den sozialen Bereich), über Jahre verkrustete, ja als normal geltende, nur schwer zu ändernde Strukturen, vielerlei unterschiedliche, vor allem existentielle Ängste, Fehlen eines Lösungsweges, Resignation u. v. m.

Zu den katastrophalen, unmenschlichen Arbeitsbedingungen der Altenpfleger/innen gäbe es noch viel zu sagen¹. Nicht die Arbeit mit den alten Menschen, die sicher psychisch und physisch belastend ist, ist unattraktiv, denn es kommt viel Positives zurück. Immer habe ich Altenarbeit als schöne, interessante Tätigkeit betrachtet, die mir viel Freude machte. Sie bestand aus Geben und Nehmen. Ich empfand begleitende Themen wie Krankheit, Sterben und Tod nicht zwangsläufig als negativ, sondern auch bereichernd. Krankmachend waren und sind vielerorts die Arbeitsbedingungen: Streß durch Personalmangel, Mobbing, daraus resultierende Belastungen und Existenzängste und vieles mehr.

Leider gibt es viele langjährige Altenpfleger/innen gerade auf Pflegestationen, die ihren Beruf als Lebensberuf betrachten, aber m. E. völlig abgestumpft und ausgebrannt sind, zu Gewalt neigen und für viele Bewohner und Mitarbeiter eine große Belastung sind. Sie besitzen aber oft erstaunliche Macht und Durchhaltevermögen. Dazu habe ich vor kurzem den ersten Arbeitsbericht der Bonner Initiative „Gewalt gegen alte Menschen“ gelesen (Hrsg. Rolf D. Hirsch u. a., Bonn 1997) gelesen. Darin schreibt Erich Schutzendorf: ich zitiere einige Sätze, weil mir seine Erfahrungen so praxisvertraut sind: *„Sind Reaktionen der Pflegerinnen nicht allzu menschlich? Meine eindeutige Antwort heißt Ja. Aber genauso eindeutig sage ich, daß diese Demütigungen, Beleidigungen, Beschimpfungen, Belehungen und Reglementierungen nicht oder nur in sehr begrenzten Rahmen hingenommen werden dürfen.“* Sie (die Pflegekräfte) wollen gar nicht so sein, wie sie oft sind. Ja, sie leiden sogar noch

zusätzlich zu ihrem sonstigen Leiden, wenn sie bemerken, daß sie alten Menschen haben leiden lassen. Aber alleine schaffen sie es nicht. Die längst bekannten Mittel der Supervision, Bahnt Gruppen und Praxisanleitung werden in sehr vielen Pflegeheimen noch viel zu wenig genutzt. Man läßt die Pflegenden bei ihrer schwierigen Beziehungsarbeit viel zu oft alleine oder nimmt damit wissentlich - denn jeder Verantwortlich mußte wissen, daß Überforderung zu Gewalt führt - Gewalt in Kauf. Viele Pflegekräfte, vor allem jüngere Pflegekräften betrachten ihren Beruf sicher nicht als Lebensberuf. Entweder sind sie bereits ausgestiegen oder sie arbeiten nicht mehr voll, nur noch aushilfsweise, z. B. am Wochenende. Altenpfleger/innen, die aus dem stationären (Pflege) Bereich in andere Altenhilfegebiete wechselten und dort mehr sozialpflegisch oder therapeutisch tätig sind, wirken zufriedener, bleiben länger. Noch einmal meine Frage: Gibt es in unserer Zeit überhaupt noch Lebensberufe? Kann erst recht Altenpflege also ein Lebensberuf sein? Bei jüngeren Menschen halte ich das für unvorstellbar, für ältere bedingt, je nach Situation. Gerade zur Zeit sehe ich aber ein unglaubliches Festhalten, nicht nur am Beruf, sondern auch am Arbeitsplatz und eine Abhängigkeit, verursacht durch die derzeitige hohe Arbeitslosigkeit, vielerlei bereits genannte Ängste und die Tatsache, daß das Berufsfeld zum Privatleben und Familienersatz wird. Zitat einer Altenpflegerin: *„Meine derzeitige Arbeit macht mich körperlich und seelisch völlig fertig, aber ich will wieder in diesem Heim arbeiten, weil mich die alten Menschen dort brauchen und lieben.“*

Schlußwort

Die BIBB-Studie ist eine sehr praxisnahe, sorgfältig erarbeitete Untersuchung, für die ich ein großes Lob aussprechen möchte! Einerseits bestätigt sie meine deprimierenden Erfahrungen, andererseits besteht aber die Hoffnung, daß sie den wegweisenden Verantwortlichen die Alarmstufe I in der Altenhilfe aufzeigt, um vielleicht doch noch reagieren zu können. Denn die derzeitige desolate Situation der Altenpfleger/innen ist eng mit der Lebenssituation alter Menschen verbunden und umgekehrt. Nicht von ungefähr häufen sich die Meldungen über in Pflegeheimen. Gibt es keine bedürfnisgerechte Pflege, wird es diesen Beruf nicht mehr geben. Wir Altenpfleger/innen hängen doch so sehr an unserem wichtigen und normalerweise schonen Beruf und wollen, daß die positiven Bilder wieder mehr ins Rampenlicht gerückt werden! Nur wenn die alten Menschen in unserer Gesellschaft wieder so viel Wert erlangen, daß ihnen ein menschenwürdiges Leben, ein Leben bis zum letzten Augenblick zugebilligt wird, auch in einer Institution wie dem Altenheim, können wir Altenpfleger/innen wieder menschlich und gesund arbeiten. Wir müssen uns wieder besser um die uns Anvertrauten kümmern können, damit diese nicht verkümmern! Wir sollten unseren eigenen Wert wieder erkennen. Eines Tages werden wir jetzt noch Jüngeren möglicherweise die Leidtragenden sein.

Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege – aus der Praxis eines Fortbildungsanbieters

pflegen & wohnen (p&w) ist ein öffentlich rechtliches Unternehmen der Freien und Hansestadt Hamburg. Es bietet soziale Dienstleistungen an für Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. Die Palette der Leistungsangebote reicht von Pflegeleistungen über Wohnen, soziale Betreuung und Rehabilitation bis hin zur außerklinischen geriatrischen Versorgung. p&w ist außerdem in Hamburg der größte städtische Ausbildungsträger für den Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben betreibt p&w gegenwärtig im gesamten Hamburger Raum

- 13 Pflegezentren mit rund 3.800 stationären Plätzen für pflegebedürftige ältere Menschen,
- 7 Behinderteneinrichtungen mit rund 510 Plätzen für erwachsene Menschen mit psychischen, psychosozialen oder geistigen Beeinträchtigungen
- 71 Wohnunterkünfte mit rund 17.000 Plätzen für Obdachlose, Aussiedler, Asylbewerber und Kriegsflüchtlinge und
- drei Betriebsstätten: ein Ausbildungszentrum, ein Fortbildungszentrum und eine Zentralwascherei

Das Unternehmen beschäftigt rund 4.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedensten Berufsgruppen, den größten Anteil mit ca. 1.530 haben die Pflegekräfte.

Wir bieten als Fortbildungsstätte unseren Beschäftigten, aber auch von außen kommenden Interessierten (Externen) ein breit gefächertes Fortbildungsangebot. Es reicht von Themen der Kommunikation über kaufmännische Lehrgänge, Führungslehrgänge bis hin zur Fachweiterbildung in der gerontopsychiatrischen Pflege und EDV-Kursen.

Unsere Fortbildungsstätte, die es in ähnlicher Form schon seit gut 20 Jahren gibt, muß sich seit Anfang dieses Jahres allein über Teilnahmegebühren finanzieren. Sie erhält keinerlei Zuschüsse. In den Jahren davor, war die Fortbildung über eine Umlage, durch unsere Pflegeeinrichtungen finanziert worden.

Zu den Kosten in der beruflichen Fortbildung

Die erste Befragung 1996 des führte zu der Aussage, daß 14,4% der Befragten als Begründung für eine Nichtteilnahme an Fortbildung genannt haben, die Fortbildungsmaßnahmen seien zu teuer. Die Befragung 1997 ergab nur noch 4,5%. Trotzdem stellt die Studie dar, daß die Kostenargumente im Zusammenhang mit Einschränkungen oder Hinderungen beim beruflichen Fortkommen seit 1996 einen

immer größeren Raum einnehmen. Dies widerspricht sich zwar in den %angaben, entspricht jedoch auch meinen Wahrnehmungen: Während uns 1996 bis Mitte 1997 als „interner“ Fortbildungsanbieter immer wieder vorgeworfen wurde, die Fortbildung sei nicht zuverlässig genug, weil immer wieder Fortbildungsmaßnahmen (mangels Anmeldungen oder Nichterscheinen von Teilnehmerinnen) kurzfristig abgesagt wurden, wird dies als Argument heute kaum noch genannt. Wissen muß man, daß wir kaum Selbstzahler haben, sondern die „Stationen“ bzw. Pflegeeinrichtung die Teilnahme an Fortbildung aus ihrem Budget zahlen müssen. Dadurch werden die Budgetverantwortlichen in diesem Jahr erstmalig damit konfrontiert, daß Fortbildung - für sie sichtbar - auch Geld kostet. Bei einer Umlagefinanzierung ist dies den Verantwortlichen nicht so deutlich geworden, weil diese Umlage im Vorwege durch die betriebswirtschaftlich zuständige Stelle abgezogen wurde. Zur Zeit kostet ein Seminartag in unserer Einrichtung zwischen 100 DM und 300 DM pro Teilnehmer. Die Höhe der Kosten werden durch die Dozenten honorare und unsere Fixkosten bestimmt.

Für das Fortbildungszentrum bedeutete dies, daß wir unsere Fixkosten reduzieren und unser Angebot erweitern mußten um akzeptable Seminargebühren zu erreichen, ohne daß dabei die Qualität vernachlässigt werden durfte. Eine zusätzliche Maßnahme war, daß wir uns für Externe öffneten und unser ursprünglich hauptsächlich auf Pflegepersonal abgestelltes Programm auch für andere Berufsgruppen des Unternehmens öffneten.

Bei genauerer Betrachtung relativiert sich dieses Bild jedoch (vgl. Tabelle 1):

Der eigentliche Zuwachs erfolgt bei den EDV Seminaren. Hier werden Seminare angeboten zu Word, Excel aber auch ProfHeim, ein Softwareprogramm, das der Pflegedokumentation, -planung und -abrechnung dient. Zum 01.01.1999 stellt das Unternehmen seine EDV auf SAP um, so daß hier für die 2. Jahreshälfte 1998 ein weiterer, erhöhter Bedarf an EDV-Schulung entsteht. An dieser Stelle kann ich die BIBB-Studie bestätigen, die zu dem Ergebnis kommt, daß die Themen Pflegedokumentation (-planung), EDV und Kundenorientierung die dominierende Rolle spielen.

Abschließend zu diesem Komplex meine persönlichen Erfahrungen über die Inanspruchnahme von Fortbildung in der Pflege Beschäftigte:

Aufgrund der neuen Rahmenbedingung Pflegeversicherung und dem damit in der stationären Pflege verbundenen Personalabbau, fällt es den Leitungen immer schwerer, Personal in die Fortbildung zu schicken. Das verbliebene Pflegepersonal wird vor Ort benötigt, zur Aufrechterhaltung der Pflege. Die Anforderung, weniger Pflegekräfte bei steigender Qualität, erscheint wie die „des Kreises“, Und obwohl es gerade in dieser Situation erforderlich wäre, Fortbildung zur Lösung dieses Problems und zur Steigerung der Qualität abzufordern, wird immer weniger Fortbildung für spezielle Fachweiterbildung in der Pflege in Anspruch genommen, EDV-Kurse, gesetzlich vorgeschriebene Lehrgänge (z.B. Ausbilder-eignung, Pflegeplanung, Leitungskurse) und Lehrgänge über kundenorientiertes Verhalten sind die am meisten gebuchten Fortbildungen. Insoweit decken sich unsere Erfahrungen mit den Aussagen der BIBB-Studie und den geschilderten Situationen vor Ort. Aus dem Pflegebereich kommen verstärkt die Leitungskräfte in die Fortbildung. Die anderen Pflegekräfte werden hauptsächlich in Form

Tabelle 1:
Entwicklung der Fortbildungsmaßnahmen

	Pflege	sonstige	sonstige	sonstige
1996	4b (27%)	23 (53%)	6 (4%)	23 (16%)
1997	81 (34%)	78 (33%)	13 (6%)	65 (27%)
8/1998	69 (21%)	60 (19%)	131 (41%)	60 (19%)
1998 (gesch.)	103 (21%)	90 (19%)	196 (41%)	90 (19%)

von Inhouse-Schulungen weitergebildet. Dies bietet die Möglichkeit, sie noch vor und nach den Veranstaltungen im Dienst einzusetzen oder in bestimmten Fällen sie gar aus der Veranstaltung herauszuholen.

2 Das Entwickeln unseres Fortbildungsangebotes

Unser heutiges Programm ist u. a. eine ständige Fortschreibung der vorangegangenen Programme. Das heißt, die Seminare werden ausgewertet, z. B. indem die Teilnehmer/innen gebeten werden, sich zu den Seminaren in Form von Fragebogen anonym zu äußern. Hinzu kommt, daß die Nachfrage bzw. Auslastung von Veranstaltungen auch ein Kriterium ist, ein Seminar weiterhin anzubieten oder es aus dem Programm zu nehmen.

Die Aufnahme neuer Themen erfolgt aufgrund von Anregungen der Teilnehmer/innen und durch „Bestellungen“. Hiermit ist gemeint, daß ein bestimmter Bereich an uns herantritt und eine Fortbildung zu einem bestimmten Thema benötigt. Wir legen dann gemeinsam die Ziele und Inhalte mit dem „Besteller“ fest und anschließend konzipieren wir das Seminar.

Weiterhin werten wir Seminarangebote anderer Anbieter aus und prüfen Angebote externer Dozentinnen und Dozenten. Nicht selten kommt es auch vor, daß Firmen an uns herantreten, um uns über Neuentwicklungen zu informieren, mit der Bitte verbunden, es in Form von Schulungen an die Mitarbeiter/innen weiterzugeben. Ein weiterer Punkt sind aktuelle Anlässe, die dazu führen, daß es zu einer kurzfristigen Nachfrage nach bestimmten Themen kommt. Dies sind dann oft Themen, die gerade in der öffentlichen Diskussion stehen („Einstufungen durch den MDK“) oder die aufgrund struktureller Veränderungen von großem Interesse sind („Budgetierung“). Diese Themen werden dann ca. zwei Jahre nachgefragt, bis sie fast flächendeckend eingeführt wurden und dann wieder aus dem Programm genommen werden können.

2.1 Woher haben wir Kenntnis über Fort- und Weiterbildungsbedarfe?

Voraussetzung ist eine enge Zusammenarbeit mit den potentiellen Teilnehmer/innen bzw. deren „Entsendem“. Hierin liegt der Vorteil einer innerbetrieblichen Fortbildungsstätte, die als Teil des Unternehmens über enge Kontakte verfügt und an Entwicklungsprozessen des Unternehmens beteiligt wird.

Des Weiteren ist es dem Fortbildungszentrum möglich, Ergebnisse interner und externer Qualitätsprüfungen für die Fortbildung auszuwerten und so auch zu einer Verbesserung von Qualitätsstandards in Form von Fortbildungsangeboten beitragen zu können. Eine weitere Möglichkeit bietet sich durch das Auswerten von Stellenbeschreibungen und den sich daraus ergebenden Anforderungsprofilen.

Ein nicht zu vernachlässigender Faktor war auch, daß pflegen & wohnen bisher noch einen eigenen ärztlichen Dienst hatte, den es in seiner bisherigen Form nicht mehr gibt. Aus diesem Bereich sind viele „vorwärtsdrängende“ Themen an uns herangetragen worden. Hier wird es künftig eine Lücke geben, die es noch zu schließen gilt.

Kenntnisse für unsere Fortbildung erlangen wir auch, indem das Fortbildungszentrum über neue gesetzliche Anforderungen durch die zuständigen Stellen im Unternehmen informiert werden oder indem wir Literatur auswerten, die uns über neue Methoden oder andere Dinge in der Pflege informieren

Als innerbetriebliche Fortbildungsstätte ist das Fortbildungszentrum bei pflegen & wohnen ein Instrument der Personalentwicklung. Strategische Entscheidungen werden daher nicht in diesem Bereich getroffen, sondern deren Umsetzung erfolgt u. a. auch in der Fortbildung. Insoweit reagiert das Fortbildungszentrum. Auch reagiert das Fortbildungszentrum auf konkrete Anfragen aus den Bereichen - so z. B. zu den Themen Beschwerdemanagement, kundenorientiertes Verhalten, Versorgung schwer Schädel Hirn Geschädigter usw. Trotzdem nehmen wir für uns in Anspruch auch zu agieren. So zum Beispiel zuletzt, indem wir eine Vortagsreihe zu dem Thema Qualitätssicherung in der Sozialarbeit mit großem Erfolg initiiert haben. Hier haben wir geholfen, im Unternehmen einen Prozeß mit in Gang zu setzen.

Unsere Quellen, auf die wir uns stützen, sind die Geschäftsführung, Vorgesetzte, die Personalentwicklung und die strategischen Geschäftsbereiche, wie z. B. das Referat Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.

2.2 Versuchen Sie gezielt, auf die Praxis der Altenpflegearbeit Einfluß zu nehmen und von welchen Zielen lassen Sie sich leiten?

Aufgabe von Fortbildung ist es, gezielt auf die Altenpflegearbeit Einfluß zu nehmen. Bekanntermaßen ist Wissen und Lernen ein wichtiger Produktionsfaktor, nicht nur für jeden einzelnen, sondern auch für das Unternehmen. Die Zyklen der Halbwertszeit von Wissen werden immer kürzer. Das Fachwissen muß zeitnah gesichert werden. Die Fortbildung vermittelt hierfür das anwendungsrelevante Wissen für den Berufsalltag.

Mit Hilfe der Fortbildung sollen Standards verbessert, Veränderungen unterstützend begleitet und Mitarbeiter/innen befähigt werden, in Teamarbeit und selbstverantwortlichen Lernprozessen sich selbst ihr soziales Umfeld und den Betrieb weiterzuentwickeln. Die Ziele einer innerbetrieblichen Fortbildung sind eingebettet in die strategischen Ziele des Gesamtunternehmens p&w. Die Fortbildung gewährleistet, daß sich Unternehmensstrategien -leitbilder und auch Führungsmodelle wie ein roter Faden durch alle Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ziehen.

Technik- und Qualifikationsveränderung durch Telemedizin

1 Ausgangslage

Das Gesundheitssystem wird momentan durch technische und finanzielle Rahmenbedingungen erheblich beeinflußt. Das Gesundheitsstrukturgesetz und die Pflegeversicherung sowie die Neuerungen der Telemedizin haben zum Teil erhebliche Auswirkungen in Krankenhäusern, Sozialeinrichtungen und Pflegeheimen und werden das Weiterbildungspotential der medizintechnischen Assistenzberufe in spezifischer Weise tangieren.

So sollen durch Vernetzung von Klinik, Arztpraxis und Krankenkasse Mehrfachdiagnosen vermieden und Betriebsabläufe effizienter organisiert werden und damit ein effektiveres Kostenmanagement erreicht werden. Forschungsaktivitäten rund um die Telemedizin beeinflussen Krankenhaus- und Arztinformationssysteme. Diese Systeme organisieren sowohl die Patientenerfassung als auch das Abrechnungswesen, sie dokumentieren und archivieren medizinische Daten und Bilder. Das Personal erhält Zugang zu medizinischem Fachwissen und neuester Produktinformation über Medikamente, Laborbefunde, Ultraschall- und Röntgenbilder.

Die neuen Technologien dringen in sämtliche medizinische Bereiche vor. Durch die Telemedizin gewinnt die Ausbildung im virtuellen Operationssaal (OP 2000) an Realität, bei der Planung und Durchführung von Operationen nicht nur simuliert, sondern in Zukunft auch realisiert werden. Außerdem auch durch Zuschaltung einer externen Assistenz durch Videokonferenz via Satellit.

Weiterhin führen die Wandlungsprozesse zu einer sektorenübergreifenden Behandlungskette im Krankenhausbereich, von der insbesondere die Bereiche Diagnostik, OP Assistenz und stationäre Pflege betroffen sind. Es wird vermutet, daß es zu Tätigkeitsverschiebungen kommt, die durch unterschiedliche Zusatz- und Anpassungsqualifikationen kompensiert oder durch eine Aufstiegsfortbildung neutralisiert werden können. Es ist davon auszugehen, daß dieser Prozeß auch auf vorgelagerte Ausbildungen übergreift und hier Veränderungen hervorruft.

2 Projektziele

Zur Zeit ist unbekannt, mit welchen qualifikatorischen Strategien, Maßnahmen oder Entwicklungen die Betroffenen, die Kliniken und das Berufsumfeld sich auf diese technologisch und organisatorischen Wandlungsprozesse einstellen werden. Hier setzt das BIBB Projekt Berufsfeldanalyse im Bereich medizintechnischer

Assistentztätigkeiten (Medizintechnik) an, um mit einer empirischen Analyse Aufschluß über Technikentwicklung, die Qualifikationsentscheidungen und das Qualifikationspotential der betroffenen Berufsgruppen zu bekommen und innovative Berufsfelder zu identifizieren. Auf den Hochschultagen für Berufliche Bildung in Dresden wurden Zwischenergebnisse aus diesem Projekt vorgestellt und um eigenständige Beiträge ergänzt (siehe hierzu auch die Beiträge von Gruhn und Linczak).

3 Zwischenergebnisse

3.1 Einsatzfelder Telemedizin

In einem ersten Schritt, wurden im Rahmen einer theoretischen Analyse die Komponenten der Telemedizin anhand der Anwendung und Einsatzmöglichkeiten näher bestimmt und in unterschiedlichen Feldern beschrieben.¹

3.2 Praxissysteme

Mit Einführung der Personalcomputer ab 1980 wurden Datenverarbeitungssysteme für die Arztpraxen so kostengünstig, daß fast alle Tätigkeiten innerhalb der Arztpraxen unterstützt werden konnten. Im Mittelpunkt des Einsatzes der neuen Programme stand die Patientendatenverwaltung, die Abrechnung mit den Kassen und die Befunddokumentation durch Kommunikation mit externen Leistungserbringern und deren Befundrückmeldung. Heute benutzen über 90% aller Ärzte einen Computer in der Praxis und 63% aller einer kassenärztlichen Vereinigung zugehörigen Ärzte rechnen mit EDV ab. Neben der Stammdatenverwaltung und der Abrechnung führen viele dieser Systeme intern eine elektronische Patientendatei und können online Befundergebnisse aus Laborpraxen erhalten. Der Versuch, den Online Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Praxissystemen soweit zu standardisieren, daß Arztbriefe und Befunddaten übertragen werden können, scheiterte unter anderem an den fehlenden Möglichkeiten im Krankenhausbereich.

Viele Praxissysteme erlauben einen direkten Zugriff auf Arzneimittel-datenbanken, teils mit Prüfung von Medikamenteninteraktionen, oder andere wichtige Informationsquellen. Einzelne Systeme besitzen Module zur Bilddatenverarbeitung oder Entscheidungsunterstützung für bestimmte Facharztgruppen. Der Schwerpunkt liegt allerdings auf der Abrechnung, wobei die Daten eines Patienten aus der Versichertenkarte direkt in den Praxiscomputer übernommen werden. Etwa 200 Systeme sind in Deutschland erhältlich, 20 Systeme davon haben einen Marktanteil von ca. 84%.

3.3 Krankenhaus-Informationssysteme

Die mittlere Datenverarbeitung mit ihren Servern aber auch vernetzte Personalcomputer liefern die notwendige Leistung, um im Krankenhausbereich die Patientendaten und alle anfallenden Ergebnisse patientenbezogen zu dokumentieren. Häufig sind diese Systeme mit medizinischen Geräten (Analyser oder Röntgengerät)

1 KRAMER H. Telemedizin und Qualifikation. In: Professionalisierung durch Weiterbildung. Wissenschaftliche Diskussionspapiere des Bundesinstituts für Berufsbildung. Heft 32. Berlin 1998. S. 28-39.

verbunden und empfangen die Ergebnisdaten online. Zur Unterstützung der Arbeitsabläufe und zur Leistungs- und Ergebnisdokumentation in abgrenzten Bereichen werden häufig autark arbeitende Abteilungssysteme eingesetzt.

Das vom Untersuchungsaufkommen her wichtigste Abteilungssystem dürfte das Laborsystem sein. Diese Systeme übermitteln den online angeschlossenen Analysegeräten die Untersuchungsanforderungen, speichern die Ergebnisse und vergleichen die Resultate mit den Normwerten, Vorwerten des Patienten und verwandten Werten, um pathologische Befunde oder Fehler bei der Bestimmung festzustellen. Diese Art der Datenübermittlung hat einen Qualitätssprung in der Labormedizin gebracht, aber auch zu einer Konzentration der Anbieter geführt.

Das Krankenhaus Informationssystem bietet darüber hinaus die Möglichkeit, aus den Grunddaten Informationen zu bilden, diese zu präsentieren und in therapeutisch relevante Entscheidungen einfließen zu lassen. Dies bedeutet neben einer weiteren Steigerung der Effektivität der Mitarbeiter eine deutliche Qualitätsverbesserung, da sich mit Hilfe des Krankenhaus Informationssystems viele Fehlermöglichkeiten ausschalten lassen. Die Daten eines Patienten können lebenslang in einer zentralen Datenbank abgespeichert werden.

Ein Krankenhaus Informationssystem dient somit dem Erfassen und dem fehlerfreien Transport von Daten zwischen allen im Krankenhaus an der Diagnostik und Behandlung von Patienten beteiligten Stellen einschließlich der Verwaltung, so daß diese vollständig, aktuell und zeitgerecht dem berechtigten Empfänger zur Verfügung stehen. In der Regel werden Daten in schriftlicher Form transportiert, zunehmend wird aber auch die Übermittlung von Tönen, Bildern und Biosignalen (z. B. EKG) möglich. Diese medizinischen Daten werden patientenbezogen übermittelt und abgespeichert.

3.4 Wissensbasierte Systeme

Die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ist ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Einführung dieser Systeme. Durch die Integration von Unterstützungsfunktionen in Praxis-, Abteilungs- und Krankenhaus-Informationssystemen kann Fehlern bei Anordnungen vorgebeugt werden, ohne daß die therapeutische Freiheit eingeengt wird.

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von medizinischen wissensbasierten Systemen, vor allem in Form von Diagnosesystemen, zum Teil aber auch zur Therapieunterstützung entwickelt. Allerdings zeigte es sich, daß diese Arbeiten zwar einen guten Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung des Forschungsgebietes „Artificial Intelligence in Medicine“ leisten konnten, daß die praktische Anwendung dieser Systeme aber sehr begrenzt blieb. Fast keines der großen bekannten medizinischen wissensbasierten Systeme wird heute in der klinischen Routine genutzt, sondern lediglich in der Ausbildung medizinischen Personals. Das Problem dieser isolierten Systeme liegt in der fehlenden Infrastruktur bzw. Einbindung in routinemäßig genutzte Informationssysteme. Dadurch ist bei isolierten wissensbasierten Systemen immer ein sehr hoher Eingabeaufwand erforderlich. Der dem gegenüberstehende Gewinn ist in der Praxis meist sehr begrenzt. Außerdem

erweist sich die langfristige Pflege dieser meist sehr großen Wissensbasen in der Praxis als kaum lösbares Problem

Wirklich genutzt werden also nicht die großen, allumfassenden Wissensbasen, die nur schwer zu pflegen sind, sondern kleine, manchmal fast trivial erscheinende Unterstützungsfunktionen (Überwachung von Patientenstatus und Therapieansätzen, Vorschläge zur Beachtung von Leitlinien und Erinnerungsfunktionen). So können verordnete Medikamente automatisch auf Kreuzreaktionen, Allergien des Patienten oder auf Verträglichkeit mit anderen Untersuchungsergebnissen abgeprüft werden

r

3.5 Elektronische Patientenakte

Die Multimediale Elektronische Patientenakte dient dazu, verteilte Datenbestände zum Gesundheitszustand eines Patienten, die zur Zeit noch auf unterschiedlichen Medien verteilt dokumentiert sind, logisch zusammenzuführen. Bei der elektronischen Patientenakte werden alle Informationen zu einem Patienten in digitaler Form dokumentiert. Die Informationen sind über einen Identifikationsschlüssel miteinander verbunden und dem Patienten zugeordnet. Die elektronische Patientenakte kann den Bereich eines Krankenhaus-Informationssystems überschreiten.

Alle patientenbezogenen und leistungsrelevanten Informationen (Behandlungsschritte) werden in der Krankenakte dokumentiert. Somit sind die in ihr gesammelten Daten und Informationen wichtige Grundlage nicht nur für ärztliches Handeln, sondern auch Ausgangspunkt für administrative, leistungs- und abrechnungsrelevante als auch organisatorische Belange in der Gesundheitsversorgung. Schon früh kam daher der Wunsch auf, die Inhalte dieser Krankenakte auf elektronischem Weg für eine weit entfernt notwendig gewordene Behandlung zugänglich zu machen. Dies schien insbesondere dann sinnvoll, wenn die Inhalte bereits in digitaler Form vorlagen.

Eine standardisierte elektronische Akte, die allen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden kann, ermöglicht die relativ komplikationsfreie Integration von Praxissystemen, Krankenhaus-Informationssystemen und von wissensbasierten Systemen. Voraussetzung dazu, ist die Standardisierung der elektronischen Patientengeschichte, die eine integrative Sicht auf alle für eine medizinische Behandlung notwendigen Patientendaten erlaubt. Dann spielt es auch keine Rolle mehr, ob diese vom Krankenhaus, einem Facharzt, Zahnarzt oder Physiotherapeuten kommen. Wo auch immer der Patient behandelt werden muß, der Zugriff auf vorhandene Daten und die Weiterschreibung der elektronischen Krankengeschichte wäre möglich.

Die Ergebnisse zum Einsatz der Technologie können im Überblick so zusammengefaßt werden. So sehr in Einzelbereichen der Einsatz von Telemedizin/Telematik fortgeschritten ist, so sehr fehlen die infrastrukturellen Voraussetzungen, diese Systeme einzusetzen. Selbst in Bereichen von Krankenhäusern, wo Telemedizinprojekte durchgeführt worden sind, gab es bei der Umsetzung der Projektergebnisse in die alltägliche Arbeit Integrationsprobleme. Insbesondere an der abteilungsübergreifenden Schnittstelle gibt es Abstimmungsprobleme, die sich in mangelnder Kompatibilität der eingesetzten Systeme äußern. Das zentrale Ziel der Telematik, die Vernet-

zung der „Behandlungsketten“ im Krankenhaus scheitert bisher am Fehlen übergreifender bzw. integrierender Strukturen und Systeme

4 Personal- und Qualifikationsentwicklung

In einem zweiten Schritt wurde in einer empirischen Fallstudie die Frage aufgeworfen werden, welche Voraussetzungen bei den Berufsgruppen (Zielgruppe der BIBB Studie ua Kardiotechniker medizinisch-technische Assistenten und operationstechnische Assistenten) vorliegen müssen, um mit der neuen Technologie umgehen zu können. Oder anders ausgedrückt, mit Hilfe welcher Personal- und Qualifikationsentwicklungen wird in den Krankenhäusern sichergestellt, daß die Mitglieder der betroffenen Berufsgruppe den durch die Technikentwicklung aufgeworfenen Qualifikationsanforderungen genügen können? Nach einer ersten Recherche hegen hierzu bisher keine Untersuchungen vor

4.1 Vorstudie: Deutsches Herzzentrum Berlin

Hier setzt eine erste von mehreren BIBB-Fallstudien an, die am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) durchgeführt wurde. In dieser Fallstudie wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Auf welche Weise verändern die technisch-organisatorischen Wandlungsprozesse das Qualifikationsniveau der Arbeitsplätze?
- Welche Qualifikationsprozesse erfordern die neuen patientenbezogenen sektorübergreifenden Versorgungsketten?
- Welche Berufsgruppen sind betroffen?
- Welche Weiterbildungsangebote bieten/fordern die medizinischen Institutionen (an)?

4.2 Fortbildung Kardiotechniker/in

An der Akademie für Kardiotechnologie (AfK) des DHZB wird derzeit 60% des kardiotechnischen Personals für das gesamte Bundesgebiet ausgebildet (für Berlin 100%). Nur in Berlin existiert ein staatlich geregelte Weiterbildung. Die Fortbildung zum Kardiotechniker/zur Kardiotechnikerin scheint so umfassend und gut zu sein, daß in der alltäglichen Arbeit nur ein geringer Weiterbildungsbedarf auftritt, der nicht durch die vom Personal besuchten Tagungen und einige Herstellerschulungen für neue Geräte etc. abgedeckt wird.

4.3 Ergebnisse der Vorstudie

Die Ergebnisse der BIBB-Fallstudie bezüglich den Weiterbildungsanforderungen zum Kardiotechniker/in bzw. deren Arbeitssituation erhoben an der Akademie für Kardiotechnik und am DHZB lassen sich verkürzt zusammenfassen:

- Die Weiterbildung an der AfK scheint den Bedürfnissen in der Praxis der Krankenhäuser/Herzzentren gerecht zu werden.
- Die vermittelten Qualifikationen sind (bisher?) auch ausreichend, um den durch die Telematik, sofern überhaupt schon in den beruflichen Alltag integriert auftretenden Anforderungen in den Bereichen IuK-Technologien gerecht zu werden.

- Gerateschulungen und der Besuch einschlägiger Tagungen und Kongresse sind die häufigsten Weiterbildungsmöglichkeiten
- Im Durchschnitt besucht ein Kardiotechniker/ eine Kardiotechnikerin des DZHB an 4 Tagen pro Jahr eine derartige Weiterbildung
- Der Markt für Absolventen ist ausgezeichnet, wenngleich sich gewisse Sättigungstendenzen abzeichnen
- Fachhochschul- und Universitätsabschlüsse können von Bedeutung sein, wenn es um zukünftig wohl an Bedeutung gewinnenden Einsatz in Industrie und Entwicklung geht
- Die Tendenzen zu einer Akademisierung der Ausbildung spielt in der Diskussion eine immer stärkere Rolle
- Es gibt einen technisch induzierten sozialpsychologischen Weiterbildungsbedarf in der Nachbetreuung von Kunstherzpatienten

4.4 Technikfolgen

Im Kontext der „Technikfolgen“ haben überfachliche und extrafunktionale Qualifikationen im Bereich der Kardiotechnik eine wesentliche Bedeutung. Die in der Fallstudie explizit angesprochenen „Schlüsselqualifikationen“, wie Teamfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, wissenschaftliches Arbeiten (Organisationsfähigkeit) und ökonomisches Handeln, im Sinne eines kostenbewußten Umgangs mit Ressourcen gewinnen unter dem Stichwort von Zusatzqualifikationen zunehmend an Bedeutung. Es ist allerdings nicht oder kaum zu erkennen, daß diese Erfordernisse sich in gezielten Weiterbildungsbemühungen im Krankenhausbereich niederschlagen. Hier wird bei entsprechenden Aufgaben auf das Personal zurückgegriffen, von dem angenommen wird, daß es am ehesten über diese Qualifikationen verfügt.

4.5 Quantitative Entwicklung

Es wird davon ausgegangen, daß in den Ländern der Europäischen Union derzeit ca. 2 000 KardiotechnikerInnen klinisch tätig sind. Von den etwa 400 in Deutschland tätigen sind 12% Frauen, etwa 70% sind „angelernte“ und 30% sind staatlich geprüfte Kardiotechnikerinnen der Akademie für Kardiotechniker (AFK) Berlin. Kardiotechniker mit einem Fachhochschulabschluß spielen quantitativ noch keine Rolle, gleichwohl besteht eine deutliche „Akademisierungstendenz“. KardiotechnikerInnen in Deutschland haben auch zukünftig außerordentlich gute Berufschancen, da die Zahl der Herzoperationen in Deutschland im internationalen Vergleich noch relativ weit von einer tendenziellen Sättigungsgrenze entfernt ist.

4.6 Europäische Perspektive

Seit 1991 existiert das „European Board of Cardiovascular Perfusion“. Es wurde gegründet, um einen gemeinsamen Stand der Ausbildung zum Kardiotechniker in Europa zu gewährleisten. Eine Studie geht davon aus, daß inzwischen in keinem Land Europas weniger als 50% der Weiterbildung zum Kardiotechniker/Kardiotechnikerin zertifiziert sind. In den meisten Ländern sind es bereits 60% und in einigen Ländern sogar 100%. Diese Entwicklung zu einer

europaweiten Akkreditierung kann als Hinweis auf den hohen Grad der Professionalisierung dieses recht jungen Berufes angesehen werden

5 Technisch-organisatorische Veränderungspotentiale

Um die Ergebnisse der Vorstudie zu verifizieren und zu vertiefen wurde im Rahmen von Fallstudien geklärt, wie aktuelle technische Entwicklungen die Qualifikationsanforderungen an die medizinischen Assistenzberufe verändern und mit Hilfe welcher Qualifikationsmaßnahmen diesen Entwicklungen begegnet wird. Die zentrale Frage lautete: Auf welche Weise verändern die technisch-organisatorischen Wandlungsprozesse das Qualifikationsniveau der Arbeitskräfte dieses Berufsspektrums? Dabei wurden die Ergebnisse aus der Vorstudie aus dem Bereich Kardiotechnik wesentlich vertieft. Es wurde zum einen der Entstehung einer neuen Ausbildung zum/zur Operationstechnischen Assistenten/Assistentin (OTA) nachgegangen und zum anderen den konkreten Entwicklungen von Krankenhaus Informationssystemen und elektronischen Patientenakten. Im Universitätsklinikum Tübingen wurden aktuelle Entwicklungen im Bereich der Minimal Invasiven Chirurgie beobachtet, von denen nicht unerhebliche Auswirkungen sowohl auf Ärzte als auch auf das Assistenzpersonal im OP vermutet werden. Die Ergebnisse dieser Fallstudien werden hier kurz dargestellt.

5.1 Fallstudie: Operationstechnische Assistenten/Assistentin

Ende der 80er Jahre kam es in Deutschland zu einem sogenannten „Pflegenotstand“, in dessen Folge in einigen Krankenhäusern kein Personal für die OP-Assistenz zur Verfügung stand und teilweise Operationssäle geschlossen werden mußten. Der zunehmende Mangel an spezialisierten pflegerischen Mitarbeitern im Operationssaal wird u. a. mit dem langen Weg bis zu diesem Berufsziel

begründet (drei Jahre Pflegeausbildung, zwei Jahre Berufstätigkeit in der Pflege, zwei Jahre Weiterbildung zur OP-Assistenz). Das führte zu Überlegungen, in Anlehnung an entsprechende Konzepte etablierter OTA-Ausbildungen in der Schweiz und in den Niederlanden entsprechende Ausbildungsgänge neben der klassischen Krankenpflegeausbildung mit Weiterbildung zur OP-Fachkraft einzurichten.

1993 wurde die Gemeinschaft zur Erarbeitung und Konzeption von Richtlinien für die Ausbildung Operationstechnischer Assistentinnen (GEKA) gegründet. Daneben existiert der OTA-Schultragerverband, der einen schnellen Informationsfluß zwischen den inzwischen etwa 50 OTA-Schulen und -Ausbildungsstätten gewährleisten will. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat sich voll hinter diese Entwicklung gestellt und im Jahre 1996 DKG-Empfehlungen zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistentinnen erlassen. In den Interviews mit Operationstechnischen Assistentinnen, mit OP-Leitungen sowie mit operierenden Ärzten, die mit Operationstechnischen Assistentinnen zusammenarbeiten, wurde dokumentiert, daß diese dreijährige Ausbildung den Anforderungen im OP in außerordentlicher Weise gerecht wird.

5.2 Fallstudie: Systementwicklung

Es ist unbestritten, daß eine der Technologien, die den Operationsaal der Zukunft bestimmen wird die Minimal Invasive Chirurgie (MIC) ist. Im Rahmen der Fallstudie wurde eine in Deutschland in der Entwicklung der Medizintechnik führende Universitätsklinik in die Untersuchung miteinbezogen. Ausgangspunkt der dortigen Arbeit zur Verbesserung einzelner Bausteine der MIC war die Tatsache, daß herkömmliche endoskopische Instrumente gegenüber der offenen Chirurgie mit direkter Sicht und mit direktem Zugang mit der Hand mit erheblichen Nachteilen verbunden waren. Die starren Stangen, über die Mikroinstrumente in den Körper eingeführt wurden, hatten eine hohe Unbeweglichkeit zur Folge, führten zu einem beinahe völligen Ausschluß körperlichen Fühlens bei der Instrumentenbedienung und zu erheblichen Einschränkungen der optischen Wahrnehmungsfähigkeit. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist eine komplexe Bedienstation mit einer Vielzahl von Informations- und Aktionsmöglichkeiten. So sehr diese komplexen Operationsbedienstationen für den Laien wie 'sciencefiction' anmuten, sind sie bereits Realität.

Um Ärzte in der Handhabung dieser neuen Instrumente schulen zu können, gibt es in Deutschland erste Trainingszentren. Dagegen ist bisher nicht daran gedacht worden, solche Schulungszentren auch für das OP-Assistenzpersonal einzurichten. Insgesamt werden für die OP-Assistenz durch die Technikentwicklung, nicht nur im Bereich der MIC, Kenntnisse bezüglich des Funktionierens medizinisch-technischer Geräte massiv an Bedeutung gewinnen. Es ist heute unbestritten, der OP-Bereich ist ein High-Tech-Bereich, dieser Entwicklung muß mehr als bisher durch Fort- und Weiterbildung Rechnung getragen werden.

4 Ausblick

Diese erste Auswertung der BIBB-Fallstudie hat gezeigt, daß es technologisch induzierte Entwicklungen im Krankenhausbereich gibt, auf die unterschiedliche Berufsgruppen mit einer spezifischen Weiterbildungsnachfrage reagieren. Der Weiterbildungsbedarf ist aber nicht so hoch und wird auch weniger differenziert im Arbeitsfeld angeboten, wie ursprünglich angenommen wurde. Allerdings sind die Fallzahlen dieser ersten Studie noch zu klein, um weitergehende Schlüsse auf das Weiterbildungsverhalten unterschiedlicher Berufsgruppen zu ziehen. Es ist beabsichtigt, diesen Themenkomplex in weiteren Fallstudien genauer aufzuschlüsseln.

Qualitätssicherung an Krankenhäusern mit Fachpersonal der medizinischen Dokumentation im Übergang vom Papier zur elektronischen Patientenakte am Beispiel des Universitätsklinikums **Charité** in Berlin

Der Leitgedanke in den nachfolgenden Ausführungen ist, daß die immer stärkere Nutzung von EDV an den Krankenhäusern unausweichlich und sogar wünschenswert ist. Jedoch generiert elektronische Kommunikation und Information nicht automatisch Qualität. Die Arbeit der Mitarbeiter/innen kann vermittels moderner Technologien effektiver gestaltet werden, doch wird die Einhaltung und laufende Verbesserung von Qualitätsstandards sowie die Vermeidung unnötiger Kosten im stationären Bereich der Krankenhäuser am sinnvollsten durch Medizinische Dokumentationsassistenten/innen (MDA) unterstützt, wie derzeit ein Pilotprojekt der Unfallchirurgie an der Charité zeigt.

1 Einleitung

Durch die gesetzlichen Regelungen der Gesundheitsstrukturreform haben die Dokumentationsverpflichtungen an den Krankenhäusern in den 90er Jahren ein Ausmaß angenommen, das in den alten Strukturen nicht mehr in der gebotenen Qualität zu bewältigen ist. Als Folge wäre ein steigender Bedarf an dem bisher wenig bis gar nicht vertretenen Berufsfeld der Medizinischen Dokumentation an den Krankenhäusern zu erwarten gewesen, wenn aufgrund des entstandenen Kostendrucks effiziente Strukturverbesserungen vorgenommen worden wären.

Jedoch wurden die zusätzlichen Aufgaben zunächst überwiegend, ohne Berücksichtigung in den Stellenschlüssen, den in der klinischen Praxis tätigen Berufsgruppen übertragen, dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst. In der Folge führte der berechtigte Unmut darüber durch starre berufsständische Abgrenzung und ein Verwaltungsdenken, das sich zu wenig als Dienstleister gegenüber den klinischen Bereichen verstand, zu keiner nennenswerten Abhilfe. Zusammen mit dem vielerorts eingeleiteten Stellenabbau führte die Aufgabenlast zu vermehrten Überstunden oder aber zu verringerten Zeiten für die primären Aufgaben, die Behandlung und Pflege von Patienten. Durch eine weiter andauernde Entwicklung in dieser Richtung drohen Qualitätseinbußen, die es in jedem Fall durch eine personelle Reorganisation und überfällige Strukturan-

passungen unter Einbeziehung moderner Technologien zu vermeiden gilt

Soweit es sich um die durch den Gesetzgeber vorgeschriebenen Dokumentationsprozesse handelt, muß für den entstandenen Bedarf nicht erst ein neues Berufsbild geschaffen oder, wie im Bereich der sich rasch entwickelnden Medizintechnik, vorhandene Berufsbilder modifiziert werden, sondern es kann auf eine seit langer Zeit bestehende Berufsgruppe zurückgegriffen werden die **Medizinischen Dokumentationsassistenten/innen (MDA)**

Jede Berufsgruppe in einem Krankenhaus hat ihre speziellen Fähigkeiten und Aufgaben, und in jeder Berufsgruppe gibt es, teilweise über die berufliche Weiterbildung realisiert, eine notwendige und weiter fortschreitende Spezialisierung. So gibt es die medizinischen Fachdisziplinen wie beispielsweise die Radiologie, die Anästhesie, die Innere Medizin oder die Chirurgie. Es gibt Aus- und Weiterbildungen für spezielle Funktionen des Pflegedienstes, als Kinderkrankenschwester, OP Schwester oder für Leitungsfunktionen. Es gibt die Ausbildung für den Verwaltungsdienst, gibt Spezialisten der Personal- und Materialwirtschaft. Es ist nicht nachvollziehbar, warum noch immer überwiegend die Meinung vorherrscht, für die stetig umfangreicher werdenden Dokumentationsprozesse in einem Krankenhaus könne man ohne Fachkräfte der medizinischen Dokumentation auskommen.

In der alltäglichen Berufspraxis an den Kliniken sind die Folgen solchen Handelns deutlich spürbar:

- Patientenakten sind unvollständig, ungeordnet und damit unübersichtlich,
- notwendige Unterlagen sind nicht zur rechten Zeit verfügbar,
- Redundanzen entstehen durch vermeidbare Mehrfacherfassung von Informationen,
- die weitgehende Unkenntnis des ärztlichen Dienstes über die Zusammenhänge zwischen dokumentierter Leistung und Entgeltermittlung führt zu Einnahmeverlusten,
- die vorgeschriebenen Datenmeldungen an die Kostenträger erfolgen zu spät, sind unvollständig und selten ausreichend detailliert,
- die Informationsgewinnung ist immens zeitaufwendig und das Ergebnis steht in keinem Verhältnis zum Aufwand,
- aus den genannten Gründen führt die Auswertung der Daten über das Behandlungsgeschehen zu schlechten Ergebnissen, egal ob zur Qualitätssicherung, für die jährlichen Pflegesatzverhandlungen oder für Forschung und Lehre.

Diese Reibungsverluste und Mißstände können durch MDA bereits in der papiergestützten Dokumentation und Aktenführung vollständig beseitigt werden. Um aber die steigenden Anforderungen des Gesetzgebers zu erfüllen und die Fortschritte in der Medizin, die sich in fachübergreifenden Behandlungsketten ausprägen, effizient zu nutzen, ist ein Klinikinformationssystem und schließlich die elektronischen Patientenakte dauerhaft unverzichtbar, wobei das Qualifikationsprofil der MDA gleichermaßen auch hier einen Einsatz begründet.

2 Wodurch hat sich die Situation an den Krankenhäusern so grundlegend verändert?

Nach Ablösung des bis Anfang der 90er Jahre geltenden Selbstkostendeckungsprinzips sehen sich die Krankenhäuser in Deutschland zunehmender Konkurrenz und damit einem starken Kostendruck ausgesetzt, der durch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen ausgelöst wurde.

Diese sind im wesentlichen das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz mit den Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) sowie die Bundespflegesatzverordnung (BPFV 95). Hierdurch wird u. a. der Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern geregelt. Weiterhin wurde festgelegt, daß alle Diagnosen nach ICD¹ und alle Operationsverfahren nach der ICPM² bzw. dem dann enthaltenen Operationenschlüssel nach §301 SGB V zu dokumentieren sind. Schließlich müssen auch alle Bewegungsdaten,³ Aufnahme- und Entlassungsgrund usw. an die Kostenträger übermittelt werden. Des Weiteren wurde der vollpauschalierte, tagesgleiche Pflegesatz abgelöst durch ein differenziertes Vergütungssystem mit Fallpauschalen, Sonderentgelten, Basispflegesätzen und Abteilungspflegesätzen. Dabei enthalten die Fallpauschalen für eine Reihe vereinbarter Diagnosen und Therapien sämtliche Kosten der stationären Behandlung bis maximal zu einer festgelegten Grenzverweildauer, während die Sonderentgelte nur die Kosten eines kostenintensiven Leistungskomplexes, einer Operation während eines Aufenthalts enthalten. Der Basispflegesatz enthält die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und allgemeine Personalkosten, während mit dem Abteilungspflegesatz die medizinischen Personal- und Sachkosten abgedeckt werden. Der Pflegesatz findet immer dann Verwendung, wenn für eine Behandlung keine Fallpauschale festgelegt ist oder aber die Grenzverweildauer einer Fallpauschale überschritten wurde.

3 Zielsetzung

Stattdessen die Entwicklungen moderner Technologie über die reine Medizintechnik hinaus von Beginn an zunutze zu machen, wurde darauf im klinischen Bereich jahrelang verzichtet, da durch das Selbstkostendeckungsprinzip, mit dem alle einem Krankenhaus entstandenen Kosten ersetzt wurden, eine exakte Leistungserfassung nicht gefordert wurde.

Hier hat nun der Gesetzgeber durch die genannten Gesetze einen Innovationsschub ausgelöst, da sich kein Krankenhaus mehr Wirtschaftlichkeitsüberlegungen verschließen kann. Doch greift die Einführung moderner Technologie, also Computerisierung und Vernetzung, wiederum zu kurz, wenn angenommen wird, eine einmal installierte Krankenhaussoftware löse alle Probleme, und das am besten von allein. Ohne Fachpersonal nicht nur zur Pflege der Hard- und Softwarelösungen, sondern insbesondere der dann gespeicherten Informationen, werden die Ziele verfehlt.

- übersichtliche, nachvollziehbare Ordnungssysteme,
- die permanent überprüfte Lösung der Schnittstellenproblematik nicht nur zwischen Funktionsbereichen, sondern auch zwischen Datenspeicherungen per EDV und konventionell auf Papier

1 International Classification of Diagnoses derzeit noch in der 9. Revision als ICD 9

2 International Classification of Procedures in Medicine

3 Zeitpunkt der Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(denn das papierlose Krankenhaus mag eines Tages kommen, doch sind wir davon gewiß noch viele Jahre entfernt),

- eine valide Datenbasis vollständig, detailgenau und rechtlich abgesichert,
- Informationsbereitstellung just in time,
- Mehrfachzugriff auf Informationen für alle dazu Berechtigten,
- Nutzung der Datenbasis für unterschiedlichste Abfrageanforderungen Unterstützung der Abrechnung, Nachweis des Leistungsspektrums gegenüber der Öffentlichkeit und in den Pflegesatzverhandlungen, Auswertungen für Forschung und Lehre, Service für Mitarbeiter/innen zum Nachweis eigener Leistungen furz B die Facharztausbildung,
- schließlich erhöhte Mitarbeiter und Kundenzufriedenheit'

4 Welche technologischen Grundlagen sind notwendig, um diese Ziele zu erreichen?

Am Beispiel des Universitätsklinikums Chanté und speziell der Klinik für Unfallchirurgie werden im folgenden die notwendigen Grundlagen erläutert. Der Ausbau der vorhandenen Kommunikationsstruktur stellte eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines Klinikinformationssystems mit dem Ziel, schließlich die elektronischen Patientenakte zu realisieren, dar. In das Campus Glasfaser Backbone in ATM-Technologie waren bis vor wenigen Jahren überwiegend voneinander unabhängige Insellosungen eingebunden. Ohne diese Kommunikationsstruktur können zahlreiche Informationen, die bei konventioneller Aktenführung auf Papier (als Befunde etc.) zusammengeführt werden, über verteilte Datenbanken nicht zu einer elektronischen Patientenakte verbunden werden. Vor dieser Entwicklung hatte die Unfallchirurgie nur eine Insellosung realisieren können, bei der alle Patientenstammdaten kurz nach der Erfassung im zentralen Aufnahmebüro ein zweites Mal erfaßt und gespeichert werden mußten. Verbindungen zu anderen Bereichen (Verwaltung, Zentrallabor, Radiologie usw.) gab es nicht.

Die vorhandenen bzw. neuentwickelten Systeme sind inzwischen über einen CAI Kommunikationsserver und die HL7 Schnittstelle¹ miteinander verbunden. Hierdurch wurde auch der zentrale Datenaustausch mit dem Patientenverwaltungssystem IS H von SAP reahsiert und mittlerweile abteilungsübergreifend eine zentrale medizinische Datenbank CMDDB aufgebaut.

5 Schritte auf dem Weg zur elektronischen Patientenakte

Auf der Grundlage der beispielhaft beschriebenen Netzwerktopologie konnte die Entwicklung eines Anwenderprogramms für die klinischen Bereiche der Chante ansetzen. Die Fortschntte in der Medizin resultieren u. a. in bereichsübergreifenden Behandlungsketten, zu deren Unterstützung die modernen Informationstechnologien bisher unzureichend genutzt wurden. Konkret bedeutet das, daß Informationen über einen Patienten an vielen Orten entstehen, jedoch nicht immer zeitgerecht und übersichtlich den behandelnden Ärzten bereitstehen. Hierdurch kann der Behandlungserfolg negativ beeinflusst werden.

¹ HL7 (Health Level 7) international anerkannter Kommunikationsstandard über den der Datenaustausch heterogener Systeme geregelt wird.

Die umfassende Neustrukturierung mit Integration eines Klimkinformationssystems nach vorheriger Arbeitsprozeßanalyse als Grundvoraussetzung jeglicher Softwareprogrammierung war deshalb unausweichlich, das heißt, die unterschiedlichen Tätigkeiten wurden in ihrem Ablauf und den Übergängen untersucht und dargestellt, um einerseits Ungereimtheiten und Reibungspunkte aufzudecken und anschließend zu beseitigen, andererseits festzulegen, welche Tätigkeiten und Teilprozesse künftig in die EDV Lösung einbezogen werden sollten

Mit der Entwicklung einer patientengebundenen Diagnosen und Maßnahmenkodierung unter Einbeziehung eines Kodiertools schloß eine erste Projektphase ab. Seither sind weitere Schritte zur elektronischen Patientenakte realisiert. Patientensichten (Abb. 2) umfassen alle Aufenthalte mit Zuweisung der Leistungsstellen (Normal und Intensivstationen, aber auch Polikliniken und Rettungsstellen) alle Diagnosen und Operationen sowie Dokumente und Formulare. Patientenübergreifend werden Stationssichten angeboten und eine Reihe Standardreports sind jederzeit abrufbar. Über eine Schnittstelle ist die Anbindung sowohl an das Patientenverwaltungssystem IS H, als auch an das Zentrallabor in patientenindividuellen Sichten verwirklicht.

Für die ambulante Notfallbehandlung in der chirurgischen Rettungsstelle wurde ein eigenes Modul mit patientenübergreifender 24 Stunden Sicht, Einzelsichten und spezifischen Masken für Unfallanamnese, Befundung und -diagnosen erstellt, wobei die dort durch den behandelnden Arzt dokumentierten Daten unmittelbar in das ausgewählte Berichtsformular übernommen werden. Ein weiteres Modul wurde für die ambulante Behandlung in der chirurgischen Poliklinik entwickelt, in dem zusätzlich die Leistungen nach den Gebührenordnungen dokumentiert werden können. Soweit die technische Realisierung, die besonders im stationären Einsatz mit Unterstützung von MDA die Aufgaben der anderen Berufsgruppen entscheidend entlasten und laufende Qualitätsverbesserungen initiieren kann.

6 Berufsprofil MDA

Zwei Berufsprofile stehen zur Verfügung, die beide durch den Deutschen Verband Medizinischer Dokumentare (DVMD) vertreten werden: eine dreijährige Ausbildung führt zum/zur Medizinischen Dokumentar/in (MD) bzw. eine zweijährige Ausbildung zum/zur Medizinischen Dokumentationsassistenten/in (MDA). Die ausbildenden Schulen sind unterschiedlich: entweder an Universitäten angegliedert oder als Berufsfachschulen organisiert, überwiegend mit staatlicher Anerkennung in einzelnen Bundesländern.¹

Die Ausbildung zum/zur MDA, die hier vor allem betrachtet werden sollen, da an den Kliniken für diese Praktiker auf mittlerer Ebene im stationären Bereich ein höherer Bedarf besteht, gibt es seit 1969, und die Lerninhalte werden laufend der technologischen Entwicklung angepaßt,² allein schon weil diese den Zielen Medizinischer Dokumentation ideale Voraussetzungen bietet. Nur aufgrund der bisher mangelnden Nachfrage an den Krankenhäusern ist der Beruf überwiegend in anderen Bereichen vertreten (Pharmazeutische Industrie, Forschungsinstitute, klinische Studien, Gesundheitsämter usw.)

1. Daneben gibt es an den FH Hannover und FH Ulm Diplomstudiengänge, die dem MD Abschluß in manchem ähneln. Zur Differenzierung vgl. die von der Bundesanstalt für Arbeit herausgegebenen Blätter zur Berufskunde über den/die Med. Dokumentar/in 3. Aufl. 1998 S. 6.

2. Der neu erarbeitete MDA Rahmenlehrplan ist ab Anfang 1999 über die DVMD Geschäftsstelle Postfach 1104 41845 Wassenburg zu beziehen.

MDA können die Lücke füllen, die durch die geänderten Rahmenbedingungen und nachfolgend notwendigen Strukturanpassungen an den Kliniken entstanden ist da sie ein fundiertes Basiswissen in medizinischer Terminologie und in Anatomie Physiologie, der Krankheitslehre und in medizinischer Dokumentation aufweisen sowie für unterschiedlichste EDV Anwendungen und statistische Auswertungen qualifiziert sind Schließlich zeichnet sie ihre Handlungskompetenz gerade in der selbständigen Wahrnehmung ihrer Aufgabengebiete und im Umgang mit Kunden und EDV Nutzern aus

Der DVMD nimmt derzeit intensiv Einfluß darauf, die uneinheitlichen Ausbildungsgänge in den einzelnen Bundesländern in diesem Bereich zu vereinheitlichen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten über (Aufstiegs Fortbildungen aufzuzeigen Die berufsbegleitende Nachqualifizierung für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen soll mittelfristig darauf abgestimmt werden

7 Welchen Beitrag können MDA im stationären Bereich der Kliniken leisten?

Durch den Einsatz von MDAs im stationären Bereich wird die Qualität der medizinischen Dokumentation entscheidend verbessert, die Verzahnung konventioneller und elektronischer Dokumentationssysteme gewährleistet, die Einhaltung und Pflege der Ordnungssysteme wahrgenommen und unnötige Kosten vermieden Hierdurch wird das Krankenhaus insgesamt dann unterstützt, Betriebsabläufe effizienter zu organisieren, ein effektives Kostenmanagement einzuführen und Kostensenkungen zu erreichen

Den Transformationsprozeß von der papiergestützten Dokumentation zur elektronischen Patientenakte können an den Kliniken im stationären Bereich am besten MDA begleiten, denn sie sind für die eine wie die andere Ausprägung, Ordnungssysteme zu organisieren und zu pflegen qualifiziert

MDA auf den Stationen, wie derzeit ein Pilotprojekt der Unfallchirurgie der Charité unter Beweis stellt tragen wesentlich zur Qualitätssicherung und zur Mitarbeiterzufriedenheit bei Letztere wurde mit einem standardisierten Fragebogen, der sich vor Projektstart und dann nochmals nach einem halben Jahr gleichermaßen an den Pflegedienst wie den ärztlichen Dienst richtete, als individuelle subjektive Einstellung erfragt Zu acht Tätigkeitsbereichen wurde jeweils die Einschätzung zum Organisationsgrad und dem persönlichen Zeitaufwand ermittelt und zuletzt um eine Gesamtbeurteilung gebeten wie der Anteil dokumentarischer und administrativer Tätigkeiten zu den sonstigen ärztlichen und pflegischen Aufgaben gesehen wurde In der zweiten Fragebogenrunde wurde diese Frage um eine Zusatzfrage ergänzt, ob denn falls die Einschätzung positiver als vor einem halben Jahr beantwortet wurde die gewonnene Zeit den Patienten zugute käme

Im Ergebnis zeigte sich daß der Gesamtaufwand für Dokumentation und Verwaltung vor Projektstart von drei Viertel der Befragten als groß bis sehr groß und nach dem ersten Halbjahr mit der MDA von etwas mehr als 25% als groß und von 65% als mittel bis gering eingeschätzt wurde Ebenfalls zwei Drittel waren der Meinung, wieder mehr Zeit für die Patienten zu haben

Durch das genannte Projekt soll der Nachweis erbracht werden, daß durch Aufgabenbündelung in einer MDA-Stelle auf Station die Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben mit geringerem Zeitaufwand in höherer Qualität erbracht werden als zuvor. Ein Erfolg zeichnet sich bereits nach Ablauf des ersten Halbjahres des einjährigen Projekts ab. Die während der ersten Monate des Projekts in einem interdisziplinären Projektteam erarbeitete Stellenbeschreibung ist in Kurzform durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Qualitätsstandards einhalten und verbessern,
- Kundenzufriedenheit erhöhen,
- reibungslose Abläufe organisieren (Workflow),
- termingerecht Informationen übermitteln,
- externe Anfragen beantworten,
- Daten- und Umweltschutz beachten,
- Routineuntersuchungen veranlassen,
- Patientenakten organisieren,
- Röntgenbilder organisieren,
- Formularwesen verwalten.

Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben, die immer mehr EDV-gestützt erfolgen müssen, ohne Unterstützung durch eine/n MDA fortzuführen, würde den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst vor das Problem ständig notwendiger Fortbildungen stellen, die aufgrund der Personalsituation gar nicht in ausreichendem Maß möglich wären, oder aber sie würden dauerhaft überfordert und erzielten schon deshalb schlechtere Ergebnisse. Eine solche Vorgehensweise ließe auch außer acht, daß nicht jede/r Mitarbeiter/in für dokumentarische Tätigkeiten geeignet ist.

8 Diskussion

Durch die Fortschritte in Medizin und Technik ist auch die Berufsbildung im Gesundheitswesen mit tiefgreifenden Veränderungsanforderungen konfrontiert, auf die zunächst durch betriebliche Weiterbildung oder Anpassungsqualifikationen reagiert wird, schließlich aber zeitversetzt auch Einfluß auf die Ausbildung genommen werden muß. Dieser Prozeß ist im öffentlichen Dienst vielerorts durch „leere Kassen“, d.h. Betten- und damit Personalabbau sowie Einstellungsstop oder auch Umgehung der Ausbildungsverpflichtung mit der Begründung, die Absolventen im Anschluß nicht übernehmen zu können, sehr schleppend eingeleitet worden, indem versucht wurde, die neuen Bedingungen in den alten Strukturen zu erfüllen.

Die Verwaltungen, bei denen allein die Mittelfreigabe liegt, sind schwer zu überzeugen, daß die Informationslieferanten - das medizinische Personal - nur dann akzeptieren, die für die Kostenträger und das interne Kostencontrolling relevanten Daten zu dokumentieren, wenn es der klinischen Praxis nützt und die Behandlung unterstützt. An den Universitätskliniken kommt das wissenschaftliche Interesse hinzu.

Wenn denn die Einsicht besteht, daß die EDV-Einführung und Entwicklung einer elektronischen Patientenakte in den klinischen Abteilungen eines Krankenhauses sinnvoll ist, so wird schnell und ausschließlich als Ziel die Einführung eines Klinikinformationssystems formuliert. Vergessen wird gern, daß ohne vorherige Arbeitsablaufanalysen und Prozeßneugestaltung als Grundlage einer

Programmierung sich der Benutzer anschließend an die Software anpassen muß, statt umgekehrt.

Zum anderen wird bei der Ausschließlichkeit, mit der eine Softwarelösung als alleinige Maßnahme propagiert wird, vergessen, daß die Qualität von Informationen entscheidend von Menschen abhängig ist und bleiben wird.

Die Veränderungsgeschwindigkeit durch die Stufen der Gesundheitsstrukturreform ist hoch, so daß dieser Prozeß mit EDV allein nicht zu bewältigen ist: die ständig notwendigen Zusatzprogrammierungen, um durch ausreichende Plausibilitätsprüfprozeduren eine valide Datenbasis zu gewährleisten, wären nicht finanzierbar, Deshalb sind diese Entwicklungen nicht denkbar ohne entsprechend aus- und weitergebildete Fachkräfte.

Unbestritten hat die rasante Entwicklung der Informationstechnologien erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhäuser, Doch so unausweichlich die Digitalisierung der steigenden Informationsmengen ist, so nötig sind auch personelle Umstrukturierungen, die den Einsatz spezieller Fachkräfte ermöglicht, wo dies notwendig und sinnvoll ist,

Doch auch mit diesen beiden Komponenten wird es für die meisten Krankenhäuser noch ein längerer Weg sein, die Interaktion und Kommunikation zunächst innerhalb der Krankenhäuser durch den Einsatz moderner Technologien wie der elektronischen Patientenakte zu unterstützen, bevor daran gedacht werden kann, diese Bemühungen auszuweiten und sich etwa mit niedergelassenen Ärzten zu vernetzen, um die Ansätze der Telemedizin weiter zu verfolgen und dadurch die Versorgungsqualität zu steigern und Kosten zu senken.

Technik-induzierte Qualifikationsveränderungen in medizinischen Assistenzberufen

Trotz allerorts offensichtlichen Eindringens neuer Technologien in die Medizin und das Gesundheitssystem gibt es bis dato keine Diskussion über technik induzierte Qualifikationsveränderungen in den medizinischen Assistenzberufen. So werden in der derzeitigen Debatte über neue medizinische Assistenzberufe entweder vor allem berufspolitische Argumente ausgetauscht, so z. B. in der Auseinandersetzung um die adäquate Aus- oder Fortbildung zu KardiotechnikerInnen oder über die Entstehung der neuen Ausbildung zum/zur Operationstechnischen Assistentin (OTA) oder es werden technik induzierte Veränderungen für sich oder lediglich in ihren Auswirkungen auf organisatorisch administrative Belange in der Gesundheitsversorgung diskutiert, ohne daß die Frage nach den dadurch hervorgerufenen Veränderungen der Qualifikationsanforderungen an das medizinische Assistenzpersonal thematisiert werden. So z. B. in der Diskussion über moderne Datenverarbeitungssysteme in Arztpraxen und Krankenhäusern (Telemedizin, Krankenhaus Informationssysteme und elektronische Patientenakten) oder in der Weiterentwicklung und den sich verbreiternden Einsatz der Minimal Invasiven Operationsmethoden (MIC = Minimal Invasive Chirurgie).

Ergänzende Randnotizen zum Berufsbild Kardiotechniker/in

Die Zahl der Herzoperationen in Deutschland ist keineswegs an einer Sättigungsgrenze angelangt. Während derzeit in Deutschland jährlich pro 1 Mio. Einwohner 1.000 Herzoperationen durchgeführt werden, ist diese Zahl in den USA bei 1.200 und in der Schweiz sogar bei 1.400 angelangt. Vor allem die Zahl von Herztransplantationen künstlicher Herzen sei deutlich im Steigen begriffen (Grühn/Grühn S. 26). Daher wird von einem stabilen Arbeitsmarkt für KardiotechnikerInnen ausgegangen.

Von den derzeitig etwa 400 in Deutschland tatigen Kardiotechnikerinnen (nur 12% davon sind Frauen, 'nur' im Verhältnis zum Frauenanteil in den Pflegeberufen) sind etwa 70% „angelernte“ Kardiotechnikerinnen, 30% sind staatlich geprüfte KardiotechnikerInnen der Akademie für Kardiotechnik (AfK) Berlin. Weniger als 10 Personen sind Diplomingenieure für biomedizinische Technik (Julich) (vgl. Grühn/Grühn S. 25 f). Von 1987 bis heute haben knapp über 100 Absolventen die AfK verlassen. 15 Personen beginnen pro Jahr. Sie kommen problemlos auf dem Arbeitsmarkt unter.

In den im Auftrag des BIBB durchgeführten Interviews mit Kardiotechniker/innen in Berlin und Frankfurt wurden wir immer wieder

darauf hingewiesen, daß die Akademisierungstendenzen (vgl. ebd.) berufs- und besoldungspolitisch begründet seien. Dies konnte zukünftig eine geringere Rolle spielen, da Absolventen der AfK inzwischen in der Regel mit BAT IV und leitende KardiotechnikerInnen mit BAT Ha vergütet werden.

Bei anhaltender technologischer Entwicklung können Fachhochschul- und Hochschulabsolventen mit kardiotechnischer Schwerpunktsetzung (Jülich/Dresden) für Entwicklungsaufgaben in der Industrie zukünftig von besonderem Interesse sein.

Die von einigen Fachleuten erwartete Zunahme der Nachfrage nach KardiotechnikerInnen in Deutschland steht in einem engen Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Herzoperationstechnologie. So seien in Deutschland durchaus mehr Fachhochschul- und Universitätsabsolventen im Bereich der Forschung und Entwicklung einsetzbar, wenn nicht nur auf ausländische Entwicklungen zurückgegriffen und die dortigen Entwicklungen nicht abgewartet wurden. Für die alltägliche Praxis der Herzzentren können diese Ingenieure überqualifiziert sein.

Ingenieure können für die kardiotechnische Arbeit in Herzzentren aber dann nicht überqualifiziert sein, wenn Formen von 'Job-Enrichment' wahrgenommen werden. Solche Formen von 'Enrichment' führen auch für die KardiotechnikerInnen, die keinen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß haben, zu einer deutlichen Erweiterung des Anforderungsspektrums und nach unseren Erfahrungen zu einer hohen Berufszufriedenheit. Beispielshaft sei hier der leitende Kardiotechniker eines privaten Herzzentrums zitiert. Zurzeit sind 5 der 6 Planstellen in der Abteilung Kardiotechnik besetzt. Die Mitarbeiterinnen bringen entweder langjährige Berufserfahrungen mit bzw. wurden in Berlin zum Kardiotechniker ausgebildet. Eine Mitarbeiterin ist Ingenieurin der Biomedizintechnik (FH). Neben der Perfusion teilen sich die Mitarbeiterinnen der Kardiotechnik folgende Aufgabenschwerpunkte: Organisation von Fortbildungen und Veröffentlichungen, MedDV und Geratewartung, Materialwirtschaft, Assistenzsysteme und Dienstplangestaltung. Um jeden Mitarbeiter optimal einzusetzen werden diese Aufgaben im Rotationssystem durchgeführt. Um möglichst vielen Mitarbeitern im Gesundheitswesen Projekte und Arbeitsweisen im HZF transparent zu machen, findet einmal jährlich ein Pflegesymposium mit einem Schwerpunktthema statt. Vorgestellt und diskutiert wird 'work in progress'. Themen der letzten Jahre waren die EDV im Krankenhaus und die Projektarbeit der einzelnen Abteilungen. Thema des diesjährigen Symposiums ist TOM (Total Quality Management) und dessen Umsetzung im Krankenhaus. Die Abteilung Kardiotechnik ist in diese Symposien aktiv eingebunden durch Beiträge und Mitarbeit' (Keller 1998 S. 58 f).

Die Diskussion mit den KardiotechnikerInnen im HZF machte deutlich, daß die erhöhten Qualifikationsanforderungen durch dieses Job-Enrichment vorwiegend technologieinduziert sind (neue EDV-Systeme, neue Geräte, zusätzliche Aufgaben in der Wartung der Geräte etc.). Auch die Ingenieurin in diesem Team machte deutlich, daß sie sich durch diese Form des Job-Enrichments durchaus qualifikationsadäquat eingesetzt fühlt.

Im HZF wird der durch diese technik-induzierten Qualifikationserhöhungen entstehende externe Weiterbildungsbedarf an die MitarbeiterInnen des Bereichs Kardiotechnik auf 4 Tage/p.p./pa. eingeschätzt. Dies entspricht interessanterweise nahezu dem am Deut-

sehen Herzzentrum Berlin (DHZB) ermittelten Wert von 3,8 Tagen (vgl. Gruhn/Gruhn S. 29 f. sowie Kramer S. 39)

Die Praxisbezogene Fortbildung an der AfK hat sich bewahrt (vgl. Gruhn/Gruhn S. 31 f. sowie Kramer S. 36 f.)

Den Bereich Kardiotechnik an dieser Stelle abschließend, sei das Verhältnis von Technologieentwicklung und Anforderungen an die KardiotechnikerInnen mit einem Zitat schlagwortartig zusammengefaßt: „Was wäre die Kardiotechnik ohne High-tech?“ (Keller S. 58)

Randnotizen zur Telematik

Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien eröffnen auch für das Gesundheitswesen völlig neue Möglichkeiten, mit den zunehmenden Datenmengen bei der Behandlung von Patienten umzugehen. Dabei stehen sowohl Kostenüberlegungen wie auch Überlegungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und damit auch die Qualität der Versorgung von Patienten im Vordergrund. „Mit Hilfe der Telemedizin kann es schon bald Alltag werden, daß der niedergelassene oder der in einer Klinik tätige Arzt über das Netz auf sämtliche medizinischen Daten eines Patienten zurückgreifen kann, die beispielsweise in einer anderen Praxis oder in einer anderen Klinik erstellt und in einer Datenbank gespeichert wurden. Dadurch können die Belastungen der Patienten bei der Diagnoseerhebung gesenkt und mehrfache diagnostische Prozeduren vermieden werden. Durch multimediale Kommunikation zwischen den Ärzten, Kliniken und den Krankenkassen läßt sich eine wesentlich effektivere Kostenmanagement erreichen“ (Yzer 1996).

In einem Gutachten aus dem Jahre 1998 von Roland Berger und Partner für das Bundesministerium für Bildung, Forschung und Technologie und das Bundesministerium für Gesundheit zu den Perspektiven der Telemedizin in Deutschland (Roland Berger & Partner GmbH München, Januar 1998) werden ausgewählte Telematikkomponenten dargestellt, die für die telemedizinischen Anwendungen heute und in der Zukunft von fundamentaler Bedeutung sind: „Informationssysteme in ihren unterschiedlichen Ausprägungen für Krankenhaus, Krankenhausabteilungen und Praxen niedergelassener Ärzte, die integrierte multimediale elektronische Patientenakte als Resultat der logischen Integration der verteilten Datenbestände, Datenkarten im Gesundheitswesen sowie Netze für Medizin und Gesundheitsverwaltung“ (ebd. S. 29).

So sehr in Einzelbereichen der Einsatz von Telemedizin und Telematik fortgeschritten sein mag, so sehr fehlen die infrastrukturellen Voraussetzungen, diese wirklich zum Tragen kommen zu lassen. Selbst in Krankenhäusern, wo Telemedizinprojekte durchgeführt worden sind und werden, scheint es bei der Umsetzung der Ergebnisse in die alltägliche Arbeit unüberwindliche Probleme zu geben. Das zentrale Ziel der Telematik, die Vernetzung der „Handlungsketten“, scheint bisher an fehlenden infrastrukturellen Voraussetzungen zu scheitern (vgl. ebd.). So fanden wir in unseren Interviews Krankenhäuser, die in Einzelbereichen der Telemedizin relativ weit fortgeschritten waren, jedoch aufgrund der Schnittstellenprobleme bei der Integration in ein sinnvolles Gesamtsystem die Weiterarbeit weitestgehend eingestellt haben und die weitere Entwicklung vorerst abwarten wollen.

Angesichts des Standes der Diskussion ist es nicht weiter verwunderlich, daß bisher keine Untersuchungen darüber vorliegen, welche Voraussetzungen bei den Akteuren - und dazu gehört auch die Berufsgruppe „Medizintechnik“ - hierfür vorliegen müssen. Es ist in W nicht geklärt, wie in den Krankenhäusern sichergestellt wird, daß die Mitglieder der betroffenen Berufsgruppen den durch die Technikentwicklung aufgeworfenen Qualifikationsanforderungen genügen können (vgl. Gruhn/Gruhn S. 13 f sowie Kramer S. 35).

Gerald Ünczak ging in seinem Beitrag auf die besondere Bedeutung des Berufsbildes Medizinische/r Dokumentar/in und Medizinische/r Dokumentationsassistentin ein (vgl. auch Blätter zur Berufskunde 2 XC 35 und 2 XC 25). Er machte deutlich, daß sich mit diesen medizinischen Dokumentationsberufen Fachkräfte etabliert haben, die für die weitere Arbeit in diesen Entwicklungsfeldern besondere Qualifikationen haben und in diesen Bereichen sinnvolle Einsatzgebiete finden.

Das papierlose Krankenhaus

Der Zusammenhang zwischen den Möglichkeiten des Einsatzes moderner Telematik und den organisatorischen Rahmenbedingungen hierfür sowie der zwischen dem Einsatz solcher Technologien und den (positiven) Auswirkungen auf andere Arbeitsbereiche sowie die Bedeutung des Einsatzes von EDV-Spezialisten für die Entwicklung solcher integrierter Systeme wurde uns in einem (allerdings) privaten Herzzentrum in Frankfurt deutlich vorgeführt, in dem eine solche integrierte Gesamtlösung realisiert ist.

„Mitten im internationalen Dienstleistungszentrum Frankfurt gelegen, setzt unsere Klinik neue Maßstäbe in der Patientenbetreuung und im Standard medizinisch-technischer Ausstattung. Dadurch genießen sie neben einem erstklassigen Service einen Komfort, wie man ihn sonst nur von einem Spitzenhotel erwarten würde. Dies erfordert sehr viel Zeit - Zeit, die unsere Mitarbeiter gewinnen, in dem ihnen eines der weltweit modernsten Datenverarbeitungssysteme die zeitraubenden administrativen Arbeiten abnimmt. Es stellt ihnen schnell und zuverlässig Befunde und Bilddokumente, EKGs und Röntgenbilder an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung. Durch Vernetzung mit der Ambulanz und dem Roten Kreuz Krankenhaus entfällt der unsichere Transport von Akten und Unterlagen unserer Patienten. Bald wird auch der telefonische Austausch von Bilddokumenten mit anderen Kliniken und Praxen über ISDN möglich sein.“ (Patientenbroschüre des Herzzentrums Frankfurt AG)

Das Herzzentrum Frankfurt ist das erste (nahezu) „papierlose“ Krankenhaus in Europa. Der gesamte Ablauf von der Aufnahme des Patienten, über die Hinzuziehung externer Dokumente, über die Dokumentation der Eigendiagnosen incl. EKG sowie aller weiteren operativen und Behandlungsvoorgänge bis hin zur Weiterbehandlung in der Intensivstation und in der nachfolgenden Normalstation und der Entlassung sowie der Abrechnung sind in einem integrierten Gesamtsystem zusammengefaßt. Der Patient wird per ID Nummer am Bildschirm aufgerufen, in der elektronischen Patientenakte sind sämtliche Informationen wie Befunde, Laborwerte, Ultraschall- und Röntgenbilder, Angiographien, Pflegedokumentation etc. enthalten. Aus der Perspektive der Kardiotechnik beschreibt der leitende

Kardiotechniker die Bedeutung des Systems für den von ihm verantworteten Arbeitsbereich „Die Anfertigung eines handgeschriebenen Protokolls während der Perfusionsphase ist nicht nötig. Alle Daten (Einfuhr, Ausfuhr, Ereignisse, Flow, Temperaturen, Drucke etc.), die während der extrakorporalen Zirkulation gesammelt werden, werden online vom internen Computer der HLM auf dem Bildschirm der Rechneinheit im Operationssaal dargestellt. Zur Datenverarbeitung dient die Software Care Vue 9000 von Hewlett Packard. Gleichzeitig erfolgt ein Daten date up via Memo-Card. Die Daten werden auf einer WORM (Write Once Read Multiple) Festplatte gespeichert. Sie stehen intra- und postoperativ jedem berechtigten Benutzer innerhalb der Klinik zur Verfügung -falls gewünscht, gleichzeitig in ca. 150 Terminals im Hause' (Keller S. 59, zur Software Care Vue vgl. zusammenfassend Gruhn/Gruhn S. 22 ff). Neben den nachfolgend beschriebenen Effekten ist dies zugleich ein System für ein Total Quality Management (TQM). Alle Vorgänge und Aktivitäten am Patienten sind völlig transparent.

Nach unseren ersten Eindrücken scheint ein direkter Zusammenhang zwischen der Unternehmensphilosophie „flache Hierarchien um schnell und flexibel zu sein' (so ist der leitende Kardiotechniker hierarchisch den Ärzten gleichgestellt) und der bisher in Europa einzigartigen Realisierung einer solchen Gesamtkonfiguration zu bestehen. Zur Unternehmensphilosophie gehört auch die Einsicht in die Notwendigkeit, eine gute, kostspielige, eigene EDV Gruppe zu implementieren. Ursprünglich hatte man auf das HP System Care Vue 9000 und auf ein Medizininformationssystem der Firma AeMI aus Berlin zurückgegriffen und versucht, die Schnittstellenproblematik gemeinsam mit HP zu lösen. Jetzt hat man sich von HP getrennt, benutzt beide Ausgangssysteme zwar weiterhin, aber hat vier EDV Spezialisten für die eigene Fortentwicklung des integrierten Systems eingestellt.

Hier hat sich ein neuer Arbeits- und Berufsbereich im Krankenhaus etabliert. Aufgrund der Unternehmensphilosophie und der möglicherweise durch die privatwirtschaftlich bedingten Organisationsfreiheiten können die Qualifikationen dieser Mitarbeiter zur Entwicklung eines Gesamtsystems optimal genutzt werden. Neben drei Hochschulabsolventen (Mathematiker, Physiker, Biologe) ist in der Arbeitsgruppe ein Informationselektroniker mit Berufsfachschulabschluß tätig. Diese Personen führen auch die Weiterbildungen des ärztlichen, pflegenden und medizinischen Assistenzpersonals zum Umgang mit dem System durch. Bei allen organisationssoziologisch zu klarenden Widerständen gegen derartige Gesamtlosungen in öffentlichen Einrichtungen gehen auch hier die Entwicklungen in ähnliche Richtung und werden mittelfristig entsprechenden **Qualifikationsbedarf** auslösen.

Randnotizen zur OTA-Debatte

Thomas Bals berichtet aus einem von ihm im Auftrage des BIBB durchgeführten Projektes aus der „Fallstudie Operationstechnischer Assistent". Da unsere eigenen empirischen Erhebungen sich mit denen von Herrn Bals weitestgehend decken, soll besonders auf einige curriculare und rechtliche Aspekte hingewiesen werden.

Die Inhalte der OTA Ausbildung sind curricular so strukturiert, daß die Absolventen von OTA Ausbildungen den Anforderungen im

Operationsteam wesentlich besser gerecht werden. Es handelt sich hier keinesfalls um eine Schmalspurausbildung, sondern um eine spezielle Gesundheitsfachberufsausbildung. Die OTA ist von ihrer Ausbildung her der Krankenschwester/dem Krankenpfleger in ihrer/seiner allgemeinen Krankenpflegeausbildung im Operationsteam mindestens gleichwertig.

Ein Vergleich der Inhalte der OTA-Ausbildung mit der Weiterbildung zur OP-Fachkraft zeigt, daß die Weiterbildung zur OP-Fachkraft lediglich die theoretischen und praktischen Defizite von der Krankenpflegeausbildung auszugleichen anstrebt. Das bedeutet, daß letztlich die Weiterbildung zur OP-Fachkraft lediglich den Stand der OTA-Ausbildung erreicht - mehr nicht. Zusätzliche Management- und sonstige Führungsaufgaben bedürfen sowieso einer gesonderten Weiterbildung. Der OTA ist demzufolge der weitergebildeten OP-Fachkraft durchaus ebenbürtig. Aus der reinen Länge der Aus- und Weiterbildung können nicht automatisch höhere Qualifikationsunterschiede ermittelt werden (vgl. ebd. S. 39).

Abschließend einige sehr geraffte und diese Aussagen bestätigende und ergänzende erste Impressionen aus unseren Erhebungen:

- Die OTA haben sich in der Praxis bewährt.
- Die OTA sind im OP sofort nach der Ausbildung voll einsetzbar.
- Die Selbstselektion beim Einstieg in die Ausbildung zur/zum OTA führt zu einem Personal mit technischem Verständnis und Affinitäten zu technischen Entwicklungen (Interview: „Ich wollte auf keinen Fall Krankenschwester werden, das Technische hat mich gereizt“). Eine Einstellung, die bei dem herkömmlichen Pflegepersonal nur relativ selten anzufinden ist und sich in der relativ geringen Quote derjenigen niederschlägt, die den Weiterbildungsweg zur OP-Fachkraft einschlagen.
- Die OTA sind besser als Krankenpflegekräfte mit der Weiterbildung zur OP-Fachkraft in der Lage, den zukünftigen technisch induzierten Veränderungen im OP gerecht zu werden. Dies mag nicht zuletzt mit der bereits oben erwähnten Affinität zur Medizintechnik beim OTA-Personal in Verbindung stehen. So weist Wieman (Januar 1997) in seiner Analyse der Qualifikationsanforderungen an die Assistenzberufe im OP darauf hin, daß zu den extrafunktionalen Anforderungen an das Operationsteam unbedingt auch „ein gewisses technisches Verständnis und ein grundsätzliches Interesse für (Medizin-)Technik“ (S. 40) gehört. Die Bedeutung dieser Aussage wird vor allem dann klar, wenn man sich vergegenwärtigt, daß bei den funktionalen Anforderungen beim Operationsdienst Kenntnisse und Fertigkeiten der Instrumentation beim Auf- und Abrüsten des OP-Saals und Kenntnisse des allgemeinbezuglichen Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte und ihrer Bedienung als äußerst wichtig eingeschätzt werden (ebd. S. 37).
- Die OTA sind auf Grundlage ihrer breiten Spezialausbildung in der Lage, sich schnell den Anforderungen in unterschiedlichen OP-Bereichen anzupassen. Angelernte und weitergebildetes OP-Personal sei dagegen kurzfristig nicht oder nur sehr eingeschränkt in Bereichen einsetzbar, in denen sie nicht täglich arbeiten. Erschwerend kommt hinzu, daß die Fachkrankenpflegequote in deutschen Operationsabteilungen nach 18 Jahren Weiterbildungen bundesweit unter 20% liegt und vor dem Hintergrund der Novellierung der Krankenhausfinanzierung voraussichtlich auch liegen bleiben wird. In Deutschland zeigt

sich das Paradoxon, daß eine spezielle Qualifikation für den Operationsdienst zwar als notwendig angesehen wird, man aber gleichzeitig auch ohne die Qualifikation die Berechtigung hat, in diesen Bereichen tätig sein zu dürfen. In den Niederlanden dagegen verfügen nahezu alle im Operationsdienst tätigen Personen über die entsprechenden Kompetenzen (vgl. Wieman Juli 1997 S. 85).

- Die Gespräche mit dem OP Assistenzpersonal machen u. E. eindeutig klar, daß nicht zuletzt Entwicklungen und Fortschritte im Bereich Naturwissenschaft und Technik Ursache dafür sind, daß sich die Anforderungen an das Assistenzpersonal im OP-Bereich so weit von denen an das herkömmliche Pflegepersonal wegentwickelt haben, daß die Weiterentwicklung einer Ausbildung zur/zum OTA unabdingbar ist.

Der Chefarzt einer gefäßchirurgischen Klinik faßte die ärztliche Sicht des OTA Berufes wie folgt zusammen:

„Wie stellt sich aus Sicht eines Chirurgen die Erfahrung mit diesem neuen Beruf dar? Um es vorwegzunehmen und es mit einem Satz auszuführen: Uneingeschränkt positiv. Hierfür gibt es mehrere Gründe:

- Die Auswahl für diesen Beruf: Es handelt sich hierbei um hoch motivierte Mitarbeiter, die von vornherein wissen, was sie wollen, nämlich eine Tätigkeit im Operationssaal. Da es sich um reife Menschen mit oft bereits einer Berufsausbildung handelt, ist auch mit einer hohen Beständigkeit zu rechnen.
- Die Qualität der Ausbildung: Die Ausbildung ist so breit gefächert wie nötig. Auf unnötigen Ballast wird aber verzichtet. Dies führt dazu, daß die Kräfte eine umfassende Berufsbildung genossen haben, ohne daß sie zu viel Theorie aufnehmen mußten. Man kommt rasch zur Sache, d. h. zur praktischen Tätigkeit. Spätestens dann kann sich jeder auch prüfen, ob er für diesen Beruf geeignet ist und ob es das war, was ihm vorschwebte. Diese Entscheidung dauert bei dem neuen Ausbildungsgang nur wenige Wochen bis Monate.
- Die strenge Kontrolle der praktischen Ausbildung führt rasch zu einer guten manuellen Fertigkeit. Man sieht, was man tut und man kann sich an der praktischen Tätigkeit der ausgebildeten OP-Schwester und OP-Pfleger orientieren. Die praktische Ausbildung wird durch die Theorie begleitet, ohne daß ein Übermaß an theoretischem Wissen vermittelt wird.
- Der unmittelbare Kontakt zum Vorgang der Operation, die Einbindung in das Team und die immer wieder auf das praktische Vorgehen im Operationsverlauf zielende Anleitung führen zu einer sich stufenweise entwickelnden speziellen Fertigkeit, so daß am Ende der Ausbildung eine umfassend versierte Fachkraft steht, der der Assistenzcharakter ihrer beruflichen Tätigkeit und die Einbindung in die Gesamtverantwortung für eine Operation klar ist.“ (Balzer S. 7f)

Der Operationssaal der Zukunft - Systementwicklung für die Minimal-Invasive Chirurgie und mögliche Auswirkungen auf die Operationsassistenz

Es scheint unbestritten, daß eine der Technologien, die den Operationssaal der Zukunft bestimmen wird, die Minimal Invasive Chir-

urgie (MIC) ist Wir haben uns daher im Rahmen einer Fallstudie eine in Deutschland in der Entwicklung der MIC führende Einrichtung angesehen die Sektion für Minimal Invasive Chirurgie an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen Gegenstand der dortigen Präsentation, Einweisung und Diskussion war die Entwicklung von der Verbesserung einzelner MIC-Instrumente hin zu einem System arbeitsplatz für Minimal Invasive Chirurgie (Geräte für robotische Assistenzsysteme und Telekommunikationseinrichtungen) sowie die daraus sich ggf ableitenden Anforderungsveränderungen an technische Assistenzberufe im OP

Von der (Instrumenten-)Bausteinentwicklung zur Systementwicklung

Ausgangspunkt der Verbesserung einzelner Bausteine der MIC und des Versuchs ihrer Integration in ein geschlossenes System war die Tatsache, daß herkömmliche endoskopische Instrumente gegenüber der offenen Chirurgie mit direkter Sicht und mit direktem Zugang mit der Hand mit erheblichen Nachteilen verbunden waren Die starren Stangen, über die die Mikroinstrumente in den Körper eingeführt wurden, hatten eine hohe Unbeweglichkeit zur Folge, führten nahezu zu einem Ausschluß körperlichen Fühlens bei der Instrumentenbedienung und zu erheblichen Einschränkungen der Sicht bzw optischen Wahrnehmungsfähigkeiten Die Weiterentwicklung der Sichtgeräte und Instrumente bis hin zum Manipulator System soll dem Operateur der MIC Fähigkeiten zurückgeben die er beim Umstieg von der offenen auf die endoskopische Operationstechnik verloren hat Das sind insbesondere die 3-D-Sicht, die taktile Sensork und Freiheitsgrade der Bewegung Im letzten Schritt der Entwicklung geht es dann um die Integration der vielfältigen apparativen Funktionen wie Gasinsufflation (durch Einführung von Gasen wird der Operationsraum sozusagen aufgebläht um Bewegungsraum für die Instrumente zu schaffen), der Bilderfassung und Übertragung sowie von Hochfrequenzstrom und weiteren Elementen für die taktilen Funktionen

3-D-Sicht

Die herkömmlichen Endoskope mit einer Lichtquelle und einer Optik erlauben kein räumliches Sehen Hierdurch ist es sehr schwer, die OP-Instrumente in dem engen Körperbereich und den Hohlräumen des Operationsgebietes genau zu führen 3 D Sicht wird dadurch ermöglicht daß das linke und das rechte Auge eines Betrachters den selben Raum aus leicht unterschiedlichen Perspektiven sehen Im Gehirn des Betrachters werden diese getrennten Informationen zu einem räumlichen Eindruck verschmolzen Der räumliche Eindruck ist zur Orientierung und zur gezielten Bewegung von Instrumenten im Operationsgebiet unabdingbar Hierfür wurde ein Stereo Endoskop mit zwei angekoppelten Endokameras entwickelt, das jeweils zwei Halbbilder aufnimmt und diese auf einem Farbmonitor abbildet Mittels einer über Infrarotlicht synchronisierten Shutter Brille werden diese beiden Bildinformationen im Kopf des Betrachters zu einer geschlossenen Bildinformation zusammengeführt Es zeigte sich allerdings daß die Brille den Operateur behinderte Neuere Entwicklungen verlagern diese Bild-

zusammenführungsfunktionen in ein Monitorsystem. Der Operateur kann dann am Monitor ein 3 D Bild wahrnehmen. Diese Form der Bildaufnahme und wiedergabe ermöglicht was die optische Wahrnehmung betrifft, eine Unabhängigkeit von der direkten Nahe zum Körper eine Voraussetzung für die spätere Entwicklung eines Computerarbeitsplatzes für den Operateur.

Erhöhung der instrumentellen Freiheitsgrade und Entwicklung von Operationsmanipulatoren

Vereinfacht gesagt werden in der herkömmlichen Endoskopischen Operationsweise neben den Sichtendoskopen und dem Insufflator zwei Manipulatoren eingeführt. Das eine dient in der Regel dem Halten und in die richtige Stellung bringen der zu behandelnden Organteile, das zweite Manipulationsendoskop zur Einföhrung der Microinstrumente z. B. zum eigentlichen taktilen Manipulieren (Schneiden und Nahen etc.). Hierbei müssen über die Endoskope wechselnde Instrumente und Absaugegeräte eingeföhrt werden. Den in der Regel starren herkömmlichen Instrumenten fehlt die Beweglichkeit wie sie z. B. zum endoskopischen Nahen oder Umfahren von anatomischen Strukturen nötig ist. In einem ersten Schritt wurde die Flexibilität der manuell gesteuerten Instrumente dadurch erhöht, daß diese nicht mehr am Abschluß einer geraden sondern am Ende einer gebogenen Stange angebracht waren. Für manuelle Instrumente wurden Geräte mit hochkomplexen Endsensoren entwickelt, die dem Operateur über die langen Wege hinweg einen taktilen Eindruck der Härte, Dichte etc. des zu behandelnden Korpermaterials vermitteln.

In der Entwicklung sind nun (fern)steuerbare und flexible Instrumente mit „zwangsgeführten Zielgelenken“, die aufgrund ihrer steifen Gelenkstruktur bei Belastungen nicht nachgeben und deren Bewegungen eindeutig vorherbestimmt sind. Diese Instrumente werden von am Operationstisch befestigten Instrumententrägern zwangsgeführt und um den Einstich in der Bauchdecke des Patienten bewegt.

Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit führt zu flexiblen Instrumenten mit auswechselbaren Effektoren. Es werden also Multinstrumente eingeföhrt (Kombinationseffektoren), mit denen verschiedene Funktionen wie Greifen, Koagulieren, Schneiden, Spülen und Saugen wahrgenommen werden können, ohne daß jeweils ein komplizierter und möglicherweise langandauernder und mit Verletzungsgefahren verbundener Wechsel des Instrumentes erforderlich ist.

Das Ergebnis dieser Entwicklung bildet eine komplexe Bedienstation mit einer Vielzahl von Informations- und Aktionsmöglichkeiten bei flexiblen Instrumenten, die motorisch angetrieben werden. Die Bedienstation steht in der Nahe des Operationstisches (s. Abb. 2).

Entwicklung eines Systemarbeitsplatzes für Minimal Invasive Chirurgie

Beim nächsten Schritt der Entwicklung ging es um die Integration und Rechnersteuerung aller Geräte und Komponenten in eine mobile, abgeschlossene Einheit, die es dem Chirurgen ermöglicht, minimalste Eingriffe im Bauchraum von einer Arbeitsstation aus durchzuführen. Alle Funktionen des Systemarbeitsplatzes sollen

unmittelbar durch den Operateur über ein Terminal über ein am Terminal angebrachtes Bedienungsfeld kontrolliert werden. Zu integrieren waren

- die 3 D Video Bildwiedergabe des Operationsfeldes
- die endoskopische Kameraführung
- die sensorbasierte und manuelle Steuerung zur Positionierung von Endoskopen und chirurgischen Effektoren

Auswirkungen auf das OP-Assistenzpersonal

Ohne an dieser Stelle auf die Details einer solchen komplexen technologischen Lösung eingehen zu können, leuchtet unmittelbar ein, daß die Anforderungen an die operierenden Ärzte hierdurch wesentliche Veränderungen erfahren. An der Sektion für Minimal Invasive Chirurgie der Eberhard Karls Universität Tübingen existiert daher auch ein MIC Trainingszentrum (gegründet 1990). Hier werden für Ärzte und Assistenzärzte in kleinen Gruppen jeweils ca. fünftägige Kurse (Grundkurse, Fortgeschrittenenkurse und Spezialkurse) zur Einübung in Minimal Invasive Chirurgische Verfahren durchgeführt. In der Diskussion tauchte die Frage auf, ob nicht auch für das OP-Assistenzpersonal geeignete Schulungen angeboten werden müssen, um ihnen eine Sicherheit bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Operationen (Gerätevorbereitung, Einstellung, Reinigung etc.) die erforderlichen Fertigkeiten zu vermitteln. Dies scheint uns und den Interviewpartnern eine offensichtliche Notwendigkeit, da die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich der Instrumentation, bezüglich des Auf- und Abbaus des OP-Saales und bezüglich der Dokumentation mit der technischen Weiterentwicklung weiterhin deutlich wachsen werden.

Insgesamt werden für die OP-Assistenz durch die Technikentwicklung nicht nur im Bereich der MIC Kenntnisse bezüglich des Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte sowie die korrespondierenden Fertigkeiten zum Bedienen hochkomplexer medizinischer Geräte (Parks) massiv an Bedeutung gewinnen. Es ist heute unbestritten, der OP-Bereich ist ein High Tech-Bereich.

Literatur:

- BALS T: Früherkennung neuer beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit/Soziales/Erziehung - Die Fallstudie Operationstechnischer Assistent - vgl. den Beitrag in diesem Band.
- BALZER K: Der OTA-Beruf aus ärztlicher Sicht. Vortrag auf der Informations- und Diskussionsveranstaltung Operationstechnischer Assistent als Fachberuf. OTA - ein neuer Ausbildungsberuf im Gesundheitswesen am 30.10.1996 in Köln. Holweide.
- Berger Roland & Partner GmbH - International Management Consultants: Telematik im Gesundheitswesen - Perspektiven der Telemedizin in Deutschland. München, Januar 1998.
- BÖHME H: Zur Rechtsstellung der Operationstechnischen Assistenten (OTA) im Vergleich zu Krankenpflegekräften, insbesondere in der Weiterbildung zur OP-Fachkraft. Ein Rechtsgutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen in Baden-Württemberg e.V. April 1998.

- GRÜHN, D.; GRÜHN, J.: Berufsfeldanalyse im Bereich medizinisch-technischer Assistenz Tätigkeiten - Fallstudie: Deutsches Herzzentrum Berlin mit einigen Anmerkungen zur medizinischen Intensivstation des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin, MS Berlin, März 1998
- KELLER, H.: Kardiotechnik im Herzzentrum Frankfurt (HZF); in: Kardiotechnik 2/1998 S. 58 f.
- KRAMER, H.: Telemedizin und Qualifikation; in: Professionalisierung durch Weiterbildung, Wissenschaftliche Diskussionspapiere des Bundesinstituts für Berufsbildung Berlin, Heft 32 S. 28-39.
- LINCZAK, G.: Medizinische Dokumentation - Elektronische Patientenakte und Qualitätssicherung, vgl. den Beitrag in diesem Band.
- WIEMAN, J.: Qualifikation und Qualifizierung für den Operationsdienst. MS, Osnabrück, Januar 1997.
- DERS.: Die pflegerische Versorgung des Patienten durch operatie-assistenten in den Niederlanden - eine ethnographische Studie -, Diplomarbeit im Studienbereich 1: Pflegewissenschaften der Katholischen Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück Juni 1997

Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf im Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements im Gesundheits- und Sozialwesen

1 Ausgangslage

Angesichts der Umbrüche im Gesundheits- und Sozialwesen geraten etablierte Qualifikations- und Berufsstrukturen unter zunehmenden Professionalisierungsdruck.

Gesundheitsstrukturgesetz und Pflegeversicherung erzwingen im Hinblick auf Einsparung materieller und personeller Ressourcen - ohne damit an Qualität nachzulassen - eine Verbesserung des Managements in diesem Bereich. In dieser Phase des Strukturwandels gewinnt die Weiterbildung von Fach- und Führungskräften mittlerer Positionen, die maßgeblich die veränderten Rahmenbedingungen in ihren Einrichtungen umsetzen, eine neue Qualität. Nicht nur aufgrund der großen strukturellen Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen, sondern auch wegen des starken Auf- und Ausbaus von gesundheits- und pflegebezogenen Studiengängen an (Fach-) Hochschulen ist mit einem Wandel in der Rekrutierung von Fach- und Führungskräften in mittleren Positionen zu rechnen. Muß daher nicht davon ausgegangen werden, daß es zu Verdrängungsprozessen von beruflich Qualifizierten durch (Fach-) Hochschulabsolventen kommen wird? Wird für beruflich Qualifizierte in mittleren Positionen die angemessene Weiterbildung zu einer „Überlebensstrategie“? Hieß das Substitution oder Qualifikation durch Weiterbildung im Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements im Gesundheits- und Sozialwesen?

Das Bundesinstitut für Berufsbildung hielt es aus dieser Problemlage heraus für erforderlich, die berufliche Situation der Fach- und Führungskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen näher zu untersuchen.¹ Dazu gehörte, die Beschäftigungsentwicklung in mittleren Positionen des stationären und ambulanten Bereichs zu untersuchen und die unter den neuen Bedingungen im Berufsfeld entstandenen neuen Tätigkeitsfelder zu beschreiben. Letztlich sollen Anhaltspunkte für Weiterbildungsmaßnahmen zur Erhaltung und Eröffnung beruflicher Karrierewege für die Absolventen beruflicher Bildung gewonnen werden.

Auf der Basis einer Ende 1997 abgeschlossenen schriftlichen Befragung zur Vorbereitung dieser Untersuchungen sollen hier einige erste Aussagen zur derzeitigen Personalentwicklung sowie zum Rekrutierungsverhalten von stationären sowie ambulanten Einrichtungen getroffen werden.¹

¹ Vgl. CSONGÁR G. FP4 1008: Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens - Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. In: Arbeitsprogramm 1997 des Bundesinstituts für Berufsbildung.

2 Wie sieht die berufliche Situation des stationären Bereichs aus?

Zunächst erfolgte hier eine Bestandsaufnahme von Veränderungen während der letzten Jahre (Abbildung 1). Gravierende Veränderungen als Reaktion auf die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind für die stationären Einrichtungen vorrangig Rechtsformänderungen und daraus resultierende organisatorische Veränderungen.

Es treten zwei Aspekte besonders hervor. Einmal wurden Veränderungen im Gesundheitsversorgungsbereich vorgenommen, zum anderen wurde Outsourcing der Hauswirtschaft betrieben, also z.B. die Auslagerung und Fremdvergabe von Aufgaben im Bereich der Küche, der Bäckerei, der Wäscherei oder der Bettenreinigung. Im Rahmen der allgemeinen Reorganisation haben nunmehr 1/3 der befragten Einrichtungen Veränderungen eingeleitet, so u.a. Veränderungen in Verwaltung, EDV.

Veränderungen in der Pflege sind in den Kategorien Pflegestandards, Pflegeplanung und Dokumentation vorgenommen worden. In 20% der untersuchten Einrichtungen hat das Qualitätsmanagement Einzug gehalten, d.h., daß hier neue qualitative Arbeitsnormen eingeführt wurden, die auf ihre Einhaltung und ständige Verbesserung hin - z.T. von einem hauptamtlichen Qualitätsbeauftragten - kontrolliert werden. Ein Angebot an neuen Dienstleistungen findet auch im Gesundheitsversorgungsbereich statt (z.B. Aufbau einer Notaufnahme) und zu 21% im Bereich Pflege, Geriatrie und Kurzzeitpflege. Eine Vielfalt neu aufgebauter Dienste, u.a. Suchtambulanz, Psychiatrie, Weiterbildungsinstitut, Patientenfahrtdienst, Ergotherapie, Cateringservice oder Schmerztherapie haben sich etabliert.

Neben den strukturellen Veränderungen, die bereits erfolgt sind, werden weitere geplant (Abbildung 2). Unter den allgemeinen strukturellen Veränderungen sind vor allem wieder die Rechtsformänderungen zu nennen (54%), bei den übrigen Angaben handelt es sich um Einzelnennungen wie bauliche Veränderungen oder Fusionen. Zur allgemeine Reorganisation (40%) zählen Maßnahmen in der Verwaltung, Organisationsentwicklung (u.a. das Outsourcing der Reinigung), Total Quality Management oder die Zusammenlegung von Stationen. Die geplanten Veränderungen in der Pflege betreffen vor allem den Bereich Qualitätsmanagement (39%) sowie Pflegestandards, Pflegeplanung und Dokumentation (34%). In der Gesundheitsversorgung (22%) beziehen sich die Änderungsüberlegungen z.B. auf Angebote wie Geriatrie, Kurzzeitpflege oder Drogenhilfe. Einzelnennungen beinhalten u.a. die Einrichtung eines Weiterbildungsinstituts, eines Hospizes oder die Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen,

Planungen zum Aufbau neuer Dienstleistungen gibt es vor allem in der Gesundheitsversorgung, Gedacht ist dabei an Psychiatrie, Schmerzabteilung, Gesundheitszentrum,

Zur Bewältigung dieser Innovationen werden neue Tätigkeitsstrukturen und damit auch Qualifikationsanforderungen notwendig.

Neue Qualifikationsanforderungen

Zur besseren Differenzierung der Tätigkeits- und Qualifikationsanforderungen wurden die Bereiche „Pflegetätigkeiten“, „Verwaltungstätigkeiten“

Abbildung 1:
Strukturelle Veränderungen im Krankenhaus

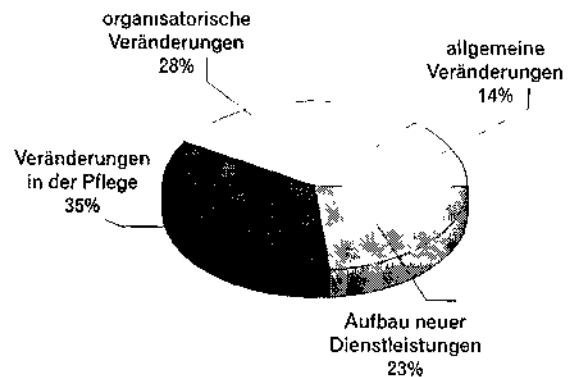
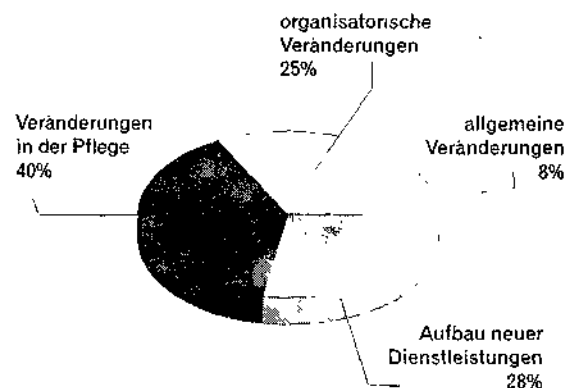
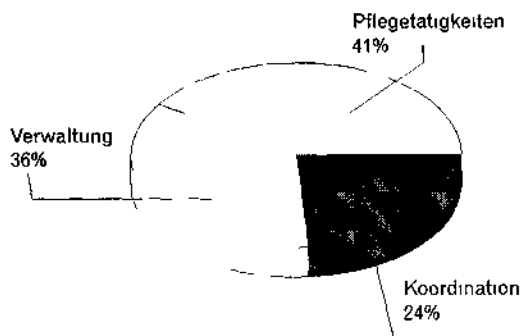


Abbildung 2:
Geplante strukturelle Veränderungen im Krankenhaus



1 Befragt wurden 373 Einrichtungen des Gesundheits- und sozialpflegerischen Bereichs, davon 81 Krankenhäuser, 99 stationäre Heime und 193 ambulante Dienste

Abbildung 3:
Veränderte Arbeitsanforderungen in mittleren
Positionen im Krankenhaus



tigkeiten' sowie „Koordination und Kommunikation' erfaßt (Abbildung 3)

Zu den veränderten Anforderungen im Rahmen der Pflegeleistungen zählen vor allem die Einführung der Bereichspflege, Veränderungen zum Komplex Pflegekonzept, Pflegeplanung und Pflegedokumentation sowie Pflegestandards. Die Verwaltungstätigkeiten innerhalb der Pflege wurden starken Veränderungen unterzogen. Der Einzug der computergestützten Arbeit in die Pflege läßt sich hier deutlich erkennen (36%). Ebenso bedeutsam wird Budgetverantwortung und Wirtschaftlichkeit (28%). Die Gesundheitsreform mit den Anstrengungen zur Ausgabenbegrenzung wirkt bis in die Pflege hinein und sorgt für Anpassungsdruck. Dazu gehören die Erfassung von Leistungen sowie die Dienstplangestaltung. Schließlich wird ein genereller Mehraufwand in der Verwaltung beklagt (11%). Im Bezug auf Koordination und Kommunikation gibt es deutliche Veränderungen. Besprechungen, bereichsübergreifende Koordination und Vernetzung werden als neue Tätigkeitsanforderungen hervorgehoben, wie auch die Nutzung von EDV (21%). Projektarbeit bzw. Qualitätszirkel werden zunehmend wichtiger. Während mit der Budgetverantwortung bei den Verwaltungstätigkeiten bis zu 28% veränderte Tätigkeitsanforderungen notwendig werden, sind erstaunlicherweise Arbeitsdiskussionen zum Thema Wirtschaftlichkeit, Budgetbesprechungen nur mit 4% als weniger wichtig eingestuft.

Personalentwicklung und Rekrutierungsverhalten

Fragen zur aktiven Entwicklung der Mitarbeiter geraten in den Brennpunkt der Diskussionen. Derzeit planen ca. 3/4 der befragten Krankenhäuser eine konkrete Personalentwicklung für Inhaber mittlerer Positionen im Bereich der Pflege. Häufig sind das Bildungsmaßnahmen wie Kurse zur Stationsleitung und themenbezogene Bildungsangebote (z.B. Konfliktmanagement), die die Führung betreffen. Auffällig ist trotzdem immer wieder der geringe Anteil, den die Führungsausbildung einnimmt, denn bei den Fragen nach Lernerfordernissen wurde die Mitarbeiterführung als überaus wichtig eingestuft. Entgegen dieser Erkenntnis zeigt sich, daß sich vor der konkreten Umsetzung in die Praxis doch noch Hindernisse aufmachen. Angesichts der Bedeutung, die der Personalentwicklung gegeben wird, überrascht es, daß nur 11% der Häuser einen hauptamtlichen Personalentwickler haben.

Das Rekrutierungsverhalten der Einrichtungen bei der Einrichtung und Besetzung neuer Stellen muß sowohl unter dem Gesichtspunkt der Einstellung externer Bewerber wie auch unter dem der Förderung der eigenen Mitarbeiter betrachtet werden. Insbesondere zeigt sich, welche Strategie die Institutionen verfolgen. Nur bei 16% der Häuser ist die Neueinrichtung von Stellen im Bereich mittlerer Positionen vorgesehen. 11% der Befragten waren eventuell dazu bereit, 70% rechnen nicht damit. Bei denjenigen, die eine oder mehrere Stellen neu einrichten wollen, wurde nach der erforderlichen Qualifikation gefragt. Mit 42% wurde die Qualifikation zur Stationsleitung am häufigsten verlangt, die Ausbildung zur Pflegedienstleitung bzw. Fachausbildung mit Zusatzqualifikation war bei 20% der Einrichtungen erforderlich. Nur eine geringe Zahl von Einrichtungen ist also bereit, neue Stellen einzurichten, von diesen sind nicht alle im

Bereich der Pflege angesiedelt. Für die Pflege wird deutlich, daß die Forderung nach klassischer Fachausbildung mit Zusatzlehrgängen dominiert,

Haben auch Fachhochschulabsolventen der Studiengänge „Pflege“ bzw. „Pflegemanagement“ Chancen auf eine Anstellung? 15% der Einrichtungen haben mit einem klaren „Ja“ geantwortet, 41% mit „eventuell“ und 40% mit „nein“. Diejenigen, die mit „nein“ bzw. „eventuell“ geantwortet haben, wurden um eine Begründung für ihre Ablehnung gebeten. Bei 66% dieser Einrichtungen gibt es keine freien Stellen. Interessant sind die Einzelnennungen (33%), bei denen u.a. angegeben wurde: Einstellung bei Freiwerden von Stellen, kein Geld, kein Bedarf oder zu viel Theorie.

Aus diesen einzelnen Angaben lassen sich noch keine endgültigen Rückschlüsse ziehen, aber dennoch sind Aussagen wie die, daß Hochschulabsolventen zu teuer oder zu theoretisch und zu wenig praktisch ausgebildet sind, richtungsweisende Hinweise. An über 40 deutschen Hochschulen werden Studiengänge im Pflegebereich angeboten, deren Absolventen in den nächsten Jahren in die Berufswelt streben. Von den Einrichtungen, die neue Stellen in Planung haben (13 Häuser), sind zwei bereit, Absolventen einzustellen; neun weitere Häuser erklären sich eventuell bereit dazu,

Die Untersuchungen zeigen, daß in 32% aller einbezogenen Häuser Positionen gestrichen worden sind. Es handelt sich hier vorrangig um Stationsleitungen sowie um die Abteilungsleitung. Künftig werden in 9% aller Einrichtungen Stellen in diesem Bereich gestrichen, in 35% der Häuser ist dies eventuell der Fall. Dabei ist zu 14% die Position der Stationsleitung betroffen, zu 2% die Abteilungsleitung, Durchschnittlich werden dort 3,5 Stellen wegfallen. Damit wird deutlich, daß sich doch vorzugsweise Personal aus dem vorhandenen Bestand und nicht Fachhochschulabsolventen im sich herausbildenden mittleren Bereich etablieren wird.

Fort- und Weiterbildung im stationären Krankenhausbereich

Schwerpunkte einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung zeigt Abbildung 4 auf. Fragen von Management/Personalführung erhalten mit 23% deutliche Priorität, gefolgt von Budgetaufgaben und betriebswirtschaftlichen Aspekten mit 19%.

Wichtig werden auch Kommunikation (13%) und Qualitätssicherung (11%). Es zeigt sich eine Tendenz weg von den Pflege Tätigkeiten im engeren Sinne und hin zu Management- und Führungsaufgaben sowie betriebswirtschaftlichen Aufgaben.

3 Welche Konsequenzen hat die Einführung der Pflegeversicherung für Fach- und Führungskräfte in mittleren Positionen der ambulanten Dienste?

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden auch für die ambulante Pflege grundlegende Rahmenbedingungen verändert. Gemeinnützige und private sowie freiberufliche Träger sind danach gleichrangig. Durch diese neue Wettbewerbs- und Konkurrenzsituation erhalten betriebswirtschaftliche Fragestellungen eine zusätzliche Bedeutung,

Abbildung 4:
Schwerpunkte künftiger Fort- und Weiterbildung
im Krankenhaus

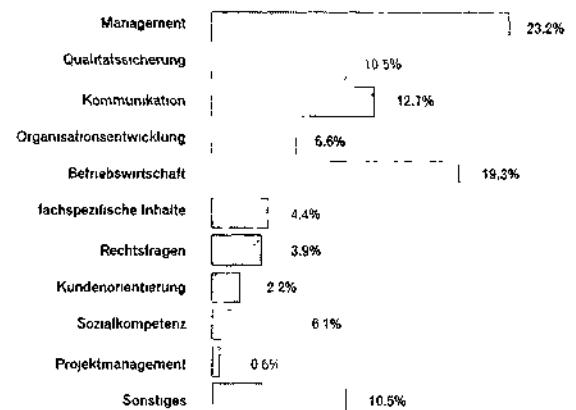


Abbildung 5:
Strukturelle Veränderungen ambulante Dienste

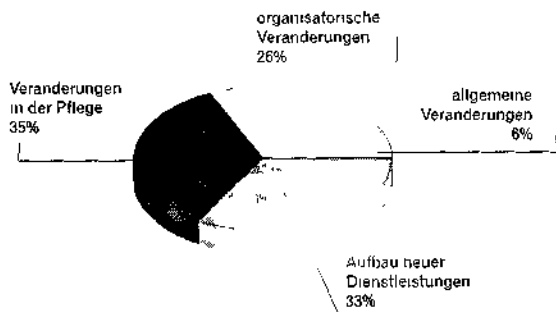
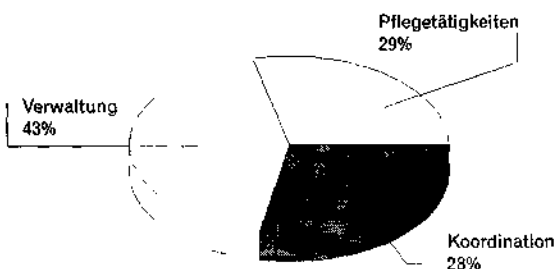


Abbildung 6:
Veränderte Arbeitsanforderungen der mittleren Positionen im Bereich der ambulanten Dienste



Strukturveränderungen in der Vergangenheit sehen folgendermaßen aus (Abbildung 5): Allgemeine Veränderungen bedeuten im wesentlichen Rechtsformänderungen und Trägerwechsel. Organisatorische Veränderungen beziehen sich zu 38% auf die Gesamt-Teamorganisation und Pflegeteams, auf neue Führungsstrukturen (23%) und Organisationsentwicklung (20%). Bei der Pflege lag der Schwerpunkt bisheriger Veränderungen auf den Pflegestandards (40%) und dem Qualitätsmanagement (28%) sowie Pflegeplanung, Pflegeprozeß und Pflegedokumentation (24%). Der Aufbau neuer Dienstleistungen in Form von Angeboten zur Tages- und Kurzzeitpflege sowie der Einrichtung verschiedener Formen der Rufbereitschaft (z. B. Notruf, Infotelefon) betrieben. Eine enorme Bandbreite verschiedenster Dienstleistungsmaßnahmen ist in den Institutionen zu verzeichnen: über den Vertrieb für Pflegeartikel, Fußpflege für Diabetiker über OP-Nachsorge, Wäscheservice, bis hin zur Urlaubspflege im Ausland, Schwerpunkte lassen sich im Bereich Soziale Dienste und Serviceleistungen erkennen. In einem engen Zusammenhang damit stehen die Anforderungen an Kooperation und Vernetzung.

Als geplante größere strukturelle Veränderungen sind im wesentlichen auch Rechtsformänderungen und Trägerwechsel (79%) vorgesehen, Organisatorische Veränderungen beziehen sich auf Organisationsentwicklung, Teamorganisation, Im Bereich der Pflege liegen Umgestaltungen eindeutig beim Qualitätsmanagement (44%) und den Pflegestandards (36%). Der Aufbau neuer Dienstleistungen wird in erster Linie mit dem Angebot von Tages- und Kurzzeitpflege (26%) bestimmt. Auch betreutes Wohnen gewinnt bei der Planung an Bedeutung (16%). Die Kooperation und Vernetzung wird damit wichtig. Soziale Dienste und Serviceleistungen (z. B. Essen auf Rädern) sich ebenfalls hier Schwerpunkte (19%).

Neue Qualifikationsanforderungen

Veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe (Abbildung 6) wurden vor allem im Bereich der Verwaltungstätigkeiten gesehen,

Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe in der Pflege werden in der Pflegedokumentation (16%), der Qualitätssicherung (15%) und den Pflegestandards (14%) notwendig. Mit 24% entstanden neue Arbeitsanforderungen, die sich aus der Einführung der IT-Technik bei Verwaltungstätigkeiten ergaben. Auch die Erfassung von Leistungen und die neue Budgetverantwortung, sowie Wirtschaftlichkeit und Controlling werden als zentrale Anforderungen angeführt, Besprechungen, Information und Vernetzung, Personalführung und Motivation und Kundenfreundlichkeit prägen die neuen Handlungsabläufe im Rahmen der Koordination und Kommunikation. Für alle drei Bereiche kann ein Mehraufwand konstatiert werden, der durch die veränderten Arbeitsanforderungen und neuen Handlungsabläufen entsteht. Bei den Pflegertätigkeiten wird er mit 16%, im Rahmen der Verwaltungstätigkeiten sowie bei der neuen Koordination und Kommunikation mit jeweils 21% gesehen.

Es wird eingeschätzt: „Tätigkeit der Teamleitung im Hinblick auf Pflegeplanung und die Arbeit mit Pflegemodellen ist verantwortungsvoller geworden. Die Teamleitung muß die Wirksamkeit des Modells im Team evaluieren.“ - „Zunehmende Beratungstätigkeit; u. a. abhalten

von Kursen für pflegende Angehörige, Gestalten von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige. Verlagerung medizinischer Tätigkeiten in die häusliche Pflege." - „Zunehmende Anforderungen an Personalführung und motivation. Kontaktpflege mit Ärzten, Kliniken, Kranken- und Pflegekassen."

Bei den Lernerfordernissen wird die „Mitarbeiterführung" mit 73% und die „Qualitätssicherung" von 71% als „sehr wichtig" angesehen, danach folgen die „Pflege am Patienten" (67%) und die „Dokumentation" mit (63%) sowie die „Dienstplangestaltung" (56%) Die „EDV-Aufgaben" werden von 20% als „sehr wichtig" angesehen, 23% „teils/ teils" und 5% „weniger wichtig".

Personalentwicklung und Rekrutierungsverhalten im ambulanten Bereich

In den ambulanten Diensten findet zu 57% eine Personalentwicklungsplanung für die Inhaber mittlerer Positionen im Bereich Pflege statt und 17% bereiten diese vor 21% der Institutionen arbeiten ohne Personalentwicklungsplan Als Instrumente der Personalentwicklung dienen insbesondere Gespräche über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (62%) 38% der ambulanten Dienste arbeiten darüber hinaus auch mit Zielvereinbarungs- und 32% mit Beurteilungsgesprächen

Lediglich 8% der ambulanten Dienste planen die Einrichtung neuer Stellen im Bereich mittlerer Positionen aufgrund struktureller Veränderungen 15% der Institutionen sind unentschlossen („eventuell") und 74% verneinen dies Die Planungen der Rekrutierung beziehen sich zu 42% auf die klassische Qualifikation „examinierte Krankenpflegekraft" und zu 74% auf Pflegekräfte insgesamt

Bei 8% der Institutionen sind im Verlauf der strukturellen Veränderungen Stellen im Bereich der mittleren Positionen weggefallen Der Schwerpunkt lag dabei auf Einsatzleitung und Pflegeteamleitung. Des weiteren werden im Verlauf der strukturellen Veränderungen künftig weitere Stellen im Bereich mittlerer Positionen wegfallen Die Positionen Einsatzleitung und Pflegeteamleitung sowie Pflegedienstleitung sind dabei voraussichtlich betroffen Trotz des Bedarfs an Pflegedienstleistungen werden in einigen ambulanten Diensten aufgrund des allgemeinen Kostendrucks Stellen eingespart

Angesichts dieser Umstände zeigt sich, daß Absolventen der Fachhochschulstudiengänge wenig Chancen auf eine entsprechende Anstellung haben 15% der ambulanten Dienste wurden den Absolventen eine Chance geben, 43% schließen das aus und 39% sind unentschlossen

Trotz des Bedarfs an Pflegedienstleistungen werden in einigen ambulanten Diensten aufgrund des allgemeinen Kostendrucks Stellen eingespart

Die Einrichtungen betrachten die Fachhochschulabsolventen mit großer Skepsis

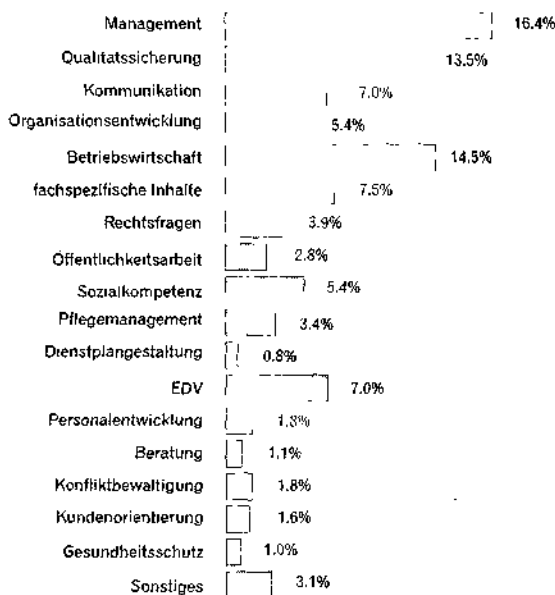
- *„Momentane Auftragslage verbietet Neueinstellungen ohnehin Wenn, dann sind praktische Erfahrungen gefragt (wenn mit Managementkenntnissen - um so besser) Eine Vollkraft nur Pflegemanagement und dann noch Hochschulkader ist für uns finanziell nicht machbar Der Absolvent mußte entweder durch Vorarbeit bis zur Anstellung oder ab dieser innerhalb kürzester Zeit dem Verein*

solchen Nutzen bringen, daß sich die Sache rechnet - und das stelle ich mir für einen Absolventen sehr schwer vor."

- „Der Träger würde zur Zeit die Kosten einer hochqualifizierten Kraft nicht aufwenden. In ein paar Jahren sieht das wahrscheinlich anders aus. Bis dahin hat sich das Bewußtsein, das Führungskräfte notwendig sind auch bei der Trägerschaft geändert!"
- „Für mittlere Führungsebene überqualifiziert. Für Gesamtleitung einer Sozialstation denkbar."
- „Viel zu theoretisch. Keine bzw. kaum praktische Erfahrung. (...) Denke, benötigt man nicht für Hauskrankenpflege. Weiterbildungen in dieser Richtung sind ausreichend!"

Fort- und Weiterbildung

Abbildung 7:
Schwerpunkte künftiger Fort- und Weiterbildungen



Zur Zeit findet in den ambulanten Diensten eher eine interne Rekrutierung und aufgrund gesetzlicher Vorgaben eine Form von Anpassungsqualifizierung statt. Insgesamt besuchen in den befragten Einrichtungen 139 Inhaber mittlerer Positionen der Pflege Lehrgänge der Weiterbildung. Davon besuchen 55% die Lehrgänge zur „Pflegedienstleitung“ und 14% die Kurse zur „Stationsleitung“. 8% studieren „Sozialmanagement“ oder „Pflege und Gesundheit“ und 4% besuchen Kurse zur Organisationsentwicklung. Darüber hinaus werden von ca. einem Fünftel der Mitarbeiter andere Fort- und Weiterbildungslehrgänge (z.B. Praxisanleitung, BWL-Studium, Moderation) belegt. Es zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt bei den klassischen Höherqualifizierungen, andere Lehrgänge finden weniger Interesse.

In 88% der ambulanten Dienste gibt es eine innerbetriebliche Fortbildung im Pflegebereich. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen dabei auf der fachbezogenen Fortbildung (81%) und der Qualitätssicherung (72%). Darüber hinaus sind EDV, Kommunikation und Mitarbeiterführung thematische Schwerpunkte.

Als Schwerpunkte zukünftiger Fort- und Weiterbildung werden genannt (Abbildung 7): Personalführung, Budgetaufgaben und Betriebswirtschaft, Qualitätssicherung sowie fachspezifische Inhalte, auch Pflegewissenschaft. Daneben finden vereinzelt Themen Interesse, wie: Kundenorientierung, Beratung, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Dienstplangestaltung. Die Schwerpunkte lassen eine deutliche Hinwendung zu Managementaufgaben wie Personalführung und Betriebswirtschaft erkennen.

Schlußfolgerungen und Forschungsbedarf

Anhand dieser ersten Ergebnisse kann eingeschätzt werden, daß die berufliche Situation von Absolventen beruflicher Bildung (mit festen Arbeitsverhältnissen) im Gesundheits- und Sozialbereich durch Absolventen von Hoch- und Fachhochschulen derzeit nicht gefährdet ist. Entgegen der Vermutung, daß es zu einer Substitution von beruflich Gebildeten durch höher qualifizierte Fachhochschul- bzw. Hochschulabsolventen kommen würde, betrachten die Einrichtungen diese jungen Absolventen mit großer Skepsis. Man greift lieber auf Erfahrungen grundständig Qualifizierter zurück, die auch wesentlich „preisgünstiger“ zur Verfügung stehen. Allerdings ergibt sich aufgrund der strukturellen Veränderungen die Notwendigkeit

einer stärkeren Berücksichtigung von Management-Fertigkeiten, die im allgemeinen noch nicht zufriedenstellend ausgeprägt sind. Hier sind deutliche Kompetenzdefizite erkannt worden, die es aufgrund der Konkurrenzsituation mit anderen Einrichtungen des Gesundheits-/Sozialbereichs im Wettbewerb um die neuen „Kunden“, sowie wegen der ständig zunehmenden Zahl von Absolventen der Hoch- und Fachhochschulen auf dem Arbeitsmarkt, zwingend zu beseitigen gilt. Damit erhält die berufliche Weiterbildung einen neuen, erheblichen Stellenwert.

Durch die im Projektverlauf vorgesehenen einrichtungsspezifischen Bedarfsermittlungen (Fallanalysen) auf qualitativer Basis können im Fortgang der Projektarbeit weitere Spezifizierungen vorgenommen werden. Mit diesen qualitativen Analysen wird es möglich, für die mittlere Leitungsebene Qualifikationsprofile und Qualifikationsbedarfe zu ermitteln,

Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens-Anforderungen an die berufliche Weiterbildung

I. Methodisches Design

Nach einer von uns durchgeführten Vorstudie und einer quantitativen Erhebung zum Thema (durchgeführt von der Fachhochschule Hamburg) wurde das Institut xitforschung planung beratung vom Bundesinstitut für Berufsbildung in Berlin im Januar 1998 beauftragt eine qualitative Ergänzung der vorliegenden Studien vorzunehmen und die bislang ermittelten Daten durch vertiefende Fallanalysen zu stützen abzurunden und empirisch abzusichern

Teil B der Studie „Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens“ sollte möglichst valide Aussagen zu neuen und verbleibenden Aufstiegschancen für Fachkräfte in mittleren Positionen im stationären und ambulanten Sozial- und Gesundheitsbereich, die durch veränderte Organisations- Finanzierungs und Leistungsstrukturen sowie durch technologische Innovationen entstanden sind liefern Um dieses Ziel zu erfüllen wurden schwerpunktmäßig folgende Dimensionen analysiert

- Tätigkeits und Qualifikationsprofile, insbesondere neu entstandene Handlungsabläufe und Arbeitsanforderungen im mittleren Fach- und Führungskräftebereich
- neu entstandene Qualifikationsanforderungen und Weiterbildungswege
- Personalentwicklungskonzepte und ihre Umsetzung bzw. Schnittstellen zu Organisationsentwicklungsprozessen
- Formen beruflicher Weiterbildung in diesem Rahmen
- berufliche Entwicklungs- und Karrierechancen die sich für mittlere Fach- und Führungskräfte vor diesem Hintergrund bieten
- Rekrutierungsprozesse und die mögliche Substitution von beruflich qualifiziertem Personal durch Hoch- und/oder Fachhochschulabsolventen

In insgesamt 25 Fallanalysen wurden dazu leitfadengestützte qualitative Interviews mit obersten Leitungskräften und Inhabern mittlerer Positionen geführt und Ist-Ablaufanalysen mit strukturierten Beobachtungsbogen erstellt die durch Arbeitsplatzgespräche und Diskussionen mit dem oben genannten Personenkreis ergänzt wurden

1 Einstiegsthesen für Unternehmensgespräche Arbeitskreis Lernende Organisation und Arbeitsgestaltung Dortmund 1996

2 RISCH/ROSSLER/ISRAEL Studie Situation und Entwicklungschancen von Dienstleistern auf Basis einer Befragung von Dienstleistungsunternehmen in Sachsen Eigenverlag ATB GmbH Chemnitz 1997 erarbeitet im Rahmen des ESF Projektes Dienstleistungsqualität

Die Fallanalysen bezogen sich sowohl auf den stationären wie auf den ambulanten Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Einbezogen waren in die Untersuchung

- 8 ambulante pflegerische Dienste
- 8 Dienstleistungszentren
- 5 Teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen
- 9 Kliniken

Für die Beschreibung „mittlere Position“ wurde in den durchgeführten Fallanalysen dieselbe Definition zugrunde gelegt, wie sie in der quantitativen Vorläuferstudie zum gleichen Thema formuliert wurde. „Der Begriff 'mittlere Position' bezieht sich auf Personen mit Leitungsverantwortung in der Linienfunktion und zudem auf Personen in Stabsstellen. Ausgeschlossen sind Mitarbeiter ohne Leitungsfunktion sowie Führungskräfte der obersten Entscheidungsebene.“ Daß es sich bei den Inhabern mittlerer Positionen überwiegend um Pflegefachkräfte handelt, liegt angesichts des gewählten inhaltlichen und methodischen Zugangs in diesem Projekt auf der Hand, da in (fast) allen einbezogenen Einrichtungen und Kliniken Pflege das dominierende Tätigkeitsmerkmal ist.

II. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlußfolgerungen

A Ambulante pflegerische Dienste (Sozialstationen) und Dienstleistungszentren

1 Neue Tätigkeitsprofile

In der Untersuchung wurde deutlich, daß sich für mittlere Positionen im ambulanten Pflegebereich Tätigkeitsschwerpunkte herauschälen, die eindeutig in Richtung Management und weg von klassischen Pflegeleistungen weisen. Die Kristallisationspunkte, um die herum sich diese Tätigkeiten ergeben haben, sind

- Ökonomie (Finanzbuchhaltung, internes Rechnungswesen, Controlling)
- Qualitätsmanagement, Pflegeplanung, Dokumentation
- Organisation, Einsatzplanung und EDV
- Beratung, Kontakt mit Sozialleistungsträgern
- administrative Tätigkeiten
- Marketing, Öffentlichkeitsarbeit

Als wesentliche Änderung, die als kultureller Wandel beschrieben werden kann und alle Tätigkeiten gleichermaßen durchdringt, wird von Pflegekräften in mittleren Positionen von seiten der obersten Leitung erwartet, eine „erlösorientierte Einsatzplanung“ zu realisieren, die darauf ausgerichtet ist, Angebot und Nachfrage in Einklang zu bringen, indem Pflegeleistungen qualitativ ebenso überzeugen wie sie dazu beitragen, die notwendigen Einnahmen zu erzielen. Ziel ist also, einen gleichermaßen effizienten wie qualitätsorientierten Betriebsablauf sicherzustellen.

Die Entwicklung wird also noch stärker in Richtung Pflegemanager und Pflegekoordinator gehen, womit eine teilweise Loslösung von einem traditionellen Pflegeverständnis verbunden ist. Zu erwarten ist ferner, daß verwaltungsbezogene Tätigkeitsanteile und Beratungen weiter ansteigen werden. Vor allem hinsichtlich des Beratungsbereichs sieht man dies mit sehr gemischten Gefühlen, da man einerseits den Bedarf klar erkennt, andererseits aber auf die

fehlende Finanzierung hinweist. Vor allem von der obersten Leitungsebene wird die Erwartung formuliert, daß mittlere Positionen verstärkt in Marketingbemühungen einsteigen, um die Dienste mit einem eigenständigen Profil erfolgreich positionieren zu können.

2 Personalentwicklung und Personalrekrutierung

Es gibt nahezu keine umfassenden bzw. längerfristig angelegten Personalentwicklungskonzepte in den Einrichtungen, trotzdem spielen Fort- und Weiterbildungen sowie Aufstiegsschulungen für leitende Kräfte in mittleren Positionen durchgängig eine große Rolle. Gesucht und gebraucht wird die beruflich ausgebildete Pfler, die sich gezielt auf eine Leitungsposition vorbereitet und ihr Wissen mit Fort- und Weiterbildungen erhält, erweitert und anpaßt. Auch wenn häufig die Zeit fehlt, entsprechende Angebote wahrzunehmen, wurden neben einschlägigen Pflerthemen folgende zentralen Fort- und Weiterbildungsbereiche genannt, die hier in systematischer Form wiedergegeben werden:

- (1) Rechnungswesen
 - Finanzbuchhaltung
 - Internes Rechnungswesen (Kosten- und Leistungsrechnung)
 - Controlling
- (2) Marketing
 - Angebotsentwicklung
 - Preisgestaltung
 - Präsentationstechniken
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Verkaufsgespräche
- (3) Personalbereich
 - Führen und Leiten
 - Konflikt- und Krisengespräche
 - Primus inter pares (Wie führe ich ein Team?)
- (4) Organisation/Administration
 - EDV
 - Dienstplangestaltung
 - Tourenplanung
 - Interne Abläufe
 - Zeitmanagement
- (5) Qualitätsmanagement
 - Entwicklung bzw. Anpassung von Standards
 - Organisation von Qualitätszirkeln
 - Dokumentation und ihre Kontrolle
 - Verfahren zur Qualitätssicherung
 - Entwicklung eines QM-Handbuchs/eines Leitfadens

Festhalten läßt sich, daß es keine grundlegend neuen Personalentwicklungsstrategien gibt, wenn man davon absieht, daß sich natürlich die Inhalte von Fort- und Weiterbildungen sowie von Aufstiegs-Schulungen ändern. Damit korrespondiert auch die Personalrekrutierung, wie sie vorrangig stattfindet. Leitende Kräfte mittlerer Positionen werden überwiegend intern rekrutiert und dann auf ihre Aufgabe vorbereitet. Da man als Träger kaum finanzielle Anreize bieten kann, ist man darauf angewiesen, daß es Mitarbeiter gibt, die sich für Managementaufgaben begeistern können und bereit sind, eine hohe Verantwortung zu übernehmen. Dies erklärt auch schon, warum es so schwer ist, Stellvertretungen für diese Positionen zu

finden, da der einzig wirksame Anreiz sich beruflich weiterentwickeln zu können, hier nicht greift

Chancen für akademisch ausgebildete Pflegekräfte gibt es im ambulanten Bereich so gut wie keine. So ist nicht einmal in Ansätzen zu erkennen, daß es zu einer Substitution von beruflich Qualifizierten durch (Fach-)Hochschulabsolventen kommen könnte. Hinzu kommt, daß Pflegekräfte nicht selten über eine Zusatzausbildung im kaufmännischen Bereich verfügen, die sie zusätzlich für die Position einer Einrichtungsleitung prädestinieren.

3 Berufliche Entwicklungs- und neue Karrierechancen

Berufliche Entwicklungschancen bestehen in ambulanten Pflegediensten nahezu ausschließlich für examinierte Fachpflegekräfte. Sie gelangen, wie weiter oben dargelegt, (meist) über eine interne Rekrutierung und gezielte Berufsbildungsmaßnahmen in mittlere Positionen. Damit hat sich bewahrheitet, was mit Beginn der Pflegeversicherung prognostiziert wurde. Der Anteil von Nicht-Pflegekräften in leitenden Positionen wird zurückgehen, da sie anders als leitende Pflegekräfte keine refinanzierbaren Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung wahrnehmen können. Die organisatorische Verschlankung in den Pflegediensten hat dann dazu geführt, daß die in jedem Fall notwendige verantwortliche Pflegekraft auch weitergehende Leitungsfunktionen übernimmt.

Diese Entwicklung trifft auf alle Anbieter gleichermaßen zu. In privaten Pflegediensten haben mittlere Positionen häufig die Funktion einer Pflegedienstleitung inne, da die Einrichtungsleitung bei dem Inhaber hegt, der grundsätzlich auch eine pflegensche Ausbildung hat.

Die Möglichkeit über die Gründung eines eigenen Pflegedienstes berufliche Entwicklungschancen zu nutzen, besteht im Zuge des PflVG verstärkt. Jeder Anbieter gemäß § 71 SGB XI das einklagbare Recht besitzt, Vertragspartner der Kassen werden zu können, wenn einige Mindeststandards eingehalten zu werden. Die an dieser Untersuchung einbezogenen privaten Pflegedienste bestanden jedoch schon vor Beginn der Einführung des PflVG, was insofern symptomatisch ist, da es nur wenige private Dienste gibt, die eine mit frei gemeinnützigen Einrichtungen vergleichbare Betriebsgröße haben, und viele Existenzgründer, die alleine oder zu zweit tätig werden wollten, wieder aufgeben mußten. Insofern sind die Karrierechancen hier eher gering.

Da private Pflegedienste (nicht zuletzt aus finanziellen Gründen) häufig als Familienbetriebe geführt werden, gibt es auch für Angehörige angrenzender Berufe, wie Kaufleute oder Marketingspezialisten keine durch die PflV zusätzlich ausgelosten Entwicklungschancen. Es ist vielmehr zu beobachten, daß es für ambulante Dienste einen verstärkten Beratungsbedarf gibt, der zu einer punktuellen Zusammenarbeit mit entsprechenden Firmen führt.

In Wohlfahrtsverbänden wurden dagegen in der Folge des PflVG einige neue Stellen geschaffen, um ihren Mitgliedern die notwendige Unterstützung in den anstehenden Fragen im Kontext der Pflegeversicherung (EDV, Qualität etc.) zukommen zu lassen. Dieser Beschäftigungseffekt ist unter quantitativen Gesichtspunkten jedoch als eher marginal zu bezeichnen.

B Teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen

1 Neue Tätigkeitsprofile

Hinsichtlich der Beschreibung neuer Tätigkeitsprofile muß zwischen Leitungen kleinerer Einrichtungen Pflegedienst und Stationsleitungen unterschieden werden. Einrichtungsleitungen in mittlerer Position wachsen zunehmend in eine klassische Geschäftsführerposition mit entsprechend ausgeprägter Managementorientierung hinein. Dies entspricht dem, was bereits für Leitungen von ambulanten Pflegediensten festgehalten wurde. Die wesentlichen Tätigkeiten sind folgenden Bereichen zuzuordnen:

- Ökonomie (Finanzbuchhaltung, internes Rechnungswesen, Controlling)
- Qualitätsmanagement, Pflegeplanung, Dokumentation
- Organisation, Einsatzplanung und EDV
- Beratung, Kontakt mit Sozialleistungsträgern
- Administrative Tätigkeiten
- Marketing, Öffentlichkeitsarbeit

Auch für Pflegedienstleitungen läßt sich eine Entwicklung in Richtung Managementorientierung mit den oben genannten Eckpunkten feststellen, wobei der Ökonomiebereich bislang noch unterbelichtet ist. Allerdings ist der Personalbereich durch die große Führungsspanne, die Pflegedienstleitungen haben, deutlich stärker ausgeprägt als z. B. bei Leitungen kleinerer Einrichtungen.

Für Stationsleitungen, die noch unmittelbar in der Pflege in erheblichem Umfang beschäftigt sind, stehen demgegenüber folgende Bereiche im Vordergrund:

- Pflegekonzept
- Pflegeplanung
- Dokumentation
- Qualitätsmanagement
- EDV
- Organisation und Planung (Dienstpläne und allg. Abläufe auf der Station)

Betriebswirtschaftliche Fragestellungen sind demgegenüber deutlich nachgeordnet, zumal noch keine Einrichtung soweit ist, die mittlere Ebene in Budgetplanungen oder Controlling einbeziehen zu können bzw. zu wollen. Während die Managementorientierung der Pflegedienstleitungen vor allem darauf zielt, immer mehr klassische Führungsaufgaben zu übernehmen, steht bei den Stationsleitungen das Management des Pflegealltags - mit allem, was praktisch und konzeptionell dazugehört - im Vordergrund.

2 Personalentwicklung und Personalrekrutierung

Ähnlich wie für den ambulanten Pflegebereich muß auch für den teilstationären und stationären festgehalten werden, daß keine elaborierte Personalentwicklung stattfindet. Gleichwohl haben Fort- und Weiterbildungen wie auch Aufstiegsschulungen einen zentralen Stellenwert, wie die Qualifikationsprofile der interviewten Fachkräfte deutlich gemacht haben. Dies auch vor dem Hintergrund, daß akademisch gebildeten Pflegekräften nur wenig bis keine Chancen eingeräumt werden, beruflich Gebildete erfolgreich verdrängen zu können. Die Entwicklung im Zusammenhang mit mittleren Posi-

tionen läßt sich demzufolge weniger mit Substitution als mit *Joben* *nchment* und *Jobenlargement* bei den bisherigen Positionsinhabern beschreiben

Im Sinne eines modular verstandenen Fort- und Weiterbildungskonzeptes lassen sich folgende Themen zusammenfassend für Inhaber mittlerer Positionen im teilstationären und stationären Pflegebereich benennen

(1) Rechnungswesen (Nicht für Stationsleitungen)

- Finanzbuchhaltung
- Internes Rechnungswesen
- Controlling
- Pflegesatzverhandlungen

(2) Marketing

- Angebotsentwicklung
- Positionierungsstrategien
- Beschwerdemanagement
- Öffentlichkeitsarbeit
- „Kunden“ bzw. Angehongenbefragung

(3) Personalbereich

- Personalführung
- Konflikt- und Knsenmanagement
- Personalbeurteilung

(4) Organisation/Administratives (vor allem für Stationsleitungen)

- EDV
- Dienstzeitplanung
- Ablaufstrukturen auf der Station
- Zeitmanagement

(5) Konzeptentwicklung

- Anamanese
- Pflegeplanung
- Pflegekonzept
- Einsatz von Pflegehelfern

(6) Qualitätsmanagement/Dokumentation

- Entwicklung von Qualitätsstandards
- Verfahren zur Qualitätssicherung
- Organisation von Quahtatzirkeln
- Entwicklung von Checkhsten bzw eines Handbuchs
- Dokumentationsgrundlagen und -verfahren
- Pflegecontrolling

Wie im ambulanten Bereich, so korrespondiert auch hier die zentrale Bedeutung von Fort und Weiterbildungen sowie Aufstiegs Schulungen mit einer vorwiegend internen Rekrutierung, die bei der Besetzung von Stellen für Stationsleitungen am stärksten ausgeprägt ist. Die Chancen für „Pflegeakademiker“ werden nicht ganz so pessimistisch eingeschätzt wie im ambulanten Pflegebereich, doch erscheinen sie alles andere als gut. Lediglich in größeren stationären Einrichtungen sieht man auf der Ebene der Pflegedienstleitung ein adäquates Betätigungsfeld. Einschränkung wird auch hier gefordert, daß eine berufliche Ausbildung hinzukommen muß. Von selten der Fachhochschulen muß man sich wahrscheinlich nochmals genau mit den Zugangsbedingungen und den Ausbildungsinhalten der Pflegestudiengänge befassen. So klar das (negative) Votum der Praxis ist, so wenig verlockend erscheint es für Interessenten an diesen Studiengängen, eine letztlich siebenjährige Ausbildung (drei Jahre Berufsausbildung und vier Jahre Studium)

absolvieren zu müssen. Ziel mußte es sein, eine enge Verzahnung der bislang getrennten Ausbildungswege zu realisieren und auch praxisbezogene Anteile nicht zu kurz kommen zu lassen.

3 Berufliche Entwicklungs- und neue Karrierechancen

Derzeit bestehen die größten beruflichen Entwicklungschancen für examinierte Pflegekräfte, die über die Stationsleitung bis zur Pflegedienstleitung aufsteigen können, wenn sie die entsprechenden Lehrgänge erfolgreich durchlaufen.

Karrierechancen bestehen ebenfalls für „Pflegeakademiker“, die über eine zusätzliche berufliche Pflegeausbildung verfügen. Diesen steht nicht nur die Position der Pflegedienstleitung oder gar eines Pflegedirektors offen, sondern auch die Heimleitung kann angestrebt werden. Dabei steht man allerdings in Konkurrenz mit einer ganzen Reihe von Berufen (Betriebswirte, Sozialarbeiter/ Pädagogen vor allem mit Zusatzqualifikationen im Bereich Sozialmanagement, Verwaltungswirte), da es kein klar definiertes Berufsbild Heimleiter gibt.

Für Angehörige nichtpflegender Berufe bestehen derzeit kaum Chancen, in mittlere Positionen im stationären Pflegebereich zu gelangen. Angesichts der finanziell angespannten Situation im gesamten Pflegebereich haben sich lediglich für Ökonomen die Chancen erhöht, in oberste Positionen aufzusteigen. Da das Rechnungswesen stationärer Einrichtungen häufig entweder zentralisiert oder ausgelagert ist, bestehen entsprechende Chancen auf mittlerer Ebene nicht bzw. nur beim Träger oder Gesamtverband.

Traditionellerweise sind in größeren stationären Einrichtungen auch Sozialarbeiter beschäftigt, die ebenfalls mittlere Positionen innehaben. Diese sind nicht zuletzt durch die Pflegeversicherung in eine Defensivposition gedrängt worden, da ihre Refinanzierung über den Pflegesatz in Frage gestellt wurde. Unabhängig davon hat sich ihr Tätigkeitsfeld wenig gewandelt, da sich die durch die Pflegeversicherung angestoßenen „großen Themen“ Qualität, Dokumentation, Pflegeplanung etc. nicht auf ihr primär Wirkungsfeld beziehen. Der klassische Aufstieg des Sozialarbeiters im Pflegeheim zielt auf die Position des Heimleiters und findet nicht im Bereich der mittleren Positionen statt. Daran hat sich, wenn man von der verstärkten Konkurrenz, in der man sich insbesondere mit Ökonomen befindet, durch die Einführung der Pflegeversicherung und der durch sie ausgelösten Veränderungen nichts geändert.

C Klinikbereich

1 Neue Tätigkeitsprofile

Im Klinikbereich haben sich ebenfalls umfassende Änderungen des Tätigkeitsprofils ergeben, starker als in der Altenhilfe. Ist dies allerdings ein kontinuierlicher Übergang von der rein pflegerischen Leistung mit Organisationsanteilen hin zum „Abteilungs-“ und „Klinikmanagement“? Analog zum mittleren Management anderer großer Organisationen übernimmt ein „Abteilungs- bzw. Klinik Manager“ pflegebezogen alle Koordinationsaufgaben auf dieser Ebene. Neu angestoßen wurden diese Veränderungen vor

allem durch die Umstrukturierungsprozesse („re-engineering“) in der gesamten Organisationsstruktur von Kliniken

Zentrale Aufgabe der neuen „Pflegemanager“ ist damit die Koordination und Kommunikation im Rahmen einer Schnittstellenfunktion geworden. Sie kümmern sich um die klassischen IVanagementprozesse Planung, Organisation/Koordination, Personalführung und Controlling und sind dabei vor allem auch mit Tätigkeiten der Informationsbeschaffung, -Verknüpfung und -weiterleitung beschäftigt, die zunehmend starker durch moderne Informationstechnologie gestützt werden.

Das Berufsbild des „Pflegemanagers“, der sich eigenverantwortlich um den Einsatz der Ressourcen in „seinem System“ kümmert (Budgetierung), diese wie beschrieben einsetzt (Organisation, Koordination) und schließlich alles dokumentiert und überwacht (Controlling), trifft momentan zu 100% für Pflegedienstleitungen größerer Kliniken zu. In kleineren Einheiten befinden sich die PDLs eindeutig auf dem Weg dorthin (und auch manche ostdeutsche Kliniken, in denen die Modernisierung noch nicht abgeschlossen ist, werden in max. 2 Jahren so weit sein).

Für die Ebene der Stationsleitungen ist zwar ebenfalls eine Änderung der Tätigkeitsbereiche zu konstatieren, bei der Aufgaben der Planung und Organisation und vor allem der Dokumentation und der Kontrolle erheblich umfangreicher geworden sind und die patientenzentrierten Pflegetätigkeiten in den Hintergrund treten lassen, die Position ist aber noch nicht in dem Maße von umfassenden Managementtätigkeiten geprägt wie auf der nächsthöheren Ebene.

Inwieweit die Stationsleitungsebene diese Entwicklung der PDLs „nachholt“ und - neben den Versuchen einer kompletten Personalbudgetverantwortung - weitere ökonomische Tätigkeiten übernehmen wird, ist im Moment noch nicht eindeutig zu beantworten. Unsere These lautet hier, daß Stationsleitungen zwar weiterhin wichtige Schnittstellen in der Koordination und Personalführung darstellen und zunehmend Tätigkeiten der Pflegeplanung und des Qualitätsmanagements ausführen, das komplette „Management“ des Bereichs aber bei der PDL verbleibt, die Informationen (z. B. Controlling Daten) entsprechend aufbereitet und an die SL weitergibt.

Für die Stationsleitungsebene wird die Herausforderung der nächsten 5 Jahre insbesondere darin bestehen, Qualifikationen für den umfassenden Einsatz EDV-gestützter Dokumentationssysteme zu erwerben und den sukzessiven Austausch von derzeitigen Dokumentationsformen und „Doppellösungen“ (Dokumentation per Hand und per EDV) in den Stationen zu gestalten.

Insgesamt werden in den nächsten Jahren Synergieeffekte des neuen Technikeinsatzes starker sichtbar werden, so daß die Belastung durch EDV-Systeme einer Entlastung weichen wird. Dies wird umso eher der Fall sein, je eher pflegeorientierte Dokumentations- und Controllingssysteme eingeführt werden, die ausreichend Schnittstellen zum bestehenden Qualitätsmanagementsystem aufweisen und die - durch Information und Weiterbildung - auf Akzeptanz bei den Pflegekräften trifft.

Die „neuen“ Themen aus dem Managementbereich, die geforderten Schlüsselqualifikationen (wie z. B. Personalführungskompetenz, Budgetkompetenz), stellen auf der einen Seite zusätzliche Anforderungen an das Qualifikationsprofil mittlerer Positionen dar. Auf der

anderen Seite eröffnet die Professionalisierung der Pflege in Richtung dieser „Management-Orientierung“ eine noch stärkere Selbstdefinition dieser Berufssparte. Das „System Pflege“ bezieht sich nicht mehr nur auf eine direkte Patientenbetreuung, die im ständigen Konflikt mit dem „Nachbarsystem Medizin“ steht, sondern beinhaltet inzwischen eine eigenverantwortliche Ressourcenbeschaffung und -aufteilung.

D.h. daß die „der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten“ vielleicht abnehmen, in der berufsübergreifenden Zusammenarbeit aber neue Anforderungen entstehen. Die derzeitige Entwicklung weist dabei darauf hin, daß „Pflegemanager“ hier den ärztlichen Berufen weit voraus sind und sich dadurch eine Neupositionierung in der Zusammenarbeit geschaffen haben, die das „ewige Minderwertigkeitsgefühl“ des Pflegeberufs aufheben oder zumindest mindern kann.

2 Personalentwicklung und Personalrekrutierung

In allen beschriebenen Zusammenhängen der neuen Tätigkeitsbereiche wurde auf die zentrale Funktion der Weiterbildung hingewiesen.

Die bestehenden Ausbildungsgänge des dualen Systems sind noch nicht ausreichend „modernisiert“, um den neuen Anforderungen umfassend Rechnung tragen zu können. Sie können wahrscheinlich auch nicht alle Themen aufnehmen, wenn sie nicht zu einem überdimensionierten 5-jährigen Ausbildungsmarathon werden wollen. Stärker als in anderen Branchen lebt das „System Pflege“ bereits jetzt vor, wie das vielzitierte „lebenslange Lernen“ aussehen könnte. Die grundständige pflegensche Ausbildung ist gerade einmal der erste Schritt im weiteren „Bildungsmangement“ einer Pflegekraft. Auch ohne große Karriereambitionen wird eine ausgebildete Pflegekraft ständig Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren müssen, um das Wissen zu erweitern (so könnte die „untere Ebene“ zunächst Wissen im Bereich der EDV oder der Dokumentation erwerben müssen). Hier sind v.a. interne Weiterbildungsmaßnahmen gefragt, die aber erheblich bedarfsgerechter und flexibler angeboten werden müssen.

Auch wenn unsicher bleibt, inwieweit Konzepte des „case managements“ in den Kliniken tatsächlich umgesetzt werden, entsteht bereits für die untere Ebene der Pflegekräfte, die diese Positionen der case-manager übernehmen, ein erhöhter Bedarf an Beratungs- und Problemlösungskompetenz. Für eine Position der mittleren Ebene müssen dann auf jeden Fall umfangreiche Weiterbildungen erfolgen. Dabei sind individualisierte Konzepte zu entwickeln, die die standardisierten Stationsleitungskurse mit neuen Inhalten anreichern bzw. sie auf ihre Aktualität überprüfen.

Gleiches gilt für die Weiterbildungen zur Pflegedienstleitung. Weniger die Tatsache, ob eine Weiterbildung auf akademischer Basis (z.B. als aufbauendes FH Studium) absolviert oder ob sie in Seminaren erworben wurde, wird bei der Rekrutierung mittlerer Leitungskräfte entscheidend sein, sondern den Ausschlag wird die Qualität der Weiterbildung geben. Inwieweit konnten die wichtigsten Schlüsselqualifikationen (s.o.) für die entsprechende Tätigkeit vermittelt werden und wie praxisnah und aktuell ist die Weiterbildung erfolgt?

Ansatzpunkte für die klinikinterne Weiterbildungs politik bestehen eindeutig in einer verstärkten Systematisierung der Personalpla-

nung und Personalentwicklung Mit Hilfe moderner Instrumente der Personalpolitik konnten hier die Trial and Error Angebote durch ein flexibles System aufeinander aufbauender Angebote ersetzt werden Dabei muß sich die Wichtigkeit die der Personalentwicklung auf dem Papier zugeschrieben wird auch in entsprechenden Budgets bzw in einer entsprechenden professionellen Vorgehensweise niederschlagen

Gerade hinsichtlich der großen zeitlichen Belastung der mittleren Positionen sollte dabei einem modularen System von Weiterbildungsinhalten der Vorzug gegeben werden so daß je nach individueller Priorität und strukturellen Möglichkeiten Weiterbildungsmodule in schnellerer oder langsamerer Folge absolviert werden können Themen eines solchermaßen modular angelegten Konzepts konnten dabei sein

(1) Schlüsselqualifikation „Budgetkompetenz“

interne Kosten und Leistungsrechnung
 abteilungsspezifisches Controlling
 strategisches Controlling auf Klinikebene

(2) Schlüsselqualifikation „Management/Organisation“

Projektorganisation/ management
 Mitarbeiterführung und motivation (z B Führen durch Zielverembarung)
 Personalbedarfsplanung Rekrutierung
 Personalentwicklungsplanung
 Dienstplangestaltung
 Dienstleistungs Marketing
 Portfolioanalyse und Aufbau neuer Dienstleistungen Abteilungsmarketing
 Qualitätsmanagement
 Verfahren und Instrumente Dokumentationen Management von Qualitätszirkeln und Projektgruppen

(3) Schlüsselqualifikation „Umgang mit Informationstechnologie“

EDV Grundwissen Software + Hardware
 Strategisches und operatives Informationsmanagement Technischeinsatzplanung Operating
 EDV gestützte Dienstplangestaltung
 EDV gestützte Dokumentationssysteme

(4) Schlüsselqualifikation „persönliche Führungskompetenz“

Rhetorik / Gesprächsführung
 Argumentation und Verhandlung
 Konfliktmanagement
 Zeitmanagement

(5) Fachliche Qualifikationen

Pflege(bedarfs)planung
 Pflegedokumentation
 Pflegekonzepte und Systeme (z B Case Management)
 aktuelle fachliche Fragestellungen

Dabei sollten Weiterbildungsangebote berufsübergreifend ausgeschrieben aber auch entsprechend des Vorwissens der jeweiligen hierarchischen Ebenen differenziert organisiert werden (z B Controlling I -für Stationsleitungen und PDL Controlling II für PDLs) um Über bzw Unterforderungen bei den Mitarbeitern zu verhindern

Ein Gesamtentwicklungsplan für leitende mittlere Positionen konnte dabei eine jeweilige Minimumzahl von Themenblöcken aus dem

jeweiligen Kompetenzbereich enthalten so daß auf ineffiziente Wiederholungen (z B durch Basismodule Startseminare) verzichtet werden kann Dieser Entwicklungsplan muß dann im Sinne eines „*mentormg*“ durch begleitende Mitarbeitergespräche (mit den direkten Vorgesetzten oder auch mit Personalentwicklern / Supervisoren) ergänzt und „*controlled*“ werden

Sobald systematische Mitarbeitergespräche und eine umfassende Bedarfsermittlung auch für die unteren Mitarbeiter Ebenen eingeführt sind löst sich die Rekrutierungsproblematik nahezu von selbst da dann ausreichend Informationen über nachrückende Mitarbeiter und deren Qualifikationen vorhanden sind, so daß bereits im Vorfeld von Rekrutierungsentscheidungen entsprechende Steuerungsmaßnahmen durch Weiterbildung eingeleitet werden können

3 Berufliche Entwicklungs- und neue Karrierechancen

Die zentrale Aussage lautet also, daß sich die mittleren Positionen im Klinikbereich weg von der direkten Pfl egetätigkeit mit eingeschränkter Definitionsmacht hin zu einer selbst definierten Managementtätigkeit entwickeln Inwieweit können sich durch die neuen Tätigkeitsbereiche nun neue Entwicklungs- und Karrierechancen für Inhaber (bzw Nachrucker) mittlerer Positionen ergeben ?

Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse sind die These der Vorstudie und die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zu bestätigen eher als ein neuer beruflicher Bereich und auch eher als eine Verdrängung von beruflich Qualifizierten durch „akademisch Qualifizierte ist insgesamt ein „*upgrading*“ der mittleren Positionen (sowohl SL wie PDL Ebene) zu konstatieren

Das heißt, daß sich für diejenigen Pflegekräfte (der unteren Ebenen), die Zeit und Energie in umfangreiche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen investieren wollen und können, die berufliche Entwicklungschance bis hin zum ‚Pflegemanager‘ einer Abteilung bzw Klinik bietet Für Inhaber mittlerer Position mit beruflicher Bildung findet eher „*job enrichment*“ und „*job enlargement*“ statt, als daß ein Verdrängungseffekt durch (Fach)- Hochschulabsolventen droht

Zwischen den beiden Hierarchieebenen SL und PDL besteht hohe Durchlässigkeit wenn die beschriebenen Weiterbildungswege eingehalten werden und entsprechende Praxiserfahrung in den nachgeordneten Positionen vorhanden ist (z B 2 Jahre stellvertretende SL, 3 Jahre SL)

Für einen Teil der mittleren Positionen die intensive Weiterbildungen (vor allem durch einen Aufbau / Zusatzstudiengang) innerhalb der Tätigkeit als PDL absolviert haben, besteht theoretisch auch die Möglichkeit des Karriereschrittes in die nächsthöhere Hierarchieebene Hier sind allerdings sowohl qualitativ wie quantitativ wenig Stellen sichtbar, die z B in einer zentralen Beratungsfunktion, einer Stabsstelle (Qualitätsmanagement, Pflegewissenschaft) oder einer Position innerhalb der Klinikführung bestehen können Dabei konkurrieren die „Pflegemanager“ mit Praxiserfahrung aber mit anderen Berufsgruppen (Betriebswirte und Verwaltungswirte insbesondere mit Zusatzqualifikation zum Krankenhausbetriebswirt) Ein Übergang in die Selbständigkeit im ambulanten Pflegebereich besteht nur theoretisch Im normalen Karriereverlauf verbleibt man - bei eventuellen Wechseln in andere Kliniken - im klinischen

Bereich Inwieweit sich die Durchlässigkeit verstärken wird, wenn zunehmend ambulante Angebote (wie z B ein ambulanter Pflegedienst) in den Klinikbereich eindringen, bleibt abzuwarten. Der Prozeß des „*upgrading*“ der mittleren Positionen beinhaltet auch, daß zwar eine weitergehende Professionalisierung durch zunehmend akademisch ausgebildete Fachkräfte stattfindet, von einer Verdrängung oder Substitution aber nicht gesprochen werden kann. Die akademischen (bzw auf nicht akademischen Wegen erworbenen) Zusatzqualifikationen werden auf die grundständigen Berufsausbildungen „aufgesattelt“, es verdrängen keine „Neu-Akademiker“ hochqualifizierte Pflegefachkräfte. Da von allen unseren Interviewpartnern die Einstellung von „frisch ausgebildeten“ Akademikern ohne berufsfachliche Qualifikation abgelehnt wird, ist auch nicht anzunehmen, daß sich dies innerhalb weniger Jahre ändern wird. Für Absolventen ohne grundständige pflegensche Ausbildung bleiben maximal die beschriebenen „Beratungs- und Stabsstellen“, aber auch hier wurde im Moment den doppelqualifizierten Pflegemanagern der Vorzug gegeben. Ob der Pflegemarkt insgesamt wieder wächst oder-bedingt durch Sparmaßnahmen-weiteren Begrenzungen unterworfen wird, konnten auch unsere Interviewpartner nicht prognostizieren. Es ist aber nicht davon auszugehen, daß sich im mittleren Bereich ein größeres quantitatives Wachstum vollzieht. Die Nachfrage nach Leitungspositionen auf mittlerer Ebene wird von denjenigen Kräften, die momentan Weiterbildungen und (zusätzliche) Studiengänge absolvieren, gedeckt. Hinzu kommt, daß die obere mittlere Ebene für die meisten Pflegefachkräfte den letzten Karriereschritt darstellt und eine längere Verweildauer in diesen Positionen zu beobachten ist. (Wie beschrieben gehen Frauen kurzer oder gar nicht in die Familienpause und kommen auf ihre Positionen zurück).

Anforderungen an die Personalentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen unter Marktbedingungen

1 Entwicklungstendenzen im Dienstleistungssektor

In Deutschland, wie auch in den Ländern der EU, geht der Anteil von Beschäftigten im produzierenden Bereich in den nächsten Jahren deutlich zurück. Die Neuorientierung der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter auf das Erbringen von Dienstleistungen wird zur Grundfrage für den Erhalt von Arbeitsplätzen, Erfolgreiche Dienstleistungsunternehmen sind wachsende Unternehmen, Sie müssen innovationsstark und entwicklungsfreudig sein, um sich in bestehenden oder neuen Märkten behaupten zu können,

Die Anforderungen der Kunden steigen, Neue Leistungen und Produkte sind gefragt, Flexibilität, Individualität und Geschwindigkeit sind zentrale Parameter für die Dynamik der Dienstleistungsentwicklung, Die Unternehmensorganisation und die Qualifizierung des Humankapitals müssen dieser Innovationsdynamik entsprechen,

Speziell im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen hat sich in den letzten Jahren das Bewußtsein der Bevölkerung zur Gesunderhaltung und Vorsorge entwickelt und vielfältige neue Leistungsangebote hervorgebracht, Gleichzeitig entwickelte sich aber auch ein höherer Bedarf an Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens infolge der demografischen Entwicklung (steigender Altersdurchschnitt der Bevölkerung). Daraus resultierend hat sich die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in Qualität und Quantität gewandelt.

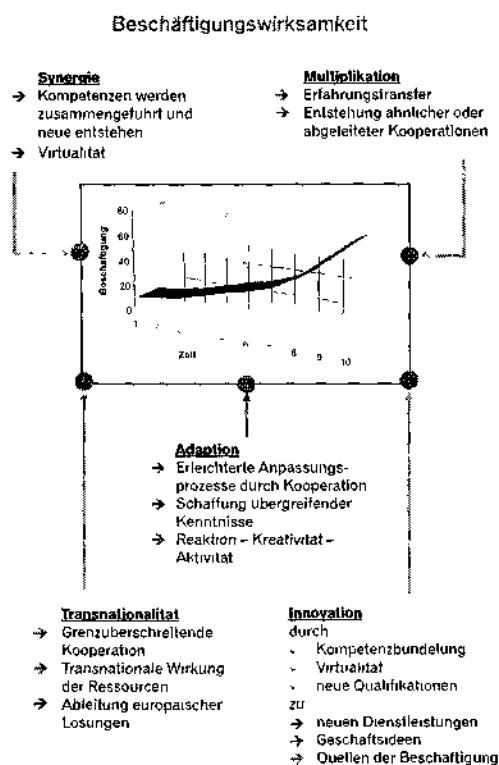
Die erfolgreiche Umsetzung dieses Wandels durch alle Akteure wird immer mehr von der Fähigkeit abhängen, in neuen Beziehungsmustern zu denken und zu handeln. In Kooperationen sind kreative Potentiale zu bündeln, Lösungen zu entwickeln und umzusetzen (Abbildung 1),¹

2 Anforderungen an Dienstleistungen

2.1 Kundenerwartungen am Beispiel Gesundheits- und Sozialwesen

Im Rahmen der Dienstleistungsstudie der ATB GmbH² wurden Bestimmungsfaktoren extrahiert, nach denen sich die Kundenerwartungen als Kaufkriterien beurteilen lassen. Als Faktoren wurden Preis, Qualität, know-how, Flexibilität und Lieferzeit herausgear-

Abbildung 1:
Kooperation und Beschäftigung



¹ Die ATB GmbH hat gemeinsam mit einem Kreiskrankenhaus ein QMS nach DIN EN ISO 9001 aufgebaut und die Erfahrungen in einem Leitfaden veröffentlicht

² Das Kompetenzzentrum wurde durch ATB GmbH im Rahmen des genannten ESF-Projektes aufgebaut. Es ist eine Diskussionsplattform für Dienstleister und dient dem Erfahrungstransfer.

beitet. Diesen Faktoren wurde im Rahmen von Kunden- und Unternehmensbefragungen unterschiedliche Bedeutung beigemessen. Im Gesundheits- und Sozialbereich waren Qualität und Flexibilität der Leistung die entscheidenden Faktoren.

Die Qualität hat für den Bereich die entscheidende Bedeutung. Die Erwartungen gehen über die formale Erledigung von Pflichtleistungen hinaus. Es wird eine komplexe Dienstleistung in organisatorischer und menschlicher Hinsicht verlangt. Das bedeutet für die weitere Entwicklung, daß nicht nur eine fachlich gute Arbeit geleistet werden muß, sondern daß darüber hinaus durch eine hochentwickelte soziale Kompetenz und fachübergreifende Kenntnisse auf komplexe Wünsche auch komplex reagiert werden kann. Dazu reichen aber punktuelle, fachlich orientierte Weiterbildungsmaßnahmen nicht aus. Vielmehr stellt der Wandlungsprozeß eine Herausforderung an eine Vielzahl unternehmensorientierter Merkmale. Managemententwicklung, Arbeitsorganisation, Qualitätsmanagement, Controlling und Kooperationsmanagement sind nur einige Beispiele dafür.

Weitere Erwartungen der Kunden sind:

- Kundennahe, persönliche Kontakte,
- Komplexität und Vielfältigkeit des Angebotes,
- Verlässlichkeit und Konstanz der angebotenen Leistungen,
- Schnelligkeit/Terminreue bei der Leistungserbringung,
- Individualität und Flexibilität der Leistungserbringung,
- Integration der Leistungen in Leistungsketten (abgestimmte Leistungskonzepte, lokale Kooperationen).

Kundennutzen und Kundenzufriedenheit sind für erfolgreiche Dienstleistungsunternehmen zentraler Steuerungsparameter, vor allem bei der Auftragsabwicklung, der Marktkommunikation und dem Service. Dem dient das Ableiten von Kunden- und Marktanforderungen an das Unternehmen, wobei die Notwendigkeit wächst, Dienstleistungsangebote individueller, komplexer und flexibler zu gestalten. Kundenmanagement wird zum Erfolgsfaktor für Dienstleister, denn Kunden erwarten kompetente Beratung und einen auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnittenen Service zu fairen Preisen. In diesen Erwartungen spiegelt sich die höhere Dienstleistungssensibilität der Kunden wider. Es sind Ansprüche, aber auch Chancen für neue Beschäftigung. Das Dienstleistungsbewußtsein in der Gesellschaft wird sich weiter ausprägen. Damit werden neue Bedürfnisse geweckt und es werden sich neue Marktmöglichkeiten eröffnen.

2.2 Akzeptanzschwellen

Akzeptanzschwellen von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich werden im wesentlichen durch zwei Komponenten geprägt. Zum einen ist es die angebotene Dienstleistung selbst und zum anderen das konkrete Dienstleistungsunternehmen. Die Entscheidung, ob ein Dienstleistungsangebot Akzeptanz findet oder nicht, wird vorwiegend durch den zu erwartenden Nutzen für den Kunden (Patienten) und/oder durch den Neuigkeitsgrad der Leistung bestimmt. Bei Standardleistungen und bestehendem Kundeninteresse erfolgt die Entscheidung des Kunden über die Auswahl des zu beauftragenden Dienstleisters. Dabei dominieren Erfahrungs-, Marketing-, sowie Preiskriterien.

Damit erhält der Faktor Akzeptanz der Leistung eine entscheidende Bedeutung im Verhältnis Kunde - Dienstleister. Innovationen von Dienstleistungsangeboten führen bei Akzeptanz potentieller Kunden zu einem Markt. Steigerungen in diesen Märkten sind beschäftigungsrelevant. In diesem Kontext erhält die Preispolitik der Dienstleister eine entscheidende Bedeutung, da durch begrenzt zur Verfügung stehende Finanzierungsmittel für den Gesundheits- und Sozialbereich Preiserhöhungen beim Dienstleister zu Auftragsrückgängen durch zurückgehende Nachfrage führen.

3 Kompetenzfelder und Gestaltungsbedarf

Auf der Suche nach übergreifenden Konzepten, die eine angemessene Betrachtungsweise für Gestaltungsoptionen von Dienstleistungsunternehmen ermöglicht, sind nach den Ergebnissen der ATB-Studie vier Kompetenzfelder relevant:

Personalentwicklung

In Unternehmen und Einrichtungen, die personenorientierte Dienstleistungen erbringen, sind die Fähigkeiten des Personal die entscheidenden Faktoren für den Unternehmenserfolg, da sich die Qualität der Leistungserbringung über das Personal darstellt. Ausgeprägte Dienstleistungsmentalität (Kundenorientierung) des Managements und der Mitarbeiter fordert Motivation, Kommunikationsfähigkeit und Kreativität. Neue Formen und Inhalte von Personalentwicklungsmaßnahmen müssen diesen Anforderungen Rechnung tragen. Sie sind durch ein hohes Maß an Unternehmens- und Tätigkeitsbezug bei flexibler Gestaltung der Durchführung gekennzeichnet.

Marktentwicklung

Die Beherrschung und Steuerung der Marktmechanismen zur rechtzeitigen und effektiven Anpassung der Unternehmen an die Marktdynamik muß hier im Vordergrund stehen. Durch die prozesshafte Gestaltung von Kooperationen bis hin zur Schaffung langfristiger Netzwerke gesundheitsorientierter Unternehmen können dazu Methoden und Werkzeuge geschaffen werden.

Führungsentwicklung

Anpassung, Kooperation, Innovation und Strategieentwicklung sind Aufgaben, die heute vor Managern von Unternehmen aller Größen und Tätigkeitsgebiete stehen. Diesen Aufgaben können sie aber nur gerecht werden, wenn sie zu einer neuen Haltung gegenüber diesen Aufgaben überzeugt und qualifiziert werden können. Langst ist die Meinung, daß ein Manager auch ein guter Spezialist sein muß, überholt. Es kommt darauf an, generalistische Fähigkeiten zu entwickeln, die es den Führungskräften ermöglichen, zum Nutzen aller Unternehmensbestandteile das Spezialwissen der Mitarbeiter zu steuern und den Anforderungen entsprechend zu entwickeln und zu kombinieren.

Organisationsentwicklung

Es sind Organisationsformen zu entwickeln oder vorhandene derart anzupassen, daß alle unternehmensinternen Erfolgspotentiale genutzt werden. Dazu gehören nachvollziehbare Informations- und Entscheidungswege, die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Gestaltung der Unternehmensprozesse und zwar über ihre eigentlichen Arbeitsaufgaben hinaus. Nur so werden sie befähigt, andere Arbeitsschritte und -aufgaben zu verstehen und zu beachten. Teamarbeit ist dann auch kein von außen aufgesetztes Instrument, sondern entwickelt sich aus dem Inneren heraus als eine unvermeidliche Folge des gegenseitigen Kennenlernens und Akzeptierens. Teamarbeit und innerbetriebliche Kooperation bilden die Grundlage für die Kooperation zwischen den Unternehmen, die auf jeder Unternehmensebene wirkt und gelebt wird, Diese Kompetenzfelder zu realisieren und in konkretes Handeln von Management und Mitarbeitern umzusetzen bedarf der zielorientierten Qualifizierung aller Akteure, Die dabei zu beachtenden Gestaltungserfordernisse und die Entwicklungsrichtungen zeigt Abbildung 2,

Handlungsbedarf zur Entwicklung der Leistungsfähigkeit von Dienstleistungsunternehmen

Die notwendige Entwicklung der Leistungsfähigkeit von Dienstleistungsunternehmen zur Realisierung der dargestellten Marktanforderungen ist auf folgende Schwerpunkte zu konzentrieren:

Personalentwicklung - Beschäftigung

- Systematisches Personalmanagement
- Analyse der verfügbaren Kompetenzen der Mitarbeiter
- Anforderungsgerechte planmäßige Personalqualifizierung
- Aufbau und Erhaltung von Stammbesetzungen als Erfolgsfaktor für die Unternehmen
- Motivationsfördernde Arbeitszeit- und Entlohnungssysteme
- Entwicklung der Unternehmenskultur als Basis des Commitments
- Kommunizieren der Beschäftigungsrelevanz neuer Dienstleistungen und Märkte

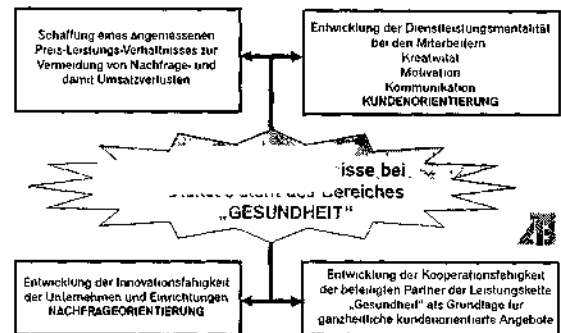
Innovation - Professionalisierung - Kooperation - Organisation

- Durchführung von Stärken-Schwächenanalysen, Potentialanalysen, Benchmarking
- Entwicklung von Kernkompetenzen im Unternehmen
- Initiierung planmäßiger Innovationsprozesse zur und Prozeßinnovation
- Entwicklung ganzheitlicher Dienstleistungen auf der Basis von Kooperationen
- Gestaltung der betrieblichen Leistungsprozesse zwecks Professionalisierung
- Initiierung bzw. Mitarbeit in regionalen Netzwerken
- Entwicklung der betrieblichen Leistungsfaktoren

Marketing - Kundenorientierung

- Leistungsadäquate Marketingstrategien, Corporate Identity
- Politik- und PR-Konzepte auf der Grundlage von Marktanalysen
- Planmäßige Pflege von Stammkunden
- Planmäßige und systematische neuer Kundengruppen

Abbildung 2:
Gestaltungserfordernisse bei Dienstleistern



Qualitätsmanagement

- Aufbau und Anwendung unternehmensspezifischer Qualitätsmanagementsysteme nach DIN EN ISO 9000 ff¹ als Voraussetzung für die Beherrschung der Geschäftsprozesse
- Total Quality Management (TQM)
- Einbeziehung von weiteren Qualitätsdimensionen wie
 - Zuverlässigkeit der zugesagten Leistung
 - Hilfs- und Problemlösungsbereitschaft
 - Kompetenz und Professionalität der Mitarbeiter in die Personalentwicklung.

Strategieentwicklung

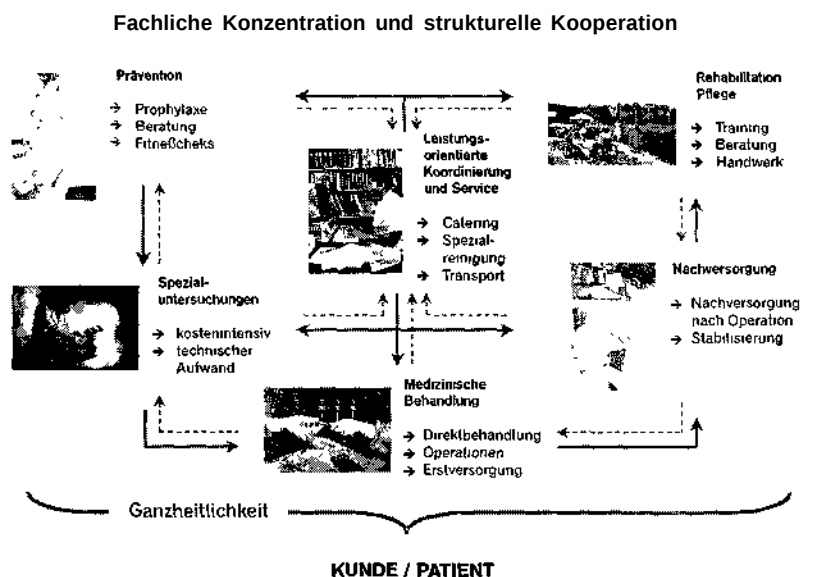
- Förderung visionären Denkens bei Führungskräften und Mitarbeitern
- Generierung von zukunftsorientierten, die aus Markt- und Kundenwünschen abgeleitet sind und nicht aus der derzeitigen Finanzierungssituation resultieren
- Entwicklung von Unternehmensstrategien und Innovationsansätzen auf der Basis aktueller und vorhersehbarer Entwicklungen am Gesundheitsmarkt, verbunden mit neuen Arbeitsformen wie strategische Kooperationen mit weiteren Akteuren in der Leistungskette Gesundheit

Wenn diese Anforderungen bisher aufgrund der Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen Deutschlands auch nur partiell wahrgenommen und in konkretes Handeln umgesetzt werden, zeigen die Entwicklungen in anderen EU-Ländern und den USA, daß es erforderlich ist, sich rechtzeitig mit diesen aktuellen Entwicklungen auseinanderzusetzen und eigene Strategien unter dem Aspekt eines sich globalisierenden Gesundheitsmarktes zu entwickeln.

Die Abbildung 3 zeigt ein Modell für neue Formen der Kooperation, das im Ergebnis von Diskussionen mit Unternehmen und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen Veranstaltungen des Kompetenzzentrums „Dienstleistung & Qualität“ im Freistaat Sachsen² als zukunftsfähig entwickelt wurden,

Abbildung 3:

Modell für Konzentration und Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen



4 Anforderungen an die Qualifizierung von Führungskräften und Mitarbeitern

Das Personal im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens verfügt durch berufliche Erstausbildung und Studium über ein hohes Fachwissen und über umfangreiche in der Praxis erworbene Erfahrungen. Die vorstehend dargestellten neuen Ansätze und Anforderungen erfordern jedoch die Vermittlung von anforderungsadäquatem Wissen.

Das übergreifende Ziel der künftigen Qualifizierungsmaßnahmen, besonders im Rahmen der Aufstiegsfortbildung, besteht in der Befähigung der Fach- und Führungskräfte zur Konzipierung und Realisierung neuer Dienstleistungsansätze im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Dabei nimmt die Befähigung zu kooperativem Handeln eine zentrale Stellung ein. Es sind Grundlagen zu schaffen, um Prozessinnovationen zu initiieren und neue Kooperationsmodelle zwischen den beteiligten Einrichtungen und Unternehmen zu entwickeln, in die Praxis umzusetzen und durch die Mitarbeit aller Partner weiterzuentwickeln. Dazu sind außer den fachlichen Kenntnissen vor allem auch die überfachlichen und mentalen Fähigkeiten zu fördern und zu schulen.

Grundrichtungen der Personalentwicklung im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens sind nach unseren Erfahrungen der Aufbau von Kompetenzen durch Qualifizierung:

- Qualitätssicherung und Bewußtsein
- Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung,
- Kostenarbeit, Nutzenorientierung,
- Information und Kommunikation mit Kunden/ Patienten, einschließlich Fremdsprachen,
- Effiziente Nutzung moderner Informations- & Kommunikationstechnologien
- Schnittstellenmanagement bei Kooperationen, insbesondere in Leistungsketten gegenseitiger Abhängigkeit,
- ganzheitliches Gesundheitsdenken (z. B. bewußte Akzeptanz und aktive Entwicklung der Zusammenhänge zwischen Vorsorge, Vorbeugung, Behandlung, Rehabilitation, Fürsorge und Pflege).

Dazu ist es notwendig, die Qualifizierungsmaßnahmen mit neuen Lernstrategien, Inhalten, Formen und Methoden zu entwickeln. Wissensvermittlung, Praxisanwendung mit Coachingunterstützung sowie Projekt- und Gruppenarbeit sind zu kombinieren. Das Zusammenspiel zwischen Lernen im Team und das eigenverantwortliche Lernen muß gefordert werden. Das ist die Grundlage dafür, den Teilnehmern das lebenslange Lernen als persönliches Bedürfnis und als Grundlage beruflichen Erfolgs zu erschließen.

Darüber hinaus sind die Inhalte auch über moderne Medien unter Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien zu vermitteln. Damit lassen sich Kombinationen aus gesteuertem Lernen und selbstgesteuertem Lernen realisieren, die die erforderliche Flexibilität in den Lernprozessen unterstützen.

Im Ergebnis der Untersuchungen und Pilotanwendungen im Rahmendes Projektes „Dienstleistungsqualität“ können folgende Themengebiete angegeben werden, die als Module in der Theorie- und Praxisqualifizierung insbesondere für mittleres Personal in

¹ Vgl. RISCH W.: Dienstleistungen und Innovationen in RISCH SCHRICK: Dienstleistungsinnovationen-Chancen und Trends für Unternehmen - Eigenverlag Rationalisierungs Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW) e.V.

Unternehmen und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens relevant sind. Sie bedürfen der spezifischen Anpassung an die konkrete Unternehmenssituation und müssen sich an den Problemstellungen und Zielen orientieren.

- Unternehmensentwicklung
 - Strategien und Konzepte, Unternehmensleitbild/ kultur
 - spezifische Marketingstrategien
 - Benchmarking
- Personalentwicklung
 - Konzepte Qualifizierungsstrategien
 - Führungsentwicklung, Motivation für Dienstleister
 - Finanzierung
 - Initiierung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse
- Organisation/ Prozeßgestaltung
 - Geschäftsprozeßgestaltung/ Optimierung
 - neue Arbeitsformen
 - Prozeßkostenanalyse/ Beeinflussung der Prozeßkosten
- Qualitätsmanagement
 - Qualitätsnormen/Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen
 - integrierte Managementsysteme
 - (Qualitäts Umweltmanagement, Arbeitsschutz)
 - Qualitätskosten
- Kundenmanagement
 - Kundenorientierung
 - Kundenzufriedenheit (Analyse und Beeinflussung)
- Dienstleistungsinnovationen
 - Konzeptentwicklung/ Umsetzungsstrategien
 - Projektmanagement
- Kooperationsmanagement
 - Kooperationsmodelle
 - Outsourcing von Leistungen
- Information und Kommunikation
 - Informationsflüsse im Unternehmen und ihre Gestaltung
 - Information, Kommunikation Umgang mit Kunden
- Informations- und Kommunikationstechnologien
 - Anforderungsadäquate Hard- und Softwareauswahl
 - Informationsbeschaffung/Informationsbereitstellung im Internet

5 Fazit

Die nationalen und internationalen Entwicklungen im Dienstleistungsbereich einschließlich dem Gesundheits- und Sozialwesen sind wie in anderen Wirtschaftsbereichen durch Flexibilität, Markt- und Kundenorientierung sowie Innovationsfähigkeit bei beherrschter Qualität der erbrachten Leistungen gekennzeichnet. Damit stehen Anforderungen wie Leistungs- und Prozeßinnovation, Qualitätsmanagement, dynamische und problemorientierte Personalentwicklung, multifunktionale Gruppenarbeit, Ergebnisorientierung, Prozeßbeherrschung usw. auch in diesem Bereich auf der Tagesordnung.

Auch wenn gegenwärtig der bestehende Preis- und Kundendruck im Dienstleistungsbereich noch viel zu wenig Überlegungen hinsichtlich neuartiger Dienstleistungsangebote bzw. Erhöhung der Produk-

tivität eingespielter Arbeitsprozesse durch innovative Aktivitäten in Technik und Organisation initiiert, sind die Voraussetzungen für Veränderungen durch Personalentwicklung unverzüglich zu schaffen,

Qualifikationsbedarf in mittleren Verwaltungspositionen des Gesundheits- und Sozialwesens

Die Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen - wie in den öffentlichen Dienstleistungen überhaupt - bedarf einer stärkeren Zuwendung

Wenn in der Vergangenheit diesem Bereich der Volkswirtschaft diesbezüglich weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde, so mag das verschiedene Ursachen haben. Rabe-Kleberg¹ sieht dies vorwiegend als ein geschlechtsspezifisches Problem - Frauenberufe¹. Andere führen dies auf den geringen Organisationsgrad der Arbeit in diesem Bereich zurück. Es wird auch verwiesen auf differenzierte Interessen der „zuständigen Stellen“, die eher regionale bzw. Länderregelungen anstreben, aber auch auf die mitunter sehr subjektiv bzw. intern bestimmten Haltung von Fachverbänden und Gesellschaften.

Wie in anderen Beschäftigungsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens², so mangelt es auch im Verwaltungsbereich noch an ganzheitlicher Weiterbildung und Qualifikation für ganzheitliche Handlungsfelder. Für die mittleren Verwaltungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen gibt es viele Weiterbildungsangebote, die fast ausschließlich als Kurzlehrgänge für spezielle Themen konzipiert sind. Das reicht aber heute nicht mehr aus. Ganz abgesehen von den betroffenen Beschäftigten, die mit unzähligen Weiterbildungsmaßnahmen noch immer keinen höheren Bildungs- bzw. Qualifikationsabschluß erreichen, erfordert professionelles Handeln in ganzheitlichen Handlungsfeldern unabdingbar Professionalisierung in der Weiterbildung.

In diesem Zusammenhang hat sich die Stiftung Weiterbildung besonders den Handlungsfeldern in den Verwaltungen von Krankenhäusern sowie der Kompetenzentwicklung der dort Beschäftigten zugewandt³. Im Ergebnis dieser Untersuchungen und anderer Recherchen ist eine Qualifikationslücke in den mittleren Verwaltungspositionen unübersehbar.

Das war Ausgangspunkt und Grundlage für die Entwicklung einer ganzheitlichen Aufstiegsfortbildung bzw. für die Konzipierung eines Fortbildungsberufes nach BBiG § 46 „Betriebsfachwirt - Gesundheits- und Sozialmanagement“.

1 RABE KLEBERG U. Berufliche Karrierewege im Gesundheits- und Sozialwesen. Stand, Perspektive Visionen. In: Berufliche Bildung - Kontinuität und Innovation. Dokumente des 3. BIBB Fachkongresses vom 16. 18. Oktober 1996 in Berlin. S. 328.

2 BECKER W. MEIFORT B. Berufsbildung für expansive Beschäftigungsfelder. Berufliche Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen. Neue Bildungskonzepte und Beschäftigungsfelder. In: Ebenda. S. 317-319.

3 HENTSCHEL B. SCHNEIDER G. VOLLMERS. Entwicklung beruflicher Kompetenz im Bereich öffentlicher Dienstleistungen. In: OUEM Materialien 20. Hrsg. Arbeitsgemeinschaft OUEM. Berlin 1997. S. 59-74.

Fortbildung zum/zur „Betriebsfachwirt/in - Gesundheits- und Sozialmanagement“

1. Ausgangssituation und Problemstellung

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen, wie sie insbesondere mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 1.1.1993 gegeben sind, die ab 1996 geltende Finanzierung und die damit einhergehende Entwicklung des klassischen Krankenhauses zu einem weitgefächerten Gesundheitszentrum erfordern ein vielfältiges Instrumentarium betriebswirtschaftlicher Führung und die Ablösung der traditionellen Verwaltung durch ein modernes Management.

Mehr denn je wird betriebswirtschaftliches Know-how und damit eine fundierte Qualifizierung in diesem Bereich notwendig. Das gilt besonders für die breite mittlere Führungsebene aller großen Krankenhäuser und sozialer Dienste.

Gegenwärtig sind in diesen Funktionen Führungskräfte mit sehr unterschiedlicher Qualifikation tätig, die sich im Prozeß der Ausübung ihrer Funktion oder auch durch Teilnahme an relevanten Weiterbildungsmaßnahmen das dafür notwendige spezielle Wissen und Können angeeignet haben. In vergleichbaren Funktionen im Handel, Gewerbe und öffentlicher Verwaltung stehen dafür speziell ausgerichtete Fortbildungsberufe: z.B. Betriebswirt IHK, Betriebswirt des Handels, Verwaltungsfachwirt zur Verfügung.

Im Gesundheits- und Sozialwesen klafft in der Qualifikationsstruktur gerade an so wichtiger Stelle eine empfindliche Lücke, die mit einer staatlich geregelten Aufstiegsfortbildung zum „Betriebswirt/in - Gesundheits- und Sozialmanagement“ geschlossen werden kann. In den Beschäftigungsfeldern erfolgreich Tätige erhalten damit eine gute berufliche Entwicklungs- bzw. Aufstiegsmöglichkeit. Sowohl aus dieser theoretisch-strukturellen Sicht als auch aus der Vielzahl aktueller Nachfragen zu einer zielgerichteten Fortbildung für die mittlere Führungsebene des Verwaltungs- und Wirtschaftsbereichs von Gesundheitseinrichtungen und sozialer Dienste ist der Bedarf bzw. die Notwendigkeit einer einschlägigen Fortbildungsmaßnahme offensichtlich und durch Analysen belegt⁴.

Ziel ist es daher, einen bundesweit anerkannten Fortbildungsberuf für die mittlere betriebswirtschaftliche Führung in Einrichtungen des Gesundheitswesens und sozialer Dienste zu entwickeln, der auf einer entsprechenden abgeschlossenen Berufsausbildung im dualen System aufbaut (BBiG § 46 Abs. 2). Als Bezeichnung für diesen Fortbildungsberuf wird vorgeschlagen: Betriebsfachwirt/m-Gesundheits- und Sozialmanagement.

Bei Beratungen mit Einrichtungen und Verbänden des Gesundheitswesens und sozialer Dienste über eine solche Fortbildung wurde aber auch die notwendige Freistellung der Teilnehmer von der Arbeit unter den Bedingungen der reduzierten Planstellen sowie die Kostenübernahme bzw. die Höhe der Kosten überhaupt als Problem gesehen. Dem wollen wir entgegenwirken durch eine dienstbegleitende Fortbildung in Form von Fernunterricht (Selbststudium) mit begleitendem Präsenzunterricht. Das hat gegenüber herkömmlichen Fortbildungsmodellen folgende Vorteile:
Freistellung vom Arbeitsprozeß ist nur in verhältnismäßig geringem Umfang erforderlich.

- 1 BIBB: Untersuchungen der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens - Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. Berlin 1997 (noch unveröffentlicht).
- 2 CSÖNGAR, G.: Analyse von Handlungskompetenzen für das mittlere und höhere Management in Einrichtungen sozialer Dienste. In: BWP4/1995.

- Für die Freistellung bzw Teilnahme am Präsenzunterricht kann die gesetzlich garantierte Freistellung lt der Bildungsfreistellungsgesetze der Länder in Anspruch genommen werden
- Durch den relativ hohen Anteil an Selbststudium reduzieren sich die Kosten für die Durchführung von Lehrveranstaltungen
- Hohe Kosten entstehen durch die Erarbeitung der Lehrbriefe (Autorenhonorare redaktionelle Bearbeitung technische Herstellung) Diese Kosten werden durch Stiftungsmittel abgedeckt so daß die Teilnehmer bzw deren Dienststellen bzw Einrichtungen damit nicht belastet werden

2 Teilnahmevoraussetzungen und Teilnehmerstruktur

An der Fortbildung zum/zur Betriebswirt/m-Gesundheits und Sozialmanagement können teilnehmen

- Beschäftigte im Bereich Wirtschaft und Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen und sozialer Dienste mit einer einschlägigen abgeschlossenen Berufsausbildung und mindestens 3jähriger Tätigkeit in diesen Bereichen
- Beschäftigte in o g Einrichtungen ohne einen Berufsabschluß nach mindestens 6jähriger Tätigkeit im Bereich Wirtschaft und Verwaltung im Gesundheitswesen und sozialen Dienst

Aus den Teilnahmevoraussetzungen bzw Zugangsbedingungen zu dieser Fortbildung ergibt sich eine enorme Heterogenität und der Zusammensetzung der Teilnehmer/innen

verschiedene Erstausbildung (unterschiedliche Berufe nach Art und Qualität z B Kaufmann/Kauffrau Bürokaufmann/frau Fachangestellte/r für Bürokommunikation Verwaltungs- bzw Sozialversicherungsfachangestellte/r Arzthelfer/in Pharmazeutisch kaufmannische/r Angestellte/r Medizinisch kaufmannische/r Assistent/in diverse Pflegeberufe)

- verschiedenartige arbeitsbegleitende Fortbildung
- unterschiedliche Arbeits- und Berufserfahrungen
- differenzierte Aufgabenzuweisungen bzw Tätigkeitsfelder (auch resultierend aus Schwerpunktsetzung in den Einrichtungen)
- unterschiedliche Altersstufen
- differenzierte Lerngewohnheiten und differenzierte Beherrschung von Lerntechniken

3 Gestaltung und Organisation

Aus der heterogenen Teilnehmerstruktur ergeben sich erhebliche Probleme für die Gestaltung und Führung der Fortbildung. Während für einige Teilnehmer/innen bestimmte Themen durch Vorbildung und tägliche Arbeit kein Lerngegenstand mehr sind, stehen bei den gleichen Themen andere Teilnehmer/innen vor einem Lern-Neubeginn. Dieses Auseinanderklaffen der Vorbildung bzw des Kenntnis- und Leistungsstandes betrifft die meisten im Curriculum enthaltenen Themen und Zeitvorgaben.

Eine sehr effektive Form der Fortbildung unter diesen Bedingungen ist die Kombination von Selbstlern- und Präsenzphasen. Dabei wird der gesamte Lernstoff in Lehrbriefen didaktisch methodisch aufbereitet für die Teilnehmer/innen dargestellt. Sie können sich in der Selbstlernphase individuell den Themen starker zuwenden, für die sie wenig oder keine Voraussetzungen haben. Eine solche Individualisierung

hsierung des Lernens in den Selbstlernphasen hat sich zur Lösung der Probleme heterogener Teilnehmerstruktur vielfach bewährt. Die Kombination von Selbstlernphasen und Präsenzunterricht bringt auch in anderer Hinsicht für die arbeits- und berufsbegleitende Fortbildung bestimmte Vorzüge

- die Teilnehmer/innen sind in weitaus geringem Maße von ihrem Arbeitsplatz getrennt und können so Lernen und Arbeiten eng verknüpfen
- die Teilnehmer/innen können ihr Zeitregime während der Selbstlernphasen selbst bestimmen

Ausgehend vom Gesamtziel und von den Erfahrungen beruflicher Fortbildung (aufbauend auf Erstausbildung und mit dem Ziel eines anerkannten Berufsabschlusses) werden insgesamt 1 000 Stunden für die Fortbildungsmaßnahme in Ansatz gebracht. Diese 1 000 Stunden gliedern sich in 300 Stunden Präsenzunterricht und 700 Stunden Selbststudium. Wichtigstes Gestaltungsmerkmal ist die Kombination von Selbstlernphasen und Präsenzunterricht. Auf der Basis einer arbeits- bzw. berufsbegleitenden Fortbildung ist es erforderlich, die Gesamtstunden (1 000 Std.) auf einen Zeitraum von zwei Jahren zu verteilen. Unter Berücksichtigung der regionalen Bedingungen, des Arbeitsregimes und der persönlichen Belastungen der Teilnehmer/innen kann der Präsenzunterricht in Wochenlehrgängen oder auch in kürzeren Lehrgängen von zwei bis drei Tagen durchgeführt werden.

4 Ziele

Globalziele

Den Führungskräften in mittleren Positionen von Wirtschaft und Verwaltung des Gesundheitswesens und sozialer Dienste wird ein anerkannter Berufsabschluß im Rahmen einer Aufstiegsfortbildung ermöglicht.

Das vorhandene Qualifikationsdefizit wird gehoben, künftig steht für die mittlere Führungsebene im Bereich Wirtschaft und Verwaltung des Gesundheitswesens und sozialer Dienste speziell qualifiziertes Personal zur Verfügung, damit wird ein langst notwendiges personales bzw. geistiges Potential für die Beherrschung ganzheitlicher Handlungsfelder bereitgestellt.

Kognitive Ziele

Der/die Betriebswirt/in verfügt über Kenntnisse von Fakten, Begriffen, Normen, Regeln, Vorschriften, Verfahren, Gesetzen und Zusammenhängen im Bereich des Gesundheitswesens und sozialer Dienste, die sowohl grundlegend als auch funktionsbezogen sind. Er/sie ist in der Lage, Verfahrensweisen, Gesetze, Prinzipien, Methoden anzuwenden und zu interpretieren, Ergebnisse und Entscheidungen zu begründen und zu erläutern, er/sie beherrscht seiner/ihrer Funktion adäquate Arbeitsabläufe und Verfahren sowie die Fähigkeit zur Analyse und planend konstruktiven Tätigkeit sowie die Fähigkeit, Mitarbeiter zu führen und zu beurteilen. Anzumerken ist, daß diese Form bzw. Organisation der Fortbildung dem 'Gesetz zum Schutze der Teilnehmer am Fernunterricht' unterliegt, demzufolge der Fernlehrgang einschließlich aller Lehrbriefe

von der Staatlichen Zentralstelle für Fernunterricht nach Prüfung und Begutachtung zugelassen werden muß, Dies setzt zugleich hohe Qualitätsmaßstäbe

Praktisch-handlungsorientierte Ziele

Der/die Teilnehmer/in im Gesundheitswesen und sozialen Dienst beherrscht die seiner/ihrer gehobenen Funktion entsprechende Verwaltung, Betriebswirtschaft und Organisation von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, löst die ihm/ihr übertragenen Aufgaben selbständig bzw. im Zusammenwirken mit anderen Führungskräften, verfügt über ausgeprägtes Auffassungs- und Kombinationsvermögen und hat gute Fähigkeiten zur sachlich-konstruktiven Kommunikation und beherrscht das Management genannter Einrichtungen.

5 Inhalt und Struktur

Der Inhalt der Fortbildung umfaßt entsprechend den Zielen grundlegende und speziell handlungsorientierte Themen, die stets auf eine komplexe Qualifikation - den „Betriebsfachwirt/in - Gesundheits- und Sozialmanagement“ gerichtet sind. Die Aufbereitung der Inhalte folgt weniger einer additiven Aneinanderreihung, sondern geht von einem integrativen Zusammenspiel der verschiedenen Fächer und Themen aus. So, daß auch in der Aufbereitung und Strukturierung der Inhalte der ganzheitliche Ansatz gewahrt wird. Die Fortbildung ist nach Fächern mit entsprechenden Zeiteinheiten gegliedert, diese sind in Themen untergliedert. Folgende Struktur wird der Fortbildung vorgegeben:

6 Didaktisch-methodische Gestaltung

Der didaktische Grundansatz der Fortbildung zum/zur Betriebswirt/in - eine Kombination von Präsenz- und Selbstlernphasen - erfordert eine differenzierte didaktisch-methodische Gestaltung der Lehr- und Lernprozesse.

6.1 Die Präsenzphasen

Die Präsenzphasen haben vorwiegend die Funktion des Vertiefens und Festigens, ggf. der Ergänzung und Korrektur, des Transfers und der projekt- bzw. aufgabenbezogenen Anwendung des Wissens und Könnens, das in der vorangegangenen Selbstlernphase angeeignet wurde.

Die Umsetzung erfolgt praxisbezogen und handlungsorientiert in Methodenvielfalt und -Variabilität. Die Vorbereitung und die Durchführung der Präsenzphasen berücksichtigt die beträchtliche Heterogenität in der Vorbildung und beruflichen Entwicklung der Teilnehmer/innen, umfaßt seminaristische Arbeit der Gesamtgruppe, Arbeit in Kleingruppen, Partnerarbeit und fördert zugleich die Individualisierung des Aneignungsprozesses.

Die Präsenzphasen obliegen der direkten Führung durch den Lehrenden. Hierbei wird von einem Leitbild des Lehrenden ausgegangen, der nicht vordergründig als Wissensvermittler bzw. Über-

Tabelle 1:
Fächerübersicht und Zeitverteilung

FÄCHER	PRÄSENZ-STUNDEN	SELBST-STUDIUM	LEHR.-BRIEFE
Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen im Gesundheits- u Sozialwesen	24	60	1 - 2
Grundlagen der VWL	16	40	3 - 4
Allgemeine BWL	24	60	5 - 6
Wirtschafts- und Arbeitsrecht	16	30	7 - 8
BWL	24	60	9 - 10
Rechnungswesen/ Controlling	32	80	11 - 12
Finanz- und Steuerwesen	20	50	13 - 14
Finanzwirtschaft, Haushalt	24	60	15 - 16
Beschaffung, Logistik, Lagerhaltung	24	60	17 - 18
Personal-, Sozial-, Ausbildungswesen	24	50	19 - 20
Organisation, Management, Qualitätssicherung	40	90	21 - 23
Wirtsch.-Informatik Datenverarbeitung, Statistik	32	60	24 - 25

bnnger und Preisgeber von Wissen agiert, sondern sich vorrangig versteht als Organisator, Anreger, Unterstützer von Lern- bzw Aneignungsprozessen. Der Lehrende berücksichtigt als wichtige Komponente seines didaktisch-methodischen Handelns bzw. Vorgehens die Arbeitswelt und Denkmuster in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Alltags- und Lebenskultur der Teilnehmer/innen sowie geschlechtsspezifische Besonderheiten im Sozialisationsprozeß. Eine besondere Aufgabe für den Lehrenden besteht in der ständigen Motivation der Lernenden, insbesondere auch im Hinblick auf die Selbstlernphasen.

In der Präsenzphase fordert der Lehrende Rückmeldungen heraus, erörtert Vorgehens- und Lernweisen, ermutigt die Lernenden bei der Selbstorganisation des Aneignungsprozesses, fordert von ihnen Verantwortung und auch Widerspruch, beobachtet und thematisiert soziale Beziehungen in der Gruppe.

Für diese „Lehrtätigkeit“ werden in der Erwachsenenbildung erfahrene und fachwissenschaftlich kompetente Persönlichkeiten ausgewählt, die in einer besonderen Veranstaltung auf die Tätigkeit in den Präsenzphasen vorbereitet werden. Zum überwiegenden Teil sind Lehrbriefautoren gleichzeitig als Dozenten in den Präsenzphasen tätig. Dieser Grundansatz hat u. a. mehrere Vorteile. Erstens kann der Lehrbriefautor in der Präsenzzeit den Lernerfolg der Teilnehmer/innen, der mit „seinen“ Lernmaterialien erzielbar ist, direkt „überprüfen“, zweitens ist er selbst gefordert, vorhandene Wissens- und Konnensdefizite bei den Lernenden auszugleichen und drittens ergeben sich so für Autor, Dozent und Veranstalter wertvolle Hinweise für die Überarbeitung, Weiterentwicklung und Vervollkommnung der Lernmaterialien bzw. der Lehrbriefe.

6.2 Die Selbstlernphasen

Die Führung des Aneignungsprozesses in den Selbstlernphasen erfolgt abgesehen von der Vorbereitung und der Hinführung in den Präsenzphasen - mittelbar durch die Lehrbriefe. Die Lehrbriefe erhalten damit eine dominierende Stellung in der didaktisch-methodischen Gestaltung der Selbstlernphasen. Sie sind vor allem orientiert auf die spezifische Lernsituation der Fortbildungsteilnehmer/innen, nämlich ohne Lehrer (also ohne Stoffvermittler, Motivator, Lernerfolgskontrolleur usw.) zu gesicherten Lernergebnissen zu kommen.

Es ist davon auszugehen, daß der größte Teil des für die Fortbildung benötigten Lernmaterials wegen mangelnder Adressatengerechtigkeit vorliegender Lehr- und Fachbücher neu konzipiert werden muß. Das schließt die Verwendung auf dem Markt vorhandener Studienmaterialien, wenn sie für das Selbstlernen geeignet sind, nicht aus. Die Lernmaterialien/Lehrbriefe müssen dem/der Fortbildungsteilnehmer/in autonomes Lernen ermöglichen, denn im Prinzip sollen alle kognitiven Lerninhalte im Selbstlernen angeeignet werden können.

Zur Sicherung der Inhaltsaneignung haben die Lernmaterialien bzw. Lehrbriefe folgende Eigenschaften:

- Sie sind leicht verständlich, aber niveaugerecht
- Sie ermöglichen individuelle Lernschritte (Menge, Tempo)
- Sie fordern Wiederholung ein
- Sie sind vollständig, also erfordert der Vermittlungsweg keine weiteren Veranstaltungen oder Maßnahmen

- Sie ermöglichen Leistungsdifferenzierung.
- Sie führen an Fachliteratur heran und beziehen diese mit ein.
- Sie befähigen zum selbständigen Umgang mit Fachliteratur,

6.3 Betreuung von Teilnehmer/innen, Lehrbriefautoren und Dozenten

Bei der Stiftung Weiterbildung stehen den Teilnehmer/innen, Lehrbriefautoren und Dozenten zwei auf diesem Gebiet versierten Berufspädagogen, die vielfältige Erfahrungen in der Erstellung von Lernunterlagen und der Planung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für Erwachsene besitzen, ständig zur Verfügung. Über fernmündliche oder auch persönliche Kontakte wird der oben genannte Personenkreis umfassend beraten und in seiner Lern- bzw. Lehrtätigkeit unterstützt. Der Veranstalter hält ständigen Kontakt zu allen Lehrbriefautoren, um eine aktuelle Gestaltung der Lehrbriefe zu garantieren,

Die Teilnehmer/innen werden auch in den Präsenzphasen durch den Veranstalter betreut, der in dieser Zeit als Ansprechpartner vor Ort,

Neue Beschäftigungsfelder und Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation -welche Entwicklungen zeichnen sich ab?

Prognosen zur sektoralen Entwicklung der Beschäftigung in Deutschland gehen davon aus, daß bis zum Jahre 2010 eine weitere Umstrukturierung der Erwerbstätigen in den tertiären Sektor erfolgen wird. Projektionen des Arbeitskräftebedarfs nach Tätigkeiten zeigen, daß die sogen. sekundären Dienstleistungstätigkeiten innerhalb des tertiären Sektors (z. B. Ausbilden, Informieren, Betreuen) bis 2010 die stärksten Zuwachsraten bei Beschäftigung erwarten lassen.¹ Das Gesundheits- und Sozialwesen gehörte seit den 70er Jahren zu den beschäftigungswirksamen Wachstumsfeldern. Derzeit befindet sich dieses Feld durch die Gesundheitsstrukturgesetzgebung und umfangreiche Kostensenkungsmaßnahmen im Umbruch.

Der Tätigkeitsbereich für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation² ist insbesondere ab 1997 durch eine Vielzahl gesetzlicher Veränderungen betroffen. Die Bedingungen für die Durchführung von Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen wurden eingeschränkt und die Versicherten haben erhebliche Eigenanteile an der Kur oder Rehabilitation aufzubringen. Bestimmungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG), des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG) und des 1. und 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung legen eine kürzere Kurdauer fest, größere Zeitabstände zwischen den Kuren, eine höhere Zuzahlung sowie die Möglichkeit der Anrechnung von Urlaubstagen für die Durchführung der Kur und Absenkung der Lohnfortzahlung um 20% während der Kur.³ Bei der Inanspruchnahme von Kuren sowie von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation waren tiefe Einschnitte zu verzeichnen, der Kreis der sozialversicherungsfinanzierten Klientel schrumpfte. Der Bundestag hat am 26.6.1997 auf Betreiben Bayerns und Baden-Württembergs ein Änderungsgesetz verabschiedet (Ergänzung des SGB V § 287b Abs. 2),⁴ das die im Vorjahr beschlossenen Einschränkungen bei Kuren ab 1998 wieder etwas lockert. Einsparungen im Kur- und Rehabilitationsbereich und in der Folge Belegungsrückgänge in den Kur- und Rehabilitationskliniken sind jedoch nach wie vor zu vollziehen, auch wenn im Geschäftsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung im 1. Quartal 1998 gegenüber dem Vorjahreszeitraum eine Zunahme bei Kuren und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu verzeichnen sind,

1. SCHNUR P. Sektoraler Entwicklung der Beschäftigung in Deutschland. In: ALEX L. TESSARING M. (Hrsg.) Neue Qualifizierungs- und Beschäftigungsfelder. Dokumentation des BIBB/IAB-Workshops am 13/14. November 1995. Bielefeld 1996. S. 37-53 sowie TESSARING M. Beschäftigungstendenzen nach Berufen, Tätigkeiten und Qualifikationen. In: ALEX L. TESSARING M. (Hrsg.) aaO. S. 54-57.
2. Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21.11.1986 in Ottawa die sogen. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet. In der Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert wird: Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. In: Europäische Gesellschaft für gesundheitsfördernde Schulen. Gesundheitsförderung in und mit Schulen. Bielefeld o.J.
3. BOSCHKE W. L. Auswirkungen des Sparpaketes der Bundesregierung auf den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation. In: Rehabilitation 36 (1997) Stuttgart/New York 1997. S. 12-15.
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) REHA INFONr. 3/1997 vom 4.7.1997. S. 6.

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Anträge auf medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation im Geschäftsbereich der Rentenversicherung, Tabelle 2 die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Kuren (Quelle: BMG-Pressemitteilung Nr. 82 vom 2.9.1998, S. 5). Aus beiden Tabellen wird deutlich, daß trotz der Zunahme bei Kuren und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im 1. Quartal 1998 das Niveau der Jahre 1995 und früher nicht mehr erreicht wird.

Auch im Bereich der Gesundheitsförderung gab es 1997 einschneidende gesetzliche Änderungen, Die durch die Sozialversicherung finanzierte Gesundheitsförderung entfiel durch die Änderung des Sozialgesetzbuches V, § 20 mit dem Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes zum 1.1.1997, Gesundheitsförderung im Sinne von Prävention wurde dadurch im wesentlichen in den Bereich der privaten Vorsorge verwiesen. Ab Juli 1997 können zwar die Krankenkassen auf Grundlage des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz) Gesundheitsförderung als Gestaltungsleistung in ihr Angebot aufnehmen.¹ Der Umfang dieses Angebots ist jedoch noch nicht absehbar. Auch für die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen sind in 1997 die gesetzlichen Grundlagen entfallen.²

Diese veränderten Rahmenbedingungen haben Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation der Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation gehabt. Dies wird exemplarisch an einer Beschäftigtengruppe, der Berufsgruppe 852 „Masseur/innen, Krankengymnasten/innen und verwandte Berufe“ thematisiert. Bis 1996 sind für diese Beschäftigtengruppe kontinuierliche Zuwächse an Beschäftigten bei einer unterdurchschnittlichen Arbeitslosenquote zu verzeichnen. In 1997 traten eine Stagnation bei der Beschäftigtenanzahl einerseits und ein starkes Ansteigen der Arbeitslosigkeit, insbesondere in den neuen Bundesländern, ein (vgl. Tabellen 3a bis 3c im Anhang).³

Zur Erklärung der steigenden Arbeitslosigkeit können die Reduzierungen im Kur- und Rehabilitationswesen angeführt werden, aber auch die starke Zunahme der Anzahl neu ausgebildeter Fachkräfte. Die Ausbildungsstellenknappheit der letzten Jahre im dualen System hat eine starke Zunahme der Schülerzahlen in den Schulen des Gesundheitswesens nach sich gezogen,⁴ Der Tabelle 4 im Anhang ist zu entnehmen, daß die Anzahl der Schulen und die Anzahl der Schüler/innen bei den Physiotherapeuten seit 1992 stark zugenommen hat, Mit dem seit dem 1. Juni 1994 geltendem neuen Masseur- und Physiotherapeutengesetz⁵ ist die Ausbildung zum „Nur-Masseur“ entfallen. Daraus erklärt sich der Rückgang der Anzahl von Schulen für die Ausbildung zum Masseur, Insgesamt stieg jedoch die Zahl der ausgebildeten Fachkräfte seit 1992 stark an. Das Beschäftigungssystem konnte erstmals 1997 die ausgebildeten Fachkräfte nicht mehr ausreichend aufnehmen, Neue Beschäftigungsfelder für die ausgebildeten Fachkräfte könnten sich entwickeln, da ein Bedarf an personenbezogenen Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation vorhanden ist, und auch zukünftig ist mit einem hohen Bedarf an personenbezogenen Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation zu rechnen ist, Die demographische Entwicklung und in der Folge die Zunahme des Anteils älterer Versicherter bei der gesetzlichen Rentenversicherung sowie insbesondere die

Tabelle 1:
Entwicklung der Anträge

Jahr	Anzahl der Anträge
1991	1.282.234
1992	1.336.163
1993	1.285.525
1994	1.330.236
1995	1.414.392
1996	1.233.091
1997	932.126
1. Quartal 1998	280.371

VDR-Statistik Rehabilitation 1993-97, 1/98

Tabelle 2:
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	Ausgaben in Mio. DM (in 1000 DM)	davon:	
		Heil- und Hilfsmittel ¹	Kuren (inkl. AHB)
1991	183,04	11,05	3,01
1992	210,50	13,03	3,43
1993	211,78	13,45	3,57
1994	234,23	15,31	4,30
1995	262,82	16,84	5,09
1996	272,63	18,44	5,27
1997	267,93	17,62	4,31
1. HJ 1997	132,92	8,48	1,98
1. HJ 1998	133,25	8,72	2,14

1 Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2.GKV-Neuordnungsgesetz) vom 23.6.1997. In: Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1997, Teil 1, S. 1520-1536

2 LENHARDT, U • Betriebliche Gesundheitsförderung unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Weinheim, 1997, Heft 3, S. 273-276

3 PARMENTIER, K, SCHADE, H.-J., SCHREYER, F. Berufe im Spiegel der Statistik. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit 1993 • 1997. In: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung BeitrAB 60, Nürnberg, 1998, S. 420

4 Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (Hrsg.). Berufsbildungsbericht 1998, Bonn, 1998, S. 70-71

5 KURTENBACH, H. Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Masseur und medizinische Bademeister (MB-APrV) sowie Physiotherapeuten (PhysTh-APrV), Stuttgart 1997

Tabelle 4:
Schulen und Schüler in Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens

Jahr	Krankengymnasten Physiotherapeuten		Masseur		Masseur und nied. Bademeister	
	Schulen	Schüler	Schulen	Schüler	Schulen	Schüler
1992	99	8.680	27	1.096	36	1.697
1993	116	10.361	34	1.354	37	1.506
1994	115	11.792	16	745	41	1.594
1995	126	13.381	15	662	35	1.782
1996	193	16.645	12	453	36	1.877

QUELLE: Berufsbildungsbericht 1994-1998

beschlossene Anhebung der Altersgrenzen begründen einen erhöhten Rehabilitationsbedarf¹ ebenso wie die Zunahme des Anteils von Älteren und chronisch Kranken an der Bevölkerung neue Zielgruppen für rehabilitative Angebote entstehen läßt. Das gestiegene Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung ist ein weiterer Faktor, der den Bedarf an gesundheitsförderlichen Dienstleistungen bestimmt.

Durch gegensätzliche Entwicklungen - gestiegener Bedarf an rehabilitativen Leistungen und an Angeboten zur Gesundheitsförderung einerseits, andererseits Einschränkungen des Bedarfs an gesundheitsförderlichen und rehabilitativen Angeboten durch die Spar- und Gesundheitsstrukturgesetzgebung in den 80er und 90er Jahren - wurde ein Strukturwandel in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation eingeleitet, der Auswirkungen auf die Beschäftigungschancen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der einschlä-

gigen Fachkräfte hat.

Nach Berechnungen des Deutschen Bäderverbandes sind in Folge der oben genannten geänderten Bestimmungen im Kur- und Rehabilitationswesen 240 Kurkliniken geschlossen und 30.000 Arbeitsplätze für Fachkräfte abgebaut worden.

Bei den freiberuflich tätigen Physiotherapeuten hat sich ebenfalls die Situation verändert. Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen von medizinischen Badebetrieben, Masseuren und Krankengymnasten haben seit 1995 - wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist - eine steigende Tendenz, wenn die Ausgabenentwicklung für das 4. Quartal 1997 hochgerechnet wird. Und auch im 1. Quartal 1998 sind im Geschäftsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung Zunahmen der Ausgaben für medizinische Badebetriebe, Masseur und Krankengymnasten zu verzeichnen.² Durch die gestiegene Anzahl der ausgebildeten Fachkräfte sind die Umsätze der therapeutischen Praxen jedoch rückläufig und die wirtschaftliche Situation spitzt sich zu.³

Rehabilitationskliniken und Praxen müssen schließen oder zur Sicherung ihres Fortbestandes mit entsprechenden Angeboten eine neue Klientel - die diese Dienstleistungen privat finanziert - gewinnen. Kurorte und Rehabilitationskliniken stellen deshalb ihre Konzepte um bzw. entwickeln neue Angebote (Pauschalangebote an Privatzahler mit besonderen Akzenten, wie Erlebniskur, Aktivkur, Lernen und Baden), um den Rückgang der Kurpatienten der Sozialversicherung durch Privatzahler auszugleichen.

Die physiotherapeutischen Praxen vor Ort müssen ihre Angebote ebenfalls erweitern und um Privatzahler oder um Betriebe als Kunden werben bzw. andere Geschäftsfelder akquirieren. So bieten vereinzelt bereits heute z.B. mobile Massagedienste im Rahmen der von Betrieben finanzierten betrieblichen Gesundheitsförderung ihre Dienstleistungen direkt am Arbeitsplatz an. Weitere Angebote in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind im Entstehen (so z.B. Beratung der Betriebe in Fragen der ergonomischen Ausgestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe). Präventive Gruppenangebote an Privatzahler (z.B. Wirbelsäulengymnastik) gewinnen als Tätigkeitsfeld an Bedeutung,

Vermutlich werden bei diesem die verschiedenen Tätigkeitsfelder betreffend Umstrukturierungsprozeß auch Fachkräfte freigesetzt,

Tabelle 5:
Ausgaben für Leistungen von med. Badebetrieben, Masseuren und Krankengymnasten

	Ausgaben in 1 000 - DM		
	1995	1996	1997*
Med. Badebetriebe	4.045.432	4.279.564	3.903.815
Masseur, Krankengymnasten	570.912	722.578	648.412
Summe	4.616.344	5.002.142	4.552.227

* Ergebnisse bis 1. Oktober 1997

QUELLE: BMA (Hrsg.): Bundesarbeitsblatt 6/1996, 1997, 1998

1 RULAND, F.: In Sorge um die Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Deutsche Rentenversicherung, 10-11/96, Frankfurt am Main, 1996, S. 625-632

2 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pressemitteilung Nr. 82 vom 2. September 1998, S.4

3 Vgl. Beitrag von BÖHLE, E.: Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation im vorliegenden Band

und müssen mit einem beruflichen Statuswechsel von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu freiberuflich Tätigen oder Honorarkräften rechnen. Des Weiteren werden sich voraussichtlich auch die Inhalte der Tätigkeit der Fachkräfte, z. B. der Physiotherapeuten, verändern. Neben dem Tätigkeitsfeld „Akuttherapie“ durften in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung die Bereiche „Prävention/Gesundheitstraining“ sowie „Rehabilitation“ an Bedeutung gewinnen. Die Bereiche „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsmanagement“ und „Gesundheitssport“ durften durch die privatfinanzierte Klientel an Bedeutung zunehmen.

Für die langfristige Schwerpunktverlagerung in den Bereich der „Rehabilitation“ sprechen die besonderen Strukturen des Sozialstaats in der Bundesrepublik. Der gesundheitspolitische Auftrag in der Bundesrepublik Deutschland beinhaltet im Unterschied zu anderen Ländern die Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation nicht erst bei einer vorliegenden Behinderung, sondern schon dann, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erheblich gefährdet ist (Rehabilitation vor Rente in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung) oder eine Pflegebedürftigkeit droht (Rehabilitation vor Pflege in Kostenträgerschaft der Krankenversicherung).¹ Das Ausmaß der konkreten Umsetzung dieser sozialpolitischen Leitlinien und Rechtsgrundsätze ist aber vom politischen Gestaltungswillen abhängig.

Für die thesenhaft prognostizierten Schwerpunktverlagerungen im Tätigkeitsfeld der Fachkräfte von der Akuttherapie in die Rehabilitation können folgende Argumente und empirische Belege angeführt werden:

Aufgrund von Veränderungen in der demographischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und der veränderten Rechtsgrundlage (z. B. die beschlossene Heraufsetzung des Rentenalters ab 2000²) wird davon ausgegangen, daß das Tätigkeitsfeld „Rehabilitation“ trotz der Einschränkungen im Bereich der stationären Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung neben dem bisher von den Fachkräften für Physiotherapie vorrangig wahrgenommenen Tätigkeitsfeld „Therapie“ quantitativ an Bedeutung gewinnen wird.

Die Rentenversicherungsträger als Kostenträger eines Teils der rehabilitativen Leistungen gehen von einem steigenden Rehabilitationsbedarf aufgrund der Alterszusammensetzung der Versicherten und der Heraufsetzung der Altersgrenzen aus. Die gesetzlichen Einschränkungen der Rehabilitationsleistungen (drei statt vier Wochen dauernde Rehabilitationsmaßnahmen, Vier- statt Drei-Jahresabstand zwischen den medizinischen Rehabilitationsleistungen, etc.) und die „Deckelung“ der Mittel einerseits sowie die gesetzliche Gleichstellung der ambulanten und stationären Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung (ab dem 1.1.1997 wurde im Recht der Rentenversicherung der Vorrang der stationären Rehabilitation im § 15 Abs. 2 SGB VI aufgehoben)³ durften zu einem Umstrukturierungsprozeß im Bereich der Rehabilitation führen. Es ist mit einer Zunahme der ambulanten und teilstationären Rehabilitation und einer Abnahme der stationären Angebote und einer regionalen Verschiebung zugunsten der städtischen rehabilitativen Angebote zu rechnen. In den meist ländlichen Regionen der Kurorte und Rehabilitationskliniken wurden Arbeitsplätze für Fachkräfte im Bereich der Kur und medizinischen Rehabilitation als Folge der gesetzlichen Änderungen

- 1 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn 1998. S. 210.
- 2 Ggf. wird dieser Beschluß durch die rot-grüne Regierung geändert.
- 3 JUNG K. Ambulante und stationäre Reha-Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse. In: Die Betriebskrankenkasse 9/97. Sonderdruck. S. 9.

und der Mittelbeschränkung bereits abgebaut. Inwieweit durch die neuen Angebote vor allem an Privatzahler im Kurwesen und neue Zielgruppen (z. B. Gesundheitsurlauber) ein weiterer Arbeitsplatzabbau für die in der medizinischen Rehabilitation und im Kurwesen tätigen Fachkräfte gestoppt oder gar rückgängig gemacht werden kann, ist noch offen (quantitativer Bedarf). Aufgrund der skizzierten Umstrukturierung (Abbau der Angebote und Betten in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung, neue Angebote an Privatzahler und Gesundheitstouristen etc.) ist aber mit einem qualitativ anderen Bedarf an Qualifikationen und Kompetenzen der Fachkräfte aus dem Bereich der Kur und stationären medizinischen Rehabilitation (Physiotherapeuten, Diätassistentinnen, etc.), in diesen Regionen zu rechnen.

Im Bereich der für die Fachkräfte aus dem Kurwesen und der Rehabilitation neuen Beschäftigungsfelder des Gesundheitstourismus und des Gesundheitssports müssen gesundheitsförderliche Angebote mit dem Bedürfnis der Klienten nach Spaß, Unterhaltung und Erholung in Einklang gebracht. Gruppenangebote bekommen im Verhältnis zur Einzelbehandlung ein größeres Gewicht. Folgende Weiterbildungsinhalte konnten sich für Fachkräfte aus dem Kurwesen und der stationären Rehabilitation als zweckmäßige Zusatzqualifikationen erweisen:

- Vermittlung von Grundsätzen der Erlebnis- und Freizeitpädagogik
 - Schulung der kommunikativen Fähigkeiten der Fachkräfte, um eine stärkere Kundenorientierung realisieren zu können
 - Arbeiten mit Gruppen, Präsentations- und Vortragstechniken, Steuerung von Gruppen, etc. Entsprechend der Zielgruppe (Privatzahler, die für den Gesundheitsurlaub und Gesundheitssport einen Teil ihres Jahresurlaubs oder der Freizeit generell verwenden) mußten diese Fähigkeiten und Techniken, die normalerweise für die Bewältigung der Anforderungen des Erwerbslebens zum Einsatz kommen, modifiziert werden
 - Für die privatzahlenden Kurgäste müssen die Angebote für die ältere und jüngere Klientel differenziert werden. Für die Privatzahler sind wegen der aktuellen Marktgangigkeit auch Angebote, die sich an alternativen Heilmethoden orientieren von Bedeutung. Es ist damit zu rechnen, daß auch klassisch ausgebildete Fachkräfte diese Behandlungsmethoden in ihr Angebot aufnehmen müssen, soweit diese nachgefragt werden.
- Vor allem in städtischen Regionen und Ballungszentren ist mit einer Zunahme von ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitationsangeboten sowohl in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung, vor allem aber in Kostenträgerschaft der Krankenversicherung zu rechnen. Durch vertragliche Abschlüsse der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der orthopädisch-traumatologischen und kardiologischen Rehabilitation ist bereits eine andere Versorgungsrealität geschaffen worden.

Nach Angaben des Verbandes der Allgemeinen Krankenkassen (VdAK) bestanden in 1998 mit ca. 260 ambulanten Zentren Verträge zur Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen. Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung der ambulanten Rehabilitationszentren befindet sich in der Abschlußphase. Die Zweckmäßigkeit dieser Angebote zeichnet sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt ab, so daß vieles für die Zunahme der ambulanten Angebote im Rehabilitationszentren spricht. Allerdings sind die erwarteten Kostenentlastungen

stungen im stationären Bereich durch die ambulanten Zentren nicht eingetreten

Insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation ist wegen der demographischen Entwicklung sowie der Morbiditätsentwicklung mit einer Zunahme von ambulanten Angeboten zu rechnen, da diese Form der Rehabilitation wegen der Wohnortnahe für die geriatrische Rehabilitation als besonders geeignet angesehen wird. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist bereits seit längerem im Bundessozialhilfegesetz, im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Unfallversicherung verankert. Nach dem Recht der Pflegeversicherung haben die Pflegekassen beim zuständigen Leistungsträger darauf hinzuwirken, daß frühzeitig alle Maßnahmen eingeleitet werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder nach deren Eintritt Leistungen zur Rehabilitation zu gewähren, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Bei der Umsetzung dieser Ansprüche gibt es noch Handlungsbedarf. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in 1995 eine Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation vorgelegt, die ein abgestuftes, aufeinander abgestimmtes und möglichst Wohnortnahe Versorgungssystem ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen definiert. Verschiedene Modelle ambulanter geriatrischer Rehabilitation werden zur Zeit erprobt. Dies gilt auch für die mobile ambulante geriatrische Rehabilitation (mobile Dienste sollen alten Menschen insbesondere die Inanspruchnahme krankengymnastischer und ergotherapeutischer Leistungen in ihrer häuslichen Umgebung ermöglichen).

Darüber hinaus zeichnet sich die Zunahme des rehabilitativen Angebots an Akutkrankenhäusern - eine z. B. in den USA stark verbreitete Form der nichtstationären Rehabilitation - auch in der Bundesrepublik ab. Akutkrankenhäuser sehen im Rehabilitationsbereich Entwicklungsmöglichkeiten und Ersatz für im Rahmen von Umstrukturierungen der Akutkrankenhäuser frei werdenden räumlichen und personellen Ressourcen. Es liegen erste Ergebnisse und Erfahrungen mit Modellprojekten zur sogenannten fachübergreifenden Rehabilitation an Akutkrankenhäusern vor.²

Auch für die physiotherapeutischen Praxen gewinnt die Rehabilitation, die Arbeit mit speziellen Zielgruppen, an Bedeutung. Nach § 43 SGB V werden ergänzende Leistungen zur Rehabilitation erbracht. Krankenkassen können Selbsthilfegruppen fördern, deren Mitglieder unter fachlicher Anleitung von Fachkräften am Funktionstraining teilnehmen.³ Des Weiteren werden von den Krankenkassen spezielle Rehabilitationsangebote wie „Rehabilitative Ruckschule“, „Kurse zur Schmerzbewältigung“ oder Ernährungsberatung für Patienten mit entsprechenden Beschwerden gefordert, die von einschlägigen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeuten, durchgeführt werden.⁴ Bei den ambulanten Rehabilitationsangeboten, soweit sie von niedergelassenen Fachärzten in Praxisgemeinschaft durchgeführt werden, finden z. B. Physiotherapeuten ebenfalls ein Betätigungsfeld in der Rehabilitation.

Das Tätigkeitsfeld „Rehabilitation/ambulante/teilstationäre oder fachübergreifende Rehabilitation“ stellt im Vergleich zum therapeutischen Arbeiten im Rahmen der Akutversorgung spezifische Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte. In der Ausbildung der Fachkräfte für Physiotherapie sind Prävention und Rehabilitation nur

1 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.)
Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation aaO S. 105 — 110

2 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.)
Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation aaO S. 107

3 Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (Hrsg.) Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 1994

4 Vgl. zB Techniker Krankenkasse (Hrsg.) Rehabilitation Hamburg 1998

mit einem sehr geringen Unterrichtsstunden Kontingent vorgehen und sollten deswegen in der Weiterbildung vertieft werden. Folgende Weiterbildungsinhalte konnten sich für bislang vorrangig therapeutisch tätige Fachkräfte als zweckmäßig erweisen, um rehabilitative Aufgaben wahrzunehmen:

- Förderung des Rehabilitationsverständnisses durch die Vermittlung von der bundesrepublikanischen Sozialgesetzgebung und den Rehabilitationskonzepten der Kostenträger zugrunde liegenden Rehabilitationsvorstellungen (in Anlehnung an das Behinderungskonzept der Weltgesundheitsorganisation)
- Förderung von Fähigkeiten zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam
- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Durchführung des allgemeinen und indikationsspezifischen Gesundheitstrainings
- Arbeiten mit Gruppen
- Qualitätssicherungsmaßnahmen und Berichterstattung an Kostenträger

Neben dem Bedeutungszuwachs der Rehabilitation im Tätigkeitsfeld der Beschäftigten der Berufsgruppe 852 „Masseur/innen, Krankengymnasten/innen und verwandte Berufe“ dürfte auch das präventive Arbeiten für diese Beschäftigtengruppe einen größeren Stellenwert bekommen. Zwar bestehen im Bereich der präventiven Arbeit – eine medizinische Indikation für die Anwendung von Heilmitteln liegt noch nicht vor – nach Änderung des § 20 SGB V keine gesetzlichen Ansprüche mehr auf eine Forderung durch die Sozialversicherung. Aufgrund des skizzierten Bedarfs (demographische Entwicklung, Zunahme der chronisch Erkrankten einerseits, gestiegene Ansprüche an Gesundheit und Wohlbefinden andererseits) ist davon auszugehen, daß es auch für eine privat finanzierte Gesundheitsförderung eine Nachfrage gibt. Bisher wird dieses Feld vor allem von kommerziellen Gesundheits- und Fitnesszentren mit einem Angebot an eine jüngere Klientel bedient. Für eine ältere Klientel, die aufgrund von z. B. einer sitzenden Tätigkeit, häufiger von durch den Bewegungsapparat bedingten Befindlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen betroffen ist, gibt es einen Bedarf an entsprechenden Angeboten zur Gesundheitsförderung, das von Fachkräften durchgeführt wird. Für die therapeutischen Praxen stellt sich die Aufgabe, für diese Klientel entsprechende Angebote zu entwickeln und „Kunden“ für diese Angebote (z. B. Ruckenschule für sitzende Tätigkeiten, Anleitung zu hauslichen Übungen vordem Hintergrund neuester Erkenntnisse aus der Trainingswissenschaft, Sportmedizin und Krankengymnastik mit dem Ziel eines gesunden „Krankmacheher-Übungen“ vermeidenden Gesundheitstrainings, Bewegungstherapie für übergewichtige Kinder oder Osteoporosegefährdete) zu gewinnen.

Im Vergleich zu kommerziellen Anbietern von Gesundheitsangeboten sind insbesondere für Gruppen von Kunden mittleren und höheren Alters von Fachkräften durchgeführte Angebote interessant.

Potentielle Kunden für die Angebote der therapeutischen Praxen sind auch Betriebe, die im Rahmen einer verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung ihren Belegschaften Angebote wie z. B. Ruckenschule, Training zur Muskelaktivierung bei Ruckenschmerzen oder Entspannungstechniken anbieten und als betriebliche Sozialleistung finanzieren. Von solchen Betrieben wird

davon ausgegangen, daß das Angebot an betrieblicher Gesundheitsförderung ein Qualitätsmerkmal des Betriebes sowie - im Zusammenhang von Lean- Production und Lean-Organisation - einen Wirtschaftsfaktor durch motivierte, leistungsfähige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen darstellt.¹ Die Anzahl von Betrieben mit solcher „Unternehmensphilosophie“ und der Bereitschaft, solche betrieblichen Sozialleistungen zu finanzieren, dürfte in Zukunft wachsen. Geht man davon aus, daß diese präventiven Angebote in der Zukunft für die wirtschaftliche Existenz der therapeutischen Praxen an Bedeutung gewinnen werden, so hat dies auch Auswirkungen auf die Qualifikationsanforderungen, Zu benennen sind:

- Ermittlung des potentiellen Bedarfs durch Gespräche mit Experten (Ärzten, Krankenkassen, Betrieben, Elternorganisationen, Verbänden)
- Planung und Entwicklung eines Angebots
- Werbung für das Angebot und Vermarktung
- Arbeiten mit Gruppen, Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens

Generell werden in Zeiten knapper Mittel erhöhte Anforderungen an die Effektivität und Effizienz von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen gestellt. Im § 125 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes wird eine Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen vorgesehen. Als Qualifikationsanforderung folgt hieraus, daß Konzepte der Qualitätskontrolle von personenbezogenen Dienstleistungen ein Inhalt der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte für Gesundheitsförderung und Rehabilitation werden sollten.

1 BOS, K., GROBEN, F.: Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Umfrage zum aktuellen Stellenwert und zu Perspektiven. In: Prävention, 1/1995, S. 2-5

ANHANG:

Tabelle 3a:

Beschäftigte und Arbeitslose der Berufsgruppe 852 - MasseureAinnen, Krankengymnasten/-innen und verwandte Berufe

	Bundesgebiet					West	Ost
Beschäftigte und Arbeitslose	1993	1994	1995	1996	1997	1997	1997
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	78.734	84.778	90.672	97.223	97.816	82.650	15.166
	100	108	115	123	124	119	160
Arbeitslose	8.025	6.864	6.545	6.580	11.382	8.792	2.600
	100	86	82	82	147	129	214
Arbeitslosenquote	9.2	7.5	6.7	6.3	10.4	9.6	14.6

Tabelle 3b:

Beschäftigte und Arbeitslose der Berufsgruppe 852 - MasseureAinnen, KrankengymnastenAinnen und verwandte Berufe

Beschäftigte und Arbeitslose	1993	1994	1995	1996	1997
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	69.229	73.467	77.686	82.652	82.650
	100	106	112	119	119
Arbeitslose	6.811	5.872	5.464	5.495	8.792
	100	86	80	81	129

Tabelle 3c:

Beschäftigte und Arbeitslose der Berufsgruppe 852 - MasseureAinnen, KrankengymnastenAinnen und verwandte Berufe

Beschäftigte und Arbeitslose	1993	1994	1995	1996	1997
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	9.505	11.311	12.986	14.571	15.166
	100	119	137	153	160
Arbeitslose	1.214	992	1.081	1.085	2.600
	100	82	89	89	214

Entwicklungstrends im Kur- und Bäderwesen - Konsequenzen für die Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte

1 Einführung

Es ist viel in Bewegung im Kur- und Bäderwesen. Mit wachsendem Wohlstand, einem Anstieg der sogenannten Zivilisationskrankheiten und zunehmender Freizeit wächst die Bereitschaft, sich mit dem eigenen Körper zu befassen. Das deutsche Gesundheitswesen ist einzigartig in der Welt, ist im Umbruch. Beispiele dafür sind die Auswirkungen der gesetzlichen Einsparungen (Gesundheitsstrukturreform) auf die Angebotsstrukturen und die Nachfrage, die entstehenden neuen Berufsbilder, wie z. B. Gesundheitsberater, Gesundheitsmanager und auch neue Studiengänge im Bereich der Gesundheitsförderung.

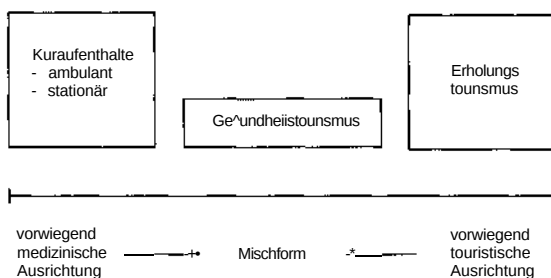
Diese gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflussen in starkem Maße die Marktsituation im Kur- und Bäderwesen. Nachfrageseitige Veränderungen machen eine Anpassung und eine Neuorientierung auf der Angebotsseite erforderlich.

Die große wirtschaftliche Bedeutung wird u. a. durch die Tatsache belegt, daß nahezu 40% der touristischen Übernachtungen der westlichen Bundesländer in den 264 Kurorten und Heilbädern Deutschlands zu verzeichnen sind¹. In den neuen Bundesländern entstanden viele neue Angebote. Insgesamt bietet der Gesundheitstourismus für die Zukunft interessante Entwicklungsmöglichkeiten. In der wissenschaftlichen Betrachtung ist ein Wandel der Begriffe Kur und (Erholungs-)Tourismus hin zum Gesundheitstourismus zu verzeichnen (Abbildung 1).

Zur Erläuterung der weiteren Betrachtungen sollen die Begriffe Gesundheit und Gesundheitstourismus definiert werden. Dabei wird ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt, welcher das geistige, soziale und körperliche Wohlbefinden beinhaltet. Gesundheitstourismus ist die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen zur Förderung, Stabilisierung und gegebenenfalls Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens unter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben, für die der Aufenthaltsort weder Wohn- noch Arbeitsort ist.²

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Vor dem Hintergrund dieser aktuellen Entwicklungen sollten verstärkt touristische Trends in die Betrachtungen einfließen. In den folgenden Ausführungen soll daher zunächst auf die aktuellen Entwicklungen auf der touristischen Seite eingegangen

Abbildung 1:
Entwicklungen im Kur- und Bäderwesen



¹ Vgl. DBVeV Jahresbericht 1996 Bonn 1997 S. 56

² KASPAR C. Gesundheitstourismus im Trend in KASPAR C. (Hrsg.) Jahrbuch der Schweizerischen Tourismuswirtschaft 1995/96 S. 56

werden, um sich anschließend die Trendentwicklungen im speziellen Bereich des Kur- und Bäderwesens anzusehen. Aus den sich abzeichnenden Trends werden dann allgemeine Rückschlüsse auf die spezifischen Qualifikationsanforderungen für Fachkräfte dieser Branche gezogen.

2 Megatrends/Deskriptoren im Tourismus

Im Tourismus gibt es eine Häufung von Zukunftsprognosen und Trendaussagen. Das Geschäft mit der Zukunft boomt - immer neue Trends und Gegentrends werden vorausgesagt. Da der Tourismus sehr komplex, ganzheitlich und vernetzt ist, ist eine Zukunftsbeurteilung in diesem Bereich jedoch unsicher und multipel.

Der Wunsch nach Vorhersage der Zukunft ist so alt wie die Menschheit selbst. Heute existieren unterschiedliche Ansätze, welche v. a. in drei Richtungen gehen:

- Trendforschung und positive Futurologie (eher allgemeine Trends),
- Zukunftsforschung als Zivilisationskritik (gesellschaftskritisch),
- Zukunftsforschung mit wissenschaftlichen Methoden (systematische/quantitative und kreative Verfahren).¹

Zu den letzteren Methoden gehört die Szenario-Methode, welche ausgehend von der Szenariofeld-Analyse, der Szenario-Prognostik und der Szenario-Bildung touristische Megatrends analysiert.²

im folgenden sollen kurz die wichtigsten touristischen Mega-Trends benannt werden, um diese dann anschließend modifiziert auf den Bereich des Kur- und Bäderwesens anzuwenden:³

Wirtschaftsentwicklung (Einkommen, Wohlstand)

Die Vorhersagen bewegen sich zwischen einem Anstieg der Reisetätigkeit und einer Stagnation in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage und Konjunktur,

Arbeitszeit, Freizeit, Wertewandel

Hier spielen Begriffe wie die touristische Freizeitgesellschaft „in der Fremde“, der Erlebnistrend, der „gespaltene touristische Konsument“ und das Freizeitverhalten „zu Hause“ eine Rolle,

Mobilität und Verkehr

Wird es eine mobile Freizeitgesellschaft oder einen „Verkehrsfarkt“ geben, oder entwickeln sich einzelne Verkehrsmittel bei Stagnation anderer fort?

Technik und Kommunikationswesen

In diesen Bereich fallen die Entwicklungen der weltweiten Informations- und Reservierungssysteme mit Video-Konferenzen, „Reisen“ im Internet und Virtual Reality,

1 Vgl. FREYER W.: Grundlagen der Zukunftsforschung im Tourismus, in: Freyer, W./Scherhag, K.: Zukunft des Tourismus, Dresden 1996, S. 20ff

2 Vgl. FREYER, W.: Zukunftsforschung und Visionen im Tourismus, in: Heilbad & Kurort 9-10/97, S. 258ff

3 Vgl. FREYER W.: Tourismus - Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie, 6. Aufl., München/Wien 1998, S. 429

Ressourcenentwicklung (Bevölkerung, Ökologie)

Dabei sind die wachsende Umweltonentierung, der Aufstand der 'Bereisten' und die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur (u. a. Zunahme der Zielgruppen Senioren und „Junge Alte“) zu berücksichtigen

Entwicklungen in der Tourismusindustrie

Hierunter sind vorwiegend Tendenzen der Globalisierung zu verstehen

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Urlauber anspruchsvoller und individueller werden, ihre Bedürfnisse schwieriger zufriedenzustellen sind und sie kurzer, öfter, intensiver verreisen wollen. Die Anbieter müssen zukünftig verstärkt auf diese spezifischen Bedürfnisse ihrer Zielgruppen eingehen.

Auf der Grundlage der kurzen Betrachtungen zu touristischen Trends soll im folgenden die spezifische Situation im Kur- und Baderwesen näher betrachtet werden.

3 Besondere Entwicklungstrends im Kur- und Bäderwesen

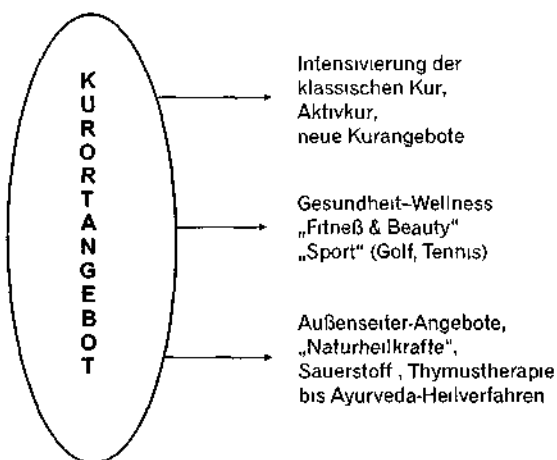
Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verändern sich, die 3. Stufe der Gesundheitsreform führte auf der Angebotsseite zu Klinikschließungen, Kurzarbeit, zu mehr gesundheitstouristischen Angeboten. Ebenfalls beeinflussen ein verändertes Gastverhalten und Dienstleistungsdefizite die Entwicklungen im Kur- und Baderwesen in Deutschland. Der Trend geht immer mehr in Richtung des Privatzahlers und zum Gesundheitstourismus.

Das Recht auf eine Kur ist einmalig in der Welt. Trotzdem muß eine Neuorientierung auf eine stärkere Verbindung von Kur und Tourismus abzielen. Auch eine stärkere Verbindung von Gesundheit Sport-Kultur Bildung im Sinne eines „*healthtamment*“^{1,2} ist denkbar und erforderlich. In der Literatur lassen sich verschiedene Alternativen einer zukünftigen Entwicklung im Kur- und Baderbereich finden, welche zwischen „Klinifizierung“ und „Jöunifizierung“ anzusiedeln. Stichworte dafür waren u. a.

- klinifiziertes Heilbad oder moderner Kurort 2000, Bleiles Vision vom „Kurorte Spagat“ klinifiziertes Heilbad oder moderner Kurort 2000
- klinifizierte Kur plus oder Gesundheitstourismus,
- Klinifizierung oder Tounifizierung,
- NRWs/Nahrstedts „postmoderne Gesundheitszentren und Tounifizierung“ Gesundheitszentren mit medizinischer Orientierung und allgemeiner Gesundheitsurlaub
- vom Kurort zum Urlaubsort,
- Trend vom Kurort weg und hin zum „integrativen Gesundheitsort“,
- Entwicklung zu regionalen oder globalen Gesundheitszentren,
- touristische Ausrichtung der Kur/Kurorte contra medizinische Orientierung der Kur/Kurorte,

Erkennbar sind dabei zwei Hauptrichtungen. Auf der einen Seite liegt die Betonung auf den medizinischen Aspekten der Kur (Klinifi-

Abbildung 2:
Neue Angebotstrends in Kurorten und Heilbädern



QUELLE: BLEILE, G. *Tourismusmarkte München 1995* S. 85

1 Vgl. NAHRSTEDT, W.: Der Kurort als regionales und internationales Gesundheitszentrum. Strategien zur Zielgruppenwerbung auf dem globalen Gesundheitsmarkt. In: Heilbad & Kurort 7/98 S. 159

zierung) und auf der anderen Seite stehen touristische Aspekte wie beim Gesundheitstourismus mit seinen vielfältigen Angeboten im Vordergrund. Zukünftig wird es ein verstärktes Nebeneinander und Ineinanderübergehen dieser beiden Richtungen geben, was sich aber hinsichtlich des Ausmaßes und der Gewichtung unterscheiden kann.

Folgende aktuelle Situation läßt sich feststellen: Die Gesamtnachfrage nach Kuren und Gesundheit stagniert. Das traditionelle Kurgastaufkommen ist noch größer, als das des Gesundheitsurlaubs. Das Fitneß-, Wellness Segment wird überschätzt. Gesundheitsreisen weisen eine wesentlich niedrigere Aufenthaltsdauer (meist Kurzurlaub) auf. Auch die Auslandsnachfrage nach Kuren in Deutschland wird zu optimistisch eingeschätzt.

In Anlehnung an die touristischen MegaTrends kristallisieren sich folgende modifizierte MegaTrends im Kur- und Baderwesen heraus:

Wirtschaftsentwicklung (Einkommen, Wohlstand, wirtschaftliches und touristisches Wachstum)

In den traditionellen Kur- und Baderorten ist eher ein Rückgang oder eine Stagnation im Bereich der klinischen und ambulanten Kur zu erwarten. Dem nichtmedizinischen Gesundheitstourismus werden eher Zuwächse prognostiziert und eine ansteigende Nachfrage ist schon zu verzeichnen. Die Nachfrage reagiert allgemein empfindlich, wobei sich konjunkturelle Schwankungen verstärkt auf den Sozialkurverkehr auswirken, was an den Rückgängen der Anträge in der letzten Zeit ersichtlich war und teils noch ist. Realistisch ist daher eine Weiterentwicklung auf bestimmten Teilmärkten mit langsamem Wachstum.

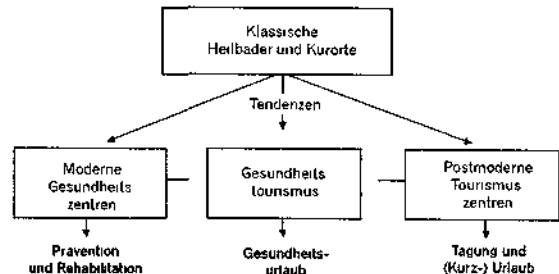
Arbeitszeit/Freizeit/Wertewandel

Gesundheit ist eine Voraussetzung für den Erlebniskonsum. Die Vorsorge wird zur Dienstleistungsaufgabe. Für den Kur- und Baderbereich sind folgende Schlagworte interessant: Individualismus und Hedonismus, Erlebnis- und Genußorientierung, wachsendes Gesundheits- und Umweltbewußtsein, Gasteanimation, Events, Selbstverwirklichung und soziale Kontakte, Aktivitäten im Urlaub, Angebote für Seele und Geist. Der Gast ist multidimensionaler, kritischer, anspruchsvoller und individueller. Es sollte eher in Richtung einer „Freizeit Kur“ orientiert werden.

Medizin/Technik/„New Public Health“

Auf der einen Seite konnte sich der Kur- und Baderbereich nach dem ganzheitlichen Ansatz weiterentwickeln, auf der anderen Seite konnte es auch weitere Rückgänge geben. Realistisch ist ein Nebeneinander von Kuren und Gesundheitstourismus zwischen der selbst finanzierten Pflicht der Bürger und dem Ziel der Krankheitsvermeidung. Weitere Schlagworte waren Zivilisationskrankheiten, „Virtuelle Kur“, asiatische Heilverfahren neben traditioneller westlicher Medizin, Naturheilverfahren, Wellness/Fitneß/Beauty, wohnortnahe Angebote, Bedeutung der ortsgebundenen Heilmittel nimmt ab, Prävention, Modell der Gesundheitsförderung. In Zukunft werden

Abbildung 3:
Synergieeffekte in Heilbädern und Kurorten



QUELLE: Gästebetreuung im Baderland NRW Bielefeld 1996, S. 17

touristische und medizinische Elemente schwieriger abgrenzbar sein

Ressourcenentwicklung (regionale Verteilung, Bevölkerung, Ökologie)

Dieser Bereich wird gekennzeichnet sein durch hohe Erwartungen der reisefreudigen Senioren, einen Milieuwechsel in eine gesunde Umgebung und den weiteren Quahtatsausbau des Baderwesens. Zu beachten sind dabei demographischer Wandel, „neue Alte“, im Jahr 2010 werden 40% der Bevölkerung in Deutschland über 50 Jahre alt sein (vermögender und anspruchsvoller), Anwachsen der Senioren und Jungsenioren, mehr Singles, Lebensverlängerung - Gesundheitsbewußtsein steigt, Verschiebung von der Nach- zur Vorsorge, von der Therapie zur Prävention, von der Kur zum Wellness Ansatz, hin zum Selbstzahler, Ökologie in den Prädikatisierungsvorschriften

Politik/Sozialgesetzgebung

Die Rückgänge der solidarisch finanzierten Binnennachfrage nach Kuren kann von den Kurorten teilweise durch den Abbau von Kapazitäten und die Hinwendung zu touristischen Angeboten ausgeglichen werden. Gibt es nach der 3. Stufe der Gesundheitsreform einen weiteren Rückzug des Staates, mehr Selbstverantwortung der Kurpatienten, eine Finanzierung der Kur durch „Selbstzahler“ der bisher solidarischen Finanzierung der medizinischen Leistungen mit zukünftig mehr Eigenbeteiligung und Eigeninitiative“?

Wirtschaftsfaktor „Kur“/Globalisierung

Der Trend im Tourismus geht in Richtung kürzere, öftere und intensivere Reisen. In Deutschland findet eher der Zweiturlaub und Themenurlaub als Kurzurlaub statt. Obwohl eine Verstärkung des Gesundheitsbewußtseins zu verzeichnen ist, nimmt die Ausgabebereitschaft für Kuren und Gesundheitsurlaub nicht in entsprechendem Ausmaß zu. Zudem verschärft sich der Wettbewerb in Europa und in Deutschland. Auch die Bedeutung der ortsgebundenen Heilmittel nimmt ab. Zwischen einer einerseits eher regionalen und andererseits globalen Ausrichtung müssen sich die Kurorte und Heilbäder Deutschlands neu definieren und weiter mit Kooperation und Vernetzung sowie mit spezifischen Angeboten profilieren. Ausländische Kurgäste konnten für einzelne Orte interessant werden. Es sind ein weiterer Wandel der Kurortstrukturen und Anpassungsprobleme der Kurhotellene zu erwarten.¹ Trotz der raschen Entwicklung im elektronischen Bereich ist der persönliche Kontakt die wichtigste Schnittstelle für die Erbringung der touristischen und kurortlichen Dienstleistung. Selektive Auswahl, Weiterbildung und Seminare, Workshops, Pflege der Unternehmenskultur, Quahtatsausbau und -Sicherung sind die wichtigsten Bereiche des Personalmanagements in diesem Bereich.

4 Konsequenzen für die Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte

„Gesunde Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource eines Unternehmens“ (Zitat von Dr. Kraemer, Daimler Benz). Für die Arbeitswelt 2010 zeichnen sich folgende allgemeine Tendenzen ab.²

Das Jahrhundert der Arbeitszeitverkürzung geht zu Ende und es wird eine neue Balance zwischen materieller und immaterieller Wertorientierung geben. Die Ansprüche an Qualität und Kreativität der Arbeit steigen und es gilt eigene Ideen zu verwirklichen. Auch die Brücken zwischen Berufs- und Privatleben stabilisieren sich. Arbeitnehmer müssen sich als „Unternehmer“ verstehen und die Arbeit muß Spaß machen (sinnvolle Arbeitsinhalte). Leistungsprämien und zusätzliche immaterielle Anreize werden erforderlich (lieber mehr Freiraum statt Freizeit).

Die Freizeit wird als Zweitberufszeit verstanden werden und es wird eine Zunahme der Teilzeitarbeit geben. Aus diesen Erkenntnissen heraus muß die Fachkraft der Zukunft im Kur- und Baderbereich Fähigkeiten für alle sechs vorhin beschriebenen Mega-Trends mitbringen. Sie/er muß

- Ökonom und Kur- bzw. Tourismusmanager (Wirtschaftsprognosen erstellen, Managementtechniken beherrschen, BWL, VWL und Tourismuskenntnisse haben),
- Trendanalytiker, Soziologe, Psychologe, Pädagoge, Sportler, Trendsetter, Entertainer (Werte, Gastorientierung, Dienstleistungswillen),
- Verkehrsexperte, „Mobilitätsberater“ (verkehrsberuhigte Zonen, Verkehrsverbünde),
- Ökologe und Ressourcenberater (Nicht- und Wiedernutzung),
- Techniker und Mediziner (moderne Kommunikationsmittel, neue Therapieverfahren),
- Globalist (Fremdsprachenkenntnisse, Konkurrenzmärkte kennen, globale Gäste) sein.³

Der Erfolg eines Unternehmens ist abhängig von der Qualität und der Motivation der Mitarbeiter, besonders in der Dienstleistungsbranche mit ihrem sehr engen Gastkontakt. Allgemein sind dabei fachliche (z. B. betriebs- und volkswirtschaftliche, touristische, medizinische, psychologische Kenntnisse, EDV Kenntnisse, Fremdsprachen) und persönliche Schlüsselqualifikationen (wie u. a. Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Entscheidungsfreude, Flexibilität, Initiative, Dienstleistungsbereitschaft, Belastbarkeit, Improvisationsfähigkeit usw.) sehr wichtig.⁴

Trotz der Entwicklungen im elektronischen Bereich ist der persönliche Kontakt die wichtigste Schnittstelle für die Erbringung einer touristischen Dienstleistung. Der Beruf des Fremdenverkehrsfachmannes ist erst in den letzten 50 Jahren fester umrissen worden. Eine besondere Bedeutung nimmt die Bereitschaft zur Einstellung auf Menschen und ihre Bedürfnisse im Kurort oder Heilbad ein. Weitere Aspekte sind die ganzheitliche Sichtweise dieses Bereiches und die interdisziplinäre Gestaltung und Betreuung, sowie die Prävention und Kooperation.

Dienstleistungen werden von Menschen bereitgestellt, ein guter Service kann nur von motivierten und qualifizierten Mitarbeitern geleistet werden. Mitarbeiter in direktem Kundenkontakt sind dabei ausschlaggebend für den Geschäftserfolg. Die Arbeitsverhältnisse,

1. Vgl. FREYER W. Zukunftsforschung und Visionen im Tourismus in: Heilbad & Kurort 9/10/97 S. 260ff.

2. Vgl. OPASCHOWSKI H. Deutschland 2010. BAT Hamburg 1997.

3. Vgl. FREYER W. Zukunftsforschung und Visionen in: Heilbad & Kurort 9/10/97 S. 256.

4. Vgl. NAGEL R. Human Resources Management in: Pompl W./Lieb M. Qualitätsmanagement im Tourismus. München 1997 S. 92ff.

der Arbeitsablauf die Motivation und auch die Bezahlung können entscheidende Faktoren dafür sein wenn Kunden mit den erbrachten Leistungen nicht zufrieden sind Solche Defizite sind durch Management und Marketing kaum auszugleichen

Wichtige Gesichtspunkte für die Qualifikationsanforderungen der Zukunft sollten des weiteren sein

- Eine ganzheitliche Sichtweise der Patientensituation (körperliches geistiges soziales Wohlbefinden)
- die interdisziplinäre Gestaltung des Betreuungsprozesses
- präventive Einflußnahme auf die Gesundheitsetziehung
- Kontinuität der Behandlung
- Zusammenarbeit
- übergreifende Fragen wie Prävention Gesundheitsförderung Medizin des Alterns Ethik der Medizin Gesundheitsökonomie
- Wellness und erlebnisorientierte Gesundheitsbildung usw

Die Nachfrage differenziert sich immer weiter die Gäste verfügen über eine größere Reiseerfahrung und stellen höhere qualitative Ansprüche moderne Technologien und neue Medien halten Einzug Lehnhalte müssen praxisnah (mehr Kundenorientierung) und ganzheitlich formuliert sein sowie eine breit angelegte Grundausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten bieten z B in den Bereichen Umweltschutz Gesundheitsvorsorge Betreuung spezieller Urlauberguppen wie Familien Behinderte Kulturinteressierte sowie Fremdsprachen und moderne Kommunikationssysteme

In der akademischen Ausbildung sollte eine ganzheitliche Ausrichtung sowie die Vermittlung von Kenntnissen über gesellschaftliche wirtschaftliche und ökologische Wirkungsabläufe dominieren Eine Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Privatzahler verbunden mit einer weiteren Qualitätssicherung und eines Qualitätsmanagements sind die Antworten auf den Strukturwandel im Kur und Baderbereich

Ebenso gilt es sich in den Qualifikationsanforderungen speziell auf die Arbeit in und mit Therapiegruppen auf alternative Behandlungsmethoden auf den Erlebnishunger der Gäste und eine Orientierung hin zum Gesundheitszentrum zu konzentrieren

Neben den schon benannten fachlichen Qualifikationen (z B betriebs und volkswirtschaftliche Kenntnisse Marketing Know how Personalführungsfähigkeiten allgemeine touristische Kenntnisse und spezielles Wissen im Kur und Baderbereich) sollten Kur und Tourismusfachleute zukünftig persönliche Anforderungen (z B Planungs und analytisches Denkvermögen Kreativität Idealismus Organisationstalent Kontaktfreude soziale Kompetenz Führungseigenschaften Organisationstalent psychologische und pädagogische Kenntnisse Flexibilität EDV und Medienwissen und Sprachkenntnisse) sowie Anforderungen physischer Art (z B Überstunden weniger Freizeit gesellschaftliche und dienstliche Verpflichtungen Zeit und Termindruck wechselnde Aufgaben politische Eingriffe und Kompetenzkonflikte) erfüllen

Als besondere Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung kristallisieren sich die verstärkte Berücksichtigung der Internationalität der touristischen Branche hinsichtlich fachspezifischer Anforderungen (Fremdsprachenkenntnisse) eine erhöhte Serviceorientierung im Bereich der persönlichen Dienstleistungen (Qualitätssicherung und -erhöhung) und die verbesserte Kooperation mit den eigenen Mitarbeitern und den Kur und Tourismusanbietern vor Ort heraus

Etwas überspitzt und ironisch läßt sich das zukunftsorientierte Berufsbild des Kur- und Tourismusexperten 2010 wie folgt beschreiben

- Vortrauer, Vorleser,
- Denkanstoßberater, Phantasieanreger, Mythenverkäufer, Geschichtenerzähler,
- Therapieberater, Fitneßtrainer, Reiseberater, Reisebegleiter,
- Zuhörer,
- Naturvermittler, Oko-Berater,
- Kinderhüter,
- Videoseelsorger, Computeranimateur, Fernsehprogrammanbieter,
- Schlaftrainer, Entkrampfungskünstler; Langeweiletherapeut,
- Streßvermittler,
- Wochenendplaner, Familienbetreuer;
- Hobbyberater¹

5 Ausblick

In Zusammenfassung der Ergebnisse der Betrachtungen zu den allgemeinen touristischen und speziellen Trends im Kur- und Baderwesen sowie den Überlegungen zu den Qualifikationsanforderungen stehen zukünftig Aspekte wie die Erstellung kurzfristiger Programme, die Qualitätsonentierung, Gesundheitserlebnisse und Gesundheitsförderung im Vordergrund, um in Anlehnung an den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff die Bereiche Sport/Fitneß (körperliches Wohlbefinden), Psychologie/Soziologie/Beauty für das seelische Wohlbefinden, Pädagogik/Gesundheitsberatung für das geistige Wohlbefinden, Lebensstilberatung, Diät und Ernährung zu berücksichtigen

Bedingt durch die politischen Restriktionen müssen verstärkt touristische Wege eingeschlagen werden. Es muß um ein Umdenken zu einem mehr an Selbstbeteiligung gehen - „selbst etwas für die Gesundheit tun“, denn Gesundheit ist einer der Megatrends der 90er Jahre

1 Vgl. OPASCHOWSKI H W: Wie leben wir nach dem Jahr 2000? Hamburg 1987

Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Die Entwicklung im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik erfordert heute von allen beteiligten Berufsgruppen eine Auseinandersetzung mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen und den sich daraus ergebenden Entwicklungen. Da zwischenzeitlich auch der Bundesminister für Gesundheit eingestanden hat, daß das deutsche Gesundheitswesen primär ein Einnahmen- und kein Ausgabenproblem hat, ist eine Analyse zu folgenden Kriterien notwendig, da die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen die angestammten beruflichen Tätigkeitsgebiete nachhaltig beeinflussen. Diese sind: gesetzliche Rahmenbedingungen, Entwicklungen, Berufsstand, Krankenversicherung, Rehabilitation.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Folgende gesetzliche Rahmenbedingungen werden Auswirkungen auf das Anforderungsprofil des Physiotherapeuten haben: Heilmittelbudget (Richtgrößen), Indikationskatalog (§ 92 SGB V), Rahmenempfehlungen (§ 125 SGB V).

Heilmittelbudget (Richtgrößen)

Die budgetierten Bedingungen, und hier die Einführung von Richtgrößen, werden die Möglichkeit der Verordnung physiotherapeutischer Leistungen durch den Vertragsarzt einschränken. Der einzelne Arzt in seiner Arztgruppe wird zukünftig eine wesentlich bessere Transparenz über das zur Verfügung stehende finanzielle Volumen besitzen und damit sein Ordnungsverhalten gezielter steuern können.

Indikationskatalog (§ 92 SGB V)

Die Verpflichtung des Gesetzgebers an den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen, Indikationen einzuführen, hat die klare Zielsetzung, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Dieser Katalog soll zu künftiger dem Arzt eine gezieltere Therapiesteuerung ermöglichen und festlegen, daß im Regelfall bei einer bestimmten Indikationsstellung ein Heilmittel des Regelfalls und ggf. zusätzlich noch eine ergänzende Maßnahme verordnet werden kann.

Rahmenempfehlungen (§ 125 SGB V)

Hier soll unter anderem die Verordnungsmenge geregelt werden, die zukünftig zur Anwendung kommen soll. All diese Maßnahmen haben eine Zielsetzung: Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und damit nach Möglichkeit Einsparpotentiale zu erschließen, mindestens aber die Ausgabenentwicklung zu bremsen.

Entwicklungen des Berufsstandes

Ausbildungskapazität

In den Jahren von 1990 (84 Schulen) bis 1998 (224 Schulen) hat sich die Ausbildungskapazität an Physiotherapieschulen in Deutschland um 164% erhöht. Damit wurde die Anzahl der Physiotherapeuten, die jährlich neu in den Beruf einsteigen, von ca. 2.500 im Jahr 1990 auf voraussichtlich 6.500 im Jahr 1998 erhöht,

Freie Niederlassung

Dies zeigt auch eindeutige Auswirkungen im Bereich der freien Niederlassung. Die Anzahl der niedergelassenen Physiotherapeuten hat sich z.B. in den alten Bundesländern vom Jahr 1990 (mit 6.895) bis zum Jahr 1998 (mit 15.197 freien Praxen) um 120% erhöht.

EU-Recht

Auch das EU-Recht mit dem Recht auf gegenseitige Anerkennung der Berufsabschlüsse und damit der freien Berufsausübung wird zukünftig Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt der Physiotherapeuten haben. Im Jahr 1997 wurden insgesamt 359 Zulassungen ausgesprochen. Im Jahr 1998 erwarten wir mehr als 500.

Krankenversicherung

Ausgabenanstieg

Die Entwicklung im Bereich der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für physiotherapeutische Leistungen hat sich in den Jahren von 1994 bis 1997 im Vergleich zu anderen Bereichen überproportional entwickelt. Dies hat gute Gründe und war gewollt. Aber auch innerhalb des Leistungsbereichs Physiotherapie gab es eindeutige Veränderungen. So wurde die eigenverantwortliche aktive Einbeziehung des Patienten in seinen Genesungsprozeß zunehmend gefordert. Dies führte zu einer Verlagerung bei den Leistungen, daß z.B. der Anteil der Massagepraxen und medizinischen Badebetriebe im Jahr 1994 bei den Heilmittelausgaben in den alten Bundesländern (ABL) bei 43% und in den neuen Bundesländern (NBL) bei 54% lag. Im Vergleich dazu lag der Anteil der Krankengymnastikpraxen in den ABL bei 45% und den NBL bei 42%. Dies hat sich zum 1. Halbjahr 1998 verändert, indem nun der Anteil der Massagepraxen und medizinischen Badebetriebe in den ABL bei 28% und den NBL bei 26% liegt und der Anteil der Krankengymna-

stikpraxen in den ABL 56% und in den NBL 63% an den Gesamtheit mittelausgaben betragt

Umsatzentwicklung

Dies hatte auch Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung für die Leistungen in den Praxen. Lagen die Ausgaben im Jahr 1994 bei DM 1,91 Mrd., erhöhten sie sich bis zum Jahr 1997 um 32,4% auf DM 2,53 Mrd. Diese Entwicklung hatte zur Folge, daß die freie Niederlassung bei der zunehmenden Zahl der Berufsangehörigen immer mehr zu einer gefragten Alternative wurde.

Rehabilitation

Beitragsentlastungsgesetz

Mit der Einführung dieses Gesetzes zum 01.01.1997 veränderte sich die Nachfrage nach stationären Rehabilitationsleistungen schlagartig. Dies blieb nicht ohne Folgen auf die Arbeitsplatzsituation in den Einrichtungen, wovon auch Physiotherapeuten betroffen waren und sind.

Schlußfolgerung

Das Anforderungsprofil an den Beruf des Physiotherapeuten befindet sich im Wandel. Bedingt durch die rapide Zunahme der Ausbildungskapazitäten und die damit erhöhte Anzahl der Berufseinsteiger, die jährlich auf den Arbeitsmarkt drängen, die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, der zunehmende Wettbewerb der niedergelassenen Physiotherapeuten durch den ungebremsen Anstieg bei den Zulassungen und die Einschränkungen bei den stationären Rehabilitationsmaßnahmen erfordern eine rechtzeitige Neuorientierung bezüglich der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten für die Physiotherapeuten.

Dabei ist das Tätigkeitsfeld in dem Bereich „Fitneß für Sondergruppen“ sowie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ein Gebiet, auf dem Physiotherapeuten ihre Fachkompetenz zum Einsatz bringen können. Dabei kommt es nicht darauf an, daß der Physiotherapeut zum Fitneßtrainer avanciert. Der Physiotherapeut soll auch niemals ein Konkurrent zu bestehenden Fitneßeinrichtungen wie Sportstudios, Fitneßcentern etc. werden. Seine Kompetenz liegt in der Betreuung von schadensbildbezogenen Sondergruppen, deren Funktionsdefizite verbessert werden sollen, um die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität zu erhöhen.

Welches sind nun die Qualifikationsanforderungen, die an den Physiotherapeuten in diesem Aufgabengebiet gestellt werden?

Folgende Ausbildungsinhalte dienen dazu als Grundlage

- Grundlagen Anatomie, Physiologie, Spezielle Pathologie, Psychologie/Pädagogik Prävention/Rehabilitation

- Spezielle Fächer Trainingslehre Bewegungslehre Bewegungserziehung Methodische Anwendung in den medizinischen Fachgebieten

Auf der Grundlage der Inhalte die der Physiotherapeut in seiner Ausbildung vermittelt erhält hat der Deutsche Verband für Physiotherapie im Rahmen der Prävention Fortbildungsangebote konzipiert Diese sind wie folgt

- Orthopädische Ruckenschule Knderruckenschule kindliche Entwicklung im 1. Lebensjahr Bewegen und Bewegtsein im Wasser Einführung in die Arbeitsplatzberatung Beckenbodenschule für Frauen und Männer Rückbildung nach Schwangerschaft und Geburt Körperarbeit für Frauen nach Brustoperation Atemschule

In Planung sind zur Zeit

- Stoffwechselstörungen (Diabetes adipositas Gefäßerkrankungen (arteriell/venos)

Diese Angebote sind in ihrer Struktur so konzipiert daß für alle Angebote ein pädagogisches Grundlagenseminar von 20 Unterrichtseinheiten (UE) vorgeschaltet ist Die einzelnen fachspezifischen Seminare für die jeweiligen Sondergruppen umfassen 15 bis 20 Unterrichtseinheiten Darüber hinaus hat der ZVK für folgende Krankheitsbilder Kooperationen mit Selbsthilfegruppen geschlossen in denen Physiotherapeuten für die Selbsthilfegruppen spezielle Gruppenbetreuung übernehmen

Dies gilt für folgende Selbsthilfegruppen

- Parkinson Osteoporose Bechterew Muskelerkrankungen Multiple Sklerose

Physiotherapeuten die im Rahmen dieses Betreuungsangebotes tätig werden wollen haben folgende Fortbildungsqualifikationen nachzuweisen

- Parkinson (41 UE) Osteoporose (30 UE) Bechterew (21 UE) Muskelerkrankungen (Einzelbetreuung) (22 UE) Multiple Sklerose (40 UE)

Die Fortbildungsangebote sind nach folgender Struktur konzipiert

- Inhalte Medizinische Theorie psychologische Aspekte in der Gruppenbetreuung interdisziplinäre Aspekte Befunderhebung in Gruppen Methodik/Didaktik der Gruppenbetreuung Praxis der Gruppenbetreuung Übungsprogramme zur selbständigen Durchführung ggf. Hilfsmittlempfehlung

Der ZVK hat ein weiteies Fortbildungsangebot entwickelt welches die Physiotherapeuten im sog. Physiotraining qualifiziert Um es noch einmal klar herauszustellen dies ist kein Fortbildungsangebot um den Physiotherapeuten zum Fitneßtrainer zu qualifizieren sondern ein Programm was eine Erweiterung und Vertiefung von Kenntnissen im Bereich Trainingslehre und Marketing Know how dient in der Betreuung von schadensbildbezogenen Sondergruppen Dieses Programm ist wie folgt gegliedert

Kursplanung

Teill

Management/Wirtschaftliche Aspekte/Organisatorisches (25 UE)

- Informationen zu den Fragen 'Was muß ich tun?', 'Wie muß ich es tun?' 'Wie rechnet es sich?'
- Allgemeine kaufmannische Grundlagen zu den Themenbereichen Standortwahl, Institutionsgröße, Investition, Finanzierung, Umsatzplanung, -Steigerung, Marketing, Personalplanung, Verkaufstraining, Controlling, Vertragsrecht, Mitarbeiter/Mitglieder, Steuerrecht

Teil II

Theoretische und praktische Grundlagen des Physiotrainings (25 UE)

- Sportmedizinische Grundlagen des präventiven Physiotrainings (5UE)
Training, Trainingsziele, Trainingsmittel, Trainingsmethoden, Trainingsinhalte, Trainingsprinzipien, Trainingssteuerung/planung, Trainingsadaption, Trainingsperiodisierung, motorische Grundeigenschaften, pädagogische/psychologische Prinzipien
- Trainingssteuerung in den Funktionsbereichen der motorischen Grundeigenschaften (Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit) (10 UE)
Physiotherapeutischer Eingangsscheck in der Prävention, Trainingsplanung Trainingsdurchführung, Belastungskontrolle, Trainingsdokumentation
- Praktische Trainingsorganisation, Gestaltung von Trainingsprogrammen und Kontrollmethoden in den Bereichen (10 UE)
Aufwärmen, Funktionsgymnastik, koordinatives Training, Reaktionsfähigkeit und Schnelligkeit Krafttraining, Ausdauertraining, Abwärmen, Entspannen

Teil III

- Zielgruppenspezifisches Programm des Physiotrainings (16 UE)
Organisation/Wiederholung (2 UE)
Adressenspezifisch (7 UE)
Kinder, Frauen, Senioren etc
Wirbelsäule/Extremitäten
Herz Kreislauf Sondergruppen - inkl Geräte und Kleingeräte - (7UE)

Wissen, erworben auf den Grundlagen der Ausbildung, reicht in dem sich immer schneller abzeichnenden Strukturwandel auch im Gesundheitswesen nicht mehr aus, um berufsbegleitend ein Leben lang eine ausreichende Qualifikationsanforderung darzustellen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, daß auch die Berufsverbände die berufliche Fort- und Weiterbildung in den Mittelpunkt ihrer Aufgaben stellen, um den veränderten Rahmenbedingungen in den Zeiten des Strukturwandels für die Berufsangehörigen gerecht zu werden. Notwendig ist aber auch die Erkenntnis jedes einzelnen

Berufsangehörigen, sich dieser Aufgabe zu stellen und dafür Sorge zu tragen, daß seine individuellen Angebote auch eine ausreichende Qualitätsgrundlage bieten,

Innovationen leben von Ideenreichtum und ständigem Bemühen nach Weiterentwicklung, Deshalb ist jede Berufsgruppe gefordert, im Rahmen ihrer Kompetenz dazu beizutragen, daß nicht ausschließliches Besitzstandsdenken und Besitzstandswahrung das Handeln bestimmen.

Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation aus freizeitwissenschaftlicher Sicht

1 Ausgangslage

Das neue Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie trat am 20.12.1994 in Kraft. Es löst das Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21. 12. 1958 ab (Bundesgesetzblatt Nr. 90 1994). Eine erneute Nivellierung des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie wird in absehbarer Zeit nicht erfolgen, Deswegen können viele Empfehlungen, die im folgenden ausgesprochen werden, nur auf Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abzielen. Dabei steht der Erwerb von Zusatzkompetenzen im Vordergrund, Eingeleitet wurden die Veränderungen im Gesundheitswesen durch umfassende Reformen in der Sozialgesetzgebung. Mit dem Kostendämpfungsgesetz (1980), dem Gesundheitsreformgesetz (1988) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) erfolgten große Umschichtungen von Geld und Gästestrukturen in den deutschen Kurorten (Nahrstedt 1997:149). Obwohl vom Gesetzgeber anders beabsichtigt, stieg die Zahl der stationären Kuren, Beabsichtigt war und ist es, die ambulante Kur vorrangig zu fördern (HIFF 1998 a).

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der den Krankenkassen Empfehlungen für Kur- und Rehamaßnahmen ausspricht, ist gehalten, die ambulante wohnortnahe Behandlung gegenüber der wohnortfernen zu empfehlen (MDK 1993:4), Der verschreibende Arzt wird ambulanten Behandlungsmaßnahmen den Vorrang geben (müssen) und somit im Umfeld seiner Praxis auf nachgeordnete medizinische Dienstleistungen verweisen, Dies hat zur Folge, daß sich die Arbeitsplätze der Physiotherapeuten und Masseure, wenn sie nicht schon in größerem Umfang weggefallen sind, räumlich verlagert werden.

Die Einsparmaßnahmen im Gesundheitswesen treffen Kurorte sowie die Kur- und Rehakliniken am härtesten. Über 250 Kliniken sind schon geschlossen, mehr als 30.000 Mitarbeiter wurden arbeitslos, Wurden 1992 noch 929.000 Anträge auf medizinische Rehaleistungen bewilligt, so verringerte sich diese Zahl bis 1997 auf 524.000.

Besonders betroffen ist dabei das allgemeine Antragsverfahren, also Rehabilitationsleistungen, denen kein akut-stationärer Klinikaufenthalt voranging, Hier gab es 1997 noch rund 120.000 Bewilligungen in den alten Bundesländern - das sind 54 Prozent weniger als in

1995 (DBV 1998a). Allein beim größten deutschen Rentenversicherungsträger, der BfA, sind 1997 nur 460.000 Anträge auf medizinische Rehaleistungen eingegangen - 180.000 Anträge weniger als noch 1995 (VdKB 1998). Nach Schätzungen des Deutschen Bäderverbandes können zur Zeit bundesweit 20.000 Betten nicht belegt werden.

Die sinkenden Zahlen der verordneten Heilmittel in den Kurorten belegen, daß im Bereich der verordneten Kuren nicht mit einer Verbesserung der Lage gerechnet werden darf. Die Zahl der verordneten Heilmittel nimmt stetig ab: 1994: 36.371 Mio.; 1995: 35.501 Mio., 1996: 31.91 Mio. (DBV 1997).

Die Gründe für den starken Rückgang bei Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sind vielschichtig:

- Eine Vielzahl von Zuzahlungs- und Beteiligungsmodellen führt zu Unsicherheiten bei Versicherten und Ärzten
- Aus der allgemeinen Wirtschafts- und Konjunkturlage resultiert die Sorge um einen Arbeitsplatzverlust
- Unübersichtliche Härtefallregelungen und die tarifvertragliche Differenzierung bei der Urlaubsanrechnung lassen potentielle Gäste zögern

Die enge Auslegung der Beurteilungsanleitungen bei der Bewilligung und der medizinisch erforderlichen Verlängerung von Vorsorge- und Rehabilitationskuren sowie führt zu erheblichen Antragsverweigerungen.

Einen Teil der potentiellen Beschäftigungsfelder für die Fachkräfte der Physiotherapie bilden Arbeitsgebiete und -felder, die nach wie vor aus den bestehenden strukturellen Bedingungen des Gesundheitswesens abgeleitet sind und damit der öffentlich organisierten Gesundheitsfürsorge zugeordnet sind,

Die innovativen Beschäftigungsfelder für Physiotherapeuten liegen zukünftig in den Bereichen der privat finanzierten Gesundheitsförderung. Damit treten die Fachkräfte der Physiotherapie in Konkurrenz zu anderen Beschäftigten,

Die qualifizierte Berufsausbildung der Fachkräfte der Physiotherapie verschafft diesen jedoch einen Wettbewerbsvorteil. Durch den Erwerb von Zusatzqualifikationen lassen sich die Chancen der Fachkräfte der Physiotherapie steigern, um im Arbeitsmarkt erfolgreich zu agieren. Das Hamburger Institut für Freizeit und Fortbildung bearbeitet seit 1992 im Auftrag von öffentlichen und privaten Einrichtungen und Trägern der Gesundheitsfürsorge sowie der Weiterbil-

Bestehende und zukünftige Beschäftigungsfelder für Fachkräfte der Physiotherapie im Kur- und Rehawesen

Bestehende Beschäftigungsfelder, meist in öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens	Zukünftige Beschäftigungsfelder, meist in privaten Einrichtungen der Gesundheitsförderung
• Therapeut in der kurativen Medizin in Krankenhäusern und Fachkliniken • Therapeut in der Rehabilitation in Rehakliniken, Kurkliniken und sportmedizinischen Einrichtungen • Therapeut in der Prävention in Kindergärten, Behindertenschulen	• Therapeut in der kurativen Medizin in Privatkliniken und Gesundheitshotels • Therapeut in der Rehabilitation in Gesundheitsparks und bei Vereinen und Veranstalten von Sportevents • Therapeut in der Prävention in Gesundheitsressorts (z.B. ab 1999 in Heiligendamm) und beim Gesundheitsurlaub
• Beratung und Betreuung in Gesundheitsbehörden • Selbständige Tätigkeit in eigener Praxis	• Beratung und Betreuung in Gesundheitszentren • Selbständige Tätigkeit in eigener Praxis in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten in Ärztehäusern und Ärztezentren • Beratung und Betreuung in Fitness-Studios und Wellness-Oasen • Gesundheitsbeauftragter in privaten Unternehmen

düng Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung mit einem starken Bezug zur freizeitorientierten Weiterbildung. Wir spüren, daß es zunehmend mehr Berührungspunkte zwischen der Medizin und der Freizeitwissenschaft gibt.

2 Die grundlegende Bedeutung des gesundheitsorientierten und des freizeitorientierten Lebensstils

Die grundlegende Bedeutung des gesundheitsorientierten und des freizeitorientierten Lebensstils für die Orientierungen des Individuums in der modernen Zeit verweist auf zukünftige Bedürfnisse spezieller Nutzungen im Gesundheitsbereich. Nicht nur für die Arbeit der Physiotherapeuten, sondern auch für andere medizinische Dienstleistungen resultieren daraus höhere Ansprüche an Service und Qualität (DAK 1996, HIFF 1996 und 1997a).

Gesundheitsorientierter Lebensstil

Lebensqualität umschreibt die Summe vieler Faktoren, die alle zusammen Lebensglück und Lebenszufriedenheit von Menschen bestimmen. Der wichtigste Bestimmungsfaktor für die persönliche Lebensqualität ist die Gesundheit (BAT 1993). Darüber hinaus ist der Gesundheitszustand auch für die Gesamtgesellschaft von großer Bedeutung. So werden in Deutschland etwa 10 Prozent des Bruttosozialproduktes für Gesundheitserhaltung und Krankheitsbekämpfung verwendet. Gesundheit wird als wichtigstes Lebensgut empfunden (BAT 1993).

Es gibt keine kurze, für alle gültige Bezeichnung von Gesundheit. Gesundheit ist nicht das Freisein von Beeinträchtigung und Noten, sondern die Kraft mit ihnen zu leben. Gesundheit ist ein mit sehr unterschiedlichen Inhalten ausgestatteter Begriff. Manche Beschreibungen betonen mehr den gesellschaftlichen Charakter, andere mehr den personalen oder medizinischen Charakter.

- Gesundheit wird sehr vielfältig gesehen (Squarra 1998)
- Gesundheit als das ersehnte Gegenteil von Krankheit
- Gesundheit als ein Zustand, der oft an statischen Normen fest gemacht wird
- Gesundheit als ein gut funktionierender Mensch, bei dem bei Bedarf Teile ausgewechselt und wie bei einer Maschine ersetzt werden können
- Gesundheit als ein Gut, für das nur Fachleute und Spezialisten zuständig sind
- Gesundheit kann verordnet werden und ist somit käuflich
- Gesundheit steht den Menschen von rechts wegen zu und Krankenkassen sowie Ärzte haben dafür zu sorgen
- Gesundheit hat man oder man hat sie nicht, sie ist also vom eigenen Tun unabhängig
- Gesundheit erlangt man nur durch anstrengenden Verzicht, viel Mühe und Aufwand

Bezüglich des Gesundheitsbegriffes vollzieht sich in unserer Gesellschaft derzeit ein Bewußtseinswandel. In Mitteleuropa ist es bisher typisch, bei dem Begriff Gesundheit eher an die Abwesenheit von Krankheit zu denken. Der Gesundheitsbegriff ist von unserem technischen Gesundheitswesen geprägt, das von seiner Akzentsetzung eher ein Krankheitswesen ist.

Mit einem erweiterten Gesundheitsbegriff läßt sich eine Brücke zu einem Verständnis von Gesundheit als Wellness und Lifestylekonzept schlagen. Über das rein medizinische Verständnis hinaus beeinflussen soziale Aspekte, wie z. B. Verkehr, Arbeit, Haushalt und Sexualität ebenso die Gesundheit, wie Risikoverhalten, Entscheidungsfreiheit und Individualität. Damit wandelt sich die Gesundheit zu Wellness, also „sich wohl fühlen“ im weiteren Sinne. Aufgrund der Durchdringung vieler Lebensbereiche wird Wellness ein öffentliches und politisches Thema. Als logische Konsequenz entwickelt sich Wellness zu einem Bestandteil des taglichen Lebens (HIFF 1998c, Gruner+Jahr 1997).

Manchmal entpuppen sich Trends als alte Inhalte mit neuen Etiketten, manchmal als intelligente Mutationen. Der traditionelle Gesundheitsurlaub ist in die Krise geraten. Er siecht dahin, aber er erlebt gleichzeitig in neuer Gestalt eine fröhliche Wiederauferstehung. Die klassische Badekur zwar ist unbeliebt geworden. Umso mehr jedoch nutzen wir ein Angebot, daß sich Wellness nennt. Der Unterschied ist profund und psychologisch. Wer zur Kur geht, gilt als kränkelnd oder gar als krank. Wer Wellness bucht, steht im Verdacht, kerngesund zu sein, er will fit bleiben und sich dabei wohl fühlen. Und er ist bereit, dafür ganz tief in die Tasche zu greifen (Ihlau 1998).

Durch die Gesundheitsreform verringerte sich die Zahl der bislang öffentlich subventionierten Präventionsangebote dramatisch. Für das Gesundheitswesen in Deutschland ist absehbar, daß zunehmend Angebote von privaten Dienstleistern den vorhandenen und zukünftigen Bedarf an ganzheitlichen Präventionsmaßnahmen abdecken werden. Hat dies zur Folge, daß die Steigerung der Eigenverantwortung des Individuums der einzig wirksame Ansatz für eine Neuorientierung im Gesundheitswesen wird? Wir glauben dies nicht. Das Prinzip Subsidiarität wird mit der Propagierung von Selbsthilfe und Eigenverantwortung immer starker für rigorose Sparprogramme funktionalisiert. Der Umbau öffentlich garantierter Leistungen unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung führt zu einem spürbaren Versorgungsabbau (Schmacke 1996).

Der freizeitorientierte Lebensstil

Nach dem 2. Weltkrieg stand die Sicherung der materiellen Grundbedürfnisse der Menschen im Vordergrund und es wurde für den eigenen Lebensunterhalt gearbeitet. Wirtschaft und Produktion waren darauf angelegt, in erster Linie materielle Bedürfnisse zu befriedigen. Seit den 80er Jahren verändern sich in Zeiten von Wohlstand und auch Überfluß die menschlichen Bedürfnisse. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung erwartet jetzt psychologische „Extras“ in Form von Freizeiterlebnissen (BAT 1994).

Mit der Verheißung einer künftigen „Freizeitgesellschaft“ in der die Menschen ihr Leben zwischen Wohlstand und Überfluß unbeschwert genießen sollen, ist auch die Vorstellung einer schonen neuen Freizeitwelt verbunden. Was ist aus dieser Zukunftshoffnung geworden?

Noch nie hat es eine Generation gegeben, die mit so viel Zeit und Geld, Bildung und Wohlstand aufgewachsen ist. Im Zuge des Wertewandels zeichnet sich eine neue Balance materieller und immaterieller Wertorientierungen ab. Man möchte schon regelmäßige Arbeit und ein gesichertes Einkommen haben, aber andererseits

auch nicht auf die Zeit zum Leben und die Freude am Leben verzichten. Für über zwei Drittel der Bevölkerung stellt die Freizeit einen unverzichtbaren Teil der Lebensqualität dar. Das persönliche Wohlbefinden und das Wohlfühlen in der Freizeit gehören für sie zusammen (BAT 1993).

In gleichem Maße, wie in den letzten Jahren der Berufsethos im Leben vieler Menschen an Prägekraft verloren hat, ist die Abhängigkeit vom Freizeitkonsum größer geworden. Manche haben den Konsum von Statussymbolen fast zur wichtigsten Beschäftigung gemacht. Subjektives Wohlbefinden als persönliche Qualität in der Freizeit wird durch die Hauptmerkmale Selbständigkeit, Spaß, Selbstentfaltung, Sinn, Zeit und Muße beeinflusst und bestimmt. Erst die Summe dieser Merkmale wird zum Spiegelbild von Freizeitqualität (BAT 1993).

3 Trends im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitswesen

Leistungen des Gesundheitswesens werden zunehmend privat finanziert werden müssen

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, die sich jetzt schon abzeichnen, zeigen, daß dem Patienten immer mehr Kosten aufgebürdet werden, wenn er präventiv oder akut etwas für seine Gesundheit tun will oder muß.

Der Bereich der wohnortfernen Kur und Rehabilitation wird unter Nutzung ortsbezogener Heilmittel erheblich eingeschränkt

Daraus folgt, daß in Zukunft mehr ortsbezogene Potentiale ausgeschöpft werden sollen. Dies führt aber auch dazu, daß sich Arbeitsplätze verlagern werden - weg vom Kurort und hin zum Wohnort der Patienten.

Qualitätssicherung wird zum Schlüsselbegriff für eine gesicherte Zukunft im Gesundheitswesen

Zertifizierungen von Kurorten, Beherbergungsbetrieben und medizinischen Dienstleistungen werden in Zukunft unverzichtbare Orientierungen für den Patienten sein (VdKB 1998). Der mündig werdende Patient beginnt, sich intensiv mit der Güte der Dienstleistung auseinanderzusetzen.

Die Wahl einer Klinik oder einer Praxis wird dann von mehreren Faktoren beeinflusst werden. Neben der medizinischen Kompetenz zur Heilung oder Linderung eines bestimmten Leidens werden auch begleitende Maßnahmen abgefordert werden. Informationen über den Behandlungsverlauf, Empfehlungen für die Zeit nach der Behandlung und Hilfen im Umgang mit der Krankheit werden ebenso eingefordert wie transparente Abläufe. Dazu kommen Ansprüche an den Service, das Ambiente und an eine sinnvolle **Zeitgestaltung** während des Aufenthaltes.

Nur wenn ein Anbieter eine hohe medizinische Kompetenz nachweisen kann, wird ihm die Kompetenz für die Gesundheit auch in Zukunft zugesprochen werden (HIFF 1996).

Gesundheitsurlaub wird immer beliebter

Knapp 23 Prozent der Deutschen planen für den Zeitraum 1995 bis 1997 einen Gesundheitsurlaub. Daraus ergibt sich bezogen auf die Gesamtbevölkerung ein Potential von 14 Millionen Gesundheitsurlaubern (FÜR 1996). Oberstes Gebot bei der Zusammenstellung eines Gesundheitsurlaubes sind Individualität und Wahlfreiheit. Die wichtigsten Bestandteile eines Gesundheitsurlaubes sind

- ärztliche Untersuchung und Betreuung (51 Prozent),
- Informationen zu Gesundheit und Anleitung zu Stressbewältigung (34 Prozent)
- Anleitung zu gesundheitsorientiertem Leben (24 Prozent),
- Sport, Fitness, Lebenslust (24 Prozent)

Für potentielle Gesundheitsurlauber spielen vor allem aktivitätsbezogene Bedürfnisse eine große Rolle, verbunden mit einer stärkeren Freizeit und Erlebnisorientierung (Grüner + Jahr 1997 und 1998)

Zunehmend variable Zeitmuster in unserer Gesellschaft bedingen eine veränderte Zeitgestaltung für den Patienten in der Klinik und am Kurort

Konsequent umgesetzt ergeben sich sowohl finanzielle Bewegungs Spielräume als auch deutlich patientenorientierte Handlungsweisen. Die Umstrukturierung von Zeitabläufen wird zur zukünftigen Herausforderung für das Gesundheitsmanagement.

Freizeitsport nimmt zu

Der Sport individualisiert sich zusehends und sprengt traditionelle Disziplinengrenzen. Freizeitsport heute hat mehr mit Spaß als mit Pflicht, mehr mit Freiwilligkeit als mit Zwang, zu tun. Freizeitsport ist idealerweise Erlebnissport. Die wichtigsten Motive für das Sport treiben sind neben dem Spaß Gesundheit, Fitness, Stressabbau und Wohlfühlen (BAT 1996).

Die zukünftigen Berufschancen für Physiotherapeuten hegen im kooperativen Miteinander der im Freizeitsport Tätigen. Folgerichtig fand am 6. 12. 1997 in Bad Cannstatt das erste interdisziplinäre Symposium für Ärzte, Physiotherapeuten, Masseure, Sportlehrer, Fitnesstrainer und Aerobicinstructoren zum Thema „Fitness, Gymnastik, Krafttraining, Prävention und Rehabilitation“ unter der Leitung von Prof. Steinbrück von der Sportklinik Stuttgart statt ((Krankengymnast 3/98: 507).

Wellness-Angebote erobern den Markt

Neue Konzepte von Privatkliniken und Hotels haben sich die Versäumnisse der Kurorte und Heilbäder zu Nutzen gemacht. Von der Ausstattung eigentlich unterlegen, konnten einige Häuser flexibel reagieren und den Wellness-Trend nutzen. Im Vordergrund der Angebote stehen die Kombination von Ernährung, Stressbewältigung und balneologischen Anwendungen mit sportiven Betätigungen, die vom schlichten Wandern bis zum exklusiven Golfen reichen können (HIFF 1998c).

Diese Spezialisierung der Produktstruktur wird auch in Zukunft das Qualitätsmerkmal privater Einrichtungen bleiben. Flexible Gestaltung der Angebote und marketinggerechte Konzepte sind die großen Pluspunkte dieser Institutionen, die ihnen ein hohes Zukunftspotential garantieren. Da man bei der derzeit herrschenden Erlebnis- und Abenteuerorientierung der Bevölkerung von einer positiven Annahme dieses Konzeptes ausgehen kann, ist hier mit einer verstärkten Nachfrage von medizinischem Fachpersonal zu rechnen.

Gesundheitsbeauftragte in Betrieben und Unternehmen gewinnen an Bedeutung

Unter dem Stichwort „Corporate Fitness“ ist eine aus den USA kommende Bewegung in den deutschen Unternehmen spürbar: Gesundheitsfürsorge als Unternehmensverantwortung. Mehrere große und mittelgroße Unternehmen investieren hohe Summen in die Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter. Die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge werden aktuell weitgehend von Beratern durchgeführt. Die Anstellung eigener Fachleute für diesen Bereich zeichnet sich jedoch schon jetzt ab (Junkers 1995, Kühn 1993).

Hierbei wird deutlich, daß für Mitarbeiter mit medizinischen Fachkenntnissen neben der eigentlichen Therapie Beratungskompetenzen das neue Anforderungsprofil im Beruf ergänzen,

Selbständige Tätigkeit nimmt zu

Zunehmend werden festangestellte Mitarbeiter in Kur- und Rehabetrieben freigesetzt und als freie Mitarbeiter beschäftigt. Damit werden weniger Physiotherapeuten im Angestelltenverhältnis beschäftigt sein, Basis für bedarfsorientierte Angebote ist die Selbständigkeit. In Zukunft wird sich der Trend zur selbständigen Tätigkeit bei den Physiotherapeuten verstärken,

Zur Gewährleistung der ausreichenden Versorgung wohnortnaher ambulanter Therapien wird die Zahl der eigenen Praxen von Physiotherapeuten zunehmen, Gleichzeitig besteht ein Bedarf an Neuregelung der Zugangsberechtigung zu den Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten.

In allen Dienstleistungsbereichen entwickelt sich der Markt vom Käufer- zum Verkäufermarkt, Die Dienstleister müssen mit ihren Angeboten zum Kunden kommen. Versicherungen machen Mailings, die Kirche geht zum Gläubigen und sich nicht mehr auf die Gottesdienstbesucher und auch medizinische Dienstleistungen werden vor der eigenen Haustür erwartet,

Mittlerweile gibt es Physiotherapeuten, die zu den Unternehmen ins Haus kommen, um z.B. Rückenschule am Arbeitsplatz durchzuführen. Das fachliche Wissen der Physiotherapeuten wird zunehmend von Organisationen nachgefragt, die bislang keine nennenswerten Bezüge zur Physiotherapie haben (Zentrum für Sozialpolitik 1993).

4 Zukünftige Anforderungen an die Fachkräfte für Physiotherapie und an Beschäftigte im Kur- und Rehabereich

Der Beruf des Physiotherapeuten entwickelt sich ständig weiter. Sowohl die Fortschritte der modernen Medizin als auch Forschungsergebnisse aus Grundlagenwissenschaften sowie die sich in diesem Rahmen verändernden physiotherapeutischen Arbeitsgrundlagen erfordern die Bereitschaft zur ständigen Fort- und Weiterbildung (Physiotherapie 1994: 8).

Eine nicht repräsentative Analyse der Fort- und Weiterbildungsangebote in der Zeitschrift „Krankengymnastik 3/98“ zeigt, daß 90 Prozent der Angebote fachspezifisch sind. Lediglich zwei Veranstaltungen zu Teamarbeit und Streßabbau verweisen auf die Bedeutung des Erwerbs von Zusatzkompetenzen als künftige Anforderungen an die Fachkräfte für Physiotherapie.

Allgemeine Beratungskompetenz und sozialmedizinische Grundkenntnisse

Ein besonderes Merkmal der Physiotherapie ist der persönliche Kontakt zwischen Patient und Physiotherapeut während der Behandlung. Dabei sind nicht nur das theoretische Fachwissen und das praktische Können der Physiotherapeuten entscheidend für den Erfolg. Ausschlaggebend ist auch die Fähigkeit, die aktive Mitarbeit der Patienten zu gewinnen, ihre Eigenverantwortlichkeit anzuregen und zu erhalten.

Kenntnisse und Erfahrungen in der Teamarbeit

Kenntnisse und Erfahrungen in der Teamarbeit und Konfliktlösungsstrategien werden zunehmend gefordert sein. Zukünftige Fortbildungsangebote sollten diese Kompetenzen fördern.

Differenzierte Zielgruppenansprache

Der überwiegende Anteil derer, die freiwillig an Gesundheitskursen teilnehmen, sind Frauen. Einerseits leitet sich aus dieser Tatsache ab, zielgruppenspezifische Anspracheformen zu entwickeln. Andererseits müssen auch Überlegungen angestellt werden, wie Männer zu einer größeren Bereitschaft zur Teilnahme angeregt werden können.

Kooperationsfähigkeit

Kooperationsfähigkeit und Teamfähigkeit werden Schlüsselkompetenzen der Zukunft sein, um privat organisierte gesundheitsorientierte Angebote mit Freizeitcharakter marktgerecht durchführen zu können.

Betriebswirtschaftliches Wissen

Betriebswirtschaftliches Wissen und die Kenntnis um die Grundlagen der Existenzgründung werden unverzichtbare Voraussetzungen für ein Verbleiben im Arbeitsmarkt sein. In Zukunft wird sich der Trend zur selbständigen Tätigkeit bei den Physiotherapeuten verstärken. Wege zur Existenzgründung müssen aufgezeigt werden. Betriebswirtschaftliches Wissen, Rechtsaspekte im Gesundheitswesen und zur selbständigen Tätigkeit, EDV-Kenntnisse sowie Grundlagen des Marketings müssen in Zukunft beherrscht werden.

Freizeitpädagogische Zusatzkompetenzen

Mitarbeiter aus dem Klinik und Rehabereich brauchen in Zukunft freizeitpädagogische und freizeittherapeutische Zusatzkenntnisse. Das Wissen um Bedürfnisse und Entwicklungen im Freizeitbereich wird unverzichtbar sein. Dabei kommt der Animation als pädagogischem Schlüsselbegriff im Freizeitbereich eine wichtige Bedeutung zu (HIFF 1996 und 1997, Rumenap 1997).

Das Hamburger Institut für Freizeit und Fortbildung hat bereits vor sieben Jahren arbeitslose Hochschulabsolventen zu Freizeitpädagogen fortgebildet. 80 Prozent der Teilnehmer hatten im Freizeitbereich eine Anstellung gefunden (HIFF 1992).

Im August 1998 endete in Nürnberg der theoretische Teil der Fortbildungsmaßnahme „Arzt im Tourismus“ (HIFF 1998 b). Auch hier deuten sich schon jetzt Stellenangebote in Kurorten und bei medizinischen Reiseveranstaltern für die Zeit nach dem Praktikum an. Diese Erfahrungen zeigen, daß freizeitpädagogische Zusatzqualifikationen die Berufschancen für Physiotherapeuten in der Freizeit- und Erlebnisgesellschaft erhöhen. Damit können sie der Nachfrage nach fachmannischer Anleitung von bewegungsintensiven Freizeitaktivitäten, die der Gesundheitserhaltung und -förderung dienen, nachkommen.

Literaturnachweis

- B AT Freizeitforschungsinstitut (Hrsg.) Die Zukunft des Sports. Zwischen Inszenierung und Vermarktung. Repräsentative Studie. Hamburg 1996.
- Dass, Schöne neue Freizeitwelt? Wege zur Neuorientierung. Projektstudie. Hamburg 1994.
- Dass, Freizeit und Lebensqualität. Perspektiven für Deutschland. Repräsentative Studie. Hamburg 1993.
- Bundesgesetzblatt Nr 90. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vom 20.12.1994. Bonn 1994.
- DAK (Hrsg.) Der DAK Krankenhausratgeber. Hamburg 1996.
- Dehmer S. Die Kur als Marktprodukt - Angebotsprofilierung und Markenbildung im Kurwesen. Dresden 1996.
- Deutscher Bäderverband e.V. Jahresbericht 1995 und 1996. Bonn 1996 und 1997.
- Forschungsgemeinschaft Urlaub+Reisen. Repräsentative Untersuchung zur Erfassung und Beschreibung des Urlaubsreiseverhaltens der Deutschen im Jahr 1995. Hamburg 1996.
- Grüner + Jahr. Reiseabsichtsanalyse 1998. Grüner + Jahr Verlag. Hamburg 1998.
- Hamburger Institut für Freizeit und Fortbildung. Ergebnisse der Begleitforschung zur Umschulungsmaßnahme „Arzt im Tourismus“ am Bildungsinstitut VIA in Nürnberg. Nürnberg/Hamburg 1998.
- Dass, Ergebnisse des Forschungsprojekts von der Universität Bielefeld über neue Vertriebswege im Gesundheitstourismus. Hamburg/Bielefeld 1998.
- Dass, Konzept zur freizeitorientierten Gestaltung von zeitlichen Abläufen im Neubau der neurochirurgischen Klinik. Prof. in Hannover. Hannover/Hamburg 1997.
- Dass, Konzeption der empirischen Untersuchung über die Lindern von psychosomatischen Störungen mittels Freizeitverhaltens. Hamburg 1997.

- Dass Ergebnisse der Abschlußbesprechung der Mitarbeiterfortbildung an der Privat Nerven Klinik, Dr Fontheim Bedeutung und Notwendigkeit der Integration freizeitorientierter Maßnahmen in den Behandlungsverlauf Hamburg/Liebenburg 1997
- Dass Gutachten zum freizeitorientierten Angebot für Patienten im Erweiterungsbau der EURO MED CLINIC in Furth Furth/Hamburg 1996
- Dass Abschlußbericht der Umschulungsmaßnahme „Fortbildung zum Freizeitpädagogen“, am bfw Bremen von 1990 und 1991 Bremen/Hamburg 1992
- Ihlau, G Trends im Tourismus und konsequente Kundenorientierung im Mittelpunkt neuer Dienstleistung Manuskript der Rede vom 17.9.1998 auf der 23. Jahrestagung der in Dresden
- Junkers, J Die Verbesserung des gesundheitsfördernden Verhaltens von Fach- und Führungskräften durch ganzheitliche Prävention Köln 1995
- Kuhn, H Healthismus Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA Berlin 1993
- MDK - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung Begutachtungsanleitung Kuren Essen 1993
- Nahrstedt, W Gesundheitstourismus in Europa Neue Herausforderung für Heilbäder und Kurorte in Deutschland, in Heilbad&Kurort Jg 49, Heft 6/97 S 148-152, Bonn 1997
- Opaschowski, H W Einführung in die Freizeitwissenschaft 2. Auflage, Hamburg 1996 a
- Ders Freizeitökonomie Marketing von Erlebniswelten Hamburg 1996 b
- Physiotherapie - Deutscher Verband für Physiotherapie Ein Beruf mit Zukunft Physiotherapeut Köln 1994
- Rumenap K Freizeitangebote und möglichkeiten-eine empirische Untersuchung In Neifeind H (Hrsg) Freizeit in der Rehabilitation München 1997
- Schmacke N Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung Düsseldorf 1996
- Squarra G Prävention und Gesundheitsförderung In Lehrgangsunterlagen Arzt im Tourismus' VIA Bildungsinstitut Nürnberg 1998

Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Vorbemerkung

Das Ziel, die medizinische Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland auf dem derzeit hohen Niveau auch weiterhin zu gewährleisten, muß sich an ständig wechselnden gesundheits- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen messen lassen

Selbstverständlich bleiben diese dynamischen Prozesse nicht ohne Folgen für die Berufe derjenigen Menschen, die in diesen Bereichen tätig sind. Deshalb soll hier eine Einschätzung zu Perspektiven und Konsequenzen solcher Entwicklungen für die physiotherapeutischen Berufe in den Feldern Prävention und Rehabilitation gegeben werden

Prävention

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 1995 zur Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 ausdrücklich die Gesundheitsförderung und primäre Prävention als Maßnahme der Krankheitsverhütung als wichtige Aufgabe des Gesundheitswesens bezeichnet

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeiten des damals gültigen § 20 SGB V der dem vom Sachverständigenrat formulierten Ansatz auf gesetzgeberische Weise Rechnung trug, in einer Weise ausgeschöpft haben, die das Geduldsfaß des Bundesministers für Gesundheit zum Überlaufen brachte, ist mit der Abschaffung des vorherigen Regelungsgehalts des § 20 SGB V eine echte gesundheitspolitische Fehlentscheidung getroffen worden

Es steht außer Frage, daß die aus Wettbewerbsgründen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention ausufernde Phantasie der Krankenkassen einen stärkeren Riegel vorgeschoben bekommen mußte. Bauchtanz und Typberatungskurse gehören in der Tat nicht zu den Leistungen, die zumindest teilweise über den Topf der solidarischen Mittelverwendung der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind

Wie gravierend diese Fehlentscheidung ist, läßt sich sehr gut am Beispiel der Volkskrankheit Nr. 1, dem Rückenschmerz aufzeigen

Nach einer im letzten Jahr vorgestellten Studie des Pharmaunternehmens Sanofi Winthrop ergibt sich folgendes Bild

- 90% der Erwachsenen haben persönliche Erfahrungen mit Rückenschmerzen

- 73% der Deutschen im Alter zwischen 25 und 74 Jahren haben mindestens einmal im Jahr Rückenschmerzen, 53% von ihnen gehen daraufhin zum Arzt
- die jährlichen Gesamtkosten für Rückenschmerzen betrug für die deutsche Volkswirtschaft ca. 33 Milliarden DM (inkl. Arztbesuche, Medikation, Physiotherapie, klinische Behandlung, Rehabilitation, Kosten der Arbeitsunfähigkeit wie Lohnfortzahlung, Kosten für die Ersatzarbeitskräfte, Produktivitätsausfälle)

Die Kosten für Frühverrentung sind darin noch nicht berücksichtigt. Wichtig für unser Thema ist, daß rund 1/3 der Kosten durch chronifizierte Rückenbeschwerden ausgelöst werden, insbesondere im Hinblick auf die Kosten der Arbeitsunfähigkeit.

An diesem Beispiel Rückenschmerz wird besonders deutlich, welchen Stellenwert eine gezielte, qualitativ gesicherte Prävention im Gesundheitswesen haben kann, da dieser Beschwerdekomples wohl unbestreitbar ausgesprochen präventionszuganglich ist. Deshalb ist z.B. die Rückenschule zur Prävention, auch wenn sie von der GKV nicht mehr finanziert wird, nach wie vor ein wichtiges und auch nachgefragtes Präventionsangebot.

Nachdem die Krankenkassen die Berufsverbände früher geradezu aufgefordert haben, Rückenschullehrer auszubilden, damit sie diese in ihren zahlreichen Kursen einsetzen können, ist dieser Markt jetzt erheblich eingebrochen. Einige Krankenkassen veranstalten zwar noch Rückenschulkurse, beteiligen sich jedoch nicht mehr an den Kosten, sondern stellen allenfalls noch Räumlichkeiten zur Verfügung und übernehmen die Organisation.

Wir meinen jedoch, daß sich nach wie vor, wenn auch unter derzeit noch veränderten Rahmenbedingungen, zahlreiche Betätigungsfelder für Physiotherapeuten und Masseure und medizinische Bademeister mit entsprechenden Weiterbildungen in diesem Bereich bieten. Unter veränderten Rahmenbedingungen insofern, als daß den fachlich qualifizierten Therapeuten zusätzlich zu ihren fachlichen Qualifikationen sehr viel mehr Eigeninitiative abverlangt wird, ihre eigentlich unbestritten medizinisch sinnvolle Leistung erbringen zu können, indem sie diese Leistung, z.B. Sportvereinen, Kindergärten, Schulen, Fitneßstudios, Volkshochschulen, anbieten müssen. Die verstärkte Initiative der Therapeuten, deren Leistungen in diesem Bereich früher ein viel gefragter Selbstgänger war, muß korrelieren mit einem verstärkten Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung mit dem Bestreben, eigenverantwortlich und zum Teil eben auch zu Lasten des eigenen Portemonnaies präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Wichtiger als je zuvor ist selbstverständlich auch die qualitativ hochwertige Leistungserbringung, die durch entsprechende Vorgaben zur Weiterbildung durch die jeweiligen Berufsverbände gewährleistet werden sollte. Dies um so mehr, als es gilt, das gesundheitspolitische Rad wieder umzudrehen und - falls es der neue oder der neue alte Gesetzgeber nach der nächsten Bundestagswahl nicht tun sollte - zumindest Schritt für Schritt über Modellprojekte oder ähnliches z.B. die Rückenschule, wieder in das Leistungsgechehen der Krankenkassen einzuflechten.

Für die Rückenschule in Kindergärten und in Schulen sind besondere didaktische Fähigkeiten natürlich nicht hinderlich. Um auch bei dem kleinen bzw. Kleinstpublikum die notwendige Akzeptanz zu finden und entsprechende Erfolge zu erzielen. Ebenso wichtig ist die Kenntnis gruppendynamischer Prozesse, um der möglichen Inho-

mogenitat von Gruppen entsprechend begegnen zu können. Bei spielhaft sei auch die Osteoporoseprävention genannt. Selbst das schon eingangs zitierte Gutachten des Sachverständigenrates hat die Osteoporoseprävention als erfolgversprechende Maßnahme zur Vorbeugung von Krankheiten, deren Häufigkeit voraussichtlich zunehmen wird, besonders herausgestellt. Angesichts eben der zunehmenden Häufigkeit der Osteoporose, auch bei Männern, hat die Osteoporoseprävention nach wie vor ihren medizinisch berechtigten Platz. Ebenso wie bei der Ruckenschule gilt auch hier, daß wir als Berufsverband darauf achten müssen, daß unsere Ausbildungsstellen für den Kursleiter Osteoporosepräventionsgruppen ein Höchstmaß an Qualität in der Leistungserbringung gewährleisten. Zusätzlich zu den medizinisch ausgerichteten Unterrichtsfächern kommt es auch hier auf Gruppenpädagogik und lernpsychologische Aspekte an, was im übrigen natürlich auch für die Ruckenschule gilt.

Auch bei der Osteoporoseprävention sind die Therapeuten gefordert, durch Eigeninitiative dazu beizutragen, sich entsprechende Einsatzfelder zu erschließen.

Ein besonders interessantes und in seiner Entwicklung auch von der Wiedereinführung der Gesundheitsförderung und Prävention als Leistung der GKV unabhängigeres Betätigungsfeld für Physiotherapeuten und Masseur, die auf Gebieten wie Ergonomie und Arbeits-sicherung Zusatzkenntnisse erworben haben, stellt die Mitarbeit in der betrieblichen Prävention dar.

Neben Rückenproblemen stehen Herz-Kreislaufkrankungen ganz oben auf der Liste der Ausfallgründe deutscher Arbeitnehmer. Immer mehr Arbeitgeber haben erkannt bzw. erkennen, daß ausgewählte Präventionsprogramme in ihrem Betrieb geeignet sind, den Krankenstand zu senken und damit die Kosten der Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren. Die anderen positiven Effekte wie Motivationssteigerung und damit auch bessere Arbeitsergebnisse, werden von den Arbeitgebern natürlich auch gern in Kauf genommen.

In diesem Marktsegment müssen die Therapeuten ein breit gefächertes Wissen haben und sich sehr stark an den Bedürfnissen des Kunden, nämlich des Unternehmens, orientieren können. Die innerbetriebliche Gesundheitsförderung ist aus unserer Sicht ein Zukunftsmarkt, auf dem sich für Physiotherapeuten und Masseur attraktive Tätigkeitsfelder erschließen lassen.

Rehabilitation

Der Betrachtung im Bereich Rehabilitation möchte ich gesundheitspolitische Ziele vorausschicken, die unter den Beteiligten im Gesundheitswesen unstreitig sein durften:

- Prävention vor ambulanter Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation vor stationärer Rehabilitation
- stationäre Rehabilitation vor Pflege

Allein die Formulierung dieser gesundheitspolitischen Ziele macht den Stellenwert der Rehabilitation in unserer Gesundheitsversorgung deutlich. Gesundheitsversorgung ist eben viel mehr als Akutbehandlung; Prävention und Rehabilitation sind Eckpfeiler unseres Gesundheitswesens und unserer Sozialstaatlichkeit.

Da wir von stationärer Rehabilitation schon sehr viel gehört haben, soll hier die ambulante Rehabilitation schwerpunktmäßig betrachtet

werden Aus unserer Sicht wird die ambulante Rehabilitation, die z Z in entsprechenden Zentren betrieben wird, in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen Der Trend „soviel stationär wie unbedingt nötig, so viel ambulant wie möglich“, ist fortschreitend und angesichts einer sich nicht wundersam ändernden Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen auch unumkehrbar Die ambulante Rehabilitation in den entsprechenden Zentren ist deshalb so attraktiv, weil sie

- eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet und damit den Bezug zum sozialen Umfeld des Patienten herstellt
- weil sie medizinisch optimal ist durch eine konzentrierte, interdisziplinäre Handlung mit hohen wöchentlichen Frequenzen
- weil sie wirtschaftlich ist
- nach den bisherigen Erfahrungen ist die Gesamtbehandlungszeit kürzer
- die Arbeitsfähigkeit der Patienten wird schneller wieder hergestellt

Dies gilt natürlich nur unter der unabdingbaren Voraussetzung, daß die ambulante Reha qualitativ höchstwertig erbracht wird Deshalb existieren Vereinbarungen der verschiedenen Kostenträger mit den jeweiligen Zentren, die hohe Ansprüche an die räumlichen, sachlichen und personellen Zulassungsvoraussetzungen stellen

Das Ende der Fahnenstange bezüglich dieser Anforderung ist noch nicht ganz erreicht, die Kostenträger arbeiten z Z gerade an der Vereinheitlichung der Verträge mit der Verpflichtung, z B einen ganzzzeitlichen Arzt einzusetzen

Die Verträge regeln selbstverständlich auch die konkreten Indikationen, welche den Einsatz der jeweiligen Reha-Maßnahmen rechtfertigen

Insbesondere die eben erwähnten personellen Voraussetzungen, die in einem ambulanten Reha-Zentrum gegeben sein müssen, um Vertragspartner der Kostenträger werden zu können, sind Maximalanforderungen

Die verschiedenen Berufsgruppen die in diesen Zentren arbeiten, wie Physiotherapeuten, Masseure und med Bademeister und akademisch ausgebildete Sportlehrer haben sehr hohe Anforderungsprofile zu erfüllen, so daß in diesem Bereich mit einer weiteren Steigerung der Qualifikationsanforderung nicht zu rechnen sein dürfte

Aus der Sicht seriöser Betreiber solcher Zentren stoßen außerdem die sehr stringenten Gesamtanforderungen an den Betrieb solcher Zentren an die Grenzen wirtschaftlicher Betriebsführung bei gleichzeitiger Gewährleistung des hohen Qualitätsstandards

Die ambulante Rehabilitation wird weiter expandieren, indem Reha Modelle für immer mehr Behandlungsfelder entwickelt und in Modellversuchen erprobt werden

Neben der bereits etablierten orthopädisch traumatologischen Rehabilitation und der internistisch-kardiologischen ambulanten Rehabilitation wird daran gearbeitet Modelle für die genetisch/neurologische, die onkologische, die psychosomatische und eine Diabetes-Rehabilitation zu entwickeln

Die Erschließung weiterer Reha Anwendungsbereiche wird also hier noch weitere Arbeitsmöglichkeiten für Therapeuten schaffen, vorausgesetzt, sie erfüllen die fachlichen Anforderungen

Es muß jedoch darauf gedrungen werden, daß die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in diesem Bereich starker als bisher

von den Beteiligten gemeinsam betrieben wird, damit ein Höchstmaß an Akzeptanz und Synergie von Sachkompetenz erzielt wird.

Schlußwort

Zur Sicherung unseres Gesundheitswesens auf dem erreichten qualitativ hohen Niveau muß es vorrangiges Ziel aller Beteiligten im Gesundheitswesen sein, mit allen geeigneten Mitteln und Maßnahmen, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Prävention), die Krankheitsentwicklung zu bekämpfen (Akutversorgung) und bei eingetretenen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit deren kostenaufwendige Folgen in Familie, Gesellschaft und Beruf zu beseitigen oder zu mildern (Rehabilitation). Die Verwirklichung dieser Ziele erfordert ein bedarfsgerecht ausgebautes, mit den übrigen Strukturen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe verzahntes System von ambulanten, teilstationären und stationären Präventions- und Rehabilitationsangeboten.

Aus diesem System sind die Angehörigen der physiotherapeutischen Berufe nicht wegzudenken, sondern werden in einigen Bereichen zukünftig sogar noch stärker gefordert sein als sie es jetzt schon sind.

Mitentscheidend für die Fragestellung nach neuen Qualifikationsanforderungen und Entwicklungschancen in Prävention und Rehabilitation werden politische Weichenstellungen sein, die je nach Ausrichtung entsprechende Konsequenzen für die in diesem Bereich tätigen Therapeuten nach sich ziehen werden.

Zur Bedeutung der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) in der Physiotherapie - insbesondere im Bereich der Rehabilitation und der Prävention

Die Arbeit von PhysiotherapeutInnen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation gewinnt zunehmend an Bedeutung. Verschiedene Faktoren haben zu dieser Entwicklung geführt. Wesentlich ist z. B. die steigende Nachfrage. Sie ist auf der einen Seite sicherlich bedingt durch die demographische Entwicklung bzw. die Veränderung der Morbiditätsstruktur. Auf der anderen Seite wurde sie gezielt durch den direkten Einfluß der Politik verstärkt. So hat der Leitsatz „ambulant vor stationär“ zu einer Zunahme ambulanter Operationen geführt und die Notwendigkeit einer anschließenden ambulanten Rehabilitation erhöht. Auch die Verkürzung der Kuraufenthalte, die zusätzlich nur noch in größeren Zeitabständen erfolgen, führte zu einem Zuwachs bei dem Bedarf an ambulanter Betreuung vor Ort, dies insbesondere in den Bereichen der Rehabilitation und der Prävention. Ein weiterer politisch gewollter Faktor ist die Regelung der Zulassung von Physiotherapiepraxen. Hier gibt es neben den Zulassungsvoraussetzungen keine Beschränkung des Zuwachses. Immer mehr Zulassungen werden erteilt, unabhängig von einer bereits bestehenden Praxisdichte. Ein budgetierter „Ausgabentopf“ der gesetzlichen Krankenversicherung steht naturgemäß diametral zu dieser Entwicklung und erhöht den Konkurrenzdruck. So ist es für das Überleben der Physiotherapiepraxen notwendig, sowohl neue Tätigkeitsbereiche entsprechend dem veränderten Bedarf innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu suchen als auch Betätigungsfelder im privat finanzierten Bereich auszubauen. Daß letztere wirtschaftlich gesehen von immenser Bedeutung sind, hat erstens die Diskussion um die sogenannten Regelleistungen gezeigt und wird zweitens durch die Entwicklung im Vergütungsbereich der Kranken- und Unfallversicherung deutlich. Preisabschlüsse wurden von den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften in den letzten Jahren nämlich regelmäßig hinausgezögert bzw. lagen deutlich unter dem allgemeinen Anstieg der Lebenshaltungskosten. Wenn man allerdings von der Erschließung neuer Tätigkeitsbereiche in der Physiotherapie spricht, impliziert dies nicht zugleich ein Abweichen vom ursprünglichen Berufsbild. Im Gegenteil: PhysiotherapeutInnen müssen ureigene Felder besetzen. Sowohl die Gesundheitsförderung als Bestandteil des Präventionsbereichs als auch die Rehabilitation gehören zum originären Berufsbild der PhysiotherapeutInnen. Insbesondere die Prävention wurde jedoch in der Vergangenheit nur zum Teil von PhysiotherapeutInnen abgedeckt. Dies lag

wohl vorrangig daran, daß es zu wenig niedergelassene Physiotherapeutinnen gab. Die jahrelang zu geringen Kapazitäten wurden vorrangig genutzt, um den kurativen Bereich abzudecken. Diese Situation im Bereich der Versorgungsdichte hat sich jedoch - wie oben dargestellt geändert. Physiotherapeutinnen müssen sich nun wieder auf das gesamte Leistungsspektrum der Physiotherapie besinnen. Ihre Aufgaben liegen daher nach Auffassung des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeutinnen - IFK e.V. dabei in den Gebieten Prävention, Kuration, Rehabilitation und Wellness. Im Bereich der Prävention und Wellness drängen auch andere Berufsgruppen in den Gesundheitsbereich. Freiberuflich tätige Physiotherapeutinnen müssen in Zukunft also auch einen gewissen „Markt“ verteidigen. Dazu ist eine klare Abgrenzung von anderen Berufen im Gesundheitswesen nötig. Für den Patienten muß sichtbar sein, daß gerade Physiotherapeutinnen Bewegungsspezialisten sind, die auf medizinischen Grundlagen arbeiten. Sie haben eine solide medizinische Ausbildung und somit ein fundiertes Fachwissen.

Zu den derzeitigen Angeboten von Physiotherapiepraxen im Bereich der Prävention zählen vor allem rehabilitative Ruckenschulen für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen sowie privat finanzierte Ruckenschulen. Auch betriebliche Präventionsprogramme werden durchgeführt. Dies sind aber sicherlich noch ausbaufähige Bereiche. Derzeit machen sie nach einer Umfrage des IFK unter seinen Mitgliedern nur ca. 8% des Gesamtumsatzes aus, wobei es Mitgliedspraxen gibt, die derartige Angebote überhaupt nicht vorhalten.

Besondere Aufmerksamkeit sollte nach Auffassung des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeutinnen in Zukunft der medizinischen Trainingstherapie (MTT) gelten. Dies ist eine Therapieform sowohl für den Bereich der Prävention als auch der Rehabilitation. Während sie zur Zeit in den Physiotherapiepraxen eher auszugeweise vorbereitend oder unterstützend zur Therapie angewandt wird, ist sie ursprünglich auch als eigenständige Maßnahme konzipiert worden. Die medizinische Trainingstherapie kommt aus dem Bereich der Manuellen Therapie, einer Therapieform, die nach Abschluß der physiotherapeutischen Ausbildung in Weiterbildungsmaßnahmen erlernt werden kann. Sie wurde insbesondere von norwegischen Physiotherapeuten entwickelt. Schon 1967 ist diese Methode in Norwegen vom Gesundheitsministerium anerkannt worden. Die medizinische Trainingstherapie gehört in das Spektrum der rein aktiven therapeutischen Maßnahmen innerhalb der modernen Physiotherapie. Bei ihr wird Krankengymnastik an definierten Geräten durchgeführt. Hierbei werden unter Zugrundelegung krankengymnastischer Prinzipien die Inhalte der Sportwissenschaft genutzt. Das Wesen der medizinischen Trainingstherapie besteht also in der Verknüpfung dieser beiden Wissensfelder. Auf den ersten Blick verbinden Patienten die Arbeit im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie häufig mit dem Training in Fitnessstudios. Praktisch gesehen findet die Arbeit in der Tat meist in einem zur Praxis gesonderten Raum mit zunächst ähnlich aussehenden Geräten statt. Diese sind allerdings speziell für das medizinische Training konzipiert. Sie berücksichtigen die Biomechanik des Körpers und ermöglichen ein genau dosiertes, auf Gelenke und Muskeln speziell abgestimmtes Training. So können z.B. in der Rehabilitation unter Berücksichtigung der Pathologie gezielt

Muskeln gelenkschonend aufgebaut werden. Gleichzeitig sind die Geräte so konstruiert, daß an ihnen Bewegungen des täglichen Lebens eingeschnitten und anschließend trainiert werden können. So ist es in der Rehabilitation, z. B. bei Rückenbeschwerden unbedingt notwendig, nach Verbesserung der aktuellen Situation ein nicht ruckengerechtes Heben von Gegenständen zu vermeiden. Ein eventuell vorhandenes schädigendes Bewegungsmuster muß umprogrammiert werden. Hierzu sind viele Wiederholungen der korrigierten Bewegung mit geringem Widerstand nötig. Diese sollten zunächst unter Kontrolle des Therapeuten ohne und mit Gerät einstudiert werden. Der Abbau falscher Angewohnheiten ist dann häufig ein längerer Lernprozeß über mehrere Monate. Zunehmend spielt hierbei naturgemäß die Motivation des Patienten eine große Rolle. Gerade dann ist die Gruppenarbeit der medizinischen Trainingstherapie optimal geeignet. Die Arbeit in der Gruppe ist der Bereich, der auch in der Prävention gut einzusetzen ist. Das Training unter Gleichgesinnten macht Spaß und motiviert über längere Zeit. Häusliche Übungsprogramme mit Kleingeräten, wie z. B. Hanteln, ergänzen das Programm und stärken die Eigenverantwortlichkeit.

Die Ziele der medizinischen Trainingstherapie sowohl im Bereich der Prävention als auch der Rehabilitation sind folgende:

- Anpassung der Bewegungsapparatstrukturen (Bänder, Sehnen, Muskeln, Nerven, Gefäße, knorpelige und knöcherne Gewebe) an die alltagsspezifischen Belastungen,
- Erhöhung der Belastbarkeit des Bewegungsapparats
- Anpassung des cardiopulmonalen Systems an die individuell geforderten Belastungen, Erhöhung der Belastbarkeit des Herzkreislaufsystems
- Ökonomisierung der Stoffwechselabläufe im Gesamtorganismus, Erhöhung der Belastungstoleranzen des inneren Organsystems

Um sie adäquat einsetzen zu können, benötigt der Therapeut spezifische Kenntnisse aus der Arthrokinematik, Osteokinematik, Statik und Kinetik, Trainingslehre, Ergonomie, Gerätetechnik und nicht zuletzt über leistungsspezifische Untersuchungsverfahren. Diese Inhalte werden in Weiterbildungsmaßnahmen vertieft. Dabei hegt der Schwerpunkt zur Zeit im fachlichen Bereich. Ausbaufähig, insbesondere für die privat finanzierte Gesundheitsförderung, waren Fortbildungen im Managementsektor.

Wie vorher beschrieben, wird die MTT derzeit noch nicht als eigenständige Leistung des GKV-Systems bei der Rehabilitation in Physiotherapiepraxen eingesetzt. Anders verhält es sich bei der orthopädisch/traumatologischen ambulanten Rehabilitation, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wird. In speziellen Rehabilitationszentren werden Patienten im Schnitt pro Krankheitsbild an 27 Tagen therapiert. Sie erhalten an ca. 4 Tagen pro Woche durchschnittlich für 2 Stunden und 45 Minuten verschiedene Therapien, wie z. B. Krankengymnastik, Massage, etc. sowie medizinische Trainingstherapie (vgl. Studie W. Burger und U. Koch). Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die komplette Vergütung. Die von ihnen durch diese Rehabilitationsmaßnahmen erwartete Kostensparung ist allerdings nicht eingetreten. Entstandene Mehrkosten durch Leistungsausweitung führten sogar dazu, daß keine neuen Zentren zugelassen wurden. Studien von Prof. Dr. I. Frobose zeigen, daß die komplexen Therapien nur bis zu ca. 15-30 Einheiten effektiv

und sinnvoll sind. Seine Meinung: „Zusätzliche Einheiten komplexer Maßnahmen tragen danach nur noch bedingt zu deutlichen Verbesserungen bei. Vielmehr wurde sich daran anschließend eine ausschließliche Verordnung der medizinischen Trainingstherapie ergeben.“ Auch die hohe Anzahl verschiedener Maßnahmen, die gleichzeitig an einem Tag durchgeführt werden, ist nicht unbedingt optimal für ein Training. Da die Einrichtungen für die Behandlung nur die Gesamtvergütung erhalten, wenn der Patient zwei Stunden anwesend war, ist der Anreiz kurzer zu behandeln, wirtschaftlich nicht gegeben. Individuelle Anpassungen an die Patienten sind aber gerade in der Rehabilitation unbedingt notwendig für den Erfolg der Behandlung. An diesem Punkt werden die Vorteile der Physiotherapiepraxis besonders deutlich. Sie arbeitet auf der Grundlage von individuell angepaßten Verordnungen des Arztes. Zu ihrem Leistungsspektrum zählen die wichtigsten Therapien aus der Krankengymnastik und der physikalischen Therapie. Es fehlt aus Sicht[^] des Bundesverbandes selbständiger PhysiotherapeutInnen zur Zeit allerdings die eigenständige Position „Medizinische Trainingstherapie“. Unverständlicherweise waren aber die gesetzlichen Krankenkassen bis jetzt nicht bereit, diese Position zu vereinbaren. Das, obwohl bei einer Integration der MIT in das Leistungsverzeichnis der Physiotherapiepraxen die Kosten in der Rehabilitation deutlich verringert werden konnten. Bei einer Therapie entsprechend der durchschnittlichen Behandlungszeit in EAP-Zentren von 2 Stunden und 45 Minuten und Durchführung verschiedener Therapien aus dem Bereich der Physiotherapie hegen die Kosten in einer Krankengymnastikpraxis bei VdAK Patienten nämlich ca. 13% niedriger als bei der Rehabilitation in den Rehabilitationszentren. Zusammenfassend ist daher festzuhalten: Die medizinische Trainingstherapie schließt eine Lücke im Versorgungsangebot des Gesundheitssystems. Durch ihr vermehrtes Angebot sind Kosten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einzusparen. Insbesondere für den Bereich der Rehabilitation ist eine Verankerung der MTT als Vergütungsposition unbedingt erforderlich. Der Bundesausschuß Ärzte/ Krankenkassen hat dementsprechend folgerichtig die Krankengymnastik mit definierten Geräten in den neuen Entwurf der Heilhilfsmittelrichtlinien aufgenommen. Dies entspricht den Vorstellungen des Bundesverbandes selbständiger PhysiotherapeutInnen - IFK e.V. Zusätzlich ist das Angebot der MTT in der Prävention sinnvoll. Das steigende Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung führt dazu, daß immer mehr Menschen bereit sind, Zeit und Geld für ihre Gesundheit zu investieren. Die persönliche, medizinisch fachliche Betreuung in den Physiotherapiepraxen stellt einen beachtlichen Vorteil gegenüber anderen Angeboten dar. Defizite sind sicherlich noch im Bereich der Planung, Entwicklung und Vermarktung von Angeboten zu finden. Wirtschaftliches Denken wird in der Physiotherapieausbildung nicht unbedingt gefordert. Auch im Bereich der Pädagogik und Didaktik wie der Fortbildungsbereich ausbaufähig. Insgesamt müssen die sogenannten »Krankengymnastik Kellerkinder« zu einer besseren Außendarstellung finden.

Literatur

- BÜRGER, W., KOCH, U.: Ambulante orthopädisch/traumatologische Rehabilitation, Zur Struktur und Prozeßqualität der Zentren, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abt. Medizinische Psychologie
- FROBÖSE, I.: Studie zur Qualität in der ambulanten orthopädisch/traumatologischen Rehabilitation
- GUSTAVSEN, R., STREECK, R.: Trainingstherapie
- BROKMEIER, A.: Manuelle Therapie
- Leitlinien des Bundesverbandes selbständiger PhysiotherapeutenInnen-IFKe.V.