

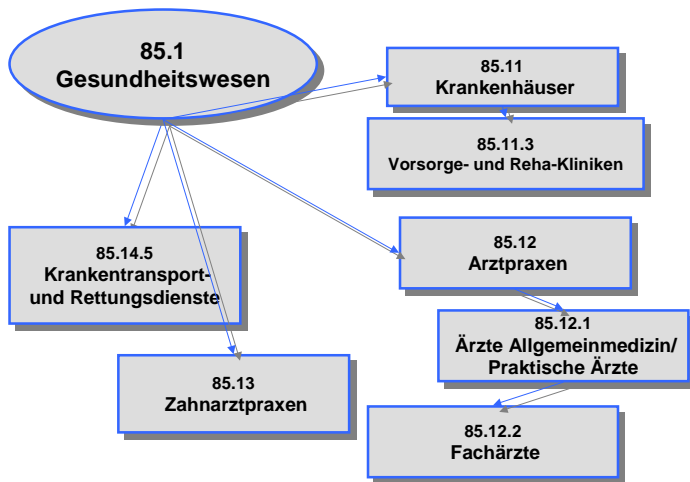
BRANCHENBERICHT
GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN
STAND: 17.12.01



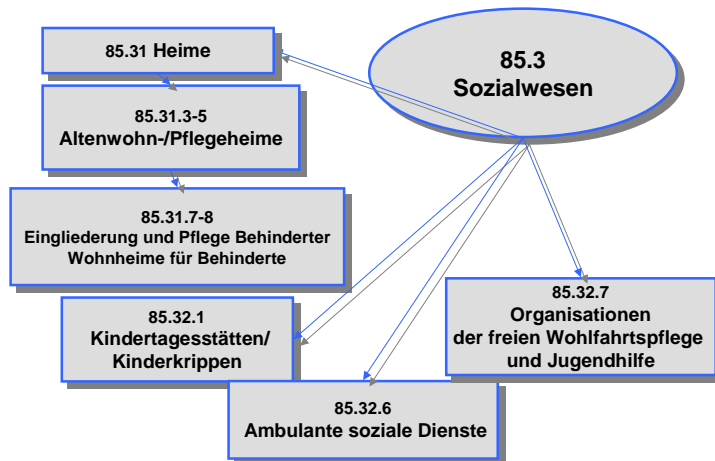
Ministerium für Arbeit,
Soziales und Stadtentwicklung,
Kultur und Sport
des Landes
Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT
Europäischer Sozialfonds



1



2

PROSPECT – DIALOGORIENTIERTES REGIONALES ARBEITSMARKTMONITORING
BRANCHENBERICHT GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN

Bildungswerk der ostwestfälisch-lippischen Wirtschaft - BOW e. V.
 Geschäftsstelle: Böttcherstraße 11, 33609 Bielefeld
 Telefon: 05 21/7 86-1 94 • Telefax: 05 21/7 86-1 59
 E-Mail: info@bow-online.de • Internet: www.bow-online.de

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
2. BRANCHENAUSWAHL UND PORTFOLIOANALYSE	2
3. AUSWERTUNG DER TELEFONINTERVIEWS	6
3.1 RESPONSE	6
3.2 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG.....	6
3.2.1 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IN DEN LETZTEN 12 MONATEN.....	6
3.2.2 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IN DEN NÄCHSTEN 12 MONATEN.....	7
3.3 PERSONALSITUATION AKTUELL.....	8
3.4 PERSONALENTWICKLUNG UND WEITERBILDUNG	10
3.5 NUTZUNG VON ÖFFENTLICHEN ARBEITSMARKTMAßNAHMEN UND INTERESSE AN FÖRDERHILFEN.....	11
4. BEFRAGTE UNTERNEHMEN.....	12
4.1 KRANKENHÄUSER.....	12
4.1.1 ALLGEMEINE SITUATION	12
4.1.2 WEITERBILDUNG	13
4.1.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE	14
4.2 VORSORGE- UND REHABILITATIONSKLINIKEN.....	15
4.2.1 ALLGEMEINE SITUATION	15
4.2.2 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN	16
4.2.3 WEITERBILDUNG	17
4.2.4 PROSPEKTIV	17
4.3 ARZT-, FACHARZT-, ZAHNARZTPRAXEN	18
4.3.1 SITUATION	18
4.3.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?.....	19
4.3.3 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG	19
4.4 KRANKENTRANSPORT- UND RETTUNGSDIENSTE	21
4.4.1 SITUATION	21
4.4.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?.....	22
4.4.3 WEITERBILDUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG	22
4.5 DACHORGANISATIONEN (ORGANISATIONEN DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE UND JUGENDHILFE).....	24
4.5.1 ALLGEMEINE SITUATION	24
4.5.2 WEITERBILDUNG	25
4.5.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE	25
4.6 ALTENWOHN- UND PFLEGEHEIME	27
4.6.1 SITUATION	27
4.6.2 WEITERBILDUNG	30
4.6.3 ZUKUNFT	31
4.6.4 PROSPEKTIVER QUALIFIZIERUNGSBEDARF.....	32
4.7 SOZIALE EINRICHTUNGEN UND HEIME ZUR FÖRDERUNG VON KINDERN, JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN.....	34
4.7.1 ALLGEMEINE SITUATION	34
4.7.2 WEITERBILDUNG	37
4.7.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE	39
4.8 AMBULANTE SOZIALE DIENSTE	41
4.8.1 SITUATION	41
4.8.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?.....	43
4.8.3 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG	44
5. ZUSAMMENFASSUNG	47

1. EINLEITUNG

In zahlreichen Regionen Deutschlands haben Unternehmen Schwierigkeiten, ihre offenen Stellen mit den geeigneten Arbeitskräften zu besetzen, obwohl die Zahl der registrierten Arbeitslosen hoch ist. Diese von Experten auch als „Arbeitsmarkt-Mismatch“ bezeichnete Konstellation nimmt an Tragweite deutlich zu. Das Modellprojekt „Prospect - dialogorientiertes regionales Arbeitsmarktmonitoring“ soll hier entgegenwirken. Es wurde in Enschede, NL, entwickelt, um das Angebot und die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt besser in Einklang bringen zu können. In vielen europäischen Ländern soll dieses Projekt nun im Auftrag der EU auf seine Übertragbarkeit hin getestet werden. Das Land Nordrhein-Westfalen wählte 6 Regionen aus, um die einzelnen Module zu prüfen.

Am 1.1.2000 startete diese Maßnahme beim Bildungswerk der ostwestfälisch-lippischen Wirtschaft - BOW e. V. in Bielefeld. Das BOW ist ein Zusammenschluss der Wirtschaftskammern, Arbeitgeber- und Unternehmerverbände, Kreishandwerkerschaften sowie der wirtschaftsnahen Bildungseinrichtungen in OWL. Der BOW-Verbund ist selbst kein Bildungsanbieter, verfügt jedoch über langjährige Erfahrungen in der Qualifizierungsbedarfsanalyse. Dieses Modellprojekt wird von 4 BOW-MitarbeiterInnen durchgeführt und von allen arbeitsmarktpolitischen Akteuren der Region gesteuert. Die Steuerungsgruppe besteht aus Vertretern der örtlichen Arbeitsämter, der Handwerkskammer Ostwestfalen-Lippe, der Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen, des Arbeitgeberbundes und des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Außerdem sind folgende Institutionen vertreten: „die Regionale Personalentwicklungsgesellschaft der Stadt Bielefeld“, „die Chance“ des Kreises Herford, „proArbeit“ des Kreises Minden-Lübbecke, das Wirtschaftsförderungsamt des Kreises Gütersloh und die Bertelsmann Stiftung. Die Ergebnisse der Befragungen werden in der Steuerungsgruppe diskutiert und von den Akteuren umgesetzt.

Das Projekt „Prospect“ besteht aus drei Bausteinen:

- **Untersuchung der Arbeitsnachfrage:**
 - Portfolio-Analyse, Sekundäranalysen und Expertenbefragung zu der regionalen Beschäftigungsentwicklung
 - Telefonische Betriebsbefragung
 - Betriebsbesuche und Intensivinterviews
- **Betrachtung des regionalen Qualifizierungsangebots**
- **Analyse des regionalen Arbeitskräftepotenzials**

Sie erhalten nun das Arbeitsergebnis aus der Analyse der Arbeitsnachfrage.

2. BRANCHENAUSWAHL UND PORTFOLIOANALYSE

In der **ersten Befragungswelle** wurde der **industrielle Kernbereich** der Region befragt und ausgewertet. Es handelte sich um die Branchen Maschinenbau, Elektrotechnik, Möbelherstellung und deren Zulieferindustrien (Herstellung von Eisen-, Blech-, Metallwaren und die Kunststoff-Produktion). Die Ergebnisse dieser Erhebung wurden im Herbst 2000 der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt. Die Unternehmen äußerten einen hohen Personalbedarf im Bereich der FacharbeiterInnen, der sowohl momentan als auch in Zukunft schwer zu decken sein wird. In der Steuerungsgruppe wurden und werden nun für die Problembereiche der Ausbildung, der Personalbeschaffung und des prospektiven Qualifizierungsbedarfs Handlungsstrategien entwickelt.

Für die **zweite Befragungswelle** wurden die Branchencluster **Logistik** (Handelsvermittlung- und Großhandel, Einzelhandel, Landverkehr, Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr, Postdienste und private Kurierdienste) und (**unternehmensnahe**) **Dienstleistungen** (Werbung, Detekteien und Schutzdienste, Reinigung von Gebäuden, Inventar und Verkehrsmitteln, Abfüll- und Verpackungsgewerbe, Gastgewerbe) ausgewählt. Zentrales Ergebnis auch dieser Befragungswelle war ein hoher Personalbedarf bei gleichzeitig großen Schwierigkeiten, diesen zu decken. Neben unzureichenden fachlichen Qualifikationen wurden als Einstellungshemmnisse - vor allem im Dienstleistungsbereich bei Stellen für An- und Ungelernte - Defizite im Bereich der Motivation genannt.

Gegenstand der **dritten Befragungswelle** waren Einrichtungen aus dem **Gesundheits- und Sozialwesen**. Im einzelnen wurden folgende Betriebe befragt:

- | | |
|--|---------|
| 1. Gesundheitswesen | WZ 85.1 |
| <ul style="list-style-type: none">• Krankenhäuser• Vorsorge- und Rehabilitations-Kliniken• Arzt-, Facharzt-, Zahnarztpraxen• Krankentransport- und Rettungsdienste | |
| 2. Sozialwesen | WZ 85.3 |
| <ul style="list-style-type: none">• Dachorganisationen (Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe)• Altenwohn- und Pflegeheime• Soziale Einrichtungen und Heime zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen• Ambulante soziale Dienste | |

Vor der Branchenauswahl sieht die „Prospect“-Methode eine Portfolio-Analyse vor, die „Aufsteiger“ und „Absteiger“ auf dem Arbeitsmarkt aufzeigen und bildlich darstellen soll. Es wird eine Matrix erstellt, die auf der Vertikalen die Entwicklung der Beschäftigungszahlen einer bestimmten Branche der Region der entsprechenden regionalen Gesamtentwicklung gegenüberstellt (Beitragsrate). Auf der Horizontalen wird das Branchengewicht im Verhältnis zum Landesdurchschnitt dargestellt (Strukturindex). Es ergibt sich ein Schaubild, das nach McKinsey in vier Felder aufgeteilt werden kann:



Die **wild cats**, die ein stark überproportionales Wachstum aufweisen, am Arbeitsmarkt jedoch nur kleine Anteile haben. Es könnte sein, dass sich diese Branchen irgendwann zu „stars“ entwickeln. Allgemein ist zu sagen, dass hier i. d. R. viele MitarbeiterInnen benötigt werden und Personalwerbung, Weiterbildung und Schulung einen hohen Stellenwert haben.



Die **stars**, die sowohl ein überproportionales Wachstum als auch einen hohen relativen Marktanteil aufzeigen. Hier ist eine qualitative und quantitative Entwicklung des Personalbestandes ange-sagt, Maßnahmen der Organisationsentwicklung und Weiterbildung sollten verstärkt eingesetzt werden.







Die **cash cows** weisen zwar eine unterdurchschnittliche Beschäftigungsentwicklung auf, haben jedoch wegen ihrer Branchengröße für die Region eine hohe ökonomische Bedeutung.



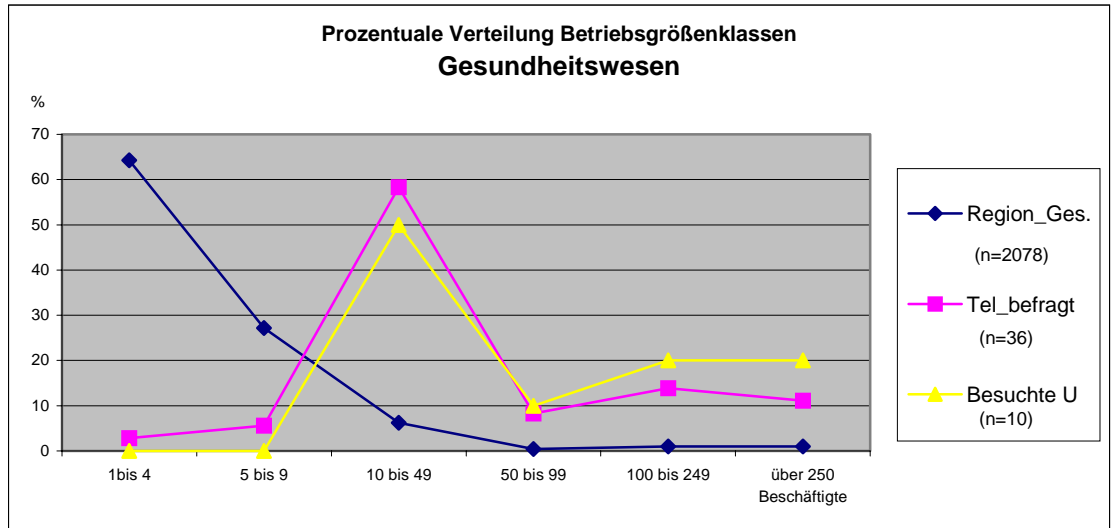
Die **poor dogs** sind in jeder Beziehung „auf dem absteigenden Ast“. Häufig zeigt sich das in Entlassungen, Umschulungen und Verteilung auf Arbeitsplätze in anderen Branchen.

Das BOW fertigte auf der Grundlage der offiziellen Arbeitsmarktdaten Portfolio-Analysen an. Die Beschäftigung in der Region stieg von 1998 bis 2000 um 14.246 Personen auf 465.752 Personen an (+ 3,1 %), die Beschäftigungszahlen im Gesundheits- und Sozialwesen stiegen im gleichen Zeitraum um 2.736 auf 51.137 an (+ 5,65 %). Damit sind 10,97 % aller Beschäftigten in der Region in diesen Branchen tätig. Das entspricht in etwa dem Landesdurchschnitt.

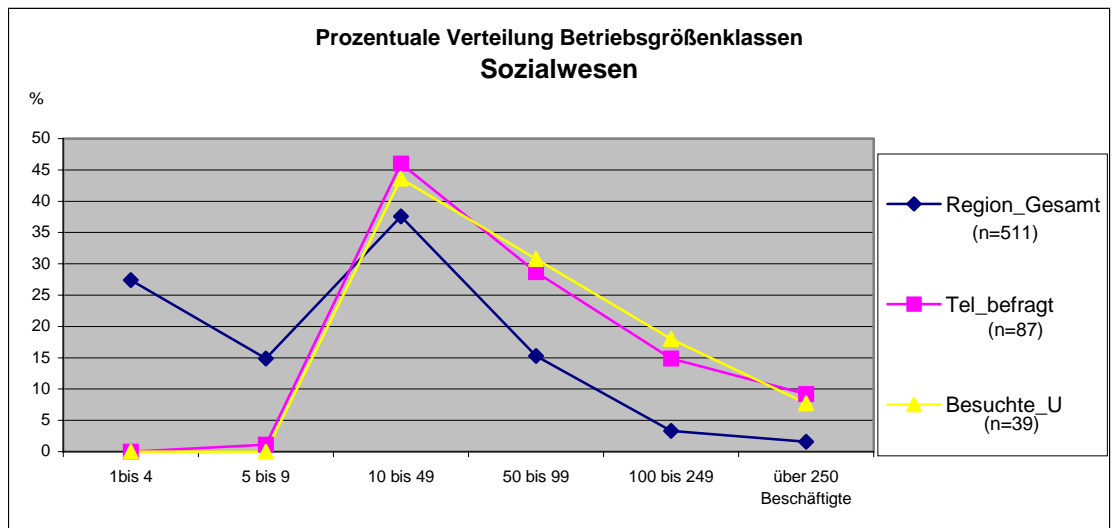
Für die Auswahlentscheidung wurden neben der Portfolio-Analyse auch Sekundäranalysen und Expertengespräche von den arbeitsmarktpolitischen Akteuren der Steuerungsgruppe berücksichtigt.

Beitragsrate	Branchen-Portfolio			
	<p>>0,1 % Beitragsrate = größerer Beitrag zur Beschäftigungsentwicklung in der Region</p>	 wild cats <p>Diese Branchen verzeichnen eine überdurchschnittliche Zunahme bei den Beschäftigungszahlen. Vielleicht sind es die Stars von morgen?</p>	<p style="color: orange; font-weight: bold;">Gesundheits- u. Sozialwesen</p>	 stars <p>Die Branchen sind überdurchschnittlich stark vertreten und hatten eine positive Beschäftigungsentwicklung.</p>
	Landesdurchschnitt			
	<p><0,1 Beitragsrate = negativer Anteil an der Beschäftigungsentwicklung in der Region</p>	 poor dogs <p>Die Branchen machen eine ungünstige Beschäftigungsentwicklung durch und haben einen beschränkten regionalen Umfang.</p>		 cash cows <p>Die Branchen sind wesentliche Elemente der regionalen ökonomischen Basis, hatten jedoch eine ungünstigere Beschäftigungsentwicklung.</p>
	<p><90 % Strukturindex = in der Region weniger vertretene Branchen</p>	Landesdurchschnitt	<p>>110 % Strukturindex= in der Region stärker vertretene Branchen</p>	
Strukturindex				

Die Verteilung der Betriebsgrößenklassen im Gesundheits- und Sozialwesen zeigen die folgenden Abbildungen, jeweils für die Gesamtregion, die telefonisch befragten sowie die besuchten Betriebe.



Im Gesundheitswesen weichen die Verteilungen der Betriebsgrößenklassen der befragten und besuchten Betriebe von der Verteilung in der Region ab, deshalb ist die Repräsentativität der Befragung (auch aufgrund der geringen Fallzahl) eingeschränkt. Die Übereinstimmungen im Sozialwesen sind aber sehr gut.



3. AUSWERTUNG DER TELEFONINTERVIEWS

3.1 RESPONSE

Insgesamt wurden die Adressen von 171 Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen und 238 aus dem Sozialwesen bearbeitet. Bei der Auswahl wurden nur Betriebe mit mehr als 10 MitarbeiterInnen berücksichtigt. Telefonisch kontaktiert werden konnten davon 91 (53 %) bzw. 140 (59 %). Zu einem Interview bereit waren im Gesundheitswesen 36, im Sozialwesen 87 Zielpersonen.

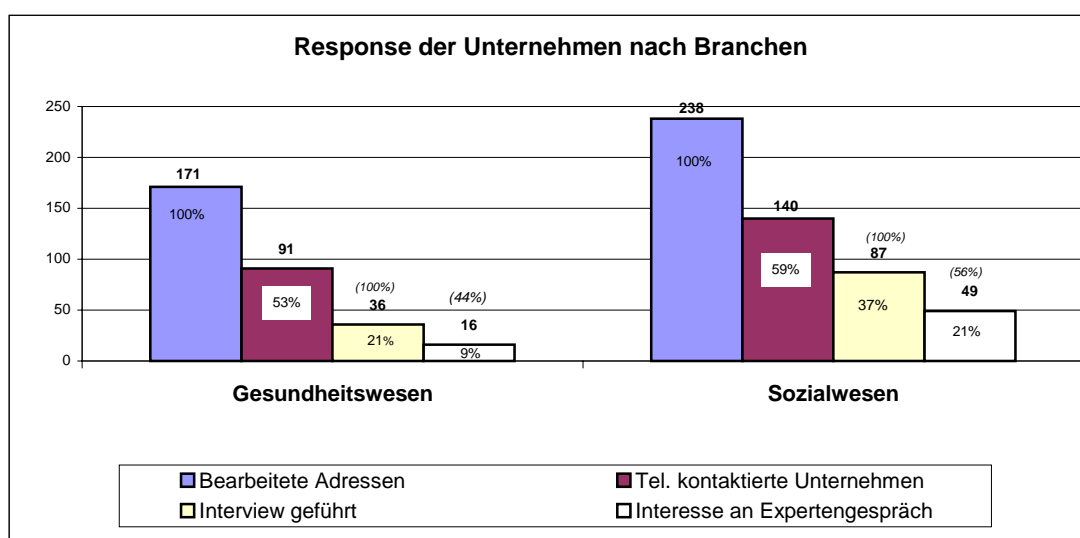


Abb. 1

Damit ergibt sich bezogen auf die bearbeiteten Adressen eine Quote von 21 % bzw. 37 % befragter Unternehmen, die **Kontaktquote ist damit im Sozialwesen deutlich höher als im Gesundheitswesen**. Interesse an einem Expertengespräch äußerten im Gesundheitswesen 44 % der Befragten, im Sozialwesen 56 % (Vgl. Abb. 1).

3.2 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG

3.2.1 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

In den letzten 12 Monaten wurden im **Gesundheitswesen** 26 Beschäftigte neu eingestellt (18 Vollzeit, 8 Teilzeit), 111 Stellen (108 Vollzeit, 3 Teilzeit) wurden abgebaut. Daraus ergibt sich ein Saldo von **-85 Stellen**, überwiegend im Vollzeitbereich. Für den Bereich **Sozialwesen** ergab sich Personalzunahme von 243 Beschäftigten (149 Vollzeit, 94 Teilzeit), eine Abnahme um 43 (38 Vollzeit, 5 Teilzeit) MitarbeiterInnen bei einem Saldo von **+200 Stellen**, in der Mehrzahl im Vollzeitbereich (Vgl. Abb. 2).

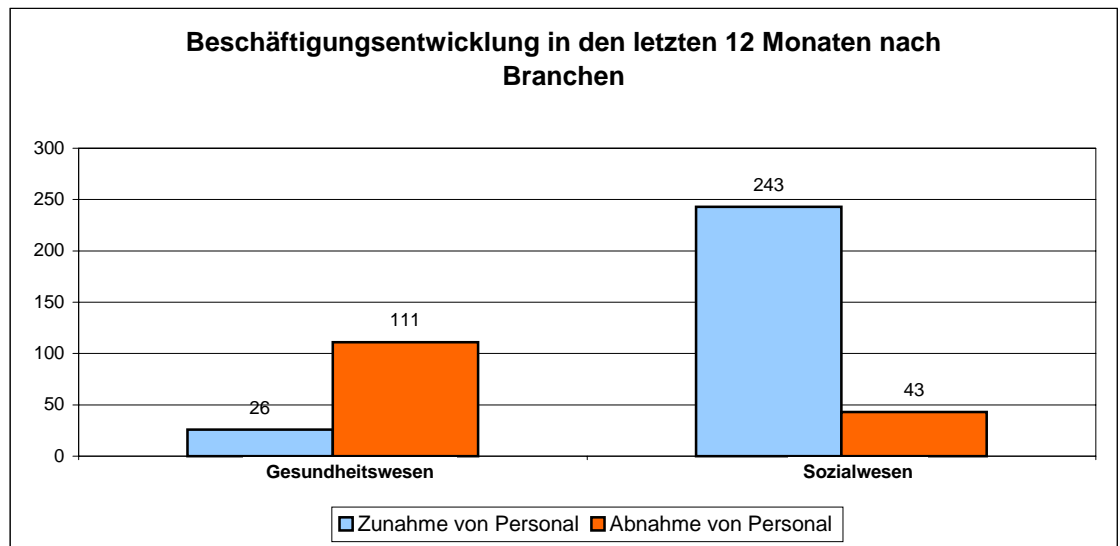


Abb. 2

Zu beachten ist bei der Interpretation der Zahlen, dass ein großer Teil der dargestellten Veränderungen auf das Konto weniger Betriebe geht (so entfallen beispielsweise 104 im Gesundheitswesen abgebaute Stellen auf zwei Standorte *eines* Unternehmens, allein 100 der hinzu gekommenen Stellen im Sozialwesen auf eine Einrichtung), die Repräsentativität der dargestellten Entwicklung ist also zu relativieren.

Der *Prospect-Branchenbericht Gesundheits- und Sozialwesen für die Stadt Köln* konstatiert nach einer Zunahme der Beschäftigten im Laufe der 90er Jahre momentan eher eine Stagnation bzw. leicht rückläufige Beschäftigungsentwicklung aufgrund gesetzlicher Regelungen bzw. eines Mangels an Fachkräften.

Für die *Region Kleve/Wesel* hingegen ergab sich im Cluster Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt ein positiver Saldo von +56 Beschäftigungsverhältnissen (Zunahme 157, Abnahme 101).

3.2.2 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IN DEN NÄCHSTEN 12 MONATEN

Rund ein Drittel der befragten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens hat zur Beschäftigungsentwicklung in den kommenden 12 Monaten keine Angaben gemacht bzw. geäußert, die voraussichtliche Beschäftigungsentwicklung sei „noch unbestimmt“. Es besteht offensichtlich eine große Unsicherheit darüber, wie sich die zukünftige Situation im Gesundheits- und Sozialwesen gestalten wird. Sofern Angaben gemacht wurden, erwartet man überwiegend Beschäftigungszuwächse, im Bereich Sozialwesen sogar sehr deutliche, wobei rund die Hälfte (55) der erwarteten 113 zusätzlichen Mitarbeiter auf ein Unternehmen entfällt.

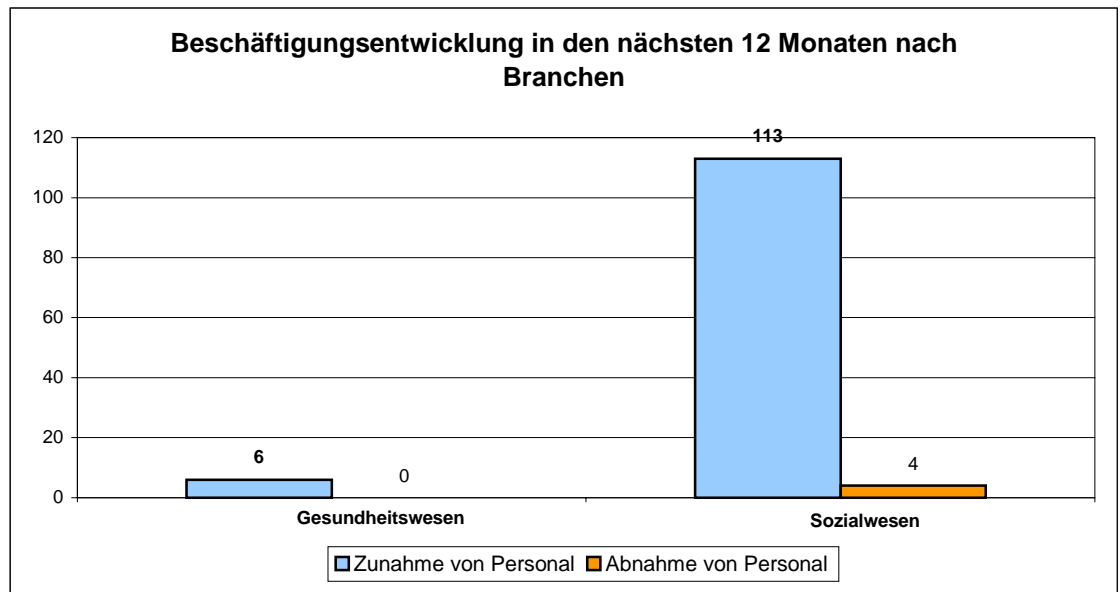


Abb. 3

Die erwarteten Personalzuwächse entfallen dabei auf folgende Qualifikationsgruppen:

Erwartete Personalzunahme im Gesundheits- und Sozialwesen nach Qualifikationsgruppen

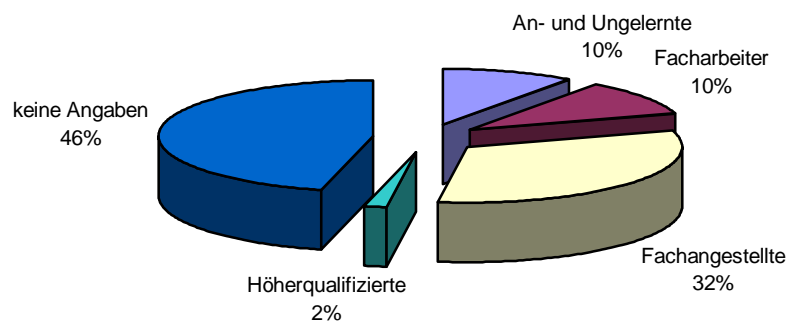


Abb. 4

3.3 PERSONALSITUATION AKTUELL

Die aktuelle Personalsituation im Cluster Gesundheits- und Sozialwesen ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl offener Stellen und häufig auftretende Rekrutierungsschwierigkeiten.

Insgesamt wurden 109 nicht besetzte Stellen angegeben, rund ein Drittel (32) im Gesundheitswesen, zwei Drittel (77) im Sozialbereich. Die Hälfte aller Befragten (49,6 %) gab an, Probleme bei der Mitarbeitersuche zu haben, im Sozialwesen etwas häufiger (52 %) als im Gesundheitswesen (44 %).

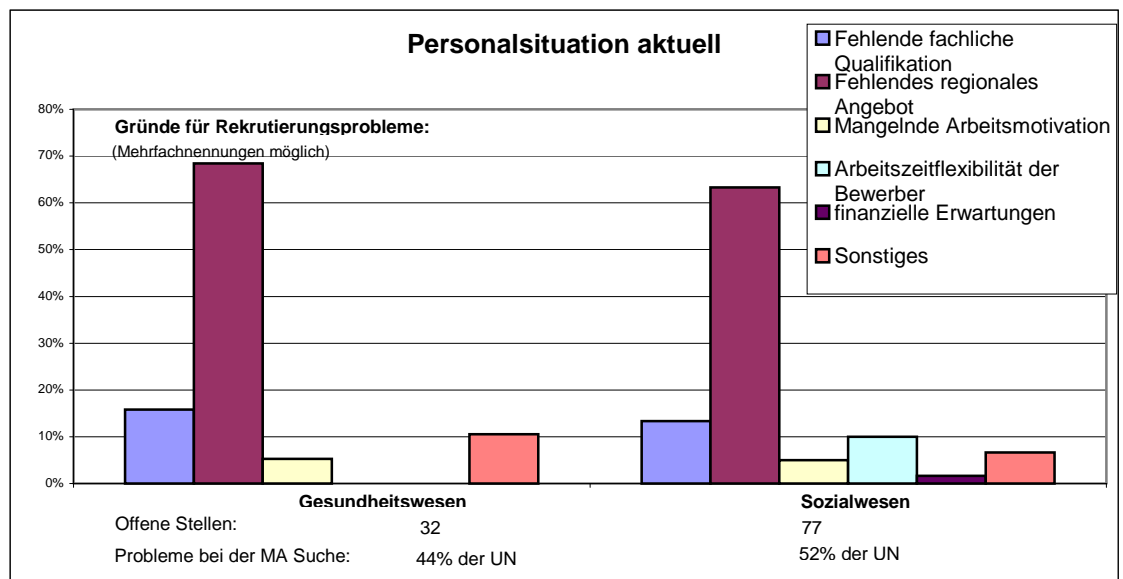


Abb. 5

Die genannten Gründe für die Rekrutierungsprobleme und ihre quantitative Verteilung zeigt Abbildung 5. Mit Abstand am häufigsten genannt wurde das fehlende regionale Angebot. Fehlende fachliche Qualifikation ist der zweithäufigste Grund, gefolgt von mangelnder Arbeitszeitflexibilität (nur im Sozialwesen) und mangelnder Arbeitsmotivation.

Die Personalbedarfe im Gesundheits- und Sozialbereich werden offensichtlich durch das Ausbildungssystem zur Zeit nicht in ausreichendem Maße gedeckt. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen in den Betriebsinterviews auf eine hohe Personalfuktuation verwiesen haben und dass sie, wenn es die Kostensituation zuließe, noch viel mehr Personal einstellen würden.

Als Personalbeschaffungswege wurden mit rund 40 % Zeitungsinserate am häufigsten genannt, gefolgt von Arbeitsamt (rund 28 %) und Internet (11,5 %). Persönliche Kontakte und Initiativbewerbungen wurden in knapp 9 % bzw. 6 % der Fälle genannt. Eigene Ausbildung spielt hier mit 0,4 % eine sehr geringe Rolle.

3.4 PERSONALENTWICKLUNG UND WEITERBILDUNG

Die Frage nach Weiterbildungsaktivitäten in den vergangenen 12 Monaten wurde von der überwiegenden Mehrzahl der befragten Einrichtungen bejaht (rund 80 %). Lediglich rund 15 % der Befragten gaben an, keine Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt zu haben.

Als vermittelte Inhalte wurden dabei fachliche Kenntnisse von rund 68 % mit Abstand am häufigsten genannt, gefolgt von EDV-Kenntnissen mit knapp 10 % und Qualitätssicherung 7,5%. Kaufmännische Fachkenntnisse, Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Kundenorientierung folgten in der Häufigkeit der Nennungen mit 5,3 %, 4,5 % bzw. 3,0%.

Knapp 60 % der befragten Einrichtungen gaben die zukünftige Notwendigkeit von Weiterbildung aufgrund veränderter Anforderungen an. Welche Inhalte dabei vermittelt werden sollten, zeigt Abbildung 6.

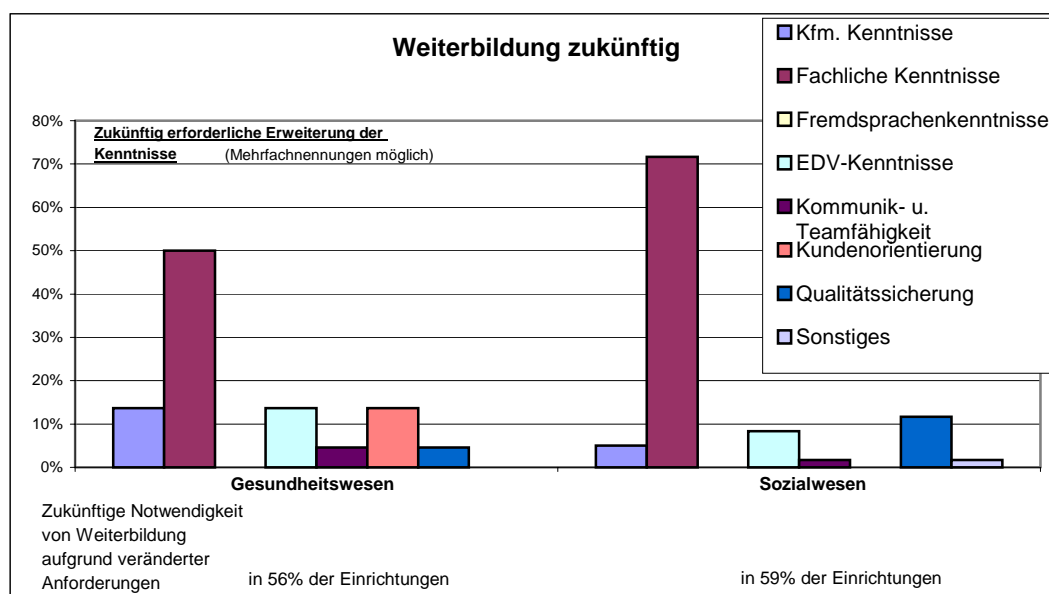


Abb. 6

Konkret geplant sind Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheitswesen in 56 % der Einrichtungen, im Sozialwesen haben dies 45 % der Befragten angegeben.

Das Angebot an Weiterbildungsmaßnahmen scheint dabei überwiegend ausreichend zu sein, lediglich 8% der Befragten gab an, dass zusätzliche Weiterbildungsbedarfe bestehen, die bisher nicht gedeckt werden konnten.

Zu 94% (Gesundheitswesen) bzw. 85% (Sozialwesen) fühlen sich die Einrichtungen ausreichend informiert über die zukünftigen Qualifikationsbedarfe.

3.5 NUTZUNG VON ÖFFENTLICHEN ARBEITSMARKTMAßNAHMEN UND INTERESSE AN FÖRDERHILFEN

Öffentliche Arbeitsmarktmaßnahmen haben in der Vergangenheit 36 % der Einrichtungen im Gesundheitswesen und 64 % im Sozialwesen genutzt. Dabei wurden überwiegend Einstellungsbeihilfen/Einstellungszuschüsse sowie sonstige, nicht näher bezeichnete Förderhilfen, seltener solche für Trainingsmaßnahmen in Anspruch genommen.

Interesse an der zukünftigen Nutzung von Förderhilfen haben 67 % der Befragten im Gesundheits- sowie 81 % im Sozialwesen. Welche Förderhilfen dabei genannt wurden, zeigt Abbildung 7.

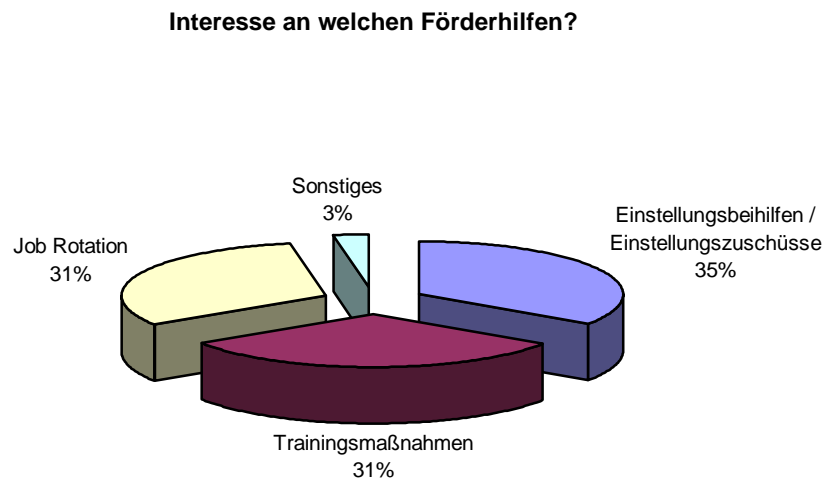


Abb. 7

4. BEFRAGTE UNTERNEHMEN

4.1 KRANKENHÄUSER

4.1.1 ALLGEMEINE SITUATION

Es wurden zwei Krankenhäuser besucht mit zusammen 1.680 MitarbeiterInnen. Der Frauenanteil beträgt 80-90 %. Eine der beiden Einrichtungen hat sich bereits vor einigen Jahren mit weiteren zusammengeschlossen, um Synergieeffekte zu nutzen.

Die Arbeitsplatzprofile zeugen von einer großen Bandbreite der Leistungen: Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, medizinisch-technisches Personal, Physiotherapeuten, Arzthelferinnen, Küchenpersonal, Diätassistentinnen, Ernährungsberater und kaufmännisches Personal. Ein Sozialarbeiter berät die PatientInnen über die nächsten Schritte nach dem Klinikaufenthalt.

Die berufliche Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern wird in Krankenpflegeschulen durchgeführt, die i. d. R. den Krankenhäusern zugeordnet sind. Sie bieten auch die Zusatzausbildung OP, Anästhesie und Intensivmedizin an.

Die Personalsituation ist von einem Ärztemangel gekennzeichnet, der sich durch alle Krankenhäuser zieht. Die Personalsuche läuft über Internet und über das Deutsche Ärzteblatt. Der Stellenteil wird von Woche zu Woche umfangreicher (157 Seiten). Eine Anzeige „*kostet 6.500,-DM u n d bring t keine Resonanz.*“

Gründe für den Mangel liegen in den verschärften Zulassungsbeschränkungen zum Studium, die seit 5-7 Jahren gelten und an der reduzierten Zahl der Studienplätze. AbsolventInnen wandern zudem in andere Bereiche, z. B. in das Medizinische Controlling, in die (Pharma-) Industrie oder werden von Nachbarländern abgeworben - 30 % der Approbierten gehen in einen anderen Bereich. Das Einkommen ist nicht das Problem, aber es fehlen die Perspektiven. Die Möglichkeiten, im Krankenhaus Karriere zu machen, sind weitgehend vergeben, vor Ort gelten Zulassungsbeschränkungen.

Durch das EuGH-Urteil, in dem die Bereitschaftszeit der Ärzte als Arbeitszeit gewertet wird, werden intelligente Schichtdienste und 20.000 Ärzte zusätzlich notwendig - jetzt sind 9.000 arbeitslos gemeldet.

Das Arbeitsamt ist bei der Wiedereingliederung von Ärzten deutschrussischer Abstammung stark involviert. Ihnen wird nach der Teilnahme an Sprachkursen und mindestens 1-jähriger Tätigkeit im deutschen Krankenhaus die deutsche Approbation erteilt.

Ein weiterer Mangel besteht an Krankenschwestern mit Zusatzausbildung OP und Intensivmedizin/Anästhesie. Sie haben sehr gute Berufschancen. Diese Zusatzausbildung dauert 2 Jahre und wird berufsbegleitend in Kooperation mit anderen Häusern durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen müssen in Teilen freigestellt werden, die Dozentengebühren sind hoch - die Ausbildung kostet *"enorm viel Geld"* und die Gefahr der Abwerbung ist hoch.

Teilweise werden MitarbeiterInnen über das Arbeitsamt rekrutiert, Physiotherapeuten kommen aus Reha-Einrichtungen, Initiativbewerbungen spielen eine große Rolle. Es herrscht ein Überangebot an medizinisch-technischen AssistentInnen.

Einfache Arbeitsplätze gibt es zunehmend weniger. Früher gab es das "klinische Hauspersonal", Stationshilfen mit teilweise hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Diese werden sukzessive ersetzt durch examiniertes Personal (Krankenschwestern, Pfleger), wobei 1,5 Stellen für eine Hilfskraft durch eine Fachkraft besetzt werden. Von den Patienten wird kompetente Pflege verlangt. Der ärztliche Bereich nimmt zu und weniger qualifizierte Stellen werden abgebaut.

Die Küche und das Patienten-/Besucher-Café werden in Eigenregie geführt, hier liegt die Bezahlung nach BAT weit über dem Tarif NGG. Der Bereich „Reinigung“ wird weitgehend fremdvergeben: *"Es geht einzig um den Preis."*

Eine besondere Bedeutung mit wachsender Tendenz kommt dem ärztlichen Schreibdienst zu, der den Pflegedienst entlastet wie auch der Stationsassistenten mit Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die als Visitenkarte der Ärzte gesehen wird.

Es werden Förderprogramme für "Fachkräfte Ärztlicher Schreibdienst" für sinnvoll erachtet. Der Markt ist zwar momentan gesättigt, der Bedarf wird aber wieder steigen. Hier wird eine gute Möglichkeit der Umschulung für Berufsfremde (auch Männer) gesehen, die gut lesen, schreiben und den Umgang mit dem PC beherrschen können müssen.

4.1.2 WEITERBILDUNG

Schwerpunkte der Weiterbildung bei den Ärzten sind u. a. medizinische Themen, gesetzliche Vorgaben (Hygieneverordnung, Strahlenschutz), Fachkongresse Medizin, Fachkunde Rettungsdienst, Fachkunde Strahlenschutz und einheitliche Therapieverfahren. Allgemeine Fachkräfteschulung im Rahmen der Personalentwicklung sind z. B. Kommunikation, Mitarbeiterführung und Konfliktmanagement.

4.1.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE

Vorausgesagt wird, dass der Pflegebereich binnen kurzem wieder Mangelberuf sein wird.

"Falls der Fahrplan eingehalten wird", wird in 2003 in Deutschland das DRG (Diagnosis Related Groups) eingeführt, ein System zur Verschlüsselung der Leistungen. Die Umsetzung wird einen großen Aufwand verlangen. In erster Linie werden sich die Ärzte in dieses System einarbeiten müssen. Seine Auswirkungen werden umfangreich gesehen: "Die Leistung soll zunehmen, Preise sollen sinken, die Verweildauer wird deutlich gesenkt. Diagnostik muss erheblich schneller durchgeführt werden, um dann eine gezielte Therapie anzuwenden. Die Fallkosten werden gesenkt, die Tageskosten steigen. Die Anforderungen werden erheblich steigen, das wird mit höherer Personalbesetzung kompensiert werden müssen. Ob die Medizin dadurch besser wird, ist fraglich. Unter Kostendruck wird nicht mehr Krankheit beseitigt, sondern nur die Symptome - die Krankenhaushäufigkeit wird steigen. Parallel entsteht für den Patienten eine Lücke. Man müsste ihn eigentlich nach Hause schicken, wenn er sich alleine nicht versorgen kann - so wird er in die Rehabilitationsmaßnahme gehen. Dieser Bereich wird sich ausweiten. Es fehlt ein Auffangnetz. Allerdings macht das System die Abrechnung gerechter und besser kalkulierbar."

Starke Entwicklungsmöglichkeiten werden den Bereichen Krankenhausmanagement und Krankenhausbetriebslehre vorausgesagt. Nach der Wende sind viele Fachkräfte in den Osten abgewandert, das hat die Verwaltungen ausgedünnt.

Medizinisches Qualitätsmanagement wird als interessanter Markt und Wettbewerbsfaktor angesehen. Die Leistung wird besser und die Preise in den Häusern werden marktgerechter. Für diesen Bereich werden mehr Ärzte gebraucht.

Trotz guter Kontakte zu anderen Einrichtungen und leitenden Mitarbeitern besteht die Bereitschaft zu weiterem allgemeinen Erfahrungsaustausch.

Fazit:

Die Einführung des DRG wird für die Krankenhäuser, ihre MitarbeiterInnen wie auch die PatientInnen eine Umstellung bringen, die sich auf die Abläufe, die Arbeitsbedingungen und unter Umständen auch auf die Gesundheit auswirken wird. Der bestehende Ärztemangel wird sich verschärfen. Betriebswirtschaftliche und Managementkompetenz sind Qualifikationen der Gegenwart und der Zukunft.

4.2 VORSORGE- UND REHABILITATIONSKLINIKEN

Es wurden telefonisch 6 Betriebe (970 MitarbeiterInnen) aus dem REHA-Bereich befragt, für ein Betriebsinterview standen 2 Unternehmen mit insgesamt 370 MitarbeiterInnen zur Verfügung.

4.2.1 ALLGEMEINE SITUATION

Mit den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre entwickelten sich aus den früheren „Kur-Kliniken“, die sich vorwiegend mit vorbeugenden Maßnahmen beschäftigten, die heutigen REHA-Kliniken. Kostenträger sind sowohl die Rentenversicherungsträger (REHA vor Rente) als auch die Krankenversicherungen (REHA vor Pflege). Die Prävention wird nur noch in Teilbereichen abgedeckt, da sie in einem hohen Maß von „Wellness-Hotels“ angeboten wird.

Während sich die Akut-Medizin mit der Krankheitsbewältigung befasst, ist es Aufgabe der REHA-Medizin, den Patienten die Krankheitsfolgenbewältigung zu ermöglichen. Es handelt sich hier einen Zweig der Gesundheitswirtschaft, den es ausschließlich in Deutschland gibt und der eine sehr hochwertige Medizin anbietet. Aus dieser Tatsache leitet sich ab, dass es schwierig ist, z. B. im Ausland ausgebildete Ärzte zu beschäftigen, da nur an bundesdeutschen Hochschulen die speziellen (Zusatz-) Ausbildungen vermittelt werden. Allerdings sind die Lehrveranstaltungen im Bereich der REHA-Medizin keine Pflichtveranstaltungen in der Ärzte-Ausbildung, sie werden freiwillig belegt. Mit Blick auf die Öffnung der Grenzen äußern die befragten Unternehmer Bedenken, dass der erreichte Qualitätsstandard gehalten werden kann. Es wird für unwahrscheinlich gehalten, dass sich ausländische Kliniken diesen Normen anpassen. *„Ein Drittel unserer REHA-Kliniken wird sterben“* ist eine Meinung, *„vielleicht werden wir die nächsten 10 Jahre nicht überstehen“* eine andere. In diesem Zusammenhang werden auch Standortverschiebungen für die Hauptverwaltungen diskutiert (*„Wo versteuere ich meine Gewinne? - Da, wo es am wenigsten Steuern kostet“*).

Die Vertreter der REHA-Medizin fühlen sich politisch wenig unterstützt, da sie über ein großes räumliches Einzugsgebiet verfügen und deshalb - im Gegensatz zu den Akut-Krankenhäusern - für die kommunale Politik von minderer Bedeutung sind.

Die PatientInnen der REHA-Kliniken sind häufig schon sehr lange krank und haben deshalb wenig soziale Kontakte, sie müssen „in die Betriebsfamilie“ aufgenommen werden. Das erfordert von jedem/r Mitarbeiter/in viel Verantwortungsbewusstsein und soziale Kompetenz. In verstärktem Maß kommen auch Kranke, die liegend transportiert werden, so dass das Aufnahme-Management von dem Pflegepersonal übernommen werden muss.

Die Krankenschwestern / Pfleger übernehmen dann einen Teil der Verwaltungstätigkeit, da sie die medizinischen Aspekte beurteilen können.

Arbeitsplatzprofile:

Im pflegerischen Bereich verfügen die Einrichtungen über hochspezialisierte REHA-Fachärzte, Arzthelferinnen, Krankenschwestern / Pfleger, Stationshelfer und Krankenpflegehelfer. Wichtig für alle diese Berufe ist es, dass der Dienstleistungsgedanke verstanden wird. Alle Beteiligten an der Pflege müssen belastbar und körperlich fit sein, dabei werden ältere Mitarbeiter wegen ihrer Lebenserfahrung sehr geschätzt. *„Es müssen kommunikative Menschen sein, einfühlsam und kreativ, mit einer gewissen Ausstrahlung, mit Lebensfreude und Humor und einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Nähe und Distanz,“* beschreibt ein Gesprächspartner die Anforderungen. Das Personalmarketing von Ärzten erfolgt weitgehend über Fachzeitschriften, dabei werden jüngere Mediziner wegen der geringeren Gehaltskosten bevorzugt.

Die Organisation wird ebenso wie in anderen Wirtschaftszweigen in Richtung flache Hierarchien, Projektmanagement und Projektgruppen entwickelt. Gute Erfolge werden mit Behandlungsteams erzielt, die sich um einzelne Patientengruppen bemühen. Eine Prozessoptimierung wurde durch den Einsatz von an- und ungelerten Mitarbeitern für Hol- und Bringdienste erreicht.

Insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Kostendrucks, der sich durch die Reformen im Gesundheitswesen ergibt, fordern die Unternehmer **Kostendenken an allen Arbeitsplätzen.**

Die Hoteltätigkeiten (Küche / Zimmerservice / Hausmeister usw.) sind mit einem unterschiedlichen Mitarbeiteranteil besetzt, je nachdem, ob diese Aufgabenbereiche in Eigenregie erfolgen oder fremdvergeben werden. Vom „Outsourcing“ sind in erster Linie Reinigung, Wäsche, Küche und Labor betroffen.

4.2.2 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

Neue Forschungsergebnisse (z. B. Burnout, Spielsucht, psychosomatische Erkrankungen) führen im REHA-Bereich zu neuen Angeboten. Die passive Therapie (z. B. Fango...) wird von der aktiven (z. B. Krankengymnastik) abgelöst. Neue Produkte etablieren sich (z. B. Kältekammer, Schmerztherapie, Amputiertenbehandlungskonzepte).

Die Befragten gehen davon aus, dass es künftig eine „Klassenmedizin“ geben wird, und entwickeln verstärkt Konzepte für Privatzahler (z. B. für ältere Menschen oder Leistungssportler) oder für den ambulanten Bereich (hier werden sehr hohe Anforderungen durch die Berufsgenossenschaften definiert).

4.2.3 WEITERBILDUNG

Die befragten REHA-Kliniken verfügen neben einem Qualitätswesen auch über eine systematische Personalentwicklung, die als Teil der Unternehmensstrategie gesehen wird. Wenn z. B. Ärzte Fachschulungen wünschen, dann werden die Kosten übernommen und die anschließende Leistungszulassung beantragt. Die Weiterbildung für Sozialmediziner erfolgt über die Ärztekammer.

Neben den gesetzlich vorgesehenen 5 Bildungsurlaubstagen ist für Führungskräfte ein Weiterbildungskontingent von 10 Tagen vorgesehen. Ein Unternehmen setzt auf Schulungspässe für alle MitarbeitInnen, in die neben der gesetzlich vorgeschriebenen Weiterbildung (Brandschutz, Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz, Verhalten im Notfall) Fachschulungen (z. B. Röntgen, Sonografie) und sonstige Trainings (Kommunikationstraining, patientenorientiertes Verhalten) eingetragen werden.

Allgemeine Weiterbildung findet im Bereich der EDV-Schulungen (z. B. Excel), Marketing, Mitarbeiter-Führung, Teamtraining, Telefontraining, Führungskräfte-Training statt.

4.2.4 PROSPEKTIV

„Zukünftig werden verstärkt soziale Kompetenzen gefragt sein“, meinen die befragten Personalverantwortlichen, *„heute muss das geschult werden, was früher in der Familie vermittelt wurde“*. Es ist weniger das Problem, Fachkompetenzen zu vermitteln, als personale Kompetenzen (Spaß an der Arbeit, Einsatzbereitschaft, Dienstleistungsbewusstsein).

Jede Krankenschwester, jeder Krankenpfleger muss mit dem PC umgehen können, sie müssen Diagnosen und Berichte schreiben können.

Fazit

Die Unternehmer halten sich mit Prognosen sehr zurück. Sie bereiten jedoch (Produkt-) Entwicklungen vor, die sie unabhängiger von den derzeitigen Kostenträgern machen und damit ihre Marktexistenz sichern können. Eine konsequente Personal- und Organisationsentwicklung verbunden mit einem stringenten Qualitätssicherungssystem unterstützen diese Maßnahmen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die befragten Unternehmen repräsentativ für die gesamte REHA-Branche sind; möglicherweise handelt es sich um besonders fortschrittliche Einrichtungen.

4.3 ARZT-, FACHARZT-, ZAHNARZTPRAXEN

Insgesamt wurden 6 Arztpraxen besucht, die Hälfte davon im zahnmedizinischen Bereich. Es war schwierig, Gesprächstermine bei Ärzten zu bekommen. In der Regel wurden Zeit- und Kostengründe für die Ablehnung von Gesprächswünschen angegeben. *„In einer Stunde kann ich viele Patienten behandeln“*, wurde beispielsweise formuliert.

4.3.1 SITUATION

Die Arztpraxen klagen ausnahmslos über eine schwierige Kostensituation. Als Problem wird vor allem die Budgetierung genannt. Die Krankenkassen stellen nur einen bestimmten Betrag zur Verfügung, dieser muss ausreichen, um den geforderten Standard in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Reicht das Geld nicht, wird geleistete Arbeit nicht vergütet. Die Ärzte stehen hier in einem Konflikt zwischen der Notwendigkeit, wirtschaftlich (unternehmerisch) zu arbeiten, aber medizinisch zu denken. *„Lieber würde ich in letzter Konsequenz die Praxis schließen, als den Versorgungsstandard zurückzufahren“*, sagte ein Gesprächspartner. Das Gesundheitssystem werde auf diese Art ausgebremst, Expansion und damit die Schaffung neuer Arbeitsplätze oft verhindert. Dabei sei das Gesundheitswesen ein „gigantischer Markt“, in den investiert werden könnte und müsste, statt dessen würden die Ärzte auf die Bremse treten, sowie ihr Budget ausgeschöpft sei.

Es bleibe nur, die Ausweitung der Nicht-Kassen-Medizin zu fördern, was auch praktiziert wird. Die Ärzte werben zunehmend für Zusatzleistungen, die der Patient selbst bezahlt.

Personalrekrutierung

Es gilt als schwierig, qualifizierte MitarbeiterInnen zu bekommen. Ein großer Teil der BewerberInnen ist nach Angaben der Befragten fachlich oder menschlich nicht geeignet. Die Praxen suchen Personal i. d. R. per Zeitungsinserat. Eine überdurchschnittliche Bezahlung und ein gutes Betriebsklima werden als Mittel genannt, MitarbeiterInnen zu finden und zu binden. *„Für ein gutes qualifiziertes Team muss man Geld ausgeben!“* konstatiert ein Facharzt.

Arbeitsplatzprofile

Benötigt werden in den Zahnarztpraxen zahnmedizinische Fachangestellte (früher ZahnarthelferInnen), zu deren Aufgaben die Stuhlassistenz, Vorsorgeberatung/Prophylaxe sowie Ernährungsberatung (in Bezug auf Zahngesundheit) gehört.

Zum Aufgabenbereich der in den Arzt-/Facharztpraxen tätigen Arzthelferinnen/Krankenschwestern sowie medizinisch-technischen AssistentInnen ge-

hören die Assistenz bzw. auch selbstständiges Arbeiten im speziellen Bereichen der Praxis wie Endoskopie, Kardiologie, Kernspintomographie, Röntgendiagnostik, Nephrologie (z. B. Dialyse) u. a. Eine ganz wichtige persönliche Eigenschaft in diesem Beruf ist die Fähigkeit, auf Patienten eingehen zu können, weiterhin Kommunikations- und Teamfähigkeit, Lernbereitschaft, Einsatzbereitschaft und Flexibilität.

Eingestellt werden können auch MitarbeiterInnen ohne Ausbildung, da diese nicht zwingend vorgeschrieben ist. Die Praxis muss lediglich kompetente Behandlung garantieren.

Ausbildung

Für die fachliche Qualifizierung sorgen viele Praxen selbst. Die benötigten spezifischen Kenntnisse können vor Ort vermittelt werden, wichtig seien jedoch Interesse, Motivation sowie der Wille zu lernen. Daran mangle es allerdings in vielen Fällen. Auch die schulischen Leistungen bei Auszubildenden reichten nicht immer aus, das Niveau gehe „nach unten“. Hinzu kämen veraltete Lehrpläne und Prüfungsordnungen sowie Sprachprobleme. Voraussetzung für einen Ausbildungsplatz ist in der Regel ein Realschul-, zumindest aber ein guter Hauptschulabschluss.

Das Problem bei sehr jungen Mitarbeiterinnen ist, dass sie u. U. bald in die Familienphase gehen und damit zunächst für den Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen. Männer sind in den Helferberufen sehr selten, in ganz Ostwestfalen-Lippe gibt es nach Angaben eines Gesprächspartners nur zwei Zahnarztshelfer (heute: zahnmedizinische Fachangestellte).

4.3.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?

In Hinblick auf die angespannte Kostensituation sehen die Ärzte nur die Möglichkeit „selber etwas zu tun“. Verbesserungen der Organisationsstruktur in den Praxen, „Wettbewerbsvorteile“ durch ein systematisches Qualitätsmanagement (Zertifizierung) und (noch) mehr Engagement, Einsatz, Flexibilität. Die Anforderungen an alle MitarbeiterInnen werden in dieser Hinsicht steigen.

Genannt wurde weiterhin der zunehmende Einsatz modernster Informations- und Kommunikationstechnik, z. B. der digitalen Verarbeitung und Archivierung von Röntgen- und CT-Bildern.

Angebote für Privatzahler wird es sowohl im strahlentherapeutischen Bereich als auch in Zahnarztpraxen geben, allerdings muss die Patientenklientel entsprechend geeignet sein. Zunehmend wichtig ist, dass die MitarbeiterInnen an mehreren Arbeitsplätzen einsetzbar sind.

4.3.3 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG

Genannte Weiterbildungsmaßnahmen und -bedarfe beinhalten spezifische, für die Fachpraxen erforderliche Spezialkenntnisse, z. B. Dialysetechnik, neue Techniken in der Diagnostik und in strahlentherapeutischen Verfahren, Verhalten gegenüber Patienten, Erste-Hilfe-Kurse sowie Kenntnisse im Themenkomplex EDV/neue Medien/Software. Auch die Ärzte müssen sich selbstverständlich laufend fortbilden.

EDV-Kenntnisse werden immer wichtiger und gehen über den üblichen Umgang mit dem Office-Paket weit hinaus. Der Umgang mit digitalen Geräten, z. B. beim Röntgen erfordert neue Kenntnisse, z. B. in der digitalen Bildbearbeitung und -archivierung. Auch der elektronische Versand solcher Informationen wird möglich sein und neue Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern.

Im zahnmedizinischen Bereich gibt es gute Möglichkeiten für die Weiterbildung zur VerwaltungshelferIn (von speziellen Fortbildungsinstituten angebotene, anerkannte 1-jährige Weiterbildung), zur zahnmedizinische Prophylaxe helferInnen bzw. ProphylaxeassistentInnen, sowie zur DentalhelferIn bzw. DentalhygienikerInnen als höchste Stufe der Zusatzqualifikationen.

Alle Leistungen könnte der Zahnarzt auch selbst erbringen, aber seine Zeit ist kostbar. Die MitarbeiterInnen erbringen Leistungen, die von den Kassen und den PatientInnen privat honoriert werden, und bieten damit eine zusätzliche Arbeitsplatzsicherung.

Eine wichtige Rolle bei der Suche nach neuen Wegen für eine qualitativ hochwertige Medizin werden persönliche Eigenschaften wie Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein, Flexibilität spielen. Hinzu kommen Softskills wie „Kunden“orientierung (die Patienten werden immer anspruchsvoller), korrekte Umgangsformen und Rhetorik.

Ein wichtiges Thema sind deutsche Sprachkenntnisse, „*Verständigung muss möglich sein*“ sagte ein Gesprächspartner in Hinblick auf Sprachprobleme, z. B. bei SpätaussiedlerInnen. Russland-Deutsche MitarbeiterInnen werden als sehr motiviert eingeschätzt.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Kostensituation im Gesundheitswesen sehr angespannt ist. Das erfordert, neue Wege zu suchen und stellt hohe Anforderungen an die Qualifikationen und persönlichen Eigenschaften der MitarbeiterInnen. Durch Zusatzqualifikationen verbessern sich die Einsatzmöglichkeiten in den Praxen, insbesondere in Hinblick auf die an Bedeutung gewinnenden zusätzlichen Dienstleistungsangebote für die PatientInnen.

4.4 KRANKENTRANSPORT- UND RETTUNGSDIENSTE

Besucht wurden in diesem Bereich drei Unternehmen, zwei private Rettungsdienste und ein großer, bundesweit agierender Wohlfahrtsverband.

4.4.1 SITUATION

Private Unternehmen im Bereich Unfallrettung/Krankentransporte unterliegen starken Kontroll- und Regulationsmechanismen. Nach eigenen Angaben werden sie ungenügend in das Rettungssystem eingebunden. Man fühlt sich von den Behörden im Stich gelassen und glaubt, dass das Geschäft der Krankentransporte von der Feuerwehr übernommen werden soll. Ein Krankentransport-Unternehmen klagt: *„Die Berufsfeuerwehr ist zugleich Kontrollorgan und Konkurrenz. Sie könnte den privaten Unternehmen Aufträge für Rettungseinsätze geben. Vereinzelt erhalten wir Aufträge von Ärzten“*. Der öffentliche Dienst, so wird beklagt, beschäftige überwiegend Ehrenamtliche und Zivildienstleistende, während die privaten Unternehmen sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter einstellten. Dabei seien die Transporte der Feuerwehr keinesfalls kostengünstiger. Der Bundesverband für private Rettungsdienste meint, dass bei der Abschaffung dieser Wettbewerbsverzerrung durch den öffentlichen Dienst 10.000 Stellen besetzt werden könnten.

Das Hauptgeschäftsfeld der Privaten liegt weniger in Notfalleinsätzen, sondern eher im Bereich der Dienstleistungen wie Patiententransporte für Krankenhäuser, Verlegungen in Altenheime oder Sanitätseinsätze bei Sportveranstaltungen.

Personalsuche

Die Personalsuche ist nicht immer einfach. *„Es gibt viele Leute mit falschen Vorstellungen vom Beruf, die nur die Aufregung und Spannung (mit Blaulicht über die Straßen jagen) sehen“*, sagte ein Gesprächspartner. *„Andere sind als Jugendliche beim Roten Kreuz gewesen, haben Erfahrungen und sehen den Beruf nüchterner. Die sind uns am liebsten!“* Aber die Konkurrenz zwischen den Unternehmen sei groß, die Auswahl an Bewerbern begrenzt.

Einige private Unternehmen können nur unterdurchschnittliche Löhne zahlen, was die Personalsuche zusätzlich erschwert. *„Wir müssen attraktiver werden, damit wir eine größere Auswahl an Bewerbern bekommen“*, sagte ein Gesprächspartner.

Die Einschätzung des Personalangebotes fällt aber uneinheitlich aus. Ein privates Unternehmen sieht sich mit ungenügendem Fachkräfteangebot und steigenden Anforderungen (*„Die Ausbildung ist härter geworden.“*) konfrontiert. *„Das Angebot an Kräften ist nicht so, wie benötigt. Durch die Ein-*

schränkung des Wehrdienstes bricht der Zivildienst weg. Die Auswirkungen sind auch auf dem freien Fachkräftemarkt spürbar“.

Ein großer Wohlfahrtsverband dagegen sieht die Situation anders: „*Im Rettungsdienst und Krankentransport gibt es ein Überangebot, da viele Umschulungen gemacht werden, die auch nicht so teuer sind*“. Er hat durch seine Größe sicher Vorteile bei der Mitarbeitersuche, die Personalabteilung arbeitet überregional, hat aktuell keinen Personalbedarf. Der Verband ist integriert in den Bevölkerungsschutz (Massenanfall von Verletzten). In Bielefeld gibt es ein Rettungsdienstkonzept über eine Arbeitsgemeinschaft, die aus der öffentlichen Hand und Wohlfahrtsverbänden besteht.

Ausbildung

Im Bereich Unfallrettung/Krankentransporte ist eine Ausbildung zum Rettungssanitäter bzw. zum Rettungsassistenten erforderlich. Die Ausbildung hat zwei Stufen: Rettungsassistent ist ein Lehrberuf, zum Rettungssanitäter wird man in einem Lehrgang mit anschließendem 4-5-monatigem Praktikum ausgebildet. Beide Qualifikationsstufen sind durch das Rettungsgesetz geregelt und für den Einsatz in diesem Bereich zwingend vorgeschrieben. Auch die Rettungsleitstelle muss mit Fachkräften besetzt sein.

Anforderungsprofil

Die Arbeit im Rettungsdienst erfordert eine hohe Einsatzbereitschaft und Flexibilität. Eine Schicht dauert 24 Stunden, ist eine Mischung aus Arbeits- und Bereitschaftszeiten, danach sind 48 Stunden frei, auch an Feiertagen muss gearbeitet werden.

4.4.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?

Ein Unternehmen hat durch starke behördliche Reglementierung Aufgabenbereiche im Rettungsdienst verloren und musste sechs MitarbeiterInnen entlassen. Die privaten Rettungsdienste fühlen sich benachteiligt und nicht ihren Fähigkeiten und Kapazitäten entsprechend angefordert. Sie sehen ihre Zukunftsaussichten z. T. sehr schlecht, ein Gesprächspartner sprach von Überlegungen, die Firma ins Ausland zu verlegen. Mögliche neue Aufgabenfelder ergeben sich durch die Ausweitung des Dienstleistungsangebotes, z. B. im Altenpflegebereich oder Beratungsangebote, z. B. im Bereich Arbeitssicherheit.

4.4.3 WEITERBILDUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG

Weiterbildungsmaßnahmen sind für Rettungssanitäter/-assistenten Pflicht und werden behördlich kontrolliert. Die vorgeschriebenen 30 Stunden Fortbildung pro Jahr und MitarbeiterIn werden z. B. von Notärzten eines Krankenhauses in Bielefeld durchgeführt.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich Unfallrettung/Krankentransporte eine schwierige wirtschaftliche Situation feststellen (zumindest für die kleineren privaten Unternehmen; die großen Wohlfahrtsverbände agieren bundesweit und haben sicher eine bessere Position), deren Ursache zu einem großen Teil in der Monopolstellung der Feuerwehr gesehen wird. In einer stärkeren Einbindung der Privaten in das öffentliche Rettungssystem könnten nach ihrer Einschätzung eine Verbesserung der Notfallversorgung erreicht und eine große Zahl neuer Stellen geschaffen werden.

4.5 DACHORGANISATIONEN (ORGANISATIONEN DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE UND JUGENDHILFE)

4.5.1 ALLGEMEINE SITUATION

Über einer Vielzahl der besuchten Einrichtungen, die dem Sozialwesen zugerechnet werden, stehen Dachorganisationen, unter denen diese Einrichtungen zusammengefasst sind (z. B. Wohlfahrtsverbände, kirchliche Organisationen, usw.). Wir haben mit VertreterInnen von 3 Organisationen gesprochen, deren Gesamtleistungspaket aus zahlreichen Diensten für unterschiedliche Zielgruppen wie Familien, Kinder, Jugendliche, Frauen und Alte besteht:

- Kindertagesstätten
- Betreuung von Schulen (Hauptschulen, Sonderschulen, Berufsschulen, Schulsozialarbeit)
- Seniorenarbeit
- Migrationsarbeit
- Vereine, Initiativen, Selbsthilfegruppen
- Diverse Beratungsstellen
- Ambulante Pflege
- Mobile Dienste
- Kirchlicher Dienst

Bundesweit sind in diesen Einrichtungen mehr als 140.000 MitarbeiterInnen tätig, so dass Einsparungen immer große Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben.

Zu den **Arbeitsplatzprofilen** in den Einrichtungen gehören besonders ErzieherInnen, und andere pädagogische MitarbeiterInnen sowie Krankenschwestern/-pfleger, AltenpflegerInnen. In allen Einrichtungen sind VerwaltungsmitarbeiterInnen tätig, immer spielen Zivildienstleistende eine wichtige Rolle. Der Frauenanteil bei den ErzieherInnen und SozialpädagogInnen liegt bei 80-90 % - dabei sind Männer besonders begehrt, da sie als Bezugspersonen für Kinder aus vaterlosen Familien gebraucht werden.

Arbeit im sozialen Bereich ist von einem intensiven Umgang mit den Menschen geprägt. Die Arbeit ist befriedigend - zwar gibt es auch Misserfolge, aber die positiven Erfahrungen überwiegen - ein langer Prozess - eine andere Form von Arbeit, die hohe soziale Kompetenz und Belastbarkeit verlangt. Die vorderste Qualifikation ist Motivation. Deshalb werden Probleme mit den MitarbeiterInnen aktiv angegangen, die Probezeit wird für Gespräche genutzt, Reflexionsgespräche sind Führungsinstrument.

Ein Mangel an ErzieherInnen und SozialpädagogInnen zeichnet sich ab. Schülerinnen haben oft falsche Vorstellungen vom Job, andererseits ist der Beruf unattraktiv geworden, da nicht mehr die Sicherheit besteht, eine volle

Stelle zu bekommen. In der eigenen Fachschule gibt es nicht genug SchülerInnen. Von den Arbeitsamt-BeraterInnen wird eine mehr positive Darstellung des Berufes gewünscht.

Das Angebot an einfachen Arbeitsplätzen ist eingeschränkt: Tätigkeiten in der Küche, Verwaltung, als Hausmeister und an der Pforte sind wegen erhöhter Anforderungen an PC-Arbeit und die Bedienung technischer Einrichtungen nicht immer für Ungelernte geeignet. Im ambulanten Pflegebereich können auch ungelernete Kräfte eingesetzt werden, je nachdem, inwieweit die Quote an Fachkräften bereits erfüllt ist.

Die Arbeitszeiten können auf zahlreichen Stellen flexibel gestaltet werden (Mindest- und Höchststundenzahl werden festgelegt), sie reichen von 6.00 Uhr bis 23.00 Uhr und bedeuten Schichtdienst (Nachtbetreuung wird nicht angeboten). Wochenenddienste etc. werden mit Zeitzuschlägen entlohnt.

Umschulungen des Arbeitsamtes mit der Möglichkeit zur Tätigkeit in den Einrichtungen sind AltenpflegerInnen, TourismusmanagerInnen und FreizeitpädagogInnen.

4.5.2 WEITERBILDUNG

Systematische Weiterbildung ist ein selbstverständliches Thema, das Angebot ist umfangreich, davon profitieren auch die Mitgliedseinrichtungen. Große Organisationen machen auch Vorgaben zu Weiterbildungsinhalten und bieten zahlreiche Möglichkeiten zur Teilnahme, zur Informationsbeschaffung und für Kontakte in Arbeitskreisen. Das Angebot umfasst ein Spektrum von EDV bis Sterbebegleitung. Einzel- und Team-Supervision stehen allen MitarbeiterInnen aus dem sozialen Bereich offen. Deutschkenntnisse sind ein Thema vor allem im Hortbereich, bei der Hausaufgabenbetreuung und in den Kindertagesstätten, in denen die Kinder auch Sprachkompetenz erwerben. Das Interesse der MitarbeiterInnen ist groß und muss nicht erst eingefordert werden. Auch die Geldgeber (Land, Kreis, Kommune) legen großen Wert auf Weiterbildung und stellen ein festes Budget zur Verfügung.

In einer Organisation besteht die besondere Dringlichkeit, junge Kräfte für Führungsaufgaben zu qualifizieren, um den Führungsnachwuchs zu sichern. Hier werden zahlreiche Weiterbildungsmaßnahmen über die Verwaltungsakademie durchgeführt.

4.5.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE

Qualifikation ist das Thema der Zukunft.

- Zukünftig werden höherwertige Arbeitsplätze nur noch mit Hochqualifizierten besetzt
- Qualität hat Vorrang vor Quantität
- Vor der formalen Qualifikation kommt die Sozialkompetenz. Gefragt sind:
 - Kommunikationstechnik, Gesprächsverhalten - nicht nur in Leitungspositionen
 - Fähigkeit, Schnittstellen zu vernetzen
 - Zeitmanagement: Die Arbeit wird komplizierter (Vorschriften, IT)
 - Kunden-, Dienstleistungsorientierung
- in allen öffentlich geförderten Bereichen wird mehr auf abgeschlossene Ausbildung geachtet

Wie bei fast allen Kontakten dieser Befragungswelle bestehen auch hier Offenheit und Bereitschaft zur Mitwirkung an Veranstaltungen zum Projekt und an weiterem Erfahrungsaustausch.

4.6 ALTENWOHN- UND PFLEGEHEIME

4.6.1 SITUATION

„Altenpflege ist kein Job - es ist eine Berufung, die den ganzen Menschen erfordert“

„Die Altenpflege befindet sich im Zwiespalt zwischen humanitären Ansprüchen und ökonomischen (und rechtlichen) Zwangsvorgaben“, diese Aussage einer Befragten kennzeichnet die Situation zwischen den Anforderungen der Bewohner, der Kostenträger und der Gesellschaft.

Das steigende Selbstbewusstsein der alten Menschen, der enorme Anstieg von Demenz-Erkrankungen (teilweise bis zu 70% Desorientierte) und die häufig anzutreffende soziale Isolation erfordern eine hohe Handlungskompetenz im pflegerischen, organisatorischen und finanziellen Bereich. Die Qualitätsanforderungen der Kostenträger (insbesondere der Pflegekassen) und Budgetierungen bedingen ein professionelles Management. Darüber hinaus haben pflegerische Berufe leider ein geringes Image. Dazu trägt auch die Medienberichterstattung bei, die häufig von den durch die vorherige Pflege schon überlasteten Angehörigen initiiert wird. *„Es wäre sinnvoll, die attraktiven Seiten des Pflegeberufes in den Mittelpunkt zu stellen: es gibt sehr viel Bestätigung, sehr viel Dankbarkeit und positive Rückmeldung. Der helfende Beruf verdient Anerkennung - eine Werbestrategie wäre unbedingt erforderlich“,* meint eine Gesprächspartnerin.

Ziel der Arbeit in den besuchten Einrichtungen ist es, den BewohnInnen ein hohes Maß an Normalität zu erhalten. Aus diesem Grund werden große Heime in kleine Wohngemeinschaften umgewandelt. Für die verschiedenen Bewohnergruppen entwickelt man Detailkonzepte: Z. B. werden gute Erfolge erzielt, wenn demenziell Erkrankte in Gruppen betreut werden. Sie beherrschen häufig noch hauswirtschaftliche Tätigkeiten (altvertraute Handlungsabläufe) und erhalten in der Gruppe mehr Reize, die sie bewegen, nicht davon zu laufen. Diesen PatientInnen kann in geschütztem Rahmen Freiheit gewährt werden. Für liegend kranke Menschen sucht man nach neuen Möglichkeiten, das Leben so lebenswert wie möglich zu machen: *„es gibt Wohnoasen, in denen wir das Licht speziell auswählen, für gezielte Beschallung sorgen und Dufttherapie als Stimulation einsetzen“.* Viele der besuchten Alten- und Pflegeheime sind konfessionell geprägt und sehen ihre Aufgabe auch in der „Seelenpflege“ der älteren Menschen. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern im Andachtsdienst, in der Kaffeestube, bei der Organisation von Veranstaltungen und in der Freizeitgestaltung erlangt zunehmende Bedeutung. Neben den vielen ehrenamtlichen HelferInnen / Paten werden selbstverständlich auch Zivildienstleistende eingesetzt, die zusätzliche Dienste verrichten. Eine weitere Einschränkung der Wehrdienstzeiten wird mit großer Sorge betrachtet.

Die ideale Betreuung scheint mit dem "*Hausgemeinschaftsprinzip*" möglich zu sein, es gibt aber auch hier den wichtigen Kostengesichtspunkt: Zentral geführte Häuser können das Personal optimal einsetzen, dezentral organisierte Gruppen erfordern einen hohen Personaleinsatz. Allerdings können in den „*Wohngruppen*“ auch einige Arbeiten von Hauswirtschaftskräften (Präsenzkräften) erledigt werden. An- und Ungelernte, die über die o. g. personalen Kompetenzen und entsprechende Sprachkenntnisse verfügen, können in diesem Bereich der Alten- und Pflegeheime gut eingesetzt werden. Qualifizierte Hilfskräfte können auch z. B. die Betreuung verwirrter Personen übernehmen. Auf diese Weise wird die Präsenzschiene kostengünstiger besetzt.

Kundenorientierung

Die BewohnerInnen sind die KundInnen. Pflege und Betreuung sollen sich nach ihren Bedürfnissen richten, das bedeutet z. B., dass der Patient nicht morgens um 6:00 Uhr gebadet werden kann, nur weil dann das Personal Zeit hat. Die Zeiten der "aktivierenden Pflege", in denen es hieß: "*Ich weiß, was für dich gut ist*" und "*du sollst*", sind vorbei. Heute gilt: "*Du sollst mich nicht gesundtherapieren*". Zur Kundenorientierung gehört auch die Einrichtung eines Beschwerdemanagements.

Arbeitsplatzprofile:

Die MitarbeiterInnen in diesen sozialen Einrichtungen sind zu 97 % Frauen, „*der Männeranteil tendiert gegen Null*“, aber: Pfleger sind sehr beliebt, „*sie haben eine andere Sicht der Dinge*“. Die Leitungsebene wird jedoch auch hier vorwiegend mit männlichen Bewerbern besetzt. Für Personen, die einige Jahre im Pflegeberuf arbeiten, gibt es gute Aufstiegsmöglichkeiten: z. B. zur verantwortlichen Pflegekraft oder zur Pflegedienstleitung.

Die Arbeitsplatzprofile in den befragten Einrichtungen zeigen etwa 30 % der Arbeitsplätze im hauswirtschaftlichen Bereich (Wäsche, Technik, Küche, Reinigung, Service), ca. 60 % der MitarbeiterInnen arbeiten in der Pflege und Ergotherapie. Die körperlichen Belastungen in der Pflege werden als hoch angesehen („*alle haben Rückenprobleme*“). Körperliche Fitness ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für den Beruf. Auch der notwendige Schichtdienst erschwert die Arbeitsbedingungen. Die psychischen Belastungen jedoch "*sind schon enorm*", der Umgang mit sehr kranken Menschen, die Konfrontation mit Tod und Sterben und die zunehmende Desorientierung der BewohnerInnen belasten die Arbeitssituation. Pflegekräfte müssen neben ihrer Fachkompetenz über Menschlichkeit, eine Art "Berufung" (aber ohne Helfersyndrom!!!), Nächstenliebe (caritatives Menschenbild), Kreativität, Freundlichkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit verfügen und mit Beschwerden umgehen können. Dabei wird das Thema „*Grenzen setzen und halten*“ immer wieder genannt. Die Beschäftigten in der Pflege sorgen für das physische und psychische Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen, dazu gehört die Grund- und Behandlungspflege, die Dokumentation und die Anleitung der PflegehelferInnen. Die zeitlichen (und finanziellen)

Vorgaben der Pflegekassen bedingen dabei eine hohe Arbeitsintensität, die häufig zu Überforderung führt („*ich bin keinem gerecht geworden*“). Wichtig ist, dass die MitarbeiterInnen darin bestärkt werden, dass sie nicht für alle Missstände verantwortlich sind („*Oft wird ihnen alles in die Schuhe geschoben*“). Die Einrichtungsleitungen setzen umfangreiches personalpolitisches Know-how ein, um den „*MitarbeiterInnen den Rücken zu stärken*“: es gibt Sportgelegenheiten, gesellige Abende, Mitarbeiter-Gespräche, Dienstbesprechungen, Bereitschaftsdienst der Pflegedienstleitung für Fragen und Nöte, Supervision.

Die befragten Einrichtungen unterscheiden zwischen der Bezugspflege, das heißt der/die MitarbeiterIn ist für z. B. 5 BewohnerInnen zuständig einschließlich der Zimmer, Kleidung, Wünsche. Die Funktionspflege sieht dagegen vor, dass z. B. eine examinierte Altenpflegerin 7 Std. lang medizinische Behandlungspflege durchführt, für andere Arbeiten sind dann geringer qualifizierte MitarbeiterInnen zuständig. Letzteres scheint kostengünstiger, jedoch sind die BewohnerInnen und die MitarbeiterInnen bei der individuellen Pflege (Bezugspflege) zufriedener.

Kosten

Die Kostenstruktur eines Alten- und Pflegeheimes besteht zu etwa 80 % aus Personalkosten. Altenpflege ist wie alle Dienstleistungsunternehmen sehr personalintensiv, die Rationalisierungsmöglichkeiten sind begrenzt. Kostenträger sind die Pflegekassen, Sozialämter, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die BewohnerInnen selbst.

Vor Einführung der Pflegeversicherung galt das Selbstkostendeckungsprinzip. Heute gelten prospektive Pflegesätze, d. h., die Einrichtungsleitung muss abschätzen, wie viele Fälle in Pflegestufe I, II, III im Haus untergebracht sein werden. Für die Pflegestufe 0 kann kein Personal im Pflegeplan vorgesehen werden. Wenn sich nun BewohnerInnen positiv entwickeln und von der Pflegestufe I in 0 kommen, fällt die Kostenbeteiligung der Pflegekasse weg. Diese Situation ist betriebswirtschaftlich schwierig.

Je nach Pflegestufe stehen den einzelnen BewohnerInnen Pflegezeiten zur Verfügung. Dabei wird lediglich 20 % der Zeit für Betreuung gerechnet - die übrigen Ansätze beziehen sich auf die Grundpflege. Diese „Vorgabezeiten“ werden als bedenklich eingestuft.

Vielen BewohnerInnen steht darüber hinaus Pflegegeld (Sozialamt) für die investiven Kosten der Einrichtung zu. Dazu benötigt das Alten- und Pflegeheim eine Bedarfsbestätigung des Landschaftsverbandes. Es wird vermutet, dass Institutionen, die über diesen Beleg nicht verfügen, langfristig „*auf der Strecke*“ bleiben werden.

Eine optimale Personaleinsatzplanung ist nur möglich, wenn in einem hohen Maß Teilzeit-Kräfte eingesetzt werden. Ein Verhältnis von 70 % Teilzeit zu 30 % Vollzeit-Stellen gilt als ideal. Die Ganztagskräfte decken eine gesamte Schichtpräsenz ab - lassen jedoch wenig Flexibilität zu, wenn jemand ausfällt. Für die Teilzeitkräfte, die auch Stoßzeiten abdecken müs-

sen, gibt es i. d. R. Zeitkonten und Arbeitspläne für mehrere Wochen im Voraus. Im examinierten Bereich rechnet man mit etwa 50 % Teilzeitstellen, der nicht-examinierte Teil der Belegschaft umfasst mehr als 80 % Teilzeit-MitarbeiterInnen.

Die **Ausbildung** zum/r examinierten AltenpflegerIn dauert 3 Jahre und wird von den Fachseminaren durchgeführt. Seit langem ist eine bundeseinheitliche Pflegeausbildung im Gespräch, bei der die Auszubildenden in den einzelnen Einrichtungen angestellt werden sollen. Es wäre wünschenswert, wenn diese Ausbildung nach der Grundausbildung verschiedene Fachrichtungen (Alten-, Kranken-, Kinderkrankenpflege) ermöglichen würde. In der jetzigen Ausbildung fehlt nach Meinung der Befragten die EDV-Schulung und in einem großen Maß die Schulung personaler Kompetenzen (Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Verhalten in Stresssituationen).

Die einjährige Helfer-Ausbildung wird nach Meinung der Befragten zu selten angeboten. Diese Ausbildung wäre eine gute Möglichkeit für Quereinsteiger, um eine Grundqualifikation und Einblick in den Beruf zu bekommen (ein evtl. Wunsch nach Förderung einer Weiterqualifizierung zur Fachkraft nach SGB III durch das Arbeitsamt wird danach allerdings schwieriger, weil die MitarbeiterInnen dann ja einen Job haben).

Bisher wurde der Beruf einer Altenpflegerin häufig als Zweitausbildung angestrebt, so dass die MitarbeiterInnen über einige Lebenserfahrung verfügen (zunehmend wird die Altenpflegeausbildung aber auch zur Erstausbildung). Der Beruf wird wegen der hohen psychischen Anforderungen häufig nach einigen Jahren verlassen. Die Personalverantwortlichen versuchen, mit Seminaren zum Aufbau von Schutzmechanismen („Selbstpflege“) entgegenzuwirken. Die Einrichtungen verfügen auch über Reflexionsräume und die Möglichkeiten der Supervision. Einen weiteren Nachteil des relativ hohen Einstiegsalters beschreibt der folgende Gesprächspartner: „*wir haben ein Durchschnittsalter von 42,5 Jahren – das gibt Nachwuchsprobleme!*“

Strategien gegen Fachkräftemangel werden in einem Altenheim entwickelt: an- und ungelernete MitarbeiterInnen werden berufsbegleitende Ausbildungen empfohlen und ermöglicht. Auf diese Weise wurden 25 % der gesamten Belegschaft nachzertifiziert.

4.6.2 WEITERBILDUNG

Fachkompetenzen

Alle befragten Einrichtungen bieten ihren Mitarbeitern Weiterbildungen im Bereich der Gerontopsychiatrie (dazu gehören z. B. Demenz, Depression und/oder Wahnvorstellungen) an (Behandlung dementer Geronto-Erkrankter, Beschäftigungsangebote für Demente - natürliche und künstliche Aktivitäten, usw.) Darüber hinaus umfasst das „*Jahresprogramm für Fortbildung*“ Veranstaltungen zu Pflorgetechnik (z. B. He-

ben/Lagern/Transfer); Wundversorgung, basale Stimulation, Rückenbehandlung, Mundpflege, Hygiene- oder Produktschulungen. Viele Pflegedienstleitungen (PDL) kommen aus der Altenpflege und lassen sich nachqualifizieren. Es bieten sich hier Seminare zur Führung und Leitung von sozialen Einrichtungen ebenso an wie Fernstudiengänge zur Pflegewirtschaft. An den Fachhochschulen werden Pflegepädagogen, Pflegewirte, -manager und -wissenschaftler ausgebildet. Es wird sehr begrüßt, dass der Stellenwert von Pflegedienstleistungen durch die Aufnahme in das Bildungsangebot der Fachhochschulen aufgewertet und wissenschaftlich untermauert wird.

Die examinierten Fachkräfte haben i. d. R. alle Zusatzaufgaben, z. B. Sicherheitsbeauftragte, Qualitätsbeauftragte, Hygienebeauftragte (was allerdings Kapazitäten von der Pflege abzieht).

In allen Einrichtungen wird die Qualitätssicherung thematisiert. Die Prozesse werden nach dem Prinzip „Stärken ausbauen, Schwächen mindern“ bearbeitet. Ganz praktisch werden *„Beobachtungen angestellt, Fehler bemerkt, Ziele zur Änderung formuliert, Ziele umgesetzt.“* Es werden Prozesse und Schnittstellen optimiert und Reibungsverluste vermieden. Die Stimmungslage nach der erfolgten Zertifizierung wird so beschrieben: *„Alle haben viel Stress gehabt und sind jetzt sehr stolz - das heißt auch für die MitarbeiterInnen: Qualität ist transparent, überprüfbar, nachvollziehbar.“*

Die personalen Kompetenzen der MitarbeiterInnen werden in Gruppenleiterkursen, Trauerbegleitungskursen, Supervisionsangeboten und Seminaren zur Stärkung des Selbstwertgefühls weitergebildet. Darüber hinaus gibt es Angebote zur Gesprächsführung (wie rede ich mit Bewohnern / Arzt / Angehörigen), Konfliktmanagement und „Verhalten in Stresssituationen“.

Darüber hinaus werden EDV-Schulungen angeboten, Management-Themen diskutiert und betriebswirtschaftliche Weiterbildungen durchgeführt. *„Im Zuge der Zertifizierung werden 90 % der Mitarbeiter am PC geschult“* beschreibt ein Gesprächspartner den Bedarf und: *„der Fortbildungsplan ist rappellvoll“*. Eine andere Personalleiterin meint *„in der Weiterbildung kann man nie genug tun.“*

4.6.3 ZUKUNFT

Die „Hochaltrigkeit“ und die enorm steigende Anzahl an demenziell Erkrankten werden eine Ausweitung des Marktes bedingen. Schon jetzt herrscht ein ständiger Bedarf an examinierten Fachkräften, der sich künftig weiter verstärken wird. Dabei werden die bisherigen Pflegesätze künftig sehr schwer durchsetzbar sein. Die Verantwortlichen in den befragten Alten- und Pflegeheimen meinen, dass künftig Alternativen zur stationären Altenarbeit überlegt werden müssen (z. B. Wohngemeinschaften, in den die Angehörigen einen Teil der Arbeit übernehmen). *„Viele Pflegebedürftige werden zu Hause bleiben müssen“* resümiert eine Pflegedienstleiterin.

Der Tages- und Kurzzeitpflege kommt hier eine große Bedeutung zu. Der Sockel für die häusliche Pflege wird als stabil (durch Angehörige) und noch nicht voll ausgelastet eingeschätzt.

Auch der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern wird in Zukunft professionell gemanagt werden müssen, das bedeutet eine Ausweitung der Aufgaben von AltenpflegerInnen in Richtung Pflegemanagement. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (ab 2002) werden sich alle Einrichtungen weiterhin mit dem Qualitätsmanagement (s. o.) beschäftigen müssen. Die Mindestbauverordnungen werden eine Reduzierung der Pflegebetten zur Folge haben, da viele Doppelzimmer nicht mehr groß genug sind und künftig als Einzelzimmer belegt werden.

Die Einrichtungen arbeiten an neuen Konzepten (Irrgarten mit Kräuterspirale, Licht, unterschiedlichen Belägen), bewusste Farbgestaltung, Räume für kreative Beschäftigung und erwägen die strategische Ausrichtung auf Nebenerwerbsfelder, wie (z. B. Essen auf Rädern, Einkaufen für alte Leute etc., Angebote für rüstige Senioren).

4.6.4 PROSPEKTIVER QUALIFIZIERUNGSBEDARF

Die (Pflege-) Dokumentation und Pflegeplanung wird immer häufiger mit Hilfe des Computers erfolgen. Dazu müssen die Fachkräfte über Kenntnisse im IuK-Bereich verfügen.

Die in vielen Umschulungen qualifizierten Spätaussiedler müssen gut **Deutsch** sprechen und verstehen können, um sich mit den BewohnerInnen verständigen zu können. Die Befragten sehen hier ein großes Problem. Neben Grundkursen sollten immer wieder Aufbaukurse angeboten werden. Darüber hinaus haben die PatientInnen häufig Ressentiments gegenüber muslimischen Pflegekräften, die mit Kopftuch arbeiten.

Schulungen in Gesprächsführung (mit Ärzten, BewohnerInnen, Angehörigen), Konfliktmanagement und Verhalten in Stresssituationen sind unbedingt erforderlich.

Pflegfachkräfte müssen sich künftig Fachleute aller Couleur (inkl. ehrenamtlichen Helfern, Angehörigen, Zivildienstleistende) heranholen, das bedeutet eine Ausweitung der Kompetenzen in Richtung Pflegemanagement. Aufgrund der zu erwartenden Pflegesätze wird sich die Pflege selbst auf die einfache Grundpflege beschränken.

Wohin sollten Arbeitssuchende qualifiziert werden? Im Hauswirtschaftsbereich, im Helferbereich gibt es häufig Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme. Voraussetzung ist jedoch ein „gewisses Maß an Sensibilität, Umgangsformen, Dienstleistungsbewusstsein“.

Fazit

Kostenbewusstsein ist wichtig - Menschlichkeit noch wichtiger. Es gibt Schätzungen, nach denen Altenheime schon jetzt 30 % mehr Leistungen erbringen, als sie abrechnen können bzw. vergütet bekommen. *„Es ist ein Dilemma! Der Altenpflegebereich ist hochexpansiv, die vorhandenen Ressourcen nehmen jedoch ab.“* Genau so wichtig wie die Verbesserung der finanziellen Lage oder wichtiger (!) ist die Sicherung der personellen Kapazitäten. Die Altenpflege befindet sich zunehmend in einem Wettbewerb um Auszubildende und Arbeitskräfte, die dahingehen, wo es am attraktivsten ist.

Eine humane Versorgung der alten Menschen bedingt verstärkte Anstrengungen in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften, Image-Kampagnen für den gesellschaftlichen Wert der Pflege und viel Werbung für ehrenamtliches Engagement.

4.7 SOZIALE EINRICHTUNGEN UND HEIME ZUR FÖRDERUNG VON KINDERN, JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN

4.7.1 ALLGEMEINE SITUATION

Unter dieser Rubrik wurden Einrichtungen zusammengefasst, die einerseits von einer großen Vielfalt, andererseits von zahlreichen Gemeinsamkeiten geprägt sind. Besucht wurden 12 soziale Einrichtungen, die sich mit der Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen befassen und Hilfe bieten für behinderte, (sozial) beeinträchtigte und gefährdete Menschen. Es handelt sich sowohl um ambulante wie auch stationäre Dienste:

- 1 Bildungseinrichtung
- 2 Kindertagesstätten
- 5 stationäre Einrichtungen
- 4 Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen

In diesen Einrichtungen sind nahezu 500 MitarbeiterInnen tätig. Das Angebot ist vielfältig und überschneidet sich hin und wieder mit dem anderer sozialer Dienstleister:

- Suchtprävention (mit dem Ansatz, sämtliche Schulen mit SchülerInnen eines bestimmten Alters anzusprechen)
- Beratung (Drogenberatung, Schuldner- und Insolvenzberatung, Straffälligenhilfe, Jugend- und Familienberatung)
- Anlaufstellen für Drogenabhängige
- Betreutes Wohnen
- Psychiatrische Pflege
- Freizeitgestaltung
- Arbeit in tagesstrukturierter Beschäftigung

Eine übergeordnete Position nimmt eine Einrichtung ein, die "spezialisierte Weiterbildung im gesellschaftlichen Umfeld" durchführt und sich mit ihrem reichhaltigen Angebot an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtet, die die Menschen in den nachfolgend erwähnten Häusern betreuen und begleiten. Der Gesprächspartner hält es für wichtiger, das Wissen der Menschen nicht durch immer speziellere Maßnahmen immer mehr einzuschränken, sondern ihnen Weiterbildung zu bieten, die sowohl auf das Umfeld zugeschnitten ist als auch der Entwicklung von Kreativität genug Raum lässt.

In den Kindertagesstätten werden Kinder entweder bis mittags oder bis in den Nachmittag betreut und gefördert, eine Einrichtung arbeitet integrativ mit behinderten Kindern. Hier bestehen optimale Möglichkeiten für Mütter, Beruf und Familienarbeit zu vereinbaren (*"4 Mütter in Teilzeit-Stellen, 3 bringen ihre Kinder mit"*).

Die Arbeit in tagesstrukturierter Beschäftigung (z. B. Industriedienstleistungen, Gartenservice, Waschsalon, Küche/Kantine) wird von sozial benach-

teiligten MitarbeiterInnen mit eingeschränkten Fähigkeiten erledigt. Für viele von Ihnen ist es die erste Aufgabe, sich an feste Tagesstrukturen zu gewöhnen. In diesem Bereich gibt es keinerlei Refinanzierung.

In den stationären Einrichtungen treffen Menschen mit unterschiedlichsten Biografien zusammen: Kinder und Jugendliche, sozial auffällig oder behindert, Alkoholranke, psychisch Kranke und Drogenabhängige.

In Heimen für Kinder und Jugendliche ist das Jugendamt der Auftraggeber. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) regelt die Hilfen zur Erziehung (ambulant und stationär). Nach der Heim-Mindestpersonal-Verordnung beträgt der Anteil der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe 100 %, der Wirtschaftsbereich wird separat bewertet. Es gilt die Sozialraumorientierung - ambulante Unterbringung hat Vorrang vor stationärer. Die Jugendlichen oder die Eltern wenden sich bei Bedarf an das Jugendamt. Nach § 36 KJHG werden seit 1991 Betroffene beteiligt (Betroffenenbeteiligung): Eltern, Kind, Jugendamt und Einrichtung handeln im Interesse des Kindes. Seit es mehr familienunterstützende Hilfsangebote (z. B. Familienberatung, Kinderberatung) im ambulanten Sektor gibt, können Kinder vermehrt auch nur für kurze Zeiträume in stationären Einrichtungen aufgenommen werden.

Die Vermittlung Jugendlicher in den ersten Arbeitsmarkt ist schwierig. „Leider“ erfüllen sie für das Modellprojekt "Jugend in Arbeit" nicht die Einstiegsvoraussetzungen, da sie noch nicht arbeitslos sind.

Die Einrichtungen nehmen nicht nur auf, sondern überprüfen ihre Leistungsfähigkeit selbstkritisch. Ein Ziel besteht im Eingehen auf die unterschiedlichen Befähigungen der BewohnerInnen. Ihre Situation ist gekennzeichnet von einer möglichst großen Selbstbestimmung, ihre Unterbringung soll möglichst heimatnah stattfinden und ihre Lebensgestaltung darauf ausgerichtet sein, das tägliche Leben im "Hier und Jetzt" zu bewältigen. Die Erwartung ist, dass sie bis zur Selbstständigkeit bleiben. Je nach den persönlichen Umständen ist es nicht immer das Ziel, noch einmal in eine andere Lebensform zu kommen - im Bereich Drogenberatung ist das Angebot ganz niedrighschwellig: *"Überleben, Duschen, Ernähren"*.

Zwischen Betreuten und Betreuenden ergibt sich eine besondere Bindung. Einerseits ist Beziehungsarbeit gewünscht: *"Wer nicht beziehungsfähig ist, kann hier nicht arbeiten"*, andererseits ist für die MitarbeiterInnen eine Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz von großer Bedeutung: *"Wir brauchen die Nähe u n d die Distanz und müssen auch mit Enttäuschungen leben können."*

Allen Einrichtungen gemein ist ein hoher Personalkostenanteil (80 %). Unterschiedliche Kostenträger (Stadt, Kreis, Land, Krankenkassen, Pflegeversicherung, Jugendamt, Rentenversicherung, Landschaftsverband), der Sparzwang dieser Träger und exakt festgelegte Leistungsbeträge bei gleichzeitigen Qualitätsvorgaben kennzeichnen die Situation. Eine mögliche

Eigenbeteiligung der Einrichtungen, die bei einzelnen Leistungen zwischen 10 % und 100 % betragen kann, beeinträchtigt die Stimmung. Sehr viele Kontakte, regelmäßige öffentliche Auftritte und Verhandlungen mit den verschiedenen Kostenträgern sind Versuche, die Finanzierung zu sichern und auf verschiedenen Ebenen Einfluss zu nehmen. Viele Bereiche könnten ausgebaut werden, wenn die entsprechenden Mittel da wären - **eine Investition in den sozialen Bereich würde letztlich viele Folgekosten sozialer Probleme verhindern.**

Die Einrichtungen bieten vorrangig Arbeitsplätze für ErzieherInnen, HeilerziehungspflegerInnen, HeilpädagogInnen/ Diplom-HeilpädagogInnen FH, SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen oder Diplom-SozialarbeiterInnen (FH)/Diplom-SozialarbeiterInnen (Uni), Krankenschwestern, Krankenpfleger, AltenpflegerInnen und Arbeits- /BeschäftigungstherapeutInnen (ErgotherapeutInnen). In allen Einrichtungen sind VerwaltungsmitarbeiterInnen tätig, Zivildienstleistende spielen eine wichtige Rolle, in einigen Bereichen arbeiten Ärzte. Der Frauenanteil liegt bei 60 - 95 %.

Das Angebot an einfachen Arbeitsplätzen ist eingeschränkt: Arbeit in tagsstrukturierter Beschäftigung mit hierfür speziell eingerichteten Stellen (z. B. Industriedienstleistung, Restaurantbetrieb und Küche) oder regulär im Bereich Reinigung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Wäscherei und Küche bietet sich an. Neben Zuverlässigkeit sind hier gute Deutschkenntnisse gewünscht.

Die Personalbeschaffungssituation wird in den unterschiedlichen Einrichtungen differenziert beurteilt. Die Beschreibung reicht von *"relativ entspannt"* bis *"wir finden nicht einmal Praktikanten für Erzieher - der Markt ist leergefegt"*. Wenn gegenwärtig MitarbeiterInnen fehlen, sind es in erster Linie HeilpädagogInnen, danach ErzieherInnen. Letztere werden bevorzugt gesucht, wenn sie eine heilpädagogische Zusatzausbildung haben.

Es wird jedoch ein zukünftiger Mangel, besonders an ErzieherInnen vorausgesagt, der mit ungenügender Bezahlung nach Einschätzung der Gesprächspartner nicht begründet werden kann. Eine Meinung besagt, dass eine falsche Vorstellung vom Beruf besteht - bei den Jugendlichen, in der Gesellschaft und in der Berufsberatung: *"Das alte Berufsbild von der Kindergärtnerin haftet an. Man sieht in ihnen nicht die PädagogInnen, die die Eltern beraten. Man sollte diese Ausbildung in einem höheren Bereich als dem der Fachschule ansiedeln. Der Anspruch ist höher geworden, aber die Ausbildung rüstet nicht nach."* Schwachpunkte in der Ausbildung der ErzieherInnen sind nach Meinung einiger GesprächspartnerInnen: Mangelnde Praxisbezogenheit ("einen Entwicklungsbericht schreiben können") und fehlende Qualitätsmanagement-Inhalte.

Ein Gesprächsteilnehmer stellt fest, dass die Beschäftigungsaussichten im sozialen Bereich gut wären, wenn entsprechende Mittel bereit stünden; so ist die Zukunft ungewiss und der Erhalt bestimmter Qualitätsstandards verlangt von den MitarbeiterInnen immer größere Anstrengungen und Einsatz.

Auch wenn ein Personalmangel zukünftig absehbar ist, gehen die aktuell zu vermittelnden Stellen gegen Null. Zur Deckung eines hin und wieder bestehenden akuten Bedarfes wird auf bewährte Aktionen zurückgegriffen wie Anzeigen und Mund-Propaganda.

Stellen werden aus Kosten- und Flexibilitätsgründen bis in kleinste Einheiten knapp kalkuliert: *"Zur Zeit haben wir 8,73 Stellen besetzt, ab Januar 1,2 mehr. Dann sind wir gut ausgerüstet"*. Die Zahl der Stellen ermittelt der Landschaftsverband im Personalfeststellungsverfahren.

Die **Arbeitszeit** ist problematisch - vor allem in den stationären Einrichtungen mit ihrer 24-Std.-Schicht: *"Man verbringt die Zeit hier [Einrichtung der Jugendhilfe], die man normalerweise mit der Familie verbringt: ab mittags bis ca. 21:00 oder länger, Nachtschlafbereitschaft 0:00-6:00 und alle 14 Tage das Wochenende"*. Wenig attraktive Arbeitszeiten werden durch andere Boni kompensiert, z. B. durch Zeitzuschläge. Die Dauer der Zugehörigkeit von MitarbeiterInnen ist in vielen Fällen hoch, besonders in Leitungsstellen (bis zu 10-25 Jahre), je nach Motivation.

Eine besondere Position nehmen **ältere ArbeitnehmerInnen** (45+), auch nach der Berufspause ein. Sie gelten als zuverlässig und belastbar und bieten mit ihrer Berufs- und Lebenserfahrung gute Voraussetzungen für ein dauerhaftes, stabiles Arbeitsverhältnis. Aus Kostengesichtspunkten allerdings ist ihre Bezahlung nach BAT oder an den BAT angelehnten Tarifen für die Einstellung hinderlich. Arbeitgeber begegnen dem Problem auf zweifache Weise: Entweder sie verzichten auf hohe Kompetenz, oder sie wägen ab und stellen ein: *"Sie sind zwar teurer, aber da muss man eben mit den Pflegesätzen hantieren"*. Die Berufs- und Lebenserfahrung mehrerer Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit doppelter Qualifizierung (Schlosser, MTA), weiß ein anderer Arbeitgeber zu schätzen.

4.7.2 WEITERBILDUNG

In allen Häusern spielt (systematische) Weiterbildung eine selbstverständliche Rolle, teilweise auch auf den einfachen Arbeitsplätzen, wobei die Verantwortung für die Definition von Zielen und für die Auswahl von Maßnahmen sowohl bei den MitarbeiterInnen als auch bei den Arbeitgebern liegt. Übergeordnet wird Weiterbildung von den Dachorganisationen für ihre Mitgliedseinrichtungen vorgegeben und begleitet, ist im Qualitätsmanagement verankert und in Handbüchern dokumentiert, die für alle MitarbeiterInnen einsehbar sind und eine hilfreiche Übersicht über die Standards geben.

In einer Einrichtung wird die unterschiedliche Kostensituation im ambulanten und stationären Bereich bemängelt - hier gibt es für den ambulanten Bereich das kommunale Budget, das keine finanzielle Unterstützung für Fortbildung vorsieht.

Bei der Durchführung von Weiterbildung kann auf zahlreiche Anbieter zurückgegriffen werden (u. a. Landschaftsverband; Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Bethel, Westfälischen Kliniken, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Diakonisches Werk, Fachverband Behindertenhilfe). Die Maßnahmen sind breit gefächert, psychologische und pädagogische Inhalte haben einen hohen Stellenwert, Supervision ist in allen Plänen vertreten. Fachbezogene Weiterbildung umfasst z. B. EDV-Anwendungen verschiedener Programme, Buchhaltung, Qualitätsmanagement, Organisationsberatung, Evaluation von Bildungsprozessen, Pflegesatzwesen, gesetzliche Betreuung, Suchtberatung, Schuldner-/Insolvenzberatung, Berichtswesen, Sozialmanagement.

In einer Kindertagesstätte wird mit großem Erfolg nach dem Trainingsprogramm eines Bielefelder Professors zur Sprachförderung von Legasthenikern gearbeitet (Bielefelder Screening). Die Dachorganisation bildet Moderatorinnen aus, die wiederum MitarbeiterInnen in der Kita ausbilden.

Wünsche und Vorschläge für Maßnahmen, die im Angebot vermisst werden bzw. ausgebaut werden sollten, sind z. B.

- Zusatzstudium zum Pflegemanagement für HeimleiterInnen
- Weiterbildung von Krankenschwestern für die Psychiatrie
- Medizinischen Aspekte der Psychiatrie wie Medikamentengabe
- Betriebswirtschaft für Pädagogen - das Angebot ist schwach
- Förderung der berufsbegleitenden Ausbildung im heilpädagogischen Bereich und Öffnung auch für andere Berufsgruppen, z. B. Kinderkrankenschwestern

Zur Frage, wohin Arbeitsuchende qualifiziert werden sollten, einige Vorschläge und Gedanken

- Ein Gesprächspartner sucht aktuell 2 Psychiatrische Fachkrankenpfleger und mahnt zukünftig steigenden Bedarf an. Psychiatrische Fachkrankenpfleger sind Krankenpfleger, die berufsbegleitend eine dreijährige Zusatzausbildung absolvieren, die sie meist selbst bezahlen. Diese Ausbildung ist leider im Maßnahmenkatalog des Arbeitsamtes nicht enthalten, da es sich um eine auf einen erlernten Beruf aufsetzende Ausbildung handelt.
- ErzieherInnen zu IntegrationserzieherInnen fortbilden
- KinderpflegerInnen (ein aussterbender Beruf, ehemals klassisch für Zweitkräfte) zu ErzieherInnen fortbilden - eine gute Chance für Wiedereinsteigerinnen
- Arbeitsuchende in heilerziehungspflegerische Berufe qualifizieren und Psychiatrie als Zusatzausbildung
- arbeitssuchende Sozialpädagogen/Sozialarbeiter schulen: Rechtskenntnisse, Beratungskompetenz, Umgang mit Suchtkranken
- Gewarnt wird vor der Idee, "*Arbeitslose in die Pflege zu stecken*" - wichtig vor allem sei die menschliche Eignung

4.7.3 ZUKÜNFTIGE ÄNDERUNGEN UND PROSPEKTIVE QUALIFIZIERUNGSBEDARFE

Nicht allein auf Grund der angespannten Kostensituation muss betriebswirtschaftliches Denken und Wissen für alle MitarbeiterInnen zunehmen, gleichzeitig aber die Erfordernis, sie über die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen zu informieren. Abteilungs- und Zuständigkeitsgrenzen werden immer mehr verschwinden, die Notwendigkeit zur Identifikation mit dem Unternehmen wird wachsen.

Bereits in der Ausbildung werden Aspekte der Betriebswirtschaft und des Qualitätsmanagements zunehmen müssen. Eine breite Grundbildung und die Entwicklung spezieller Fähigkeiten werden für einen guten Ansatz gehalten.

Der zunehmende Einsatz von EDV verlangt von allen MitarbeiterInnen umfassende IuK-Kompetenzen. In diesem Zusammenhang besteht der Wunsch nach einem *"besseren Angebot an Computerprogrammen für die Psychiatrie"*.

Eine besondere Bedeutung kommt einer Erweiterung der Beratungskompetenz in vielen Bereichen zu. Speziell erwähnt wurden in der Elternberatung ErzieherInnen, (Beratung und Begleitung hinsichtlich Pädagogik und Sozialgesetzgebung) und HeilpädagogInnen (völlig neue Behinderungen mit nicht absehbaren Folgen und Frühförderung).

Allgemein wird von den MitarbeiterInnen verlangt, Verantwortung für die eigene Weiterbildung zu tragen. Man erwartet Flexibilität; Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und vor allem die Bereitschaft zur Reflexion und Offenheit für neue Erfahrungen.

Qualitätsmanagement wird in allen Häusern eine Selbstverständlichkeit werden (müssen), um Einrichtungen und Leistungen vergleichbar zu machen, Standards zu setzen und Diskussionen zur Verbesserung der Qualität und Angemessenheit der Verfahrensabläufe anzuregen. Dokumentation, Zielformulierung, Evaluation und Reflexion dienen der Optimierung von Prozessen und bringen Transparenz. In den Häusern, in denen Qualitätsmanagement bereits eingeführt ist, ist man überzeugt, dass es letztendlich die Arbeit vereinfacht. Die Frage, inwieweit die Hilfe am Menschen durch QM verbessert werden kann, wird allerdings kontrovers diskutiert.

Der Rückgang der Aufträge in der Industriedienstleistung wird mit Sorge zur Kenntnis genommen. Die Konkurrenz aus dem Osten macht sich bemerkbar. Die Dienstleistung vor Ort (z. B. Gartenarbeit) hat bessere Aussichten.

Im Hinblick auf die "immer dünner werdende Finanzdecke" wird auch in einer anderen Einrichtung darüber nachgedacht, das Leistungsspektrum zu erweitern. Es ist geplant, angrenzende Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens zu bedienen (z. B. Psychiatrie, Behinderte). Das bedingt den zusätzlichen Erwerb von (Fach-) Kompetenzen.

Die Bereitschaft zu Erfahrungs- und Informationsaustausch ist groß. Es bestehen bereits zahlreiche Kontakte zu anderen Einrichtungen. Über diese Kontakte hinaus ist man offen für Branchengespräche und Austausch aus dem Projekt. Hier liegt sicher ein guter Grundstein für gemeinsame Aktionen und einrichtungsübergreifende Konzepte.

Ein Einrichtungsleiter schlägt die Zusammenarbeit mit der Wirtschaft zum gegenseitigen Nutzen vor, z. B. beim Sponsoring: Finanzielle Mittel für den Verein, dafür Prestige für die Unternehmen. Ein weiterer Vorteil wäre für ihn, beim Projekt: "Sozialagenturen" die Wohlfahrtsverbände in ein schlüssiges Konzept der Verknüpfung von Arbeitsamt und Sozialamt einzubinden.

Ein Gesprächspartner zeigt besonderes Interesse an einer Vernetzung zum Thema systematische Früherkennung. Wissen sei die eine Sache, es fehle aber eine organisierte Zusammenarbeit zwischen den Teilbereichen Pädagogik, Wissenschaft und Medizin zum Wohle der Kinder.

Eine Gesprächspartnerin bedauert die Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken, die Tabuisierung dieser Erkrankung und die untergeordnete Stellung, die sie in der Wissenschaft einnimmt.

Fazit

Vielleicht wird der Wunsch eines Gesprächspartners erfüllt, "das Konstrukt der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung zum Kippen zu bringen. Wir wollen den Kostenträgern ein Gesamtpaket anbieten, ein flexibles System, das die gesetzlichen Zuständigkeiten sprengt: Alle Kostenträger zahlen anteilig in einen großen Topf und wir entwickeln eine Gesamtmaßnahme, die ein besseres Ergebnis und eine durchgängige Betreuung sichert".

4.8 AMBULANTE SOZIALE DIENSTE

Intensivinterviews wurden in 8 Einrichtungen dieses Bereiches durchgeführt. Die Gesprächsbereitschaft war hoch. Es handelt sich um Einrichtungen der mobilen Alten- und Krankenpflege sowie um Dienste, welche die häusliche Betreuung Behinderter, z. T. auch allgemeine soziale Dienste wie familienunterstützenden Dienst, Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Fahrdienste etc. anbieten.

4.8.1 SITUATION

Wie in den Altenheimen wird auch im Bereich der von den mobilen Diensten betreuten Patienten eine Altersverschiebung nach hinten festgestellt. Pflegedienste werden aus Kostengründen erst spät angefordert, entsprechend gibt es einen hohen Anteil hochbetagter und verwirrter Patienten.

Der Familienpflegedienst, der z. B. von der Caritas angeboten wird, kommt in der öffentlichen Diskussion nach Aussagen einer Gesprächspartnerin ein wenig zu kurz.

Dieser Dienst springt ein, wenn ein haushaltführendes Familienmitglied ausfällt, z. B. durch Krankheit und übernimmt alle Tätigkeiten, die ein(e) Mutter/Vater sonst in der Familie übernimmt (z. B. kochen, waschen etc.) Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen. Dieser Dienst ist sehr wichtig und wird oft nachgefragt. Dringend benötigt werden für diese Aufgabe examinierte FamilienpflegerInnen. Für diesen Beruf gibt es eine zweijährige Ausbildung plus ein Anerkennungsjahr.

Die Kostensituation ist auch im Bereich der mobilen Pflege sehr angespannt. Die Entgelte werden nach Angaben eines Gesprächspartners *„gedrückt bis es nicht mehr geht“*, die Erlöse seien extrem niedrig. Gleichzeitig werden Pflege und Verwaltung immer aufwendiger. *„Die Krankenkassen deckeln das Budget und fordern auf der anderen Seite eine sehr hohe Qualität, ohne diese entsprechend zu honorieren“*, bemerkte ein Pflegedienst. Von Betreuung könne gar nicht mehr die Rede sein, *nur noch von der Durchführung klar begrenzten Leistungen, bei geringer Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten, in möglichst kurzer Zeit*, konstatiert ein anderer.

„Die Erbringung qualifizierter Pflege ist grundsätzlich möglich.“, so ein Gesprächspartner, „Sie wird bereits unter Außenvorlassung der finanziellen Ressourcen und Selbstausbeutung der Betriebsinhaber durchgeführt.“

Personalrekrutierung

Qualifiziertes Personal zu finden ist ein großes Problem. Qualifizierte Pflegekräfte sind schwer zu bekommen, die Fluktuation ist hoch, z. T. wird „Kopfgeld“ gezahlt oder die BewerberInnen stellen (zu) hohe Ansprüche.

Zum größten Teil werden Frauen benötigt, da die meisten PatientInnen von Pflegerinnen betreut werden wollen.

Es gibt eine Mindestquote von examiniertem Personal, die jedes Unternehmen erfüllen muss. Je nach Erfüllungsgrad sind die Beschäftigungsmöglichkeiten für Quereinsteiger gut. *„Gerade bei den Hilfskräften (Pflege) besteht seit Änderung der Gesetze im Bereich der geringfügig Beschäftigten ein erheblicher Mangel. Es ist fast unmöglich, adäquate Mitarbeiter zu finden, die bei der bestehenden Form der Entlohnung bereit sind zu arbeiten. Gerade hier ist ein hohes Maß Flexibilität gefordert, um Spitzenzeiten oder Engpässe der Versorgung abzufedern.“*

Arbeitsplatzprofile

Gesucht werden vor allem examinierte AltenpflegerInnen und Krankenschwestern/-pfleger. Zu ihren Aufgaben gehören im Rahmen der ambulante Alten- und Behindertenbetreuung die Grund- (z. B. Waschen) und Behandlungspflege (Spritzen, Verbände, Dauerkatheder) sowie die Zusammenarbeit mit Kostenträgern und Ärzten (Dokumentation, medizinische Behandlung der Patienten). Vor allem in der Behandlungspflege dürfen, in Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungsverträgen mit den Kassen, AltenpflegerInnen einige Arbeiten, z. B. intramuskuläre Injektionen verabreichen, nicht ausführen.

Die Arbeit ist körperlich und psychisch sehr anstrengend, *„man ist beruflich viel mit Elend befasst“* sagt ein Gesprächspartner. Auch können sich die MitarbeiterInnen nicht so viel Zeit für die Patienten nehmen, wie sie gerne wollen und sollten.

Die Arbeit bei mobilen Pflegediensten unterscheidet sich erheblich von derjenigen in stationären Einrichtungen. Die MitarbeiterInnen sind zu einem großen Teil auf sich selbst gestellt, müssen selbstständig Entscheidungen treffen (ggf. gesundheitliche Probleme der Patienten erkennen!) und können liegengebliebene Arbeit nicht an die nächste Schicht weitergeben. Das erfordert ein hohes Maß an Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und sich in die Aufgabe einzubringen. Die Arbeit in der mobilen Pflege ist (entgegen häufig zu hörender Auffassung) kein „Job“, um sich nebenbei „etwas dazu zu verdienen“, sondern verlangt ein gewisses Maß an persönlichem Engagement. Dies ist auch der Grund, warum es keinen Sinn hat, Arbeitslose um jeden Preis in Richtung Pflegeberufe umzuschulen. *„Die Arbeit am Menschen klappt nur“*, sagt ein Gesprächspartner, *„wenn die Grundeinstellung stimmt“*.

Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit, Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit sind persönliche Eigenschaften, die von BewerberInnen ebenso erwartet werden, wie Flexibilität und Einsatzbereitschaft. Wichtig ist auch ein gepflegtes Äußeres. Zusatzqualifikationen wie FachpflegerIn für Psychiatrie oder Ernährungsschwester/-pfleger sind willkommen.

Zwingend notwendig sind gute deutsche Sprachkenntnisse sowie der Besitz des Führerscheins. Darüber hinaus wurden als Voraussetzungen auch ein polizeiliches Führungszeugnis und ein Gesundheitszeugnis genannt.

Ältere BewerberInnen (45+) sind für die befragten Einrichtungen weniger ein Problem, lange Betriebszugehörigkeiten (die es trotz großer Fluktuationsraten auch gibt) führen ohnehin zu überproportional vielen Personen, die älter als 40 sind. Es gibt wenige MitarbeiterInnen unterhalb von 30 Jahren, die Zeit von 30 - 40 ist oft die Zeit der Familienphase. Älteren MitarbeiterInnen werden viele Vorteile zugeschrieben: sie haben Lebens- und Berufserfahrung und können sich besser auf ältere Menschen einstellen. Altenpflege ist nach Einschätzung eines Gesprächspartners ohnehin oft eine Zweitausbildung und wird von Jüngeren bisher nicht so angestrebt. Die einzige Einschränkung ist die körperliche Fitness, die gegeben sein muss, um die teilweise sehr schwere Arbeit ausführen zu können.

Ausbildung

Es wird zu wenig ausgebildet, „das Angebot an Krankenschwestern und -pflegern“, so die Einschätzung eines Gesprächspartners, „steigt nicht proportional zum Bedarf.“ (Aussagen zu Neueinstellungen von examiniertem Personal müssen allerdings relativiert werden, da dies nur im Rahmen der Finanzierbarkeit der Planstellen über die Mindestanforderung hinaus, erfolgen kann, was immer schwieriger wird. [Stichwort: Vergütungen der Kasernen])

Dabei würden viele Pflegedienste gerne ausbilden, dürfen es aber nicht. Eine Änderung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften ist in Arbeit, die Umsetzung aber noch nicht entschieden. Zur Zeit ist es so, dass (nicht nur) die privaten Pflegedienste eine finanzielle Umlage bezahlen müssen, ohne dadurch ein „Anrecht“ auf qualifiziertes Personal zu erwerben.

Die Bezahlung im (mobilen) Pflegebereich ist besser als allgemein angenommen. Der Verdienst orientiert sich im wesentlichen am BAT und liegt je nach Alter und Qualifikation der MitarbeiterInnen um 25 bis 30 DM/Stunde, da ansonsten kaum Mitarbeiter gewonnen werden können.

4.8.2 WAS WIRD SICH ZUKÜNFTIG ÄNDERN?

Die zukünftige Entwicklung in der Branche ist in mehrfacher Hinsicht unsicher. „Zukünftige Änderungen sind schwer absehbar“, so ein Gesprächspartner, „das hängt zu einem vom teilweise willkürlich erscheinenden Verhalten der Krankenkassen ab. Hier kann man nie voraussagen, was neu geregelt wird und welche Anforderungen an die Pflegedienste gestellt werden.“ Zudem müssen Änderungen im Bereich des PQSG und weiteren Gesetzen erwartet bzw. umgesetzt werden.

Große Zukunftsunsicherheit ist in Hinblick auf die Personalsituation zu verzeichnen. Jeder zehnte Beschäftigte im sozialen Bereich ist Zivildienstleistender. „Es muss was passieren, wenn die Zivis wegfallen, das gibt einen

herben Einschnitt ins Sozialsystem", befürchtet ein Gesprächspartner. Andererseits, so merkt der Regionalverband des LfK (Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V.) an, könnte der Wegfall subventionierter Arbeitskräfte, die hauptsächlich von Wohlfahrtsverbänden eingesetzt werden können, die Durchsetzung marktfähiger und kostendeckender Preise für alle Leistungserbringer komplementärer Dienste bedeuten. Zusätzlich bestünde dann die Möglichkeit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ungelernter Mitarbeiter, gerade im Bereich der hauswirtschaftlichen Hilfen.

Die Einführung der Fallpauschalen wird die Verweildauer in Krankenhäusern verkürzen, hier werden Zwischenlösungen benötigt, wenn z. B. keine Anschlussheilbehandlung möglich ist (zusätzlich zur Urlaubs- und Verhinderungspflege). Die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte zur vernetzten Leistungserbringung wird sich immer dringender darstellen.

Einige mobile Dienste gehen dazu über, ihr Serviceangebot auszuweiten, indem sie neben der Solitärleistung, d. h. Grund- und Behandlungspflege, den Bereich Servicewohnen (früher „betreutes Wohnen“) anbieten.

Von zunehmender Bedeutung ist das Dokumentationswesen. Auf die detaillierte Dokumentation der erbrachten Leistungen wird zunehmend Wert gelegt. EDV spielt dabei eine immer größere Rolle. In vielen Einrichtungen wird die Abrechnung noch per Hand gemacht, weil die vorhandenen Softwarelösungen nicht eingesetzt werden. Zunehmend wird das Dokumentationssystem aber digitalisiert und per Rechner abgewickelt. Teilweise wird schon eine mobile Datenerfassung über Handscanner praktiziert. Die Daten werden vor Ort erfasst und gesammelt und dann einmal pro Woche ausgelesen und verarbeitet. Der EDV-Einsatz wird z. T. so ausgeweitet, dass neue EDV-Arbeitsplätze eingerichtet werden. Ebenso zunehmend in elektronischer Form angeboten werden Nachschlagewerke in Sozialgesetzgebung (SGB I-IX: Solex, Lex Off), Sozialleistungen (REHADAT) und Arbeitsrecht.

4.8.3 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE JETZT UND ZUKÜNFTIG

Weiterbildungsinhalte, die laufend nachgefragt und vermittelt werden, betreffen in erster Linie fachspezifische Inhalte wie Grundpflege (Waschen, Anziehen), Dekubitus-Pflege, Hebe-Trage-Techniken, Wundversorgung, Demenzerkrankungen sowie palliative Medizin/Sterbebegleitung. Angeboten werden diese Fortbildungsmaßnahmen von den einschlägigen Fachschulen oder speziellen Einrichtungen über die Verbände (z. B. IWK: Institut für Weiterbildung in der Krankenpflege), Umschulungsmaßnahmen werden z. B. auch von Bildungsträgern (DAA, ESTA) durchgeführt.

Häufig genannt wurden auch Produktschulungen (spezielle Pflaster, Verbandstechniken etc.), die teilweise von Sanitätshäusern, teilweise von den Herstellern angeboten werden.

Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse werden immer wieder ange-mahnt. Diese sind von fundamentaler Wichtigkeit im Umgang mit alten Menschen. Sie wollen verstanden werden, auch im engen Sinne des Wor-tes. Vor allem für den Dokumentationsbereich ist es sehr wichtig, die Schriftsprache zu beherrschen.

Für leitende Positionen werden Weiterbildungen zur PDL (Pflegedienstlei-tung) oder dem Pflegefachwirt durchgeführt, auf dieser Ebene werden dann auch weiterführende Lehrgänge, z. B. zur Pflegebuchführungsverordnung oder Mentorenkurse besucht.

Neue MitarbeiterInnen werden selbstverständlich gründlich vor Ort eingear-beitet, erhalten z. B. einen Erste-Hilfe-Kurs. Unter dem Leitbild *"Wir leben die Pflege vor"* wird in einem Unternehmen z. B. die Pflege vor Ort ca. eine Woche zu zweit gemacht.

Qualitätssicherung (Erbringen der Pflege nach Pflegestandards; detaillierte Dokumentation der Leistungen etc.) ist ein wichtiges (Weiterbildungs- und Führungs-) Thema. Eine Gesprächspartnerin äußerte den Wunsch nach regelmäßiger Supervision, die durchzuführen aber aus Kostengründen für kleinere Betriebe kaum möglich sei.

Für einen Erfahrungsaustausch gibt es Fachkreise des DPWV und örtliche Arbeitskreise auf Geschäftsführer-Ebene. Auch die Einsatzleitungen haben entsprechende Arbeitskreise und setzen sich regelmäßig mit den KollegIn-nen zusammen.

Zukünftige Qualifikations-/Weiterbildungswünsche beinhalten neben der verstärkten Vermittlung von EDV-Kenntnissen, neuen Möglichkeiten der Wundbehandlung/neuen Verbandsstoffen sowie hauswirtschaftlichen Kenntnissen auch Kompetenzen wie die selbständige Durchführung der Pflegeplanung und Pflegedokumentation, d. h. die Fähigkeit, eine komplet-te "Pflegestrategie" zu erstellen und auszuführen: Wie ist der Zustand des Patienten? Was kann er, was kann er nicht? Was soll er können? Wie ist der Weg dahin?

Das vorhandene Weiterbildungsangebot wird i. d. R. als ausreichend und gut bezeichnet. Ein Wunsch der Unternehmen ist aber, dass alle Maßnah-men in der Nähe, oder als InHouse-Schulung, angeboten werden. Lange Anfahrtswege sind aufwendig und teuer!

Wünsche und Anregungen für die Ausbildung beinhalten zunächst die die klare Forderung *mehr* auszubilden: in den Krankenhäusern werde nicht ge-nug, d. h. über den eigenen Bedarf hinaus ausgebildet. Im Zusammenhang mit der Gesetzesänderung in der Pflegeausbildung gibt es die Idee, zukünf-tig in Kooperation mit großen Einrichtungen die ausbilden dürfen, z. B. dem Johanneswerk, auszubilden.

Bei den Inhalten sollte auf die Vermittlung menschlicher Werte und sozialen Umgang geachtet werden, da dies manchmal fehlt. Zunehmend wichtig ist auch die Vermittlung des „Dienstleistungsgedankens“. Defizite werden im Bereich Psychiatrie konstatiert sowie in der EDV. Mehrfach wurde zudem die Einschätzung gehört, die Auszubildenden würden in den Schulen nicht ausreichend auf die Praxis vorbereitet.

Wünschenswert erscheint auch eine vereinheitlichte Pflege-(grund)ausbildung (Alten-/Krankenpflege), mit anschließender Spezialisierung (analog Aufbaustudiengängen). Als sehr nützlich wird auch die einjährige Helfer-ausbildung beurteilt (falls diese Mitarbeiter entsprechend den Versorgungs-verträgen auch entsprechend SGB V eingesetzt werden können).

Fazit

Hohe Anforderungen bei angespannter Kosten- und Personalsituation, so lässt sich die Einschätzung der Unternehmen im Bereich mobile soziale Dienste zusammenfassen. Die Arbeit im Pflegedienst ist kein normaler „Job“, erfordert Verantwortung und Fachkompetenz. Um dies garantieren zu können, sind ausreichende finanzielle Mittel und personelle Ressourcen notwendig. An beidem herrscht z. Z. ein Mangel, der dringend behoben werden muss.

5. ZUSAMMENFASSUNG

- Die befragten Unternehmen äußern sich sehr zurückhaltend bezüglich der künftigen, insbesondere vor dem Hintergrund weiterer Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen und der sich sehr deutlich zu Lasten der Unternehmen verschiebenden Kostenstruktur. Auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Kostenträger müsste optimiert werden.
- Sowohl im medizinischen Bereich (**Ärzte**) als auch bei der Pflege (**KrankenpflegerInnen, insbesondere mit Zusatzausbildung, AltenpflegerInnen**) und bei den **ErzieherInnen** zeichnet sich ein Bedarf an examinierten Kräften ab. Bereits heute gibt es Probleme, den Fachkräftebedarf zu decken. Wenn Einrichtungen momentan keine MitarbeiterInnen suchen, heißt das nicht immer, dass sie personell gut ausgerüstet sind. Oft werden die Stellen auf Grund der fraglichen Finanzierung nicht neu besetzt.
- Es wird verstärkt nach neuen Wegen in der Altenarbeit gesucht, um insbesondere Ehrenamtliche und Angehörige mit einzubeziehen. Dieses auch vor dem Hintergrund der drohenden Einschränkungen im Zivildienstbereich. Die Organisation dieser verschiedenen Kräfte erfordert ein gezieltes Schnittstellenmanagement, was eine zusätzliche Qualifizierung notwendig macht.
- Eine Imagekampagne wäre wünschenswert.
- Personalentwicklung spielt eine fast selbstverständliche Rolle in allen Bereichen - das reicht von Supervision über Fachschulungen bis hin zu Schulungen personaler Kompetenzen. Es ist in allen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens von besonderer Bedeutung, dass sich die MitarbeiterInnen immer wieder damit auseinandersetzen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen „Nähe und Distanz“ zu bewahren.
- Ein ausgefeiltes Qualitätsmanagement wird über die Zukunft vieler Einrichtungen entscheiden. Dazu gehört auch, dass alle MitarbeiterInnen mit den knappen finanziellen Ressourcen sparsam umgehen und dass Prozesse weiter optimiert werden.
- Die Anforderungen an die MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen werden weiter steigen. In vielen Bereichen wird zunehmend erwartet, dass ArbeitnehmerInnen an verschiedenen Stellen einsetzbar sein müssen. Darüber hinaus wird von jedem eine hohe Dienstleistungsbereitschaft erwartet.
- Viele Einrichtungen sind an einem Erfahrungsaustausch innerhalb des Projekts interessiert.

- **Pflege ist kein Job - sie ist eine Berufung. Diese Aufgaben erfordern in einem hohen Maß an sozialer Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein. Es ist bedauerlich, dass diese wichtige Arbeit im gesellschaftlichen Umfeld nicht die Aufmerksamkeit und Anerkennung erfährt, die ihr zusteht. Die momentane Betrachtung dieser Leistung führt zu einer Entwertung dieser Tätigkeit. „Es ist nicht nachzuvollziehen“, so der Sprecher des LfK NRW, „dass für Dienstleistungen in anderen Bereichen (z. B. KFZ / Haushaltsgeräte) höhere Kosten akzeptiert werden, die Betreuung und Versorgung erkrankter oder alter Menschen jedoch immer noch als Laienarbeit abgetan wird“.**