



---

# **Pflegende Dienstleistungen im Wandel in der Metropolregion Berlin**

**Erarbeitet im Rahmen des Projektes**

„Dienstleistungen – Wertschätzung und -schöpfung in der Metropolregion Berlin“

**Berlin, April 2010**

---

Das Projekt wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Berlin  
– Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales



## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Pflegende Dienstleistungen im Wandel in der</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Metropolregion Berlin</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>I. Abbildungsverzeichnis</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>II. Tabellenverzeichnis</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>1. Einleitung</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>2. Einordnung der pflegenden Dienstleistungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft</b> .....                                     | <b>9</b>  |
| 2.1 Pflegende Dienstleistungen – Kern der Gesundheitswirtschaft .....  | 9         |
| 2.2 Wirtschaftliche Bedeutung der pflegenden Dienstleistungen innerhalb der (Berliner) Gesundheitswirtschaft .....                 | 10        |
| 2.3 Unternehmens- und Trägerstrukturen im Bereich des Berliner Gesundheits- und Sozialwesens .....                                 | 12        |
| <b>3. Determinanten des Wandels für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen</b> .....  | <b>16</b> |
| 3.1 Soziodemografischer Wandel .....   | 16        |
| 3.2 Medizinische und technologische Innovationen .....   | 19        |
| 3.3 Ambulantisierung der medizinischen Versorgung .....  | 20        |
| 3.4 Internationalisierung des Gesundheits- und Pflegemarkts und steigender Bedarf an kultursensibler Betreuung .....               | 22        |
| 3.5 Kontrolle der Ergebnisqualität sowie Wettbewerbssteigerung im Pflegebereich .....  | 24        |
| 3.6 Zwischenfazit: Konsequenzen des Wandels für die Arbeit in den Pflegenden Dienstleistungen .....                                | 25        |
| <b>4. Beschäftigungsstruktur und -entwicklung in den pflegenden Dienstleistungen in Berlin</b> .....                               | <b>27</b> |
| 4.1 Die Situation und die Entwicklung der Beschäftigungsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....                   | 27        |
| 4.1.1 Die Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....   | 28        |
| 4.1.2 Ausländische Beschäftigte sowie solche mit Migrationshintergrund im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Berlin ..... | 30        |
| 4.1.3 Voll- und Teilzeitbeschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....  | 31        |
| 4.1.4 Geringfügige Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....   | 33        |
| 4.1.5 Befristete Beschäftigung im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen in Berlin .....   | 35        |
| 4.1.6 Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....                                       | 36        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.1.7 Situation im Bereich Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin .....                                   | 40        |
| 4.1.8 Prognostizierte Beschäftigungstrends und Zwischenfazit .....  | 43        |
| 4.2 Arbeitsbedingungen in den pflegenden Dienstleistungen .....   | 45        |
| 4.2.1 Entlohnung .....  | 45        |
| 4.2.2 Arbeitszeiten und Arbeitsflexibilität .....   | 49        |
| 4.2.3 Gesundheitsbelastungen .....  | 50        |
| 4.2.4 Leiharbeit in den pflegenden Dienstleistungen .....   | 52        |
| 4.2.5 Fremd- und Selbstwahrnehmung der Beschäftigten .....  | 53        |
| 4.2.6 Stellenwert von Aus- und Weiterbildung und neue Herausforderungen an die Bildungsträger .....                     | 55        |
| 4.3 Zusammenfassung: Arbeit, Qualität und Wertschätzung in und für die pflegenden Dienstleistungen .....                | 59        |
| <b>5. Maßnahmen zur Förderung der Pflegenden Dienstleistung .....</b>   | <b>60</b> |
| 5.1 Kritische Würdigung laufender Maßnahmen im Rahmen der Berliner Clusterpolitik für die Gesundheitswirtschaft .....   | 60        |
| 5.2 Projektansätze zur Verknüpfung von Organisations- und Personalentwicklung in der Gesundheitswirtschaft .....        | 61        |
| 5.3 Forschungs- und Förderungsansätze zur Steigerung der Wertschätzung von und in den Pflegenden Dienstleistungen ..... | 65        |
| 5.4 Weitere Förderprogramme und -projekte mit spezifischen thematischen Schwerpunkten .....                             | 68        |
| <b>6. Zusammenfassung und Ausblick .....</b>  | <b>71</b> |
| <b>III. Literaturverzeichnis .....</b>  | <b>76</b> |

## **I. Abbildungsverzeichnis**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abbildung 1: Die Struktur der Gesundheitswirtschaft.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>Abbildung 2: Aufteilung des Gesundheits- und Sozialwesens nach Versorgungsbereichen .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>Abbildung 3: Entwicklung der ordnungsbehördlich genehmigten Betten in Plankrankenhäusern 1990 bis 2007 nach Trägerbereichen.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>Abbildung 4: Pflegesituation in Deutschland, Stand 15.12.2007 .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>Abbildung 5: Schätzung „empirica“ zur aktuellen Pflegesituation in Berlin, Juni 2009</b>   | <b>18</b> |
| <b>Abbildung 6: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008 .....</b>                         | <b>29</b> |
| <b>Abbildung 7: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008 .....</b>                         | <b>29</b> |
| <b>Abbildung 8: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>         | <b>37</b> |
| <b>Abbildung 9: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Heime, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht.....</b>                                  | <b>37</b> |
| <b>Abbildung 10: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheitswesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>                    | <b>38</b> |
| <b>Abbildung 11: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>                         | <b>39</b> |
| <b>Abbildung 12: Durchschnittliches Bruttoeinkommen von Beschäftigten in Krankenpflegeberufen auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008, aufgeschlüsselt nach Geschlecht.....</b> | <b>47</b> |

## II. Tabellenverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabelle 1: Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Berlin sowie Deutschland insgesamt, Jahr 2008 .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>Tabelle 2: Bruttowertschöpfung (in Mrd.) der Gesundheitswirtschaft in Berlin sowie Deutschland insgesamt, Jahr 2008 .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>Tabelle 4: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens, Berlin, 2000 bis 2007 .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>Tabelle 5: Anteil der ausländischen Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Berlin, 2003 bis 2007 .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung .....</b>                                   | <b>32</b> |
| <b>Tabelle 7: Geringfügig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>Tabelle 8: Weibliche Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008 .....</b> | <b>34</b> |
| <b>Tabelle 9: Männliche Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008 .....</b> | <b>34</b> |
| <b>Tabelle 10: Abhängig Erwerbstätige in befristetem Arbeitsverhältnis im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen, Berlin, nach Geschlecht .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>Tabelle 11: Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>Tabelle 12: Entwicklung des Qualifikationsniveaus der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008 und 30.06.1999 .....</b>              | <b>40</b> |
| <b>Tabelle 13: Auszubildende des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>Tabelle 14: Genehmigte sowie tatsächlich besetzte Plätze in den Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin 2006 und 2007 .....</b>                                     | <b>41</b> |
| <b>Tabelle 15: Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin und Deutschland, 1996 bis 2030.....</b>   | <b>44</b> |
| <b>Tabelle 16: Durchschnittliches Bruttoeinkommen in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008 .....</b>  | <b>46</b> |

**Tabelle 17: Bruttostundenverdienst bei in Vollzeit Tätigen nach Leistungsgruppen im Dienstleistungssektor insgesamt sowie im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Deutschland, 1. Quartal 2008 .....48**

**Tabelle 18: Bruttostundenverdienste bei in Vollzeit Tätigen nach Leistungsgruppen im Wirtschaftszweig Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Deutschland, 1. Quartal 2008.....48**

**Tabelle 19: Durchschnittliche Arbeitszeit in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008.....49**

**Tabelle 20: Vom Personal positiv bewertete Aspekte der Arbeit in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008 .....55**

## 1. Einleitung

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist beschäftigungs- sowie wirtschaftspolitisch ein bedeutender Bereich – in Berlin wie auch im gesamten Bundesgebiet. Die Beschäftigtenzahlen<sup>1</sup> in dieser Branche – zu der neben Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern auch die große Gruppe des Kranken- und Altenpflegepersonals (ambulant sowie stationär) zählt, belaufen sich für Berlin auf knapp 160.000 Beschäftigte. Damit sind rund 14 Prozent aller Beschäftigten Berlins in diesem Bereich tätig; knapp 80 Prozent von ihnen sind weiblich.

Die Bruttowertschöpfung des Berliner Gesundheits- und Sozialwesens betrug im Jahr 2008 mehr als 6 Mrd. Euro. Damit wurden knapp 9 Prozent der Berliner Gesamtwirtschaft in diesem Bereich erwirtschaftet. Zudem sind die Bruttowertschöpfung als auch die Beschäftigtenzahlen zwischen 1996 und 2008 überproportional gewachsen. Dieser Trend wird auch – so die Prognosen bis zum Jahr 2030 – weiter anhalten.

Seit längerem stehen die Arbeit und die Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens und in diesem speziell die der „pflegenden Dienstleistungen“ (das stationäre sowie ambulante Kranken- und Altenpflegepersonal) unter einschneidenden Wandlungsprozessen. Gründe hierfür liegen z. B. im soziodemografischen Wandel, wirtschaftspolitischen Einflüssen oder im veränderten Gesundheitsverhalten der Bürgerinnen und Bürger. Diese Einflüsse verändern die Anforderungen an die pflegenden Dienstleistungen – nicht nur qualifikatorisch, sondern auch in Bezug auf physische und psychische Belastungen.

Im Laufe der letzten Jahre haben sich die pflegenden Dienstleistungen einem umfassenden Modernisierungs- und Professionalisierungsprozess unterzogen, welcher die Qualifizierungsbedarfe in diesem Feld nachhaltig beeinflusst. Zwar gelten die pflegenden Dienstleistungen längst nicht mehr als laienhaft erbrachte Dienste im Auftrag der Nächstenliebe. Trotzdem sind pflegende Tätigkeiten – nicht nur, aber gerade auch im Bereich der stationären als auch ambulanten Altenpflege – aufgrund vielfacher Faktoren „Berufe im Schatten“. Dies drückt sich in schlechter Bezahlung, belastenden Arbeitsbedingungen und fehlender Anerkennung der Leistungen und Anforderungen aus.

Das Resultat: 46 Prozent der Krankenpflegerinnen und -pfleger empfinden ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als belastend. Unter den Altenpflegerinnen und -pflegern sind es sogar 52 Prozent. Damit bewertet das Personal in den pflegenden Dienstleistungen ihre Situation durchweg negativer als der Durchschnitt aller Beschäftigten in Deutschland.<sup>2</sup> Der akute Fachkräftemangel der Branche ist vor allem auf zwei Einflussfaktoren zurückzuführen: Neben den belastenden Arbeitsbedingungen und einem demografisch bedingten Rückgang des Arbeitskräftepotenzials sind es vor allem uneingelöste Qualifizierungsbedarfe, welche die Entwicklungs- und Modernisierungschancen der pflegenden Dienstleistungen derzeit ausbremsen.

---

<sup>1</sup> Ausschließlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

<sup>2</sup> Hier beschrieben insgesamt nur 33 Prozent aller Befragten ihre Arbeits- und Einkommenssituation als belastend.

Wie sich das Spannungsverhältnis zwischen steigendem Bedarf, erhöhten Anforderungen, Fachkräfteengpässen und belastenden Arbeits- und Einkommensbedingungen konkret für die Beschäftigten in den Pflegenden Dienstleistungen in Berlin ausgestaltet und welche Implikationen und Handlungsansätze sich hieraus zur Verbesserung der Situation in diesem Bereich für die Akteurinnen und Akteure aus der Berliner Politik und Wirtschaft ergeben, ist Gegenstand der hier vorliegenden Expertise.



## 2. Einordnung der pflegenden Dienstleistungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft

### 2.1 Pflegende Dienstleistungen – Kern der Gesundheitswirtschaft

Die pflegenden Dienstleistungen werden statistisch dem Gesundheits- und Sozialwesen zugeordnet.<sup>3</sup> Dieses bildet den beschäftigungsstarken Kern der Gesundheitswirtschaft, der nach der in dieser Expertise zugrunde liegenden Definition sowohl privatwirtschaftliche wie öffentliche Beschäftigungsbereiche bzw. Branchen umfasst.<sup>4</sup> Beschäftigte der in dieser Expertise im Fokus stehenden pflegenden Dienstleistungen lassen sich in fast allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens finden:

- in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung/ Suchtbekämpfung u. ä.
- in Pflege- und Altenheimen sowie Behindertenwohnheimen und sonstigen Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime)
- im ambulanten Bereich der sozialen Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen (physisch/ psychisch Kranke und Behinderte)

Auch hier muss wieder darauf hingewiesen werden, dass dieser Bereich bestimmt ist durch den Mix an privatwirtschaftlichen, freigemeinnützigen sowie öffentlichen Trägerstrukturen.<sup>5</sup> Um den beschäftigungsintensiven Kernbereich der Gesundheitswirtschaft herum gruppieren sich weitere Branchen, die eine unterschiedliche Nähe zum Gesundheits- und Sozialwesen aufweisen (vgl. Abbildung 1).

Alle Bereiche zusammen werden als Gesundheitswirtschaft bezeichnet. Der Gesundheitswirtschaft werden alle Waren und Dienstleistungen, die zur Vorbeugung, Gesundwerdung und Gesunderhaltung dienen, zugeordnet. Diese generieren sich aus unterschiedlichen Branchen oder gar Sektoren, wie z. B. der pharmazeutischen Industrie, Teilen der Tourismuswirtschaft oder Bereichen, die der öffentlichen Verwaltung zugerechnet werden.

---

<sup>3</sup> In Abbildung 1 als Gesundheitswesen bezeichnet.

<sup>4</sup> Die Autoren sind sich bewusst, dass der Begriff „Wirtschaft“ damit sehr weit gefasst ist. Allerdings ist nur durch diese sehr weite bzw. allgemeine Definition eine umfassende Darstellung der Arbeit und der Beschäftigten(entwicklung) in der Gesundheitswirtschaft und speziell in den pflegenden Dienstleistungen möglich. Wo notwendig (und möglich) wird im Laufe der Expertise der Bereich der pflegenden Dienstleistungen noch einmal nach privatwirtschaftlichen bzw. öffentlichen Bereichen sowie unterschiedlichen Trägerstrukturen unterschieden.

<sup>5</sup> Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 2.3 dieser Expertise.

Abbildung 1: Die Struktur der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Ostwaldt/ Ranscht (2007), S. 285.

## 2.2 Wirtschaftliche Bedeutung der pflegenden Dienstleistungen innerhalb der (Berliner) Gesundheitswirtschaft

Wie bedeutend ein Wirtschaftszweig ist, kann u. a. anhand der Bruttowertschöpfung<sup>6</sup> und der Entwicklung an der Gesamtleistung der Wirtschaft dargestellt und gemessen werden. In diesem Kapitel werden die Zahlen der Gesundheitsbranche insgesamt als auch für das Gesundheits- und Sozialwesen im Einzelnen vorgestellt. Die Berliner Zahlen werden denen von Deutschland vergleichend gegenübergestellt.

In Berlin wurden in der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2008 mehr als 9 Mrd. Euro erwirtschaftet, davon allein über 6 Mrd. Euro im Gesundheits- und Sozialwesen. Damit trägt das Gesundheits- und Sozialwesen und mit ihm die pflegenden Dienstleistungen in 2008 zwei Drittel des Anteils an der Bruttowertschöpfung der Berliner Gesundheitswirtschaft (vgl. Tabelle 1).

<sup>6</sup> Die Bruttowertschöpfung ergibt sich als Differenz aus den Produktionswerten und den Vorleistungen in den einzelnen Wirtschaftsbereichen und umfasst den im Produktionsprozess geschaffenen Mehrwert (vgl.: Statistik Berlin-Brandenburg (2008), S. 465).

**Tabelle 1: Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Berlin sowie Deutschland insgesamt, Jahr 2008**

| Bereiche                            |                                     | Deutschland        | Berlin       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------|
|                                     |                                     | in Milliarden Euro |              |
| Kern                                | <b>Gesundheits- und Sozialwesen</b> | <b>141,85</b>      | <b>6,28</b>  |
|                                     | <b>Gesundheitswesen</b>             | <b>108,88</b>      | <b>4,82</b>  |
|                                     | <b>Sozialwesen</b>                  | <b>32,97</b>       | <b>1,46</b>  |
| 1. Schicht                          | <b>Handel</b>                       | <b>19,25</b>       | <b>0,50</b>  |
|                                     | <b>Großhandel</b>                   | <b>8,82</b>        | <b>0,22</b>  |
|                                     | <b>Fach-Einzelhandel</b>            | <b>10,43</b>       | <b>0,28</b>  |
| 2. Schicht                          | <b>Verarbeitendes Gewerbe</b>       | <b>49,94</b>       | <b>1,56</b>  |
|                                     | <b>Pharmaindustrie</b>              | <b>41,32</b>       | <b>1,28</b>  |
|                                     | <b>Medizintechnik</b>               | <b>8,52</b>        | <b>0,27</b>  |
| 3. Schicht                          | <b>Weitere Einrichtungen</b>        | <b>17,23</b>       | <b>1,13</b>  |
| <b>Gesundheitswirtschaft gesamt</b> |                                     | <b>228,27</b>      | <b>9,47</b>  |
| <b>Gesamtwirtschaft</b>             |                                     | <b>2.077,09</b>    | <b>72,96</b> |

Quelle: Ranscht/ Ostwald (2009), S. 11 sowie S. 29.

In Bezug auf die Berliner Gesamtwirtschaft entspricht allein die Bruttowertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen einem Anteil von 8,6 Prozent und hat damit einen erheblichen Anteil an der Gesamtleistung der Berliner Wirtschaft.

Bundesweit ist die wirtschaftliche Bedeutung dieses Bereichs niedriger. Mit 141,85 Mrd. Euro trug dieser Bereich etwas rund 7 Prozent zur Gesamtleistung der deutschen Wirtschaft bei (2.077,09 Mrd. Euro in 2008 insgesamt). Innerhalb der Gesundheitswirtschaft hat das Gesundheits- und Sozialwesen aber auch bundesweit mit etwa 61 Prozent einen erheblichen Anteil an der Bruttowertschöpfung.

Die Höhe der Bruttowertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen nahm zwischen 2004 und 2008 in Berlin um knapp 11,5 Prozent zu, deutschlandweit erhöhte sie sich zwischen 2004 und 2008 hingegen „nur“ um 8,9 Prozent (vgl. Tabelle 2). Auch fällt der Zuwachs in Berlin im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (8,4 Prozent) deutlich höher aus.

**Tabelle 2: Bruttowertschöpfung (in Mrd.) der Gesundheitswirtschaft in Berlin sowie Deutschland insgesamt, Jahr 2008**

| Jahr | Berlin           |                       |                              | Deutschland      |                       |                              |
|------|------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|
|      | Gesamtwirtschaft | Gesundheitswirtschaft | Gesundheits- und Sozialwesen | Gesamtwirtschaft | Gesundheitswirtschaft | Gesundheits- und Sozialwesen |
|      | In Mrd. EURO     |                       |                              |                  |                       |                              |
| 1996 | 70,87            | 7,42                  | 5,20                         | 1.689,14         | 161,50                | 101,38                       |
| 2004 | 67,27            | 8,35                  | 5,63                         | 1.915,97         | 206,23                | 130,28                       |
| 2008 | 72,96            | 9,47                  | 6,28                         | 2.077,09         | 228,27                | 141,85                       |
| 2030 | 98,01            | 13,46                 | 9,31                         | 2.784,27         | 329,22                | 211,48                       |

Quelle: Ranscht/ Ostwald (2009), S.11 sowie S.29.

Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheits- und Sozialwesens wird auch zukünftig weiter steigen. Bis 2030 wird für Berlin eine Zunahme der Bruttowertschöpfung in diesem Bereich von mehr als 42 Prozent prognostiziert. Bundesweit fällt die Prognose mit knapp 50 Prozent sogar noch etwas höher aus. Ein ähnlicher Trend ist für die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen bis zum Jahr 2030 zu erkennen.<sup>7</sup>

Trotz dieser deutlich positiven Entwicklungstrends ist die Betrachtung der reinen Wirtschaftskennzahlen eine lückenhafte bzw. eindimensionale Darstellungs- und Sichtweise auf den Faktor „Wertschöpfung“: Auch oder gerade im Bereich der pflegerischen Dienstleistungen wird deutlich, dass sich Wertschöpfung nicht nur aus rein wirtschaftsstatistischen Messgrößen heraus ableiten lässt. „Wertschöpfung“ ergibt sich gerade hier auch aus der gesellschaftlichen und sozialen Bedeutung der ausgeübten Tätigkeiten, wie beispielsweise der Betreuung und Pflege alter Menschen in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft.<sup>8</sup> Im Mainstream der (wirtschafts-)wissenschaftlichen Forschung scheint dies allerdings noch nicht angekommen zu sein, wodurch die hier angewandte Wertschöpfungsmessung klare Defizite aufweist und weder sachgerecht noch zukunftsfähig erscheint. Aufgabe muss es deshalb sein (oder werden), geeignete Indikatoren für die Bemessung der Wertschöpfung in und durch die pflegerischen Dienstleistungen zu finden bzw. zu entwickeln. Diese müssen über die bisherigen (rein wirtschaftlichen) Messgrößen hinausgehen.

### 2.3 Unternehmens- und Trägerstrukturen im Bereich des Berliner Gesundheits- und Sozialwesens

Die Unternehmens- und Trägerstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen zeigen sich in Deutschland und so auch in Berlin stark ausdifferenziert. Man hat es mit vielen unterschiedlichen Akteuren zu tun, die unterschiedlichen institutionellen und regulatorischen und damit auch wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unterliegen und demzufolge im Einzelnen diffe-

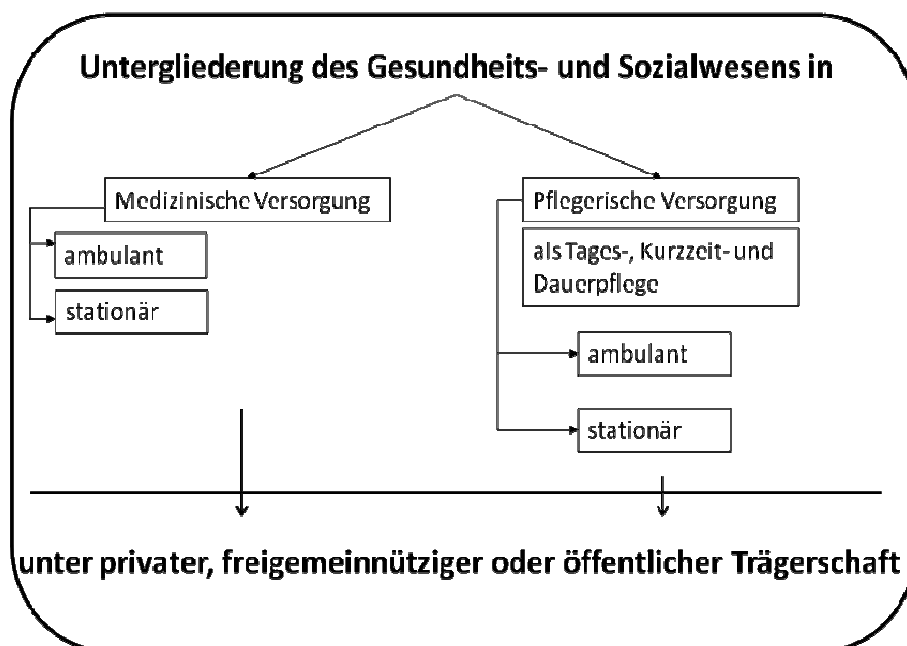
<sup>7</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.1.8

<sup>8</sup> Diesem Tatbestand wird in Kapitel 3 stärkere Aufmerksamkeit gewidmet.

renzierten und unterschiedlichen Zielstellungen und Geschäftsmodellen folgen. Generell gilt es, die angebotenen Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen nach medizinischer und pflegerischer Versorgung zu unterscheiden (siehe Abbildung 2). Medizinische Versorgung wird in stationärer Form von Krankenhäusern geleistet, in ambulanter Form wird sie von Haus- und Facharztpraxen sowie psychologischen als auch physiologischen Therapeuten abgedeckt. Die pflegerische Versorgung untergliedert sich ebenfalls nach stationären als auch ambulanten Einrichtungen. Unter pflegerische Versorgung fällt sowohl die Versorgung von Kranken als auch alten Menschen. Pflegeleistungen werden dabei sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich in Form von Tages-, Kurzzeit- als auch Dauerpflege angeboten.

Allgemein gilt zudem, dass die Leistungen im medizinischen als auch pflegerischen Bereich sowohl von privaten, freigemeinnützigen<sup>9</sup> als auch öffentlichen Träger organisiert werden.

**Abbildung 2: Aufteilung des Gesundheits- und Sozialwesens nach Versorgungsbereichen**



Quelle: Wert.Arbeit; eigene Darstellung

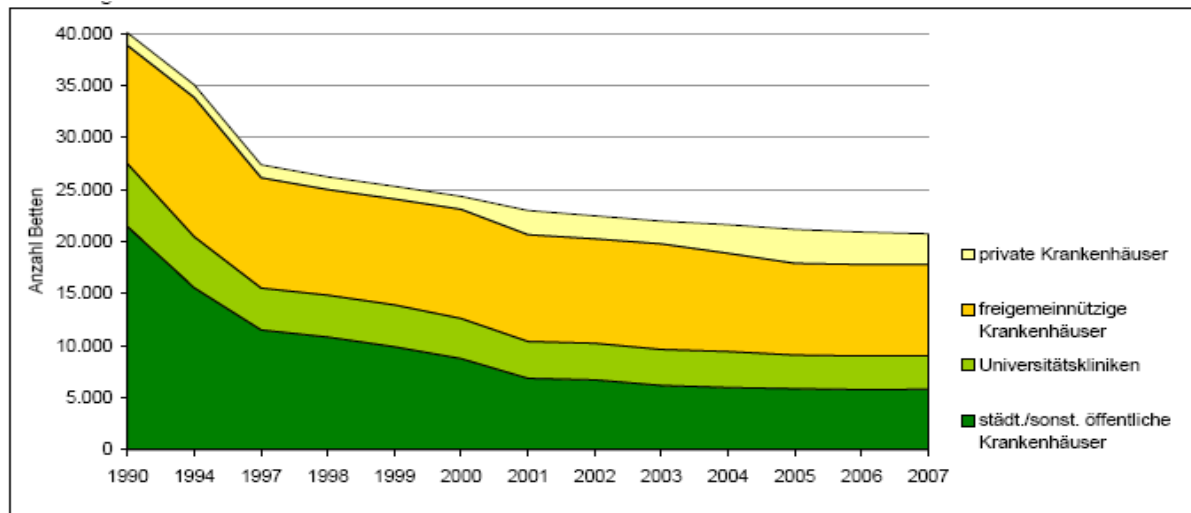
Im folgenden sollen auf der einen Seite die Unternehmens- und Trägerstrukturen in der stationären medizinischen Versorgung, zum anderen die der stationären als auch ambulanten pflegerischen Versorgung näher betrachtet werden, da sich hier der Hauptteil des in dieser Studie im Mittelpunkt stehenden Kranken- und Altenpflegepersonals wiederfindet. Im ambulanten medizinischen Versorgungsbereich<sup>10</sup> bilden diese Berufsgruppen eher die Ausnahme.

<sup>9</sup> Diese meisten von ihnen werden entweder von den beiden großen christlichen Kirchen oder anderen Wohlfahrtsverbänden getragen.

<sup>10</sup> Hierzu zählen u.a. Haus- und Kinderärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten.

Die stationäre medizinische Versorgung wird in Berlin durch 89 Krankenhäuser mit insgesamt 21.872 Betten gesichert.<sup>11</sup> 49 Einrichtungen sind Plankrankenhäuser<sup>12</sup>; 38 sind nicht im Krankenhausplan aufgenommen, 2 Krankenhäuser sind sogenannte Sonderkrankenhäuser und ebenfalls nicht im Krankenhausplan. Von den 49 Plankrankenhäusern werden 33 freigemeinnützig geführt, zwölf privat und drei sind öffentlich geführte Häuser.

**Abbildung 3: Entwicklung der ordnungsbehördlich genehmigten Betten in Plankrankenhäusern 1990 bis 2007 nach Trägerbereichen**



Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S. 377.

Wie Abbildung 3 zeigt, hat sich zwischen 1990 und 2007 in Berlin die Zahl der Bettenausstattung in den Plankrankenhäusern um knapp 15.000 Plätze verringert. Gleichzeitig hat sich der Anteil, den unterschiedliche Trägerformen an dieser Bettenausstattung tragen, verschoben: Die Bedeutung der städtischen und sonstigen öffentlichen Krankenhäuser ist rapide gefallen, die Bedeutung der privaten Krankenhäuser am Versorgungsangebot der Stadt ist – gerade zwischen 2000 und 2007 – deutlich gestiegen. Insgesamt wurden Ende 2007 rund 17 Prozent (absolut: 3.379) aller ordnungsmäßig genehmigten Betten in Berliner Plankrankenhäusern durch private Träger zu Verfügung gestellt.<sup>13</sup> Private Klinikbetreiber in Berlin sowie Brandenburg sind u. a. die Helios-Kliniken-Gruppe und die Sana Kliniken AG (Berlin als auch Brandenburg) sowie die Asklepios-Klinik-Gruppe und die Rhön-Klinikum AG (beide Brandenburg).

<sup>11</sup> Vgl. Gesundheitsberichtserstattung Berlin (2009), S. 395f.; Stichtag 31.12.07.

<sup>12</sup> D.h., ihre Leistungen werden vom Land Berlin zur Erfüllung der bundesrechtlich vorgeschriebenen patienten- und bedarfsgerechten Versorgung einkalkuliert und unterstehen den Feststellungen des für das Land Berlin festgelegten Krankenhausplans. Die Krankenhäuser, die als bedarfsnotwendig anerkannt und in den Plan aufgenommen sind, haben einen Anspruch auf öffentliche Investitionsgüter aus dem Berliner Landeshaushalt. Durch diese öffentliche Mittel und durch die von den Krankenkassen zu vergütenden Krankenhausleistungen wird eine bedarfs- und leistungsgerechte Krankenhausversorgung finanziert (vgl. [www.berlin.de/sen/gesundheit/krankenwesen/krankenhausplan/](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/krankenwesen/krankenhausplan/), Stand: 02/2010).

<sup>13</sup> Vgl. Gesundheitsberichtserstattung Berlin (2009), S. 398; Stichtag 31.12.07.

Damit zeigt sich auch für Berlin der deutschlandweit konstatierte Privatisierungstrend im Krankenhaussektor. Die Angaben über den Anteil, den private Träger an der Krankenhausversorgung in Deutschland tragen schwankt zwischen 15,6 Prozent<sup>14</sup> und 27,8 Prozent.<sup>15</sup> Die Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten sind dabei weitreichend, wie im Rahmen des europäischen Forschungsprojekts „PIQUE“ festgestellt wurde:<sup>16</sup> Zum einen ist der Arbeitsdruck bei privaten Kliniken besonders hoch: So musste im Jahr 2006 eine Pflegekraft in einem privaten Krankenhaus durchschnittlich 515 Betten versorgen und damit 65 Betten mehr als in einer öffentlich geführten Klinik. Zum anderen hat die Privatisierung erhebliche Konsequenzen für die gewerkschaftliche Tarifpolitik. Bindungen an die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes werden im Zuge von Privatisierungen oftmals gekündigt, bei der Einführung eigener Haus- oder Konzerntarifverträge können zudem höhere Lohnspreizungen zwischen den einzelnen Beschäftigtengruppen und Abweichungen vom Tarif im öffentlichen Dienst entstehen. Dies hat negative Konsequenzen – vor allem für Pflegekräfte. Der Privatisierungstrend ist aufgrund dessen aufmerksam zu beobachten.<sup>17</sup> 2006 arbeiteten in Berlin zwar nur etwa 14 Prozent<sup>18</sup> aller Vollkräfte<sup>19</sup> in privaten Krankenhäusern, sollte sich der in Abbildung 3 dargestellte Trend aber weiter fortsetzen, steigt auch die Zahl Beschäftigten, die in der privat geführten stationären Versorgung arbeiten und von möglichen negativen Folgen der Privatisierung betroffen sein könnten.

Bereits stärker privatwirtschaftlich bestimmt zeigt sich der Bereich pflegerischen Versorgung, zu dem Alten- und Pflegeheime sowie ambulante Pflegedienste zu zählen sind. 47 Prozent der insgesamt 364 (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen waren in 2007 in privater Trägerschaft, hingegen nur knapp 3 Prozent durch öffentliche Träger geführt.<sup>20</sup> Von den rund 18.000 Beschäftigten arbeiteten etwa 8.000 in privat, 9.000 in freigemeinnützig und etwa 600 in öffentlich geführten Einrichtungen.<sup>21</sup>

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste schwankt, hat sich aber generell in den letzten Jahren erhöht. Im April 2008 gab es so etwa 462 Pflegedienste, die Angehörige von rund 21.000 Pflegebedürftigen in Berlin bei der Betreuung und Versorgung unterstützten.<sup>22</sup> Aus der offizi-

---

<sup>14</sup> Vgl. Stumpfögger, N. (2009), S. 8.

<sup>15</sup> Vgl. Böhlke/ Schulten (2008), S.26.

<sup>16</sup> Vgl. im Folgenden Schulten, T (2006).

<sup>17</sup> Wobei auch die Situation in öffentlich geführten Einrichtungen oder unter freigemeinnütziger Trägerschaft oftmals unter stark belastenden Verhältnissen stattfindet (vgl. Kapitel 4.2).

<sup>18</sup> Vgl. Gesundheitsberichtserstattung Berlin (2009), S. 400; Stichtag 31.12.06.

<sup>19</sup> Die Beschäftigtenzahl in der Krankenhausstatistik zum Stichtag 31.12. berücksichtigt keine unterschiedlichen Beschäftigungsmodelle wie z. B. Teilzeitkräfte und Angestellte, die für einen Teil des Jahres in der Einrichtung angestellt waren, nicht jedoch am Stichtag (z. B. kurzfristig beschäftigte Aushilfskräfte). Um dem Rechnung zu tragen werden Vollzeitäquivalente gebildet, d. h. es erfolgt eine Umrechnung auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Für einige Personalgruppen gelten besondere Umrechnungsfaktoren. Krankenpflegeschüler/-innen und Kinderkrankenpflegeschüler/-innen werden im Verhältnis 7 zu 1, Schüler/-innen in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6 zu 1 bei der Berechnung der Vollkräfte berücksichtigt. Zivildienstleistende werden im Verhältnis 1 zu 1 umgerechnet (vgl. [www.gbe-bund.de/glossar/Vollkraefte\\_im\\_Jahresdurchschnitt\\_Vollzeitaequivalente.html](http://www.gbe-bund.de/glossar/Vollkraefte_im_Jahresdurchschnitt_Vollzeitaequivalente.html), Stand: 02/2010)

<sup>20</sup> Vgl. Gesundheitsberichtserstattung Berlin (2009), S. 406.

<sup>21</sup> Vgl. Gesundheitsberichtserstattung Berlin (2009), S. 507.

<sup>22</sup> Vgl. auch Abbildung 5 in Kapitel 3.1 dieser Expertise.



ellen Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin geht hervor, dass fast 75 Prozent aller ambulanten Pflegeeinrichtungen privatwirtschaftlich geführt sind, das restliche Viertel befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Durch die öffentliche Hand geführte ambulante Pflegedienste gibt es keine.<sup>23</sup> Etwa 10.300 der knapp 16.000 Beschäftigten im ambulanten Pflegebereich arbeiten für privatwirtschaftliche Pflegedienste.<sup>24</sup>

### **3. Determinanten des Wandels für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen**

Seit Jahren zeigen sich bereits umfassende Veränderungen im Gesundheits- und Pflegesektor, die in vielfacher Hinsicht einen Wandel der Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen nach sich ziehen. Wirtschaftlichen Determinanten, z.B. die im Zuge der Gesundheitsreformen stattgefundenen Kürzungen finanzieller Mittel, v. a. im Krankenhausbereich, und der steigende finanzielle Druck, der Schließungen, Zusammenschlüssen sowie Privatisierung medizinischer Leistungen nach sich zog und zieht, sind nur ein – wenn auch entscheidender – Aspekt, der diese Wandlungsprozesse bedingt. Im nun folgenden sollen einige weitere – darüber hinausgehende oder auch darauf aufbauende – Veränderungen beschrieben werden, die Einfluss auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung, die Arbeit sowie die Entwicklungspotenziale und -risiken in diesem Beschäftigungssektor haben.

#### **3.1 Soziodemografischer Wandel**

Der soziodemografische Wandel der Gesellschaft in Deutschland hat in mehrfacher Hinsicht Einfluss auf den Wandel der Arbeitsverhältnisse in den pflegenden Dienstleistungen und Ansprüche an diesen Bereich. Die Geburtenraten sinken<sup>25</sup>, der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerungszahl steigt. Gleichzeitig erhöht sich die Lebensdauer, bedingt durch eine gesündere Lebensweise und steigende Lebensqualität sowie verbesserte medizinische Versorgungsleistungen und Behandlungsmethoden. Gesundheitsförderung und ein verbessertes Gesundheitsverhalten erhalten gesellschaftlich und politisch einen immer höheren Stellenwert. Dies hat auch eine steigende Nachfrage nach Präventivleistungen zur Folge. Neue Tätigkeitsfelder im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens entstehen hierdurch.

Allein in der Gruppe der über 80-Jährigen wird bis 2030 ein Anstieg der Personenzahl von 73 Prozent auf 6,3 Mio. erwartet. Insgesamt werden bis dahin etwa 28,4 Mio. Menschen in Deutschland 60 Jahre oder älter sein.<sup>26</sup> Diese wachsende Zahl an alten Menschen wird – im

---

<sup>23</sup> Vgl. Gesundheitsberichterstattung Berlin (2009), S. 405.

<sup>24</sup> Vgl. Gesundheitsberichterstattung Berlin (2009), S. 507.

<sup>25</sup> So lag die Geburtenrate im ersten Halbjahr 2009 knapp 7 Prozent unter der im ersten Halbjahr 2008 (vgl. [www.welt.de/politik/deutschland/article4534591/Geburten-in-Deutschland-gehen-drastisch-zurueck.html](http://www.welt.de/politik/deutschland/article4534591/Geburten-in-Deutschland-gehen-drastisch-zurueck.html); Stand: 09/2009)

<sup>26</sup> Vgl. <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/demographischer-wandel,did=242140.html> (Stand 02/2010)



Idealfall – länger aktiv und mit wenigen Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben partizipieren können, auch wenn der Umfang chronischer sowie multipler Erkrankungen steigt.<sup>27</sup> Wirkliche Einschränkungen im Alltagsleben werden sich für den Einzelnen erst später als bisher zeigen, trotzdem wird die Zahl der behinderten und pflegebedürftigen älteren Menschen in der Gesellschaft insgesamt gesehen zunehmen.

Durch die sich verändernden Gesellschafts- und Familienstrukturen, die sich z. B. in der steigenden Zahl weiblicher Erwerbstätiger, einer Zunahme von Alleinerziehenden, Patchwork-Familien oder Singlehaushalten zeigt,<sup>28</sup> sowie durch die steigende Komplexität von Versorgungsanforderungen ist eine Betreuung alter und pflegebedürftiger Menschen durch ihre Angehörigen oder Freunde (allein) immer weniger möglich. Der Trend zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen geht deshalb zur professionellen Versorgung durch ambulante Dienste und Pflegeheime.<sup>29</sup> Die formelle Pflege gewinnt damit langfristig an Bedeutung.

Diese beschriebenen Auswirkungen des soziodemografischen Wandels werden als eine der größten (zukünftigen) Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft und somit auch für die pflegenden Dienstleistungen gehandelt.<sup>30</sup> Zum einen verändert und erweitert sich hierdurch das Aufgabenspektrum für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen. Es entstehen neue Unterstützungs-, Betreuungs- und Versorgungsbedarfe für ältere Menschen, die in ihrem sozialen Umfeld aufgrund ihres Alters oder bestimmten Krankheiten Einschränkungen erfahren, aber noch keiner „klassischen Form“ der Pflege bedürfen. Hierzu zählen z. B. die hauswirtschaftliche Unterstützung, Begleit- und Besuchsdienste, adäquate Freizeitangebote oder Beratungsleistungen zur Bewältigung der alltäglichen Aufgaben wie Behördengänge etc. Im Bereich der pflegenden und personennahen Dienstleistungen (z. B. Hauswirtschaft) entstehen hierdurch neue Berufsanforderungen oder ganz neue Berufsbilder, die durch das vorhandene oder durch zusätzliches Personal abgedeckt werden müssen.

Zum anderen steigt der allgemeine Bedarf an professioneller pflegerischer Unterstützung. Bereits Ende 2007 gab es in Deutschland rund 2,25 Mio. Pflegebedürftige (siehe Abbildung 4).

---

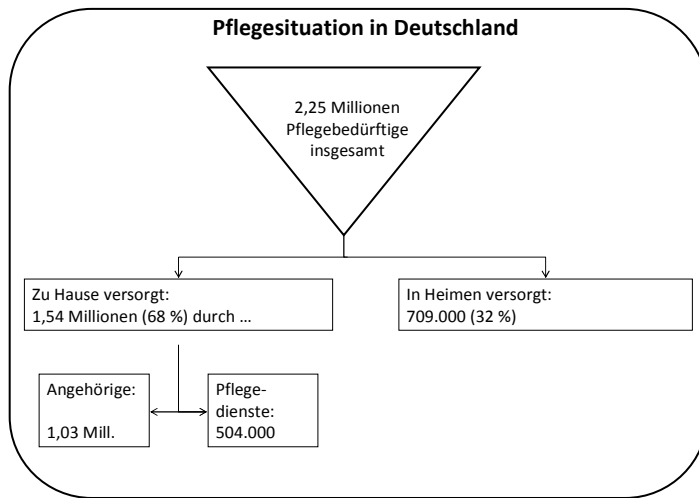
<sup>27</sup> IAT (2007), S.14

<sup>28</sup> die zudem oftmals regional weit verstreut und nicht im unmittelbaren Umfeld der (zukünftigen) Pflegebedürftigen leben

<sup>29</sup> Backes, G.; Amrhein, L.; Wolfinger, M. (2009), S. 16.

<sup>30</sup> Vgl. Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft TSB Innovationsagentur GmbH (2007a), S. 62f.

**Abbildung 4: Pflegesituation in Deutschland, Stand 15.12.2007**

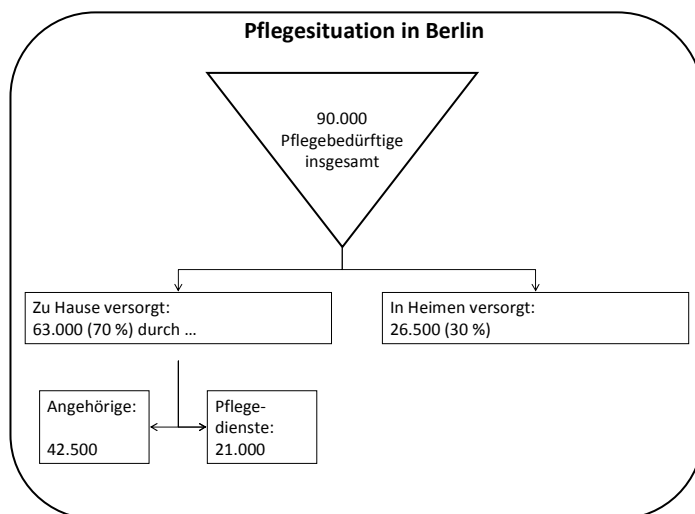


Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Statistisches Bundesamt (2008 a), S. 12.

Von diesen werden rund 68 Prozent zu Hause und 32 Prozent in Pflegeheimen betreut. Insgesamt stehen deutschlandweit rund 11.000 Pflegeheime mit etwa 574.000 Beschäftigten zur stationären Versorgung Alter und Pflegebedürftiger zur Verfügung. Die ambulante Betreuung, also die Pflege durch Angehörige und Freunde zu Hause, wird von rund 11.500 Pflegediensten mit etwa 236.000 Beschäftigten unterstützt. Allerdings werden diese nur in einem Drittel der ambulanten Pflegefälle in Anspruch genommen. Rund zwei Drittel der häuslichen Pflege wird noch von den pflegenden Angehörigen allein bestritten.

Ähnlich gestaltet sich die Situation in Berlin. Von den knapp 90.000 Pflegebedürftigen werden rund 30 Prozent in Heimen und 70 Prozent zu Hause versorgt.

**Abbildung 5: Schätzung „empirica“ zur aktuellen Pflegesituation in Berlin, Juni 2009**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Förste, D. (2009), S. 4.

Auch hier wird wieder nur von rund einem Drittel der pflegenden Haushalte die Hilfe ambulanter Pflegedienste in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 5). Etwa 42.500 Pflegebedürftige werden allein durch ihre Angehörigen versorgt.

Laut Prognosen des ifo-Instituts<sup>31</sup> werden aufgrund des demografischen Wandels die stationären Pflegefälle bis zum Jahr 2020 allerdings um 44 Prozent, die der ambulanten Pflegefälle um 30 Prozent steigen.<sup>32</sup> Hierdurch wird auch die bedarfsorientierte Zahl der ambulanten und stationären Pflegedienstleister zunehmen: Es wird von einem Zuwachs bis 2020 auf 14.000 ambulante als auch stationäre pflegende Dienstleistungseinrichtungen ausgegangen, der einen weiter wachsenden Fachkräftebedarf und hieraus resultierende Beschäftigungspotenziale nach sich zieht.

Gleichzeitig wird aber durch die Abnahme der Zahl und des Anteils der jungen, arbeitsfähigen Alterskohorten in der Gesellschaft das Potenzial an Fachkräften – nicht nur, aber auch für den Gesundheits- und Pflegebereich – sinken. Junge Beschäftigte werden immer weniger in diesem Bereich nachkommen. Die Belegschaften der ambulanten und stationären Pflegedienstleister werden – ähnlich wie ihr Klientel – zunehmend älter.<sup>33</sup> Auch dies gilt es zu berücksichtigen, wenn man über Determinanten des Wandels in den pflegenden Dienstleistungen spricht. Älter werdende Belegschaften erfordern neue Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung, um die an sie gestellten Anforderungen bis zum Eintritt in die Rentenphase ohne gesundheitliche Schäden bewältigen zu können und nicht vorzeitig aus dem Beruf auszuschneiden. Auch Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen an veränderte Bedürfnisse älter werdender Belegschaften angepasst sein bzw. werden. Dass hier noch Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf besteht, belegen diverse quantitative wie qualitative Untersuchungen.<sup>34</sup>

Aufgrund der beschriebenen soziodemografischen Veränderungen ist ein Fachkräftemangel im Pflegebereich bereits heute deutlich spürbar.<sup>35</sup> Es muss berechtigterweise die Frage gestellt werden, ob „die [prognostizierten] Beschäftigungspotenziale in der Pflege allerdings tatsächlich realisiert werden können“, denn sie hängen davon ab „ob geeignete Arbeitskräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen werden.“<sup>36</sup>

### **3.2 Medizinische und technologische Innovationen**

Die Erbringung und Organisation von Versorgungsleistungen ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich an vielen Stellen äußerst technologieintensiv. In der direkten „medizinischen Arbeit“ am Patienten setzen sich immer modernere – und oftmals auch komplexere – biotechnologische Verfahren und Geräte, pharmazeutische Produkte und therapeutische Prozesse durch. Neue Verfahren der Datensammlung und -verwaltung

---

<sup>31</sup> basierend auf der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes von Juni 2003

<sup>32</sup> Vgl. Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft TSB Innovationsagentur GmbH (2007a), S. 62f.

<sup>33</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 4.1.1 in dieser Expertise

<sup>34</sup> Vgl. Kapitel 4.2.3 in dieser Expertise

<sup>35</sup> siehe auch Kapitel 4.1.7 in dieser Expertise

<sup>36</sup> Vgl. Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft TSB Innovationsagentur GmbH (2007a): S. 62f.

werden angewandt und erlauben eine schnelle Übermittlung von Patientendaten sowie die Nutzung dieser durch alle an der Versorgung Beteiligten – trotz räumlicher Distanzen.

Diese medizinischen und technologischen Innovationen verändern die Arbeitsabläufe und die Arbeitsprozesse. Aufgrund der angesprochenen Innovationen zeigt sich bereits seit längerem – gerade im ambulanten wie stationären medizinischen Versorgungsbereich (Krankenhäuser sowie (Fach)Arztpraxen) – eine Spezialisierung der Beschäftigten bzw. Berufsbilder auf bestimmte Anwendungen. So gibt es z.B. seit Ende der 1990er Jahre in Deutschland das Berufsbild des „Operationstechnischen Assistenten“ (OTA). Dieser ist „nur“ mit Aufgaben im Operationsbereich betraut, kann – aufgrund der spezialisierten Ausbildung – nicht im normalen Stationsalltag eingesetzt werden.<sup>37</sup> Weiterbildungen bzw. Spezialisierungen werden u.a. zum Röntgenhelfer/ zur Röntgenhelferin, zur/ zum Medizinisch-Technischen Assistentin/ Assistenten mit Fachgebiet Nuklearmedizin oder auch zur/ zum Fachkrankenschwestern und -pfleger für Intensivpflege und Anästhesie angeboten. Die Weiterbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten sind vielfältig, setzen i.d.R. eine vorangegangene Ausbildung im medizinisch-technischen bzw. medizinisch-pflegerischen Bereich voraus.<sup>38</sup>

Zusätzlich werden für alle im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen gute EDV-Kenntnisse zur Nutzung und schnellen Einarbeitung in spezielle Software, die der Dokumentation von Patientendaten oder Koordination von Geschäftsprozessen dienen, notwendig. Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich, Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie medizinische Fachangestellte in Arztpraxen sind hiervon besonders betroffen. Die technologischen Neuerungen erfordern bei diesen ein hohes und weiter steigendes Qualifikationsniveau, dass durch regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen mit dem technischen Fortschritt Schritt halten muss.

### **3.3 Ambulantisierung der medizinischen Versorgung**

Ambulantisierung steht für den Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell für die Verschiebung in Richtung einer Ausweitung ambulanter Versorgungsstrukturen. In den vergangenen Jahren sind in Deutschland verstärkte Bemühungen zu erkennen, die Nutzung stationärer Einrichtungen zu begrenzen und Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die zwei Grundsätze des seit 1992 gültigen Geriatrie-Rahmenkonzepts, mit dem die ambulante sowie stationäre Versorgung älterer Menschen in Berlin verbessert werden sollte, spiegeln dies wider. Sie lauten:

---

<sup>37</sup> Operationstechnische Assistenten/Assistentinnen assistieren bei Operationen und reichen dem operierenden Arzt die gewünschten Instrumente. Sie bereiten Patienten für die Operation vor und tragen die Mitverantwortung für die Hygiene im Operationssaal, zum Beispiel beim Warten und Pflegen der Instrumente und technischen Geräte. Auch administrative Aufgaben wie die OP-Dokumentation oder die Vorratshaltung und Ersatzbeschaffung von Operationsmaterial gehören zu ihrem Arbeitsfeld. Eine staatliche Anerkennung des Berufes ist bisher noch nicht erfolgt, trotzdem gab es bundesweit 2004 bereits mehr als 70 Ausbildungseinrichtungen für diesen Beruf (vgl. Bundesagentur für Arbeit: [www.berufenet.arbeitsagentur.de](http://www.berufenet.arbeitsagentur.de); Stand 02/2010)

<sup>38</sup> Vgl. [www.berufenet.arbeitsagentur.de](http://www.berufenet.arbeitsagentur.de), Stand 2/2010

1. Prävention und Rehabilitation vor Pflege,
2. ambulante vor stationärer Versorgung.<sup>39</sup>

Die mit der Ambulantisierung verbundenen Entwicklungen beeinflussen alle Arbeitsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens – wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise. Im Krankenhausbereich zeigt sich der Trend zur Ambulantisierung etwa in Form einer sinkenden Verweildauer der Patienten. Lag in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 1990 die durchschnittliche Verweildauer noch bei 18,9 Tage, hat sie sich bis zum Jahr 2006 um mehr als die Hälfte auf 8,2 Tage reduziert.<sup>40</sup> Auch die klinische geriatrische Versorgung folgt diesem Trend: 1997 betrug die Verweildauer ältere und pflegebedürftige Menschen hier noch mehr als 23 Tagen. Bis 2006 war sie um rund 6 Tage auf durchschnittlich 17 Tage gesunken.<sup>41</sup> Die Folge für die Beschäftigten ist eine zunehmende Arbeitsverdichtung und -beschleunigung, da Patienten nur noch in der „pflegeintensivsten Phase“ im Krankenhaus verweilen. Zunehmender Stress und Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit können die Folge sein.<sup>42</sup>

Ähnliche Resultate ruft die Ambulantisierung auch in Pflegeheimen hervor. Jüngere Altersgruppen oder generell Menschen, die nicht in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkt sind, sind nur noch selten in Pflegeheimen zu finden. Stattdessen gehören mittlerweile vorrangig Hochbetagte und stark Pflegebedürftige mit umfangreichem Unterstützungsbedarf zur Klientel der Heime. Das Eintrittsalter ist in den zurück liegenden Jahren kontinuierlich angestiegen und lag 1998 bereits bei 81 Jahren.<sup>43</sup>

Für die ambulanten Dienste bedeutet die Ambulantisierung steigende Nachfrage bei sich gleichzeitig stark verändernden Bedarfssituation ihrer Kundschaft. So gibt es neben alten Menschen eine immer größere Bandbreite an Patientengruppen und -problematiken, wie beispielsweise schwangere Frauen oder junge Mütter mit Neugeborenen, junge und ältere Erwachsene mit akuten oder auch chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bis hin zu schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Auch wächst die Zahl an ambulant zu erbringenden anspruchsvollen Versorgungsleistungen (z.B. bei akut- und schwer kranken Patienten), da biomedizinische, pharmakologische sowie technologische Fortschritte die ehemals rein stationär leistbare Versorgung nun auch im ambulanten Bereich möglich machen.<sup>44</sup> Die Zusammenarbeit sowie Informations- und Kommunikationsarbeit nicht nur mit den Patienten, sondern auch den pflegenden Familienangehörigen erhält in diesem Zusammenhang eine immer größere Wichtigkeit. Der Bedarf an Anleitung im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Angehörigen steigt mit der Schwere der Krankheitsbilder.<sup>45</sup> Auch werden die Ansprüche und Erwartungen, die Angehörige in Bezug auf die Betreuung an die Beschäftigten aus den ambulanten Diensten stellen größer. Eine Ausweitung

---

<sup>39</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S.476 f..

<sup>40</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S.468.

<sup>41</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S.379.

<sup>42</sup> Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 4.2.

<sup>43</sup> Vgl. Schaeffer, D.; Ewers, M. (2001), S.14

<sup>44</sup> Vgl. Schaeffer, D.; Ewers, M. (2001), S.14

<sup>45</sup> Vgl. Schaeffer, D.; Ewers, M. (2001), S.18

der Beratung und professionellen Begleitung der Angehörigen ist deshalb notwendig, aber nur mit zusätzlichem bzw. verbessertem Aus- und Weiterbildungsangebot im Pflegebereich zu erreichen, so die Ergebnisse einer Studie der Ruhr-Universität Bochum aus dem Jahr 2009.<sup>46</sup>

Schließlich bedingt die Akzentverschiebung zu einer vornehmlich ambulant organisierten Versorgung auch eine Neu- bzw. Umverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Bereitstellung zusätzlicher Beratungs- und Betreuungsangebote und -strukturen. Die Einführung von sogenannten „Pflegestützpunkten“ ist hierfür ein gutes Beispiel. Ebenso entstehen durch die Neu- bzw. Umverteilung der Aufgaben im Zuge der Ambulantisierung neue Berufsbilder im pflegenden sowie hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbereich. Beispiele hierfür sind Weiterbildungs- bzw. Umschulungsgänge zum Alltagsbegleiter oder Demenzbetreuer, nach denen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich eine immer größere Nachfrage besteht. Denn gerade im Altenpflegebereich, erhalten gesundheitsverbessernde bzw. erhaltende Maßnahmen einen immer höheren Stellenwert, die mit dem Einsatz solcher „Zusatzkräfte“ besser gewährleistet werden sollen.<sup>47</sup> Allerdings wird deren Einsatz vielfach eher kritisch eingeschätzt. So bemängelt die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP), dass Art und Umfang der Schulung zum Demenzbetreuer nicht ausreichend sei, um eine qualitativ hochwertige Betreuungsqualität für Demenzpatienten gewährleisten zu könne. Zusätzlich zur „mangelhaften Qualifikation“ würden die „qualifizierten Mitarbeiter der Berufsgruppe Pflege“ durch die geringere Vergütung der Demenzbetreuer unter Druck gesetzt.<sup>48</sup>

### **3.4 Internationalisierung des Gesundheits- und Pflegemarkts und steigender Bedarf an kultursensibler Betreuung**

Bereits heute zeichnet sich eine Intensivierung der Patientenmobilität sowie Internationalisierung des Gesundheits- und Pflegemarkts ab. Im Zuge der Wettbewerbsintensivierung bemühen sich vor allem Krankenhäuser verstärkt um die Behandlung ausländischer Gastpatientinnen und -patienten. Die räumliche Nähe bzw. generelle Erreichbarkeit<sup>49</sup> kann dabei als Pluspunkt bei der Werbung ausländischer Patientinnen und Patienten wirken.

Berlin genießt insgesamt mit seinem breit gefächerten und teilweise hoch spezialisierten medizinischen Forschungs- und Versorgungswesen einen hohen nationalen und internationalen Ruf. Eine stärkere Nutzung der medizinischen Leistungen Berlins, gerade von Gästen

---

<sup>46</sup> vgl. hierzu: <http://www.pm.rub.de/pm2009/msg00284.htm> (Stand 02/2010)

<sup>47</sup> Dies macht auch der erste der beiden Grundsätze des seit 1992 gültigen Geriatrie-Rahmenkonzepts für Berlins deutlich. Er lautet: Prävention und Rehabilitation vor Pflege (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S.476 f.).

<sup>48</sup> Vgl. DGVP (2008), Pressemitteilung 19.08.2008

<sup>49</sup> z.B. aufgrund eines gut ausgebauten internationalen Flughafens oder europaweitem Schienenverkehrs.



aus dem osteuropäischen Ausland, ist deshalb ein durchaus vorstellbares Szenario, was sich bisher aber noch nicht in entsprechendem Maße eingestellt hat.<sup>50</sup>

Trotzdem wird ein steigender Bedarf an kultursensibler Versorgung und Betreuung im Gesundheits- und Pflegesektor in Berlin gesehen.<sup>51</sup> Denn auch die Versorgung der Berliner Wohnbevölkerung, mit ihrem teilweise relativ hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund, bedarf spezieller Kompetenzen in Bezug auf eine kultursensible medizinische und pflegerische Versorgung. Hieraus leiten sich verstärkt interkulturelle Anforderungen an die Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen ab, die diese heute oftmals noch nicht in ausreichendem Maße erfüllen können.<sup>52</sup>

Im ambulanten Pflegebereich Berlins ist eine Ausrichtung an den speziellen Anforderungen einzelner ethnischer Bevölkerungsgruppen, meist von Anbietern aus der sogenannten „ethnischen Ökonomie“<sup>53</sup>, bereits zu beobachten. So wächst die Zahl der Unternehmen, die in der sogenannten „kultursensiblen Altenpflege“ eine Marktlücke für sich entdeckt haben. Dreizehn ambulante Kranken- und Altenpflegedienste, die von türkischen Unternehmerinnen und Unternehmern geführt werden, gibt es derzeit in Berlin.<sup>54</sup> Hinzu kommen zwei Pflegedienste, die die interkulturelle Ausrichtung ihrer Pflegeleistungen explizit betonen. Dennoch ist zu vermuten, dass das bisher bereits gestellte Angebot den aktuellen und zudem in den nächsten Jahren weiter wachsenden Bedarf an kultursensibler Pflege und Betreuung nicht decken kann. Hier sind weiterführende Überlegungen und Anstrengungen anzustreben, die sowohl das Potenzial der „ethnischen Ökonomie“ berücksichtigen und besser nutzen, aber auch Kultursensibilität als integralen Bestandteil in Aus- und Weiterbildungspläne im Gesundheits- und Pflegesektor mit aufnehmen.

Die Internationalisierung des Pflegemarktes macht sich in zwei weiteren Aspekten bemerkbar – mit z.T. heute noch nicht gänzlich absehbaren Folgen für Beschäftigte sowie Patientinnen und Patienten. Die Rede ist von der Zunahme ausländischer Erbringer von Dienstleistungen der häuslichen Betreuung auf dem deutschen Markt – entweder in legaler, aber auch in illegaler Form.

Die zunehmende wirtschaftlichen Verschmelzung des EU-Raums ist ein bereits lange andauernder und politisch forcierter Prozess, durch den wirtschaftliche Vorteile für und innerhalb der EU und ihrer Mitgliedsstaaten entstehen sollen. Nicht nur Handel mit Rohstoffen

---

<sup>50</sup> Eine Studie des Instituts für Arbeit und Technik im Auftrag der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales aus dem Jahr 2007 stellt fest, dass sich beispielsweise in 2004 nur 188 Polen in Berliner Kliniken behandeln ließen, wohingegen 722 eine Behandlung in nordrheinwestfälischen Kliniken vorzogen. Weitere Bemühungen in Bezug auf das Marketing aber auch die Serviceorientierung der medizinischen Versorgung und darüber hinausgehende infrastrukturelle Angebote (z.B. Hotel- und Servicebereiche im Krankenhaus) werden als erforderlich gesehen, um hier die bestehenden Potenziale besser zu nutzen und noch größere Attraktivität für ausländische Patientinnen und Patienten zu erlangen.

<sup>51</sup> Vgl. IAT (2007), S. 33.

<sup>52</sup> Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 4.2.6

<sup>53</sup> Unter ethnischer Ökonomie wird selbstständige Erwerbstätigkeit von Personen mit Migrationshintergrund sowie abhängige Beschäftigung in von Personen mit Migrationshintergrund geführten Betrieben verstanden, die in einem spezifischen Migrantenmilieu verwurzelt ist.

<sup>54</sup> Ataman, Ferda (2009), in maximal 5/2009.

und Produkten, sondern auch die grenzüberschreitende Erbringung bzw. Nutzung von Dienstleistungen wurde und wird in diesem Prozess schrittweise vereinfacht. Dies kann entscheidenden Einfluss auf die einzelstaatlichen Beschäftigungsmärkte und Wirtschaftsgefüge haben.

So steigen durch die seit Ende 2009 verpflichtende EU-Dienstleistungsrichtlinie (2006/ 123/ EG) für Unternehmen wie Beschäftigte aus den europäischen Nachbarländern die (legalen) Möglichkeiten, ihre Dienste auf dem deutschen Markt anzubieten oder über spezielle Agenturen auf den deutschen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Hierzu ist meist keine spezielle Arbeitserlaubnis für Deutschland notwendig. Das bedeutet, Betreuungs- und Haushaltskräfte (Unternehmen wie Selbständige) können mit den in ihrem EU-Land erworbenen Qualifikationen und oftmals zu den dort gegebenen finanziellen Konditionen auf dem deutschen Markt tätig werden. Dies wird sowohl aus Sicht der ausländischen Beschäftigten als auch der Patientinnen und Patienten als problematisch eingeschätzt: So wird zum einen die Gefahr eines neuen „Dienstmädchenwesens“ mit schlechten Arbeitsbedingungen und schlechter Bezahlung gesehen. Zum anderen wird befürchtet, dass die Betreuungsqualität sowohl für Kinder als auch alte und pflegebedürftige Menschen immer mehr über den Marktpreis und nicht über „Experten“ definiert wird, da es (noch) keine geordneten Qualitätskontrollen gibt.<sup>55</sup> Tiefer greifende Regularien und Kontrollmechanismen scheinen aus diesem Grund sowohl auf EU- wie einzelstaatlicher Ebene notwendig und dringend erforderlich.

Ein weiteres sowie lange bekanntes Problem stellt die illegale Beschäftigung von Pflegekräften im häuslichen Bereich dar. Nach Schätzungen befinden sich allein 115.000 meist illegal tätige osteuropäische Pflegekräfte in Deutschland. Auch oder gerade bei diesen ergibt sich das bereits angesprochene Problem des „modernen Dienstmädchenwesens“. Zudem weist dieser stark ausgeprägte „Markt“ an illegalen ausländischen Beschäftigten im häuslichen Pflegebereich auf strukturelle Probleme im deutschen Pflegesystem hin: Zum einen lässt sich daraus schließen, dass die Nachfrage nach häuslicher Pflege nicht durch das momentane Angebot gedeckt werden kann. Zum anderen wird hieraus das Problem der Finanzierbarkeit von (legaler) häuslicher Pflege deutlich, die für viele Familie finanziellen Luxus bzw. hohe Belastung darstellt, da sie nicht vollständig über die Pflegeversicherung abgedeckt ist.<sup>56</sup> Auch hier ist von Seiten der Politik dringender Handlungsbedarf notwendig.

### **3.5 Kontrolle der Ergebnisqualität sowie Wettbewerbssteigerung im Pflegebereich**

Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die Qualität und Transparenz in der Pflege verbessern sollen. Ab 2011 sind jährliche Prüfungen aller Pflegeeinrichtungen – ambulante sowie stationäre – durch den Medizini-

---

<sup>55</sup> Vgl. hierzu ver.di (2010), S.8 ff..

<sup>56</sup> Vgl. ver.di (2010), S.7 ff..



schen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgesehen. Alle Prüfungen sollen grundsätzlich unangemeldet stattfinden.<sup>57</sup>

Die Qualität der Leistungen von Pflegeeinrichtungen wird dabei anhand von festgelegten Standards bewertet. Im stationären Bereich werden 64 Einzelkriterien geprüft, wobei dem Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“ mit insgesamt 35 der 64 Kriterien die größte Bedeutung beigemessen wird. Zudem soll eine Befragung der Kundinnen und Kunden, also der Patienten der Pflegeeinrichtungen, stattfinden. Für die ambulante Pflege sind 49 Bewertungskriterien festgelegt. Bewertet wird nach den Aspekten „pflegerische Leistung“ (17 Kriterien), „ärztlich verordnete pflegerische Leistung“ (10 Kriterien), „Dienstleistungen und Organisation“ (10 Kriterien), „Befragung der Kunden“ (12 Kriterien, diese fließen aber nicht in die Bewertung ein).<sup>58</sup>

Ziel der Einführung des im Alltagsgebrauch auch als „Pflege-TÜV“ bezeichneten Prüfverfahrens ist die Feststellung der Qualität von Ergebnissen der Organisation und Arbeit im Pflegebereich. D.h., es wird neben der Akten-Dokumentation auch der „Pflegezustand der Menschen“ bewertet. Hierzu zählt z.B. wie die eingeleiteten Pflegemaßnahmen wirken, ob es Hinweise auf Pflegedefizite gibt oder wie es um die Zufriedenheit mit den Leistungen steht. Zudem wird – im stationären Bereich – die wohnliche Ausstattung der Heime, das angebotene Freizeitprogramm, und die Möglichkeit auf Eigenbestimmtheit, z. B. was die Abstimmung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen anbelangt, beurteilt.

In der Theorie soll diese Prüfung und Benotung anhand festgelegter und allgemeingültiger Kriterien nicht nur zu mehr Qualität und Transparenz, sondern auch einer Steigerung des Qualitätswettbewerbs – gerade im stationären Bereich – führen. Beobachtet werden muss, ob sich durch die gewollte Steigerung des Qualitätswettbewerbs die Arbeitsanforderungen und Belastungen an die Beschäftigten verändern. Denn geprüft und bewertet wird nicht, wie sich die Strukturqualität der Einrichtungen gestaltet, also ob Personalschlüssel, Fachkraftquoten, Dienstpläne und Arbeitsbedingungen zur Erfüllung der geforderten Pflegequalität, ausreichend sind. Die Langzeitfolgen der Einführung des Pflege-TÜVs für Beschäftigte gilt es deshalb aufmerksam und kritisch zu beobachten.

### **3.6 Zwischenfazit: Konsequenzen des Wandels für die Arbeit in den Pflegenden Dienstleistungen**

Wie die beschriebenen Determinanten zeigen, gibt es eine Bandbreite an gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und damit auch arbeitsorganisatorischen Wandelungstrends, die Einfluss auf die Beschäftigten und die Arbeit im Gesundheits- und Pflegebereich haben.

Generell ergeben sich hieraus folgende Konsequenzen:

1. Der Bedarf an pflegenden Dienstleistungen steigt.

---

<sup>57</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010): Qualitätssicherung (Pflege); online unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (Stand 02/2010)

<sup>58</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010): Qualitätssicherung (Pflege); online unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (Stand 02/2010)

2. Die Ansprüche an pflegende Dienstleistungen verändern bzw erhöhen sich.
3. Die Belegschaften der ambulanten und stationären Pflegedienstleister werden – ähnlich wie ihr Klientel – zunehmend älter, junge Fachkräfte immer rarer.
4. Beschäftigungsformen auf dem Niveau von Einstiegsqualifizierungen (z.B. Demenzbetreuer) und Assistenzberufen nehmen zu, mit dem Zweck das hochqualifizierte aber rare Fachpersonal zu entlasten und die Versorgungsleistung zu verbessern. Neue Formen der Arbeitsteilung entstehen hieraus, ebenso wie aus dem Trend zur Ambulantisierung.

Durch den steigenden Bedarf und die steigenden Ansprüche an pflegende Dienstleistungen – nicht nur in Bezug auf medizinische Versorgung ihres Klientels, sondern auch was die Organisation und Koordinierung der Arbeit angeht – wird die Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen für viele der Beschäftigten immer anspruchsvoller. Der Erwerb und die Sicherung eines hohen Qualifikationsniveaus, das alle Aspekte der Arbeit – von der richtigen Anwendung neuer medizinischer Geräte und Pharmazeutika, über die kultursensible Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund bis hin zum Umgang mit neuen EDV-gestützten Dokumentationsformen – abdeckt, scheint zur Erfüllung der wachsenden Anforderungen wichtig. Gezielte Personalentwicklung ist deswegen ein wichtiges Handlungsfeld. Gleichzeitig erfordern Ambulantisierung und die Diversifizierung der Berufsgruppen einen gezielten Organisationsentwicklungsprozess. Neue Arbeitsteilungen können nur definiert werden, neue Weiterbildungsbedarfe nur erkannt werden, wenn transparent ist, wer für welche Aufgabe was können muss.<sup>59</sup> Hierzu müssen Personal- und Organisationsentwicklung aneinander gekoppelt sein.

Zudem erfordern älter werdende Belegschaften die Umsetzung neuer Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auch Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen an veränderte Bedürfnisse älter werdender Belegschaften angepasst sein bzw. werden

Aus den beschriebenen neuen Maßnahmen ergeben sich deshalb nicht nur Veränderungen für die Arbeit und Organisation in den pflegenden Dienstleistungen, sondern auch veränderte Ansprüche an das Angebot an Aus- und Weiterbildung im und für diesen Bereich.

---

<sup>59</sup> Vgl. Berliner Weiterbildungsinitiative – BWI (2009), S. 5

## 4. Beschäftigungsstruktur und -entwicklung in den pflegenden Dienstleistungen in Berlin

Im Folgenden soll die Beschäftigtenstruktur und -entwicklung in den pflegenden Dienstleistungen in Berlin unter verschiedenen Aspekten, wie z. B. Qualifikationsstand, Altersstruktur, Teilzeitquote und Auszubildendenstand geschlechtsspezifisch analysiert werden. Basis der Analyse bieten hierzu Angaben der Bundesagentur für Arbeit, überwiegend aus dem Jahr 2008. Da die Statistik der Bundesagentur nicht nach Berufsgruppen, sondern nach Wirtschaftszweigen aufgeschlüsselt ist, liegen dieser Analyse die statistischen Angaben für den Wirtschaftszweig „Gesundheits- und Sozialwesen“ zu Grunde, dem das Personal der pflegenden Dienstleistungen (ambulantes als auch stationäres Alten- und Krankenpflegepersonal) zugeordnet ist.<sup>60</sup>

### 4.1 Die Situation und die Entwicklung der Beschäftigungsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin

Insgesamt arbeiten im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen zum Stichtag 31.12.2008 156.871 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (vgl. Tabelle 3). Der hohe Frauenanteil von nahezu 80 Prozent sticht in dieser Branche besonders heraus. Im Vergleich zur Berliner Gesamtwirtschaft, in der ein fast ausgewogenes Verhältnis von Frauen und Männern herrscht (Frauenanteil von 51,58 Prozent), kann das Gesundheits- und Sozialwesen somit als hochgradig frauenspezifische Branche bezeichnet werden.

Differenziert nach den einzelnen Wirtschaftszweigen liegt der Frauenanteil an allen Beschäftigten im Unterzweig „Gesundheitswesen“ mit fast 80 Prozent am höchsten. Im Unterzweig „Heime“ sind ca. 76 Prozent des Personals weiblich, im „Sozialwesen“ knapp 74 Prozent.

**Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**

| Wirtschaftsabteilungen       | Beschäftigte insgesamt | Frauen (Anteil)   | Männer (Anteil)   |
|------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Gesamtwirtschaft             | 1.105.058              | 570.040 (51,58 %) | 535.018 (48,42 %) |
| Gesundheits- und Sozialwesen | 156.871                | 121.484 (77,44 %) | 35.387 (22,56 %)  |
| Gesundheitswesen             | 83.938                 | 67.016 (79,84 %)  | 16.922 (20,16 %)  |
| Heime                        | 28.842                 | 21.879 (75,86 %)  | 6.963 (24,14 %)   |
| Sozialwesen                  | 44.091                 | 32.589 (73,91 %)  | 11.502 (26,09 %)  |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen

<sup>60</sup> Siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 1.

Im Zeitraum zwischen 2000 und 2007 (vgl. Tabelle 4) nahm die Zahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt gesehen leicht zu (knapp 900 Beschäftigte), auch wenn in den Jahren 2003 und 2005 leichte Rückgänge zu verzeichnen waren.

**Tabelle 4: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens, Berlin, 2000 bis 2007**

| Jahr | Beschäftigte insgesamt | Zuwachsrate (in %) |
|------|------------------------|--------------------|
| 2000 | 137.904                |                    |
| 2001 | 138.090                | 0,13               |
| 2002 | 139.624                | 1,11               |
| 2003 | 135.992                | -2,60              |
| 2004 | 136.281                | 0,21               |
| 2005 | 134.714                | -1,15              |
| 2006 | 135.869                | 0,86               |
| 2007 | 138.783                | 2,14               |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, August 2008; eigene Berechnungen.

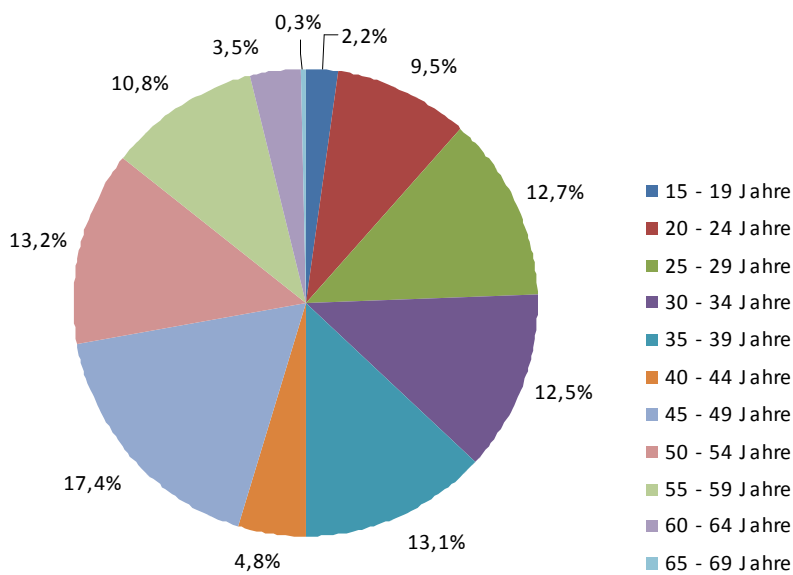
Die Steigerungsquote von 2005 zum Jahr 2007 betrug rund 3 Prozent. Zwischen 2007 und 2008 stieg die Zahl der Beschäftigten um knapp 18.000 Beschäftigte enorm an; allerdings ist dies wohl auch z. T. auf die Umstellung der statistischen Zählsystematik zum Jahr 2008 zurückzuführen.

#### **4.1.1 Die Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin**

Die folgenden Abbildungen zeigen die Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens nach Geschlecht differenziert. Schon auf einen Blick wird deutlich, dass die Themen „soziodemografischer Wandel“ und „älter werdende Belegschaften“ sowohl für die Gruppe der weiblichen (vgl. Abbildung 6) als auch der männlichen Beschäftigten (vgl. Abbildung 7) große Bedeutung haben.

So waren im Jahr 2008 bereits 14,6 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen über 55 Jahre. Demgegenüber gab es aber nur einen Anteil von 11,7 Prozent Frauen, die unter 25 Jahre sind. Der Anteil derjenigen, die altersbedingt in den nächsten 10 bis 15 Jahren ausscheiden, kann demzufolge nicht mit dem Anteil der jungen „Nachkommenden“ ausgeglichen werden.

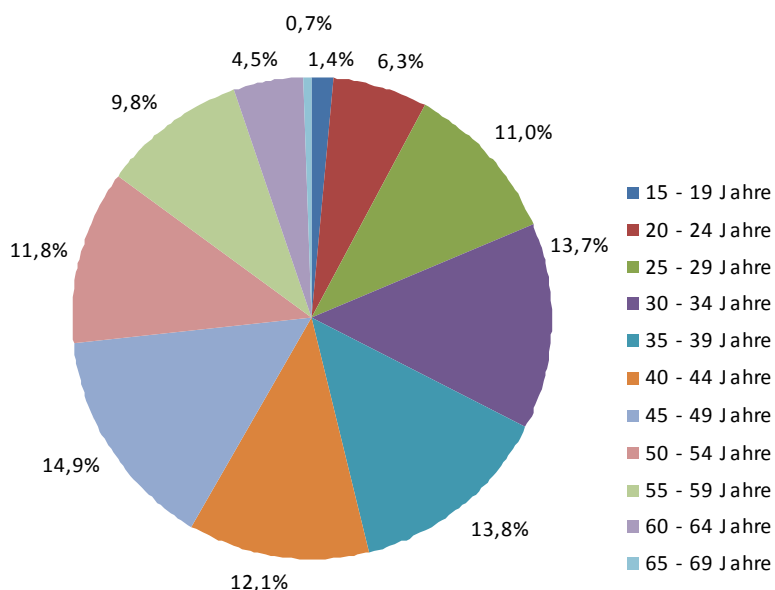
**Abbildung 6: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Unter den männlichen Beschäftigten stellt sich die Problematik der älter werdenden Belegschaft sogar noch deutlicher dar. 15 Prozent der Männer sind über 55 Jahre alt. Auf der anderen Seite erreicht die Gruppe der jungen Beschäftigten unter 25 Jahre nur einen Anteil von 7,7 Prozent.

**Abbildung 7: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Ein Ausgleich der altersbedingten Ausscheidungen durch jungen Nachwuchs in den nächsten Jahren sowie die hieraus resultierende Frage der „Fachkräftesicherung“ erscheint an-

hand der vorliegenden Zahlen insgesamt gesehen als wichtiges Thema. Dem Erhalt des Arbeitspotenzials der älteren Beschäftigten muss in diesem Kontext ebenfalls besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Hinzu kommt: Knapp 30 Prozent der weiblichen und 40 Prozent der männlichen Beschäftigten sind zwischen 30- und 44-Jahre und damit in der Altersgruppe, die den strukturellen Wandel mitvollziehen müssen. Doch v. a. diese knapp 33.000 Frauen und 14.000 Männer befinden sich in ihrer „Rush-Hour-of-Life“, der Lebensphase, in der neben der beruflichen Konsolidierung auch Aufgaben der Kindererziehung und -betreuung sowie der Pflege älterer Angehöriger oftmals hohe Priorität haben. Hierdurch entstehen für sie vermehrte Doppelbelastungen, die oftmals – gerade bei Frauen – eine Reduzierung der Beschäftigung auf Teilzeit- oder Minijobbasis zur Folge haben (vgl. Kapitel 4.4).

In Bezug auf die Altersstruktur in den einzelnen Zweigen des Gesundheits- und Sozialwesens fallen vor allem folgende Punkte auf: Im Zweig „Gesundheitswesen“ ist der Anteil der jungen weiblichen Beschäftigten an allen mit 11,8 Prozent am höchsten. Bei den männlichen Beschäftigten in diesem Zweig gestaltet sich die Situation umgekehrt: Hier sind nur 5,6 Prozent aller Beschäftigten 25 Jahre oder jünger. Der Zweig „Heimen“ hat die kleinste weibliche „Nachwuchsgruppe: Hier sind nur knapp 6,7 Prozent aller Arbeitnehmerinnen 25 Jahre oder jünger. Die geringsten Größenunterschiede zwischen der Gruppe der jungen und der der alten Beschäftigten weist der Zweig „Sozialwesen“. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen lassen sich in den einzelnen Zweigen des Gesundheits- und Sozialwesens keine Besonderheiten im Vergleich zur Gesamtsituation feststellen.

#### **4.1.2 Ausländische Beschäftigte sowie solche mit Migrationshintergrund im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Berlin**

Im Jahr 2007 waren 5.841 ausländische Beschäftigte im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Berlin beschäftigt (vgl. Tabelle 5). Das entspricht einem Anteil von 4,2 Prozent an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dieser Branche. Der Anteil ausländischer Beschäftigter in der Gesamtwirtschaft betrug in Berlin zum genannten Zeitpunkt 6,5 Prozent, konkret im Dienstleistungssektor lag er bei 6,3 Prozent.<sup>61</sup> Im Vergleich hierzu fällt der Anteil der ausländischen Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen somit eher gering aus.

Angaben, über die Zahl der Berliner Beschäftigten im Gesundheits-, (Veterinär-) und Sozialwesen, die allgemein über einen Migrationshintergrund<sup>62</sup> verfügen, liegen nicht vor. Deutschlandweite Erhebungsdaten lassen aber den Schluss zu, dass mehr als jeder zehnte Beschäftigte in diesem Bereich über Migrationserfahrung verfügt.<sup>63</sup> Besonders stark vertreten sind sie dabei in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer (deutschlandweit: Anteil von 15,5 Prozent) bzw. unter den Altenpflegerinnen und Altenpfle-

---

<sup>61</sup> Wert.Arbeit (2008), S. 17.

<sup>62</sup> Hierzu zählen: ausländische Personen, eingebürgerte Deutsche sowie (Spät)Aussiedlerinnen und Aussiedler. (vgl. Robert-Koch-Institut (2009), S. 31)

<sup>63</sup> Vgl. für die folgenden Angaben Robert-Koch-Institut (2009), S. 31 ff.

gern (deutschlandweit: Anteil von 18,3 Prozent) und damit in den Gesundheits- und Sozialberufen, die niedrig entlohnt sind.

**Tabelle 5: Anteil der ausländischen Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Berlin, 2003 bis 2007**

| Jahr      | Beschäftigte insgesamt | Ausländer | Anteil (in %) |
|-----------|------------------------|-----------|---------------|
| Juni 2003 | 135.992                | 5.864     | 4,31          |
| Juni 2004 | 136.281                | 5.915     | 4,34          |
| Juni 2005 | 134.714                | 5.573     | 4,14          |
| Juni 2006 | 135.869                | 5.613     | 4,13          |
| Juni 2007 | 138.783                | 5.841     | 4,21          |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, August 2008; eigene Berechnungen.

Berichte und Erfahrungen aus der betrieblichen Praxis lassen zudem vermuten, dass sowohl in Krankenhäusern als auch Pflegeeinrichtungen Beschäftigte mit Migrationshintergrund oftmals im Niedriglohnbereich, auf Teilzeitbasis oder in Leiharbeitsverhältnissen eingesetzt sind.<sup>64</sup> Allerdings gibt es auch hier keine validen Daten darüber, wie sich die Situation konkret ausgestaltet. Forschungsarbeiten in diesem Feld scheinen dringend notwendig – sowohl speziell für Berlin als auch bundesweit. Hierbei sollte auch die Frage gestellt und beantwortet werden, welchen Ethnien die migrantischen Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen oder im Gesundheits- und Sozialwesen generell angehören und ob sich die kulturelle Vielfalt der Bevölkerung unter den Beschäftigten widerspiegelt. Diese Fragen scheinen gerade aufgrund des steigenden Bedarfs an „kultursensibler Pflege“<sup>65</sup> interessant und wichtig.

#### **4.1.3 Voll- und Teilzeitbeschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin**

Mit 51.547 Beschäftigten arbeiten 32,86 Prozent im Gesundheits- und Sozialwesen in Teilzeit. Mit Blick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigt sich zudem, dass die männlichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen mit einer Teilzeitquote von knapp 23,5 Prozent nur knapp über dem Schnitt in der Gesamtwirtschaft liegen. Die weiblichen Beschäftigten arbeiten deutlich häufiger nur in Teilzeit: Sie erreichen eine Quote von knapp 36 Prozent. Dies trifft auf alle Zweige des Gesundheits- und Sozialwesens zu. Im Gesundheitswesen ist die Differenz der Teilzeitquote zwischen Frauen und Männern am größten (Teilzeitquote Frauen: 31 Prozent, Teilzeitquote Männer: 16 Prozent). Dieser Zweig ist gleichzeitig auch derjenige, der mit 16 Prozent die niedrigste Teilzeitquote bei den männ-

<sup>64</sup> Vgl. ver.di (2010), S. 5f..

<sup>65</sup> Vgl. Kapitel 3.4



lichen Beschäftigten aufweist. In der Gesamtwirtschaft sind 229.520 Personen Teilzeit beschäftigt. Die Teilzeitquote des Gesundheits- und Sozialwesens von knapp 33 Prozent liegt damit deutlich über der, die in der Gesamtwirtschaft vorliegt (20,77 Prozent).

Auffallend ist die stark differierende Teilzeitquote in den einzelnen Zweigen des Gesundheits- und Sozialwesens. Während im Zweig „Gesundheitswesen“ nur 28 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit tätig sind, beträgt der Anteil im Zweig „Heime“ 41 Prozent. Damit herrscht in den Berliner Heimen eine doppelt so hohe Teilzeitquote wie in der Berliner Gesamtwirtschaft.

**Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung**

| Wirtschaftsabteilungen              | Beschäftigte insgesamt | Vollzeit (Anteil)     | Teilzeit (Anteil)    |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Gesundheits- und Sozialwesen</b> | <b>156.871</b>         | <b>105.227 (67 %)</b> | <b>51.547 (33 %)</b> |
| <b>Frauen</b>                       | <b>121.484</b>         | <b>78.188 (64 %)</b>  | <b>43.239 (36 %)</b> |
| <b>Männer</b>                       | <b>35.387</b>          | <b>27.039 (76 %)</b>  | <b>8.310 (24 %)</b>  |
| <b>Gesundheitswesen</b>             | <b>83.938</b>          | <b>60.447 (72 %)</b>  | <b>23.468 (28 %)</b> |
| <b>Frauen</b>                       | <b>67.016</b>          | <b>46.295 (69 %)</b>  | <b>20.705 (31 %)</b> |
| <b>Männer</b>                       | <b>16.922</b>          | <b>14.152 (84 %)</b>  | <b>2.763 (16 %)</b>  |
| <b>Heime</b>                        | <b>28.842</b>          | <b>16.995 (59 %)</b>  | <b>11.844 (41 %)</b> |
| <b>Frauen</b>                       | <b>21.879</b>          | <b>12.253 (56 %)</b>  | <b>9.623 (44 %)</b>  |
| <b>Männer</b>                       | <b>6.963</b>           | <b>4.742 (68 %)</b>   | <b>2.221 (32 %)</b>  |
| <b>Sozialwesen</b>                  | <b>44.091</b>          | <b>27.785 (63 %)</b>  | <b>16.237 (37 %)</b> |
| <b>Frauen</b>                       | <b>32.589</b>          | <b>19.640 (60 %)</b>  | <b>12.911 (40 %)</b> |
| <b>Männer</b>                       | <b>11.502</b>          | <b>8.145 (71 %)</b>   | <b>3.326 (29 %)</b>  |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Mit Blick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigt sich zudem, dass die männlichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen mit einer Teilzeitquote von knapp 23,5 Prozent nur knapp über dem Schnitt in der Gesamtwirtschaft liegen. Die weiblichen Beschäftigten arbeiten deutlich häufiger nur in Teilzeit: Sie erreichen eine Quote von knapp 36 Prozent. Frauen üben somit zu einem deutlich größeren Anteil als Männer diese Beschäftigungsform aus. Dies trifft auf alle Zweige des Gesundheits- und Sozialwesens zu. Im Gesundheitswesen ist die Differenz der Teilzeitquote zwischen Frauen und Männern am größten (Teilzeitquote Frauen: 31 Prozent, Teilzeitquote Männer: 16 Prozent). Dieser Zweig ist gleichzeitig auch derjenige, der mit 16 Prozent die niedrigste Teilzeitquote bei den männlichen Beschäftigten aufweist.



#### 4.1.4 Geringfügige Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin

Im Jahr 2008 waren im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen 22.670 Personen geringfügig beschäftigt (vgl. Tabelle 7). Geht man von allen Erwerbstätigen der Branche aus (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte), errechnet sich ein Anteil von 12,6 Prozent geringfügiger Beschäftigung an allen Beschäftigten in diesem Bereich. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (15,65 Prozent) und der Branche der Wach- und Sicherheitsdienste (24,87 Prozent) wirkt der Anteil geringfügiger Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen niedrig.<sup>66</sup> Aufgrund der insgesamt hohen Beschäftigungszahl handelt es sich dennoch um eine relativ große Gruppe.

**Tabelle 7: Geringfügig Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**

| Wirtschaftsabteilungen       | geringfügig Beschäftigte insgesamt | Frauen (Anteil)        | Männer (Anteil)        |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Gesundheits- und Sozialwesen | 22.670                             | 16.154 (71,26 %)       | 6.516 (28,74 %)        |
| <b>Gesundheitswesen</b>      | <b>13.814</b>                      | <b>9.987 (72,30 %)</b> | <b>3.827 (27,70 %)</b> |
| <b>Heime</b>                 | <b>2.502</b>                       | <b>1.697 (67,83 %)</b> | <b>805 (32,17 %)</b>   |
| <b>Sozialwesen</b>           | <b>6.354</b>                       | <b>4.470 (70,35 %)</b> | <b>1.884 (29,65 %)</b> |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Mit Blick auf die Zahlen von 2005<sup>67</sup> und 2007<sup>68</sup> lässt sich im Gesundheits- und Sozialwesen zudem eine stetige Zunahme dieser Beschäftigungsform feststellen: waren 2005 noch 20.040 Personen geringfügig beschäftigt, so waren es im Jahr 2007 schon 22.141 und im Jahr 2008 insgesamt 22.670 Personen. Prozentual stieg der Anteil der geringfügig Beschäftigten so von 11,04 Prozent im Jahr 2005 auf 12,63 Prozent im Jahr 2008 an. Nicht anders als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist auch in dieser Beschäftigungsform der Frauenanteil mit rund 70 Prozent dominierend (vgl. Tabelle 7).

Die einzelnen Zweige weisen ähnliche Zahlen wie das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt auf. Die Heime stellen dabei den Bereich mit dem niedrigsten Frauenanteil an allen geringfügig Beschäftigten dar. Im Zweig „Gesundheitswesen“ ist der Frauenanteil am höchsten.

Interessant ist ein Blick auf die Zahlen und Anteile der geringfügig Beschäftigten unterschieden nach solchen, für die geringfügige Beschäftigung die einzige Verdienstquelle darstellt und solchen, die im Nebenjob zusätzlich geringfügig tätig sind (vgl. Tabelle 8 und 9).

<sup>66</sup> Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009.

<sup>67</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2007), S. 515 f.

<sup>68</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S. 480.

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ist die Verteilung der ausschließlichen bzw. nebenberuflichen geringfügigen Beschäftigung vergleichbar. So üben fast 40 Prozent der geringfügig beschäftigten Frauen und Männer im Gesundheits- und Sozialwesen diese Tätigkeit als zusätzlichen Nebenjob neben ihrem Hauptberuf aus. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (knapp 30 Prozent) und zu den Berliner Wach- und Sicherheitsdiensten (knapp 35 Prozent) fällt dieser Anteil relativ hoch aus.<sup>69</sup>

**Tabelle 8: Weibliche Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008**

| Wirtschaftsabteilungen              | geringfügig Beschäftigte insgesamt | ausschließlich geringfügig Beschäftigte (Anteil in %) | geringfügig Beschäftigte im Nebenjob (Anteil in %) |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <b>Gesundheits- und Sozialwesen</b> | <b>16.154</b>                      | <b>9.749 (60,35)</b>                                  | <b>6.405 (39,65)</b>                               |
| <b>Gesundheitswesen</b>             | <b>9.987</b>                       | <b>6.278 (62,86)</b>                                  | <b>3.709 (37,14)</b>                               |
| <b>Heime</b>                        | <b>1.697</b>                       | <b>1.092 (64,35)</b>                                  | <b>605 (35,65)</b>                                 |
| <b>Sozialwesen</b>                  | <b>4.470</b>                       | <b>2.379 (53,22)</b>                                  | <b>2.091 (46,78)</b>                               |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

**Tabelle 9: Männliche Beschäftigte in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung und in geringfügiger Beschäftigung im Nebenjob im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008**

| Wirtschaftsabteilungen       | geringfügig Beschäftigte insgesamt | ausschließlich geringfügig Beschäftigte (Anteil in %) | geringfügig Beschäftigte im Nebenjob (Anteil in %) |
|------------------------------|------------------------------------|---|--|
| Gesundheits- und Sozialwesen | 6.516                              | 3.982 (61,11)   | 2.534 (38,89)                                      |
| <b>Gesundheitswesen</b>      | <b>3.827</b>                       | <b>2.295 (59,97)</b>                                  | <b>1.532 (40,03)</b>                               |
| <b>Heime</b>                 | <b>805</b>                         | <b>562 (69,81)</b>                                    | <b>243 (30,19)</b>                                 |
| <b>Sozialwesen</b>           | <b>1.884</b>                       | <b>1.125 (59,71)</b>                                  | <b>759 (40,29)</b>                                 |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

<sup>69</sup> Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009.

Differenziert nach den einzelnen Unterzweigen des Gesundheits- und Sozialwesens lässt sich feststellen, dass bei den Frauen in der Regel ein etwas höherer Anteil die geringfügige Beschäftigung im Nebenjob ausübt als bei den Männern – mit Ausnahme des Gesundheitswesens. Die Heime stellen den Zweig dar, der insgesamt den geringsten Anteil geringfügig Beschäftigter hat, die ihre Tätigkeit im Nebenjob ausüben. Allerdings ist hier auch die Zahl der geringfügig Beschäftigten insgesamt am niedrigsten.

#### 4.1.5 Befristete Beschäftigung im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen in Berlin

Laut Ergebnis des Mikrozensus 2008 arbeiteten 29.000 Beschäftigte des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens in befristeten Arbeitsverhältnissen.<sup>70</sup> Auch hier zeigt ein Blick auf unten stehende Tabelle, dass Frauen einen höheren Anteil an befristeter Beschäftigung aufweisen als Männer.

**Tabelle 10: Abhängig Erwerbstätige in befristetem Arbeitsverhältnis im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen, Berlin, nach Geschlecht**

| Wirtschaftsabteilungen                          | befristete Beschäftigte insgesamt | Frauen (Anteil in %)  | Männer (Anteil in %)  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen</b> | <b>29.000</b>                     | <b>19.000 (65,52)</b> | <b>11.000 (37,93)</b> |
| <b>Gesundheitswesen</b>                         | <b>13.000</b>                     | <b>7.000 (53,85)</b>  | <b>5.000 (38,46)</b>  |
| <b>Veterinärwesen</b>                           | -                                 | -                     | -                     |
| <b>Sozialwesen</b>                              | <b>17.000</b>                     | <b>12.000 (70,59)</b> | <b>5.000 (29,41)</b>  |

Quelle: Mikrozensus 2008; eigene Berechnungen.

Betrachtet man jedoch diese Zahlen im Vergleich zu denen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (vgl. Tabelle 3) fällt auf, dass Männer im Verhältnis zu ihrem Anteil an allen Beschäftigten überproportional von Befristungen betroffen sind (Männeranteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten: 22,56 Prozent / Männeranteil an befristeten Arbeitsverhältnissen: 37,93 Prozent).

Auffallend ist auch, dass obwohl das Gesundheitswesen der Zweig mit dem größten Beschäftigtenanteil innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens ist (vgl. Tabelle 3), die Zahl der Befristungen hier deutlich niedriger ist als im Sozialwesen. Befristet beschäftigt sind im Sozialwesen – laut Mikrozensus – 17.000 Personen, wohingegen im Gesundheitswesen nur 13.000 Personen in einem befristeten Beschäftigungsverhältnis stehen.

<sup>70</sup> Exklusive Auszubildende

#### 4.1.6 Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin

Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen verfügen über ein gutes Qualifikationsniveau. Mehr als die Hälfte (52,75 Prozent) der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, weitere 14 Prozent sogar über einen (Fach)Hochschulabschluss (vgl. Tabelle 11).<sup>71</sup> So genannte „gering Qualifizierte“, also Beschäftigte ohne abgeschlossene Berufsausbildung, sind mit einem Anteil von insgesamt 9 Prozent sehr selten.<sup>72</sup>

Der hohe Anteil an Beschäftigten mit Berufsabschluss erweist sich insgesamt im Branchenvergleich als leicht überdurchschnittlich (53 Prozent im Gesundheits- und Sozialwesen zu 46 Prozent in der Gesamtwirtschaft). In den Heimen haben ist dieses Qualifikationsniveau mit Abstand am häufigsten (Frauen zu 63 Prozent, Männer zu knapp 60 Prozent) unter den Beschäftigten vertreten (vgl. Abbildung 4, Abbildung 5, Abbildung 6).

**Tabelle 11: Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**

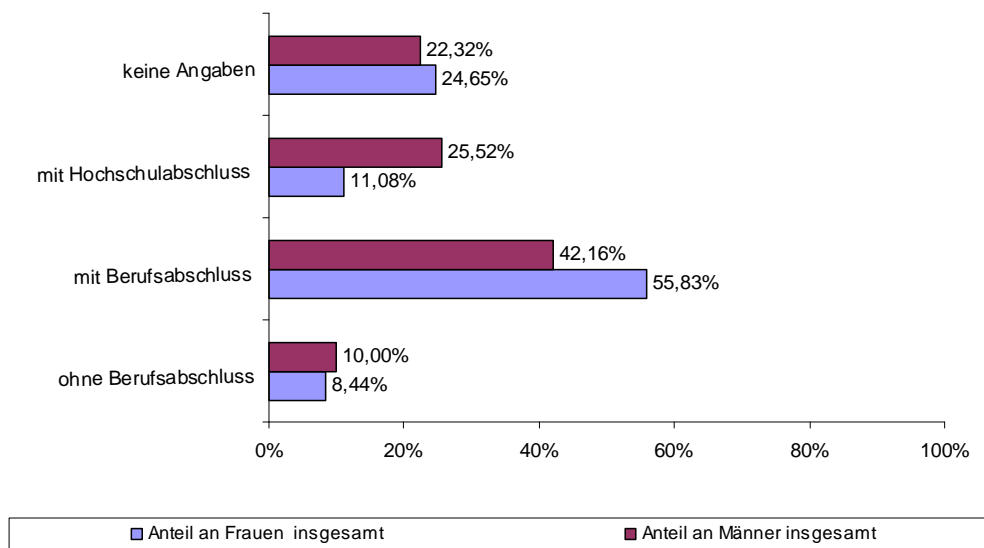
| Wirtschaftsabteilungen                 | Beschäftigte insgesamt | o.Berufsabschluss | mit Berufsabschluss | Mit Hochschulabschluss | keine Angaben |
|--|------------------------|-------------------|---------------------|------------------------|---------------|
| Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt | 156.871                | 13.790            | 82.743              | 22.492                 | 37.846        |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 8,79%             | 52,75%              | 14,34%                 | 24,13%        |
| Davon Frauen                           | 121.484                | 10.253            | 67.823              | 13.462                 | 29.946        |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 8,44%             | 55,83%              | 11,08%                 | 24,65%        |
| Davon Männer                           | 35.387                 | 3.537             | 14.920              | 9.030                  | 7.900         |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 10,00%            | 42,16%              | 25,52%                 | 22,32%        |
| Gesamtwirtschaft                       | 1.105.058              | 132.469           | 513.144             | 155.897                | 303.548       |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 11,99%            | 46,44%              | 14,11%                 | 27,47%        |
| Davon Frauen                           | 570.040                | 64.006            | 285.625             | 72.241                 | 148.168       |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 11,23%            | 50,11%              | 12,67%                 | 25,99%        |
| Davon Männer                           | 535.018                | 68.463            | 227.519             | 83.656                 | 155.380       |
| Prozentuale Verteilung                 | 100,00%                | 12,80%            | 42,53%              | 15,64%                 | 29,04%        |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen

<sup>71</sup> Zu berücksichtigen bleibt allerdings, dass die Beschäftigten, die keine Angaben zur Qualifikation gemacht haben, eine relativ große Gruppe darstellen (rund 25 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer).

<sup>72</sup> Allerdings liegen auch über einen erheblichen Anteil der Beschäftigten (24,13 Prozent) keine Angaben zum Qualifikationsniveau vor, was bei der Betrachtung der Zahlen nicht außer Acht gelassen werden darf.

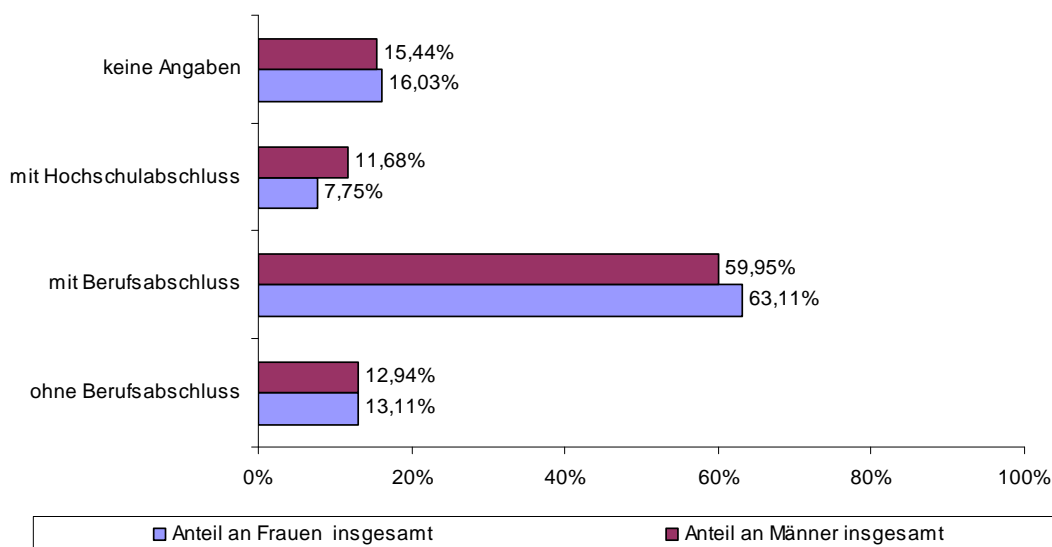
**Abbildung 8: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Der größte Anteil an Beschäftigten ohne Berufsabschluss findet sich in den Heimen. Hier liegt der Anteil dieser Beschäftigtengruppe an allen männlichen und weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei je 13 Prozent (vgl. Abbildung 9).

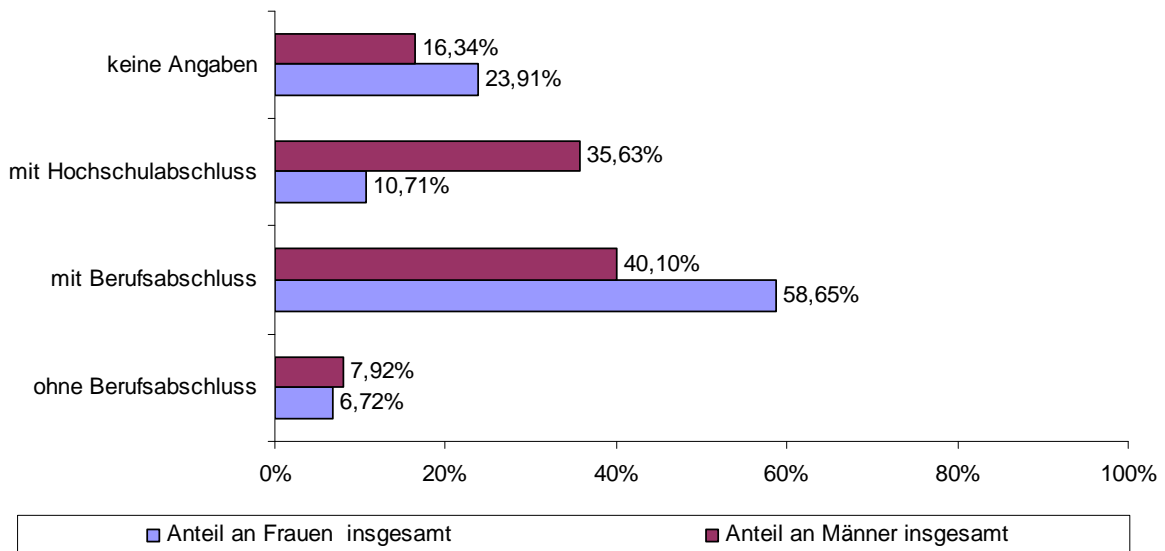
**Abbildung 9: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Heime, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich allgemein im Gesundheits- und Sozialwesen in Bezug auf zwei Punkte: Frauen verfügen häufiger als Männer über einen Berufsabschluss, Männer haben dafür wesentlich häufiger einen Hochschulabschluss. Der Anteil der Frauen mit Hochschulabschluss an allen weiblichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen fällt mit 11 Prozent deutlich geringer aus als der unter den männlichen Beschäftigten mit einem Anteil von knapp 26 Prozent (vgl. Abbildung 8). Speziell im Zweig „Gesundheitswesen“ ist hierbei die größte Differenz zwischen den Geschlechtern festzustellen. Nur knapp 11 Prozent aller weiblichen Beschäftigten haben hier einen Hochschulabschluss, bei den Männern liegt der Wert hingegen bei rund 36 Prozent (vgl. Abbildung 10).

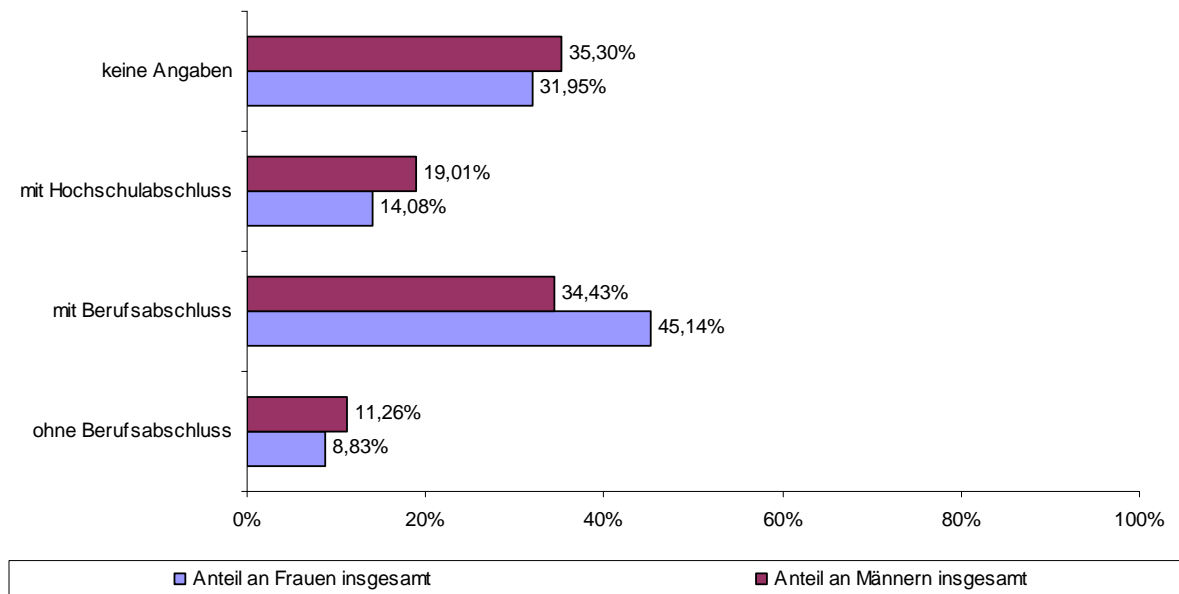
**Abbildung 10: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheitswesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Speziell für den Zweig „Sozialwesen“ fällt auf, dass hier – im Vergleich zu den anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens – die Gruppe der Beschäftigten mit Berufsabschluss bei beiden Geschlechtern am niedrigsten ist. Gleichzeitig ist hier aber auch die Gruppe der Beschäftigten am größten, zu denen keine Angaben über das Qualifikationsniveau vorliegt (vgl. Abbildung 11).

**Abbildung 11: Qualifikationsniveau der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Mit Rückblick auf das Jahr 1999 ist festzustellen, dass die Mitteilungsbereitschaft der Unternehmen über das Qualifikationsniveau ihrer Beschäftigten offenbar insgesamt drastisch abgenommen hat. Die Gruppe der Beschäftigten ohne Qualifikationsangabe hat sich um knapp 75 Prozent erhöht (vgl. Tabelle 12). Zudem fällt aber auch auf, dass das Qualifikationsniveau im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt zwischen 1999 und 2008 zugenommen hat: Die Zahl der Beschäftigten mit Hochschulabschluss ist im genannten Zeitraum um knapp 30 Prozent angestiegen, Stellen für Personen ohne Ausbildung haben sich hingegen leicht reduziert. Die Zahl der Beschäftigten mit Ausbildung hat sich über die Jahre relativ konstant gehalten.

Allerdings zeigen sich auch hier wieder geschlechtsspezifische Unterschiede: Während die Zahl der Männer ohne Ausbildung um über 5 Prozent abgenommen hat, stieg sie bei den Frauen um fast 1 Prozent an. Die Zahl der Personen mit Ausbildung lassen sich hingegen spiegelbildlich lesen: Bei den Frauen ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen (- 0,5 Prozent), bei den Männern hingegen eine Zunahme um 1,5 Prozent. Die größten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten zeigen sich in Bezug auf die Kategorie „mit Hochschulabschluss“. So gibt es sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern einen Anstieg in dieser Beschäftigtengruppe, dieser ist bei den Frauen jedoch fast viermal so hoch wie bei den Männern, so dass sich der Anteil der hochqualifizierten Frauen an allen weiblichen Beschäftigten von 8,8 Prozent im Jahr 1999 auf 11,08 Prozent erhöht hat. Sollte dieser positive Trend weiter anhalten, wird sich langfristig gesehen der Anteil Frauen in dieser Beschäftigtengruppe demjenigen der Männer annähern und die momentan noch bestehenden geschlechtsspezifischen Differenzen weiter abnehmen.

**Tabelle 12: Entwicklung des Qualifikationsniveaus der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008 und 30.06.1999**

| Qualifikation          | Jahr | Beschäftigte insgesamt | Frauen                | Männer               |
|------------------------|------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| ohne Angaben           | 1999 | 21.657                 | 17.194                | 4.463                |
|                        | 2008 | 37.846<br>(+ 74,75 %)  | 29.946<br>(+ 74,17 %) | 7.900<br>(+ 77,01 %) |
| ohne Ausbildung        | 1999 | 13.912                 | 10.167                | 3.745                |
|                        | 2008 | 13.790<br>(- 0,88 %)   | 10.253<br>(+ 0,85 %)  | 3.537<br>(- 5,5 %)   |
| mit Ausbildung         | 1999 | 82.867                 | 68.159                | 14.708               |
|                        | 2008 | 82.743<br>(- 0,15 %)   | 67.823<br>(- 0,49 %)  | 14.920<br>(+ 1,44 %) |
| mit Hochschulabschluss | 1999 | 17.339                 | 9.288                 | 8.051                |
|                        | 2008 | 22.492<br>(+ 29,72 %)  | 13.462<br>(+ 44,93 %) | 9.030<br>(+ 12,16 %) |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009 und Juni 1999; eigene Berechnungen.

#### 4.1.7 Situation im Bereich Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin

Bei den knapp 7.000 Auszubildenden (vgl. Tabelle 13), die im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin im Jahr 2008 beschäftigt waren, lag der Anteil der weiblichen Auszubildenden bei 81,54 Prozent und überstieg damit eindeutig den Frauenanteil bei den Auszubildenden in der Berliner Gesamtwirtschaft (Frauenanteil von 48,69 Prozent). Auch im Bereich der Ausbildung herrscht damit ein sehr unausgewogenes Geschlechterverhältnis.

Im Gesundheitswesen herrscht dabei mit knapp 90 Prozent weiblichen und 10 Prozent männlichen Beschäftigten die größte Geschlechterdifferenz. Im Zweig „Heime“ ist mit 31 Prozent der Anteil der männlichen Auszubildenden innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens am höchsten.



**Tabelle 13: Auszubildende des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin, Stichtag 31.12.2008, nach Geschlecht**

| Wirtschaftsabteilungen       | Azubis insgesamt | Frauen (Anteil)  | Männer (Anteil)  |
|------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Gesamtwirtschaft             | 59.656           | 29.044 (48,69 %) | 30.612 (51,31 %) |
| Gesundheits- und Sozialwesen | 6.827            | 5.567 (81,54 %)  | 1.260 (18,46 %)  |
| Gesundheitswesen             | 4.078            | 3.668 (89,95 %)  | 410 (10,05 %)    |
| Heime                        | 650              | 446 (68,62 %)    | 204 (31,38 %)    |
| Sozialwesen                  | 2.099            | 1.453 (69,22 %)  | 646 (30,78 %)    |

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik, Juli 2009; eigene Berechnungen.

Problematisch erweist sich in Bezug auf die Ausbildungszahlen das Verhältnis zwischen genehmigten und tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen. Auch wenn – wie bereits in Kapitel 4.1 dargelegt – eine Ausbildung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen aufgrund der positiven Beschäftigungsentwicklung der letzten Jahren und des prognostizierten weiter wachsenden Bedarfs attraktiv für junge Menschen erscheinen sollte, blieben in 2006 und 2007 viele der angebotenen Ausbildungsplätze unbesetzt (vgl. Tabelle 14). So wurden im Jahr 2006 in Berlin 3.045 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angeboten, tatsächlich konnten aber nur 2.341 mit Auszubildenden besetzt werden. Damit blieben mehr als 23 Prozent der Stellen unbesetzt. In 2007 verringerte sich der Anteil der unbesetzten Stellen zwar um knapp 4,5 Prozentpunkte. Trotzdem blieb auch zu diesem Zeitpunkt knapp jeder fünfte Ausbildungsplatz unbesetzt.

**Tabelle 14: Genehmigte sowie tatsächlich besetzte Plätze in den Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin 2006 und 2007**

| Pflegerische Berufe                      | 2006         |              |               | 2007         |              |               |
|--|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
|  | genehmigt    | besetzt      | unbesetzt     | genehmigt    | besetzt      | unbesetzt     |
| <b>insgesamt</b>                         | <b>3.385</b> | <b>2.586</b> | <b>23,60%</b> | <b>3.205</b> | <b>2.636</b> | <b>17,75%</b> |
| Hebamme / Entbindungspfleger             | 100          | 60           | 40,00%        | 85           | 85           | 0,00%         |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 240          | 185          | 22,92%        | 200          | 174          | 13,00%        |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in       | 3.045        | 2.341        | 23,12%        | 2.920        | 2.377        | 18,60%        |

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S. 512.

Ähnlich scheint sich die Situation im Altenpflegebereich zu gestalten, auch wenn hier für Berlin für die genannten Jahre keine Aufschlüsselung nach besetzten und unbesetzten Ausbildungsstellen vorliegt.<sup>73</sup> Bundesweite Zahlen belegen allerdings einen Rückgang der Neuan-

<sup>73</sup> Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009), S. 512.

meldungen zur Altenpflegeausbildung – trotz steigendem Fachkräftebedarfs und -mangel. Wurden 1997 bundesweit noch 15.500 neue Altenpflegeauszubildende registriert, reduzierte sich ihre Zahl bis 2007 um knapp zwei Drittel auf 5.400.<sup>74</sup>

Die für junge Menschen sinkende Attraktivität von Alten- und Krankenpflegeberufen – trotz krisensicherer Berufsaussichten – wird vielfach auf das „schlechte Image“ der pflegenden Dienstleistungen zurückgeführt, das sich aufgrund der oftmals schlechten Arbeitsbedingungen ergibt.<sup>75</sup> Dieser Aspekt führt auch dazu, dass eine steigende Zahl an examiniertem Kranken- und Altenpflegepersonal, aber auch der Ärztinnen und Ärzte, ins Ausland – bevorzugt in skandinavische Länder wie Schweden – auswandert. Eine Verschärfung der Fachkräftesituation im Gesundheits- und Sozialwesen wird hieraus bereits heute ersichtlich.<sup>76</sup>

### **Exkurs: Fachkräftesituation und -werbung in Berlin**

Das „Mismatch“ aus Bedarf und Angebot an potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen führt zu teilweise ungewöhnlichen Strategien der Anwerbung von Beschäftigten und deutet auf eine angespannte Fachkräftesituation in diesem Bereich hin. So wird in Berlin, neben der „klassischen“ Ausschreibung offener Stellen (z. B. in Printmedien oder in Internet-Jobbörsen) auch Werbung für die Aus- und Weiterbildung in Pflegeberufen (Kranken- sowie Altenpflege) in U-Bahnen geschaltet.<sup>77</sup> Einzelne Einrichtungen versuchen sogar über einen Briefkasteneinwurf in Privathaushalten potenzielle Bewerberinnen und Bewerber für offene Stellen in ihren Unternehmen zu interessieren.

Auch eine stichprobenartige Auswertung von Internet-Stellenanzeigen<sup>78</sup> lässt für Berlin Rückschlüsse auf eine angespannte Fachkräftesituation im Bereich der pflegenden Dienstleistungen zu. So waren Ende November 2009 insgesamt 37 Stellenanzeigen von 24 unterschiedlichen Stellenanbietern geschaltet. Sechs Stellenanzeigen waren von Personaldienstleistungsunternehmen aufgegeben worden. 19 der Stellenangebote fielen in den Bereich Altenpflege und 18 in den Bereich Krankenpflege. Sowohl in der Kranken- als auch Altenpflege wurden vornehmlich Pflegekräfte für den ambulanten Dienst gesucht (Krankenpflege: Acht Stellenanzeigen ambulanter Dienste, Altenpflege: Zehn Stellenanzeigen ambulanter Dienst).

Unter dem Stichwort "Krankenpflege" waren auch Altenpflegestellen geschaltet. Das kann als möglicher Hinweis für einen stärkeren Personalmangel in der Altenpflege gesehen werden, der dazu führt, dass Einrichtungen auch Personal mit ähnlichen Qualifikationen ansprechen möchten. In der Altenpflege wurden sowohl Hilfs- als auch Fachkräfte gesucht. Die Nachfrage nach Fachkräften war höher als die Nachfrage nach Pflegehilfskräften. Im Bereich Krankenpflege wurde neben Fachkräften auch Personal mit spezifischen Fachweiterbildungs-

---

<sup>74</sup> Vgl. Stief, G. (2009).

<sup>75</sup> Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 4.2.

<sup>76</sup> Vgl. ZDF (2009).

<sup>77</sup> So gesehen z.B. in den U-Bahnlinien U3 und U5 (Stand: Januar 2010).

<sup>78</sup> Die Stellenanzeigen wurden aus drei Jobbörsen gefiltert (Stepstone, monster, meinestadt) und stellen nicht die Gesamtheit aller zu diesem Zeitpunkt aufgegebenen Stellenanzeigen dar.

gen gesucht, z. B. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger im Bereich Onkologie. Die Nachfrage nach Krankenpflegehilfspersonal war hier geringer als im Altenpflegebereich.

Neben den finanziellen Vorzügen, wie übertarifliche Bezahlung, Zuschläge für Schicht- und Feiertagsarbeit, Fahrtkostenerstattung, Urlaubs- und Weihnachtsgeld und betriebliche Altersversorgung, wurde häufig mit dem guten und verlässlichen Berufsperspektiven in den Stellenanzeigen geworben. Qualifizierte Einarbeitung, unbefristete Arbeitsverträge und regelmäßige Fortbildungen waren dabei die am häufigsten genannten Aspekte. Für die geforderte Bereitschaft zu Schicht-, Bereitschafts- und Wochenenddienst wurden im Gegenzug flexible Arbeitszeitmodelle und die persönliche Einflussnahme auf die Arbeitszeitgestaltung durch Mitsprache bei der Einsatzplanung in Aussicht gestellt. In Bezug auf die Einrichtung selbst, wurde in vielen Stellenanzeigen auf die Modernität und das gute Betriebsklima verwiesen.

Das in 19 von 37 Stellenangeboten auf den finanziellen Vorteil wie übertarifliche Bezahlung, betriebliche Altersversorgung, Weihnachts- und Urlaubsgeld, oder auch pauschale Zuschläge verwiesen wurde, überrascht – gilt das Alten- und Krankenpflegepersonal doch als nicht ausreichend vergütet. Andererseits ist das Werben durch Sonderzahlungen, Fortbildungen und unbefristete Arbeitsverhältnisse aufgrund des Personal mangels nicht verwunderlich. Teilweise wurde zudem mit zusätzlichen „sozialen Komponenten“ geworben. Beispiele hierfür sind der Verweis auf „Sommerfest und Weihnachtsfeier mit kleinen Überraschungen“, „kostenlose Teilnahme an hausinternen Gesundheits- und Fitnesskursen“, „Ferienwohnung auf Rügen“, ein „freigestellter Betriebsrat“, „(soziale) Anerkennung für die geleistete Arbeit“ oder auch „persönliche Beratung mit med. und pflegerischem Fachwissen“.

#### **4.1.8 Prognostizierte Beschäftigungstrends und Zwischenfazit**

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen des Gesundheits- und Sozialwesens weist – wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben – für Berlin in den letzten Jahren eine positive Bilanz auf. Zwischen 2004 und 2007 lag die Zuwachsrate an Beschäftigten in Berlin sogar höher als in Deutschland insgesamt (vgl. Tabelle 15). Auch für die Zukunft wird ein weiteres Beschäftigungswachstum – sowohl für Berlin als auch für Deutschland – prognostiziert. Bei einer momentan vorhergesagten Zuwachsrate von 13 % könnten im Jahr 2030 knapp 190.000 Menschen in Berlin in diesem Bereich tätig sein. Damit hätte sich ihre Zahl gegenüber 1996 um fast 25 Prozent erhöht.

**Tabelle 15: Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin und Deutschland, 1996 bis 2030**

| Jahr | Berlin       |             | Deutschland  |             |
|------|--------------|-------------|--------------|-------------|
|      | Beschäftigte | Zuwachsrate | Beschäftigte | Zuwachsrate |
| 1996 | 152.420      |             | 3.015.680    |             |
| 2004 | 158.470      | 3,97%       | 3.499.530    | 16,04%      |
| 2007 | 167.500      | 5,70%       | 3.635.200    | 3,88%       |
| 2030 | 189.270      | 13,00%      | 4.180.670    | 15,01%      |

Quelle: Ranscht/ Ostwald (2008), S. 22.

Als Beleg für die aktuell allgemein guten Wachstumschancen kann auch die TOP TEN Liste der Stellen der Bundesagentur für Arbeit aus August 2009<sup>79</sup> gewertet werden. Dort heißt es, dass für das Gesundheits- und Sozialwesen weiterhin ein hoher Fachkräftebedarf besteht. Gegenüber dem Jahr 2008 wird sogar eine deutliche Nachfragesteigerung festgestellt. In Zahlen gesprochen heißt das: Ein Bedarf an 22.000 zusätzlichen Stellen für Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Erzieherinnen und Erzieher (+ 41 %) und 19.000 Stellen für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Sprechstundenhilfen und Masseurinnen und Masseur (+ 18 %).

Speziell in Berlin wird für das Jahr 2015 – so die Ergebnisse der gemeinsamen Fachkräftestudie Berlin-Brandenburg – ein zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten mit Berufsabschluss im Bereich Gesundheits-/ Krankenpflege o.ä. von 20.000 Personen erwartet. Bis 2030 steigt dieser weiter auf 36.000 Personen an – so die Prognosen.<sup>80</sup>

Allerdings müssen diese positiven Wachstumswerte mit Blick auf den Anteil sowie die Entwicklung von Teilzeittätigkeit, geringfügiger Beschäftigung und befristeten Arbeitsstellen kritisch betrachtet werden. Ein Zuwachs bei den Beschäftigtenzahlen darf nicht zu Lasten von langfristig-stabilen sowie existenzsichernden Beschäftigungsverhältnissen gehen. Auch würde hierdurch das oftmals positiv gezeichnete Bild des „Jobmotors Gesundheitswirtschaft“ entschieden getrübt werden.<sup>81</sup>

Zudem ist zu berücksichtigen, dass Quantität als auch Qualität der Beschäftigungsverhältnisse miteinander in Einklang stehen müssen, um gute Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten sowie ein attraktives Berufsfeld für (potenzielle) Beschäftigte zu gewährleisten. Der demografische Wandel in den Belegschaften sowie die hohen bzw. steigenden Anforderungen an die Beschäftigten, sind dabei Themenkomplexe, die bei der Debatte um die Qualität der angebotenen Dienstleistungen sowie um Fachkräfteerhalt und -sicherung mit berücksichtigt werden müssen.

<sup>79</sup> Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2009).

<sup>80</sup> Prognos (2010), S. 14.

<sup>81</sup> Vgl. Reichert, G. (2009).

## 4.2 Arbeitsbedingungen in den pflegenden Dienstleistungen

In Deutschland sehen 33 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als belastend an. Dieser Wert wird in den pflegenden Dienstleistungen deutlich überschritten: Etwa 46 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger empfinden ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als belastend. Bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern liegt dieser Wert sogar bei 52 Prozent.<sup>82</sup>

Was führt in den Pflegenden Dienstleistungen zu diesen – im Vergleich zu den Ergebnissen aus anderen Beschäftigungsbereichen – schlechten Befragungswerten? Dies wird im Folgenden anhand verschiedener Indikatoren für die Bewertung von Arbeitsbedingungen dargestellt. Es stellt sich dabei heraus, dass bei Beschäftigten – trotz einer oftmals hohen Selbstzufriedenheit und Stolz auf die erbrachte Arbeit – die Einschätzungen über die Qualität der Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen negativ sind. Denn Wertschätzung für diese Arbeit, so die Aussage einer im Berliner Gesundheits- und Pflegesektor Beschäftigten, sei zwar immer in aller Munde. Dies drücke sich aber nicht mehr unbedingt in guten Arbeitsbedingungen und Gehaltszahlungen aus. Vielmehr zeigen sich eine unzureichende finanzielle Anerkennung, hohe Gesundheitsbelastungen sowie hohe Anforderungen an die zeitliche Flexibilität der Beschäftigten. Die negative Bewertung dieser Aspekte der Arbeit zeigt sich im Altenpflegebereich oftmals stärker als bei Krankenpflegepersonal.

Neben einer Zusammenfassung von Ergebnissen aus diversen deutschlandweiten Umfragen im Bereich der pflegenden Dienstleistungen wird dieses Kapitel ergänzt durch die Einschätzungen von Arbeitnehmervertreterinnen aus Berliner Versorgungs- und (Kranken)Pflegeeinrichtungen, die im Zuge des Projekts „Dienstleistungen – Wertschätzung und -schöpfung in der Metropolregion Berlin“ in Form qualitativer Expertinneninterviews befragt wurden.

### 4.2.1 Entlohnung

Im Zuge der Befragungen des DGB-Index „Gute Arbeit“ wurde von den Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen das Einkommen mit Abstand am negativsten beurteilt. Mit Blick auf unten stehende Tabelle, ist das kein verwunderliches Ergebnis.

In der Altenpflege beziehen 48 Prozent ein Bruttoeinkommen von nur 1.500,00 Euro oder weniger, 24 Prozent liegen mit ihrem Einkommen zwischen 1.501,00 und 2.000,00 Euro. In der Krankenpflege verfügen 20 Prozent der Beschäftigten über Einkommen unter 1.500,00 Euro und weitere 20 Prozent über Einkommen zwischen 1.501,00 und 2.000,00 Euro. Insgesamt liegen demnach 72 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger und 40 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit ihren Einkommen unter 2.000,00 Euro. Das bedeutet, dass trotz Vollzeitbeschäftigung in beiden Pflegeberufen eine große Gruppe der Beschäftigten nur ein Einkommen erzielt, das als „prekär“<sup>83</sup> gilt. Vergleicht man den Kranken-

---

<sup>82</sup> Vgl. die Auswertung der Befragungsergebnisse des DGB-Index „Gute Arbeit“ in Fuchs (2008a+b), S.10.

<sup>83</sup> „Bruttoeinkommen unter 2.000 € liegen prozentual unterhalb von 75% eines durchschnittlichen Brutto-Vollzeiteinkommens. Berücksichtigt man einen durchschnittlichen Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern von 36%, liegt das Nettoentgelt dieser Personen bei rund 1.260 €. Unter Be-

und Altenpflegebereich miteinander bedeutet dies auch, dass nur 28 Prozent des Altenpflegepersonals, aber 60 Prozent des Krankenpflegepersonals ein Einkommen über 2.000,00 Euro erzielt. Die Bezahlung in der Altenpflege fällt also wesentlich schlechter aus als in der Krankenpflege, obwohl die Arbeitstätigkeiten ähnliche Anforderungen und Belastungen mit sich bringen.

**Tabelle 16: Durchschnittliches Bruttoeinkommen in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008**

| Bruttoeinkommen          | Altenpflege | Krankenpflege |
|--------------------------|-------------|---------------|
| < 1.500,00 Euro          | 48%         | 20%           |
| 1.500,00 - 2.000,00 Euro | 24%         | 20%           |
| < 2.000,00 Euro          | 72%         | 40%           |
| 2.000,00 - 3.000,00 Euro | 24%         | 48%           |
| > 3.000,00 Euro          | 5%          | 13%           |

Quelle: Fuchs (2008 a, b), S.10.

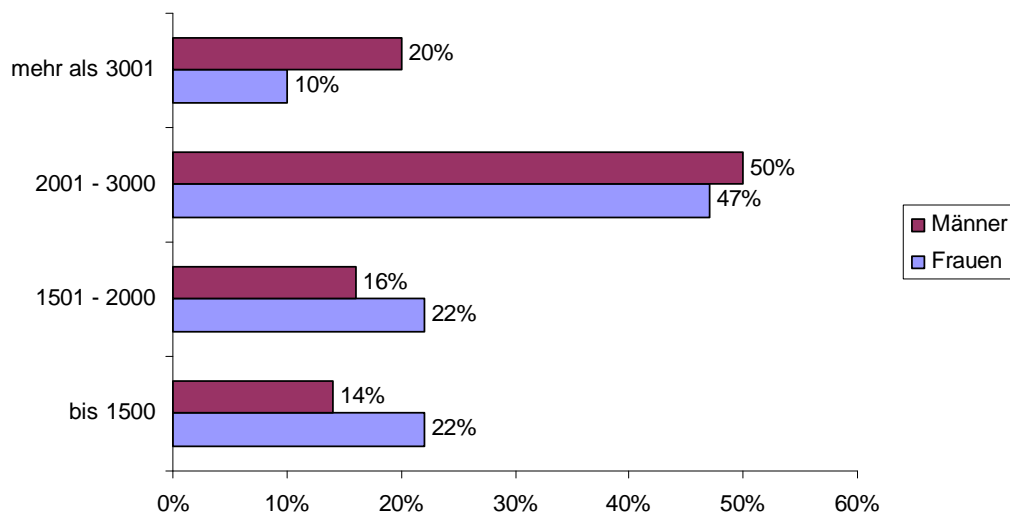
Die Einkommensverteilung nach Geschlecht in den Krankenpflegeberufen zeigt zudem deutliche Unterschiede in der Verteilung von Männern und Frauen auf die einzelnen Einkommensgruppen.<sup>84</sup> 44 Prozent der weiblichen Beschäftigten in der Krankenpflege haben – laut Ergebnissen des DGB-Index „Gute Arbeit“ – ein Bruttoeinkommen, das nicht mehr als 2.000,00 Euro beträgt. Unter den männlichen Beschäftigten sind es hingegen nur 30 Prozent. Besonders auffallend ist zudem, dass über ein Einkommen von mehr als 3.000,00 Euro doppelt so viele männliche wie weibliche Beschäftigte verfügen.

---

rücksichtigung von zusätzlichen Versicherungen, Zuzahlungen, Miete und sonstigen Lebenshaltungskosten wird deutlich, dass diese Entgelte nur wenig Spielraum für Vorsorge oder größere Anschaffungen lassen und bereits vorübergehende Arbeitslosigkeitsphasen, insbesondere aber die zu erwartenden Renten aus diesen Entgelten den Erwerbstätigen Anlass zu Sorge geben müssen. Darüber hinaus muss das Arbeitseinkommen in vielen Fällen nicht nur für den Erhalt der arbeitenden Person, sondern gegebenenfalls mindestens für deren versorgungspflichtige Kinder ausreichen. Aus diesen Gründen wird der Einkommensbereich bis rund 2.000 € u.a. auch als prekärer – unsicherer – Einkommensbereich bezeichnet.“ (Fuchs (2008a), S.10.)

<sup>84</sup> Zahlen zur Einkommensverteilung nach Geschlecht für den Bereich Altenpflege liegen nicht vor.

**Abbildung 12: Durchschnittliches Bruttoeinkommen von Beschäftigten in Krankenpflegeberufen auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008, aufgeschlüsselt nach Geschlecht**



Graphik: Wert.Arbeit GmbH (Berlin), Quelle: Fuchs, T. (2008 a, b), S. 10.

Quantitative Daten aus der Einkommenserhebung des Statistischen Bundesamtes für das erste Quartal im Jahr 2008 belegen zudem, dass Beschäftigte im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen<sup>85</sup> im Vergleich zum Dienstleistungssektor insgesamt leicht unterdurchschnittlich bezahlt werden. So verdienten vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in diesem Bereich im ersten Quartal 2008 durchschnittlich 18,00 Euro brutto in der Stunde. Das Stundeneinkommen lag damit einen Euro unter dem des Dienstleistungssektors insgesamt (vgl. Tabelle 17). Vergleicht man die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste in den einzelnen Leistungsgruppen miteinander, fällt auf, dass im Gesundheits- und Sozialwesen in allen Leistungsgruppen die Bruttostundenverdienste durchweg unter denen im gesamten Dienstleistungssektor liegen. Allerdings erwies sich die Verdienstspanne zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen als niedriger. Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen lag das Einkommen in der Leistungsgruppe 1 durchschnittlich bei 34,71 Euro, in der Leistungsgruppe 5 bei 10,25 Euro. Damit beträgt der Einkommensunterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensstufe 43 Prozent. Im gesamten Dienstleistungssektor verdienen Beschäftigte der Leistungsgruppe 5 hingegen im Durchschnitt etwa 50 Prozent weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen in Leistungsgruppe 1.

<sup>85</sup> Erst seit der im Laufe des Jahres 2008 erfolgten statistischen Umstellung der Wirtschaftszweigschlüsselung zählt das Veterinärwesen nicht mehr zum Gesundheits- und Sozialwesen. In den hier vorliegenden Daten musste es deshalb mit berücksichtigt werden,



**Tabelle 17: Bruttostundenverdienst bei in Vollzeit Tätigen nach Leistungsgruppen im Dienstleistungssektor insgesamt sowie im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Deutschland, 1. Quartal 2008**

|   | Bruttostundenverdienst in EUR* |              |              |              |              |              |
|---|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | Ø aller Leistungsgruppen (LG)  | LG 1         | LG 2         | LG 3         | LG 4         | LG 5         |
| <b>Dienstleistungssektor insgesamt</b>          | <b>18,99</b>                   | <b>36,68</b> | <b>23,78</b> | <b>15,35</b> | <b>11,77</b> | <b>9,48</b>  |
| <b>Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen</b> | <b>18,00</b>                   | <b>34,71</b> | <b>18,70</b> | <b>14,60</b> | <b>11,71</b> | <b>10,25</b> |

\*Inklusive eventueller Sonderzahlungen, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 16,Reihe 2.1 (1. Quartal 2008)

Innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens zeigt sich ein deutliches Lohngefälle zwischen den einzelnen Bereichen. Das Durchschnittseinkommen ist im Gesundheitswesen mit 19,66 EUR am höchsten. Dies zeigt sich auch über alle fünf Leistungsgruppen hinweg (vgl. Tabelle 18). Im Sozialwesen (sowie im Veterinärwesen) werden hingegen deutlich niedrigere Bruttostundenlöhne gezahlt.

**Tabelle 18: Bruttostundenverdienste bei in Vollzeit Tätigen nach Leistungsgruppen im Wirtschaftszweig Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen in Deutschland, 1. Quartal 2008**

|                         | Bruttostundenverdienst in EUR* |              |              |              |              |              |
|-------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                         | Ø aller Leistungsgruppen (LG)  | LG 1         | LG 2         | LG 3         | LG 4         | LG 5         |
| <b>Gesundheitswesen</b> | <b>19,66</b>                   | <b>36,97</b> | <b>19,48</b> | <b>14,89</b> | <b>12,36</b> | <b>10,96</b> |
| <b>Veterinärwesen</b>   | <b>15,05</b>                   | <b>22,89</b> | <b>17,15</b> | <b>11,92</b> | <b>10,33</b> | <b>9,63</b>  |
| <b>Sozialwesen</b>      | <b>15,16</b>                   | <b>24,70</b> | <b>17,66</b> | <b>14,07</b> | <b>11,10</b> | <b>9,70</b>  |

\*Inklusive eventueller Sonderzahlungen, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 16,Reihe 2.1 (1. Quartal 2008)

Besonders prekär ist die Einkommenssituation für Pflegehilfskräfte, die sowohl im stationären wie ambulanten Bereich eingesetzt werden. Ihr durchschnittlicher Bruttostundenverdienst liegt oftmals unter der von ver.di geforderten Mindestlohngrenze. Dies soll sich in 2010 ändern. Die Kommission zur Findung eines Mindestlohns hat am 25.03.2010 eine Entscheidung über die Höhe eines Mindestlohns in der ambulanten und stationären Pflege für Pflegehilfskräfte getroffen. Demnach soll ab Juli 2010 der Mindestlohn für Pflegehilfskräfte in Westdeutschland bei einem Stundenlohn von 8,50 Euro, in Ostdeutschland bei 7,50 Euro liegen und in 2012 sowie 2013 noch einmal weiter angehoben werden. Die Umsetzung muss noch von der Bundesregierung beschlossen und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Kraft gesetzt werden.<sup>86</sup>

<sup>86</sup> vgl. <http://gesundheit-soziales.verdi.de/newsArchive?channel=news&id=mindestlohn-pflege> (03/2010)

#### 4.2.2 Arbeitszeiten und Arbeitsflexibilität

Die Beschäftigung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen ist durch Schicht- und Wochenendarbeit sowie oftmaligen „Rufens aus dem Frei“<sup>87</sup> geprägt. Dies stellt hohe und zugleich belastende Anforderungen an die zeitliche Flexibilität und die damit einhergehende „Work-Life-Balance“ der Beschäftigten. Zudem liegen – laut den Ergebnissen des DGB-Index „Gute Arbeit“ – hinsichtlich der Wochenarbeitszeit starke Abweichungen zwischen Wirklichkeit, Vertrag und Wunsch vor (Tabelle 19).

Im Mittel liegt die Arbeitszeit der Vollzeitbeschäftigten Altenpflegerinnen und Altenpfleger bei 44 Stunden pro Woche, während die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit im Schnitt 39,5 Stunden beträgt. Der Arbeitszeitwunsch der Befragten geht zur Rückkehr ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Ähnlich gestaltet sich die Situation unter den vollzeitbeschäftigten Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern.

Bei den Beschäftigten auf Teilzeitbasis kommt es zwischen dem Alten- und Krankenpflegebereich hingegen zu Unterschieden. Im Mittel fällt die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit in der Alten- und Krankenpflege zwar fast gleich aus (Altenpflege 23,5 Stunden, Krankenpflege 23 Stunden). Die tatsächliche Arbeitszeit der teilzeitbeschäftigten Altenpflegerinnen und Altenpfleger übersteigt aber die des Krankenpflegepersonals. Sie arbeiten im Schnitt 30 Stunden und somit 6,5 Stunden mehr als vertraglich festgeschrieben. In der Krankenpflege klaffen die tatsächliche Arbeitszeit und die vertraglich vereinbarte mit einer Differenz von 4 Stunden weniger stark auseinander.

**Tabelle 19: Durchschnittliche Arbeitszeit in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008**

| Arbeitszeit        | Altenpflege   | Krankenpflege |
|--------------------|---------------|---------------|
| Vollzeit – real    | 44,0 Stunden  | 43,5 Stunden  |
| Vollzeit – Vertrag | 39,5 Stunden  | 39,5 Stunden  |
| Vollzeit – Wunsch  | 39,5 Stunden  | 39,5 Stunden  |
| Teilzeit – real    | 30,0 Stunden  | 26,0 Stunden  |
| Teilzeit – Vertrag | 23,5 Stunden  | 23,0 Stunden  |
| Teilzeit – Wunsch  | 28,00 Stunden | 26,0 Stunden  |

Quelle: Fuchs, T. (2008 a, b), S.12.

Interessant ist, dass sich der Arbeitszeitwunsch nach Art der Beschäftigung unterscheidet. Denn im Gegensatz zu den Vollzeitbeschäftigten wünschen sich die Teilzeitbeschäftigten eine Erhöhung der vertraglichen Arbeitszeit (Altenpflege auf 28 Stunden, Krankenpflege auf 26 Stunden). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Teilzeittätigkeit – gerade im Altenpflegebereich – eine oftmals unfreiwillig gewählte Tätigkeitsform ist, die zugunsten eines höheren, wenn auch nicht vollen Stundenvolumens aufgegeben werden würde.

<sup>87</sup> Zusätzlicher und ungeplanter Dienst während der eigentlich vereinbarten Freizeit.

Die Branche der Pflegenden Dienstleistungen ist aber nicht nur für den hohen Stundenumfang bekannt, sondern auch für die Erwartung äußerster Flexibilität auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Schichtplanänderungen und „Rufen aus dem Frei“ sind die Norm, Urlaub kann nicht genommen werden, freie Wochenenden werden zur Ausnahme.<sup>88</sup> Gesetzlich vorgeschriebene Ruhezeiten werden oftmals missachtet. Freizeit ist damit kaum planbar, Erholung kaum machbar. Hierdurch entstehen vermehrt Problematiken für Beschäftigte mit privaten Betreuungs- und Versorgungsaufgaben – seien es in Bezug auf Kinder oder pflegende Angehörige.

Die Umsetzung bzw. Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, so eine der befragten Expertinnen, die im Berliner Krankenhausbereich tätig ist, sei schwierig, da allgemein keine bzw. sehr geringe Mittel für die Implementierung und Umsetzung von Organisations- sowie Personalentwicklungsmaßnahmen vorhanden seien. Der Versuch der Kooperation mit umliegenden Kitas zur Verbesserung der Kinderbetreuungssituation sei vor einigen Jahren gescheitert, da der Bedarf nach besonders früher bzw. später Betreuung – je nach Schichtplan der betroffenen Eltern – von den Kindertagesstätten nicht nachgekommen werden konnte. Momentan kaprizierten sich die konkreten Verbesserungsversuche in der Einrichtung auf die flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit durch Arbeitszeitkonten, dies auch unter dem Aspekt eine Lösung für das Problem der Anhäufung von Arbeitsstunden, die sich aufgrund der permanenten Unterbesetzung ergäben.

#### **4.2.3 Gesundheitsbelastungen**

Untersuchungsergebnisse belegen, dass die Pflegerinnen und Pfleger in stationären Einrichtungen – insbesondere in der Altenpflege – sowohl körperlich als auch psychisch stärker belastet sind als andere Berufsgruppen (im Gesundheits- und Sozialwesen). Dies wirkt sich stark auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten aus. Die wahrgenommenen beruflichen Belastungen führen von Stress und Unzufriedenheit bis hin zum Burnout.

Die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit lassen sich u. a. an den krankheitsbedingten Fehltagen der Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft ablesen: Im Jahr 2007 lag der Durchschnitt aller Branchen pro Versichertenjahr bei 11,8 AU-Tagen. Die Krankenpflegekräfte kamen auf durchschnittlich 14,6 AU-Tage und die Altenpflegekräfte sogar auf 17,4 AU-Tage.<sup>89</sup>

Speziell für den Bereich der Altenpflege weist eine Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) aus dem Jahr 2007 auf den schlechteren Gesundheitszustand bzw. die erhöhten Gesundheitsbelastungen in diesem Bereich hin. So sei der psychische Gesundheitszustand der Altenpflegerinnen und Altenpfleger um rund 12 Prozent schlechter als der anderer Berufsgruppen. Psychosomatische Beschwerden treten bei ihnen häufiger auf. Die hohen körperlichen Belastungen ergeben sich insbesondere durch das Anheben und Wen-

---

<sup>88</sup> Vgl. Quetting (2009), S. 1.

<sup>89</sup> Vgl. Goesmann/ Nölle (2009 a), S. 9.

den von kranken oder bettlägerigen Pflegebedürftigen. Der Kontakt mit schwerkranken Patienten verursacht neben Wirbelsäulenproblemen auch Hauterkrankungen. Des Weiteren gehören Infektionskrankheiten zu den häufigsten Berufskrankheiten in der Altenpflege.<sup>90</sup>

Der gemeinsame Gesundheitsreport von DAK und BGW für die stationäre Altenpflege aus dem Jahr 2003 ergab zudem, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger unter der hohen Arbeitsbelastung und dem hohen Zeitdruck leiden. Auch häufige Arbeitsunterbrechungen wurden als belastend empfunden. Im Vergleich zur stationären Krankenpflege zeigen die Unfall- und Berufskrankheitszahlen der BGW, dass in der stationären Altenpflege ein um rund 40 Prozent höheres Arbeitsunfallrisiko herrscht.<sup>91</sup> Eine besondere Gefahr geht hier von den Verwirrungs- und Aggressionszuständen der zumeist älteren Patientinnen und Patienten aus.

Auch bei Beschäftigten im ambulanten Pflegebereich treten vermehrt psychosomatische Beschwerden auf; bisweilen sogar in einem größeren Umfang als bei der stationären Pflege. Wie bereits bei den Beschäftigten in den stationären Einrichtungen, wird von starken gesundheitlichen Belastungen berichtet.<sup>92</sup> Die Anzahl der von Wirbelsäulen- und Hauterkrankungen betroffenen Beschäftigten liegt hier ebenfalls über dem Durchschnitt der Erwerbstätigen. Im Gegensatz zu Altenpflegerinnen und Altenpflegern in stationären Einrichtungen verbringen die Kolleginnen und Kollegen der ambulanten Dienste einen Großteil ihrer Arbeitszeit im Auto. Zwar wird dies von den Beschäftigten nicht als belastend gewertet, jedoch weist der Gesundheitsdatenreport aufgrund dessen eine Unfallrate von 10 Prozent innerhalb eines Arbeitsjahres in der stationären Pflege nach.<sup>93</sup> Auch dies bedeutet ein zusätzliches Gesundheitsrisiko für die Beschäftigten. Zudem sei aufgrund der veränderten Aufgabenteilung in der Gesundheitsversorgung und der Erbringung von Pflegediensten im Krankheitsfall durch ambulante Pflegerinnen und Pfleger eine Zunahme des Arbeitstempos und die Verdichtung der Dokumentationsarbeit zu beobachten, die den Gesundheitszustand der Beschäftigten ebenfalls belastet.<sup>94</sup>

Ein weiterer Aspekt, der zusätzlichen zeitlichen wie psychischen Druck für die Beschäftigten auslöst, ist die veränderte Festlegung der Versorgungsleistung. So berichtet eine der befragten Expertinnen aus einer ambulanten Versorgungseinrichtung, dass die Versorgungsleistung nicht mehr nach „Personenschlüssel“ stattfinde, also der Leitfrage folge „Wie viele Patienten kann ich in einem bestimmten Zeitraum behandeln?“, sondern „Wie viele Behandlungen kann/ sollte ein Beschäftigter in einer bestimmten Zeit durchführen?“. Hierdurch werde der Patient im Prozess der Pflege und Betreuung faktisch „unsichtbar“ gemacht, die Behandlung werde „wie in der [industriellen] Produktion“, also nach dem Behandlungs-„Stückzahl-Prinzip“ geregelt. „Gute Betreuung“ müsse in diesem Kontext zwar auch geleistet werden, sei aber nicht in den (Zeit)Kalkulationen der Versorgungsleistung mit berücksichtigt. Hierdurch entstehe zusätzlicher Druck für die Beschäftigten.

---

<sup>90</sup> BGW (2007), S. 29.

<sup>91</sup> Vgl. DAK/ BGW (2003), S. 8.

<sup>92</sup> DAK/ BGW (2006), S. 9.

<sup>93</sup> Vgl. ebd., S. 10.

<sup>94</sup> DAK/ BGW (2006), S.11.

Auch eine der Befragten aus dem stationären Versorgungssektor weist auf die Arbeitsverdichtungen und hierdurch steigenden Belastungen und sinkende Zufriedenheit der Beschäftigten hin. Diese Verdichtungen seien bedingt durch die Verkürzung der Liegezeiten.<sup>95</sup> In den 1990er habe die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten in ihrer Einrichtung noch 16 Tage betragen. Heute seien es nur noch 6. Eine langfristige Betreuung bis zur tatsächlichen Genesung finde aus diesem Grund nicht mehr statt. Stattdessen habe das Pflegepersonal nur noch in der „pflegeintensivsten Phase“ der Patienten mit diesen zu tun. Die (negativen) Folgen hieraus sind für befragte Expertin vielschichtig. Zum einen verringere sich für die Beschäftigten die „Befriedigung“ durch die Arbeit, da die Auswirkung des eigenen Handelns auf den Gesundungsprozess des/der Patienten vom Personal nicht mehr wahrgenommen werden könnten. Zudem führe die „Verengung der Zeit“, die man mit einem Patienten verbringt dazu, dass man kein positives Feedback mehr für seine Arbeit von Patienten-seite erhält. Die „psychische Arbeit“ an und mit dem Patienten könne nicht mehr stattfinden, es bleibt keine Zeit mehr für Gespräche oder Dienste am Patienten, die über das „Alltagsgeschäft“ hinausgingen. Durch die kurze Verweildauer habe man es mit ständig wechselnden Patienten und einer dadurch bedingten „immerwährenden Einarbeitungsphase“ zu tun. Dieses Gefühl komme besonders dann auf, wenn man nach einer „Wochenend“- oder „Urlaubs“-Phase wieder in den Schichtbetrieb einsteige. Das Resultat aus alledem sein, dass ein Verdichtung und Beschleunigung in allen anfallenden Arbeitsprozessen stattfinden, welche wiederum zu gestiegenem Stress und Arbeitsunzufriedenheit bei den Beschäftigten geführt habe.

#### **4.2.4 Leiharbeit in den pflegenden Dienstleistungen**

Leiharbeit in Deutschland hatte in den letzten Jahren einen Boom – auch im Bereich der pflegenden Dienstleistungen. Leiharbeit bringt viele (finanzielle) Vorteile für die Einrichtungen, da ihr Einsatz eine schnelle Reaktion auf Änderungen im Personalbedarf ermöglicht. So können bei hoher Auslastung oder Personalengpässen aufgrund von Krankheit oder Ferienzeiten Leiharbeitskräfte schnell und flexibel angefordert und eingesetzt werden. Zudem lassen sich durch den Einsatz von Leiharbeitskräften Personalkosten reduzieren, da in Leiharbeitsfirmen in der Regel schlechtere Tarife als in den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegesektors selbst gelten. So umgeht beispielsweise der private Klinik-Konzern Asklepios die in der Pflege gültigen Tarifverträge von 21 bis 27 Euro Stundenlohn durch Zahlung nach dem Tarifvertrag für Leiharbeit nach IGZ, der einen durchschnittlichen Stundenlohn von 9,48 Euro vorsieht.<sup>96</sup> Auch bei Sonderzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld gelten für Stamm- und Leiharbeitspersonal nicht dieselben Regeln. In Zusatzversorgungssysteme, wie der betrieblichen Altersvorsorge, sind sie nicht integriert.<sup>97</sup> Zunehmend ist deshalb auch der Trend des Outsourcings des Stammpersonals oder neu eingestellter Pflegekräfte in hausei-

---

<sup>95</sup> Vgl. auch Kapitel 3.3 dieser Expertise

<sup>96</sup> Vgl. Bognanni, M (2010).

<sup>97</sup> Vgl. WDR (2009)

gene „Service GmbHs“ zu beobachten. Dies ermöglicht – gerade für bundesweit operierende Pflegeeinrichtungen – den standortflexiblen Einsatz ihres Personals.<sup>98</sup>

Auch von einer der Befragten aus den Berliner Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen wurde bestätigt, dass Leiharbeit in ihrer Einrichtung zum Einsatz kommt. Die Entlohnung der Leiharbeitsbeschäftigten habe sich aufgrund der allgemein bestehenden Engpässe an Pflegekräfte positiv entwickelt. Dies habe dazu geführt, dass Pflegepersonal in Berlin „auf dem freien Markt“ mittlerweile höher bezahlt werde als Medizinisch Technische Angestellte.

Insgesamt gesehen, hat der Trend zum stärkeren Einsatz von Leiharbeit negative Auswirkungen auf die Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen – aus der Perspektive der Beschäftigten als auch der Patientinnen und Patienten. Die Attraktivität als auch Qualität der Arbeit leidet. Pflegekräfte müssen sich immer neu auf die Struktur- und Organisationsweise sowie die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten einstellen. Für diese birgt der Einsatz von Leiharbeiterinnen und -nehmern die Gefahr, dass die Versorgungs- und Betreuungsqualität aufgrund der Aufweichung fester Belegschaftsstrukturen und Teamkonstellationen sinkt.

#### **4.2.5 Fremd- und Selbstwahrnehmung der Beschäftigten**

Das Institut für Demoskopie untersucht seit den 1960er Jahren das Image verschiedener Berufsgruppen. Der Beruf „Krankenschwester“ wurde im Jahr 2005 erstmalig in die Allensbacher Berufsprestige-Skala aufgenommen. Obwohl die Altenpflege nicht gesondert aufgeführt wird, kann von einer gewissen Verwandtschaft dieser Berufsgruppe mit der Gruppe der Krankenpflegerinnen und -pfleger ausgegangen werden, zumal viele ausgebildete Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger im Bereich Altenpflege tätig sind.

Der Beruf der Krankenschwester genießt bei rund 56 Prozent der Bevölkerung ein hohes Ansehen, rangiert damit aber deutlich unter dem, den der Beruf der Ärztin und des Arztes in der Gesellschaft genießt (71 Prozent).<sup>99</sup> Auch die Studie „Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten-)Pflege“ im Rahmen der Initiative „Berufe im Schatten“ verweist auf eine geringere Wertschätzung der pflegenden Dienstleistungen, die sich auf der Interaktions-, der Organisations- sowie der Gesellschaftsebene zeigt. Als Beleg für die Wertigkeit, die pflegenden Dienstleistungen gesellschaftlich beigemessen wird, kann das Einkommen dienen.<sup>100</sup> Auf die Frage „Was ist gute Pflege wert?“ liegt die Antwort nahe, dass bei nicht angemessener Bezahlung die finanziellen Prioritäten einer Gesellschaft in anderen Bereichen liegen und Pflege demnach keine hohe Wertschätzung erfährt. Seitens der Einrichtungen (als der Organisations- als auch Interaktionsebene) drückt sich Wertschätzung in Form der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen aus, die neben den Arbeits- und Gesundheitsbe-

---

<sup>98</sup> Vgl. Dierbach, H. (2008)

<sup>99</sup> Diesen Werten liegt eine Skala zugrunde die sich aus der Zuordnung der Berufsgruppen seitens der Befragten ergibt; die entsprechende Frage lautet: „Hier sind einige Berufe aufgeschrieben. Könnten Sie bitte die fünf davon herausuchen, die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben? (Vorlage einer Liste).

<sup>100</sup> Vgl. Goemann/ Nölle (2009), S. 11



lastungen auch maßgeblich durch die Kommunikations- und Führungsstrukturen mitbestimmt werden. Ein weiterer Indikator für die persönliche und fachliche Wertschätzung der Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen ist die Interaktion zwischen Patient/ Kunde/ Klientel und den Beschäftigten.

Die Einschätzungen der Expertinnen und Experten aus Berliner Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen lassen den Schluss zu, dass sich die Vermittlung von Wertschätzung auf den verschiedenen Aktions- bzw. Interaktionsebenen durchaus differenziert darstellt. So bemängelte eine der befragten Expertinnen die geringe Wertschätzung und Anerkennung, die dem Pflegepersonal von Seiten der Verwaltung in der Pflegeeinrichtung entgegengebracht wird. Diese hätten keinen Blick für die Belastungen der Beschäftigten im Pflegebereich, würden nicht auf ihre Bedürfnisse eingehen, da sie den Arbeitsalltag in diesem Bereich nicht nachvollziehen könnten. Die Vermittlung von Wertschätzung seitens der Organisationsebene scheint in diesem Fall defizitär bzw. durch Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikations- und Führungsstrukturen im Unternehmen verbesserungswürdig. Eine andere Befragte merkte an, dass sowohl von Seiten der Patientinnen und Patienten als auch der Führungsebene in der Einrichtung die Anstrengungen für einen „normalen“ bzw. reibungslosen Ablauf des Behandlungsprozesses nicht gewürdigt würden. Stattdessen bekomme das Pflegepersonal in solchen Situationen den Eindruck vermittelt oder gar zu hören, die Arbeit könne eigentlich von jedem verrichtet werden bzw. „Was haben sie den heute getan?“. Unterstützt werde dieser Eindruck dadurch, dass Einarbeitungszeiten immer kürzer angesetzt würden und es immer weniger feste zeitliche Korridore für die Vermittlung und Weitergabe von internem bzw. arbeitsalltäglichem Wissen gäbe.

Hingegen wurde die gesellschaftliche Wertschätzung, die den Beschäftigten in den Pflegenden Dienstleistungen entgegengebracht wird, als hoch bewertet. Für eine der Befragten machte sich dies nicht primär am Faktor „Entlohnung“ fest, sondern anhand von Umfrageergebnissen, die für eine hohe Reputation des Pflegepersonals gegenüber anderen Beschäftigtengruppen im Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Ärztinnen und Ärzte/ Psychiaterinnen und Psychiater) sprechen. Hierdurch zeigt sich, dass es verschiedene „persönliche Messgrößen“ für die Vermittlung von Wertschätzung auf gesellschaftlicher Ebene gibt, auch wenn der Aspekt der Entlohnung einen der wichtigsten darstellt.

Besonders in der Altenpflege scheint die Ursache der geringen (finanziellen) Wertschätzung historisch begründet zu sein. Ende der 1950er Jahre konnte die häusliche Pflege durch die rasche Zunahme Älterer nicht mehr gewährleistet werden.<sup>101</sup> Die Pflege wurde von Krankenschwestern in Altenpflegeeinrichtungen übernommen. Der Altenpflegeberuf hat sich damit aus Tätigkeiten entwickelt, die ursprünglich von Krankenschwestern geleistet wurden. Die Krankenschwestern übten diese Tätigkeiten ungern aus, da sie nicht so viel Ansehen versprachen wie z. B. Tätigkeiten der Akutmedizin. Mit Begriffen wie „alltagsgeprägter Nichtberuf“ wurde die Altenpflege entwertet.<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup> Vgl. ebd., S.8

<sup>102</sup> Vgl. ebd.



Im Jahr 1965 wurde erstmals das Berufsbild der Altenpflege beschrieben und von der Krankenpflege getrennt betrachtet. 1990 kam es zur Etablierung erster pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Hochschulen. Allerdings hat es bis 2003 gedauert, bis die Altenpflege durch eine dreijährige Ausbildung mit staatlicher Prüfung zu einem vollwertigen und in allen Bundesländern einheitlich geregelten Lehrberuf anerkannt wurde. Die Altenpflege ist damit als eigenständiges Berufsbild relativ jung. Zuvor empfanden es die Auszubildenden der Krankenpflege als „Strafversetzung“, für einen gewissen Zeitraum in der Altenpflege eingesetzt zu werden.<sup>103</sup>

Auf den ersten Blick erstaunlich hoch ist dafür der Wert und Sinngehalt, den Beschäftigte der Pflegeberufe ihrer Arbeit zuschreiben. Befragt nach den positiven Aspekten ihres Berufs wiesen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus dem Altenpflegebereich mit 91 Punkten dem gesellschaftlichen Sinngehalt ihrer Arbeit die höchste positive Bedeutung bei. Unter Beschäftigten im Bereich Krankenpflege erhielt dieser Berufsaspekt sogar 93 Punkte. Damit steht er noch über dem Faktor „Kollegialität“, der im Alten- und Krankenpflegebereich ebenfalls als besonders positiv bewertet wurde (vgl. Tabelle 20).

**Tabelle 20: Vom Personal positiv bewertete Aspekte der Arbeit in der Alten- und Krankenpflege auf Basis von Befragungsergebnissen 2007/2008**

| Bereich               | Altenpflege | Krankenpflege |
|-----------------------|-------------|---------------|
| Sinngehalt der Arbeit | 91 Punkte   | 93 Punkte     |
| Kollegialität         | 79 Punkte   | 76 Punkte     |

Quelle: Fuchs, T. (2008 a, b), S.6.

#### **4.2.6 Stellenwert von Aus- und Weiterbildung und neue Herausforderungen an die Bildungsträger**

Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben unterliegt die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen und damit auch in den pflegenden Dienstleistungen diversen Wandlungsprozessen. Allgemein steigt der Bedarf an pflegenden Dienstleistungen. Hohe bzw. steigende Anforderungen an die Beschäftigten und ihre beruflichen Fähigkeiten prägen die Arbeit und festigen das Bild der Pflege als wissensintensives, professionelles Dienstleistungsfeld, das neben der konkreten Pflegeleistung am Menschen auch die Steuerung von Versorgungsprozessen, die Koordination von Leistungen verschiedener Akteurinnen und Akteure und das Fallmanagement umfasst. Die Träger der Aus- und Weiterbildung sind hier – ebenso wie die Beschäftigten – vor große Herausforderungen gestellt, durch ein passendes Angebot eine hohe Qualität in den pflegenden Dienstleistungen aufrecht zu erhalten und den Problemen im Bereich Fach-

<sup>103</sup> Vgl. ebd., S.12.

kräftemangel bzw. Fachkräftesicherung zu begegnen. Allerdings erweisen sich Aus- und Weiterbildung momentan mehr als „Achillesferse, denn als Innovationsmotor“.<sup>104</sup>

Die Weiterbildung der Beschäftigten scheint seitens der Einrichtungen als ein wichtiger Aspekt erkannt, aber oftmals nur schwer im Arbeitsalltag integrierbar. Eine Befragung des IAB bei 7.5000 Betrieben des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2003 ergab, dass durchschnittlich neun von zehn Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durch Freistellung der Beschäftigten oder Kostenübernahme fördern. Dabei zeigten Einrichtungen für Behinderte und ambulante soziale Dienste mit 84 bzw. 85 Prozent die geringste Weiterbildungsaktivität, in Krankenhäusern und Hochschulkliniken war sie mit 99 Prozent am höchsten. Die Weiterbildungsaktivität korreliert auch mit der Größe der Unternehmen: Mit steigender Betriebsgröße ist eine Zunahme an Weiterbildungsangeboten festzustellen. Während von den Betrieben mit bis zu neun Beschäftigten 72 Prozent angaben, Weiterbildung zu fördern, waren es von den Betrieben mit 50 oder mehr Beschäftigten fast alle (99 Prozent).<sup>105</sup>

Trotz dieser insgesamt sehr hohen Weiterbildungsaktivität ist die Weiterbildungsteilnahme der Beschäftigten in den einzelnen Einrichtungsarten sehr unterschiedlich ausgeprägt: In Altenpflegeeinrichtungen nehmen etwa 44 Prozent aller Beschäftigten an Weiterbildung teil. Sie weisen damit die höchste Weiterbildungsquote auf. Bei ambulanten sozialen Diensten ist die Weiterbildungsbeteiligung mit 39 Prozent ebenfalls stark ausgeprägt. In Krankenhäusern und Hochschulkliniken nimmt hingegen nur jeder fünfte Beschäftigte (20 Prozent) an Weiterbildungsveranstaltungen teil.

Generell besteht das Problem, dass an Weiterbildung nur dann partizipiert werden kann, wenn zumindest so viele zeitliche Freiräume bestehen, dass Mitarbeiter zur Teilnahme an den entsprechenden Maßnahmen freigestellt werden können. Inwieweit dies in der Situation eines akuten Fachkräftemangels, in der es oftmals zu Engpässen im betrieblichen Arbeitsablauf kommt, möglich ist, ist fraglich.<sup>106</sup> Dass allerdings ein deutlich spürbarer Bedarf bei den Beschäftigten für einen Ausbau bzw. die stärkere Förderung von Aus- und Weiterbildung vorhanden ist, beweisen die deutschen Umfrageergebnisse aus der europäischen Next-Studie. Diese ergaben, dass sich rund 10 Prozent der Beschäftigten in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen häufig bzw. ständig für die geforderten Tätigkeiten nicht ausreichend qualifiziert fühlen.<sup>107</sup>

Nach Umfragen der IHK Berlin aus dem Jahr 2007 ergeben sich in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft<sup>108</sup> steigende Weiterbildungsbedarfe im Bereich „Soft Skills“ sowie „Fremdsprachenkenntnisse“. In Reha- und Vorsorgeeinrichtungen wurden von 22 Prozent der befragten Unternehmen unzureichenden Kenntnisse bzw. Bedarfe der Beschäftigten im

---

<sup>104</sup> Friedrich-Ebert-Stiftung (2009), S. 33.

<sup>105</sup> vgl. Gewiese et al. (2003), S. 162

<sup>106</sup> vgl. Gewiese et al. (2003), S. 159

<sup>107</sup> vgl. Simon, M. et al. (2005), S. 40; zur Art der wahrgenommenen Qualifikationsmängel wurden allerdings keine näheren Angaben gemacht.

<sup>108</sup> Hierzu zählten neben Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehaeinrichtungen) auch Unternehmen aus dem Bereich der Medizintechnik sowie der Pharma- und Biotech-Industrie, dem Handwerk sowie dem Wellness-Bereich.

Fremdsprachenbereich angegeben. In Bezug auf „Soft Skills“ gab es hier sogar bei einem Drittel der befragten Einrichtungen Mängel bzw. Weiterbildungsbedarfe. Im Krankenhausbereich lag die Quote mit 30 Prozent etwas darunter.<sup>109</sup> Die inhaltlichen Angebote der Berliner Bildungsträger, so die weiterführenden Ergebnisse der IHK, trugen (im Jahr 2007) vor allem im Bezug auf „Soft Skills“ den Bedarfen der Einrichtungen nicht ausreichend Rechnung. So seien nur 2 Prozent der Weiterbildungsangebote für die Gesundheitswirtschaft im Bereich „Soft-Skill“-Vermittlung angesiedelt gewesen.

Von den in Rahmen dieses Projekts befragten Expertinnen aus den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegesektors wurde eine Nachfrage bzw. konkrete Bedarfe in Bezug auf „Fremdsprachenkenntnisse“ als auch „Soft Skills“ bestätigt. Der Ausbau von Fremdsprachenkenntnissen werde deshalb von Nöten, so eine der Befragten, da das Klientel der Einrichtung kulturell immer heterogener werde, Beschäftigte mit Migrationshintergrund und umfassenden Fremdsprachenkenntnissen aber eher die Ausnahme bildeten. Dies erschwere die Behandlung und Betreuung der Klienten. Auch auf Soft-Skill-Vermittlung werde in Aus- sowie Weiterbildungsprogrammen zu wenig Wert gelegt. Schulungsbedarfe bestünden vor allem für Aspekte wie „sicheres Auftreten“ und „Distanzwahrung zwischen Personal und Patienten“. In Bezug auf die Vermittlung pflegerischer, technischer und medizinischer Kenntnisse wird die Weiterbildungssituation von der Expertin in ihrem Unternehmen, das über ein eigenes Weiterbildungszentrum verfügt, positiv bewertet. Weiterbildung würde auch im Bereich Gesundheitsförderung angeboten, allerdings gäbe es kein systematisiertes Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Gezielte Personalentwicklung, gerade bei älteren Beschäftigten, sowie Kompetenztransfer seien ebenso Aspekte, denen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt werde.

In Bezug auf die Ausbildungsplatzentwicklung lässt sich konstatieren, dass diese trotz des seit Jahren steigenden Bedarfs an qualifizierten Fachkräften in den pflegenden Dienstleistungen negativ ist. Zwischen 1998 und 2007 gab es deutschlandweit einen Ausbildungsplatzabbau im Krankenpflegebereich um mehr als 15 Prozent. Im Altenpflegebereich wurden seit der Einführung der bundeseinheitlichen Ausbildung mit dem Altenpflegegesetz (2003) etwa 4.500 Ausbildungsplätze abgebaut. Dies entspricht einem Anteil von etwa 10 Prozent.<sup>110</sup> Die Qualität der Pflegeausbildung ist zudem durch eine oftmals schlechte Betreuungsquote getrübt. So kommen auf eine Lehrkraft zwischen 15 und 25 Auszubildende.<sup>111</sup> Zudem ist die Freistellung der Lehrkräfte von ihren regulären Arbeitsaufgaben nicht verbindlich festgelegt, was zusätzlich negative Konsequenzen für die Qualität der Ausbildung haben kann.<sup>112</sup> In Bezug auf die Situation speziell in Berlin spielen vermutlich diese qualitativen Aspekte eine gewichtigere Rolle als die sinkende Zahl der Ausbildungsplätze.<sup>113</sup>

---

<sup>109</sup> Sozialpartnerschaftliches Koordinierungsbüro zur Begleitung der Berliner Strukturfondsstrategien (2007), S. 17.

<sup>110</sup> Vgl. ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2009c), S. 3.

<sup>111</sup> Vgl. ver.di Bundesfachbereich Gesundheitspolitik (2009), S.4.

<sup>112</sup> Vgl. Müller, K (2010), S. 84.

<sup>113</sup> Wie die Ergebnisse aus Kapitel 4.1.7 belegen, blieben in Berlin viele der angebotenen Ausbildungsplätze aufgrund des Bewerbermangels unbesetzt.

Seit Jahren gibt es eine Reformdiskussion in und für die Pflegeausbildung. Diese kann in ihren Einzelheiten hier nicht dargelegt werden. Generell kann allerdings festgehalten werden, dass sowohl Professionalisierungs-, aber auch Generealisierungsbestrebungen für Gesundheitsfachberufe in der Diskussion prägend sind. So schlug der Deutsche Bildungsrat für Pflegefachberufe in seinem 2007 erschienen Konzept „Pflegebildung offensiv“ eine Basisausbildung im Gesundheits- und Pflegebereich vor sowie die Organisation der pflegerischen Erstausbildung auch an Hochschulen.<sup>114</sup> Erste Reformen in diese Richtung wurden bereits mit der Novellierung der Pflegegesetze 2003 und 2004<sup>115</sup> eingeführt. Neben einer stärkeren Integration der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung sowie der Einführung der neuen Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpflege“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ wurden durch Modellklauseln in beiden Gesetzen bundesweit zahlreiche Modellvorhaben initiiert, in denen praktikable Lösungen für eine Neugestaltung der Ausbildung in den pflegenden Dienstleistungen gefunden werden sollen.

Auch in Berlin werden im Zuge dieser Modellprojekte neue Ausbildungskonzepte für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen erprobt. Zwischen 2004 und 2008 wurde so etwa das Projekt „Generalistische Krankenpflegeausbildung“ durchgeführt. Ziel war die Zusammenführung verschiedener Ausbildungen im Pflegebereich. Zusätzlich wird seit dem Wintersemester 2004 modellhaft ein Studium angeboten, in dem sowohl der Berufsabschluss der „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ bzw. des „Gesundheits- und Krankenpflegers“ und gleichzeitig ein akademischer Abschluss (Bachelor) erworben werden können.<sup>116</sup>

Die Bemühungen in Richtung einer Neustrukturierung der Pflegeausbildungen bergen Chancen als auch Risiken für die Beschäftigten als auch die Sicherung des Qualifikationsniveaus in den pflegenden Dienstleistungen. Im Idealfall kann durch die Reformen ein breiteres Berufs- und Tätigkeitsspektrum eröffnet sowie das System der Fort- als auch Aufstiegsqualifizierung besser strukturiert werden. Neue Perspektiven zur Sicherung einer bedarfs- als auch bedürfnisgerechten Versorgung können sich hierdurch ergeben. Von gewerkschaftlicher Seite wird allerdings in Bezug auf die Reformvorschläge des deutschen Bildungsrats für Pflegefachberufe kritisch angemerkt, dass Studiengänge bewusst in Konkurrenz zu herkömmlichen Berufsausbildungen entwickelt werden, um die Berufsausbildung insgesamt auf Hochschulniveau anzusiedeln. Hierdurch werde die dreijährige Pflegeausbildung perspektivisch durch die Hochschulausbildung ersetzt und dazu parallel eine zweijährige Pflegeassistentenausbildung eingeführt. Eine Absenkung des Qualifikationsniveaus wird hierdurch befürchtet.<sup>117</sup>

Insgesamt stellt sich die Frage, wie komplex die Problematik des „Soft-Skill“-Defizits und fehlender Personalentwicklungsstrategien im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen ist, welche Qualifizierungsangebote konkret notwendig sind und wie die Weiterbildungsaktivität der Beschäftigten – gerade unter zeitlichen Aspekten – stärker gefördert werden kann bzw. eine flexiblere Gestaltung notwendig ist. Zudem muss geklärt werden, inwieweit im Bereich

---

<sup>114</sup> Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe – DBR (Hrsg.) (2009), S. 12.

<sup>115</sup> Gemeint sind die Novellierungen im Alten- und Krankenpflegegesetz, vgl. Institut for Public Health und Pflegeforschung (2010), S.6 f.

<sup>116</sup> Vgl. pflege-online (2009): Modellprojekte in der Pflegeausbildung

<sup>117</sup> Vgl. ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2009c), S. 3.

Ausbildung Aspekte wie „Fremdsprachen-“ und „Soft-Skill“-Vermittlung besser/ stärker in die Lehrpläne integriert werden können. Gerade in und für Berlin muss hierbei dem Aspekt der „kultursensiblen“ Pflege und Betreuung verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zudem ist über Strategien nachzudenken, wie Jugendliche mit Migrationshintergrund stärker für eine Ausbildung in den pflegenden Dienstleistungen gewonnen werden können, um nicht nur die kulturelle Heterogenität in den Belegschaften zu erhöhen, sondern auch dem Problem des zunehmenden Fachkräftemangels entgegenzutreten.

#### **4.3 Zusammenfassung: Arbeit, Qualität und Wertschätzung in und für die pflegenden Dienstleistungen**

Wie die vorausgegangenen Ausführungen belegen, gibt es für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen diverse Problemlagen und Handlungsbedarfe. Die Arbeitsbedingungen gestalten sich unter Aspekten wie Entlohnung, Arbeitszeitflexibilität, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Gesundheitsbelastung, Arbeitsverdichtung, der Ausgestaltung von Aus- und Weiterbildung sowie Anerkennung für die erbrachten Leistungen der im ambulanten wie stationären Versorgungs- und Pflegebereich Tätigen als oftmals defizitär. Zudem zeichnet sich ein deutlicher Trend hin zu einer zunehmenden Verschlechterung der Arbeitssituation ab.

Die Attraktivität der pflegenden Dienstleistungen für (potenzielle) Beschäftigte steigt nicht, sie sinkt. Und das obwohl dieser Bereich wachsende Beschäftigungspotenziale bietet und aufgrund seines hohen spürbaren Sinngehalts von den Beschäftigten positiv bewertet wird.

Fachkräfte- als auch Qualitätssicherung lässt sich unter den gegebenen Voraussetzungen immer schwerer umsetzen. Arbeitsbedingungen als auch Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind deswegen zu verbessern. Hierfür müssen Konzepte ins Auge gefasst werden, die sowohl die Organisations- wie auch Personalentwicklung berücksichtigen und miteinander verknüpfen.

Das Augenmerk ist stärker darauf zu richten, die Attraktivität sowie Qualität in den pflegenden Dienstleistungen für die Beschäftigten zu erhöhen, um eine langfristige und nachhaltige Fachkräfte- und Qualitätssicherung zu erzielen. Wertschöpfung wie Qualitätssicherung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen sind langfristig nur zu gewähren bzw. zu verbessern, wenn dabei auch die Wertschätzung gegenüber den in den pflegenden Dienstleistungen Tätigen erhöht wird. Inwieweit und wodurch dies generell, aber auch speziell in Berlin möglich ist, soll im nächsten Kapitel erörtert werden, bevor in einem abschließenden Kapitel einige Handlungsempfehlungen für die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in der Berliner Gesundheitswirtschaft aufgezeigt werden sollen.

## 5. Maßnahmen zur Förderung der Pflegenden Dienstleistung

### 5.1 Kritische Würdigung laufender Maßnahmen im Rahmen der Berliner Clusterpolitik für die Gesundheitswirtschaft

Zwischen 2003 und 2005 analysierte die Enquetekommission „Eine Zukunft für Berlin“ Entwicklungstrends und machte Vorschläge für die Verbesserung der Hauptstadtpolitik. Die Aufgaben der Wirtschaftspolitik wurden dahingehend spezifiziert „die strategische Weiterentwicklung des Standorts voranzutreiben“. Dabei war einer der Vorschläge, die Konzentration auf ökonomische Zukunftsfelder und Gestaltung einer Innovationspolitik, die sich an den Stärken Berlins ausrichtet. Konkret wurde hierzu die Entwicklung einer klaren Clusterstrategie für die Berliner Wirtschaft angeregt. Der Senat nahm in seinem Konzeptpapier „Berlin 2004-2014. Eine Wachstumsinitiative“ sowie der Handlungsskizze „Wo wir stehen – Wohin wir wollen. Die Politik des Berliner Senats 2006-2009“ die Handlungsempfehlungen und Leitgedanken der Enquete-Kommission auf. U.a. wurde beschlossen, die Gesundheitswirtschaft anhand von clusterpolitischen Maßnahmen und Strategien weiterzuentwickeln. Eine Kooperation der Länder Berlin und Brandenburg wurde hierzu von beiden Landesregierungen als notwendig betrachtet. Vor diesem Hintergrund wurde der Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ entwickelt. Die Zustimmung zum Masterplan erfolgte durch die Regierungen beider Länder am 27.11.2007. Damit fiel der Startschuss, Berlin-Brandenburg an der Spitze der Gesundheitsregionen Deutschlands zu etablieren und auf die Ebene internationaler Zentren zu führen.

Der Masterplan benennt zwölf Handlungsfelder, für die Maßnahmenvorschläge gemacht werden. Die Vorschläge gehen von der Entwicklung neuer Aus- und Fortbildungsangebote bis hin zur Netzwerkbildung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft.<sup>118</sup> Die praktische Ausgestaltung wird durch das Gesundheitsnetzwerk „Health Capital“, seiner Mitglieder und Partner geregelt. Ihm gehören wichtige Akteure aus sämtlichen Bereichen der Gesundheit an. Neben neuen Produkten, Verfahren und Dienstleistungen sollen neue Prozesse und Organisationsformen durch dieses Netzwerk entwickelt und etabliert werden. Ziel ist es, die bestehenden Strukturen im Gesundheitssystem so zu verändern, dass dessen Nutzen erhöht und die Qualität von Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft verbessert werden.

Seitdem steht die Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft in beiden Bundesländern ganz oben auf der politischen Agenda. „Gender Mainstreaming“ ist dabei ein festgeschriebener Bestandteil, zu dem eine gute Beschlusslage besteht. Konkret heißt es im Masterplan, dass

1. die geschlechtsspezifischen Gesundheitsbedürfnisse adäquat zu berücksichtigen sind (S.4)
2. anhand allgemein anerkannter Kriterien u.a. der Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit – gestützt auf laufende Gender-Analysen und geschlechtsspezifische Datenerfassung und -auswertung – umgesetzt werden soll und muss (S.9)

---

<sup>118</sup> Vgl. hierzu Netzwerk Gesundheitswirtschaft (2007), S. 11 ff.



3. die Gesundheitsversorgung bisher nicht allen Ansprüchen der Geschlechtergerechtigkeit und Interkulturalität entspricht (S. 32), aber zukünftig als „Markenzeichen“ besser berücksichtigt und einbezogen sowie weiterentwickelt und gesamtgesellschaftlich gefördert werden soll (S. 36).

Kritisch anzumerken bleibt hierbei allerdings, dass der Masterplan es bei gelegentlichen semantischen Akzenten (Kundinnen u. Patientinnen) belässt. Die Beschreibungen der Ausgangslagen ließen in der Vergangenheit häufig eine geschlechtsspezifische Betrachtung vermissen – und zwar sowohl hinsichtlich der Angebotsseite (Beschäftigung) als auch der Nachfrageseite (Kundschaft). Ebenso fehlten bedeutsame Know-how-Träger innerhalb des Netzwerks.

Dennoch gibt es eine Reihe von Maßnahmen und Projekten, die unter geschlechtsspezifischen und interkulturellem Fokus Beschäftigung als auch Dienstleistungsangebote im Bereich Gesundheitsversorgung, Betreuung und Pflege in Berlin-Brandenburg zu fördern und weiterzuentwickeln suchen. Einige dieser Projekte sollen im Folgenden exemplarisch aufgeführt werden. Ebenso erfolgt eine beispielhafte Darstellung von Forschungsprogrammen und Maßnahmen auf Bundesebene, die unter organisations- und personalpolitischen Aspekten für die weitere Entwicklungsstrategie in der Metropolregion Berlin interessant sein könnten, da sie dazu beitragen, Wertschöpfung- und Wertschätzung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Pflegesektor zu steigern – z.T. unter stärkerer Berücksichtigung von Geschlechtergerechtigkeit und Interkulturalität.

## **5.2 Projektansätze zur Verknüpfung von Organisations- und Personalentwicklung in der Gesundheitswirtschaft**

### **Projekt „Zukunftsperspektive im Berufsfeld Hauswirtschaft/Pflege: Innovative Dienstleistung – Praxisnahe Qualifizierung“ (Berlin)**

Das im Mai 2009 in Berlin gestartete Projekt "Zukunftsperspektive im Berufsfeld Hauswirtschaft / Pflege: Innovative Dienstleistung - Praxisnahe Qualifizierung" hat zum Ziel, die Ausbildung zur Hauswirtschafterin/ zum Hauswirtschafter zu modernisieren und die hauswirtschaftlichen Fachkräfte für den Einsatz an der Schnittstelle zwischen Hauswirtschaft und Pflege auszubilden. Dabei sollen Know-How (Krankheitsbilder und psychische Veränderungen im Alter) und Soft-Skills (Selbständigkeit, Eigenverantwortung und soziale Kompetenz) für den Einsatz in Privathaushalten bei den zukünftigen Beschäftigten erweitert werden.

Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren und wird gefördert durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Nähere Informationen sowie Kontaktdaten finden sich unter: <http://www.maxq.net/Zukunftsperspektive-Hauswirtschaft-und-Pflege.1112.0.html> (Stand 03/2010)

### **Projekt „Gemeindedolmetschdienst“ (Berlin)**

Bereits im Jahr 2003 startete im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft „QiA“ (Qualifizierung für interkulturelle Arbeit) das Projekt „Gemeindedolmetschdienst“. Es verfolgt seitdem das Ziel 70 Migrantinnen und Migranten zu Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetschern in insgesamt 19 Sprachen auszubilden und einen dauerhaften Dolmetschdienst in Berlin für soziale und medizinische Einsatzfelder zu etablieren.

Einsatzfelder der in diesem Projekt ausgebildeten Personen sind Einrichtungen der Regeldienste der kommunalen oder freien Träger, die versorgend, beratend oder präventiv tätig sind. Bisherige Auftraggeber und Kunden des „Gemeindedolmetschdiensts“ waren und sind u.a. die Vivantes-Kliniken, die Charité Berlin, die Bezirksämter Berlins (u.a. Jugendämter, Sozialpädagogischer Dienst, Gesundheits- und Sozialämter), die Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas, Diakonie, SOS Kinderdörfer), Frauenhäuser sowie unterschiedliche medizinische und psycho-soziale Beratungsstellen. Aktuell besteht das Angebot dieser Sprach- und Kulturmittlung in zwölf Sprachen.<sup>120</sup> Der Gemeindedolmetschdienst wird momentan im Rahmen des Berliner ÖBS-Programms (Öffentlicher Beschäftigungssektor) fortgeführt.

### **Projekt „Migrantinnen in die Arbeitswelt (MiA) – Qualifizierungsprojekt für die kultursensible Pflege“ (Berlin)**

Das Projekt „MiA“ wurde ebenfalls im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „QiA“ unter Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Landesverband Berlin e.V. zwischen 2003 und 2006 umgesetzt. Ansatz des Teilprojekts „MiA“ war, dass der Bedarf an kultursensibler Pflege und Betreuung und damit der Bedarf an geeigneten Arbeitskräften, die Kompetenzen in diesem Feld besitzen, steigt. Gleichzeitig sind gerade Frauen nicht-deutscher Herkunft überproportional von Arbeitslosigkeit betroffen und suchen einen Zugang zum Arbeitsmarkt.

Deshalb wurden im Rahmen des Projekts 5 jeweils 11-monatigen Qualifizierungsmaßnahmen mit sozialpädagogischer Betreuung durchgeführt, die sich in folgende Module gliederten:

1. „Basiskompetenzen für Pflege und Gesundheitsberufe“ mit den Inhalten: Fachdeutsch für die Altenpflege, Einführung in das System der Altenhilfe und Interkulturelle Kompetenz / Kultursensible Pflege
2. „Qualifizierung zur kultursensiblen Pflegehelferin“ mit den Inhalten: Erste-Hilfe-Kurs, kultursensibel erweiterter Pflegebasiskurs, Kochkurs Deutsche Gerichte, Vor- und Nachbereitung des Unterrichts und 2 jeweils 5wöchige Praktika in Einrichtungen der Altenpflege
3. „Strategien der Arbeitssuche“ mit den Inhalten: Bewerbungstraining einschließlich der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, EDV-Kurs, Bewerbungsfotos und 5wöchigem Praktikum.

---

<sup>120</sup> Nähere Informationen sowie Kontaktdaten finden sich unter: <http://www.berlin-transfer.net/produkte/gemeindedolmetschdienst-entwicklung-neuer-berufe-fuer-migrantinnen-als-gemeindedolmetscher-i.html> (Stand 03/2010)



Die Evaluation der Projektergebnisse ergab, dass von 136 Teilnehmerinnen 127 die Qualifizierungsmaßnahme bei MiA erfolgreich abschließen konnten. 44,1 Prozent von ihnen fanden nach Beendigung des Qualifizierungsprojekts eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, vorrangig in Pflegeheimen oder Sozialstationen. 6,9 Prozent nahmen eine Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt auf. Insgesamt erhielt ein Großteil der vermittelten Frauen über das vorher im Rahmen der Maßnahme absolvierte Praktikum ihre Arbeit.<sup>121</sup>

### **Projekt „Ikö – Interkulturelle Öffnung der Altenpflege“ (Berlin-Brandenburg)**

Ziel, des vom Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. koordinierten und im Rahmen von „QiA“ finanzierten Projekt war es, Prozesse zur interkulturelle Öffnung in Betreuungs- und Ausbildungseinrichtungen der Diakonie in den Bereichen Altenhilfe und Pflege anzustoßen. Die Vorbereitung der Träger und Dienste der Diakonie auf bedarfsgerechte Belange von Migrantinnen und Migranten stand dabei im Mittelpunkt des Projekts, ebenso wie der Abbau von Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten durch Organisationsberatung der Einrichtungen und Träger sowie interkulturelle Qualifizierung der Belegschaften.

Dieses Ziel wurde u.a. durch folgende Maßnahmen zu verwirklichen gesucht:

1. Aufnahme der interkulturellen Orientierung im Konzept und Leitbild von Einrichtungen, z.B. Signalisierung der Offenheit gegenüber allen Weltanschauungen, Religionen und Kulturen bzw. die interkulturelle Orientierung
2. Festschreibung interkultureller Orientierung als Querschnittsziel für das Qualitätsmanagement
3. Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote, wie z.B. Feste gemeinsam interreligiös zu feiern, Berücksichtigung der Bedürfnisse unterschiedlicher Glaubensrichtungen beim Essensangebot, Anbieten von Räumlichkeiten zum Beten für Angehörige unterschiedlicher Glaubenszugehörigkeiten
4. Fortbildungen für die Beschäftigten zur Förderung interkultureller Kompetenz

Zusätzlich entstand in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Integration und Soziales das Projekt „Organisationsentwicklung zu interkulturellen Öffnung“, durch das Einrichtungen und Träger der Wohnungslosenhilfe und der sozialen Dienste in interkulturellen Öffnungsprozessen begleitet und durch Mittel des ESF unterstützt werden.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Nähere Informationen finden sich unter: <http://www.berlin-transfer.net/produkte/migrantinnen-in-die-arbeitswelt-mia-ein-qualifizierungsprojekt-fuer-die-kultursensible-p.html> (Stand 03/2010)

<sup>122</sup> Nähere Informationen finden sich unter: <http://www.berlin-transfer.net/produkte/ikoe-interkulturelle-ffnung-der-altenpflege.html> (Stand 03/2010)

### **Projekt: „Kultursensible Altenpflege – flankierende Maßnahmen in der Altenpflegeausbildung“ (Brandenburg)**

Das seit April 2009 laufende und vom Berufsausbildungszentrum e.V. Selbelang koordinierte Projekt zielt darauf, Anforderungen an die interkulturelle Kompetenz von Pflege(hilfs)personal zu entwickeln und zu vermitteln. Dabei stehen potenzielle Beschäftigte mit als auch ohne Migrationshintergrund im Fokus.

Die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer sollen für Toleranz und ein gewinnbringendes Miteinander sensibilisiert und aktiviert und zu Multiplikatoren für diese Belange in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie im Bereich der häuslichen Pflege und sonstigen Arbeitsbereichen geschult werden.

Die Entwicklung, Erprobung und Weitergabe eines Ausbildungskonzepts kultursensibler Altenpflege zur Erweiterung bestehender Curricula im Pflegebereich ist dabei das Ziel auf der Metaebene. Da Projekt hat eine Laufzeit von 3 Jahren.<sup>123</sup>

### **Exkurs: Fördermöglichkeiten für auf Personalentwicklung ausgerichtete Projekte in der Sozialwirtschaft.<sup>124</sup>**

Die Sozialwirtschaft ist einer der großen Wirtschaftsbereiche in Deutschland. Allein in den Betrieben der anerkannten Wohlfahrtspflege arbeiten hauptberuflich rund 1,5 Millionen Menschen. Durch die in Kapitel 2 und 3 beschriebenen Veränderungen befindet sich die Sozialwirtschaft in einem tiefgreifenden Restrukturierungsprozess. Maßnahmen zur Verbesserung der Wettbewerbsposition sozialwirtschaftlicher Unternehmen werden als dringend notwendig erachtet. Auf Bundesebene wurde deshalb beschlossen, in Übereinstimmung mit dem Prinzip der Partnerschaft gemäß Artikel 5 Absatz 4 der ESF-Verordnung in der Förderperiode 2007-2013 Mittel aus dem ESF-Bundesprogramm zur Stärkung der Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft bereitzustellen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gewährt im Rahmen dieser Richtlinie unter dem Programmnamen „Rückenwind“ Zuwendungen für Vorhaben zur Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft, die geeignet sind, eine hohe Qualität sozialer Dienstleistungen in der Sozialwirtschaft sicherzustellen. Über die gesamte Förderperiode stehen für die Förderung insgesamt ca. 40 Mio. € aus ESF- und Bundesmitteln zur Verfügung. Vorhaben zur Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft können in folgenden Bereichen gefördert werden:

1. berufsbegleitende Qualifizierung, Beratung und Coaching zur Verbesserung und Sicherstellung der Anpassungs- und Beschäftigungsfähigkeit insbesondere älterer Fach- und Führungskräfte; Qualifizierung von Personalverantwortlichen und Führungskräften zu Themen altersgerechter Personalentwicklung,

---

<sup>123</sup> Nähere Informationen und Kontaktdaten finden sich unter:  
[http://www.esf.de/portal/generator/9908/berufsausbildungszentrum\\_selbelang.html](http://www.esf.de/portal/generator/9908/berufsausbildungszentrum_selbelang.html) (Stand 03/2010)

<sup>124</sup> Für die folgenden Ausführungen vgl.: BMAS (2009a).

2. Entwicklung von Konzepten zur Einführung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Sozialwirtschaft insbesondere mit dem Ziel, die Verweildauer im Beruf für Kräfte im Pflegebereich zu erhöhen,
3. Gezielte Konzepte zur Sicherung und stärkeren Gewinnung von qualifiziertem Fach- und Führungskräftenachwuchs in der Sozialwirtschaft, insbesondere auch von Personen mit Migrationshintergrund und aus dem Bereich benachteiligter junger Menschen,
4. qualifizierende Unterstützung von Personalverantwortlichen und Führungskräften bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten der Personalgewinnung und Personalbindung angesichts drohenden Fachkräftemangels,
5. Qualifizierung von Führungskräften in Diversity Management,
6. Qualifizierung von Personalverantwortlichen und Führungskräften in den Themen Bildungsbedarfsanalyse, Bildungsplanung und Bildungsberatung zur Verbesserung der Beteiligung am lebenslangen Lernen in Unternehmen, Diensten und Einrichtungen,
7. Unterstützung und Qualifizierung von Frauen in Führungspositionen.

Zum Stand Dezember 2009 gab es insgesamt 30 Projekte, die in diesem Kontext gefördert wurden.<sup>125</sup> Hiervon war keines in der Metropolregion Berlin angesiedelt.

### **5.3 Forschungs- und Förderungsansätze zur Steigerung der Wertschätzung von und in den Pflegenden Dienstleistungen**

#### **Förderprogramm „Innovationen mit Dienstleistungen“**

Mit dem Programm "Innovationen mit Dienstleistungen" fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 2006 (bis einschließlich 2013) Innovationen im und für den Dienstleistungssektor. Durch die Unterstützung von Forschung und Entwicklung soll dazu beigetragen werden, dass die deutschen Dienstleistungsbranchen die gleiche Qualität und Reputation erlangen, die industrielle Produktionsbereiche im In- und Ausland genießen. Dazu sollen Dienstleistungswirtschaft und Dienstleistungsforschung gleichermaßen gefördert werden. Die Ziele, die dem Förderprogramm erreicht werden sollen, beziehen sich vor allem auf die Verbesserung der Marktposition der deutschen Dienstleistungswirtschaft, die Schaffung attraktiver Beschäftigungsmöglichkeiten und der Neuorientierung der Dienstleistungsforschung.

Konkret gibt es hierzu fünf Förderschwerpunkte mit unterschiedlichen Akzentsetzungen:

1. „Exportfähigkeit und Internationalisierung“
2. „Integration von Produktion und Dienstleistungen“
3. „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“

---

<sup>125</sup> Vgl. [http://www.esf.de/portal/generator/12352/2009\\_12\\_18\\_rueckenwind\\_projekte.html](http://www.esf.de/portal/generator/12352/2009_12_18_rueckenwind_projekte.html) (Stand 03/2010)

4. „Technologie und Dienstleistungen im Demografischen Wandel“
5. „Produktivität von Dienstleistungen“

Interessant unter dem Aspekt „Steigerung von Wertschätzung“ erweist sich Förderschwerpunkt 3. In einer Bekanntmachung des BMBF über den Verwendungszweck und die Rechtsgrundlage der Förderung heißt es hierzu konkret:

„Um eine umfassende und nachhaltige Innovationskultur im Dienstleistungssektor zu etablieren, sind die Professionalisierungs- und Gestaltungsreserven in Betrieben und Gesellschaft umfassender und zielgerichteter auszuschöpfen. Dafür steht der Begriff der professionellen Dienstleistungsarbeit. Qualifikation, Beruflichkeit, Engagement, Wertschätzung und Stolz der im Dienstleistungsbereich Tätigen sind in diesem Kontext – dies zeigen wissenschaftliche Untersuchungen und Aktivitäten beispielsweise der Partner für Innovation – zentrale Aspekte einer professionalisierten Dienstleistungsarbeit, die sich sowohl auf die Innovationsfähigkeit als auch auf die Qualität der Dienstleistungen auswirken.“<sup>126</sup>

Der Förderschwerpunkt 3 wird anhand von drei Unterthemen spezifiziert bzw. eingegrenzt, denen die in diesem Bereich bewilligten beiden Einzel- und 12 Verbundprojekte mit insgesamt 44 Teilvorhaben zugeordnet werden können. Die Unterthemen sind<sup>127</sup>:

1. „Entwicklungspfade professioneller Dienstleistungsarbeit“
2. „Beruflichkeit, Qualifizierungswege und -strategien für professionalisierte Dienstleistungsarbeit“
3. „Zusammenhänge von Wertschöpfung und Wertschätzung professionalisierter Dienstleistungsarbeit“

Die Steigerung der Wertschätzung in und für die Beschäftigten sowie ihre Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen steht (mit) im Fokus mehrerer Projekte bzw. Teilvorhaben. Exemplarisch sollen an dieser Stelle nur zwei von diesen kurz skizziert werden.<sup>128</sup>

Projekt „Pflegerwert“<sup>129</sup>

„Pflegerwert“ ist ein Verbundprojekt von zwei Forschungseinrichtungen (MA&T; dip e.V) und zwei Pflegeeinrichtungsträgern (Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft Köln; Stiftung Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gmünd). Ziel ist es, neue Erkenntnisse zum Zusammenhang von Wertschätzung und Produzentenstolz in der Dienstleistungsarbeit zu gewinnen. Dabei soll erprobt werden, ob und wie Wertschätzungsmechanismen aus der Produktionsfacharbeit auf die Pflegefacharbeit übertragen werden können. Zudem soll herausgefunden werden, welche Wertschätzungsmechanismen in der sozialen Dienstleistung (orientiert am Leitbild des Produzentenstolzes) hilfreich für „gute Arbeit“ und „positive Wert-

---

<sup>126</sup> Vg. hierzu: <http://www.bmbf.de:8001/foerderungen/10316.php> (Stand 03/2010)

<sup>127</sup> Siehe hierzu ausführlicher: Zühlke-Robinet/ Bootz (2009), S.176 ff.

<sup>128</sup> Informationen zu weiteren Projekten finden sich unter: [http://pt-ad.pt-dlr.de/media/GesamtProjektliste\\_DL\\_Oktober2009.pdf](http://pt-ad.pt-dlr.de/media/GesamtProjektliste_DL_Oktober2009.pdf) (Stand 12/2009)

<sup>129</sup> Informationen überwiegend übernommen von: <http://www.pflegerwert.info/> (Stand 03/2010)

schöpfung“ sind und wie erfolgreiche Wertschätzungs-„Konstrukte“ aus der Pflegearbeit auf andere Dienstleistungs-Branchen übertragbar sind.

Neben der individuellen Perspektive der Pflegekräfte, die sich aus der eigenen professionellen Fachlichkeit und der Arbeits- und Kommunikationsbeziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern ableitet, wird ebenso die Beziehung der Pflegekräfte untereinander und zu ihren Vorgesetzten betrachtet. Zudem werden die organisationalen und gesellschaftlichen Erwartungen und Rückmeldungen auf die Arbeit der Pflegekräfte im Zuge des Projekts ermittelt bzw. dokumentiert.

Den Pflegekräften bzw. den an dem Projekt beteiligten Einrichtungen sollen praxistaugliche Tools zur Förderung von Wertschätzung, Leistung und Berufszufriedenheit in prototypisch erprobter Form zur Verfügung gestellt werden. Ein weiteres Projektziel besteht darin, durch Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen mit Verbänden und Politik einen bundesweit wahrgenommenen Beitrag zur gesellschaftlichen Wertschätzung von Pflege-Facharbeit zu leisten. Das Projekt wurde im Juli 2009 gestartet und hat eine Laufzeit von zweieinhalb Jahren.

### **Projekt „Berufe im Schatten“<sup>130</sup>**

"Berufe im Schatten" ist ein interdisziplinäres Verbundprojekt, u.a. zwischen der TU Dortmund und der Deutschen Hochschule der Polizei Münster. Unter Beteiligung von Praxispartnern aus Unternehmen und Branchenverbänden sollen anhand von drei zentralen Dienstleistungsbranchen (Pflege, Einzelhandel, Friseurhandwerk) die Ursachen und Rahmenbedingungen für die soziale und individuelle Wertschätzung von benachteiligten Berufen analysiert werden. Denn der Mangel an Wertschätzung und Anerkennung, das Fehlen von Stolz auf die eigene Profession und Arbeit wird als eine zentrale Barriere zur Entwicklung von Leistungs- und Innovationsfähigkeit in diesen und anderen Dienstleistungsberufen gesehen und als klares Defizit betrachtet.

Auf Basis der Forschungsergebnisse sollen in einem zweiten Schritt neue Modelle einer praxisorientierten Unterstützung der Wertschätzung dieser Dienstleistungsberufe für kleine und mittelständische Unternehmen entwickelt, erprobt und verbreitet werden.

Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und begann im Oktober 2008.

### **Aktion des Bundesministeriums für Gesundheit: „Ich pflege weil...“ (bundesweit)**

Mit der Aktion „Ich pflege, weil ...“ des Bundesministeriums für Gesundheit soll dem Pflegeberuf sowie den ehrenamtlich wie familiär Pflegenden „ein Gesicht“ gegeben und mehr öffentliche Präsenz und Aufmerksamkeit für ihre Arbeit hergestellt werden. Die Aktion wurde im September 2009 gestartet und lädt alle Pflegenden dazu ein, mit einem Bekenntnis zu ihrer Tätigkeit an die Öffentlichkeit zu treten.

---

<sup>130</sup> Informationen überwiegend entnommen von: <http://www.berufe-im-schatten.de/xd/public/content/index.html?pid=6> (Stand 03/2010)

Auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums können sich Pflegende über ein Onlineformular direkt an der Aktion „Ich pflege, weil ...“ beteiligen und in Kombination mit ihrem Foto ihre Beweggründe sowie eigene Meinung zur Wichtigkeit sowie gesellschaftlichen Anerkennung ihrer Arbeit auf der hierzu eigens eingerichteten Internetseite präsentieren. Zudem bietet die Internetplattform weiterführende Informationen zu vielen Themen rund um den Bereich der Pflege.<sup>131</sup>

## **5.4 Weitere Förderprogramme und -projekte mit spezifischen thematischen Schwerpunkten**

### **Förderprogramm „Demografischer Wandel in der Pflege“**

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales schreibt im Rahmen seines „Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ seit Juni 2009 den Förderschwerpunkt 2009-I „Demografischer Wandel in der Pflege“ aus. Im Bereich dieses Förderschwerpunkts sollen Projekte unterstützt und forciert werden, die die gegenwärtige und zu erwartende demografische Entwicklung in der Pflegebranche berücksichtigen.

Die Förderung bezieht sich auf die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung praxistauglicher Konzepte für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Bereits bestehende Ansätze, Projekte und Instrumente zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften sollen dabei auf ihre Praxistauglichkeit hin analysiert und ggf. weiterentwickelt werden. Im Zuge dessen soll zudem geprüft werden, welche Umsetzungswege besonders Erfolg versprechend sind und welche Kompetenzen und Handlungshilfen die Realisierungschancen erhöhen.<sup>132</sup>

### **Projekt „Balance von Arbeit und Leben“**

Im Jahr 2008 wurde in Mecklenburg-Vorpommern gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds sowie des Landes Mecklenburg-Vorpommern das Projekt „Balance von Arbeit und Leben“ durchgeführt. Projektträger war Arbeit und Leben LAG Mecklenburg-Vorpommern, die Umsetzung oblag der Wert.Arbeit GmbH, Berlin. Enger Kooperationspartner war der Deutsche Gewerkschaftsbund Bezirk Nord. Ziel des Projekts war es, personalpolitische Strategien und betriebliche Maßnahmen zum Thema Work-Life-Balance/ Vereinbarkeit stärker in den betrieblichen Fokus von vorwiegend klein- und mittelständischen Unternehmen zu rücken. Hierzu wurden konkrete betriebliche Beratungsprozesse umgesetzt.

An dem Projekt beteiligte sich auch ein Krankenhaus mit rund 400 Beschäftigten. Der Frauenanteil im Unternehmen lag bei 84 Prozent. Motivation zur Teilnahme war unter anderem der spürbare Fachkräftemangel im ärztlichen wie pflegerischen Bereich. Die Verbesserung

---

<sup>131</sup> Nähere Informationen unter: [http://www.bmg.bund.de/DE/Pflege/Ich-pflege-weil\\_Fokuspage/Ich-pflege-weil\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/DE/Pflege/Ich-pflege-weil_Fokuspage/Ich-pflege-weil_node.html?_nnn=true) (Stand 03/2010).

<sup>132</sup> Vgl. BMAS (2009b), S. 3.



der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – unter Beteiligung der Beschäftigten – war im Zuge des Projekts Betriebsrat wie Geschäftsführung ein besonderes Anliegen. Zu diesem Zweck wurde eine Beschäftigtenbefragung durchgeführt und darauf aufbauend mit einer betriebsinternen Steuerungsgruppe ein Aktionsplan entwickelt.

Aufbau und Ablauf des Projekts bzw. der Beratung führten dazu, dass das Unternehmen valide Daten zu Problemen und Bedarfen aus Sicht der Beschäftigten sammeln und konkrete Handlungsschritte darauf abstimmen konnte. So wurden von den Beschäftigten Probleme bei der Dienstplangestaltung und insbesondere beim Wochenendeinsatz angegeben. Betreuungsengpässe gab es u.a. in der Ferienzeit, aber auch generell aufgrund unpassender Öffnungszeiten der ansässigen Betreuungseinrichtungen. Doch nicht alle Beschäftigte, die Probleme angaben, wollten auch Unterstützung durch das Unternehmen. Deswegen einigte man sich in einem ersten Schritt auf die Umsetzung „kleiner Lösungen“, wie der Erstellung von Informationsmaterial über ortsansässige, zeitlich flexible Kinderbetreuungseinrichtungen. Zudem einigte man sich darauf, eine Folgebefragung zum Thema in ein bis zwei Jahren durchzuführen und legte ein jährliches Treffen zwischen Betriebsrat, Geschäftsführung und Pflegedienstleitung fest, um die Entwicklung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu reflektieren und gegebenenfalls weitere Schritte zu vereinbaren.

### **Landeswettbewerb: „Unternehmen für Familie – Berlin 2010“**

Familienfreundlichkeit ist ein Thema, das immer mehr Aufmerksamkeit genießt – von Seiten der Politik wie der Unternehmen. Der Landeswettbewerb „Unternehmen für Familie – Berlin 2010“ ist eine gemeinsame Initiative des Berliner Beirats für Familienfragen, der IHK Berlin, der Handwerkskammer Berlin und des DGB Bezirk Berlin-Brandenburg. Ziel ist es, das wachsende Engagement Berliner Unternehmen im Bereich „familienfreundliche Unternehmensgestaltung“ sichtbar zu machen und Beispiele guter betrieblicher Praxis entsprechend zu würdigen.<sup>133</sup>

Vorausgegangen war dieser Initiative im Jahr 2009 eine gemeinsame Deklaration der beteiligten Akteure. Diese betont die Notwendigkeit einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie deren betrieblichen Förderung. Die Unterstützung bei der betrieblichen Umsetzung einer demografiebewussten und familienfreundlichen Personalpolitik wird dabei von den Deklarationspartnern zugesagt. Hierzu einigte man sich auch auf ein gemeinsames Maßnahmenpaket, das sich insbesondere an kleine und mittelständische Berliner Unternehmen richtet.<sup>134</sup> Neben der Initiierung des Landeswettbewerbs soll u.a. ein praxisnahes Beratungsangebot erarbeitet und klein- und mittelständische Unternehmen beim Verfassen von Betriebsvereinbarungen zum Thema unterstützt werden.<sup>135</sup>

---

<sup>133</sup> Vgl. <http://www.familienbeirat-berlin.de/aktuelles/1-berliner-landeswettbewerb-unternehmen-fuer-familie-berlin-2010-gestartet.html> (Stand 04/2010)

<sup>134</sup> Handwerkskammer Berlin (2009): Pressemitteilung 06.08.2009.

<sup>135</sup> Siehe hierzu ausführlicher: [http://www.familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Aktuelles/Deklaration\\_Unterschriften\\_Scan\\_09-08-06.pdf](http://www.familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Aktuelles/Deklaration_Unterschriften_Scan_09-08-06.pdf) (Stand 04/2010)



Für Unternehmen aus dem Bereich der pflegenden Dienstleistungen muss geprüft werden, wie dieses Maßnahmenpaket zukünftig genutzt werden kann und wie konkrete Hilfestellungen durch die Deklarationspartner aus der Berliner Politik und Wirtschaft gestaltet werden müssen.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

Wie die ausführlichen Darstellungen in dieser Expertise zeigen, gibt es eine Bandbreite an gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und damit auch arbeitsorganisatorischen Wandlungsprozesse, die Einfluss auf die Beschäftigten und die Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen haben. So steigt der Bedarf und Anspruch an pflegenden Dienstleistungen. Gleichzeitig sinkt das Angebot an potenziellen Beschäftigten. Die vorhandenen Belegschaften werden – ähnlich wie ihr Klientel – zunehmend älter. Durch die Ausweitung von Assistenzberufen wie auch dem politisch forcierten Trend zur Ambulantisierung entstehen neue Formen der Arbeitsteilung. All dies hat Einfluss auf die Personal- wie Organisationsstrukturen in den pflegenden Dienstleistungen und ihnen nahe stehenden, überwiegend personenbezogenen Dienstleistungsfeldern (z.B. Hauswirtschaft).

Zudem lieferte die Auswertung vorliegender Beschäftigungsstatistiken und qualitativer Befragungen für den Bereich der pflegenden Dienstleistungen ausreichend Belege dafür, dass es diverse Problemlagen und Handlungsbedarfe in diesem Beschäftigungsbereich gibt. So gestalten sich die Arbeitsbedingungen unter Aspekten wie Entlohnung, Arbeitszeitflexibilität, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Gesundheitsbelastung, Arbeitsverdichtung, der Ausgestaltung von Aus- und Weiterbildung sowie Anerkennung für die erbrachten Leistungen der im ambulanten wie stationären Versorgungs- und Pflegebereich Tätigen als oftmals defizitär. Zudem zeichnet sich ein deutlicher Trend hin zu einer zunehmenden Verschlechterung der Arbeitssituation ab. Resultat ist: Die Attraktivität der pflegenden Dienstleistungen für (potenzielle) Beschäftigte steigt nicht, sie sinkt. Und das obwohl dieser Bereich wachsende Beschäftigungspotenziale bietet und aufgrund seines hohen spürbaren Sinngehalts von den Beschäftigten positiv bewertet wird. Fachkräfte- als auch Qualitätssicherung lässt sich unter diesen gegebenen Voraussetzungen immer schwerer umsetzen.

Wertschöpfung wie Qualitätssicherung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen sind allerdings langfristig nur zu gewähren bzw. zu verbessern, wenn dabei auch die Wertschätzung gegenüber den in den pflegenden Dienstleistungen Tätigen erhöht wird.

Deshalb ergeben sich aus den dargestellten Wandlungsprozessen und Problemlagen folgende Handlungsschwerpunkte, die zu einer zukunftsfähigen Gestaltung der pflegenden Dienstleistungen in der Metropolregion Berlin – auch und gerade unter dem Aspekt einer stärkeren Verknüpfung von Wertschöpfung und Wertschätzung – notwendig und erforderlich sind:

### 1. Weiterbildungskonzepte entlang der gestiegenen Anforderungen an pflegende Dienstleistungen anpassen bzw. erweitern

Durch den steigenden Bedarf und die steigenden Ansprüche an pflegende Dienstleistungen – nicht nur in Bezug auf medizinische Versorgung des Klientels, sondern auch in Bezug auf die Organisation und Koordinierung der Arbeitsabläufe – wird die Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen für viele der Beschäftigte immer

anspruchsvoller. Der Erwerb und die Sicherung eines hohen Qualifikationsniveaus, das alle Aspekte der Arbeit – von der richtigen Anwendung neuer medizinischer Geräte und Pharmazeutika oder dem Umgang mit neuen EDV-gestützten Dokumentationsformen über die kultursensible Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund bis hin zur Vermittlung entsprechender „Soft-Skills“ zur Minimierung bzw. Bewältigung der psychischen Arbeitsbelastungen – abdeckt, scheint zur Erfüllung der wachsenden Anforderungen wichtig. Gezielte Personalentwicklung, die als eine tragende Säule auf kontinuierliche Weiterbildung baut, ist deswegen ein wichtiges Handlungsfeld.

## **2. Betriebliche Konzepte umsetzen, die Personal- und Organisationsentwicklung miteinander verknüpfen**

Gleichzeitig erfordern Ambulantsierung und die Diversifizierung der Berufsgruppen einen gezielten Organisationsentwicklungsprozess. Neue Arbeitsteilungen können nur definiert werden, neue Weiterbildungsbedarfe nur erkannt werden, wenn transparent ist, wer für welche Aufgabe was können muss. Hierzu müssen Personal- und Organisationsentwicklung aneinander gekoppelt sein und im Einklang miteinander entwickelt und umgesetzt werden.

## **3. Unternehmen in den pflegenden Dienstleistungen demografiefest machen und stärker für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sensibilisieren**

Demografischer Wandel und die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind allgemeine sowie speziell für die Fachkräftesicherung und Fachkräftewerbung wichtige Themen. Diese müssen sowohl auf branchen- wie auch auf betrieblicher Ebene thematisiert und angegangen werden.

Gerade für den hohen Anteil an Beschäftigten, die sich in ihrer „Rush-Hour-of-Life“-Phase (30-44 Jahre) befinden und damit vielschichtige und komplexe private Betreuungs- und Fürsorgeaufgaben übernehmen, haben betriebliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine hohe Wichtigkeit. Dies darf sich nicht nur auf Maßnahmen zur Unterstützung der Kinderbetreuung beschränken, sondern muss auch den Ansprüchen und Bedarfen der wachsenden Gruppe von Beschäftigten mit Pflegeverantwortung für alte oder kranke Familienangehörige gerecht werden. Nur so kann von Seiten der Unternehmen für alle Beschäftigten etwas zur Entlastung und gegen Überforderung bei der Verknüpfung von privaten mit beruflichen Aufgaben unternommen werden.

Von Seiten der Berliner Politik, der Wirtschaft wie der Interessenvertretungen wird ein höheres Engagement auf diesem Gebiet – wie die Gemeinsame Deklaration des Berliner Beirat für Familienfragen, der IHK Berlin, der Handwerkskammer Berlin sowie des DGB Bezirk Berlin-Brandenburg in 2009 bewiesen hat – in den Unternehmen gefordert und dabei Unterstützung versprochen. Für Unternehmen aus dem Bereich der pflegenden Dienstleistungen muss geprüft werden, wie dieses Maßnahmenpaket zukünftig genutzt

werden kann und wie konkrete Hilfestellungen durch die Deklarationspartner aus der Berliner Politik und Wirtschaft gestaltet werden müssen. Hierzu sind gezielte Dialogprozesse zwischen Unternehmen und Politik- wie Wirtschaftsvertreterinnen und -vertretern notwendig.

Für älter werdende Belegschaften müssen u.a. Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung kritisch geprüft und ggf. um die Bedarfe bzw. Bedürfnisse älterer Beschäftigter ergänzt werden. Dies betrifft ebenso die Gestaltung von Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen.

#### **4. „Gute Arbeit“ in den pflegenden Dienstleistungen fördern, um Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten und damit auch die Qualität der angebotenen Dienstleistungen sowie Dienstleistungsinnovationen zu fördern**

Die positiven Wachstumszahlen und -prognosen im Bereich der pflegenden Dienstleistungen wie der Gesundheitswirtschaft allgemein müssen mit Blick auf den Anteil sowie die Entwicklung von Teilzeittätigkeit, geringfügiger Beschäftigung und befristeten Arbeitsstellen kritisch betrachtet werden. Ein Zuwachs bei den Beschäftigtenzahlen darf nicht zu Lasten von langfristig-stabilen sowie existenzsichernden Beschäftigungsverhältnissen gehen. Auch würde hierdurch das oftmals positiv gezeichnete Bild des „Jobmotors Gesundheitswirtschaft“ entschieden getrübt werden.

Quantität als auch Qualität der Beschäftigungsverhältnisse müssen miteinander in Einklang stehen, um gute Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten sowie ein attraktives Berufsfeld für (potenzielle) Beschäftigte zu gewährleisten. Dafür sind gute Arbeitsbedingungen sowie Partizipations- und Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten unerlässlich. Auch ein innovationsförderliches Klima wird hierdurch gefördert, denn neben guten Qualifikationen hat Motivation einen hohen Anteil an der Generierung von Dienstleistungsinnovationen durch Beschäftigte – an sowie gemeinsam mit den Klienten.

#### **5. Neue Zeitarrangements in für die Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen ausloten**

Qualifizierte und bezahlbare „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung erfordern flexible, effiziente und verlässliche Zeitarrangements – nicht nur für Kundinnen/ Kunden oder Patientinnen und Patienten, sondern auch und gerade für die Beschäftigten in den pflegenden Dienstleistungen. Auch oder gerade hier besteht momentan ein klares Defizit, wie oftmals entgrenzte Arbeitszeiten und verstärkter Zeitdruck in den Arbeitsabläufen beweisen. Deshalb muss eine genaue Analyse der zeitlichen Situation auf Kunden-/ Patienten- wie auch Beschäftigtenseite erfolgen und über Möglichkeiten der Neujustierung von Zeitstrukturen auf dem Markt wie in den Unternehmen der pflegenden Dienstleistungen nachgedacht werden. Hier sind betriebliche wie politische Akteurinnen und Akteure gleichermaßen gefordert einen entsprechenden Dialog anzustoßen bzw. sich an diesem zu beteiligen.

## **6. Systematische und flächendeckende Erfassung der Branchenentwicklung**

Durch die Vereinbarungen und Akzentsetzungen im „Masterplan Gesundheitspolitik“ sind wichtige und richtige Weichen für eine systematische und flächendeckende Erfassung der Branchenentwicklung in der Metropolregion Berlin gestellt worden. Daten zur wirtschafts- wie beschäftigungspolitischen Bedeutung und Entwicklung werden in regelmäßigen Abständen erhoben und dargestellt. Allerdings gilt es, den Beschäftigungsdaten unter Aspekten wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und speziell Migrationshintergrund noch stärkere Aufmerksamkeit zu widmen, um Trends noch besser einschätzen und abbilden zu können. Mit Blick auf den politisch forcierten Prozess des wirtschaftliche Zusammenschens des EU-Raums und Berlins Nähe zu den an Deutschland angrenzenden osteuropäischen Staaten sind das Angebot bzw. die Nutzung von Betreuungsdienstleistungen aus den umliegenden EU-Ländern sowie der Ausprägung von Schwarzarbeit und deren Wirkung auf den Arbeitsmarkt wie auf die Arbeitsqualität – für Kundinnen und Kunden als auch Beschäftigte – genau zu beobachten. Tiefer greifende Regularien und Kontrollmechanismen scheinen zur Sicherung von Dienstleistungs- wie Beschäftigungsstandards sowohl auf EU- wie einzelstaatlicher Ebene darüber hinaus notwendig und dringend erforderlich.

## **7. Größere ethnische Vielfalt unter den Beschäftigten fördern und den Aspekt „kultursensible Pflege“ im Bereich Aus- und Weiterbildung als elementaren Bestandteil verankern**

Beschäftigte mit Migrationshintergrund sind wichtig für die Gewährleistung guter, kultursensibler pflegender Dienstleistungen – gerade in einer multikulturell geprägten Stadt wie Berlin. Momentan scheint der Bedarf an kultursensibler Pflege allerdings höher als das bereitstehende Angebot. Potenzielle Beschäftigte mit Migrationshintergrund und Sprachkenntnissen scheinen selten. Hier sind weiterführende Überlegungen und Anstrengungen anzustreben, die sowohl das Potenzial der „ethnischen Ökonomie“ berücksichtigen und besser nutzen, als auch potenzielle Beschäftigte mit Migrationshintergrund stärker für eine Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen ansprechen. Darüber hinaus gilt es auch Kultursensibilität als integralen Bestandteil in Aus- und Weiterbildungspläne im Gesundheits- und Pflegesektor mit aufzunehmen.

## **8. Forschungsansätze und -projekte zur Steigerung der Wertschätzung und Wertschöpfung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen ausbauen und stärker fördern**

Wie die Ausführungen in Kapitel 5 gezeigt haben, gibt es in der Metropolregion Berlin zur Förderung der pflegenden Dienstleistungen – gerade unter dem Aspekt „Kultursensibilität“ – bereits verschiedene Projekte und Strategien. Die Möglichkeit des Ausbaus weiterer Maßnahmen und (Förder)Möglichkeiten, die darauf abzielen Wertschätzung als auch Wertschöpfung im Bereich der pflegenden Dienstleistungen weiter zu steigern und die

Behandlung und Verbesserung spezifischer Themenfelder anzustoßen, muss geprüft und überdacht werden.

**9. Attraktivität und Image der pflegenden Dienstleistungen – gerade im Bereich der ambulanten wie stationären Altenpflege – erhöhen und öffentliche Wertschätzung steigern**

Attraktivität und Image der pflegenden Dienstleistungen sind in der Öffentlichkeit oftmals defizitär – und das nicht immer ohne Grund. Das Image des „Berufs im Schatten“ muss aufzuheben versucht werden. Hierzu sind u. a. medienwirksame Kampagnen, Informationsveranstaltungen wie Informations- und Werbebroschüren sinnvoll, die einer positiveren Darstellung der Arbeit in den pflegenden Dienstleistungen und der gesellschaftlichen Notwendigkeit dieses Berufsfelds Vorschub leisten. Die bundesweite Kampagne „Ich pflege, weil...“ kann hier als ein Vorbild gelten.

Um stärker potenzielle Beschäftigte für das Berufsfeld zu werben, sollten zusätzlich Kampagnen für Berufsrückkehrer, die das Gesundheitswesen verlassen haben, erwogen werden. Ebenso erscheinen Maßnahmen, die zur Bewusstseinsbildung in Schulen für das breite Berufsspektrum im Gesundheits- und Pflegebereich beitragen, sinnvoll.

### III. Literaturverzeichnis

Arbeitnehmerkammer Bremen (2009): Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen. Bremen.

Backes, G.; Amrhein, L.; Wolfinger, M. (2009): Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik. In: WISO Diskurs, September 2009: Wenn die Töchter nicht mehr pflegen ... Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Bonn. S. 12 - 17.

Bandemer, S. v.; Evans, M.; Hilbert, J. (2004): Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide? In: Jahrbuch 2003/2004. Institut Arbeit und Technik (Hrsg.). Gelsenkirchen. S. 119 - 135.

Berliner Senat (2009): Wo wir stehen – wohin wir wollen. Die Politik des Berliner Senats 2006 – 2009.

Berliner Weiterbildungsinitiative – BWI (2009): Ergebnisprotokoll des 3. Quartalsforums 2009: Gesundheitsstadt Berlin – Herausforderungen für die berufliche Weiterbildung.

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg.

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; DAK (2003): BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Hamburg.

Böhlke, N.; Schulten, T. (2008): Unter Privatisierungsdruck. In: Mitbestimmung Ausgabe 6/2008, S. 24-27.

Bundesamt für Gesundheit (2005): Rich Nursing Study. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients` and Nurses` Outcomes. Bern.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009a): Bekanntmachung der Richtlinie zur Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft, 03.03.2009, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009b): Ausschreibung über die Förderung von Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen, 16.06.2010, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Das bringt die Pflegereform 2008. Berlin.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2006): Was ist uns Pflege wert? In: bpa magazin, Ausgabe 5/2006.

Dahlbeck, E.; Hilbert, H. (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. In: Forschung aktuell, Ausgabe 6/2008. Hrsg.: Institut Arbeit und Technik.

DAK; BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Hamburg.

Deutsche Bank Research (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Frankfurt a. M.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe – DBR (Hrsg.) (2009): Pflegebildung offensiv – Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege. Berlin.



- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (2009): Pressemitteilung 19.08.2009. <http://www.pflege-rundum.de/allgemein/2008/8c2.html>.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Köln.
- Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung. Bonn.
- Dierbach, Heike (2008): Pflege aus dem Leihhaus. In: ver.di publik Ausgabe 05/2008.
- Enquete-Kommission (2005): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Eine Zukunft für Berlin“. Berlin.
- Ernst & Young (2009): Jedes vierte Krankenhaus muss schließen – private Gesundheitszentren auf Wachstumskurs. Pressemitteilung vom 23.02.2009.
- Förste, Daniel (2009): Wohnen in Zeiten langen Lebens. [http://www.healthcapital.de/fileadmin/download/2009/Diff\\_Wohnformen/090603\\_Foerste\\_-\\_Auftakt\\_Masterplan\\_Gesundheit\\_BB.pdf](http://www.healthcapital.de/fileadmin/download/2009/Diff_Wohnformen/090603_Foerste_-_Auftakt_Masterplan_Gesundheit_BB.pdf). Stand: 26.11.2009.
- Fuchs, T. (2008 a): Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen 2007/2008. Im Auftrag für: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Stadtbergen.
- Fuchs, T. (2008 b): Arbeitsqualität aus Sicht von Krankenpfleger/innen 2007/2008. Im Auftrag für: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Stadtbergen.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2009): Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen, erschienen in der Reihe WISO Diskurs Mai 2009. Bonn.
- Gerisch, S. / Knapp, K./ Töpsch, K. (2009): Demografiefeste Personalpolitik in der Altenpflege. Handlungsbedarf erfassen. Leitfaden für die Bildungspraxis, Band 39, Bielefeld.
- Gewiese, T./ Leber, U./ Schwengler, B. (2003): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen - Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesenstudie. MittAB 2/ 2003, 36. Jg., Nürnberg, S. 150 – 165.
- Göpel, E.; Hölling, G.; Schmithals, F. (1996): Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder - Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Bielefeld.
- Goesmann, Ch.; Nölle, K. (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Dortmund: TU Dortmund.
- Handwerkskammer Berlin (2009): Gemeinsame Deklaration zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Berlin von IHK Berlin, Handwerkskammer Berlin, DGB Berlin-Brandenburg und Berliner Beirat für Familienfragen, Pressemitteilung 06.08.2009.
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft TSB Innovationsagentur GmbH (2007 a): Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. Berlin.

Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft TSB Innovationsagentur GmbH (2007 b): Ausbildung Gesundheit in Berlin und Brandenburg. Berlin.

Hilbert, J.; Fretschner, R.; Dülberg, D. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen.

Institut Arbeit und Technik – IAT (2007): Entwicklungs- und Qualifizierungskonzepte für die Personal-, Produkt- und Organisationsentwicklung in der Berliner Gesundheitswirtschaft. Abschlussbericht 2007. Im Auftrag der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Berlin.

Institut für Public Health und Pflegeforschung – ipp Bremen (2010): Qualitätskriterien für Best-Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte. Gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung. Bremen.

Klotz, Dr. S. (2005): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Eine Zukunft für Berlin“. Berlin: Kulturbuch-Verlag.

Knödler, R. (2008): Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg: Ein Wirtschaftsbereich mit hoher Dynamik. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, Ausgabe 7/2008.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008): Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. KOM(2008) 725. Brüssel.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Brandenburg/ Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2010): Gemeinsame Fachkräftestudie Berlin-Brandenburg. Prognosen – Empfehlungen. Ein Überblick. Berlin.

Mortsiefer, H. (2009): Auf eigene Rechnung. In: Berlin maximal, Ausgabe 11/2009.

Müller, Dr. K. (2010): Pflegeausbildung braucht Reformen. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 49. Jg., Ausgabe 1/ 2010, S. 82-85.

Netzwerk Gesundheitswirtschaft (2007): Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“. Berlin.

Nölle, K.; Goesmann, Ch. (2009): Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten-) Pflege. Dortmund: TU Dortmund.

Ostwald, D. A.; Ranscht, A. (2007): Der Wertschöpfungsansatz: Eine kritische Betrachtung der deutschen Gesundheitswirtschaft. In: Sozialer Fortschritt. Heft 11. S. 284 - 291.

Pick, P; Brüggemann, J.; Grote, Ch. (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Berlin: Robert Koch Institut.

Prognos (2010): Gemeinsame Fachkräftestudie Berlin-Brandenburg. Präsentation der Ergebnisse der durch das MASF Brandenburg und die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales erarbeiteten, gleichnamigen Studie. 12.04.2010, Berlin.

Quetting, M. (2009): Altenpflege in Bewegung. In: ver.di Fachbereich 3 – Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt, Kirchen (Hrsg.). drei. Nr. 29.

Ranscht, A.; Ostwald, D. A. u.a. (2009): Wachstums- und Beschäftigungseffekte in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Darmstadt.

Ranscht, A.; Ostwald, D. A. (2008): Clustermonitoring für die Region Berlin-Brandenburg. Darmstadt.

Ressortübergreifende Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft sowie der Chefin der Senatskanzlei und des Chefs der Staatskanzlei der Länder Berlin und Brandenburg (2007): Masterplan „Gesundheitsregion Berlin – Brandenburg“. Berlin.

Rürup, B (2009).: Die Gesundheitswirtschaft im Kontext der Finanz- und Wirtschaftskrise. Hauptstadtkongress 2009 Medizin und Gesundheit. Berlin.

Schaeffer, Prof. Dr. D.; Ewers, M. (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: GGW 1/2001, S. 13-20.

Schulten, T. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/ hospitals. Country report on liberalisation and privatization processes and forms of regulation. Düsseldorf.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009): Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008 – Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2006/2007 – Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin.

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen u.a. (2004): Berlin 2004-2014. Eine Wachstumsinitiative. Berlin.

Simon, M. et al. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de/> (Stand: 26.11.2009).

Sozialpartnerschaftliches Koordinierungsbüro zur Begleitung der Berliner Strukturfondsstrategien (2007): Beschäftigungspotenziale und Qualifizierungswege in der Berliner Gesundheitswirtschaft und der Beitrag des Europäischen Sozialfonds. Dokumentation des Fachgesprächs am 25. 09.2007 in Berlin.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2009): Arbeitsmarkt in Zahlen, Aktuelle Monatsergebnisse - Beschäftigung nach Ländern in wirtschaftsfachlicher Gliederung. Nürnberg.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009 a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009 b): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009 c): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2008 a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2008 b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006): 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden.

Stumpfögger, N. (2009): Privatisierungs-Weltmeister Deutschland. In: ver.di Fachbereich 3 – Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt, Kirchen (Hrsg.). drei. Nr. 29.

ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2010): Branchenbericht: Die Arbeitssituation von Migrantinnen in der Pflege.

ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2009a): Was haben die Beschäftigten in der Pflege von der neuen Bundesregierung zu erwarten? In: Altenpflege Infopost. Nr. 109/2009.

ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2009b): Tariflöhne in der Altenpflege: Was verdienen Sie als Pflegekraft in der Altenpflege? In: Altenpflege Infopost. Nr. 93/2009.

ver.di Bundesfachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2009c): Neue Arbeitsteilung – Berufspolitische Konsequenzen. In: drei, Nr.29 (2009), S.3.

ver.di Bundesfachbereich Gesundheitspolitik (2009d): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften. 06.06.2009.

Wert.Arbeit (2008): Beschäftigungssituation und zukünftige Qualifikationsanforderungen in den Wirtschaftszweigen des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin. Berlin.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2005): HealthCast 2020: Gesundheit zukunftsfähig gestalten.

Zimber, A.; Albrecht, A.; Weyerer, S. (2000): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: Pflege Aktuell. Nr. 5. S. 272 - 275.

Zühlke-Robinet, K.; Bootz, I. (2009): "Dienstleistungsfacharbeit" als Leitbild für Dienstleistungsarbeit – der BMBF-Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ im Überblick. In: Bötze, R.; Schapfel-Kaiser, F. (Hg.): Anforderungen an kaufmännisch-betriebswirtschaftliche Berufe aus berufspädagogischer Sicht. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung Bonn.

## Internetquellen

Bognanni, Massimo (2010): Das Prinzip Schlecker. Lohndumping mit Zeitarbeit. Stern online 18.01.2010. (<http://www.stern.de/wirtschaft/news/unternehmen/lohndumping-mit-zeitarbeit-das-prinzip-schlecker-1535885.html>)

bpa magazin. Ausgabe 05/2006. Was ist uns die Pflege wert? ([http://www.bpa.de/upload/public/doc/leseprobe\\_bpamag506\\_final.pdf](http://www.bpa.de/upload/public/doc/leseprobe_bpamag506_final.pdf)).

Bundesagentur für Arbeit (2009): Arbeitsmarktberichterstattung. TOP TEN der Stellen im August 2009

[http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000100/html/sonder/topten/topten\\_august2009.pdf](http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000100/html/sonder/topten/topten_august2009.pdf)).

Bundesagentur für Arbeit (2010): Berufenet.  
(<http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/index.jsp>)

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010a): Qualitätssicherung Pflege  
(<http://www.bmg.bund.de>)

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010b): Pflegereform 2008 im Überblick  
(<http://www.bmg.bund.de>)

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010c): Pflege-TÜV (<http://www.bmg.bund.de>)

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010d): Pflegestützpunkte  
(<http://www.bmg.bund.de>)

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2010e): Pflegeberatung  
(<http://www.bmg.bund.de>)

Caritasverband für Diözese Münster (2010): Pflege-TÜV auf wackligen Füßen. Pressemitteilung vom 08.03.2010. ([www.caritas-muenster.de](http://www.caritas-muenster.de))

Industrie und Handelskammer Berlin (2009): TOP 100 Arbeitgeber in Berlin.  
[http://www.berlin.ihk24.de/produktmarken/standortpolitik/ZahlenundFakten/ArbeitsmarktundBeschaeftigung/Liste\\_der\\_100\\_groessten\\_Arbeitgeber\\_Berlins.pdf](http://www.berlin.ihk24.de/produktmarken/standortpolitik/ZahlenundFakten/ArbeitsmarktundBeschaeftigung/Liste_der_100_groessten_Arbeitgeber_Berlins.pdf). Stand: 26.11.2009.

Initiative Neue Qualität der Arbeit: Der Pflegemarkt in Zahlen  
(<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/wissen.did=219146.html>).

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2008): Demographischer Wandel steigert Belastung von Pflegekräften. Artikel vom 27.03.2008. Stand: 03.07.2009.  
(<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/demographischer-wandel.did=242140.html>).

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2009): Die ambulante Versorgung Berlins in Zahlen.  
<http://www.kvberlin.de/30patienten/70zahlen/index.html>. Stand: 26.11.2009.

NewCome.de (26.11.2009): Existenzgründungen im Gesundheitswesen  
([http://www.newcome.de/existenzgruendung/10\\_Aktuell/40\\_ThemaDesMonats/Gesundheit\\_Gesund\\_und\\_sicher\\_starten.html?timme=&oid=35500](http://www.newcome.de/existenzgruendung/10_Aktuell/40_ThemaDesMonats/Gesundheit_Gesund_und_sicher_starten.html?timme=&oid=35500)).

pflegen-online.de (25.09.2009): Modellprojekte in der Pflegeausbildung (<http://www.care-online.de/nachrichten/aktuelles/modellprojekte-in-der-pflegeausbildung.htm?PHPSESSID=4e6e2a1f5c8d1d015962012323c9ca5b>).

pflegen-online.de (12.05.2004): Neue Qualifikation für die Altenpflege (<http://www.care-online.de/nachrichten/aktuelles/modellprojekte-in-der-pflegeausbildung.htm?PHPSESSID=4e6e2a1f5c8d1d015962012323c9ca5b>).

Reichert, G. (2009): Überschätzter Jobmotor Gesundheitswirtschaft. In: Financial Times Deutschland. 02.09.2009 (<https://www.ftd.de/unternehmen/handel-dienstleister/gesundheitswirtschaft/gastkommentar-ueberschaetzter-jobmotor-gesundheitsswirtschaft/50004488.html?mode=print>).

Kolling, H. (2010): Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Pflegebildung offensiv. Rezension vom 29.01.2010. (<http://www.socialnet.de/rezensionen/9142.php>)

Stief, G. (2009): Gute Zeiten, schlechtes Image. In: Hannoversche Allgemeine. 27.01.2009 (<http://www.haz.de/index.php/layout/set/gallery/Ratgeber/Studium-Beruf/Berufe-mit-Zukunft/Gute-Zeiten-schlechtes-Image>).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (09.04.2008): Ausbeutung zu einem Hungerlohn ([https://gesundheitspolitik.verdi.de/pflege/preiswerte\\_pflege/interview\\_ellen\\_paschke](https://gesundheitspolitik.verdi.de/pflege/preiswerte_pflege/interview_ellen_paschke)).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Standpunkte zur Sozialarbeit in Berlin ([http://berlin.verdi.de/berufe\\_und\\_branchen/fb\\_03\\_-\\_gesundheit\\_soziale\\_dienste\\_wohlfahrt\\_und\\_kirchen/schwarzbuch\\_sozialarbeit\\_in\\_berlin/data/standpunkte\\_zur\\_sozialarbeit\\_in\\_freier\\_traegerschaft.pdf](http://berlin.verdi.de/berufe_und_branchen/fb_03_-_gesundheit_soziale_dienste_wohlfahrt_und_kirchen/schwarzbuch_sozialarbeit_in_berlin/data/standpunkte_zur_sozialarbeit_in_freier_traegerschaft.pdf)).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di : Gesundheitspolitik (<http://gesundheitspolitik.verdi.de>)

WDR (2009): Leiharbeit in der Pflege. In frauTV, Sendung vom 09.04.2009. ([http://www.wdr.de/tv/frautv/sendungsbeitraege/2009/0409/thema\\_01.jsp](http://www.wdr.de/tv/frautv/sendungsbeitraege/2009/0409/thema_01.jsp))

ZDF (2009): Schwester für Schweden. In: 37°. Ausland statt Arbeitsamt. Sendung vom 03.02.2009. (<http://www.zdf.de/ZDFmediathek/beitrag/video/684602/37-Grad-plus---Schwestern-fuer-Schweden#/beitrag/video/684602/37-Grad-plus---Schwestern-fuer-Schweden>).