

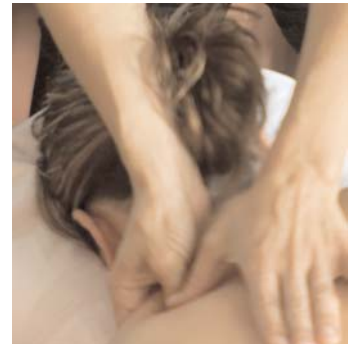
Neuausrichtung der Arbeits- und Wirtschaftspolitik in der Region Duisburg

Bericht im Rahmen des Projektes
"PROSPECT - Regionales Monitoring für Arbeitspolitik"
(StARA III)

- Branchenreport "Gesundheitsdienstleistungen" -

Materialien zur Stadtforschung Arbeitsmarktpolitische Werkstattberichte

Heft 23



Arbeitsmarktpolitische Perspektiven in Duisburg

Bericht im Rahmen des Projektes
"PROSPECT - Regionales Monitoring für Arbeitspolitik" (StARA III)

Branchenreport "Gesundheitsdienstleistungen"

Stadt Duisburg - Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten
Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP) e.V.
N.U.R.E.C.-Institute Duisburg e.V.

Mit finanzieller Unterstützung des Europäischen Sozialfonds und des Landes Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen



N.U.R.E.C.
INSTITUTE
Duisburg e.V.



Impressum: Stadt Duisburg, Der Oberbürgermeister
Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten
Bismarckstraße 150-158, D-47049 Duisburg
Tel. (0) 49.203/283 3117, Fax (0) 49.203/283 4404
Internet: <http://www.duisburg.de>

ISSN 0940-9009
ISBN - 10: ISBN 3-89279-123-6
ISBN - 13: ISBN 978-3-89279-123-2

Duisburg, im Mai 2006

Die inhaltliche Bearbeitung des Berichts lag bei Burkhard Beyersdorff, Joachim Liesenfeld und Kay Loss.

Wiedergabe in Print- und elektronischen Medien - auch auszugsweise -
nur mit Genehmigung der Herausgeber.

Weitere Branchenberichte die im Rahmen des Projektes StARA in der Reihe “Arbeitsmarktpolitische Werkstattberichte” erschienen sind, können auch als PDF unter www.g-port.de oder www.prospect-niederrhein.de heruntergeladen werden.

Kontakt: Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten der Stadt Duisburg,
47049 Duisburg, Bismarckstraße 150-158, Tel. 0203 / 283-3117, E-Mail: amt12@stadt-duisburg.de

Inhalt	Seite
1 Arbeitsmarktmonitoring: Ziele und methodische Vorgehensweise	5
2 Gesundheitsdienstleistungen: Genererelle Branchentrends und Beschäftigungsentwicklung	7
3. Beschäftigungssituation im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen in der Region Duisburg	11
3.1 Beschäftigungsstruktur	12
3.2 Bewertung von Markt und Beschäftigung durch regionale Gesundheitsdienstleister	14
3.3 Ausbildungsplätze und Praktika	15
3.4 Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzprofile	16
3.5 Fort- und Weiterbildung	17
3.6 Herausforderungen in der Zukunft	17
4. Handlungsempfehlungen	19
4.1 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention für Mitarbeiter	19
4.2 Personal- und Organisationsentwicklung als Managementaufgabe	20
4.3 Vertiefung des Branchenmonitorings	20
4.4 Beratungsangebote für Kunden	21
Literatur	22

1. Arbeitsmarktmonitoring: Ziele und methodische Vorgehensweise

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse des Arbeitsmarktmonitorings für die Region Duisburg bezogen auf Gesundheitsdienstleistungen zusammen. Das Arbeitsmarktmonitoring - Berichterstattung über Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt - versteht sich als Dienstleistung für die Akteure der regionalen Wirtschafts-, Struktur- und Arbeitsmarktpolitik. Es bezieht hierbei insbesondere auch die Unternehmen und die Personalverantwortlichen in den Unternehmen ein.

Das Monitoring liefert Daten, Informationen und Hintergrundmaterialien, deren handlungsorientierte Auswertung die Beschäftigungsperspektiven in der Branche fördern und letztlich zur Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienstleistungen beitragen soll. Personelle Voraussetzungen der zukünftigen Unternehmensentwicklung können in den Fokus gerückt und darüber die Beschäftigungsmöglichkeiten für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert, ihre Beschäftigungsfähigkeit letztlich positiv beeinflusst werden.

Das Arbeitsmarktmonitoring in der angesprochenen Branche ist vom RISP in Kooperation mit dem N.U.R.E.C.-Institute Duisburg e.V. im Jahr 2005 auf Grundlage der vom Land NRW auch in anderen Regionen geförderten PROSPECT-Methode durchgeführt worden. Die Methode wurde in Duisburg bereits in den Jahren zuvor beim Arbeitsmarktmonitoring zu den Branchen Logistik und IT/Medien sowie den Kompetenzfeldern Material- und Werkstofftechnologien sowie unternehmensbezogenen Dienstleistungen eingesetzt (vgl. Beyersdorff, B. u.a.: Arbeitsmarktmonitoring in Duisburg. Hrsg. Stadt Duisburg. Materialien zur Stadtforschung. Arbeitsmarktpolitische Werkstattberichte). Im Untersuchungszeitraum des Jahres 2005 ist parallel auch das Monitoring im Kompetenzfeld "Einzelhandel" sowie im Bereich "Urban Entertainment/Städtetourismus" durchgeführt worden.

Die Federführung des Projekts liegt beim Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten der Stadt Duisburg. Beteiligt an der Umsetzung sind das Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP) e.V. sowie das N.U.R.E.C.-Institute Duisburg e.V.

Mit dem Prospect-Projekt verbindet die Stadt Duisburg im Kern folgende Ziele:

- Erhöhung von Transparenz auf dem regionalen Arbeitsmarkt,
- Erfassung von betrieblichen Personal- und Qualifizierungsbedarfen,
- Empfehlungen im Hinblick auf Qualifizierungsmaßnahmen,
- Unterstützung bei der Vermittlung von Arbeitslosen auf Stellen,
- Netzwerkbildung der wichtigsten Akteure aus Wirtschaft und Politik.

Das Projekt ist eingebettet in ein Konzept aufeinander bezogener Maßnahmen der regionalen Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik und bildet gleichzeitig auf Basis der PROSPECT-Methode einen Baustein des landesweiten Arbeitsmarktmonitorings. Die Vorgehensweise von PROSPECT lässt sich zusammenfassend in sechs Schritten beschreiben:

- Branchenauswahl (hier: Gesundheitsdienstleistungen),
- Telefonbefragung (durch ein beauftragtes Call-Center),
- Expertengespräche (mit Vertretern arbeitsmarktpolitisch relevanter Institutionen),
- Betriebsinterviews (Qualitative Interviews mit Vertretern ausgewählter Unternehmen),
- Auswertung der Branchenanalysen und Dokumentation,
- Handlungsempfehlungen auf arbeitsmarktpolitischer Ebene.

Die PROSPECT-Methode umfasst ein systematisches Vorgehen beginnend mit der Auswahl der zu befragenden Unternehmen auf der Basis der Wirtschafts-(zweig-)Systematik (WZ 93). Ausführliches zur Methodik kann nachgelesen werden im Handbuch "PROSPECT - Dialogorientiertes regionales Arbeitsmarktmonitoring" der Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (GIB).

Die Branchenauswahl für das Duisburger Prospect-Projekt im Jahr 2005 basiert zum ersten auf dem impuls-Konzept der Stadt Duisburg. In dem Konzept "IMPULS.duisburg – Branchenstrukturelle und räumliche Standortprofilbildung" werden sechs Kompetenzfelder definiert, die besonders gestärkt werden sollen und die entsprechend auch beim Arbeitsmarktmonitoring im Vordergrund stehen.

Auf diesem Hintergrund sind die Prospect-Untersuchungen im Jahr 2005 für die drei Bereiche “Einzelhandel”, “Urban Entertainment/Städtetourismus” und “Gesundheitsdienstleistungen” durchgeführt worden. Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse zum Branchencluster Gesundheitsdienstleistungen.

Nach der Telefonbefragung und im Vorfeld der Betriebsinterviews wurden ergänzende Expertengespräche geführt. Betriebliche Intensivinterviews wurden mit 13 Gesprächspartnern geführt. Dabei ergab sich durch die in der Telefonbefragung erklärte Bereitschaft zu solchen Gesprächen eine deutliche Schwerpunktsetzung im Bereich der stationären Altenhilfe.

Zur Strukturierung der Gespräche wurde ein thematisch geordneter Leitfaden verwendet. Damit wurden Unternehmens- und Beschäftigungsstrukturen ermittelt sowie Einschätzungen zur Markt- und Branchenentwicklung zusammengetragen. Außerdem wurden Entwicklungstrends im Hinblick auf Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen, Weiterbildungsaktivitäten/-bedarfe, Strategien der Personalsuche und Stellenangebote abgefragt. Darüber hinausgehend waren die Gespräche aber offen angelegt, d.h. im Gesprächsverlauf konnte flexibel auf die Aspekte eingegangen werden, die in der Wahrnehmung der Interviewpartner besonders relevant erschienen.

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Untersuchung ist, dass die eingesetzten Instrumente und Methoden aufeinander aufbauen bzw. miteinander verzahnt sind: Die statistische Auswertung der Telefonbefragung ergibt zum Beispiel punktuell Ergebnisse, die nur unter Rückbezug auf die Expertengespräche und die Betriebsinterviews aussagefähig sind. Im Gegenzug ist die Bedeutung der manchmal sehr auf den einzelnen Fall bezogenen Interviewaussagen der betrieblichen Gesprächspartner ohne Einordnung in die Ergebnisse der Telefonbefragung und der Experteninterviews nur sehr schwer einzuschätzen.

Die Untersuchung ist insgesamt maßgeblich von der persönlichen Bereitschaft der Gesprächspartner in den befragten Unternehmen getragen worden. Ihre Auskünfte bilden die wesentliche Grundlage für den vorliegenden Bericht. Die Zeit, die sie aufgebracht haben, hat unsere Arbeit erst möglich gemacht. Aus Datenschutzgründen wird ihre Anonymität gewahrt. Gleichwohl sei an dieser Stelle noch einmal allen Gesprächspartnern in den Unternehmen - wie auch den Branchenexperten und Ansprechpartnern in den relevanten arbeitsmarktpolitischen Institutionen - für ihre Informationsbereitschaft und wertvollen Hinweise sehr herzlich gedankt.

Anmerkend sei darauf hingewiesen: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text zumeist auf die zusätzliche Nennung der weiblichen Form verzichtet; sie ist aber stets gleichermaßen gemeint. Wir bitten um Verständnis.

2. Gesundheitsdienstleistungen: Generelle Branchentrends und Beschäftigungsentwicklung

Die Gesundheitswirtschaft gilt in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung als eine der wichtigsten Branchen überhaupt. Sie hat in der Vergangenheit ein beträchtliches Innovations- und Wachstumspotential entfaltet. Personenbezogene und wissensintensive Dienstleistungen bilden den Kern der Gesundheitswirtschaft. Ärzte, Kranken- und Altenpflegekräfte, aber auch die Angehörigen der medizinischtherapeutischen (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) und medizinisch-technischen Gesundheitsberufe (z. B. Pharmazeutischtechnische Assistenten, Medizinisch-technische Assistenten) sind hier angesprochen. In der Klassifikation der Wirtschaftsbereiche des Statistischen Bundesamtes (WZ93) ist dieser Kernbereich in der Gruppe 85 “Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ erfasst. Zunehmende Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft gewinnen aber auch Dienstleistungsberufe beispielsweise aus den Bereichen Sport und Freizeit, Wellness und Ernährung, die sich in der Systematik der WZ 93 in der Gruppe 93 “Erbringung von sonstigen Dienstleistungen“ finden.

Für die im Rahmen Telefonbefragung erfolgreich durchgeführten Interviews ergab sich nach Wirtschaftsbereichen die folgende Verteilung:

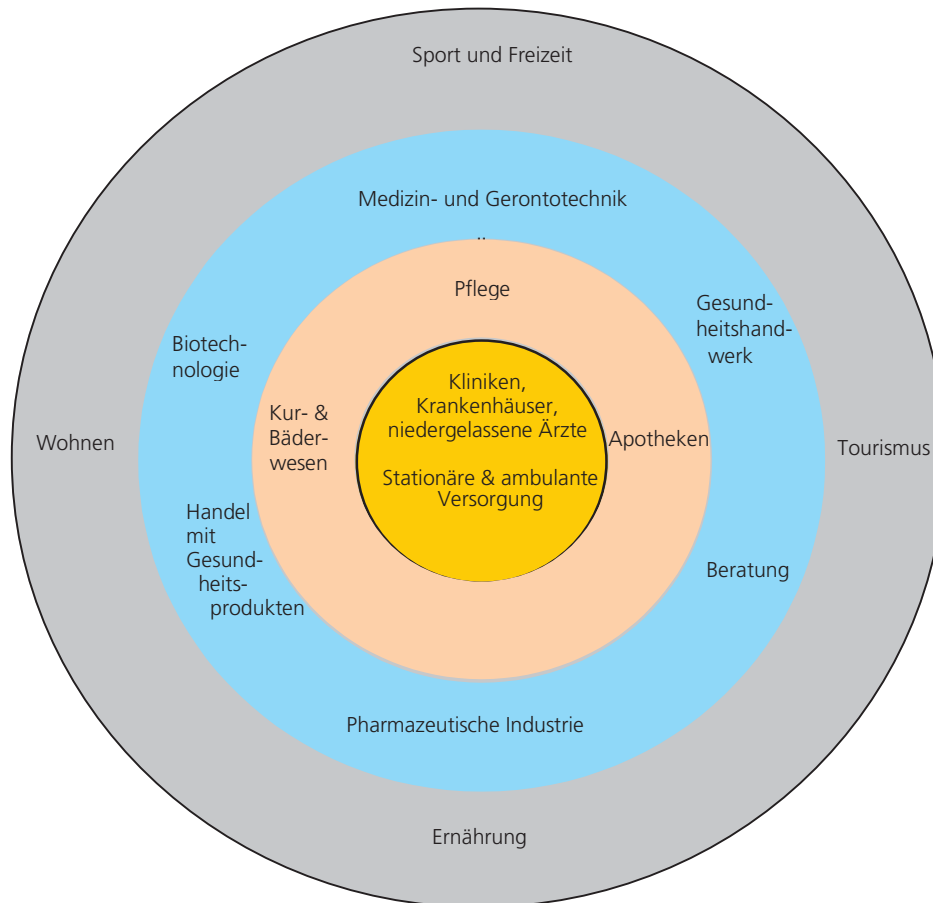
- drei Interviews aus dem Bereich Fitness-Studios (93.04.2 WZ93)
- ein Interview aus dem Bereich medizinischer Fußpflege (85.14.4 WZ93)
- fünf Interviews aus dem Bereich Krankengymnastik und Massage (85.14.2 WZ93)
- und elf Interviews aus dem Bereich der stationären Altenhilfe (85.31.3-5 WZ93).

Durch diesen Rücklauf und die in der Telefonbefragung erklärte Bereitschaft zu Betriebsinterviews ergab sich für den hier vorgestellten Branchenbericht eine deutliche Schwerpunktsetzung im Bereich der stationären Altenhilfe.

Die Gesundheitswirtschaft insgesamt zeichnet sich aus durch Komplexität und Heterogenität. Am Institut für Arbeit und Technik in Gelsenkirchen wurde daher das in der wissenschaftlichen Literatur viel beachtete “Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft“ entwickelt, das die Vielfalt der mehr oder weniger auf Gesundheit bezogenen Angebote und Dienstleistungen anschaulich systematisiert und strukturiert.

Dieses Definitionsmodell beschreibt im wesentlichen drei Bereiche der Gesundheitswirtschaft:

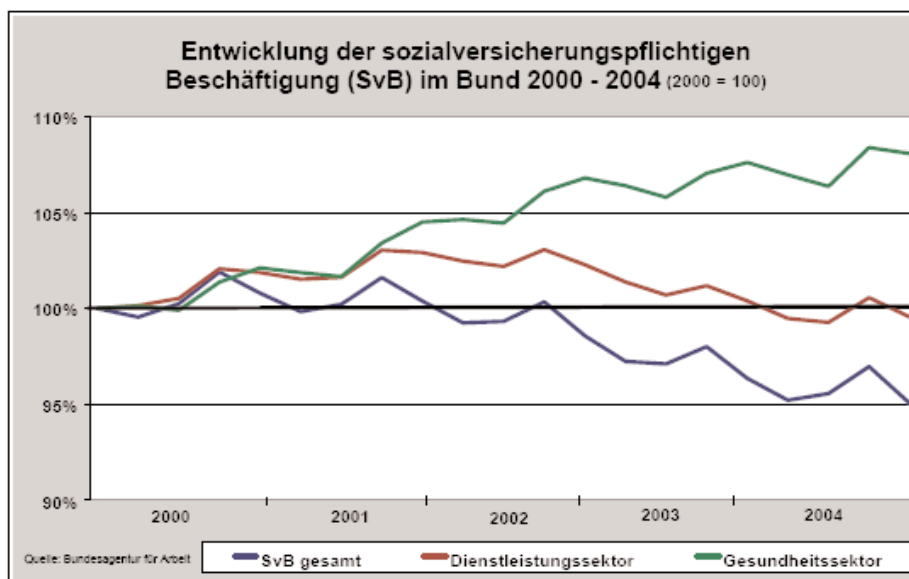
- Den Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung mit den personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereichen der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, den freien Arztpraxen, den Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken sowie den stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (die beiden inneren Kreise),
- Vorleistungs- und Zulieferindustrien, die die sog. Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten umfassen (der blaue Kreis),
- Nachbarbranchen und Randbereiche des Gesundheitswesens, die die Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft mit den Angeboten aus anderen Bereichen des Dienstleistungssektors (Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Wohnen) wie des Produzierenden Gewerbes (Informations- und Kommunikationstechnologien, neue Werkstoffe, Analysetechnik) verknüpfen (der äußere graue Kreis).



IAT-Modell zur Struktur der Gesundheitswirtschaft.
Quelle: Hilbert, J.; Fretschner, R.; Dülberg, A. (2002), S.6

Beschäftigungspolitisch gilt die Gesundheitswirtschaft in Deutschland insgesamt als eine der wenigen Branchen, in denen ein nachhaltiges Beschäftigungswachstum erwartet wird. Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in der jüngeren Vergangenheit unterstreicht diese optimistische Sicht.

Nach einer Analyse der Bundesagentur für Arbeit hat die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei Gesundheits- und Pflegeberufen im gesamten Bundesgebiet zwischen 2000 und 2004 um 6,5% zugenommen, während bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt ein Rückgang von 4,7% und bei den Dienstleistungsberufen insgesamt ein Rückgang von 1,3% im gleichen Zeitraum zu verzeichnen war (Bundesagentur für Arbeit 2005a, S.5).



Der von der Landesregierung Nordrhein-Westfalens 2004 veröffentlichte “Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW – Version 2.0“ (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2004) beziffert das Beschäftigungsvolumen für NRW für das Jahr 2003 mit rund einer Million Menschen (vgl. nachfolgende Tabelle).

Tabelle 1: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Bereichen und Erwerbsform, NRW 2003

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im	809.523
... Kernbereich	706.487
... Vorleistungs- und Zulieferbereich	88.334
... Randbereich	14.702
Selbstständige	50.303
... Gesundheitshandwerksunternehmer	5.858
... Apotheker	4.800
... Ärzte	21.702
... Zahnärzte	10.440
... Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.780
... Heilpraktiker	3.723
Geringfügig Beschäftigte im	141.076
... Kernbereich	114.079
... Vorleistungs- und Zulieferbereich	13.808
... Randbereich	13.189
Gesundheitswirtschaft	1.000.901

(Quelle: Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2004, S. 13)

Danach verteilt sich die Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen in der Systematik des IAT-Modells wie folgt:

- Der Kernbereich stellt 86% der Beschäftigten,
- knapp 11% finden sich im Vorleistungs- und Zulieferbereich,
- 3% sind in den Randbereichen tätig.

Aus beschäftigungspolitischer Perspektive ist der Kernbereich mit seinen personal- und wissensintensiven Dienstleistungen somit absolut dominierend.

Eine bereits im Jahr 2001 veröffentlichte Prognose der Beschäftigungszuwächse in der Gesundheitswirtschaft beziffert das Beschäftigungsplus in NRW im Zeitraum von 1998 bis 2015 in einem unteren Szenario auf 70.700 und in einem oberen Szenario auf 196.600. Dies entspräche einem jährlichen linearem Wachstum der Beschäftigung zwischen 0,4 und 1,2% über den gesamten Zeitraum hinweg (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2004, S. 17).

Tabelle 2: Prognose der Beschäftigungszuwächse in der Gesundheitswirtschaft sowie das jährliche, prozentuale lineare Wachstum, NRW bis 2015

	Absolutes Wachstum bis 2015		Lineares prozentuales jährliches Wachstum bis 2015	
	Unteres Szenario	Oberes Szenario	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Ambulante Versorgung	+30.000	+60.000	0,50%	0,90%
Stationäre Versorgung	-15.000	+10.600	-0,40%	0,30%
Altenhilfe und -pflege	+44.000	+100.000	2,40%	5,50%
Zuliefer- u. Nachbarbranchen	+12.300	+25.600	5,10%	10,50%
Gesamt	+70.700	+196.600	0,4%	1,2%

(Quelle: Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2004, S. 16)

Die Überprüfung dieser Beschäftigungsprognose im 2004 veröffentlichten „Masterplan 2.0“ auf der Basis der bis dahin gewonnenen zusätzlichen Daten bekräftigt diese Prognose noch einmal und korrigiert das zu erwartende Beschäftigungsplus sogar leicht nach oben:

“Für die zukünftige Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft kann festgehalten werden, dass sich der positive Trend fortsetzen wird. Für die Gesamtbeschäftigung ist bis 2015 ein Beschäftigungszuwachs von 89.300 bis zu 201.200 zu erwarten“. (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2004, S. 23).

Besonders hervorgehoben als Wachstumsträger wird aufgrund der Dynamik der demografischen Entwicklung der Bereich der Altenhilfe, für den ein Beschäftigungsplus zwischen 62.000 und 105.000 Beschäftigten bis zum Jahr 2015 zu erwarten ist.

Den zitierten positiven Beschäftigungsprognosen entgegen steht eine Meldung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis aktuellerer Daten vom 16.12.2005, nach der im Jahr 2004 die Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitswesen in Deutschland insgesamt stagniert hat. Danach

“waren zum 31.12.2004 im deutschen Gesundheitswesen rund 4,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder neunte Beschäftigte tätig. Der Personalbestand im Gesundheitswesen ist zwischen 2003 und 2004 nahezu gleich geblieben (+ 11 000 beziehungsweise + 0,2%). In der Gesamtwirtschaft war in dieser Zeit ein Beschäftigungswachstum von 0,6% zu verzeichnen. (...) Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten, die so genannte Vollzeitäquivalente, nahm im Gesundheitswesen zwischen 2003 und 2004 um 41.000 ab (-1,2%).“ (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 16.12.2005).

Zu berücksichtigen ist bei dieser Meldung, dass die statistischen Abgrenzungen der zitierten Daten von der Bundesagentur für Arbeit, der Landesregierung NRW und dem Bundesamt für Statistik nicht deckungsgleich sind. Gleichwohl setzt sie hinter die optimistischen Zukunftserwartungen der Landesregierung ein Fragezeichen, das sich mit den Zukunftseinschätzungen der in Telefonbefragung und Betriebsinterviews einbezogenen Unternehmen deckt.

3. Beschäftigungssituation im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen in der Region Duisburg

Eine flächendeckende und systematische Übersicht über Struktur und Beschäftigungsvolumen der gesundheitsdienstleistenden Unternehmen und Einrichtungen in Duisburg und insbesondere der Entwicklung in den letzten Jahren liegt nicht vor und war im Rahmen dieser Branchenstudie leider nicht zu recherchieren. Gleichwohl vermittelt das verfügbare Datenmaterial eine Übersicht über das Branchencluster der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in Duisburg.

Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit weist zum 31.12.2005 15.480 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den den Gesundheitsdienstleistungen zuzuordnenden Berufsgruppen in Duisburg aus. Nicht erfasst sind hierbei die Selbständigen und die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse. Der Bereich der hier erfassten Gesundheitsdienstleistungen stellt damit knapp 11 Prozent der insgesamt 151.209 zu diesem Zeitpunkt gezählten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse (vgl. nachfolgende Tabelle).

Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Berufen (WZ 03) in Duisburg - Stand 31.12.2005

	Anzahl	Anteil	Männlich	Weiblich
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt	151.209	100%	92.032	59.177
Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken (85111 WZ03))	8.352	5,52%	2.066	6.286
Altenheime (85314 WZ03)	1.710	1,13%	244	1.466
Facharztpraxen (ohne Arztpraxen für Allgemeinmedizin) (85122 WZ03)	1.42	0,94%	68	1.359
Zahnarztpraxen (85130 WZ03)	963	0,64%	47	916
Altenpflegeheime (85315 WZ03)	773	0,51%	108	665
Arztpraxen für Allgemeinmedizin und von praktischen Ärzten (85121 WZ03)	585	0,39%	10	575
Altenwohnheime (85313 WZ03)	523	0,35%	67	456
Massagepraxen, Praxen von medizinischen Bademeistern, Krankengymnasten und verwandten Berufen (85142 WZ03)	335	0,22%	77	258
Wohnheime für Behinderte (85318 WZ03)	250	0,17%	61	189
Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen (85144 WZ03)	217	0,14%	55	162
Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege behinderter (85317 WZ03)	166	0,11%	70	96
Sonstige Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens (85146 WZ03)	112	0,07%	20	92
Krankentransport- und Rettungsdienste (85145 WZ03)	32	0,02%	14	18
Vorsorge- und Rehabilitationskliniken (85113 WZ03)	16	0,01%	7	9
Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (85141 WZ03)	10	0,01%	-	10
Heilpraktikerpraxen (85143 WZ03)	9	0,63%	-	9
Insgesamt	15.480	10,86%	18,82%	81,18%

(Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA))

Diese 15.480 Beschäftigten konzentrieren sich im Kern auf drei Felder der Gesundheitswirtschaft: Der Bereich der stationären Krankenversorgung (Krankenhäuser und Kliniken) ist mit einem Anteil von über 50 Prozent der größte Arbeitgeber der Gesundheitswirtschaft in Duisburg, gefolgt von der stationären Altenhilfe (Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime) und den Arztpraxen (Allgemeinmediziner, Fach- und Zahnärzte) mit jeweils knapp 20 Prozent.

Die Statistik weist zudem aus, dass die Gesundheitswirtschaft in Duisburg mit einem Anteil der weiblichen Beschäftigten von über 80% nach wie vor eine absolute Frauendomäne ist.

Für den Bereich der Altenpflege stellt der Pflegeplan der Stadt Duisburg (Stadt Duisburg 2005) etwas differenziertere Informationen bereit, allerdings bezogen auf das Jahr 2001. Zum Stichtag 15.12.2001 wurden in Duisburg 49 ambulante Pflegedienste, 6 Tagespflegeeinrichtungen und 45 stationäre Pflegeeinrichtungen erfasst. Insgesamt 1017 Mitarbeiter waren in der ambulanten Pflege tätig, dies entsprach einem Vollzeitäquivalent von 716 Stellen. Die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten 3.228 Personen. Insgesamt waren also zum 15.12.2001 4245 Menschen im Bereich der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege beschäftigt (Stadt Duisburg 2005, S. 120).

3.1 Beschäftigungsstruktur

In den in die Telefonbefragungen einbezogenen Unternehmen waren zum Zeitpunkt der Befragung 3242 Mitarbeiter beschäftigt. Dabei beschäftigten 35% der Unternehmen bis zu 19 Mitarbeiter, weitere 30% der Unternehmen 20 – 99 Mitarbeiter und die letzten 35% der Unternehmen gehörten der Betriebsgrößenklasse mit über 100 Mitarbeitern an.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft, wie sich die Mitarbeiterzahlen auf die einzelnen Betriebsgrößenklassen verteilen und verdeutlicht, dass 18,1% der erfassten Mitarbeiter in der Betriebsgrößenklasse 100 - 249 Beschäftigte und weitere 70% in der Betriebsgrößenklasse über 250 Beschäftigte ihren Lebensunterhalt verdienen. Beide Klassen zusammengenommen stellen also 35% der Unternehmen 88,1% der Arbeitsplätze.

Trotz der als eingeschränkt zu bewertenden Repräsentativität der Telefonbefragung legt dies den beschäftigungspolitischen Schluss nahe, dass für die Beschäftigungsentwicklung im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen die Entwicklung der großen Unternehmen und Einrichtungen von herausragender Bedeutung ist.

Tabelle 4: Verteilung der Beschäftigten nach Betriebsgröße (Quelle: Telefonbefragung 2005)

Struktur der interviewten Betriebe nach Größe									
Betriebe mit ... Beschäftigten									
	1-4	5-9	10-19	20-49	50-99	100-249	über 250	k. A.	Insgesamt
Anzahl Beschäftigte	1	14	57	90	222	588	2270	0	3242
%-Anteil	0,0	0,4	1,8	2,8	6,8	18,1	70,0	0	100

Zwei für den Bereich Gesundheitsdienstleistungen typische Merkmale der Beschäftigungsstruktur spiegeln sich in den Daten der befragten Unternehmen:

- Der Anteil der weiblichen Beschäftigten ist mit 76,5% sehr hoch und
- der Anteil der Teilzeitbeschäftigung ist mit 40,4% sehr hoch, insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten, von denen mit 47,7% annähernd die Hälfte in einen Teilzeitarbeitsverhältnis beschäftigt ist.

Tabelle 5: Art des Arbeitsverhältnisses in den interviewten Betrieben
(Quelle: Telefonbefragung 2005)

	Insgesamt	Vollzeitkräfte	Teilzeitkräfte	Darunter: 400€-Kräfte	Keine Angabe
Anzahl Beschäftigte	3242	1938	1304	132	0
%-Anteil	100%	59,8%	40,2%	4,1%	0
Anzahl Frauen	2481	1298	1183	101	0
%-Anteil	76,5%	52,3%	47,7%	4,1%	0

60% der telefonisch befragten Unternehmen nutzen das Instrument der befristeten Beschäftigung, darunter alle befragte Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In diesen Unternehmen ist der relativ hohe Prozentsatz von 7,7% der Mitarbeiter (insgesamt 232 von 3150) mit einem befristeten Arbeitsvertrag beschäftigt. In den Intensivinterviews wurde deutlich, dass befristete Beschäftigungsverhältnisse gezielt als Instrument eingesetzt werden, um bei sinkender Auslastung personell reagieren zu können.

Als weitgehend unkritisch wird die Personalsituation in einbezogenen Unternehmen und Einrichtungen gesehen. Nur zwei der telefonisch befragten Unternehmen gaben an, für die nächsten zwei Jahre Personalprobleme zu sehen.

Insbesondere im Bereich der ambulanten und stationären Altenpflege hat sich die Situation bei der Personalrekrutierung nach Aussagen der Interviewpartner innerhalb der letzten zwei bis drei Jahre erheblich gewandelt. Im Gegensatz zu früher ist die Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal für die Altenpflege heute unproblematisch, da genügend Angebot auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist. Als ursächlich für diesen Wandel wurde der erfolgte und weiter fortschreitende Personalabbau in den Einrichtungen der stationären Krankenversorgung der Region benannt.

Entsprechend dieser Arbeitsmarktlage sind - mit Ausnahmen etwa im Bereich der Rekrutierung medizinischen Spitzen- und Führungspositionen - aus Sicht der Gesprächspartner keine besonderen Strategien der Personalrekrutierung erforderlich. Häufig führe bereits "Mund-zu-Mund-Propaganda" oder der Rückgriff auf Initiativbewerbungen zur erfolgreichen Besetzung vakanter Stellen. Spätestens ein Inserat in der Fach- oder Tagespresse bringe eine gewünschte Auswahl an qualifizierten Bewerbern hervor. Erfahrungen mit von der Arbeitsverwaltung vermittelten Bewerbern wurden überwiegend als schlecht bewertet. Als Gründe wurden Mängel in der Qualifikation und Arbeitsmotivation bei den Bewerbern genannt.

Aus der Sicht einiger Gesprächspartner in den Betriebsinterviews hat in den vergangenen Jahren die klassische Berufsbiografie bei den nach wie vor stark von Frauen dominierten Gesundheitsberufen eine Veränderung erfahren. Während früher Familienphasen so weit wie möglich ausgedehnt wurden und teilweise eine Rückkehr überhaupt nicht mehr erfolgte, werde heute eine Kinderpause vermehrt so kurz wie möglich bemessen. Gewachsener finanzieller Druck und die angespannte Arbeitsmarktlage werden dafür neben veränderten Verhaltensmustern verantwortlich gemacht. Für die Betriebe resultiert daraus der positiv bewertete Effekt einer sinkenden Personalfluktuations.

Der Altersaufbau der in den Telefoninterviews erfassten Unternehmen weist einen Anteil der über 50-Jährigen in den Belegschaften von knapp 30% aus. Relativ zu anderen Branchen und Unternehmen und insbesondere unter Berücksichtigung der teilweise sehr intensiven physischen und psychischen Belastungsprofile ist dies ein hoher Wert, der aber als im wesentlichen nicht problematisch angesehen wird. Insbesondere in den Einrichtungen der Altenpflege ist auf die positive Bedeutung eines angemessenen Anteils älterer Mitarbeiter hingewiesen worden, da diese durch ihre Berufs- und Lebenserfahrung und durch die altersmäßige Nähe zur Klientel einen wichtigen Einfluss auf das Klima in den Einrichtungen nähmen und damit zur Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen beitragen.

Entsprechend dieser Bewertung sah auch nur ein Viertel der telefonisch befragten Unternehmen die Personalentwicklung durch den im Zuge des demografischen Wandels weiter zunehmenden Anteil Älterer (über 50 Jahre und älter) und dem abnehmenden Anteil Jüngerer an den Erwerbstätigen erheblich (10%) oder teilweise (15%) gefährdet.

Unter Kostengesichtspunkten wird die Erhöhung des Durchschnittsalters und die Veränderung im Altersaufbau der Belegschaften allerdings in solchen Unternehmen und Einrichtungen als problematisch bewertet, die in ihrer Tarifstruktur an die Senioritätsregelungen der Bezahlung nach dem (alten) BAT angebunden sind. Die höheren durch die Altersstruktur bedingten Personalkosten seien in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern nicht vermittelbar und führten so zu Finanzierungsproblemen.

3.2 Bewertung von Markt und Beschäftigung durch regionale Gesundheitsdienstleister

Weite Teile der Gesundheitsdienstleistungen sind (noch) in der Entwicklung ihrer Beschäftigungszahlen nur indirekt von Marktkriterien bestimmt. Der Personalbestand wird im wesentlichen durch direkte Regulierungsinstrumente wie der Heimpersonalverordnung oder durch komplexe Abrechnungs- und Refinanzierungsmodalitäten mit den Kostenträgern im Gesundheitswesen bestimmt, die sich im Kern in grober Vereinfachung auf die vorgehaltene Infrastruktur beziehen (Krankenhausbetten, Bewohnerplätze in Einrichtungen der Altenpflege) und ihre Nutzung beziehen. Bleiben die zugrunde gelegten Rahmenbedingungen unverändert, bleibt auch der Personalbestand konstant.

Insofern ist nicht überraschend, dass die in der Telefonbefragung gestellte Frage nach der Beschäftigungsentwicklung in den kommenden 12 Monaten einen positiven Personalsaldo im Zehntelprozentbereich hervorbringt. Insgesamt erwarten die Befragten also einen gleich bleibenden Personalumfang.

Differenzierte Einschätzungen der Perspektiven der Gesundheitsdienstleistungen in Duisburg insgesamt und der Beschäftigungsentwicklung im Besonderen wurden in den betrieblichen Intensivinterviews deutlich.

Dabei gilt für den Bereich der Altenhilfe insbesondere für stationäre Einrichtungen, dass in Folge der demografischen Entwicklung von einem steigenden Bedarf auszugehen ist. Der Pflegeplan der Stadt Duisburg kommt, unter Einbeziehung von Indikatoren zur Bedarfsentwicklung und der Entwicklung der tatsächlich zu prognostizierenden Inanspruchnahme, zu folgenden Ergebnis:

“Die Prognose der zukünftigen Inanspruchnahme steigt bis zum Jahr 2006 kontinuierlich an und weist einen Mittelwert von 4.967 Pflegeplätzen aus, der durch den absehbaren zukünftigen Bestand in Höhe von 4.965 Plätzen fast punktgenau gedeckt sein wird. Die Trendberechnung bis zum Jahr 2015 zeigt jedoch einen weiteren erheblichen Anstieg der Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege. Unter heutigen (Rahmen-)Bedingungen werden im Jahr 2015 5.477 Dauerpflegeplätze (..) benötigt.“ (Stadt Duisburg 2004, S. 123/124).

Aus diesem prognostizierten Mehrbedarf von 512 Pflegeplätzen lässt sich modellhaft ableiten, dass bis zum Jahre 2015 fünf neue Einrichtungen mit jeweils ca. 100 Pflegeplätzen entstehen oder ggf. bestehende Kapazitäten entsprechend ausgeweitet werden müssten. Unter Zugrundelegung des aktuellen Verhältnisses von Platzzahl zu Beschäftigtenanzahl würden ca. 400 Mitarbeiter zusätzlich benötigt. Dies entspräche einem Beschäftigungswachstum von ungefähr 12,4% bis 2015 gegenüber dem Beschäftigungsstand von 2001 in den Einrichtungen der stationären Altenpflege.

Die Skepsis, mit der einige der Gesprächspartner dieser Prognose begegnen, richtet sich weniger gegen die Prognose als solche, sondern gegen die Annahme des Fortbestandes der heutigen Rahmenbedingungen. Für sie steht massiv in Frage, dass dem unstreitig wachsenden Bedarf proportional wachsende Quellen zur Finanzierung erhöhter Inanspruchnahme und neuer Einrichtungen gegenüberstehen werden. Wahrscheinlicher ist für sie, dass - wie in der Vergangenheit auch schon geschehen - die Zugangsvoraussetzungen für die stationäre Unterbringung in Altenpflegeeinrichtungen weiter nach oben geschraubt werden und damit die Finanzierung der stationären Unterbringung auf immer enger begrenzte Bedarfstatbestände eingegrenzt wird. Aktuell werde beispielsweise bereits diskutiert, ältere Menschen der Pflegestufe I nicht mehr für die stationäre Unterbringung zuzulassen.

Hinzu kommt aus der Sicht einiger Gesprächspartner, dass das Verhältnis von Angebot und Bedarf aktuell in Duisburg mindestens als ausgeglichen betrachtet werden kann. Dies sei an zunehmenden Belegungsproblemen ablesbar. Durch die im Jahresverlauf 2006 in Betrieb gehenden neuen Einrichtungen entstehe zumindest temporär ein Überangebot. Der bestehende Wettbewerb könne sich zu einem Verdrängungswettbewerb auswachsen, bei dem auch die Schließung von Einrichtungen mit mangelnder Attraktivität oder inflexiblen Kostenstrukturen (z.B. durch das Fehlen befristeter Beschäftigungsverhältnisse) nicht mehr auszuschließen sei.

Offenkundiger und auch in der Öffentlichkeit präsenter sind die Beschäftigungsrisiken im Krankenhausbereich durch die bereits vollzogenen und noch zu vollziehenden massiven Restrukturierungsprozesse wie der Einführung von Fallpauschalen mit der Folge sinkender Krankenhaus-Verweildauern (“Blutige Entlassung”) und der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes für Ärzte ab 2007 mit der Folge zusätzlicher Personalkosten. Die WAZ berichtet in ihrer Ausgabe für Duisburg Nord am 13.02.: “Einer Studie zufolge steht in NRW bis zum Jahr 2015 jedes dritte Krankenhaus vor dem Aus”.

In den Duisburger Krankenhäusern wird diese sehr pessimistische Sicht in der Regel nicht geteilt. Unter anderem durch Konzentrationsprozesse und Spezialisierungsstrategien habe man frühzeitig notwendige Anpassungen vollzogen oder sei dabei. Beschäftigungsverluste durch kosten- und kapazitätsbedingte Personalreduktionen habe man in der Vergangenheit teilweise durch Erschließung neuer Geschäftsfelder beispielsweise in der ambulanten Versorgung kompensieren können.

Die Beschäftigungswirkungen der noch bevorstehenden Restrukturierungen und Kapazitätssteuerungen seien allerdings schwer zu prognostizieren. Ein Gesprächspartner hielt es für wahrscheinlich, das in den kommenden Jahren im Zuge der Kostenkonsolidierung mit einer weiteren Reduzierung der Bettenkapazität von 10% zu rechnen sei.

3.3 Ausbildungsplätze und Praktika

Ausbildung ist ein wichtiger Teil der Personal- und Nachwuchsrekrutierung in den gesundheitsdienstleistenden Unternehmen und Einrichtungen. 65% der telefonisch befragten Unternehmen besitzt die gesetzliche Ausbildungsberechtigung. Nur eines dieser Unternehmen übt diese Berechtigung aktuell nicht aus. Zum Zeitpunkt der Befragung waren in den Unternehmen 138 Ausbildungsplätze besetzt. Bezogen auf die Gesamtzahl von 3.242 Beschäftigten in den einbezogenen Unternehmen entspricht dies einem Anteil von 4,25%, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass dieser Prozentsatz wegen des Anteils der Teilzeitbeschäftigung deutlich höher läge, bezöge man ihn auf Vollzeitäquivalente. Entsprechend der quantitativen Bedeutung von Alten- und Krankenpflege für das Cluster der Gesundheitsdienstleistungen dominieren die Ausbildungen zum Beruf Altenpfleger/in mit 51,4% und Krankenpfleger/in mit 43,5% das Ausbildungsgeschehen ganz eindeutig. Die verbleibenden 5,1% der Auszubildenden verteilen sich auf kaufmännische und hauswirtschaftliche Berufe. Die absolute Mehrzahl der Betriebe (83,3%) bildet über den eigenen Bedarf aus.

Von wichtiger Bedeutung für die Entwicklung des Ausbildungsgeschehens im Bereich der Altenpflege war das Inkrafttreten der bundeseinheitlichen Ausbildungsverordnung zum 01.08.2003, die neben inhaltlichen Anpassungen für NRW eine gänzlich veränderte Organisationsstruktur der Ausbildung zur Folge hatte. Die Auszubildenden werden seit dem von den Betrieben direkt angestellt und bezahlt, während früher die Auszubildenden bei den Fachseminaren angestellt waren und praktische Ausbildungsabschnitte in Unternehmen absolvierten. Finanztechnisch wurden nach der alten Regelung die Betriebe durch eine vom Land organisierte Umlage an den Ausbildungskosten beteiligt.

Aus der Perspektive der Unternehmen - so wurde in den Intensivinterviews deutlich - hat sich diese Veränderung nicht durch die bundesweite Vereinheitlichung der Ausbildungsinhalte bewährt, sondern führt auch zu einer verbesserten Integration der Auszubildenden in die Betriebe und erleichtert damit die Übernahmeentscheidung nach Abschluss der Ausbildung.

Von einigen Gesprächspartnern aus dem Bereich der Altenpflege wurde allerdings darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht die Ausbildungsinhalte die starken Veränderungen in den tatsächlichen Anforderungen zu wenig berücksichtigen.

Bezogen auf die Bewertung der Ausbildungsfähigkeit der Bewerber um Ausbildungsplätze bzw. der Auszubildenden haben die Betriebsinterviews kein einheitliches Bild hervorgebracht. Eine negative Veränderung des Leistungsvermögens und des Persönlichkeitsprofils ist im Verlauf der letzten Jahre ebenso konstatiert wie in Abrede gestellt worden.

Ein Vertreter eines großen Trägers von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen berichtete von den Schwierigkeiten, die 25 Plätze der eigenen Krankenpflegeschule im Ausbildungsjahr 2005/06 zu besetzen. Trotz der formalen Bewerbungsvoraussetzung Fachoberschulreife erfüllten nur 12 Bewerber aus 500 eingegangenen Bewerbungen die gestellten Anforderungen. Wegen zu schlechter Noten und unentschuldigter Fehlzeiten wurde den übrigen der Zugang zu den angebotenen Ausbildungsstellen verwehrt und die noch zu besetzenden Stellen erneut ausgeschrieben. Aus Sicht des Gesprächspartners sei dies als eklatanter Ausdruck des Trends zur Verminderung der Ausbildungsfähigkeit zu werten.

Andere Gesprächspartner aus den Betriebsinterviews äußerten sich überwiegend zufrieden mit dem Leistungsvermögen und den Persönlichkeitsprofilen der Bewerber und Auszubildenden und sahen entsprechend die Rekrutierung der Auszubildenden als nicht problematisch an. Ausgeprägt ist dabei auch eine Rekrutierung von Auszubildenden aus dem Kreis von Zivildienstleistenden und Absolventen/innen eines freiwilligen sozialen Jahrs in der eigenen Einrichtung. Dieser Rekrutierungsweg wurde als sehr positiv herausgestellt, da man das Leistungsvermögen und die Persönlichkeit des Bewerbers über einen längeren Zeitraum beobachten könne und dadurch die Auswahlentscheidung leichter zu treffen sei. Umgekehrt haben die Bewerber genügend Erfahrung im künftigen Berufsfeld gesammelt, um ihre Berufswahl auf einer soliden Basis zu treffen.

Teilweise seien Bewerber um Ausbildungsplätze auch schon als Schülerpraktikanten bekannt, wodurch die Auswahlentscheidung ebenfalls erleichtert werde.

Eine hohe Quote von 80% der telefonisch befragten Unternehmen und Einrichtungen arbeitet mit Schulen zusammen und bietet Praktikumsplätze für Schülerinnen und Schüler an. Diese Praktika sind für die Schüler eine effektive Möglichkeit zur beruflichen Orientierung und führen nicht selten (s.o.) zu einer entsprechenden Berufswahl.

3.4 Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzprofile

Weite Teile der Dienstleistungsberufe in der Gesundheitswirtschaft sind in jüngerer Vergangenheit gravierenden Veränderungen der Strukturen, Arbeitsabläufe, Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen ausgesetzt gewesen. Verantwortlich dafür sind eine Reihe von veränderten Umfeldbedingungen, die mittel- oder unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzprofile haben. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind hervorzuheben:

- Die umfassende Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, die einen tendenziell immer größer werdenden Anteil des Arbeitsvolumens absorbieren.
- Die Auswirkungen des demografischen Wandels, hier insbesondere die Zunahme an hochbetagten, multimorbiden und gerontopsychiatrisch veränderten Patienten in Krankenhäusern und Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen.
- Der medizinisch-technische Fortschritt, der die Beherrschung immer komplexer werdender Technologien in immer kürzeren Innovationszyklen verlangt.
- Der für weite Teile der Gesundheitswirtschaft sozialpolitisch induzierte Wandel von “der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“ (Hilbert, J.; Evans, M 2003, S. 24), der sich unter anderem ausdrückt in veränderten Finanzierungsmodalitäten und dem Entstehen von Wettbewerb auch in Märkten, in denen bisher die Nachfrage dem Angebot überwog. Kundenorientierung und Marketing werden in diesem Zusammenhang zu einer neuen Anforderung.

Aus der Sicht der Gesprächspartner haben sich durch diese Entwicklungen und weitere zum Teil auf einzelne Segmente der Gesundheitsdienstleistungen bezogenen Trends wie Einführung von Fallpauschalen in der stationären Krankenversorgung (DRGs) die fachlichen, psychischen und sozialkommunikativen Arbeitsanforderungen in den Dienstleistungsberufen der Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht und werden dies auch künftig tun. Dazu kommen die physischen Belastungen durch die in der

Regel vorherrschende Schichtarbeit und - trotz verbesserter technischer Unterstützung - teilweise noch stark körperlich beanspruchende Tätigkeiten.

Durch diese Entwicklungen haben sich auch Arbeitsplatzprofile in relativ kurzer Frist erheblich gewandelt. Forciert durch die Anforderungen der Qualitätsmanagementsysteme und geänderte Abrechnungsmodalitäten haben beispielsweise administrative Tätigkeiten, die früher eine eher randständige Bedeutung hatten, in ihren fachlichen Anforderungen und dem geforderten Zeitaufwand einen hervorgehobenen Stellenwert eingenommen. Dabei verläuft die Anpassung der Beschäftigten an die veränderten Arbeitsplatzprofile nicht immer bruchlos, da Ausbildung und bisherige Berufspraxis häufig nicht ausreichend auf die veränderten Anforderungen und Tätigkeiten vorbereitet haben.

Eindringlich wurden die Veränderungen des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsbedingungen von Gesprächspartnern aus dem Bereich der Altenpflege beschrieben

3.5 Fort- und Weiterbildung

Die Gesundheitswirtschaft gehört traditionell zu den Branchenclustern mit sehr ausgeprägten, intensiven und umfangreichen Weiterbildungsaktivitäten.

Fortschritte in Medizin und Medizintechnik induzieren insbesondere im Kernbereich des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, ambulante Versorgung) einen permanenten Qualifizierungsbedarf. Auch in der Pflege muss die Vermittlung und Anwendung neuer Erkenntnisse zur Versorgung Pflegebedürftiger regelmäßig erfolgen.

Als weitere weiterbildungsinduzierende Faktoren sind die flächendeckende Einführung von Qualitätsmanagementsystemen sowie die große Zahl von verpflichtenden Weiterbildungen für Führungskräfte zu nennen.

Zuletzt muss in diesem Zusammenhang auch noch auf die für soziale Berufe typische hohe Zahl an Weiterbildungen in den Bereichen Teamarbeit/Teamtraining und Personalführung hingewiesen werden.

So ist es nicht überraschend, dass 100% der telefonisch befragten Unternehmen in den nächsten zwölf Monaten Weiterbildungsaktivitäten planen. 90% der befragten Unternehmen betrachteten sich als gut informiert über das Angebot von Weiterbildungsmaßnahmen in der Region.

Die Betriebsinterviews haben bestätigt, dass die Einrichtungen und Unternehmen dabei auf eine transparente und gut organisierte Weiterbildungsinfrastruktur zurückgreifen können.

Die Träger der Freien Wohlfahrtspflege verfügen dabei in der Regel im überregionalen Verbund über eigene Weiterbildungseinrichtungen, mit dem sie den großen Teil ihrer Weiterbildungsbedarfe abdecken können.

Darüber hinaus existiert aus Sicht der Betriebe am Weiterbildungsmarkt ein quantitativ und qualitativ ausreichendes Angebot. Grundsätzlich nicht abzudeckende Weiterbildungsbedarfe sind in Telefon- und Betriebsinterviews nicht benannt worden.

Als Engpassfaktoren für die Weiterbildung werden eher die zu schmal bemessenen Budgets beziehungsweise die für die Freistellung von Personal zu Weiterbildungszwecken zu engen Personaldecken gesehen.

3.6 Herausforderungen in der Zukunft

Es ist bereits angesprochen worden, dass weite Teile der Gesundheitswirtschaft den Prozess des Wandels von “der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“ (Hilbert, J.; Evans, M 2003, S. 24) durchlaufen. Die diesen Wandel forcierenden Veränderungen der sozialpolitischen Rahmenbedingungen haben bei den Gesundheitsdienstleistungsunternehmen und -einrichtungen erhebliche betriebliche Anpassungs- und Modernisierungsprozesse erfordert, die absehbar auch mittelfristig

noch nicht abgeschlossen sind. Das Branchencluster der Gesundheitsdienstleistungen wird künftig wie in der jüngeren Vergangenheit eine erhebliche Modernisierungsdynamik zu entfalten haben, um die bevorstehenden Herausforderungen zu bewältigen.

Entsprechend sehen 70% der in die Telefonbefragung einbezogenen Unternehmen auf die Zukunft bezogen einen weiteren Modernisierungsbedarf. Dabei werden mit Ausnahme des Themas neue Produkte alle in der Befragung vorgeschlagenen Items zu den Gegenständen/Inhalten der erforderlichen Modernisierung in recht gleichmäßiger Verteilung benannt, wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 6: Gegenstände geplanter Veränderungen (Modernisierungen)

Verbesserung des Managementsystems	6,3%
Neue Produkte	0,0%
Optimierung von Arbeitsabläufen	12,5%
Einführung neuer Arbeitsmodelle	6,3%
Einführung neuer Technologien	12,5%
Verbesserung des Informations- und Kommunikationssystems	12,5%
Verbesserung von Kundenorientierung / Vertrieb / Marketing	18,8%
Sonstige	31,3%
Insgesamt	100%

(Quelle: Telefonbefragung 2005)

In den Betriebsinterviews ist deutlich geworden, dass für die Gesprächspartner neben der Bewältigung der gestiegenen Arbeitsanforderungen durch die Beschäftigten die größten Herausforderungen mit den Themenkomplexen Wettbewerbsorientierung und Kosten/Finanzierung verbunden werden.

4. Handlungsempfehlungen

Das Branchencluster der Gesundheitsdienstleistungen ist für Duisburg beschäftigungspolitisch von sehr großer Bedeutung. Dies gilt nicht nur wegen des bereits heute hohen Anteils der dort Beschäftigten an der Gesamtbeschäftigung in Duisburg, sondern auch und gerade wegen des Wachstumspotentials, das ihm in Wissenschaft und Politik mit empirisch gestützten Begründungen zugewiesen wird. Trotz der in diesem Bericht auch zitierten eher skeptischen Stimmen ist die Erschließung dieses Potentials für Duisburg enorm wichtig.

Neben der beschäftigungspolitischen Dimension begründet sich die herausragende Bedeutung des Clusters daraus, dass die ortsnahe Versorgung mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen massiv die Lebensqualität der Bevölkerung beeinflusst.

Des Weiteren ist das Cluster geprägt durch intensive Restrukturierungs- und Modernisierungsprozesse, die Beschäftigten und Management in den Unternehmen und Einrichtungen hohe Anforderungen auferlegen. Treffend und pointiert kann das Cluster mit dem Titel eines Aufsatzes charakterisiert werden als “ein Wirtschaftskluster im Stress, aber mit guten Aussichten” (Fretschner, R.; Heinze, R.G.; Hilbert, J. 2003).

Die aus dem Monitoring des Branchenclusters abgeleiteten Handlungsempfehlungen beziehen sich auf vier Bereiche:

- 4.1 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention für Mitarbeiter,
- 4.2 Personal- und Organisationsentwicklung als Managementaufgabe,
- 4.3 Vertiefung des Branchenmonitorings,
- 4.4 Beratungsangebote für Kunden.

4.1 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention für Mitarbeiter

Die Arbeit im Cluster Gesundheitsdienstleistungen ist in vielen Bereichen hoch beanspruchend. Schichtdienst, hohe mentale und psychische Belastungen, hohe Arbeitsintensität und wachsende und sich in hohem Tempo verändernde Anforderungen kennzeichnen die Arbeitsbedingungen in weiten Bereichen. Darüber hinaus hat der demografische Wandel auch die Belegschaften erfasst, und ein immer größer werdender Anteil gehört zu der Altersgruppe der über 50-Jährigen. Die darin liegenden Risiken für die Gesundheit und damit für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit finden häufig nicht die ihnen gebührende Aufmerksamkeit. Es scheint das Motto zu dominieren, dass Mitarbeiter in der Gesundheitswirtschaft von Berufs wegen gesund sind.

Die Zunahme krankheitsbedingter Fehlzeiten und steigende Personalfuktuation bis zum Berufsausstieg sind drohende Folgen des hohen Belastungsniveaus. Auch wenn Personalabwanderung und -fuktuation nur am Rande Thema des hier vorgestellten Branchenmonitorings war und aktuell eher ein untergeordnetes Problem zu sein scheint, so ist aus der international vergleichenden NEXT-Studie (Hasselhorn, H. M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. 2005) über den Berufsausstieg bei Pflegepersonal bekannt, dass in Deutschland 20% der dort befragten ernsthaft daran denken, den Pflegeberuf zu verlassen. Dies beeinträchtigt nachhaltig die Qualität der Arbeit.

Insbesondere das Management, Betriebs- und Personalräte aber auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen selbst sind gefordert, die betriebliche Gesundheitsförderung zu forcieren. Angebote wie regelmäßige Rückenschulen, arbeitsplatzbezogene Schulungen zum Heben und Tragen, Stressbewältigungsseminare, Suchtbekämpfungs- (Rauchen, Alkohol) und Ernährungsberatungsprogramme (Übergewicht) sind relativ einfach zu organisierende und niederschwellige Einstiegsmöglichkeiten in ein systematisches Gesundheitsmanagement.

Auf regionaler Ebene könnte eine durch Krankenkassen, Einrichtungsträgern und weiteren Akteuren gestützte Initiative “Gesund arbeiten in der Gesundheitswirtschaft” diese Thema aufgreifen und branchenspezifische Angebote der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention entwickeln und in den Betrieben umsetzen.

4.2 Personal- und Organisationsentwicklung als Managementaufgabe

Effizienz- und Qualitätssteigerung sind die zentralen Zielsetzungen, die durch die fortdauernden sozialpolitischen Reformprozesse der Gesundheitswirtschaft auferlegt werden. Die bereits vollzogenen Schritte haben zu grundlegenden Veränderungen der Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse geführt. Das Führungssystem, die Personal- und Organisationsentwicklung und die Gestaltung der (Arbeits-) Prozesse in gesundheitswirtschaftlichen Unternehmen haben dieser Entwicklung bisher vielfach nicht folgen können. Die für fast alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft geltende Verpflichtung zum Qualitätsmanagement hat noch wenig Entsprechung in der Gestaltung der inneren Abläufe und Prozesse gefunden.

Die teilweise erforderliche Modernisierung des Managementsystems gesundheitswirtschaftlicher Dienstleistungsunternehmen im Sinne ganzheitlicher Prozessgestaltung und “moderner” Arbeitsgestaltung ist eine Anforderung, der sich die Träger der Unternehmen und das Führungspersonal unter Einbezug der Beschäftigten stellen sollten. Die Nutzung von arbeitspolitischen Förderinstrumenten wie Potentialberatung und unternehmensübergreifender Verbund- und Modellprojekte bietet sich dabei an.

Der angesprochene “Stress”, in dem sich das Cluster befindet, wirkt sich auch auf die Arbeitsbeziehungen in den Betrieben aus, wie sich nicht nur an der Vehemenz der im Winter/Frühjahr 2006 geführten Tarifauseinandersetzungen ablesen lässt. Der Modernisierung und Kostenkonsolidierung im Gesundheitswesen ist ein hohes Konfliktpotential immanent, da unter anderem immer auch die Personalkosten als größter Kostenblock im Fokus stehen und damit Besitzstände der Mitarbeiter tangiert sind. Die Konfliktbewältigung zwischen Tarifparteien, Management sowie Personal- und Betriebsräten auf betrieblicher Ebene folgt dabei vielfach noch tradierten Mustern, die in vielen anderen Branchen bereits überwunden sind.

Ein Beratungsangebot zur partnerschaftlichen Gestaltung der Arbeitsbeziehungen und somit auch der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und -prozesse könnte einen wichtigen Beitrag zur Komanagementorientierten Bewältigung der Restrukturierungs- und Anpassungsprozesse leisten.

4.3 Vertiefung des Branchenmonitorings

Die Bedeutung des Clusters Gesundheitsdienstleistungen für Beschäftigung und Lebensqualität unterstreicht die Notwendigkeit für die Stadtentwicklung, über differenzierte und aktuelle Informationen über die Entwicklungen in diesem dynamischen Cluster zu verfügen, um Planungen darauf abstimmen und Handlungsbedarfe erkennen zu können.

Beschäftigungspolitisch relevant ist dabei insbesondere die Entwicklung der Personal- und Qualifikationsbedarfe. Auch wenn der regionale Arbeitsmarkt aktuell von relativer Ausgeglichenheit von Angebot und Nachfrage gekennzeichnet zu sein scheint, weisen die zitierten Prognosen auf ein Beschäftigungswachstum hin. Insbesondere die Instrumente der Agentur für Arbeit bzw. Arge Duisburg sollten auf diesen zu erwartenden Wachstumsimpuls eingestellt werden, um ihn auch für den Duisburger Arbeitsmarkt wirksam werden zu lassen. Dazu sollte die Gesundheitswirtschaft zum besonderen Beobachtungsfeld des der Agentur für Arbeit nach § 9 SGBIII obliegenden regionalen Arbeitsmarktmonitorings erhoben werden.

Die Folgen des demographischen Wandels werden den Bedarf an gesundheitsbezogenen Dienstleistungen quantitativ und qualitativ beeinflussen. Die ortsnahe Verfügbarkeit dieser Dienstleistungen und das Funktionieren der Schnittstellen z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist für die Lebensqualität der älter werdenden Bevölkerung von großer Bedeutung. Zur Sicherstellung einer auch räumlich an diesen sich verändernden Bedarf angepassten Infrastruktur ist die Koordination einer Vielzahl von Akteuren notwendig, die nur auf der Basis einer fundierten Planung erfolgen kann. Mit der kommunalen Pflegeplanung liegt ein Referenzmodell vor, das gestärkt, weiterentwickelt und auf andere Bereiche ausgedehnt werden sollte.

4.4 Beratungsangebote für Kunden

Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen ist für Kunden vergleichsweise intransparent. Menschen, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, sind in der Regel medizinische Laien. Anders als beim Kauf eines Fernsehers oder dem Besuch des Friseurs fehlen ihnen erfahrungsgestützte Bewertungskriterien. So ist die Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung, in der ein pflegebedürftig gewordener Angehöriger untergebracht werden soll, eine subjektiv tief greifende Entscheidung, bei der häufig unabhängige Beratung vermisst wird.

Die teilweise bereits bestehende Beratungsinfrastruktur sollte gestützt und gestärkt sowie um Elemente einer Verbraucherberatung erweitert werden.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2005a): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland - Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik - Entwicklung und Struktur 2000 - 2005, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2005b) Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland - Beschäftigung und Arbeitslosigkeit, Bundesrepublik Deutschland und Bundesländer 2000 - 2004, Nürnberg.

Bundesanstalt für Arbeit (2003): Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Wirtschaftssystematik WZ 93 für Duisburg. Diverse Zahlen.

Beyersdorff, B.; Liesenfeld, J.; Marschall, H.; Mathejczyk, W. (2004): Arbeitsmarktmonitoring in Duisburg - Branchenreport Logistik. Hrsg. Stadt Duisburg. Materialien zur Stadtforschung. Arbeitsmarktpolitische Werkstattberichte. Heft 10. Duisburg

Beyersdorff, B.; Liesenfeld, J.; Marschall, H.; Mathejczyk, W. (2004): Arbeitsmarktmonitoring in Duisburg - Branchenreport IT und Medien. Hrsg. Stadt Duisburg. Materialien zur Stadtforschung. Arbeitsmarktpolitische Werkstattberichte. Heft 11. Duisburg

Fretschner, R., Heinze R. G., Hilbert, J (2003): Die Gesundheitswirtschaft - ein Wirtschaftscluster im Stress, aber mit guten Aussichten, Bochum/Gelsenkirchen

Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (2002): PROSPECT - Dialogorientiertes regionales Arbeitsmarktmonitoring - Handbuch. Bottrop.

Hasselhorn, H. M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal - Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü 15. Bremerhaven

Hilbert, J., Evans, M. (2003): Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft - Eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission "Finanzierung Lebenslangen Lernens". Gelsenkirchen

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

Kommunalverband Ruhrgebiet (2003): Situation und Trends in der Gesundheitswirtschaft im Ruhrgebiet - Chancen für Beschäftigung. Essen

Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2004): Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW. Version 2.0. Düsseldorf

Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand, Energie und Verkehr NRW (Hrsg.) (o.J.): Abschlussbericht. Detailanalysen und Handlungsempfehlungen für die Kompetenzfelder im Ruhrgebiet. (bearbeitet von Roland Berger Strategy Consultants) o.O.

Projekt Ruhr GmbH (2002): Kommunale Entwicklungsschwerpunkte Ruhr - Empfehlungen der Projekt Ruhr GmbH für die Kompetenz- und Handlungsfelder. Ergebnisse der Beratungen am 07.03.2002. Essen.

Stadt Duisburg (2001): iMPULS.duisburg - Branchenstrukturelle und räumliche Standortprofilbildung in Duisburg. Duisburg

Mit finanzieller Unterstützung des Europäischen Sozialfonds und des Landes Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Sozialfonds



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen



N. U. R. E. C.
INSTITUTE
Duisburg e.V.

