



Bechtel
Smerdka-Arhelger



Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe

- Lösungsansätze
- Strategien
- Chancen

Peter Bechtel
Ingrid Smerdka-Arhelger
(Hrsg.)

Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe
Lösungsansätze, Strategien, Chancen

Peter Bechtel
Ingrid Smerdka-Arhelger
(Hrsg.)

Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe

Lösungsansätze, Strategien, Chancen

Mit 30 Abbildungen und 4 Tabellen

Herausgeber:

Peter Bechtel

Herz-Zentrum Bad Krozingen

Südring 15

79189 Bad Krozingen

Peter.Becht@herzzentrum.de

Ingrid Smerdka-Arhelger

Im Obstgarten 37a

21614 Buxtehude

smerka-arhelger@t-online.de

ISBN-13 978-3-642-24920-4 Springer-Verlag Berlin Heidelberg ebook ISBN 978-3-642-24921-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.com

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Susanne Moritz, Heidelberg

Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg

Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg

Lektorat: Ute Villwock, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: rechts: Photos.com/Mercedes Brea; links: Photos.com

Herstellung: Crest Premedia Solutions Private Limited, Pune

SPIN: 80044279

Gedruckt auf säurefreiem Papier

3163 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

Vor Kurzem trafen sich in einem vertrauten Kreis Leitende aus unterschiedlichen Institutionen der Gesundheits- und Krankenpflege, aus der stationären wie aus der ambulanten Pflege, aus Kliniken und Altenpflegeheimen und sie berichteten über ihre derzeitige Lage. Dabei handelte es sich nicht um »Jammern« als routinemäßiges Einstiegsritual, auch nicht um pauschale Schuldzuweisungen an Politik und Gesellschaft, sondern um realistische Analysen der Schwierigkeiten in ihren Leitungsaufgaben.

Gerne würden manche Innovationen durchführen, fühlen sich aber von den Nöten der Personalbesetzungen gezwungen, »den Betrieb am Laufen zu halten«. Anderen liegt die Personalentwicklung am Herzen und sie können doch nur versuchen, Dienstpläne zu erstellen für die vielen Teilzeitbeschäftigten und angelernten Helferinnen. Wieder andere sehen, dass eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen, spezialisierten Fachkräften und den Ärzten nicht funktionieren will, obwohl alle Beteiligten einsehen, dass dies den Kranken zugute käme.

Dies sind natürlich nur ein paar Beispiele aus der Fülle der in dieser Gruppe von Leitenden genannten frustrierenden Erfahrungen. Auch mich als Beobachterin und Beraterin belasteten die Aussagen, denn ich kenne vieler solcher Situationen und es drängte sich mir die Frage auf, die ich dann auch den Anwesenden stellte: »Warum engagieren Sie sich eigentlich immer noch für die Pflege?«

Die Antworten waren sehr differenziert und persönlich und keineswegs phrasenhaft, wie man sie in eher öffentlichen Diskussionen hören kann. Nur zwei Beispiele: »...weil es gelingen kann, durch strukturelle Veränderungen die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erreichen.« »...weil die Bewohnerinnen und Bewohner lebensfroher geworden sind, seit ich da bin.«

Insider werden verstehen, welche Bedeutung diese eher unscheinbaren Äußerungen haben, weil sie verstehen können, welche Arbeit und Mühe dahintersteckt, um diese Ergebnisse zu erhalten, die auf die Effektivität von Leitungshandeln zurückzuführen sind. Vielleicht stellen Sie sich als Leserin oder als Leser die Frage selbst auch (wieder) einmal und suchen nach Ihren Antworten.

Der Gruppe hat es geholfen, in einem Austausch von Erfahrungen, Analysen und Reflexionen neugierig zu werden und lernwillig zu überlegen, was sie von den anderen für ihr Leitungshandeln übernehmen und so gestalten könnten, dass es zu ihnen und ihrer Organisation passt. Bücher wie dieses können solche Gesprächspartner werden und zum Überprüfen, Nachdenken und Verändern anregen.

Möge dies gelingen!

Dr. Ursula Geißner

Professorin für Führungslehre und Organisation

St. Märgen, Nov. 2011

Vorwort

» Wenn wir die Welt mit beiden Augen betrachten, gelangen wir zu einer anderen Sicht, als wenn wir sie mit jedem Auge einzeln betrachten. Jedes Auge sieht dieselbe Realität unterschiedlich und wenn beide Augen zusammenarbeiten, bringen sie gemeinsam wiederum eine andere Betrachtungsweise hervor. (...) das Gleiche passiert, wenn wir lernen, die Welt durch verschiedene Metaphern zu interpretieren. Der Vorgang der Deutung und Umdeutung an sich bringt eine qualitativ unterschiedliche Art des Verstehens hervor, die mit der Qualität des beidäugigen Sehens zu vergleichen ist. Wenn wir versuchen, Phänomene wie Organisationen als Maschinen, Kulturen, politische Systeme, Machtinstrumente usw. zu verstehen, ergeben sich tiefere Einsichten. Unsere Sichtweise an sich verändert unser Verständnis vom Wesen der Phänomene. (Morgan 1997) «

In diesem Sinne haben sich die Herausgeber bei der Themenzusammenstellung dieses Buches bemüht, »beidäugig« zu sehen, um möglichst viele Aspekte und Formen des Wandels in der Gesundheits- und damit auch der Pflegebranche aufzugreifen und durch erfahrene Autoren und Autorinnen kommentieren und bewerten zu lassen. Wir sind davon überzeugt, dass es die Aufgabe von Führungskräften ist, aus einer Zukunftsperspektive die Menschen nach vorn mitzunehmen. Mit diesem Buch halten wir es deshalb wie der Verfasser eines Standardwerks der Organisations- und Personalpsychologie, der Führungskräfte durch die Brille eines Eishockeykapitäns sehen lässt, und schreibt, »die Aufgabe des Kapitäns [ist], nicht dorthin zu gehen, wo der Puck ist, sondern dorthin, wo er sein wird.« (Weinert 2004) und der Mannschaft den nötigen Enthusiasmus (das Empowerment) zum Mitgehen zu ermöglichen.

Wir haben dafür ein breites Spektrum von Autoren und Autorinnen überwiegend aus der Gesundheitsbranche gewinnen können, die ihre Kenntnisse und Erfahrungen zur Verfügung gestellt und Interpretationen und Einschätzungen zu Einflussfaktoren auf das Handeln von Pflegemanagern und Managerinnen geliefert haben. Angesicht der zahlreichen Themen und ihrer unterschiedlichen Dimensionen haben wir das Buch aus Übersichtsgründen in drei Abschnitte gegliedert.

Der erste Abschnitt liefert Aufsichten auf Entwicklungen, die Pflegehandeln und das Handeln von Führungskräften in der Pflege, egal ob im Krankenhaus oder in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, grundlegend tangieren und beeinflussen,

- seien es die gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die politisch gesetzt werden,
- seien es die demographischen Entwicklungen, die den Pflegeberuf doppelt treffen - im veränderten Klientel (mit Konsequenzen bis hin zum Pflegebedürftigkeitsbegriff) wie auch im Mangel an Nachwuchskräften
- oder sei es die Frage nach dem Wiederfinden von Sinnzusammenhängen, die durch die Informationsgesellschaft mit ihren raschen Veränderungen verloren zu gehen drohen und die gerade für die Menschen in der Gesundheitsbranche eine wesentliche Bedeutung haben.

Im zweiten Abschnitt werden Konzepte vorgestellt, die als Antwort auf die Veränderungen entwickelt worden sind. Das beginnt bei Strategien zur Mitarbeiterbindung, geht über Konzepte, durch die mit der fachlichen Entwicklung der Pflege Schritt gehalten werden kann und Pflegeergebnisse beim Patienten gewährleistet werden können, bis hin zu Fragen der einrichtungsübergreifenden Versorgungsstrukturen und internen Prozessoptimierungen.

Im Abschnitt drei werden unter dem Stichwort »bestpractice« gelebte Konzepte in der Pflege im In- und Ausland als Antwort auf die Veränderungen des Umfeldes vorgestellt. So haben wir u.a. einen englischsprachigen Beitrag von Marie Manthey, der »Mutter des Primary Nursing«, aufgenommen, der sich mit dem Phänomen auseinandersetzt, dass es immer mehr zu tun gibt, als Arbeitskräfte zur Verfügung stehen.

Womit wir zu einem weiteren Gedanken kommen, der diesem Buch zugrunde liegt. Führungskräfte haben die Aufgabe, den Wandel zu gestalten und die bisweilen mit den vielen Veränderungen einhergehende Unzufriedenheit kann durchaus ein Auslöser für die Entwicklung neuer Wege sein, so ist einst das Pflegesystem des Primary Nursing oder die Magnehospitalbewegung in den USA entstanden. Malik beschreibt die daraus resultierende Führungsaufgabe so: »Geschichtlich ist auf dieser Welt wahrscheinlich noch nie eine Leistung aus Zufriedenheit entstanden, sondern eher aus dem Gegenteil, aus Unzufriedenheit. Wäre der Steinzeitmensch mit seiner nasskalten Höhle zufrieden gewesen, wäre er jawohl nicht aus ihr herausgetreten und hätte schließlich auch nicht ein Einfamilienhaus mit Zentralheizung gebaut.« Malik äußert dies im Rahmen einer Diskussion um Arbeitszufriedenheitstheorien und fährt fort, dass allerdings der Umkehrschluss, möglichst viel Unzufriedenheit zu erzeugen, in die Irre führe. Vielmehr verweist er auf die »dritte Möglichkeit: Gib den Menschen die Möglichkeit, eine Leistung zu erbringen, eine für sie relativ und individuell große Leistung – und viele von ihnen (nicht alle) werden ein erstaunliches Maß an Zufriedenheit erlangen« (Malik 2006).

Bleibt uns zum Schluss der herzliche Dank an die Autoren und Autorinnen für ihre Beiträge.

Peter Bechtel und Ingrid Smerdka-Arhelger

Dezember 2011

Literatur:

Malik, Fredmund: Strategie des Managements komplexer Systeme. Haupt Verlag Bern, Stuttgart, Wien 2006
Morgan, Gareth: Bilder der Organisation. Klett Kotta Stuttgart 1997
Weinert, Ansfried B.: Organisations- und Personalpsychologie, Beltz Verlag Weinheim Basel 2004

Inhaltsverzeichnis

I	Status Quo der Pflege in Deutschland	1
1	Sozioökonomische Herausforderungen für die Pflege	3
	<i>Manfred Haubrock</i>	
1.1	Sozioökonomische Einflussfaktoren	4
1.2	Zukunftsorientiertes Personalmanagement als Lösungsansatz	9
1.3	Zusammenfassung	10
	Literaturverzeichnis	11
2	Demografische Herausforderungen	15
	<i>Stefanie Becker</i>	
2.1	Demografischer Wandel: eine dreifache Herausforderung	16
2.2	Zentrale Charakteristika des Wandels in der Pflege	18
2.3	Zukünftige Führungsaufgaben im Spiegel des demografischen Wandels	21
	Literatur	22
3	Schlusslicht Deutschland? - Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland	25
	<i>Nadine-Michèle Szepan</i>	
3.1	Neuordnung der ärztlichen Tätigkeiten	26
3.2	Pflegeweiterentwicklungsgesetz	27
3.3	Herausforderungen bei der Erarbeitung der Richtlinie und Knackpunkte	29
3.4	Ausblick: Welche Chancen hat die Umsetzung der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V?	32
4	Der »neue« Pflegebedürftigkeitsbegriff	37
	<i>Markus Zimmermann</i>	
4.1	Ausgangslage	38
4.2	Die Entwicklung des »neuen« Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments	38
4.3	Pflegebedarf als abgeleitetes Leistungsgeschehen	39
4.4	Entwicklung von Pflegebedarf und Pflegebedarfskonstellationen	40
4.5	Die Nutzung der Informationen zur Pflegebedürftigkeit zur Anamnese, Prozesssteuerung und Evaluierung im Pflegeprozess	41
	Literatur	42
5	Sinn als Krisis und Kriterium beruflichen Handelns in Heilberufen	45
	<i>Georg Rückriem</i>	
5.1	Lebenslanges Lernen – Pflicht oder Motor?	46
5.2	Lernen als Sinnfindung beruflichen Handelns	46
5.3	Zum Ausbildungsverständnis: Gesundheit als Sinn	47
5.4	Sinn im beruflichen Handeln von Heilberufen: Moderierung von Sinnfindungsprozessen als Profession	48
5.5	Analyse und Moderation von Sinnbildung als zentraler Inhalt der Ausbildung	49
5.6	Ausblick	50
	Literatur	50

6	Berufsbild Pflege ambulant – Schilderung aus Sicht des Managements ambulanter Pflegedienste	51
	<i>Thomas Meißner</i>	
6.1	Zum Hauptunterschied der Aufgabenstellung zwischen stationärer und ambulanter Pflege	52
6.2	Anzahl und Struktur ambulanter Pflegedienste	52
6.3	Gesetzliche Grundlagen/Kostenträger	53
6.4	Herausforderung und Entwicklung des Managements	55
6.5	Leistungsmanagement – Flexibilität mit starrem System	56
6.6	Politische Betrachtung	57
6.7	Zusammenfassung	59
7	Anforderungen an pflegerische Führungskräfte im 21. Jahrhundert	61
	<i>Petra Schütz-Pazzini</i>	
7.1	Warum es Führungskräfte braucht	62
7.2	Aufgabenfeld: Teamentwicklung	62
7.3	Aufgabenfeld: Individuelle Mitarbeiterentwicklung	63
7.4	Aufgabenfeld: Arbeitsorganisation und Prozessmanagement auf der Station	63
7.5	Hausgemachte Misere und Reparaturversuche	64
7.6	Was es zu tun gilt: Notwendige Kompetenzen pflegerischer Führungskräfte	64
II	Herausforderungen und Konzepte	67
8	Mitarbeiterbindung – Konzept der Magnethospitäler	69
	<i>Detlef Friedrich und Christiane Poigné</i>	
8.1	Das Magnethospital – Erfolgskonzept aus den USA	70
8.2	Das Magnetkrankenhaus – eine Perspektive für deutsche Krankenhäuser?	74
8.3	Zusammenfassung	75
	Literatur	76
9	Mitarbeiterbindung durch gutes Image und Marketing nach außen	79
	<i>Siegmar Eligehausen und Thomas Hommel</i>	
9.1	Pflegekräfte dringend gesucht – und nicht gefunden	80
9.2	Pflegefall Kommunikation: Gibt es Wege zur Besserung?	82
9.3	Möglichkeiten zur Besserung	84
9.4	Herausforderung Personal- und Nachwuchsgewinnung	88
9.5	Wie kann die ‚Pflege‘-Kommunikation verbessert werden? Was sollten die Verantwortlichen bedenken?	89
10	Ressource Mitarbeiter 50plus	91
	<i>Brigitta Gruber</i>	
10.1	Entdeckung schlummernder Ressourcen	92
10.2	Wie wird man 50plus in der Pflege?	93
10.3	Alternsmanagement als Personalpflegeansatz	94
10.4	Betriebliches Vorgehen und Instrumente zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Arbeitsbewältigung	97
	Literatur	99

11	Gesundes Team – eine Ressource, die man pflegen muss	101
	<i>Erhard Weiß</i>	
11.1	Gesundes Team – Gesundes Unternehmen	102
11.2	Die alten und neuen Belastungen und Herausforderungen in der Pflege	102
11.3	Vom Arbeits- und Gesundheitsschutz zur betrieblichen Gesundheitspolitik	103
	Literatur	107
12	Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse	109
	<i>Britta Zander und Reinhard Busse</i>	
12.1	Einleitung	110
12.2	Die RN4Cast-Studie	110
12.3	Effekte des Arbeitsumfeldes auf Pflege- und Patientenergebnisse	113
12.4	Versorgungsqualität	117
12.5	Ausblick/Empfehlungen/Diskussion	120
	Literaturverzeichnis	120
13	Aspekte der Pflegebildung	123
	<i>Ulrike Thielhorn</i>	
13.1	Skill- und Grade-Mix	125
13.2	Akademisierung in der Pflege – ein Schritt in Richtung Professionalisierung?	126
13.3	Akademisierung in der Pflege	127
	Literatur	129
14	Wissensmanagement in Zeiten des Wettbewerbs – ein Plädoyer für die Wiederentdeckung der Pflege	131
	<i>Ingrid Smerdka-Arheger</i>	
14.1	Warum muss Pflegewissen in Gesundheitseinrichtungen gemanagt werden?	132
14.2	Worum geht es beim Wissensmanagement?	133
14.3	Wissen identifizieren und verankern	133
14.4	Schere zwischen Theorie und Praxis	134
14.5	Wissen managen ist noch die Ausnahme	136
14.6	Was kann von anderen Branchen und der Pflege im Ausland gelernt werden?	136
14.7	Fachkompetenz ist überlebensnotwendig für die Einrichtung	138
14.8	Wissensmanagement ist eine Managementaufgabe	138
14.9	Welche Wege könnten zur Lösung eingeschlagen werden?	139
14.10	Fazit	139
	Literatur	141
15	Patientensouveränität treibt Wandel: Chancen für innovative Pflege	143
	<i>Heinz Lohmann</i>	
15.1	Aller Anfang ist schwer	144
15.2	Strukturierte Behandlungslösungen ersetzen Einzelleistungen	144
15.3	»Markenmedizin« durch digitale Industrialisierung	145
15.4	Gesundheits- und Sozialcenter »schlagen« sektorierte Einzelanbieter	147
15.5	Pflege im Zentrum des Wandels	148
	Literaturverzeichnis	149

16	Prozessoptimierung und Arbeitsteilung	151
	<i>Katja Damm</i>	
16.1	Einleitung	152
16.2	Schlüsselemente des Prozessmanagements (Koordination)	152
16.3	Prozessoptimierung durch Schnittstellenmanagement (Kommunikation)	155
16.4	Potenzialausschöpfung durch interne Vernetzung (Kooperation)	158
	Literatur	159
17	Interne Vernetzung und Überleitungsmanagement	161
	<i>Katja Ballsieper und Christine von Reibnitz</i>	
17.1	Notwendigkeit zur Vernetzung	162
17.2	Netzwerkarbeit	162
17.3	Interne Vernetzung	166
17.4	Externe Vernetzung	168
17.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	170
	Literatur	174
18	DRG und Pflege – Ein Komplexcode für hochaufwendige Pflege	177
	<i>Ricarda Klein†, Patrick Jahn, Andrea Lemke, Daniela Marintschev und Anke Wittrich</i>	
18.1	Pflegeförderprogramm	178
18.2	Praktische Anwendung des OPS 9-20–Rückmeldungen aus der Praxis	179
18.3	Vorschlagsverfahren 2012	180
18.4	OPS 9-20 eine zusätzliche Abbildungsmöglichkeit für eine spezielle Patientengruppe	182
18.5	Vorabversion OPS 2012, Fallpauschalenkatalog 2012	182
18.6	Resümee	183
	Literatur	184
III	Über den Tellerrand – Best practice	185
19	A Brief Compendium of Curious and Peculiar Aspects of Nursing Resource Management	187
	<i>Marie Manthey, MNA, FRCN, FAAN</i>	
19.1	Budgeting, staffing, and scheduling	188
19.2	Scheduling models	189
19.3	The nature of nursing work	189
19.4	Nursing work is never done	189
19.5	Nursing work is unpredictable	189
19.6	Nursing work fluctuates frequently	190
19.7	Nurses have little or no control over the volume of their work	190
19.8	Emotional un-intelligence	191
20	Pflegebildung im europäischen Kontext – Wohin führt ein Vergleich?	193
	<i>Gertrud Stöcker</i>	
20.1	Die Funktion der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen	194
20.2	Europäische Freizügigkeit: Niederlassung oder Dienstleistung	195
20.3	Die Funktion des Europäischen Qualifikationsrahmens	196

20.4	Instrumente für die europäische Mobilität	196
20.5	Wohin führt ein Vergleich?	198
	Literaturhinweise	200
21	Altwerden in der Pflege am Beispiel Finnland	203
	<i>Uwe K. Preusker</i>	
21.1	Einleitung	204
21.2	Überblick: Pflege in Finnland	204
21.3	Förderung für alternde Arbeitnehmer – politische Aktivitäten und Erfolge	205
21.4	Beispiele zur Förderung für alternde Arbeitnehmer in der Pflege	209
21.5	Fazit	212
22	Best Practice für Patientenüberleitung	213
	<i>Daniel Bauer</i>	
22.1	Wozu wird Überleitung im Krankenhaus benötigt?	214
22.2	Was bedeutet Überleitung?	214
22.3	Überleitung als zentrale Dienstleistung	215
22.4	Modell eines kommunalen Maximalversorgungshauses	216
22.5	Zusammenfassung	221
	Literatur	222
23	Das Patienteninformationszentrum – Pflegebezogene Patienten- und Angehörigenedukation	223
	<i>Gudrun Adler</i>	
23.1	Patientenedukation in der Pflege	224
23.2	Ziele	226
23.3	Leistungen des PIZ	226
23.4	Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern	228
23.5	Qualitätssicherung und Evaluation	229
23.6	Zusammenfassung	229
	Literatur	230
24	Demografieorientiertes Personalmanagement im Pflegedienst	231
	<i>Josef Hug</i>	
24.1	Projekt Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegedienst (LAP®) am Städtischen Klinikum Karlsruhe gGmbH	232
24.2	Analysen	235
24.3	Projektziel	237
24.4	Projektorganisation	237
24.5	Ausblick	241
25	Zusammenspiel Medizin und Pflege am Beispiel Norwegen	243
	<i>Harald Kamps</i>	
25.1	Erfahrungsbericht eines Hausarztes	244
25.2	Gesundheitsschwester – ein norwegischer Sonderweg	244
25.3	Hauskrankenpflege – auch in kommunaler Regie	245
25.4	Physiotherapeuten – privat und kommunal	246

25.5	Experten im Krankenhaus	246
25.6	Ausbildung	246
25.7	Gesundheitsversorgung: Deutschland – Norwegen	246
	Stichwortverzeichnis	249

Autorenverzeichnis

Adler, Gudrun

Rothildisstr. 23a
54293 Trier

Ballsieper, Katja

Stursberg I 43b
42899 Remscheid

Bauer, Daniel

Pflegedienstleitung Haus
D Städtisches Klinikum
Karlsruhe gGmbH
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe

Bechtel, Peter

Pflegedirektor Herz-Zentrum
Bad Krozingen
Südring 15
79189 Bad Krozingen

Becker, Stefanie, Prof. Dr.

Berner Fachhochschule
Hallerstr. 8
CH-3012 Bern

Busse, Reinhard, Prof. Dr.

Fakultät für Wirtschaft und
Management
Technische Universität
Berlin
Straße des 17. Juni 135, H80
10623 Berlin

Damm, Katja

Uhlandstr. 20
74321 Bietigheim-Bissingen

Eligehausen, Siegmар

Eligehausen Kommunika-
tion
Agentur für Kommunikati-
ons- und Medienberatung
An der Alster 30
20099 Hamburg

Friedrich, Detlef

contec GmbH
BioMedizinZentrum Ruhr
Universitätsstraße 136
44799 Bochum

Gruber, Brigitta

arbeitsleben KG
Behringstrasse 28 a
(Haus 1)
22765 Hamburg

Haubrock, Manfred, Prof. Dr.

»Fachhochschule Osnab-
rück Fakultät Wirtschafts-
und Sozialwissenschaften«
CF-Gebäude, Raum CF
0125
Caprivistrasse 30a
49076 Osnabrück

Hommel, Thomas

Kuglerstraße 6
10439 Berlin

Hug, Josef

Pflegedirektor
Städtisches Klinikum
Karlsruhe gGmbH
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe

Jahn, Patrick, Dr.

»Leiter Pflegeforschung &
Entwicklung
Kooperationsstelle Medizi-
nische Fakultät«
Universitätsklinikum Halle
A.ö.R.
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle (Saale)

Kamps, Harald

Hausärztliches Zentrum
Kamps
Möllendorffstr. 45
10367 Berlin

Klein, Ricarda†

Verband der Pflegedirek-
torinnen und Pflegedirek-
toren der Universitätskli-
niken und Medizinischen
Hochschulen Deutschlands
e.V. (VPU)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin

Lemke, Andrea

Pflegedirektorin
Jüdisches Krankenhaus
Berlin
Heinz-Galinski-Strasse 1
13347 Berlin

Lohmann, Heinz, Prof. Dr.

LOHMANN konzept
GmbH
Stormsweg 3
22085 Hamburg

Manthey, Marie

mmanthey@chem.com

Marintschev, Daniela

Pflegedirektorin
Klinikum Burgenlandkreis
GmbH
Humboldtstraße 31
06618 Naumburg

Meißner, Thomas

Meißner & Walter
Häusliche Pflege
Alt-Biesdorf 71a
12683 Berlin

Poigné, Christiane

contec GmbH
BioMedizinZentrum Ruhr
Universitätsstraße 136
44799 Bochum

Preusker, Uwe K., Dr.

Preusker Health Care Ltd
OY Vestrantie 112
FIN-01750 Vantaa

Rückriem, Georg

Sandhauserstr. 15
13505 Berlin

Schütz-Pazzini, Petra

Schlüterstrasse 14
20146 Hamburg

Smerdka-Arhelger, Ingrid

Im Obstgarten 37a
21614 Buxtehude

Stöcker, Gertrud

Am Rosenhaag 1
41516 Grevenbroich

Szegan, Nadine-Michèle

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Thielhorn, Ulrike, Prof. Dr.

Katholische Hochschule
Freiburg
Karlstr. 63
79104 Freiburg

von Reibnitz, Christine

Raenthaler Str. 2
14197 Berlin

Weiß, Erhard

BGW Bezirksverwaltung
Karlsruhe
Philipp-Reis-Straße 3
76137 Karlsruhe

Wittrich, Anke

Bundesverband Geriatrie
e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Zander, Britta

Fachgebiet Management im
Gesundheitswesen
Technische Universität
Berlin
Straße des 17. Juni 135, H80
10623 Berlin

**Zimmermann, Markus,
Prof. Dr.**

Mathias Hochschule
Rheine
University of applied
Sciences
Frankenburgstraße 31
48431 »Rheine«

Status Quo der Pflege in Deutschland

- Kapitel 1** **Sozioökonomische Herausforderungen
für die Pflege – 3**
Manfred Haubrock
- Kapitel 2** **Demografische Herausforderungen – 15**
Stefanie Becker
- Kapitel 3** **Schlusslicht Deutschland? - Der steinige Weg zur
Weiterentwicklung der Versorgung in
Deutschland – 25**
Nadine-Michèle Szepan
- Kapitel 4** **Der »neue« Pflegebedürftigkeitsbegriff – 37**
Markus Zimmermann
- Kapitel 5** **Sinn als Krisis und Kriterium beruflichen Handelns in
Heilberufen – 45**
Georg Rückriem
- Kapitel 6** **Berufsbild Pflege ambulant – Schilderung aus Sicht
des Managements ambulanter Pflegedienste – 51**
Thomas Meißner
- Kapitel 7** **Anforderungen an pflegerische Führungskräfte im 21.
Jahrhundert – 61**
Petra Schütz-Pazzini

Sozioökonomische Herausforderungen für die Pflege

Manfred Haubrock

- 1.1 Sozioökonomische Einflussfaktoren – 4**
 - 1.1.1 Demografische Entwicklung – 4
 - 1.1.2 Auswirkungen der Veränderungsprozesse – 5
- 1.2 Zukunftsorientiertes Personalmanagement als Lösungsansatz – 9**
 - 1.2.1 Struktur- und Wertewandel als Ausgangslage – 9
 - 1.2.2 Personalmanagement – 9
- 1.3 Zusammenfassung – 10**
- Literaturverzeichnis – 11**

Bei der Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems ist den Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Kommunen) durch das Sozialstaatsprinzip die Rolle von hoheitlichen Institutionen zugewiesen worden. Auf der Bundes- bzw. Länderebene werden z. B. durch Gesetze und Verordnungen die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen vorgegeben. Eine bedarfsgerechte Versorgung liegt dann vor, wenn sich das Angebot an Gesundheitsleistungen an dem realen Bedarf, der Nachfrage, orientiert. Es handelt sich somit um eine nachfrageorientierte Angebotssteuerung. Ein Problem des Gesundheitssystems ist darin zu sehen, dass die Nachfrageseite einerseits durch die Bedürfnisse der Versicherten und andererseits durch die vorhandene Kaufkraft der Krankenkassen bestimmt wird.

Zwischen diesen beiden Nachfrageparametern können in Zukunft, bedingt durch die bereits eingesetzten sozioökonomischen Veränderungen, verstärkt unterschiedliche Interessenlagen entstehen. Somit gilt es vorrangig, dieses Konfliktpotenzial, nämlich zunehmende Inanspruchnahme der Gesundheits- und Sozialgüter versus knappe Finanzmittel der Kostenträger, zu minimieren bzw. zu beseitigen. Sollte dieses nicht gelingen, drohen Fehlallokationen in Form von Über-, Unter- oder Fehlversorgungen.

1.1 Sozioökonomische Einflussfaktoren

1.1.1 Demografische Entwicklung

Unter einer demografischen Entwicklung wird die Alters- und Bevölkerungsentwicklung, die Bevölkerungszusammensetzung sowie die Art und Weise des Zusammenlebens der Menschen verstanden (Hilbert, Fretschner, Dülberg 2002, S. 10). Ein besonderer Fokus liegt auf der Alters- und Bevölkerungsentwicklung, die durch eine steigende Lebenserwartung der Menschen einerseits und durch einen Rückgang der Geburten andererseits gekennzeichnet ist. Hierdurch kommt es zu einer Verschiebung der Altersstruktur.

Der demografische Wandel setzte bereits vor etwa hundert Jahren ein. Schon zu dieser Zeit ließ sich ein Rückgang an Geburten verzeichnen, der Anteil älterer Menschen hingegen nahm zu. Die Zunahme der älteren Menschen ist durch den medizinischen Fortschritt, die besseren hygienischen Bedingungen aber auch durch eine Veränderung der allgemeinen Lebensverhältnisse vorangetrieben worden (Preißing 2010, S. 4–5). So betrug z. B. die durchschnittliche Lebenserwartung für einen im Jahr 1910 geborenen Junge 47 Jahre, zwischen 2006 und 2008 lag die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland bereits bei 77,2 Jahren, bis 2060 wird die Lebenserwartung für Männer bis auf 85 Jahre und für Frauen bis auf 89,2 Jahre ansteigen (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010, online im Internet). Die Geburtenziffer lag in den 1960-Jahren bei ca. 2,3 Kindern, während die Quote im Jahr 2009 nur noch bei 1,36 Kindern pro Frau, ausgehend von den 15 bis 49-jährigen weiblichen Personen, lag.

Diese Ziffer spiegelt die bereits seit knapp 40 Jahren andauernde Entwicklung der Geburtenrate in Deutschland wider, die weltweit eine der niedrigsten ist. In diesen vier Jahrzehnten fiel jede Nachfolgeneration um ein Drittel geringer aus als die vorangegangene Generation (Schneider 2007, S. 65f). Im Vergleich zu Deutschland weisen Länder mit einer gleichbleibenden Bevölkerungsgröße und -struktur eine Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau auf (Rump, Eilers u. Groh 2008, S. 15). Für die niedrige Geburtenrate in Deutschland kann als eine wesentliche Ursache die mangelhafte Vereinbarkeit von Beruf und Familie angesehen werden.

Durch die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung und die zu geringe Geburtenrate verschiebt sich die Bevölkerungsstruktur beträchtlich. Diese Entwicklung lässt sich mittels der Jugend-, Alten und Gesamtquotienten verdeutlichen.

Die Quotienten setzen die jeweiligen Altersgruppen (Jugend: unter 20-Jährige, Alten: über 64-Jährige, Gesamt: unter 20-Jährige und über 64-Jährige) ins Verhältnis zu 100 potenziellen Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 64 Jahren. Auf der Grundlage der Daten der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes lag im Jahre 2010 der Jugendquotient bei 30, der Altersquotient bei 34 und der Gesamt-

quotient bei 64. Für das Jahr 2030 wird prognostiziert, dass jeweils 100 Erwerbstätige, die mit ihren sozialversicherungspflichtigen Bruttolöhnen im Wesentlichen die Finanzierung des Sozialsystems garantieren, 82 nicht erwerbstätige Personen materiell unterstützen müssen. Die Veränderung des Gesamtquotienten im Jahre 2030 gegenüber 2010 wird dadurch verursacht, dass sich der Altenquotient von 34 auf 52 erhöhen wird, während sich der Jugendquotient stabilisiert.

Eine dritte Komponente, die die Bevölkerungsstruktur weiterhin beeinflussen wird, ist die Migration. Unter diesem Terminus werden die Binnen- und die Außenwanderungen zusammengefasst. Die Binnenwanderungen kennzeichnen die landesinternen Wanderungsbewegungen, die im Wesentlichen aufgrund arbeitsplatzinduzierter Indikatoren (z. B. Angebot an Arbeits- und Ausbildungsplätzen) ausgelöst werden. Bundesländer bzw. Regionen mit negativen Wanderungssalden müssen sich mit einer schneller zunehmenden Alterung der Bevölkerung und einer sinkenden Zahl der Erwerbstätigen auseinandersetzen. Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf die Tragfähigkeit wichtiger Infrastruktureinrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge, wie z. B. Ausbildung und Gesundheitsversorgung, da diese nicht mehr wie im bisher gegebenen Umfang angeboten und nachgefragt werden (Beivers 2010, S. 1).

Die Außenwanderungen ergeben sich ihrerseits aus der Gegenüberstellung der Abwanderungen und der Zuwanderungen. Bis zum Jahre 2002 konnten die Außenwanderungen den Rückgang von Geburten in Deutschland ausgleichen, da die Zuwanderungen höher waren als die Abwanderungen. Heute jedoch werden die Schrumpfungseffekte, die sich aus den Abwanderungen und der zu geringen Geburtenrate ergeben, nicht mehr durch die Zuwanderungen kompensiert (Preißing 2010, S. 4f, 7f).

Rump, Eilers und Groh erwarten auf der Grundlage der beschriebenen Veränderungsprozesse, dass bis zum Jahr 2015 die Einwohnerzahl in Deutschland um etwa 1,8 Millionen Menschen schrumpfen wird (Rump, Eilers u. Groh 2008, S. 15).

1.1.2 Auswirkungen der Veränderungsprozesse

Mit diesem Schrumpfungsprozess ist auch ein stetiger Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials verbunden (Klimpel u. Schütte 2006, S. 29). Zwischen 2007 und 2027 wird sich dieses Potenzial von 39 Millionen Menschen auf 32 Millionen verringern (Schneider 2007, S. 65f). Dies bedeutet, dass immer weniger potenzielle Arbeitnehmer dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Wie bereits angedeutet worden ist, wird sich die Relation zwischen den Berufstätigen und den über 64-Jährigen verändern. Während im Jahr 2010 noch drei Erwerbstätige einem Rentner gegenüberstanden, wird für das Jahr 2030 erwartet, dass lediglich 1,3 Erwerbspersonen einen Rentner finanziell unterstützen müssen.

Bei der derzeit gültigen bruttolohnbezogenen Umlagefinanzierung ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass die Berufstätigen einerseits höhere Sozialabgaben und/oder Steuern zahlen müssen, andererseits wird sich der Umfang der solidarisch finanzierten Leistungen reduzieren. Dies impliziert eine erhöhte Selbstbeteiligung an den Ausgaben für die Gesundheits-/Sozialleistungen.

Schon seit einigen Jahrzehnten ist bekannt, dass es aufgrund des soziodemografischen Wandels eine Veränderung in der Beitragszahlerstruktur eintreten wird. Der steigende Anteil der über 64-Jährigen stellt für alle Sozialversicherungen ein Problem dar. Die Sozialversicherungsbeiträge dieser aufgezeigten Altersgruppe sind tendenziell nicht kostendeckend, so dass die entstehenden Defizite durch Quersubventionen ausgeglichen werden müssen. Allein diese Entwicklung führt im Rahmen der einkommensorientierten Ausgabenpolitik zu einer Erhöhung der Beitragssätze und/oder zu einer Reduzierung des Güterangebotes der Sozialkassen.

Die gesetzlichen Rentenversicherungen, das Krankenversicherungs- und das Pflegeversicherungssystem sind neben diesen demografischen Effekten zudem durch die zunehmende Multimorbidität, durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen, durch den steigenden Pflegebedarf sowie durch den medizinisch-technischen Fortschritt betroffen.

Am Beispiel des GKV-Systems soll dies verdeutlicht werden:

Im Jahr 2002 betrug der durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkassen 14,3 v.H. Mit diesem Prozentsatz konnten die Gesundheitsausgaben in Höhe von ca. 200 Mrd. Euro gedeckt werden. Im Jahre 2009 betrug die Ausgaben bereits ca. 280 Mrd. Euro. Zur Finanzierung dieses Betrages war ein für alle Kassen einheitlicher Beitragssatz von 15,5 v.H. erforderlich. Werden zukünftig lediglich die demografischen Ausgabensteigerungseffekte berücksichtigt, kann der Beitragssatz nach Karte im Jahre 2050 auf 18,9 v.H. ansteigen. Im Rahmen weiterer Hochrechnungen von Karte, in denen neben den demografischen Effekten, die mit alternativen Ausgabensteigerungen von 0,5 v.H. bis 1 v.H. einkalkuliert wurden, auch die Kostensteigerungen des medizinisch-technischen Fortschrittes eingerechnet worden sind, werden für das Jahr 2050 Beitragssätze zwischen 23,9 v.H. und 30,1 v.H. ermittelt (Karte 2006, S. 42)

Diese Szenarien verdeutlichen einerseits steigende Einnahmen der Krankenkassen, andererseits wird hierdurch jedoch die Kaufkraft der Bevölkerung verringert. Gleichzeitig erhöht sich, bei Beibehaltung einer paritätischen Finanzierung der Sozialversicherungen, die Lohnnebenkostenbelastung für die Arbeitgeber.

Für die Einnahmeentwicklung der oben genannten Sozialversicherungen hat neben der Beitragssatzgestaltung die Entwicklung aller sozialversicherungspflichtigen Bruttolöhne (Grundlöhne) eine wesentliche Bedeutung. Sie dient als Orientierungswert für die Ausgabenveränderungen der Kostenträger und damit auch für die Entwicklungen der Budgets der Leistungserbringer. Folgende Indikatoren beeinflussen unter anderem die Entwicklung der Grundlohnsummen:

- Zahl und Struktur der Kassenmitglieder
- Zahl der Erwerbstätigen/Nichterwerbstätigen (Arbeitsmarktsituation)
- Entwicklung der Erwerbspersonen in Relation zu der Zahl der älteren Personen
- Tarifabschlüsse
- Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze

Hieraus wird deutlich, dass aus Krankenkassen-sicht die Entwicklung der Grundlohnsumme nur begrenzt beeinflussbar ist. Sie stellt daher einen externen Faktor dar, der durch sozio-ökonomische Veränderungen beeinflusst wird. Durch den sozio-ökonomischen Veränderungsprozess wird sich in Zukunft neben anderen Effekten auch die Anzahl der stationären Aufenthalte durch bestimmte altersspezifische Diagnosestrukturen erhöhen (Schulz et al. 2008: online im Internet).

Mit dieser Thematik des Fallzahlenanstiegs in den Krankenhäusern, ausgelöst durch die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung, haben sich bereits Ende der 1970er Jahre die Autoren James Fries und Ernest Gruenberg beschäftigt. Sie entwickelten in diesem Zusammenhang zwei unterschiedliche Thesen:

1. Kompressionsthese (James Fries)
2. Expansions- bzw. Medikalisationsthese (Ernest Gruenberg)

Bei der Kompressionsthese geht Fries davon aus, dass die Menschen länger gesund sind und somit auch eine erhöhte Lebenserwartung haben. Die erhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen verschiebt sich nach Aussage von Fries analog zu der zunehmenden Lebenserwartung nach hinten, sie tritt folglich zeitlich verzögert auf. Somit ist auch zukünftig ist keine deutliche Ausweitung der kurativen Leistungen notwendig.

Die Expansionsthese von Gruenberg geht ebenfalls davon aus, dass die Menschen länger leben. Die zunehmende Lebenserwartung tritt aber nur deshalb ein, weil bereits erkrankte Menschen durch den Fortschritt der medizinischen Versorgung besser versorgt werden und damit länger leben können. Bei der Expansionstheorie setzt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen folglich viel eher ein als bei der Kompressionstheorie (Kroll et al. 2008, S. 7, online im Internet). Die Kuration wird ausgeweitet.

Zur Beantwortung der Frage, welche potenziellen Auswirkungen die unterschiedlichen Konzepte in der Praxis haben können, werden sog. Szenario-Modelle eingesetzt. Das Modell der »sinkenden Behandlungsquoten« basiert auf der Kompressionstheorie von Fries. In diesem Modell werden die Erkrankungszeiträume um die prognostizierten Ver-

längerungen der Lebensdauer zeitlich nach hinten verschoben. Hierbei werden aber nur die altersspezifischen Erkrankungen (ab dem 60. Lebensjahr) berücksichtigt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 15f., online im Internet).

Im Gegensatz hierzu werden nach dem auf der Expansionsthese beruhenden »Status-Quo-Szenario«...konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosefallquoten – basierend auf den Istwerten der Jahre 2006 bis 2008 – zugrunde gelegt.« (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 11, online im Internet).

Beim Szenario der »sinkenden Behandlungsquote« steigt die Anzahl von Krankenhausfällen zwischen 2008 und 2020 von 17,9 Mio. Fällen auf 18,3 Mio. Einweisungen an. In diesem Modell geht man weiterhin von der Prognose aus, dass sich die Fallzahlen zwischen 2020 und 2030 stabilisieren, also auf dem Niveau von 18,3 Mio. stationär aufgenommen Personen konstant bleiben.

Im »Status-Quo-Szenario« stellt sich hingegen heraus, dass die Krankenhausfälle bis zum Jahr 2030, trotz sinkender Gesamtbevölkerung, ab 2008 um circa acht Prozent ansteigen werden. Dies bedeutet eine Zunahme von 1,4 Mio. Einweisungen auf dann 19,3 Mio. Krankenhausfälle. Unter Berücksichtigung der getroffenen Annahmen ergibt sich im Jahre 2030 zwischen diesen beiden Szenarien eine Differenz von über 1 Mio. Krankenhausfällen.

Unabhängig davon, welche These sich als richtig herausstellen wird, ist festzuhalten, dass sich das zukünftige Patientenaufkommen erhöhen wird. Hierbei ist weiterhin zu beachten, dass sich die Anzahl der Krankenhausfälle in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich entwickeln wird. Die Gründe hierfür liegen z. B. im unterschiedlichen Bevölkerungsaufbau (Verhältnis zwischen jungen zu älteren Menschen) und den Wanderungsbewegungen (z. B. von Ost- nach Westdeutschland).

Im Rahmen der länderspezifischen hoheitlichen Verpflichtung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Gesundheitsgütern ist es daher unabdingbar, die absehbaren Veränderungen auf der Nachfrageseite auch hinsichtlich der Auswirkungen auf das vorzuhaltende Pflegepersonal zu berücksichtigen. Mit einem Nachfrageanstieg geht notwendiger-

weise eine steigende Nachfrage von qualifiziertem Personal einher.

Der demografische Wandel wird nicht nur finanziell, bedingt durch die unterschiedlichen Entwicklungen der Einnahmen- und Ausgabenströme der Sozialversicherungen, zu einem ernstem Problem. Auf dem Arbeitsmarkt, gerade im Bereich der Gesundheits- und Sozialsysteme, werden die Konsequenzen ebenfalls drastisch zu spüren sein. Noch Mitte der 90er Jahre wurde davon ausgegangen, dass es in der Zukunft eine Überversorgung von Fachpersonal im Gesundheitssystem geben werde (Klose u. Uhlemann 2003, S. 8, online im Internet). Diese Prognose hat sich nicht bestätigt. Bereits heute besteht bei allen relevanten Berufsgruppen eine Unterversorgung.

Laut Angaben der »PricewaterhouseCoopers AG« aus dem Jahr 2010 wird bis zum Jahr 2030 im Bereich der Gesundheitsberufe eine Personallücke in Höhe von 800.000 Personen entstehen. Im Bereich der Mediziner müssten jährlich, um dem drohenden Mangel entgegen zu wirken, 8.000 neue Ärzte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden. Tatsächlich schließen aber nur 7.000 Ärzte und Ärztinnen pro Jahr ihr Studium ab. Von diesen Personen entscheiden sich noch rund 20 Prozent gegen die Ausübung des ärztlichen Berufes (Bruntsch et al. 2010, S. 24).

Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2010 besteht bis zum Jahr 2020 ein altersbedingter Ersatzbedarf im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung in der Größenordnung von ca. 72.000 Stellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010, S. 27, online im Internet). Im Bereich der pflegerischen Versorgung wird es ebenfalls zu großen Personalengpässen kommen. Laut der Studie der »PricewaterhouseCoopers AG« von 2010 werden im Jahr 2030 z. B. in den Krankenhäusern mehr als 400.000 Gesundheits-/Krankenpfleger- sowie Krankenpflegehelferstellen nicht besetzt sein (Ostwald et al. 2010, S. 10, online im Internet).

Gründe für diesen gravierenden Pflegemangel liegen im Personalabbau der Vergangenheit, in der Verringerung der Ausbildungskapazitäten, der Frühberentung sowie in der zunehmenden Teilzeitquote (Isfort et al. 2010, S. 6ff., online im Internet). So wurden zwischen 1996 und 2008 in den Kran-

1
 kenhäusern rund 50.000 pflegerische Vollkraftstellen abgebaut. Obwohl dieser dramatische Rückgang ab dem Jahr 2008 durch einen leichten Anstieg der Stellen gestoppt werden konnte, zeichnet sich nach wie vor ein drohender Fachkräftemangel ab. Laut einer Befragung des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) im Rahmen des »Krankenhaus Barometer 2009« gaben 16 Prozent aller befragten Krankenhäuser an, dass sie im Jahr 2009 Probleme bei der Besetzung von Pflegestellen hatten. Bei diesen betroffenen Krankenhäusern konnten im Schnitt 4,8 Vollzeitstellen nicht besetzt werden (Blum u. Offermanns 2009, S. 29, online im Internet).

Somit ist Faktum, dass bereits heute nur wenige Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitslos sind. Nach Angaben der »Bundesagentur für Arbeit« waren im Jahr 2009 durchschnittlich 8.000 Pflegekräfte (incl. Hebammen) als arbeitslos gemeldet (Bundesagentur für Arbeit 2010, S. 22, online im Internet). Bei einer zunehmenden Nachfrage und den unveränderten Ausbildungskapazitäten ist für die Zukunft ein Personalmangel vorprogrammiert. Es kommt hinzu, dass zwischen 25 und 40 Prozent der jüngeren Pflegekräfte eine akademische Weiterbildung anstreben und somit das traditionelle Tätigkeitsfeld der Pflege verlassen könnten (Isfort et al. 2010, S. 9, online im Internet). Außerdem sind insgesamt 20 Prozent aller Pflegenden nicht abgeneigt, eine Arbeitsstelle im Ausland anzutreten, da dort die Arbeitsbedingungen häufig besser sind. Bei den Pflegenden unter 25 Jahren steigt dieser Anteil sogar auf 40 Prozent (Isfort et al. 2010, S. 46f., online im Internet).

Ein weiteres Problem ist in der Altersstruktur der Pflegenden zu sehen. So sank im Zeitraum von 2000 bis 2008 der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger unter 35 Jahren in den Krankenhäusern um ca. 50.000 Personen (Isfort et al. 2010, S. 6, online im Internet). In einer Umfrage des »Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip)« im Jahr 2009 wurden bundesweit 9.719 Pflegekräfte zu ausgewählten Themen hinsichtlich ihrer Pflgetätigkeit befragt. Die Ergebnisse wurden im »Pflege-Thermometer 2009« zusammengefasst. Laut dieser Umfrage streben nur rund 50 Prozent der Befragten an, den Pflegeberuf bis zum Eintritt in die Rente ausüben zu wollen (Isfort et al. 2010, S. 43, online im Internet).

Vor dem Hintergrund, dass sich innerhalb von acht Jahren die Anzahl der über 50-Jährigen in der Pflege fast verdoppelt hat und parallel hierzu die Zahl der unter 35-Jährigen kleiner geworden ist, kann im Jahr 2014 damit gerechnet werden, dass die Gruppe der über 50-Jährigen in der Pflege größer sein wird als die der unter 35-Jährigen (Isfort et al. 2010, S. 29, online im Internet). Durch diese Erkenntnis wird ersichtlich, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht, damit der demografische Wandel nicht allzu dramatisch ausfällt.

Es wird ersichtlich, dass es den Gesundheitsunternehmen in der Zukunft noch schwerer fallen wird, vakante Arbeitsplätze zu besetzen. Insbesondere für Krankenhäuser stellt diese Entwicklung eine Herausforderung dar, da zum einen die Nachfrage nach Gesundheitsgütern aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung steigen und zum anderen die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter durch ein höheres Durchschnittsalter abnehmen wird (HWP Planungsgesellschaft mbH, Geschäftsbereich Unternehmensberatung/Betriebsplanung 2007, S. 10). Es wird daher künftig für alle Gesundheitsberufe darauf ankommen, eine ausreichende Anzahl junger Menschen für die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufgaben zu gewinnen (Sachverständigenrat 2007, S. 131).

Auch wenn nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2018 der Mangel an Pflegefachkräften teilweise noch über angelernte und ungelernete Kräfte kompensiert werden kann, ist es ab sofort notwendig, ein professionelles Personalmanagement zu etablieren.

Vor diesem Hintergrund stellen Frauen und Mütter eine Zielgruppe dar, auf die die Gesundheitseinrichtungen als Arbeitnehmer bereits aktuell und insbesondere zukünftig nicht verzichten können (Gerlach 2010, S. 341). Wenn dieser Personengruppe eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht wird, könnte ein Teil des notwendigen Erwerbspersonenpotenzials gewonnen werden. Folglich gewinnt eine Work-Life-Balance, die in diesem Kontext mit einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie gleichgesetzt wird, für den zukünftigen Wachstumsmotor Gesundheitswirtschaft mehr und mehr an Bedeutung.

1.2 Zukunftsorientiertes Personalmanagement als Lösungsansatz

1.2.1 Struktur- und Wertewandel als Ausgangslage

Die rasanten Entwicklungen in den Bereichen der Kommunikations- und Informationstechnologien haben dazu geführt, dass sich Deutschland von einer Industrie- in eine Wissens- bzw. Dienstleistungsgesellschaft gewandelt hat (Klimpel u. Schütte 2006, S. 33ff). Nach Aussagen der Prognos AG aus dem Jahr 2005 soll sich dieser Strukturwandel bis zum Jahr 2020 vollzogen haben. Kennzeichnend für eine Dienstleistungsgesellschaft ist die Erstellung immaterieller Güter in Kombination mit dem Produktionsfaktor Wissen (Gabler 2010, S. 99). Damit ist eine zunehmende Nachfrage nach qualifizierten Beschäftigten zum Beispiel in den Dienstleistungsbereichen Betreuung und Management sowie Forschung und Entwicklung verbunden. Im Gegensatz dazu wird u. a. der Produktionssektor eine sinkende Nachfrage nach Arbeitnehmern aufweisen (Klimpel u. Schütte 2006, S. 33). Diese Verschiebung hat zur Folge, dass sich die Anforderungen an die Kompetenzen der Beschäftigten erhöhen und qualifizierte Kräfte knapper werden.

Gerade für Gesundheitseinrichtungen sind qualifizierte Arbeitnehmer die wichtigste Ressource bei der Erstellung ihrer Dienstleistungen. Aus diesem Grunde sollten die Unternehmungen ihre Attraktivität als Arbeitgeber insbesondere dadurch steigern, dass sie Personalmarketingstrategien entwickelt. Hierzu gehören u. a. Personalbindungs- und Personalgewinnungsansätze. Im Gesundheits-/ Sozialektor ist zudem die traditionell vorhandene aber zukünftig weiter zunehmende Feminisierung zu berücksichtigen.

Die aufgezeigten sozio-ökonomischen Veränderungsprozesse, die einen steigenden Bedarf nach qualifiziertem Personal im Gesundheitssektor hervorrufen werden, verlangen von einem strategisch ausgerichteten Management der Gesundheitseinrichtungen, die Chancen zu erkennen und wahrzunehmen, die z. B. mit dem vermehrten Einsatz des Produktionsfaktors »Frau« zusammenhängen. Die weibliche Arbeitskraft wird somit zur wertvollen

Ressource. Hierbei geht es zum einen darum, die älteren Arbeitnehmerinnen möglichst lange u. a. durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu binden, zum anderen aber auch darum, neue Beschäftigte zu gewinnen.

Neben einer möglichst langfristigen Bindung älterer Beschäftigten im Unternehmen, auf die im Rahmen dieses Beitrages nicht weiter eingegangen wird, spielt die veränderte Rolle der Frau im Berufsleben eine zentrale Rolle. Dieser gesellschaftliche Wertewandel zeigt sich darin, dass sich die Bedürfnisse und die Lebensvorstellungen der Bevölkerung verändert haben (Klimpel u. Schütte 2006, S. 31). So wurde zum Beispiel aus der Arbeitshaltung »Leben, um zu arbeiten« die Denkweise »Wir arbeiten, um zu leben«. Es besteht der zunehmende Wunsch nach Selbstverwirklichung im Berufs- und Privatleben (Work-Life-Balance). Dieses wird besonders an der steigenden Anzahl von berufstätigen Frauen ersichtlich, die sowohl ihren Wunsch nach Kindern, als auch nach Karriere umsetzen möchten (Klimpel u. Schütte 2006, S. 30f).

Auf diesem Hintergrund ist die steigende Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt zu sehen. Hierbei resultiert die zunehmende Anzahl berufstätiger Frauen überwiegend aus der Ausübung von Teilzeittätigkeiten. Ein Grund für die hohe Teilzeittätigkeit von Frauen kann in der Erziehung des Kindes und der damit verbundenen unzureichenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie vermutet werden (Krone u. Stöbe-Blossey 2010, S. 17f).

Eine weitere Ursache für die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen liegt im steigenden Bildungsniveau von Frauen. Dieses verstärkt ihr Interesse daran, einen Beruf auszuüben, um die erworbenen Qualifikationen einsetzen und sich ihre Unabhängigkeit bewahren zu können. Auch die Beschäftigungsunsicherheit erfordert eine Berufstätigkeit beider Partner, damit der eine den anderen im Notfall finanziell auffangen kann.

1.2.2 Personalmanagement

Personalmanagement als Element der strategischen Unternehmensführung

Das Personalmanagement in den Unternehmen umfasst eine große Spannweite an Instrumenten.

Diese erstrecken sich von der Anwerbung und Auswahl neuer Mitarbeiter, über Maßnahmen der Personalbindung und -entwicklung und enden bei der Durchführung von Austrittsprozessen. Weiterhin gehören auch die Etablierung von Anreizsystemen und die Erarbeitung von Führungsgrundsätzen zum Aufgabengebiet des Personalmanagements (von Eiff u. Stachel 2006, S. 416ff). Das Personalmanagement ist Bestandteil der Unternehmensstrategie. Der Grund liegt in der steigenden Bedeutung der Ressource »Mensch«. Die traditionelle Sichtweise, dass die Mitarbeiter Kostenverursacher sind, wird somit zunehmend abgelöst von der Vorstellung, dass die Arbeitnehmer die Erfolgsträger der Dienstleistungsunternehmen sind.

Das strategische Personalmanagement ist eine Basis dafür, die Existenz eines Unternehmens nachhaltig zu sichern. In diesem Kontext spielt die Gewinnung und Bindung qualifizierter Arbeitskräfte eine zentrale Rolle. Unternehmen sollten somit Strategien entwickeln und Maßnahmen umsetzen, die die Gesundheit ihrer Mitarbeiter sowie deren Zufriedenheit und Qualifikationen erhalten und erhöhen. Diese Aspekte führen letztlich zu einer Stärkung der Wettbewerbsposition.

Personalmarketing als Konzept der Personalbindung und -gewinnung

Unter dem Aspekt des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist es für die Verantwortlichen in den Dienstleistungseinrichtungen unausweichlich, nach neuen innovativen Wegen zu suchen, Personal zu binden bzw. zu gewinnen. In diesem Zusammenhang ist das Personalmarketing als Teil der Unternehmenskommunikation ein erfolgreiches Konzept, um die Gesundheitseinrichtungen als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Personalmarketing zielt dabei primär auf die Gewinnung sowie auf die Betreuung von Mitarbeitern ab. Durch die Anwendung des Personalmarketings soll folglich eine Steigerung des Bekanntheitsgrades sowie eine positive Darstellung eines Unternehmens erreicht werden, um potenzielle Fachkräfte für das Unternehmen zu gewinnen und bereits vorhandenes Personal zu binden.

Um die Personalmarketingstrategien umsetzen zu können, bedarf es interner und externer Instrumente. Die Anwendung interner Instrumente zielt

hierbei auf eine Erhöhung der Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft des Personals sowie auf die Identifikation des Personals mit dem Arbeitgeber ab. Zu diesen Maßnahmen gehören auch die Ansätze zur Schaffung einer Work-Life-Balance. Bei der Anwendung der externen Instrumente geht es darum, dass sich die Unternehmen optimal auf dem Arbeitsmarkt positionieren und somit für das potenzielle Personal attraktiv sind (Klages 2010, S. 111).

Zu den internen Instrumenten zählen u. a. Vorkhaltung einer arbeitnehmerorientierten Führungskultur, Schaffung von guten Arbeitsbedingungen, Einführung von Arbeitszeitmodellen, Gewährung einer leistungsgerechten Entlohnung, Erarbeitung von Einarbeitungskonzepten, Entwicklung von Kinderbetreuungsprogrammen sowie Verbesserung von Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Im Bereich der externen Personalmarketingmaßnahmen dominieren besonders die Präsenz auf den Personalmessen/Jobbörsen sowie die Durchführung von Informationsveranstaltungen zu den jeweiligen Gesundheitsberufen. Steht die positive Außendarstellung der Gesundheitseinrichtung im Mittelpunkt des Personalmarketings, dann wird in der Regel das Instrument »Employer Branding« eingesetzt. Hierbei ist die Schaffung einer eigenen »Arbeitgebermarke« die Grundlage für die Marketingaktivitäten. Hierzu muss sich jedoch die Einstellung der Gesundheitsunternehmen gegenüber Marketingmaßnahmen ändern. Personalmarketing ist eben nicht nur eine Maßnahme der Vermarktung, sondern sie primär hat die Funktion, die Vorzüge der Institution als Arbeitgeber hervorzuheben.

1.3 Zusammenfassung

Der demografische Wandel fordert die Dienstleistungsunternehmen im Gesundheits- und Sozialbereich zum Umdenken auf. Die Demografie führt dazu, dass durch die steigende Zahl an älteren Menschen immer mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. Es werden daher vermehrt qualifizierte Pflegefachkräfte benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren.

ren. Diese Fachkräfte stehen aber nur in begrenztem Maße zur Verfügung. Zudem haben sich die beruflichen Anforderungen durch die steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöht.

Fazit

Die knappe Ressource Pflegekraft muss möglichst effizient und effektiv eingesetzt werden. Es müssen Anreize geschaffen werden, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeiter bzw. der potenziellen Bewerber orientieren. Ein besonderer Fokus ist auf die ältere Belegschaft der Gesundheitsunternehmen zu legen. Durch die Anhebung des Renteneintrittsalters stehen speziell die weiblichen Pflegekräfte den Unternehmen länger zur Verfügung. Gerade diese Gruppe kann den Erfolg einer Einrichtung maßgeblich beeinflussen, da sie über eine langjährige Berufserfahrung sowie über betriebsinternes Wissen verfügt.

Der Bestand der Gesundheitsunternehmen kann nur gesichert werden, wenn sie wettbewerbsfähig bleiben. Hierbei spielen die Mitarbeiter eine wesentliche Rolle. Durch sie werden die Dienstleistungsunternehmen zu Expertenorganisation.

Ebenso ist die Politik gefordert. Sie hat die Grundlagen dafür zu legen, dass die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert wird. Zur langfristigen Personalgewinnung und -bindung ist es notwendig, neue Rahmenbedingungen zu schaffen.

Literaturverzeichnis

- Bartscher, Thomas (2011): Personalentwicklung. Herausgegeben von: Gabler Verlag, Gabler Wirtschaftslexikon. Online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/326724/personalentwicklung-1-v4.html> (Download 08.04.2011)
- Beivers, A. (2010): Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Frankfurt am Main. Peter Lang Verlag.
- Beivers, A. u. Augurzyk, B. (2011): Sind ländliche Krankenhäuser noch zu retten? Situationsaufnahme und Blick in die Zukunft. In: KU Gesundheitsmanagement. Jg. 80. Heft 2/2011, S. 21-24
- Blum, Karl u. Offermanns, Matthias (2009): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2009. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online im Internet: <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf> (Download 17.03.2011)
- Blum, Karl u. a. (2010): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online im Internet: <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202010.pdf> (Download 20.04.2011)
- Blum, Karl u. Löffert, Sabine (2010): Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen - Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online im Internet: http://www.dki.de/PDF/Langfassung_Aerztemangel.pdf (Download 05.04.2011)
- Blum, Karl u. Offermanns, Matthias u. Perner, Patricia (2008): Krankenhaus Barometer Umfrage 2008. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online im Internet: http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht_KH_Barometer_2008.pdf (Download 07.05.2011)
- Bruntsch, F., Erhard, T., Friedl, C., Ostwald, D. A., Schmidt, H. (2010): Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. 1. Auflage. Frankfurt am Main. PriceWaterHouseCoopers [Hrsg.]
- Bundesagentur für Arbeit (2010): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg. Online im Internet: <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/24380/publicationFile/4410/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf> (Download 06.04.2011)
- Bundesärztekammer (2009): Durchschnittsalter der Ärzte. Online im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf> (Download 25.03.2011)
- Bundesärztekammer (2010): Ausländische Ärztinnen und Ärzte. Online im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8184> (Download 05.04.2011)
- Bundesministerium des Innern (2011): Demografische Entwicklung: Demografische Entwicklung. Online im Internet: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/PolitikGesellschaft/DemographEntwicklung/demographentwicklung_node.html (Download 12.03.2011)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin. Online im Internet: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Work-Life-Balance,property=pdf,be-reich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Download 16.04.2011)
- da-Cruz, Patrick u. Hermann, Tobias (2010): Der demografische Wandel im Krankenhaus: Die vernachlässigte Dimension. Herausgegeben von: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 107, Heft 13. Online im Internet: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Krankheitstage&id=70651> (Download 16.04.2011)