Manfred Bornewasser
Bernd Kriegesmann
Joachim Zülch *Hrsg.*

Dienstleistungen im Gesundheitssektor

Produktivität, Arbeit und Management

Springer Gabler

Dienstleistungen im Gesundheitssektor

Manfred Bornewasser • Bernd Kriegesmann
Joachim Zülch
(Hrsg.)

Dienstleistungen im Gesundheitssektor

Produktivität, Arbeit und Management

Springer Gabler

Herausgeber
Manfred Bornewasser
Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Greifswald
Deutschland

Joachim Zülch
Lehrstuhl für Industrial Sales Engineering
Ruhr-Universität Bochum
Bochum
Deutschland

Bernd Kriegesmann
Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI)
e. V. an der Ruhr-Universität Bochum
Bochum
Deutschland

Die vorliegende Veröffentlichung wurde aus den Verbundprojekten „ProDi – Produktivitätssteigerung bei Dienstleistungen durch Prozessinnovationen“ (Projektträger DLR) – Förderkennzeichen 01FL10053 und 01FL10054 – und „Service4Health – Innovatives und prozessorientiertes Diversitätsmanagement zur Produktivitätssteigerung im Krankenhaus“ (Projektträger DLR) – Förderkennzeichen 01FL10047 – mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt der einzelnen Beiträge liegt bei den Autoren.

ISBN 978-3-658-02957-9
ISBN 978-3-658-02958-6 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-02958-6

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

Springer Gabler
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2014
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Lektorat: Stefanie Brich, Carolin Wolfram

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer-gabler.de

Vorwort

Dienstleistungen gewinnen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Sie stehen heute bereits für etwa 70 % des gesamten Bruttoinlandsproduktes. In anderen europäischen Ländern liegt der Anteil noch höher und hat die Industrieproduktion – mit allen Problemen – beinahe marginalisiert. Insgesamt kommt der Dienstleistungswirtschaft damit eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung zu. Zusätzlich bietet der Dienstleistungssektor vielen Menschen einen attraktiven Arbeitsplatz.

Die volkswirtschaftliche Bedeutsamkeit der Dienstleistungswirtschaft spiegelt sich bislang nicht in den theoretischen und empirischen Beiträgen der Dienstleistungsforschung wider. Gerade in Deutschland ist der Dienstleistungsbereich in verschiedenen Disziplinen theoretisch „unterbelichtet" und auch im Bereich der praktischen Anwendung wenig erforscht. Das ändert sich gerade, wobei Theorie und Anwendung gemäß des dem Psychologen Kurt Lewin zugeschriebenen Mottos „Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie" als Einheit zu sehen sind. Von daher erscheint es umso wichtiger, neben der Theorie, auch das praktische Management von Dienstleistungsprozessen etwas genauer „unter die Lupe" zu nehmen. In der Praxis gibt es immer wieder Hinweise darauf, dass weder die Dienstleistungsprozesse selbst zufriedenstellend gestaltet sind noch dass effektive Managementtools und Messinstrumente eingesetzt und erfolgversprechend umgesetzt werden.

Theoretische Defizite betreffen z. B. Konzepte und Modelle. So sind einerseits etwa die Begriffe der Arbeit, der Leistung, der Integration, der Interaktion, des Werts oder des Nutzens umstritten, andererseits aber auch allgemeine Modelle etwa zur Prinzipal-Agenten-Beziehung, zur Leistungserstellung oder zur Produktivität tiefgreifender Kritik ausgesetzt. Vielfach bleiben empirische Studien hinter den theoretischen Konzepten und Modellannahmen zurück. Das ist für Wissenschaft und Forschung unschön, bleibt aber ohne spürbare Konsequenzen für die Forschungsgemeinschaft. Das sieht in der Praxis anders aus. Anwendungsdefizite von Modellen oder Werkzeugen schlagen sich in unzureichender betrieblicher Gestaltung von Prozessen und Personalallokationen nieder und erzeugen vermeidbare Kosten.

Im vorliegenden Buch wird nicht nur über Arbeit, Produktivität und Management theoretisiert, vielmehr werden zahlreiche Beispiele für Forschung und Anwendung aus drei verschiedenen Feldern der Dienstleistungspraxis aufgezeigt. Diese betreffen Humandienstleistungen im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen sowie Sachdienstleistungen

in industrienahen Kontexten. Dabei wird der Fokus immer wieder auf Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen Dienstleistungen im Human- und im Sachbereich gelegt. Viele der Berichte stammen aus laufenden oder gerade abgeschlossenen Forschungsprojekten, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert wurden. Detaillierte Hinweise auf finanzielle Förderungen finden sich im Kontext der einzelnen Artikel.

Reader sind immer schwierige Unterfangen, weil man als Herausgeber niemals genau weiß, was an Beiträgen kommt und weil man als Autor nie weiß, ob man mit seinem Beitrag den Erwartungen der Herausgeber entspricht. Vom Leser ganz zu schweigen. Über vielen Readern liegt damit ein Hauch von inhaltlicher Unsicherheit, mal abgesehen davon, dass auch niemand im Vorhinein sagen kann, ob sich die Parteien an die vertraglich festgelegten prozeduralen Rahmenbedingungen bei der Erstellung ihrer Manuskripte halten. Diese Unsicherheiten wurden im vorliegenden Buch frühzeitig identifiziert und durch zwei Maßnahmen verringert: Vertrauen und Kontrolle. Das Vertrauen rührte daher, dass sich viele Autoren bereits aus gemeinsamen Projekttreffen kannten und auch auf der Dienstleistungstagung in Kontakt getreten sind. Von daher bestand eine gewisse wechselseitige Vorahnung, was Herausgeber von den Autoren und Autoren von den Herausgebern erwarten konnten. Dafür und für ihre lesenswerten Beiträge für dieses Buch gebührt ihnen unser Dank. Die Kontrolle wurde durch eine intensive Betreuung gewährleistet, die in Greifswald von Antonia Unger und in Bochum von Stefan Nottmeier fortgesetzt praktiziert wurde. Beide arbeiteten nicht nur gut und intensiv miteinander, sondern auch mit den Autoren, was letztlich dazu führte, dass so gut wie alle Manuskripte zeitig und in hoher Qualität vorgelegt wurden. Dafür möchten wir unseren beiden Koordinatoren ganz herzlich danken. Sie haben sich als hervorragende „Dienstleister“ bewährt und für eine weitere Zusammenarbeit empfohlen. In diesen Dank möchten wir auch Frau Brich vom Verlag Springer/Gabler einbeziehen, die immer mit Rat und Tat zur Seite stand.

Dem Leser wünschen wir Vergnügen und Anregungen bei der Lektüre. Wir freuen uns auch, wenn Sie mit dem einen oder anderen Autor Kontakt aufnehmen, um Anregungen zu geben, konstruktive Kritik zu üben oder sich über ein Problem auszutauschen. Apropos Leser: Aus ästhetischen und ökonomischen Gründen wurde an vielen Stellen dieses Buches darauf verzichtet, Geschlechtsdifferenzierungen vorzunehmen. Auch dort, wo nur vom Leser, vom Kunden oder vom Mitarbeiter die Rede ist, sind immer auch die Leserinnen, Kundinnen und Mitarbeiterinnen mit eingeschlossen. Wenn an einzelnen Stellen männliche und weibliche Formen auftreten, dann hat dies keine herausgehobene Bedeutung.

Greifswald und Bochum im August 2013

Manfred Bornewasser
Bernd Kriegesmann
Joachim Zülch

Inhaltsverzeichnis

1 Dienstleistungen im Gesundheitssektor 1
Manfred Bornewasser

Teil I Dienstleistungsproduktivität, Dienstleistungsarbeit und Dienstleistungsmanagement

2 Dienstleistungsarbeit: Autonome, relationale und heteronome Komponenten der Arbeit vom Anbieter für den Kunden 29
Manfred Bornewasser

3 Produktivität im Gesundheitssektor – Wertschöpfung in Nutzungsprozessen 59
Michael Kleinaltenkamp, Ilias Danatzis und Carolin Wernicke

4 Qualitätsorientierte Managementsysteme zur Steuerung und Bewertung gesundheitswirtschaftlicher Dienstleistungen 89
Joachim Zülch

Teil II Erfassung und Management von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus

5 Steigerung der Produktivität durch Lean Management in der Universitätsklinik für Dermatologie 115
Sandra Puliafito, Pascal Scher, Slavka Radnic und Luca Borradori

6 Ermittlung der holistischen Produktivität beim Customer und Supplier Relationship Management im Krankenhaus 135
Mario A. Pfannstiel und Ricarda B. Bouncken

7 Prozessoptimierung und Produktivitätssteigerung in der Anästhesie eines modernen Krankenhauses 155
Esther Henning, Claudia Wiese, Maria Zach, Konrad Meissner und Kristin Westphal

8 Prozessbenchmarking der Medikalprodukteversorgung 175
Moike Buck und Nicole Lubecki-Weschke

9 Arbeitsorganisation von Krankenhausstationen – Bedarf für Verhältnisprävention? 191
Nicole Stab und Winfried Hacker

10 Kundenzufriedenheit mit ferngesteuerten Dienstleistungstechnologien 215
Stefanie Paluch

Teil III Dienstleistungsprozesse in der Pflege zwischen Rationalisierung und Humanität

11 Die Kunden der Pflegekräfte 241
Thomas Birken und Wolfgang Menz

12 Überforderung im Ehrenamt sozialer Dienste: Gesundheitsförderung durch professionelle Koordination? 259
Guido Becke, Raphaela Wehl und Anna Wetjen

13 Soziale Dienstleistungen im Umbruch: Gestaltung der Produktivität durch Kompetenzentwicklung 277
Janina Evers, Michael Krause und Joachim Hafkesbrink

14 Professionelle Pflegedienstleistungen im Spannungsfeld von Emotion, Emotionsarbeit und Effizienz 297
Antonia Unger

15 Menschen mit Demenz im Spannungsfeld von Markt und Sorge 327
Andrea Newerla

Teil IV Gesundheits- und Industriedienstleistungen: Übergänge und Differenzen

16 Produktivitätssteigerung von technologieorientierten Dienstleistungen – Beispiele aus der Personalisierten Medizin 345
Bastian Halecker, Andreas Braun und Elisabeth Eppinger

17 Die Lean Production Philosophie im Health Service Management 361
Alexander Knickmeier, Stephan Nottmeier, Sebastian Albers und Tobias Rabsahl

18 Steigerung der Dienstleistungsproduktivität durch Service Management 383
Andrea Rößner und Janine Kramer

19 Management der Prozessproduktivität mit industriellen Dienstleistungen . . . 395
Sonja Kieffer-Radwan

20 Produktivität und Dienstleistungen schließen sich nicht aus 415
Walter Ganz und Anne-Sophie Tombeil

21 Gemeinsamkeiten zur Sachgüterproduktion suchen oder Dienstleistungsbesonderheiten (über-)betonen? – Perspektiven für die Produktivitätsforschung 431
Friedrich Kerka und Bernd Kriegesmann

Autorenverzeichnis

Sebastian Albers M.Sc. Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum, Buscheyplatz 13, 44801 Bochum, Deutschland

PD Dr. Guido Becke Universität Bremen, artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Enrique-Schmidt-Str. 7 (SFG), 28359 Bremen, Deutschland
E-Mail: becke@artec.uni-bremen.de

Thomas Birken Dipl.-Soz., M.A. ISF München, Jakob-Klar-Str. 9, 80796 München, Deutschland
E-Mail: thomas.birken@isf-muenchen.de

Prof. Dr. Manfred Bornewasser Institut für Psychologie, Universität Greifswald, Franz-Mehring-Str. 47, 17489 Greifswald, Deutschland
E-Mail: bornewas@uni-greifswald.de

Dr. Luca Borradori INSELSPITAL, Universitätsspital Bern, Klinikdirektor Dermatologie, Freiburgstraße 10, 3010 Bern, Schweiz
E-Mail: luca.borradori@insel.ch

Prof. Dr. Ricarda B. Bouncken LS für Strategisches Management und Organisation, Universität Bayreuth, Universitätsstr. 30, 95440 Bayreuth, Deutschland
E-Mail: bouncken@uni-bayreuth.de

Andreas Braun LS für Innovationsmanagement & Entrepreneurship, Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam, Deutschland

Moike Buck Fraunhofer SCS, Nordostpark 93, 90411 Nürnberg, Deutschland
E-Mail: moike.buck@scs.fraunhofer.de

Ilias Danatzis M.Sc. FB Wirtschaftswissenschaft, Marketing-Department, Freie Universität Berlin, Otto-von-Simson-Str. 13/19, 14195 Berlin, Deutschland
E-Mail: ilias.danatzis@fu-berlin.de

Elisabeth Eppinger LS für Innovationsmanagement und Entrepreneurship, Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam, Deutschland

Janina Evers M.A. Rhein-Ruhr Institut für angewandte, Systeminnovation e.V., Bürgerstraße 15, 47057 Duisburg, Deutschland
E-Mail: je@rias-institute.de

Walter Ganz M.A. Fraunhofer IAO, Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart, Deutschland
E-Mail: walter.ganz@iao.fraunhofer.de

Prof. Dr. Winfried Hacker FB Psychologie, Technische Universität Dresden, Helmholtzstraße 10, 01069 Dresden, Deutschland
E-Mail: hacker@psychologie.tu-dresden.de

Dr. Joachim Hafkesbrink innowise GmbH, Bürgerstraße 15, 47057 Duisburg, Deutschland
E-Mail: jh@innowise.eu

Bastian Halecker LS für Innovationsmanagement und Entrepreneurship, Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam, Deutschland
E-Mail: bastian.halecker@ime.uni-potsdam.de

Esther Henning M.Sc. Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Universität Greifswald, Franz-Mehring-Str. 47, 17489 Greifswald, Deutschland
E-Mail: esther.henning@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Friedrich Kerka Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum, Buscheyplatz 13, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: friedrich.kerka@iai-bochum.de

Dr. Sonja Kieffer-Radwan ACLA-Werke GmbH, Frankfurter Str. 142-190, 51065 Köln, Deutschland
E-Mail: Sonja.Kieffer-Radwan@acla-werke.de

Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kleinaltenkamp FB Wirtschaftswissenschaft, Marketing-Department, Freie Universität Berlin, Otto-von-Simson-Str. 13/19, 14195 Berlin, Deutschland
E-Mail: michael.kleinaltenkamp@fu-berlin.de

Alexander Knickmeier M.A. Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum, Buscheyplatz 13, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: alexander.knickmeier@iai-bochum.de

Janine Kramer Fraunhofer IAO/IAT der Universität Stuttgart, Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart, Deutschland
E-Mail: Janine.Kramer@iao.fraunhofer.de

Dr. Michael Krause Freiburg Academy of Science and Technology, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Stefan-Meier-Straße 21, 79104 Freiburg, Deutschland
E-Mail: michael.krause@fast.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Bernd Kriegesmann Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum, Buscheyplatz 13, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: bernd.kriegesmann@iai-bochum.de

Nicole Lubecki-Weschke Nordostpark 93, 90411 Nürnberg, Deutschland
E-Mail: nicole.lubecki-weschke@scs.fraunhofer.de

Prof. Dr. Konrad Meissner Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Greifswald, Ferdinand-Sauerbruch-Straße, 17475 Greifswald, Deutschland
E-Mail: konrad.meissner@uni-greifswald.de

Dr. Wolfgang Menz ISF München, Jakob-Klar-Str. 9, 80796 München, Deutschland
E-Mail: wolfgang.menz@isf-muenchen.de

Dr. phil. Andrea Newerla Institut für Soziologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Karl-Glöckner-Str. 21E, 35394 Gießen, Deutschland
E-Mail: andrea.newerla@sowi.uni-giessen.de

Dipl.-Wirt.-Ing. Stephan Nottmeier M.Sc. Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum, Buscheyplatz 13, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: stephan.nottmeier@iai-bochum.de

Prof. Dr. Stefanie Paluch Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Technische Universität Dortmund, Martin-Schmeißer-Weg 12, 44227 Dortmund, Deutschland
E-Mail: stefanie.paluch@tu-dortmund.de

Mario A. Pfannstiel M.Sc., M.A. LS für Strategisches Management und Organisation, Universität Bayreuth, Universitätsstr. 30, 95440 Bayreuth, Deutschland
E-Mail: mario.pfannstiel@uni-bayreuth.de

Sandra Puliafito INSELSPITAL, Universitätsspital Bern, Bereich Prozessmanagement, Direktion Pflege/MTT, Freiburgstraße 44a, 3010 Bern, Schweiz
E-Mail: sandra.puliafito@insel.ch

Tobias Rabsahl M.Sc. Lehrstuhl für Industrial Sales Engineering, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: tobias.rabsahl@ise.ruhr-uni-bochum.de

Slavka Radnic INSELSPITAL, Universitätsspital Bern, Bereich Prozessmanagement, Direktion Pflege/MTT, Freiburgstraße 44a, 3010 Bern, Schweiz
E-Mail: slavka.radnic@insel.ch

Andrea Rößner Fraunhofer IAO/IAT der Universität Stuttgart, Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart, Deutschland
E-Mail: andrea.roessner@iao.fraunhofer.de

Dr. med. Pascal Scher MBA INSELSPITAL, Universitätsspital Bern, Operations/Management-Support, Freiburgstrasse 10, UPD 4.OG/B460c, 3010 Bern, Schweiz
E-Mail: pascal.scher@insel.ch

Dr. rer. medic Nicole Stab Technische Universität Dresden, FB Psychologie, AG Wissen-Denken-Handeln, Helmholtzstraße 10, 01069 Dresden, Deutschland
E-Mail: stab@psychologie.tu-dresden.de

Dr. Anne-Sophie Tombeil Fraunhofer IAO, Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart, Deutschland
E-Mail: anne-sophie.tombeil@iao.fraunhofer.de

Antonia Unger Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Franz-Mehring-Str. 48, 17489 Greifswald, Deutschland
E-Mail: antonia.unger@uni-greifswald.de

Raphaela Wehl Universität Bremen, artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Enrique-Schmidt-Str. 7 (SFG), 28359 Bremen, Deutschland
E-Mail: wehl@uni-bremen.de

Carolin Wernicke M.Sc. FB Wirtschaftswissenschaften, Marketing-Department, Freie Universität Berlin, Otto-von-Simson-Str. 19, 14195 Berlin, Deutschland
E-Mail: carolin.wernicke@fu-berlin.de

Dr. Kristin Westphal Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Greifswald, Ferdinand-Sauerbruch-Straße, 17475 Greifswald, Deutschland
E-Mail: chrwestp@uni-greifswald.de

Anna Wetjen Universität Bremen, artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Enrique-Schmidt-Str. 7 (SFG), 28359 Bremen, Deutschland
E-Mail: anna.wetjen@uni-bremen.de

Dr. Claudia Wiese Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Universität Greifswald, Franz-Mehring-Str. 47, 17489 Greifswald, Deutschland
E-Mail: claudia.wiese@uni-greifswald.de

Dr. Maria Zach Stabsstelle Strategisches Controlling, Medizincontrolling, Universitätsmedizin Greifswald, Fleischmannstrasse 8, 17475 Greifswald, Deutschland
E-Mail: maria.zach@uni-greifswald.de

Prof. Dr. phil. Joachim Zülch Fakultät für Maschinenbau, Lehrstuhl für Industrial Sales Engineering, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: joachim.zuelch@ise.ruhr-uni-bochum.de

Kurzvitae

Sebastian Albers M.Sc. studierte Wirtschaftsingenieurwesen mit dem Schwerpunkt Physikalische Technologien an der Fachhochschule Münster. Nach seinem Studium arbeitete er von Mai 2012 bis September 2013 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum.

PD Dr. Guido Becke ist Arbeits- und Sozialwissenschaftler am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit an der Universität Bremen. Dem Diplom in Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum folgten eine Promotion in Soziologie an der Universität Dortmund sowie eine Habilitation in Arbeitswissenschaft an der Universität Bremen. Er war langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter am Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund und ist seit 2002 am artec als Senior Researcher und Koordinator des Forschungsfelds „Arbeit und Organisation" tätig. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich von Arbeits- und Organisationsforschung, Arbeit in sozialen Dienstleistungen, Gesundheitsförderung in flexiblen Arbeitsstrukturen, Organisationswandel sowie Arbeit und soziale Beziehungen.

Thomas Birken Dipl.-Soz., M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e. V. – ISF München. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen sozialwissenschaftliche Dienstleistungsforschung, interaktive Arbeit, Arbeit und Subjekt sowie Arbeit und Gesundheit.

Prof. Dr. Manfred Bornewasser leitet die Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie am Institut für Psychologie der Universität Greifswald. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung. Er ist Leiter verschiedener BMBF-geförderter Projekte: Im Projekt derobino beschäftigt er sich mit Problemen der Teamdiversität und deren Auswirkungen auf die Innovativität, im Projekt Pikoma mit Problemen der Kompetenzentwicklung in Wirtschaft und Verwaltung. Im Kontext des Projekts Service4Health setzt er sich in Kooperation mit dem Fraunhofer IAO in Stuttgart intensiv mit Problemen der Produktivität von Dienstleistungsarbeit auseinander.

Dr. Luca Borradori hat an der Universität Bern Medizin studiert. Nach der Promotion hat er am Centre Hospitalier Universitaire Saint-Louis in Paris, am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois in Lausanne und schließlich an der Hautklinik des Universitätsspitals Genf (HUG) seine Fachausbildung in Dermatologie und Venerologie gemacht. Es folgten Forschungsaufenthalte am National Institute of Health in Bethesda (USA) und am Netherlands Cancer Institute in Amsterdam. Zwischen 1997 und 2007 arbeitete er an der Hautklinik der HUG, wo er unter anderem als Leitender Arzt der Dermatologischen Poliklinik tätig war. Seit 2008 ist er Klinikdirektor an der Universitätsklinik für Dermatologie in Bern.

Prof. Dr. Ricarda B. Bouncken ist Inhaberin des Lehrstuhls für Strategisches Management und Organisation an der Universität Bayreuth. Am Lehrstuhl beschäftigt sie sich zentral mit Strategien und der Organisation von Innovationsprojekten. Der Lehrstuhl hat bereits viele Drittmittel- und Verbundprojekte durchgeführt, z. B. Cultural Diversity in Innovation Teams (gefördert von der Volkswagenstiftung) oder Move2Health, das Prozesse und Forschungstransfers im Gesundheitsbereich untersucht (gefördert vom BMVBS). Ein weiteres Projekt im Bereich Gesundheitsmanagement ist Service4Health mit dem Schwerpunkt „Innovatives und prozessorientiertes Diversitätsmanagement zur Produktivitätssteigerung im Krankenhaus“ (gefördert vom BMBF). Aktuell liegen 173 Publikationen von Frau Prof. Dr. Bouncken vor.

Andreas Braun hat einen Abschluss in Betriebswirtschaftslehre (Dipl.-Kfm.) an der Bergakademie Freiberg und einen Master of Business Administration (MBA) der Business School der Central European University in Budapest. Er verfügt über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung. In den vergangenen fünf Jahren hat Andreas Braun an der Universität Potsdam gearbeitet, u. a. als Leiter der zwei Forschungsprojekte „Open Innovation in Life Sciences“ und „Dienstleistungspotenziale in der Personalisierten Medizin“. Derzeit ist er Dozent an der BSP Berlin Potsdam. Seinen Forschungsschwerpunkt hat er im Bereich des strategischen Innovations- und Organisationsmanagements (inkl. Open Innovation und Business Model Innovation).

Moike Buck ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fraunhofer-Arbeitsgruppe für Supply Chain Services SCS. Sie studierte Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Logistik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Seit ihrem Abschluss als Diplom-Kauffrau im Jahr 2008 arbeitet sie in der Gruppe Prozesse bei der Fraunhofer SCS in Nürnberg. Ihre thematischen Schwerpunkte sind unter anderem Prozessanalyse und Benchmarking im Gesundheitswesen und in der Logistikdienstleistungsbranche. Seit 2013 leitet Sie das vom BMBF geförderte Projekt BELOUGA „Benchmarking logistischer Unterstützungs- und Dienstleistungsprozesse im Gesundheitswesen und in industriellen Anwendungen“.

Ilias Danatzis M.Sc. ist seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Marketing-Department der Freien Universität Berlin und Studienbetreuer des weiterbildenden Masterstudienganges „Executive Master of Business Marketing". Er absolvierte ein Bachelorstudium (B.Sc.) in Europäischer Wirtschaft an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und der University of Sydney sowie ein Masterstudium (M.Sc.) in Management und Marketing an der Freien Universität Berlin und der Singapore Management University. Vor seinem Masterstudium war er als Berater bei der Rödl Consulting AG tätig. Seine Forschungsinteressen liegen im Business- und Dienstleistungsmarketing.

Elisabeth Eppinger ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Innovationsmanagement und Entrepreneurship der Universität Potsdam, wo sie das Forschungsprojekt „Dienstleistungspotenziale in der Personalisierten Medizin" leitet. Sie hat einen Master in Technik- und Wissenschaftsforschung der Universitäten Maastricht und Straßburg erworben sowie einen Diplomingenieur der Hochschule Niederrhein. Nach ihrem Studium war sie fünf Jahre in der Chemieindustrie in Forschung und Entwicklung tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Innovationen und Schutzrechte geistigen Eigentums.

Janina Evers M.A. studierte Soziologie, Wirtschaftspolitik und Öffentliches Recht in Münster und York. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Rhein-Ruhr Institut für angewandte Systeminnovation (RIAS) e. V. und Promovendin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die Arbeits- und Organisationsforschung und -beratung, die Personal- und Organisationsentwicklung sowie soziale Dienstleistungen. Sie wirkte an verschiedenen Projekten mit, z. B. „Produktivitäts-Cockpit soziale Dienstleistungen – Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität in einem dynamisch wachsenden Dienstleistungsmarkt", „8iNNO – Organisationale Achtsamkeit als Basis für Innovationsfähigkeit von Unternehmen" und „PRÄWIN – Prävention in Unternehmen der Wissensökonomie".

Walter Ganz M.A. studierte an der Universität Freiburg Soziologie, mit dem Schwerpunkt Industriesoziologie, sowie Psychologie und Politikwissenschaft. Nach dem Studium folgte eine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für internationales Strafrecht in Freiburg und eine dreijährige Mitarbeit bei Infratest Kommunikationsforschung in München. 1989 wechselte er ans Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation in Stuttgart. Heute ist er Leiter des Geschäftsfeldes Dienstleistungs- und Personalmanagement und Mitglied im Führungskreis des Instituts. Forschungsschwerpunkte sind Service Competence-, und Service Performance Management.

Prof. Dr. Winfried Hacker studierte von 1952 bis 1957 Psychologie an der Technischen Hochschule Dresden. Nach seinem Diplom war er dort Assistent. Seine Promotion

zum Doktor der Naturwissenschaften erlangte er 1961 mit einer Arbeit zur Auge-Hand-Koordination. Neben seiner Tätigkeit an der Technischen Hochschule arbeitete Hacker danach bis 1965 in der chemischen Industrie. In seiner Habilitationsschrift aus dem Jahr 1965 beschäftigte er sich wieder mit der Auge-Hand Koordination. Ab 1966 war Hacker Professor an der Technischen Universität Dresden; zunächst als Direktor des Instituts für Psychologie, ab 1968 auf einer Professur für Arbeitspsychologie und Arbeitswissenschaften und nach 1992 für Allgemeine Psychologie. 2004 bis 2006 übernahm er die kommissarische Leitung des Lehrstuhls für Psychologie an der Technischen Universität München. Zurzeit leitet er als Seniorprofessor die Arbeitsgruppe „Wissen-Denken-Handeln" des Fachbereichs Psychologie der Technischen Universität Dresden.

Dr. Joachim Hafkesbrink ist geschäftsführender Gesellschafter und Gründer der innowise GmbH, Projektleiter und geschäftsführendes Vorstandsmitglied im Rhein-Ruhr Institut für angewandte Systeminnovation (RIAS) e. V. sowie Präsident von TII a.s.b.l. – Technologie, Innovation, International in Luxemburg. Seit über 25 Jahren berät und forscht er im Bereich Innovationsmanagement. 1986 promovierte er in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt Innovationstheorie und -management an der Universität Duisburg-Essen. Seine Referenzen umfassen Projekte im Bereich Innovationsmanagement, Evaluationsstudien und Beratung von Ministerien und Verbänden in Deutschland in vielfältigen Sektoren (z. B. Industrie, soziale Dienstleistungen).

Bastian Halecker studierte Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) in Berlin. Nach seinem Studium war er für die Managementberatung Horváth&Partners im Bereich Chemie, Öl, Pharma tätig. Seit 2012 ist Bastian Halecker wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl Innovationsmanagement und Entrepreneurship an der Universität Potsdam und Mitglied im Forschungsprojekt „Dienstleistungspotenziale in der Personalisierten Medizin". Seine Forschungsinteressen liegen im Bereich der Innovation von Geschäftsmodellen, Business Development und strategischer Frühaufklärung (Foresight).

Esther Henning M.Sc. ist studierte Pflege- und Gesundheitsmangerin (B.A.). Sie hält einen Master of Science Abschluss in Internationaler Gesundheit inne und ist seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt Service4Health in der Abteilung Sozialpsychologie/Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Greifswald. Ihre Forschungsinteressen umfassen die Bereiche des Prozess-, Produktivitäts- und Qualitätsmanagements. Sie ist examinierte Kinderkrankenschwester und arbeitete in verschiedenen nationalen und internationalen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege von Kindern und Erwachsenen.

Prof. Dr. Friedrich Kerka studierte Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Von 1994 bis 1997 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e. V., von 1997 bis 2001

am Institut für Arbeitswissenschaft der Ruhr-Universität Bochum und anschließend bis 2009 als Geschäftsführer am IAI. Seit 2005 ist er Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Gelsenkirchen (im März 2012 umbenannt in Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen) und seit 2012 Geschäftsführender Vorstand am IAI. Als Autor zahlreicher Fachveröffentlichungen und Studien zur Innovationsförderung gehören unternehmerisches Ideen- und Innovationsmanagement, Technologietransfer und Innovationspolitik zu seinen Arbeitsschwerpunkten.

Dr. Sonja Kieffer-Radwan studierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität zu Köln und promovierte anschließend am Institut für Marketing und Dienstleistungsforschung an der Universität Rostock. Seit 2002 ist sie bei der Acla-Werke GmbH tätig. Hier ist sie zur Zeit für das Projekt „Kundenorientierte Prozessgestaltung" zuständig und betreut den Einsatz eines Fertigungsmanagementssystems (MES), welches seit 2008 zur Erhöhung der Prozessproduktivität eingesetzt wird. Seit 2010 ist sie stellvertretende Geschäftsführerin der Acla-Werke GmbH.

Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kleinaltenkamp absolvierte ein Studium der Wirtschaftswissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum. Anschließend arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Angewandte Wirtschaftslehre der Ruhr-Universität Bochum, 1984 folgte seine Promotion, 1992 seine Habilitation. Er ist seit 1992 Inhaber der Professur für Business- und Dienstleistungsmarketing am Marketing-Department der Freien Universität Berlin und Wissenschaftlicher Leiter des Weiterbildungsstudiengangs „Executive Master of Business Marketing". Seit 2004 ist er Visiting Professor an der European School of Management and Technology (esmt), Berlin und von Oktober 2007 bis Januar 2008 war er Visiting Professor an der School of Marketing der University of New South Wales, Sydney, Australien. Seit 2012 ist er Recognised Teacher an der Cranfield University School of Management. Seine Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Business-to-Business-Marketing, Dienstleistungsmarketing und -management, Geschäftsbeziehungsmanagement sowie Marketing-Theorie.

Alexander Knickmeier M.A. studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und an der Universidad Complutense in Madrid. Seit 2010 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Innovationsmanagement, Innovationspolitik sowie quantitative und qualitative Sozialforschung.

Janine Kramer erlangte Ihren Diplomabschluss in Finanz- und Wirtschaftsmathematik an der Technischen Universität Braunschweig sowie ihren Master of Business Administration an der University of Rhode Island in den USA. Sie arbeitet seit 2010 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement IAT der Universität Stuttgart im Bereich Dienstleistungsmanagement.

Dr. Michael Krause absolvierte ein Studium des Maschinenbaus sowie der Wirtschaftswissenschaften für Ingenieure an der Ruhr-Universität Bochum. Es folgten Tätigkeiten als Projektleiter und später in der Geschäftsführung am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e. V.. Von 2001 bis 2007 war er Senior Consultant bei der ARÖW GmbH, Duisburg, von 2008 bis 2012 Managing Consultant bei der innowise GmbH, Duisburg. Seit 2012 ist er Leiter der Freiburg Academy of Science and Technology (FAST) an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. FAST bietet bedarfsorientierte und maßgeschneiderte Kompetenzentwicklung durch „Training-on-the-Project" an.

Prof. Dr. Bernd Kriegesmann studierte Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Von 1989 bis 1991 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e. V., von 1991 bis 1993 als Fachreferent beim Bundesministerium für Forschung und Technologie (Innovationsförderung), von 1993 bis Februar 2000 als Geschäftsführer des IAI, von März 2000 bis Juli 2008 als Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Gelsenkirchen und seit Juli 2002 als Vorstandsvorsitzender des IAI. Zudem ist Bernd Kriegesmann seit August 2008 Präsident der Westfälischen Hochschule (ehemals Fachhochschule Gelsenkirchen). Als Mitglied in verschiedenen Arbeitskreisen und Beiräten und als Autor zahlreicher Fachpublikationen ist er u. a. Herausgeber der „Berichte aus der angewandten Innovationsforschung" sowie der Reihe „Innovation: Forschung und Management".

Nicole Lubecki-Weschke ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fraunhofer-Arbeitsgruppe für Supply Chain Services SCS in Nürnberg, wo sie federführend für den Fachbereich Lagerbenchmarking zuständig ist. Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum begann Nicole Lubecki-Weschke ihre Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer Anwendungszentrum für Verkehrslogistik und Kommunikationstechnik AVK. Sie war 1996 in verantwortlicher Rolle an der Gründung des dortigen Benchmarking Centers beteiligt, das Sie von 2000 bis 2003 leitete. Nach einer Familienpause führt sie seit 2006 in der Gruppe Prozesse der Fraunhofer SCS Benchmarking-Projekte in Industrie-, Handels- und Logistik-Dienstleistungsunternehmen durch.

Prof. Dr. Konrad Meissner hat eine Professur für Anästhesiologie an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Universitätsmedizin Greifswald inne. Er habilitierte sich über eine drittmittelgeförderte pharmakologische Arbeit zu Arzneimitteltransport im Herzen und erhielt den Hans J. Dengler Preis für Klinische Pharmakologie. Er war mehrere Jahre Visiting Professor und Clinical Instructor im Dept. of Anesthesiology der Washington University in St. Louis, USA. Neben der klinischen Tätigkeit in der anästhesiologischen Traumaversorgung beschäftigte er sich in der Division

of Clinical and Translational Research mit der individuellen Reaktion auf Opioide und erwarb das ECFMG-Certificate. Sein derzeitiger Arbeitsschwerpunkt liegt in der Etablierung eines studentischen Lern- und Lehrzentrums an der Universitätsmedizin Greifswald.

Dr. Wolfgang Menz hat in Marburg, Edinburgh/Schottland und Frankfurt Soziologie studiert. Von 1999 bis 2003 war er als Projektmitarbeiter und Wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Gesellschafts- und Politikanalyse an der Universität Frankfurt beschäftigt, bevor er bis 2006 Promotionsstipendiat der Hans-Böckler-Stiftung wurde. Seit 2007 ist er Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e. V. – ISF München. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte sind Arbeits-, Industrie- und Organisationssoziologie, Technik- und Wissenschaftsforschung und Methoden der empirischen Sozialforschung.

Dr. phil. Andrea Newerla hat ein Magisterstudium in Soziologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen und an der Vrijen Universität in Amsterdam absolviert. Im Anschluss konnte sie Erfahrungen in einem hessischen Forschungsprojekt zur Sterbebegleitung in Altenpflegeheimen sammeln. Darauf aufbauend folgte dann ihr Promotionsprojekt, welches sie im Rahmen des DFG-Graduiertenkollegs „Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ an der Philipps-Universität Marburg durchführte. Hier konnte sie detaillierte Erkenntnisse über die Interaktionsbeziehungen zwischen Menschen mit Demenz und Pflegekräften in der stationären Versorgung gewinnen. Seit 2012 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Aktuell begleitet sie ein hessisches Modellprojekt zur Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz, die in Akutkrankenhäusern behandelt werden. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich Gouvernementalitätsstudien und Soziologie des (letzten) Lebensalters.

Dipl.-Wirt.-Ing. Stephan Nottmeier M.Sc. studierte Diplom-Wirtschaftsingenieurwesen im Fachbereich Maschinenbau an der Fachhochschule in Münster und absolvierte im Anschluss ein Masterstudium im Wirtschaftsingenieurwesen. Von 2008 bis Oktober 2011 war er als Unternehmensberater mit den Schwerpunkten Projektmanagement und Lean-Management-Consulting tätig. Seit Oktober 2011 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) e. V. an der Ruhr-Universität Bochum und ist Doktorand an der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Lean Production, Lean Services, Lean Administration, Prozessoptimierung und kontinuierliche Verbesserungsprogramme (KVP).

Prof. Dr. Stefanie Paluch vertritt seit Oktober 2013 den Lehrstuhl für Technologie- und Innovationsmanagement an der Technischen Universität Dortmund und hat seit Mai 2012 die Juniorprofessur für Dienstleistungs- und Technologiemanagement an der TU Dortmund inne. Sie forscht und lehrt zu innovativen Themengebieten wie Co-Creation, Social

Media Management, Open Innovation und Technologieakzeptanz mit einem speziellen Fokus auf den Business-to-Business-Sektor. In ihrer Dissertation untersuchte sie, wie Geschäftskunden innovative Dienstleistungstechnologien wahrnehmen, die zur Wartung von Hightech-Produkten eingesetzt werden. Die Arbeit wurde mit dem Dissertationspreis 2011 der TU Dortmund ausgezeichnet.

Mario A. Pfannstiel M.Sc., M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bayreuth im BMBF-geförderten Drittmittelprojekt „Service4Health". Er erwarb ein Diplom der Fachhochschule Nordhausen im Bereich „Sozialmanagement", einen M.Sc.-Abschluss der Dresden International University in Patientenmanagement und einen M.A.-Abschluss der TU Kaiserslautern und der Universität Witten/Herdecke im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Er war in verschiedenen Krankenhäusern im In- und Ausland beschäftigt. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. Seine Forschungsarbeiten umfassen Beiträge zum Prozess-, Produktivitäts- und Diversitätsmanagement im Krankenhaus.

Sandra Puliafito studierte Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Bern. Im Anschluss daran absolvierte sie ein Masterstudium im Fach Business Excellence an der Hochschule Wirtschaft Luzern, wo sie sich in den Bereichen Prozess-, Projekt- und Qualitätsmanagement spezialisierte. Sie verfügt über langjährige Berufserfahrung im Spitalwesen, zuerst als Qualitätsbeauftragte an der Orthopädischen Klinik im Inselspital Bern und danach als Leiterin des Qualitätsmanagements im fmi-Spital Interlaken. Seit 2013 arbeitet sie wieder im Inselspital Bern als Projektleiterin im Bereich Prozessmanagement.

Tobias Rabsahl M.Sc. studierte Wirtschaftsingenieurwesen-Maschinenbau an der FH Südwestfalen und absolvierte im Anschluss ein Masterstudium im Fach Business Management with Entrepreneurship an der Edinburgh Napier University in Schottland. Seit 2013 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Industrial Sales Engineering (ISE) der Fakultät Maschinenbau an der Ruhr-Universität Bochum in Lehre und Forschung. Im Rahmen seiner Forschungstätigkeiten bearbeitet er im vom BMBF geförderten Projekt ProDi (Produktivitätssteigerung bei Dienstleistungen durch Prozessinnovation) instrumentelle Ansätze zur Produktivitätssteigerung bei Dienstleistungen.

Slavka Radnic ist Pflegefachfrau, -managerin und Organisationsentwicklerin (MSc in Organisationsentwicklung, Iff Wien 2007). Seit 1985 ist sie im Inselspital Bern tätig und verfügt über langjährige Berufserfahrung als Pflegende in verschiedenen Fachdisziplinen. Ihre Führungserfahrung sammelte sie zuerst als Leiterin Pflegedienst der viszeralchirurgischen Klinik und anschließend während zehn Jahren als Leiterin Pflegedienst vom Departement Magen-, Darm-, Leber- und Lungenkrankheiten. Seit 2008 arbeitet sie als Bereichsleiterin Prozessmanagement in der Direktion Pflege/MTT. In dieser Funktion ist sie für die spitalweite Umsetzung des Prozessmanagements verantwortlich.

Andrea Rößner studierte Diplom-Betriebswirtschaftslehre an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg mit Schwerpunkten auf Kommunikationswissenschaften, Marketing und Logistik. Seit 2011 arbeitet sie am Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement IAT der Universität Stuttgart – welches eng mit dem Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO in Stuttgart kooperiert – als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Dienstleistungsmanagement. Ihr wesentlicher inhaltlicher Aufgabenschwerpunkt ist die Dienstleistungsproduktivität.

Dr. med. Pascal Scher MBA hat Humanmedizin an der LMU München und EMAU Greifswald studiert sowie einen Master of Business Administration in Healthcare Management an der HWR Berlin absolviert. Nach verschiedenen Positionen bei freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern war er zuletzt als Prokurist und Leiter Unternehmensentwicklung der Sana Kliniken Lübeck GmbH tätig. Seit April 2013 verantwortet Dr. Scher in der Schweiz als medizinischer Projektmanager die Fusion des Inselspitals – Universitätsmedizin Bern mit der Spital Netz Bern AG. Er ist Gründungsmitglied von ConceptHospital, einem Brainpool für das Gesundheitswesen der Zukunft.

Dr. rer. medic Nicole Stab studierte von 2001 bis 2005 an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) im Studiengang Gesundheitsförderung und -management (Abschluss: Diplom-Gesundheitswirtin (FH)). Seit 2005 arbeitet sie in der Arbeitsgruppe „Wissen-Denken-Handeln“ der Fachrichtung Psychologie der Technischen Universität Dresden als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie bearbeitet im Rahmen Ihrer Tätigkeit Drittmittelprojekte vor allem zum Thema „Arbeitsorganisation in der stationären Krankenpflege“. 2005 bis 2010 studierte sie im Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden (Abschluss: Magistra Public Health (MPH)).

Dr. Anne-Sophie Tombeil studierte Politikwissenschaft und Allgemeine Rhetorik in Tübingen und Florenz. Schwerpunkte Ihrer Forschungs- und Entwicklungsarbeit am Fraunhofer IAO liegen in internationalen Foresight-Projekten sowie Forschung und Entwicklung in den Themenfeldern Dienstleistungsarbeit und Innovationsgeschehen. Sie gehört zum Fraunhofer-Team im Büro der Forschungsunion Wirtschaft-Wissenschaft zur Beratung die Hightech-Strategie der Bundesregierung. Sie ist verheiratet und hat drei Kinder.

Antonia Unger studierte von 2006 bis 2011 Rechtswissenschaften an den Universitäten Greifswald und Sheffield (Dipl.-Jur.). 2010 nahm sie in Greifswald zusätzlich ein Psychologiestudium auf. Seit 2011 ist sie am Lehrstuhl für Sozialpsychologie/Arbeits- und Organisationspsychologie bei Prof. Dr. Manfred Bornewasser tätig. Ihre Arbeitsgebiete liegen im Bereich der Kriminalprävention und der Gesundheitspsychologie. Seit 2014

ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem BMBF-geförderten Projekt zum prozessintegrierten Kompetenzmanagement in Wirtschaft und Verwaltung an der Universität Greifswald.

Raphaela Wehl ist Kultur- und Arbeitswissenschaftlerin am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit an der Universität Bremen. Seit 2011 arbeitet sie am artec als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsfeld „Arbeit und Organisationen". Ihre Forschungsschwerpunkte sind Arbeits- und Organisationsforschung sowie Arbeit in sozialen Dienstleistungen.

Carolin Wernicke M.Sc. ist seit 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Marketing-Department der Freien Universität Berlin tätig. Zuvor absolvierte sie ein Duales Studium in Kooperation mit der Siemens AG an der Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin mit Abschluss zum Bachelor of Business Administration. Danach folgte ein Masterstudium (M.Sc.) in Management an der ESCP Europe in London, Paris und Berlin. Ihre Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Business-to-Business-Marketing und Innovationsmanagement.

Dr. Kristin Westphal hat an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald Medizin studiert. Nach dem Studium arbeitete sie in der Abteilung Transfusionsmedizin des Instituts für Immunologie und Transfusionsmedizin und in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universität. Während ihrer ärztlichen Tätigkeit am Institut für Pharmakologie verfasste sie ihre Promotion auf dem Gebiet der klinischen Pharmakologie. Sie ist aktuell als Oberärztin in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universität tätig.

Anna Wetjen arbeitet als Arbeits- und Sozialwissenschaftlerin am artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit an der Universität Bremen. Seit 2011 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsfeld „Arbeit und Organisationen" tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeits- und Organisationsforschung sowie Arbeit in sozialen Dienstleistungen.

Dr. Claudia Wiese promovierte nach dem Studium der Psychologie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Seit 2011 setzt sie sich in dem BMBF-geförderten Projekt „service4health" vor allem mit dem Thema Prozessmanagement unter Berücksichtigung von Diversität auseinander. Daneben arbeitet sie in einem Forschungsprojekt der Entwicklungspsychologie am Lehrstuhl von Prof. Dr. Krist im Bereich der frühkindlichen kognitiven Entwicklung.

Dr. Maria Zach leitet das Zentrale OP-Management in der Stabsstelle Strategisches Controlling und Medizincontrolling an der Universitätsmedizin in Greifswald. Zuvor war sie lange Jahre als Oberärztin in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universitätsmedizin Greifswald tätig. Ihre Interessenschwerpunkte liegen im Bereich der perioperativen Prozesssteuerung, der Qualitätssicherung, der Logistikoptimierung und des Personalmanagements.

Prof. Dr. phil. Joachim Zülch ist seit 2005 Inhaber des Lehrstuhls für Industrial Sales Engineering (ISE) an der Fakultät für Maschinenbau der Ruhr-Universität Bochum. Seine Arbeitsgebiete sind u. a. kunden- und qualitätsorientiertes Prozessmanagement und das industrielle Innovationsmanagement. Daneben ist er geschäftsführender Mitgesellschafter des mib – Management Institut Bochum GmbH, das sich mit der Einführung kundenorientierter Managementsysteme in Industrie, Dienstleistungsunternehmen und der öffentlichen Verwaltung beschäftigt. Er war bis 2012 Leiter des DGQ-Regionalkreises Ruhrgebiet. Weiterhin ist er für den Verein Deutscher Ingenieure (VDI) Vorstandsmitglied der Initiative Ludwig Erhard Preis (ILEP), wo Unternehmen für Spitzenleistungen im Wettbewerb ausgezeichnet werden. Im Rahmen seiner Forschungstätigkeiten leitet er das Teilvorhaben „Instrumentelle Ansätze zur Produktivitätssteigerung im Dienstleistungsbereich“ im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes ProDi (Produktivitätssteigerung bei Dienstleistungen durch Prozessinnovation).

Dienstleistungen im Gesundheitssektor

1

Manfred Bornewasser

Inhaltsverzeichnis

1.1 Die Bedeutsamkeit des Dienstleistungssektors 1
1.2 Die Vielfalt hinter dem Begriff „Dienstleistung“ 3
1.3 Entwicklung der Gesundheitsbranche im Einzelnen 4
1.4 Vernachlässigung der Dienstleistungsforschung 8
1.4.1 Trennung und Hybridisierung 9
1.4.2 Mehrere Gegenstandsbereiche: Eine gemeinsame Theorie oder viele verschiedene Theorien? 10
1.4.3 Kosten- und Qualitätsbewusstsein im Gesundheitssystem 15
1.5 Vorschau auf die kommenden Artikel 17
Literatur 23

1.1 Die Bedeutsamkeit des Dienstleistungssektors

Die Dienstleistungslücke, von der in Deutschland in den 1990er Jahren gesprochen wurde, ist längst Vergangenheit. Dienstleistungen sind eine Branche in stetem Wachstum, deutschland- und europaweit. Dass ihre Bedeutung in der deutschen Gesamtwirtschaft hinter der im EU-Durchschnitt und der in den USA nach wie vor zurückbleibt, ist im Wesentlichen Folge einer hierzulande immer noch starken Dominanz des Industriesektors. 2011 betrug der Anteil des Verarbeitenden Gewerbes an der Bruttowertschöpfung OECD-Erhebungen zufolge immer noch 22,6 % – und liegt damit weit über dem Durchschnitt der EU von 15,6 % (BMWi 2012). Und dennoch: Mit dem Wandel des Verhältnisses

M. Bornewasser (✉)
Institut für Psychologie, Abteilung Arbeits- und Organisationspsychologie,
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Franz-Mehring-Straße 47, 17489 Greifswald, Deutschland
E-Mail: bornewas@uni-greifswald.de

M. Bornewasser et al. (Hrsg.), *Dienstleistungen im Gesundheitssektor*,
DOI 10.1007/978-3-658-02958-6_1, © Springer Fachmedien Wiesbaden 2014

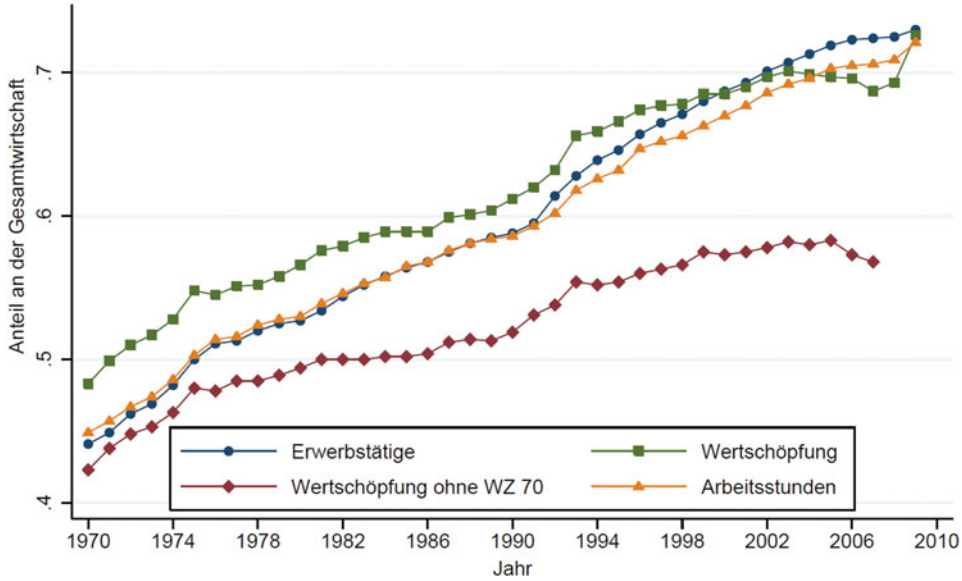

Abb. 1.1 Entwicklung des Dienstleistungssektors in Deutschland (Quelle: Niebel, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung 2010)

der neu hergestellten materiellen Güter zu den immateriellen Gütern hat sich die deutsche Wirtschaft innerhalb der letzten Jahrzehnte neu entworfen. Mit der Entwicklung der Dienstleistungsbranche stieg auch ihre Bedeutsamkeit – wenngleich dieser Zuwachs in der wissenschaftlichen Literatur noch wenig Niederschlag findet. Dort ist sie Stiefkind, dessen Entwicklung zum erfolgreichen Familienmitglied noch weitestgehend aussteht.

Ein paar Zahlen helfen, das tatsächliche Wachstum des Dienstleistungssektors nachzuvollziehen. Der Anteil der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor nimmt stetig zu. Er betrug 1991 lediglich 59 %, im Jahr 2011 waren bereits 74 % aller Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor beschäftigt. Absolut betrachtet waren dies 30,3 Mio. Menschen (destatis 2013). Ein Jahr später wurden bereits 30,6 Mio. im Dienstleistungssektor Beschäftigte gezählt (BMWi 2013). Damit ist die Dienstleistungswirtschaft „Triebfeder des gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsaufbaus“ (BMWi 2012). Noch deutlicher nachvollziehbar wird diese Entwicklung, wenn man die Beschäftigtenzahlen zu denen der nach wie vor starken traditionellen Industrie ins Verhältnis setzt: Vor 40 Jahren war dort noch jeder zweite Beschäftigte untergebracht, heute ist es nur noch jeder fünfte (BMWi 2013a). Betrachtet man diese Gegebenheiten aus Perspektive der Unternehmen, so sind die Zahlen noch beeindruckender: 2009 waren rund 2,9 Mio. Unternehmen im Dienstleistungssektor engagiert, das sind etwa 81 % aller Unternehmen (BMWi 2013).

Mit diesem zahlenmäßigen Anstieg verbindet sich natürlich auch ein deutlicher Zuwachs an volkswirtschaftlicher Bedeutung. 2011 waren die Dienstleistungsbereiche für etwa 69 % der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung verantwortlich, 1991 lag dieser Wert bei nur 62 %. Insgesamt betrug die Bruttowertschöpfung 2011 1.584 Mrd. € (was gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 1,9 % bedeutet hat; BMWi 2013; Abb. 1.1).

1.2 Die Vielfalt hinter dem Begriff „Dienstleistung“

Doch täuscht die Verwendung des Begriffs „Dienstleistung“ eine Schlichtheit vor, die es im Grunde nicht gibt. Ungeachtet der abweichenden und uneinheitlichen definitorischen Annäherungen und Schwerpunkte, die die unterschiedlichen theoretischen Disziplinen für sich wählen (vgl. auch Abschn. 1.4), verbirgt sich auch in einer anwendungsorientierten Hinsicht hinter dem Wort eine Vielzahl von Untergruppen, die auf den ersten Blick nur wenige Gemeinsamkeiten haben und eine differenziertere Betrachtung unentbehrlich machen. In der letzten offiziellen Klassifikation der Wirtschaftszweige von 2008 besetzen die Dienstleistungen die Abschnitte G bis S, also immerhin 13 Unterkategorien (Bundesagentur für Arbeit 2008). Diese beginnen ganz klassisch mit dem Handel und der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen, es folgen Verkehr und Lagerei, das Gastgewerbe, die Abschnitte Information und Kommunikation und Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, dann kommen das Grundstücks- und Wohnungswesen, die Bereiche Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen sowie Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen, gefolgt von der Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung und dem Abschnitt Erziehung und Unterricht. Zuletzt folgen das Gesundheits- und Sozialwesen, der Bereich Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie die Erbringung von sonstigen Dienstleistungen. Dass selbst diese Klassifikation nicht ausreicht, der Vielfältigkeit der Branche gerecht zu werden, zeigt schon die Notwendigkeit des Abschnittes S, dem Auffangbecken für die schwer einsortierbaren „sonstigen Dienstleistungen“. Dort stehen die „Interessenvereinigungen“ (wie politische und kirchliche Vereinigungen oder Jugendorganisationen) direkt über der „Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern“. Auch Friseursalons, Saunen und Krematorien müssen sich in diese Gemengelage mit einreihen.

Und natürlich gibt es auch innerhalb der Dienstleistungsbereiche Unterschiede in Hinsicht auf die gesellschaftliche und wirtschaftliche Relevanz des jeweiligen Bereiches. In Beschäftigungszahlen gemessen liegen an der Spitze der Handel (mit 19 % der Erwerbstätigen) und die Unternehmensdienstleistungen (mit 18 %). An dritter Stelle folgt hier bereits das Gesundheits- und Sozialwesen. Hier arbeiteten 2011 rund 14 % aller Erwerbstätigen (BMWi 2013). Das stärkste wirtschaftliche Wachstum im Vergleich 2010–2011 verzeichneten die Bereiche Unternehmensdienstleistungen (+ 2,9 %), Handel (+ 4,1 %), Verkehr (+ 4,7 %) und Gastgewerbe (+ 4 %) (BMWi 2013). Einen guten Überblick über die Vielfältigkeit innerhalb der Dienstleistungsbranche hinsichtlich Arbeitsschwerpunkten, wirtschaftlicher Kraft und Entwicklungspotenzialen liefert Abb. 1.2.

Doch gibt es naturgemäß nicht nur Rosiges aus der Welt der Dienstleistungen zu berichten. Nirgends arbeiten mehr geringfügig Beschäftigte, ganz besonders viele im Handel und im Gastgewerbe. Und anders als in der traditionellen Industrie hat die Nachfrage nach geringfügig beschäftigten Dienstleistern in den letzten Jahren auch nicht abgenommen – trotz des konträr verlaufenden Anstiegs Hochqualifizierter im selben Zeitraum. Bemerkenswert sind auch die Zahlen zum deutschen Dienstleistungsexport. Mit einem Anteil von nur 15 % exportierten Dienstleistungen am gesamten Export nimmt Deutschland im europäischen Vergleich nach wie vor nur eine der hinteren Positionen ein (Niebel 2010). Die

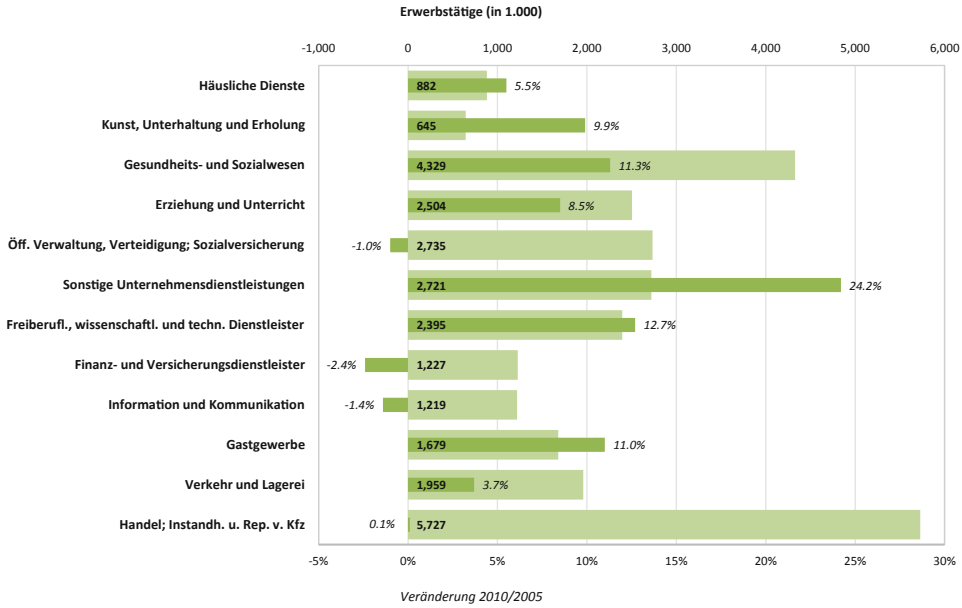

Abb. 1.2 Erwerbstätigkeit in ausgewählten Dienstleistungsbranchen 2012 (Quelle: BMWi 2012)

Gründe dafür liegen zum einen in den geringen Zunahmen bei den unternehmensnahen Dienstleistungen, zum anderen (trotz der zunehmenden Zahlungsfreudigkeit deutscher Touristen im Ausland) in der Dominanz der Reisedienstleistungen gerade in Südeuropa. Das einzig spürbare Plus erwirtschaftete der grenzüberschreitende Finanzdienstleistungssektor. So änderte sich der Fehlbetrag in der Dienstleistungsbilanz von etwa 3 Mrd. € auch im Jahr 2012 nur unwesentlich (Deutsche Bundesbank 2013; Abb. 1.3).

1.3 Entwicklung der Gesundheitsbranche im Einzelnen

Wie bereits angedeutet wird ein Großteil der Dienstleistungsarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen verrichtet und nach wie vor verbergen sich hier ungenutzte Potenziale. Auch EU-weit ist eine solche Aufwärtsbewegung erkennbar. Im Zeitraum 2010 bis 2011 entstanden mehr als ein Drittel aller neuen Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialsektor (der damit eine der wenigen im Kontrast zur Gesamtwirtschaft aufsteigenden Branchen war), wenngleich hier noch keine Differenzierung hinsichtlich der einzelnen dienstleistenden und anderen Berufe gemacht wird (Bank für Sozialwirtschaft 2013).

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft steigt jedoch nicht nur in volkswirtschaftlicher Sicht – 2011 wurden allein durch die Gesundheitsdienstleistungen immerhin 10 % der Bruttowertschöpfung generiert (BMWi 2013) – sondern auch (und möglicherweise vor allem) in gesellschaftspolitischer Hinsicht. Die Branche der Gesundheitsdienstleistungen ist in einem fühlbaren und stetigen Wandel. Die Gründe sind vielfältig: Der

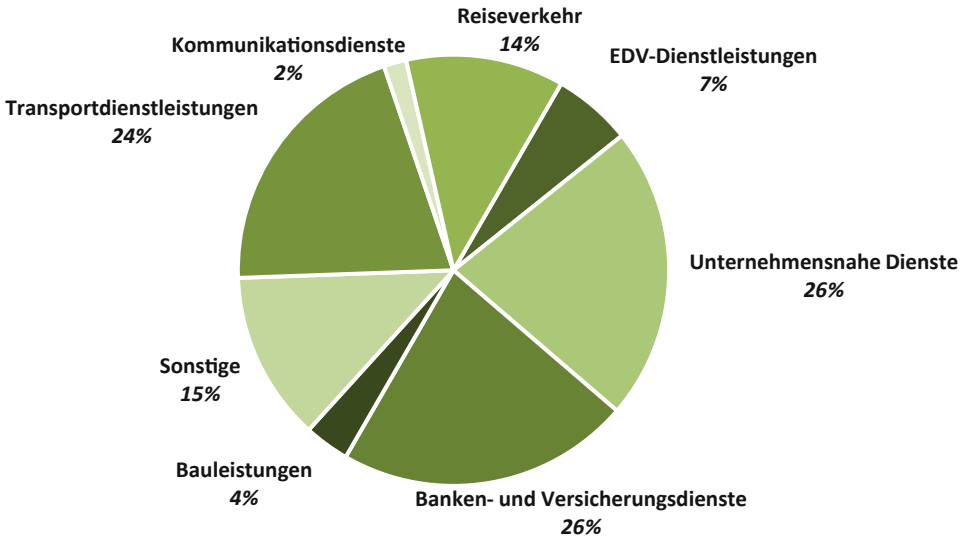

Abb. 1.3 Anteil ausgewählter Branchen am Dienstleistungsexport 2012 (Quelle: BMWi 2012)

soziodemografische Wandel, ein verändertes Gesundheitsbewusstsein und -verhalten und wirtschaftspolitische Einflüsse wie die Privatisierungen der letzten Jahren in diesem Bereich werden immer wieder benannt. Besonders betroffen sind die sogenannten „pflegenden Dienstleistungen" (gemeint ist das stationäre sowie ambulante Kranken- und Altenpflegepersonal). Eine älter werdende Gesellschaft – in 50 Jahren soll der Anteil der über 65-Jährigen EU-weit auf über 150 Mio. ansteigen und sich damit quasi verdoppelt haben (Bundeszentrale für politische Bildung 2011) – schafft neue und komplexere Pflegebedarfe. Veränderte Familienstrukturen – steigende Beschäftigungsquoten bei Frauen und sich über das ganze Land und darüber hinaus zerstreuende Familien – beeinflussen die Betreuungssituationen im hohen Alter zusätzlich.

Diese Umstände machen die in gewisser Weise besondere und herausragende Bedeutung des Gesundheitssektors innerhalb der einzelnen Dienstleistungsbranchen aus. Gesundheitsleistungen werden zunehmend wichtiger und ebenso unverzichtbarer. Gleichzeitig gilt es zu bedenken, dass die Ausgaben für das Gesundheits- und Sozialwesen auch heute noch (ebenso wie im Rest der EU) schwerpunktmäßig der öffentliche Haushalt trägt. 2010 betrugen die Gesundheitsausgaben in Deutschland, ob als Sach- oder als Barleistungen, 11,3 % des Bruttoinlandsprodukts (Statistisches Bundesamt 2013, S. 12). Umgerechnet sind das gut 293 Mrd. €, pro Kopf fast 3.600 € (Statistisches Bundesamt 2013, S. 34). Gerade in Zeiten wirtschaftlicher Not liegt hier naturgemäß ein ökonomischer und gesellschaftlicher Brennpunkt. Die steigende Nachfrage bei gleichzeitig zunehmendem budgetärem Druck der entsprechenden Dienstleister führt zu Herausforderungen, die nicht nur einzelne Anbieter und Nachfrager, sondern die ganze Gesellschaft auf unterschiedliche Weisen betreffen.

2011 arbeitete fast jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen, absolut etwa 4,9 Mio. Menschen, davon etwa 3,6 Mio. Frauen. Das waren insgesamt 1,8 % mehr als im

Tab. 1.1 Gesundheitspersonal nach Berufen in 1000 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Gegenstand der Nachweisung	2011		2010	
	Insgesamt	Darunter Frauen	Insgesamt	Darunter Frauen
Berufe insgesamt	4920	3641	4833	3560
Gesundheitsdienstberufe	2793	2228	2748	2195
Ärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten, Zahnärzte Darunter u. a.:	508	245	497	236
Ärzte	342	150	334	144
psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	36	25	35	24
Übrige Gesundheitsdienstberufe Darunter u. a.:	2285	1984	2252	1959
Medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte	647	639	639	633
Heilpraktiker	35	27	33	25
Gesundheits- und Krankenpfleger	826	706	818	702
Medizinisch-technische Assistenten	99	91	98	90
Soziale Berufe (darunter u.a.: Altenpfleger, Altenpflegehelfer, Heilpädagogen)	470	402	447	383
Gesundheitshandwerker	148	76	146	74
sonstige Gesundheitsfachberufe	96	62	97	64
andere Berufe im Gesundheitswesen	1412	873	1394	845

Vorjahr und sogar 10,2 % mehr als noch 2006 (destatis 2013). Der hohe Frauenanteil in den Gesundheitsberufen ist dabei keineswegs eine spezifisch deutsche Erscheinung. EU-weit sind etwa 80 % der hier Beschäftigten Frauen, eine Quote, an die sich sogar Länder mit einem traditionell überdurchschnittlich hohen oder geringen weiblichen Beschäftigungsanteil in den letzten Jahren angeglichen haben (Bank für Sozialwirtschaft 2013). Auch das Phänomen der alternden Gesellschaft findet in der Gesundheitsbranche stärker als in anderen Branchen Niederschlag. Und zwar keineswegs nur auf der Seite der Leistungsabnehmer, sondern auch beim Personal. Zwischen 2000 und 2011 ist der Anteil der Über-50-Jährigen dort europaweit von 20 auf 30 % gestiegen, ein im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittlicher Anstieg (Bank für Sozialwirtschaft 2013), der ganz neue Belastungsstrukturen mit sich bringt und Bewältigungsstrukturen erforderlich macht.

Auch im Bereich Gesundheit und Sozialwesen ist der Begriff Dienstleistung jedoch keineswegs selbsterklärend, denn die Branche beschäftigt ganz unterschiedliche Arbeitnehmer. Nicht nur Gesundheitsdienstleister, klassisch vor allem Ärzte und Pfleger, auch sogenannte Gesundheitshandwerker (wie Zahntechniker oder Orthopädiemechaniker) und sonstige Gesundheitsfachberufe (etwa Gesundheitsingenieure oder Pharmakanten) gehören hierhin. Einen Überblick über die gängige Klassifikation und die jeweiligen Zahlen gibt Tab. 1.1, eine vereinfachte Zusammenstellung der Daten des statistischen Bundesamts (destatis 2013a).

Dabei sind es jedes Jahr zum Großteil die Gesundheitsdienstberufe, die für das Wachstum der Branche der Gesundheitsdienstleistungen verantwortlich sind, also diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind (z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilpraktiker). Dort arbeiteten zum 31. Dezember 2011 45.000 Menschen mehr als zum Jahresende 2010. Je 8000 davon waren zusätzliche Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenpfleger und –pflegerinnen. (Nichtsdestoweniger sollen diese Zahlen nicht über einen durchaus widersprüchlichen längerfristigen Trend hinwegtäuschen: Während der Anteil des ärztlichen Personals in den letzten 20 Jahren kontinuierlich stieg, war beim nichtärztlichen Personal eine Entwicklung in die entgegengesetzte Richtung zu verbuchen; Niebel 2010.) Doch ein Zuwachs von 17.000 Stellen im Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 offenbart auch die steigende Bedeutung der nichtdienstleistenden Berufe im Gesundheitswesen (destatis 2013a).

Auch im ambulanten Bereich wird die zunehmende Relevanz des Gesundheitssektors deutlich. 37.000 Beschäftigte waren hier Ende 2011 innerhalb eines Jahres hinzugekommen. Die Bereiche, die hier den stärksten Anstieg zu verzeichnen hatten, waren die sonstigen medizinischen Berufe, also etwa Ergo- oder Physiotherapiepraxen, sowie die ambulante Pflege (je 17.000 bzw. 9000 Beschäftigte zusätzlich).

In der (teil-)stationären Pflege und in Krankenhäusern betrug der Zuwachs zusammen 41.000 Beschäftigte. Interessant ist, dass der einzige rückläufige Bereich nicht zum Kern des Gesundheitsdienstleistungssektors zu rechnen ist: 2011 arbeiteten 3000 Beschäftigte weniger in der Verwaltung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen als noch ein Jahr zuvor (destatis 2013a).

Auch in den Pflegeberufen sind klare Trends erkennbar. Zum einen wird auch hier deutlich, dass die Branche wächst. In Pflegeheimen arbeiteten im Jahr 2003 510.000 und im Jahr 2011 bereits 661.000 Beschäftigte, in den ambulanten Pflegediensten stieg die Anzahl im selben Zeitraum von 200.000 auf 290.000. Doch ein detaillierterer Blick auf die Daten des Statistischen Bundesamts ergibt auch gegenläufige Trends: Nur in den ambulanten Pflegeberufen stieg auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten fühlbar, auch wenn sie dort mit 80.000 Personen Ende 2011 immer noch vergleichsweise gering ist. Im Bereich der Pflegeheime nahm die Zahl seit 2003 sogar ab: von 216.000 sank sie auf 212.000 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013).

Das starke Gewicht der Teilzeitbeschäftigung unter den Beschäftigungsmodellen in der Gesundheitsbranche ist nur eine der zahlreichen Folgen des Kostendrucks, der dem hohen Bedarf an Gesundheitspersonal in dieser Boombranche entgegensteht. In der europäischen Union sind in keiner anderen Branche so viele Arbeitnehmer, nämlich 32 % aller Beschäftigten, als Teilzeitkräfte eingestellt. In der Gesamtwirtschaft liegt dieser Anteil mit 19 % deutlich darunter (Bank für Sozialwirtschaft 2013). Dieser Trend trifft in Deutschland das Pflegepersonal am stärksten, aber keineswegs nur dieses. Zwischen 1991 und 2010 erhöhte sich der Anteil von Teilzeitbeschäftigten im ärztlichen Dienst von 4 auf 17 % (Bölt und Graf 2012). Doch auch die Entlohnung der Beschäftigten ist nicht frei von Unsicherheiten – trotz Mindestlöhnen und weitreichender tarifvertraglicher Regelungen zumindest in der stationären Versorgung. Die tariflichen Lohnsteigerungen blieben im Zeitraum 2005 bis 2012 mit 12 % fast zwei Prozentpunkte hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

zurück (destatis 2013b). Zudem bestehen im Detail nach wie vor große Vergütungsunterschiede, von denen die Pflegedienstleistungen am meisten betroffen sind. Ein Vergleich der Zeitschrift Wohlfahrt Intern (Röthig 2012) ergab im Bereich Alten- und Pflegehilfe ein Lohngefälle von bis zu 38 %, je nach Arbeitgeber (und entsprechender tariflicher Einbettung), Einrichtungsgröße und Art bzw. Ort der Leistungserbringung. Danach verdiente die Vollzeit-Pflegekraft in einem Altenheim bei den Johannitern jährlich etwa 42.000 €. Das ist etwa ein Fünftel mehr als Kollegen in ambulanten Pflegediensten erhalten. Für Beschäftigte in ambulanten Betrieben sieht die Situation häufig noch düsterer aus. Für sie gelten weitgehend weder Tarifverträge noch Mindestlöhne.

Ein deutliches Zeichen für den Kostendruck ist auch der Kapazitätsabbau der Krankenhäuser: 2011 waren in Deutschland 2045 Krankenhäuser in Betrieb, 2000 waren es noch 2242, 1991 sogar 2411 Häuser (Bölt und Graf 2012). Insgesamt bedeutet das in diesem Zeitraum ein Minus von 14 %. Die Anzahl der Betten hat sich im gleichen Zeitraum sogar fast um 25 % verringert. Fusionen mit dem Ziel der Konzentration hin zu größeren Häusern spielen bei dieser Entwicklung im Übrigen nur eine untergeordnete Rolle. Viel entscheidender ist der Trend zu Privatisierungen im Krankenhaussektor. Der Anteil von Häusern in privater Trägerschaft an allen allgemeinen Krankenhäusern nämlich hat sich seit 1991 verdoppelt, sodass heute die Mehrheit aller Kliniken in dieser Form organisiert ist (Bölt und Graf 2012).

1.4 Vernachlässigung der Dienstleistungsforschung

Soweit die nüchternen Zahlen, die es im Hinblick auf das Thema dieses Buches im Hinterkopf zu haben lohnt. Doch obwohl die Dienstleistung einen unübersehbaren Schwerpunkt des wirtschaftlichen Geschehens darstellt, spielt die Dienstleistungsforschung nur eine überschaubare und deutlich untergeordnete Rolle. Viele Wissenschaftsdisziplinen konzentrieren sich völlig einseitig auf Thematiken der Produktion. Dienstleistung spielt im Konzert der Wissenschaften noch keine entscheidende Rolle. Der vorliegende Band soll einen Beitrag dazu leisten, zumindest auf das bestehende Defizit hinzuweisen. Dies geschieht in drei Richtungen:

- Einmal durch eine Thematisierung von theoretischen Aspekten hinsichtlich des Arbeits- und Produktivitätskonzepts, womit gleichzeitig die Frage aufgeworfen ist, wie sich Dienstleistung und Produktion gegeneinander abgrenzen lassen.
- Sodann erfolgt eine Fokussierung auf die Frage, ob sich Dienstleistungsprozesse vergleichbar gestalten und systematisch bemessen lassen wie Produktionsprozesse, womit eine Darstellung und Erörterung von Managementinstrumenten angestoßen wird. Es stellt sich die Frage, ob sich die bekannten umfassenden Qualitätsmanagementsysteme aus der Industrie (z. B. TQM, Balanced Scorecard, EFQM) ganz oder teilweise auch auf den Dienstleistungsprozess übertragen lassen.

- Zum Dritten will der vorliegende Band diese Problematik noch weiter zuspitzen auf die Frage, ob sich die Erkenntnisse aus der Produktionsforschung nicht sogar direkt auch auf den Bereich der Humandienstleistungen übertragen lassen. In diesem Band finden sich einige Beispiele, die für eine zumindest begrenzte Übertragbarkeit stehen, andere Beispiele gerade im Bereich der Pflege verdeutlichen allerdings auch die Grenzen dieses Unterfangens.

Damit steht implizit die zentrale Frage im Raum, ob die Dienstleistung einen eigenen Forschungsansatz erforderlich macht oder aber als Teil des bestehenden, umfassenderen Produktionsprogramms anzusehen ist. Diese Debatte befindet sich erst in den Anfängen, allerdings dürfte es für den Ausgang von entscheidender Bedeutung sein, ob es gelingt, selbst stark integrative Humandienstleistungen, wie sie für den Gesundheitssektor typisch sind, einer übergeordneten Theorie der Leistungserstellung zu subsumieren.

1.4.1 Trennung und Hybridisierung

Die aufgezeigten Fakten belegen die ökonomische Dominanz der Dienstleistung gegenüber der Produktion. Dabei zeichnet sich die Produktion im Bereich der Industrie durch eine hochgradig rationalisierte Serienproduktion mit hohem Technisierungsgrad aus. Durch Rationalisierung wird der Blick auf umfassende Effizienzsteigerungen gerichtet, durch Technisierung werden Automatisierung und informationstechnische Prozesssteuerung betont, die bis hin zur digitalen Fabrik oder den im Programm Industrie 4.0 (BMBF 2013) dargestellten Produktionsformen in stark vernetzten Wertschöpfungsketten unter Einbeziehung des Internets reicht.

Die jegliche Industrialisierung kennzeichnende Serienproduktion erhält in den beiden letzten Jahrzehnten aufgrund der Einbettung in leistungsfähige IT-Systeme eine individualisierende Komponente durch Modularisierung: Das industriell hergestellte Gesamtprodukt erfährt programmgesteuert eine jeweils andersartige Konstellation von einzelnen Modulen, sodass das serienmäßige Gesamtprodukt zwar in der Struktur gleich bleibt, aber in den Teilen variiert. Als aussichtsreiche Weiterentwicklungen gelten die sog. Cyber-Physical-Systems (CPS), d. h. die Vernetzung von einbettenden Informationssystemen untereinander und mit dem Internet, um produzierende Unternehmen und Wertschöpfungsnetzwerke in Echtzeit steuern zu können. Solche Formen der IT-gesteuerten Mass Customization finden sich auch in der KMU-Welt, wenn etwa die Hersteller von Oberbekleidung die individuellen Kundendaten bereits im Produktionsprozess nutzen. Dabei verbinden sich zwei Tendenzen: Eine erste Tendenz zur Kombination von Dienstleistungen und Produktion und eine zweite Tendenz zur Einbettung der Prozesse in komplexe, dynamische Steuerungssysteme (vgl. Reichwald und Piller 2009).

Die zunehmende Verknüpfung oder Hybridisierung von Industrieproduktion und kundennahem Service zeigt sich bei der Ergänzung von z. B. Maschinen mit der professionalisierten Einweisung, Überwachung, Wartung und Reparatur, wie sie etwa von vielen

Maschinenbauunternehmen praktiziert wird (vgl. z. B. Ganz et al. 2012). Solche Formen der Vermischung von Produktion und Dienstleistung führen zu passgenauen Produkten, aber auch zum Versuch, frühzeitig eine dauerhafte Geschäftsbeziehung mit dem Kunden zu entwickeln. Der Lebenszyklus von Maschinen oder Dienstleistungen (etwa im Versicherungswesen) wird zum Ausgangspunkt vieler moderner Geschäftsmodelle, wobei sich der Kunde fragen muss, ob er ein Produkt erwirbt und damit die Maschine seiner eigenen Kontrollsphäre unterwirft oder ob er Formen des Erwerbs bevorzugt, die dem Hersteller weitere Kontrollrechte einräumen (z. B. entscheidet dann der Anbieter allein oder in Absprache, wann eine Wartung durchgeführt oder ein Teil ausgetauscht wird). Viele Produkte werden auf diese Weise längerfristig mit Dienstleistungen verknüpft, wobei offen bleibt, wie sich Produkt und Dienstleistung im Geschäftsmodell wertmäßig ergänzen.

Die Dienstleistung ist im Gegensatz zur traditionellen und modernen Produktion durch die umfängliche organisatorische Integration von externen Faktoren geprägt (vgl. Fließ 2006). Produktion galt metaphorisch betrachtet lange Zeit als ein geschlossenes System, das sich aus einer Struktur von kontrollierbaren und beherrschbaren internen Faktoren abschließend zusammensetzt. Diese Sicht wandelt sich gerade. Dienstleistungen hingegen beschrieben schon immer eher offene Systeme, in denen es zu einer Vermengung von internen und externen Faktoren kommt. Diese Integration ergibt sich nicht von allein, sondern sie muss durch zusätzliche Leistungen des anbietenden Unternehmens herbeigeführt werden. Diese fallen umso umfangreicher aus, je tiefer die Integration geht. Ein hoher Integrationsgrad tritt etwa im Bereich von Krankenhaus und Pflege auf, ein mittlerer Grad in der Kommunalverwaltung etwa in einem Bürgerbüro und ein sehr geringer Integrationsgrad etwa beim Onlinebanking. Je nach Integrationsgrad stehen die Unternehmen vor der Aufgabe, den niemals exakt zu kontrollierenden und zu kalkulierenden Kontakt mit dem Kunden zu steuern und zu gestalten. Hierin liegt eine gravierende Management- und auch Arbeitsaufgabe für die Beschäftigten, die in ihrer Komplexität nicht immer erkannt und auch nicht immer systematisch bearbeitet wird. Gerade im Bereich der Humandienstleistungen könnte ein Grund für dieses Defizit darin liegen, dass erhebliche moralische Bedenken bestehen, Dienstleistungsprozesse unter ökonomischen Gesichtspunkten zu analysieren und nach verbesserten Möglichkeiten der Effizienzsteigerung zu suchen. In vielen Krankenhäusern wird bereits auf den Verweis von Parallelitäten zu Industrieunternehmen (etwa im Bereich der Intralogistik) mit Entrüstung und Sorge vor Imageverlusten reagiert (vgl. aktuell z. B. Pfänder und Fischlein 2008, aber auch bereits Levitt 1972 oder Lovelock und Young 1979).

1.4.2 Mehrere Gegenstandsbereiche: Eine gemeinsame Theorie oder viele verschiedene Theorien?

Produktion und Dienstleistungen stellen zwei deutlich zu trennende Wirtschaftsbereiche dar. Davon zeugen die Statistiken des Statistischen Bundesamtes, wobei gerade hybride Formen das Problem aufwerfen, ob sie der einen oder der anderen Sphäre zuzuweisen sind. Diese Schwierigkeiten werfen in der Theorie die relevante Frage auf, ob Produktion

und Dienstleistung bzw. „manufacturing“ und „service“ (vgl. Bryson 2008) tatsächlich zwei theoretisch zu differenzierende Gegenstandsbereiche darstellen, wenn auch mit vielfältigen Übergängen und Mischformen, die auf der Grundlage spezifischer Kriterien der einen oder anderen Form zuzurechnen sind. Daraus ergibt sich die weitere Frage, ob Produktion und Dienstleistung als theoretische Idealtypen, als empirisch über eindeutige Kriterien voneinander abgrenzbare Realtypen oder aber als konkrete Realisierungen von Leistungen auf einem Kontinuum mit fließenden Übergängen begriffen werden sollten. Daran schließt sich die nächste Frage an, ob alle diese Formen durch eine einzige z. B. Leistungstheorie zu beschreiben und erklären sind oder ob verschiedene Theorien erforderlich sind, um Produktion und Dienstleistung als qualitativ zu trennende Bereiche konzipieren zu können, die dann ja auch noch weitere interne Differenzierungen etwa nach Sach- und Humandienstleistungen sowie im Bereich der Sachdienstleistungen nach z. B. Industrie- oder Handwerksdienstleistungen ermöglichen würden. In diesem Sinne resultieren kritische Fragen nach der Validität von Differenzierungen: Ist eine Pflegeleistung gegenüber einem Demenzkranken ganz anders zu beschreiben und zu erklären, ist sie damit eine qualitativ gänzlich andere Leistung als etwa eine Moderationsleistung in einer Talkshow oder eine Reparaturleistung an einem Staubsauger? Macht es einen qualitativ entscheidenden Unterschied, ob Arbeit an einem Objekt (wie einem TV-Gerät) oder an einem Subjekt (wie einer erkrankten Person in einem OP) ausgeübt wird? Und wenn ja, wo liegt der entscheidende Unterschied, welche zusätzliche Konzepte sind erforderlich? Oder gibt es bei aller oberflächlichen Unterschiedlichkeit des Phänotyps letztlich doch eine hohe Übereinstimmung im Genotyp der Leistungserbringung? Stellt die Integration eines externen Faktors eine qualitativ so gravierende Ergänzung dar, dass sich daraus eine über die Leistungstheorie von Gutenberg (1983) hinausgehende, eigenständige Theorie begründen würde? Die Beantwortung solcher Fragen fällt nicht leicht. Vielleicht kann sie vorläufig nur dadurch erfolgen, dass auf der Ebene der mathematischen Modellbildung und Simulation von Prozessen oder Produkten auf unterschiedliche Variablen zurückgegriffen werden muss, wenn Dienstleistungs- und Produktionsprozesse abgebildet und vorhergesagt werden sollen (vgl. Böttcher 2011).

Von daher wird es niemanden wundern, dass zufriedenstellende Antworten auf diese Fragen bislang nicht gegeben wurden. Einer der Gründe hierfür könnte darin liegen, dass Dienstleistungen bislang wenig untersucht wurden, ein zweiter darin, dass die industrielle Produktion in sich homogener, die Dienstleistung hingegen viel heterogener ist. Ein dritter Grund könnte sein, dass in der Produktion mit ihrem hohen Grad der Standardisierung ein viel geeigneteres Feld für systematische empirische Untersuchungen gesehen wurde als in der Dienstleistung mit ihrer Ausrichtung auf den einmal interaktiven Austausch und dann doch wieder individualisierten Einzelfall. So verwundert es auch kaum, dass in allen relevanten Wissenschaftsdisziplinen die Dienstleistung nur eine randständige Komponente darstellt:

- In der Arbeitswissenschaft wird vornehmlich auf Arbeit in Produktionssystemen Bezug genommen, wodurch Belastungen und Arbeitsschutz, Ergonomie, Prozessgestaltung

und Produktivität im Zentrum aller Betrachtungen stehen. Das von Schlick et al. (2011) herausgegebene Kompendium zur Arbeitswissenschaft hat dem Bereich der Dienstleistung folglich auch kein eigenes Kapitel gewidmet. Im Sachregister wird der Begriff Dienstleistung nicht einmal erwähnt.

- In der Arbeitspsychologie beschreibt das Konzept Arbeit fast einzig und allein Produktionsarbeit, wobei die Psychologie entsprechend ihrer individualistischen Ausrichtung insbesondere die Einzelperson fokussiert. Zentraler Aspekt der Arbeit ist die sog. Handlungsregulation, die im tayloristisch zerteilten Produktionsprozess auf unterschiedlichem Niveau abverlangt wird, wodurch Belastungen und Stress entstehen können. Neben Büssing und Glaser (1999) hat sich Hacker (2009) als einer der ersten Arbeitspsychologen systematisch mit Dienstleistungsarbeit vor allem im Bereich der Pflege im Krankenhaus beschäftigt. Allerdings fällt auch hier auf, dass selbst Hacker in seinem 2005 neu aufgelegten Standardwerk zur Produktionsarbeit den Begriff Dienstleistung im Sachregister nicht erwähnt.
- In der Arbeitssoziologie dominieren die klassischen Themen der Industriearbeit, wie sie etwa im Anschluss an Kern und Schumann (1970) verbreitet worden sind. Eine eigenständige deutsche Dienstleistungssoziologie wurde bislang kaum entwickelt, sieht man einmal von interaktionsorientierten Ansätzen im Bereich der Pflege etwa von Böhle, Dörre, Dunkel sowie Voss oder von mehr techniksoziologischen Ansätzen ab, wie sie etwa von Rammert (2007) für die Bereiche der Aktion, Interaktion und hybrider Formen in der Arbeitswelt formuliert wurden.
- In der Betriebswirtschaftslehre herrscht die Produktions- und Leistungslehre im Anschluss an Gutenberg vor, die Dienstleistung findet eher im Bereich des Marketings Erörterung (z. B. Stauss 2009). Das Konzept der Dienstleistungsproduktivität findet hier durchgängig starke Beachtung. Vergleichbares gilt auch für das Konzept der Dienstleistungsqualität. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens wurden frühzeitig umfassende Managementsysteme zur Qualitätssicherung und –steigerung eingeführt (vgl. z. B. Donabedian 1980) und spezielle Modelle zur Bestimmung der Dienstleistungsproduktivität entwickelt (vgl. z. B. Corsten 1994), ohne dass diese jedoch in der Praxis von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen durchgängig zur Anwendung kämen.
- Dienstleistungen nehmen auch im Bereich der Verwaltungswissenschaft breiten Raum ein (vgl. Brüggemeier und Dovifat 2013), hier allerdings nicht in Abgrenzung von Produktion sondern von hoheitlichen Tätigkeiten. Dies findet seinen Ausdruck im Konzept der Bürgernähe und in der Einrichtung von sog. Bürgerbüros, mit denen das Ziel verfolgt wird, Dienstleistungen für den Bürger so zu organisieren, dass möglichst wenig Kontakte mit möglichst nur einer Kontaktperson (One-stop- und Once-only-Prinzipien) erforderlich sind. Letzteres Prinzip geht auf die EU-Dienstleistungsrichtlinie zurück, die einheitliche Ansprechpartner und den Abbau von unverhältnismäßigen Auflagen bei der Gründung und Niederlassung von Unternehmen

fordert. Neuere Ansätze betonen das sog. e-Government, wodurch der zeit- und raumunabhängige Kontakt mit Verwaltungsbehörden ermöglicht wird, allerdings auf Kosten einer zunehmenden Formalisierung. Das gerade in Kraft getretene e-Government-Gesetz zielt darauf ab, Bund, Ländern und Kommunen einfachere, effizientere und nutzerfreundlichere elektronische Verwaltungsdienstleistungen zu ermöglichen.

Insgesamt hat die Forschung den Bereich der Dienstleistung bislang noch nicht so ausgiebig ins Visier genommen, wie das aufgrund ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung zu erwarten wäre. Dienstleistung erscheint bis in die 90er Jahre gerade in Deutschland als etwas Besonderes, ohne dass auf theoretischer Ebene eine belastbare systematische Differenz herausgearbeitet worden wäre. Diese Defizitlage war auch expliziter Anlass der Politik, über internationale Monitoring-Projekte oder mit Initiativen wie die 3sR-Bewegung (3sR steht für Social Science Service Research) einen eigenständigen Ansatz der Dienstleistungsforschung im deutschsprachigen Raum zu etablieren, Dienstleistungsforscher besser zu vernetzen und eigene Strukturen der Professionalisierung der Dienstleistungsforschung (im Sinne von Tagungen, Zeitschriften) zu entwickeln. Ergänzt und gestützt wurden diese Anstrengungen durch die administrative Entscheidung seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), eine eigene Abteilung für die Dienstleistung (neben Arbeit und Produktion) zu gründen und ein gesondertes Programm explizit zur Dienstleistungsforschung (Innovation mit Dienstleistungen) aufzulegen, um insbesondere Bedingungen der Innovation und Produktivität von Dienstleistungen genauer erforschen zu lassen (18 Verbundprojekte zu Service engineering und Service design 1999–2005; 36 Verbundprojekte zu Produktivität von Dienstleistungen 2009–2013).

In dem Bemühen, einen eigenständigen Zweig einer deutschen Dienstleistungsforschung zu etablieren, erfolgte eine enge Orientierung an Forschungsprogrammen aus Skandinavien (Edvardsson, Gummesson, Grönroos) und Nordamerika (Spohrer, Fitzsimmons, Bryson), wo dieser Fokus bereits seit Jahren etabliert ist. Drei dieser Bemühungen seien kurz erwähnt:

- Das MARS-Projekt des Fraunhofer Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) in Stuttgart (International Monitoring of Activities and Research in Services) stellte die erste breite Initiative dar, die internationale Dienstleistungsforschung für den deutschen Raum zu präsentieren. Etwa 20 Experten aus Nordeuropa, Nordamerika und Asien wurden seitens des IAO eingeladen, sich über die Dienstleistungsforschung auszutauschen, die aktuellen Trends zu beschreiben und die deutsche Dienstleistungsforschung zu stimulieren. Im Zentrum der Erörterungen standen drei Bereiche und drei zentrale Themenfelder: Im Dreieck von Kunde, Mitarbeiter und Technologie (also einem klassischen Konzept des soziotechnischen Systems) wurden die Bereiche des Service Engineering, der Service Experience und der Service Innovation erörtert, wobei das Service Engineering den Kunden und die Technologie, die Service Experience den Kunden und den Mitarbeiter sowie die Service Innovation das Zusammenspiel aller drei Komponenten umfasst (vgl. Spath und Ganz 2011).

- Das 3sR-Programm (eng assoziiert mit dem Namen Dunkel vom Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung, ISF) stellt in Teilen eine Fortführung der inhaltlichen Ansätze aus dem MARS-Projekt dar. Dieses Programm hat sich zum Ziel gesetzt, das im MARS-Projekt aufkeimende Pflänzchen einer weltweit vernetzten Dienstleistungsforschung zu einer ansehnlichen Pflanze fortzuentwickeln und insbesondere die Komponente der Interaktion von Kunde und Mitarbeiter (Service Experience) theoretisch zu vertiefen und empirisch weiter zu erforschen. Im Zentrum der Überlegungen stehen folglich Kontakte und Prozesse im Bereich von „encounter" oder „front-line" (vgl. Frenkel et al. 1999), Prozesse der Ko-Kreation und der Nutzung von Resultaten (vgl. Gummesson 1998) und damit die neuartige service-dominant logic, wie sie von Vargo und Lusch (2008; Vargo et al. 2011) wiederholt ausgearbeitet und präsentiert wurde.
- Ein letztes Symbol für eine Aufwertung der Dienstleistungsforschung liegt in der soeben abgeschlossenen Strategischen Partnerschaft „Produktivität von Dienstleistungen" des Fraunhofer IAO in Stuttgart, in die 36 Verbundprojekte mit zahlreichen Praxispartnern einbezogen waren. Diese Strategische Partnerschaft konzentrierte sich in acht Arbeitskreisen ganz auf die Messung, Gestaltung und Verbesserung verschiedenster Dimensionen der Dienstleistungsproduktivität. Die Arbeitskreise gaben zum Abschluss ihrer Beratungen eine Broschürensammlung heraus, in der die zentralen Beratungsergebnisse entlang eines einheitlichen Leitfadens zusammengetragen sind (Fraunhofer IAO 2013).

Im Ergebnis haben all diese Bemühungen bislang vor allem zu einer grundsätzlichen Differenzierung von zwei Strategien im Bereich der Dienstleistungsforschung geführt. Diese Differenzierung beruht auf der Annahme, dass Dienstleistung und Produktion Tendenzen zur wechselseitigen Anpassung vor allem in der autonomen Gestaltung der Dienstleistung aufweisen, beide aber auch deutliche Differenzen vor allem in der integrativen Prozessgestaltung zeigen. Eine integrative Strategie führt zu einer Zusammenführung von Produktion und Dienstleistung als zwei unterschiedlichen Erscheinungsweisen einer einheitlichen Leistungserstellung, wohingegen eine differenzierende Strategie die Trennung verfolgt, wobei einmal mehr die Besonderheiten der interaktiven Dienstleistung und einmal mehr die Besonderheiten der stärker autonomen Produktion herausgearbeitet werden (vgl. Djellal und Gallouj 2010). An der theoretischen Front herrschen damit weiterhin Unklarheiten und begriffliche Unschärfen vor, das gilt auch und besonders für das Wert- und Nutzenkonzept, das von Grönroos und Voima (2012) als „perhaps most ill-defined and elusive concept in service marketing and management" gekennzeichnet wird (vgl. auch Ng 2013). Solange aber keine theoretische Klarheit besteht, werden weiterhin zahlreiche Begriffe aus der Produktionssphäre mehr oder weniger vergleichbar auf die Dienstleistungssphäre übertragen, wodurch es nicht leichter wird zu entscheiden, ob Integration oder Differenzierung angesagt sind. Praktisch sieht vieles nach Integration aus.

1.4.3 Kosten- und Qualitätsbewusstsein im Gesundheitssystem

Der Gesundheitssektor ist einer der größten Dienstleistungsbereiche und steht bereits seit längerer Zeit im Mittelpunkt vieler theoretischer Ansätze und Modelle. Das hat vor allem damit zu tun, dass dieser Bereich von hoher sozialer Bedeutsamkeit ist, in diesem Markt viel Geld ausgegeben wird und er bislang vornehmlich von Medizinern gestaltet wurde, die jahrelang nach eigenen medizinischen Sachlogiken entschieden haben, jedoch der Ökonomie weder im Bereich der goods- noch der service-dominant logic breiten Raum gaben. Das änderte sich vor allem durch die umfassende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die auch zu gänzlich neuartigen Leitungsstrukturen in den Krankenhäusern geführt hat (Eichhorn 1981). Wo bis vor kurzem noch ein Direktorium aus den Leitern der drei traditionellen Säulen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltungsdienst bestand, ist nun in vielen Krankenhäusern ein Geschäftsführer an die Spitze getreten, der vor allem nach ökonomischen Gesichtspunkten steuert (weil dies für die Krankenkassen die entscheidenden Kriterien sind). Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind nicht länger allein zu verwaltende Einrichtungen, sondern vor allem Wirtschaftsunternehmen, unabhängig von ihrem rechtlichen Status als private, gemeinnützige oder freigemeinnützige Einrichtungen.

Die Neubesinnung auf die ökonomische Seite ist vor allem in der Einführung der sog. diagnostic related groups (DRG) begründet, mit denen letztlich seitens der Krankenkassen nur noch ein ausgehandelter Target-Preis für Gesundheitsdienstleistungen gezahlt wird. Das Krankenhaus ist damit angehalten, alle seine Prozesse und Leistungen so auszurichten, dass dieser Preis nicht nur gehalten wird, sondern final auch ein Gewinn resultiert. Ein solcher Gewinn ist vor allem dort zu erzielen, wo sich Krankenhäuser spezialisieren und definierte Krankheitsbilder in großer Zahl behandeln, wodurch letztlich wieder Skaleneffekte zu erzielen sind. Wo das Krankenhaus bis zur Einführung von DRG vornehmlich daran gedacht hat, die Qualität der Dienstleistung zu erhöhen (vgl. Donabedian 1980) und dem Patienten hochwertige Hotel- und Versorgungsleistungen anzubieten, um ihn zu Weiterempfehlung und Rückkehr zu veranlassen, geraten nun deutlich stärker die Effizienzaspekte der Organisation von Prozessen ins Visier. Unterstützt werden diese Bestrebungen durch verschiedenste Managementsysteme, die mehr oder weniger stark die Effektivitäts- und Effizienzansätze berücksichtigen (vgl. Zülch, in diesem Band).

Bislang – so geben viele Arbeiten zu erkennen (vgl. Zapp 2010) – fehlt es in zahlreichen Gesundheitseinrichtungen scheinbar noch an Systematik, um gezielt Steigerungen der Produktivität und/oder der Qualität zu bewirken. Qualität ist dabei nicht sui generis Produktivität, jedoch zeigt sich immer wieder, dass dort, wo ein systematisches Qualitätsmanagement praktiziert wird, auch ein Zuwachs an Produktivität zu verzeichnen ist. Das dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass im Qualitätsmanagement auch verschiedenste Prozessaspekte zum Gegenstand von einmaligen oder besser noch kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen werden.

Qualitätsmanagementsysteme sind zwar oftmals sehr transparent in ihrer Erscheinung, allerdings hapert es häufig an der praktischen und kontinuierlichen Umsetzung solcher Systeme. Das liegt wiederum daran, dass die wenigen existierenden Instrumente immer

wieder auf die konkreten Situationen zugeschnitten werden müssen, eigene Kennzahlen zu definieren und zu bestimmen sind und die Instrumente oftmals mehr zum Controlling und weniger zur strategischen und operativen Steuerung eingesetzt werden. Damit sind vor allem strukturelle Defizite in der Unternehmensführung von Krankenhäusern angesprochen, die sich wieder und wieder zeigen:

- Unzureichende Prozessanalyseinstrumente: Es gibt nur wenig Instrumente für die systematische, zeitbasierte Prozessanalyse vor allem im OP-Bereich; viele Prozesse sind zudem nur schwach definiert und es gibt nur ganz selten festgelegte Prozessverantwortliche. Die Krankenhaussteuerung erfolgt oftmals ohne expliziten Rekurs auf eindeutige Kennzahlen und Messungen gerade im Bereich der Kernprozesse (vgl. Wiese 2013).
- Planung dominiert die Steuerung: Im Krankenhaus wird immer noch hauptsächlich der OP-Plan als zentrales Koordinationsinstrument eingesetzt. Viele Planungen scheitern jedoch, weil Notfälle dazwischenkommen oder weil das ärztliche Personal nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Je weiter die Planung in die Zukunft reicht, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns von Plänen. Dann ergeben sich Verschiebungen, Verzögerungen oder gar Terminabsagen, die erhebliche Kosten verursachen. Erforderlich sind IT-gestützte Steuerungsinstrumente, die in Echtzeit die dynamische Ressourcensteuerung übernehmen (vgl. Bornewasser 2013).
- Unzureichend herausgearbeitete Dominanz der Kernprozesse gegenüber den untergeordneten Supportprozessen: In Krankenhäusern besteht noch zu häufig Unklarheit darüber, was Kern- und was Supportprozesse sind. Zentraler Kernprozess im Krankenhaus ist eindeutig der OP-Prozess, er verschlingt in der Regel etwa 60 % des DRG-Budgets. Wenn es hier zu Ausfällen oder Verzögerungen kommt, dann entstehen hohe Kosten, die auch nicht mehr z. B. im Bereich der Stationspflege oder des Entlassungsmanagements ausgeglichen werden können. Stationsprozesse, diagnostische Prozesse, Aufnahme- und Entlassprozesse sind sekundäre Prozesse, was gleichzeitig aber auch heißt, dass sie allen OP-Prozessen untergeordnet sind und kontingent auf diese zugeschnitten werden müssen. Es hilft in der Regel nicht weiter, nur einzelne Teilprozesse in einem System interdependenter Prozesse zu optimieren (z. B. nur Transportprozesse, ohne dass die Arbeitszeiten oder Zuständigkeiten etwa auf den Stationen oder in den Funktionsabteilungen mit bedacht werden).
- Kein systematischer Einsatz von Controlling- und Managementinstrumenten: In den Krankenhäusern gibt es oft kein ausreichendes Controlling. Wenn Prozesse nicht definiert sind, Prozesse nicht zeitlich erfasst werden, wenn die Mitarbeiter die Instrumente nicht beherrschen und keine Disziplin bei der Prozessdokumentation herrscht, sind die ermittelten Befunde in der Regel wertlos. Sie sind auch dann wertlos, wenn sie nicht mit anderen Zahlen und Systemen (etwa dem Krankenhausinformationssystem) kompatibel sind oder wenn sie nicht systematisch ausgewertet werden und zum Ansatz für Steuerungsprozesse gemacht werden.

Die Datendokumentation stellt in vielen Dienstleistungsunternehmen eine gravierende Herausforderung dar. Es sollte zukünftig mehr Forschung in moderne Formen der Datenerhebung und Dokumentation investiert werden, die mehr begleitend und ohne spezifischen Aufwand quasi automatisch erfolgen sollte (möglichst orientiert am Konzept der sog. unobtusive measures (vgl. Webb et al. 1966), z. B. durch Sprachaufzeichnungsgeräte, durch einfache Barcodesysteme oder durch Ticketsysteme, die auf Knopfdruck relevante Prozesszeitpunkte registrieren). Ganz besondere Schwierigkeiten schafft dabei die Erfassung und Bewertung von sozialen und emotionalen Interaktionsbemühungen im Bereich des Gesundheitssektors. Gelegentlich wird etwas blauäugig davon ausgegangen, dass jegliche Patientenzuwendung zur Wertschöpfung und zur Kundenzufriedenheit beiträgt. Letzteres mag richtig sein, aber auch im Bereich von Kommunikation und emotionaler Zuwendung gibt es Grenzen, an denen Wertschöpfung in Verschwendung umschlägt, wo zwar Leistung erzeugt wird, die jedoch vom Kunden nicht abgenommen wird. Nicht jede Verbesserung und jede Zusatzfunktion wird vom Kunden honoriert. Aus eigenen betrieblichen Untersuchungen zur Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern über mehrere Jahre hinweg geht hervor, dass viele Pflegekräfte sich immer wieder sehr viel mehr Zeit für den individuellen Umgang mit den Patienten wünschen. Parallel durchgeführten Patientenzufriedenheitsanalysen geben hingegen zu erkennen, dass die Patienten mit der bisherigen Zuwendung bereits hoch zufrieden sind. Unter diesen Bedingungen scheint ein Mehr an Zuwendung wenig produktiv und damit auch wenig wertschöpfend zu sein. Mehr Wertschöpfung könnte auch durch eine weitere Technisierung von Informations- und Kommunikationsvorgängen erzielt werden. Bislang sind Arbeiten zum Einsatz von Technik im Bereich der Interaktion oder zur Professionalisierung von Kommunikation und interaktiver Arbeit aber eher die Ausnahme.

1.5 Vorschau auf die kommenden Artikel

Der vorliegende Band stellt eine Zusammenstellung von Artikeln dar, die auf der 3. Dienstleistungstagung des Instituts für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Rostock in zwei Arbeitsgruppen präsentiert und um drei Einführungskapitel zu den Themen Dienstleistungsarbeit, -produktivität und -management ergänzt wurden. Eine Einleitung und eine Ausleitung runden den Band ab. Die einzelnen Artikel werden in drei Teilen zusammengestellt, die die Bereiche Krankenhaus, Pflege und den Übergang zu Sach- und Industriedienstleistungen repräsentieren. Der letzte Bereich wurde einbezogen, um zu dokumentieren, dass die Grenzen zwischen Dienstleistungssektoren fließend sind und viele Erkenntnisse aus der Industrie oder Sachgutproduktion auch für den Gesundheitsbereich und die Humandienstleistung handlungsleitend sein können.

Die hier versammelten Artikel sind überwiegend empirischer Natur. Sie präsentieren die Ergebnisse von diversen Untersuchungen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, wobei der empirische Ansatz von der Fallstudie über strukturier-

te Befragungen von Pflegepersonal bis hin zur Prozessbeobachtung reicht. Sie werden ergänzt um Erfahrungsberichte hinsichtlich der Einführung und Nutzung einzelner Managementinstrumente in der beruflichen Praxis.

Arbeit, Produktivität und Management bilden eine eigentlich unauflösbare Einheit eines jeden rational gestalteten, strukturierten Leistungsprozesses: Arbeit erzeugt unter Zeitaspekten Leistung, Leistung bildet einen Input, der in einem produktiven Ansatz durch den Output wertmäßig übertroffen wird und das Management als Steuerungsprozess dient der systematischen Überwachung sowie der output-orientierten Steuerung aller Leistungsprozesse. Dieser Kreislauf ist fast universell gültig und hat seinen Platz in zahlreichen Managementinstrumenten (z. B. im PDCA-Zirkel; vgl. Deming 1982). Sich an diesen Grundüberlegungen auszurichten ist dann um so wichtiger, wenn klare Ziel- oder Target-Werte vorgegeben sind, also z. B. DRG- oder Pflegesätze, die zwar im Einzelfall überschritten werden können, jedoch in der Gesamtsumme (also etwa im Case Mix) unterhalb der Zielwerte bleiben müssen. Nicht jeder Einzelfall muss also unter Produktivitätsgesichtspunkten gesehen werden, wohl aber die Summe aller Einzelfälle. In diesem Sinne liefern die drei Einführungskapitel einen theoretischen Ansatz für den alltäglich zu praktizierenden Kreislauf der Implementation von Anstrengungen, der Erzeugung und Bewertung von Ergebnissen und der steuernden Nachjustierung infolge von negativ zu bewertenden Diskrepanzen zwischen Input und Output.

Es folgt eine kurze Darstellung des Inhalts der Beiträge der verschiedenen Autoren zum vorliegenden Buch. Im ersten einleitenden Teil werden drei grundlegende Positionspapiere präsentiert:

- Bornewasser skizziert in seinem Beitrag „Dienstleistungsarbeit: Autonome, relationale und heteronome Komponenten der Arbeit vom Anbieter für den Kunden“ zunächst einmal die Dienstleistung als ein theoretisches Konstrukt, das zentral durch die Konzepte der Integration und der Interaktion zwischen Anbieter und Nachfrager geprägt ist. Das zentrale Merkmal der Dienstleistungsarbeit liegt in der Gestaltung der integrativen und interaktiven Prozesse, die einmal als Koordination der Erbringung von Vorleistungen und Übertragung von Verfügungsrechten an den Anbieter verstanden wird, die andererseits aber auch die Gestaltung des sozialen Umgangs mit dem konkreten Kunden betrifft. Dienstleistungsarbeit wird dabei komponentiell verstanden: Die autonome Komponente betrifft alle Tätigkeiten, die unabhängig vom Kundeneinfluss erfolgen, die relationale Komponente umfasst alle interaktiven Behandlungsschritte und die heteronome Komponente betrifft alle Maßnahmen zur Steuerung des Kunden in der Einflusssphäre des Anbieters.
- Kleinaltenkamp, Danatzis und Wernicke präsentieren im Beitrag „Produktivität im Gesundheitssektor – Wertschöpfung in Nutzungsprozessen“ einen Überblick über den Produktivitätsbegriff im Gesundheitssektor. Dieser Überblick konzentriert sich auf die Frage, ob es im Gesundheitsbereich ausreicht, allein operative Kennzahlen des Anbieters heranzuziehen, oder ob nicht auch Kennzahlen aus der Perspektive des Abnehmers in die Produktivitätsbestimmung einzubeziehen sind. Die detaillierte Analyse der

Nutzungsprozesse durch Patienten weist die Autoren als Vertreter des „Value-in-Use"-Ansatzes bzw. als Anhänger der „service-dominant logic" aus. Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Position werden abschließend einzelne Managementinstrumente vorgestellt, die dazu beitragen, den Patientennutzen aus Gesundheitsdienstleistungen zu mehren.

- Zülch stellt in seinem Beitrag „Qualitätsorientierte Managementsysteme zur Steuerung und Bewertung gesundheitswirtschaftlicher Dienstleistungen" die Potenziale solcher Instrumente für den klinischen Bereich dar. Es werden die im Gesundheitswesen am häufigsten anzutreffenden Instrumente vorgestellt, wobei ein Schwerpunkt der Beschreibung auf dem Business-Excellence-Ansatz (EFQM-Modell) liegt. Dieser Ansatz wird in zwei weiteren Abschnitten in Verbindung einmal zu Kennzahlen gebracht, die für jegliche Steuerung unerlässlich sind. Sodann wird dafür plädiert, den EFQM-Ansatz mit der Balanced Scorecard zu verbinden, weil so Qualität und Produktivität optimal aufeinander bezogen werden können.

In den Beiträgen des zweiten Teils des Buches wird der Frage nachgegangen, wie Dienstleistungsprozesse im Krankenhaus erfasst und verbessert werden können. Dabei legen vier Texte den Schwerpunkt auf den Aspekt Produktivität und zwei auf den Aspekt Qualität, wobei einmal die Mitarbeiter- und einmal die Kundensicht in den Vordergrund gestellt wird.

- Puliafito, Scher, Radnic und Borradori beschreiben in ihrem Praxisbericht aus einer dermatologischen Klinik in der Schweiz die Erfolgsfaktoren bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems, das sich aus Komponenten des Lean Management und Kaizen zusammensetzt. Die Ausgangslage des Veränderungsprojekts sowie die Zielsetzungen werden erläutert, die Projektphasen beschrieben und die Rolle der Klinikleitung besonders hervorgehoben.
- Pfannstiel und Bouncken gehen in ihrem Beitrag von der Vorstellung eines Wertschöpfungsprozesses aus, in den Krankenhäuser ihre Lieferanten und Kunden über ein spezielles Beziehungsmanagement einbinden. Dieses als Hospital Relationship Management (HOREMA) bezeichnete Instrument weist eine Customer- und eine Supplier-Relationship-Komponente auf, die sich beide auf die Gestaltung, Pflege und Effektivierung von Kontaktpunkten zwischen Krankenhaus und Lieferanten einerseits und Kunden andererseits beziehen. Neben den Kontaktpunkten ist das Kundeninteraktionssystem mit Back-Office- und Front-Office-Anteilen zu organisieren. Ziel dieses Beziehungsmanagements ist die Gestaltung von kurz-, mittel- und langfristigen Kunden- und Lieferantenbeziehungen, um wirtschaftliche Nachteile abzuwenden. Abschließend wird aufgezeigt, wie das Hospital-Relationship-Management über Kennzahlen beschrieben und dessen Produktivität ermittelt werden kann. Die Produktivitätsbestimmung wird damit zur Basis eines strategischen HOREMA.
- Henning, Wiese, Zach, Meissner und Westphal präsentieren empirische Daten zur Prozessanalyse im Bereich von Anästhesie und OP in einem Universitätsklini-

kum. Dargestellt werden die Erhebungen und Auswertungen von Prozesszeit- und Zufriedenheitsdaten von Mitarbeitern und Patienten. Die Ergebnisse erfahren eine Differenzierung nach Merkmalen der behandelnden Ärzte und der behandelten Patienten, ferner nach Merkmalen der Krankheitsbilder. Aus den Befunden werden Vorschläge für eine Prozessoptimierung abgeleitet, die in unmittelbarer Zukunft umgesetzt und systematisch evaluiert werden sollen.

- Buck und Lubecki-Weschke fokussieren in ihrem Beitrag das professionelle Management der Medikalprodukteversorgung von Krankenhäusern. Die darunter subsumierten logistischen Prozesse werden einem Prozess-Benchmarking unterzogen, wodurch ein Abgleich der eigenen Prozesse mit einem Best-Practice-Standard erfolgt. Der Ablauf eines solchen Benchmarkings wird in seinen Phasen beschrieben und eine empirische Studie zum Benchmarking einschließlich der Bestimmung von Kennzahlen und Messgrößen zur Produktivität und Qualität vorgestellt. Aus den Befunden werden abschließend erste Lehren für die Medikalprodukteversorgung in Kliniken gezogen.
- Stab und Hacker untersuchen in einem systematischen Ansatz die Gestaltung der Stationsorganisation und deren Auswirkung auf das von den Beschäftigten empfundene Arbeitserleben, auf Beanspruchungen und Erschöpfungserlebnisse. Es finden sich klare Hinweise darauf, dass Beanspruchungs- und Erschöpfungserleben stark von den arbeitsorganisatorischen Bedingungen auf den Stationen abhängen. Für alle untersuchten Stationen werden durch die Arbeitsanalysen Reserven für weitere arbeitsorganisatorische Verbesserungen bzw. situative Präventionsmaßnahmen aufgezeigt.
- Paluch widmet sich in ihrem Beitrag sog. ferngesteuerten Dienstleistungen am Beispiel von Diagnostikdienstleistungen im Krankenhaus. Hierunter sind solche Dienstleistungen zu verstehen, die technologievermittelt erstellt werden. So kann etwa ein Computertomograph ferngelenkt modifiziert werden. In einer Interviewstudie werden Anbieter und Kunden hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Zufriedenheiten mit ferngelenkten Dienstleistungen befragt. Die Aussagen werden computergestützt ausgewertet und die Ergebnisse entlang spezifischer Topoi dargestellt.

Der dritte Teil des Buches befasst sich mit den Pflegedienstleistungen. In kaum einem anderen Dienstleistungsbereich sind Unternehmen, Beschäftigte, aber auch Abnehmer solchermaßen mit vermeintlich widerstreitenden Ansprüchen konfrontiert: Auf der einen Seite steht der Wille zu humanitärer Arbeit nah am einzelnen Menschen, auf der anderen Seite haben auch hier Rationalisierungs- und Produktivitätsgedanken Einzug gehalten. Die Beiträge dieses Teils beschreiben Dienstleistungsprozesse in der Pflege in diesem Spannungsfeld zwischen Humanität und Rationalisierung.

- Birken und Menz konzentrieren sich auf die Konstellation der Anbieter und Abnehmer von Pflegedienstleistungen. Ausgehend vom arbeitssoziologischen Konzept interaktiver Arbeit wird die Arbeitssituation zwischen Pflegekraft und Pflegepatient analysiert, gleichzeitig aber auch der erweiterte Einfluss von zusätzlichen Akteuren in einer sog.

Kundenkonstellationsanalyse festgestellt. Dabei werden vier verschiedene Funktionen unterschieden und untersucht, welche Folgen sich daraus für die dominanz- und konfliktvermeidende Gestaltung der interaktiven Arbeit ergeben.

- Becke, Wehl und Wetjen richten den Blick auf das Ehrenamt in sozialen Diensten, speziell in der Altenpflege. Ehrenamtliche übernehmen dabei Funktionen der Pflegekräfte und entlasten diese von zeitaufwändigen Tätigkeiten im Bereich der intensiven Zuwendung. Die Autoren gehen davon aus, dass sich diese Tätigkeiten mittels arbeitswissenschaftlicher Konzepte und zudem im Kontext eines dezidiert subjektorientierten Ansatzes beschreiben und erklären lassen. In einer qualitativen Intensivfallanalyse werden Ressourcen und Belastungen der Ehrenamtlichen in der pflegerischen Alltagssituation ermittelt sowie die von Anbietern ergriffenen Koordinationsmaßnahmen zur Vorbereitung und Begleitung der Ehrenamtlichen dargestellt.
- Evers, Krause und Hafkesbrink entfernen sich von der direkten Interaktion zwischen Anbieter und Abnehmer von Pflegedienstleistungen und fokussieren stärker soziale Netzwerke und Kooperationen zwischen Partnern auf der Anbieterseite, um so Produktivitätsvorteile zu erlangen. Dabei stellen sie Kosteneffizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität in Beziehung und präsentieren empirische Ergebnisse aus dem vorambulanten Bereich. Abschließend werden Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung durch Kompetenzentwicklung präsentiert und erörtert.
- Unger richtet ihr Augenmerk ganz auf die direkte Interaktion von Pflegekraft und Patient und konzentriert sich dabei vornehmlich auf die Rolle der Emotion. Sie geht davon aus, dass die Emotion einen integralen Bestandteil von Dienstleistungsarbeit im Pflegebereich darstellt, der auch zur Gesundung und damit zum Nutzen des Patienten beiträgt. Dadurch kommt der sog. Emotionsarbeit keine additive Funktion wie etwa im Tourismus zu. Von daher kommt es entscheidend darauf an, professionellen Pflegekräften die Rolle der Emotion im Genesungsprozess aufzuzeigen und sie zu befähigen, ihr expressives und kommunikatives Verhalten gleichzeitig zum Nutzen des Patienten und des Dienstleistungsunternehmens auszurichten, ohne dabei allerdings selbst Schaden zu nehmen.
- Newerla beschreibt aus einer soziologischen Perspektive die Konstitution des Handlungsrahmens der Pflegekräfte in der heutigen Pflegepraxis im Bereich der Behandlung von Patienten mit Demenz. Sie arbeitet die besondere Verletzbarkeit der Patienten in einem asymmetrischen Beziehungsgeflecht heraus, zeigt in einer empirischen Critical-Incident-Analyse besondere Herausforderungen für die Pflegekräfte auf und diskutiert abschließend drei verschiedene Strategien, die seitens der Pflegekräfte angewendet werden, um die an sich konfliktträchtige Pflegesituation zu bewältigen. Als aussichtsreicher Weg zur Wiederherstellung von emotionaler Harmonie zwischen den Interakteuren diskutiert die Autorin die Emotions- und die Gefühlsarbeit, die helfen können, Zwangsanwendungen zu vermeiden.

Im vierten Teil wird dieser integrative Gedanke weitergeführt und Übergänge und Differenzen zwischen Gesundheits- und Industriedienstleistungen thematisiert.