

V. E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts | T. Ballast
H. Hildebrandt | F. Knieps | R. Läger | P. Ex (Hrsg.)

Die Zukunft der Arbeit

im Gesundheitswesen



V.E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts | T. Ballast
H. Hildebrandt | F. Knieps | R. Lägel | P. Ex (Hrsg.)

Die Zukunft der Arbeit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care

V.E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts | T. Ballast
H. Hildebrandt | F. Knieps | R. Längel | P. Ex (Hrsg.)

Die Zukunft der Arbeit

im Gesundheitswesen

mit Beiträgen von

F.C. Afraz | V.E. Amelung | W. Bachmann | D. Baumann | H.-J. Beckmann
A. Belliger | P. Berchtold | A. Berghöfer | C. Biermann | M. Brinkmeier | I. Cichon
C. Dreher | U. Düvelius | J.P. Ehlers | W. Eichhorst | A. Emmermacher | P. Ex
C. Flügel-Bleienheuft | H.R. Fortmann | A. Frevel | D. Fuchs | H. Geißler | B. Gibis
L. Hager | A. Hempfen | W. Hentrich | S. Hermeneit | M. Hoffmann | M. Hofmann
S. Hofmann | H. Höppner | K. Hurrelmann | P. Hüttl | N. Idler | R. Janssen
A. Kemter | C. Kittlick | B. Klapper | M. Kloepfer | P. Köbe | S. Kopp | H. Kotte
S. Krolop | A. Kulin | C. Kurscheid | D. Matusiewicz | A. Paeger | S. Pfisterer-Heise
T. Pilgrim | J. Prölß | B. Runschke | J. Schäfer | G. Schick | C. Schmitz
E. Sigmund-Schultze | B. Sottas | K. Stahl | D.C. Stohr | J. Thiel | M. van Loo
J. Wagenknecht | W. Weber | J. Wegge | A. Wehmeier | U. Weigoldt



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Das BMC-Herausgeber-Team

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Medizinische Hochschule Hannover
(MHH)
Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Dr. phil. Susanne Eble, M.A.
BERLIN CHEMIE AG
Gesundheitsmanagement
Glienicker Weg 125
12489 Berlin

Ralf Sjuts
patiodoc Service GmbH
Heerstr. 73
14055 Berlin

Thomas Ballast, Dipl.-Volksw.
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
OptiMedis AG
Burchardstr. 17
20095 Hamburg

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Mauerstr. 85
10117 Berlin

Ralph Lägel, MBA
Cap4Health GmbH & Co. KG
Schiffbauerdamm 12
10117 Berlin

Dr. Patricia Ex
Bundesverband Managed Care e.V.
Friedrichstr. 136
10117 Berlin

MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mww-berlin.de

ISBN 978-3-95466-537-2 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2020

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

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. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen nutzen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mww-berlin.de

Die Autorinnen und Autoren

Farideh Carolin Afraz
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
Luisenstr. 57
10117 Berlin

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Wolfgang Bachmann
Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)
Hopfenhausstr. 2
89584 Ehingen

Dominik Baumann
Steinbeis Forschungszentrum Management
Analytics
HR | Impulsgeber – Institut für Agilität, Führung
und Digitalisierung
Theresienhöhe 13a
80339 München

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann
MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastr. 19
32257 Bünde

Prof. Dr. Andréa Belliger
Institut für Kommunikation & Führung IKF
Morgartenstr. 1
6003 Luzern
Schweiz

PD Dr. Peter Berchtold
college M
Haus der Akademien
Laupenstr. 7
3001 Bern
Schweiz

PD Dr. med. Anne Berghöfer
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
Luisenstr. 57
10117 Berlin

Dr. Claus Biermann, MPH
Area9 Lyceum GmbH
Dittrichring 2
04109 Leipzig

Dr. Michael Brinkmeier
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schulstr. 22
33311 Gütersloh

Irina Cichon
Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstr. 31
70184 Stuttgart

Prof. Dr. Carsten Dreher
Freie Universität Berlin
Fachbereich Wirtschaftswissenschaft
Professur für Innovationsmanagement
Thielallee 73
14195 Berlin

Ute Düvelius
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Koordinatorin UKE INside
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. med. vet. Jan P. Ehlers, M.A.
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Prof. Dr. Werner Eichhorst
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH
(IZA)
Schaumburg-Lippe-Str. 5–9
53113 Bonn

Dr. André Emmermacher
Siemens Gas and Power GmbH & Co. KG
Nonnendammallee 101
13629 Berlin

Dr. Patricia Ex
Bundesverband Managed Care e.V.
Friedrichstr. 136
10117 Berlin

Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft
Facharzt für Innere Medizin
Maternusplatz 10
50996 Köln

Harald R. Fortmann
five14 GmbH
WeWork Stadthaus
Axel-Springer-Platz 3
20355 Hamburg

Die Autorinnen und Autoren

Alexander Frevel

Arbeit und Zukunft e.V.
Behringstr. 28a (Haus 1)
22765 Hamburg

Daniel Fuchs

BKK Dachverband e.V.
Mauerstr. 85
10117 Berlin

Prof. em. Dr. Heinrich Geißler

c/o Arbeit und Zukunft e.V.
Behringstr. 28a (Haus 1)
22765 Hamburg

Dr. med. Bernhard Gibis, MPH

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Versorgungsmanagement
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Dr. phil. Lutz Hager

ze:roPRAXEN GbR
Bodelschwinghstr. 10/3
68723 Schwetzingen

Annette Hempfen, MHBA

MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastr. 19
32257 Bünde

Wolfgang Hentrich

genial eG
Poststr. 18
49808 Lingen (Ems)

Dr. med. Sonja Hermeneit

CareLutions GmbH
Breitwiesenstr. 19
70565 Stuttgart

Prof. Dr. med. Marcus Hoffmann

Duale Hochschule Baden-Württemberg
Hangstr. 46–50
79539 Lörrach

Dr. Marzellus Hofmann, MME

Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Dr. Sandra Hofmann

WifOR Institute
Rheinstr. 22
64283 Darmstadt

Prof. Dr. Heidi Höppner, M.P.H.

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann

Hertie School
Friedrichstr. 180
10117 Berlin

Dr. rer. medic. Peter Hüttl

Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer & Kollegen
Paul-Hösch-Str. 25a
81243 München

Nadja Idler, MPH

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstr. 31
70184 Stuttgart

Rebecca Janssen, B.Sc.

FiGuS GmbH
Priv. Forschungsinstitut für Gesundheits- und
Systemgestaltung
Domstr. 55–73
50668 Köln

Anne Kemter, M.Sc. Psychologie

Technische Universität Dresden
Institut für Arbeits-, Organisations- und
Sozialpsychologie
Zellescher Weg 17
01062 Dresden

Cornelia Kittlick, MScBM

Thieme TeleCare GmbH
Oswald-Hesse-Str. 50
70469 Stuttgart

Dr. Bernadette Klapper

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstr. 31
70184 Stuttgart

Dr. Martina Kloepfer

Institut für Gender-Gesundheit e.V.
Wartburgstr. 11
10823 Berlin

Philipp Köbe, M.Sc., LL.M.

PK&C | Philipp Koebe Concept
Helmholtzstr. 77
50825 Köln

Silke Kopp, M.A.

Health & Bits GmbH
Am Muckenberg 13
55129 Mainz

Die Autorinnen und Autoren

Heiko Kotte

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und
Thüringen
01058 Dresden

Dr. med. Sebastian Krolop, M.Sc.

HIMSS
33 West Monroe Street, Suite 1700
Chicago, IL 60603
USA

Admir Kulin

m.Doc GmbH
Ursulaplatz 1
50668 Köln

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

FiGuS GmbH
Priv. Forschungsinstitut für Gesundheits- und
Systemgestaltung
Domstr. 55-73
50668 Köln

Prof. Dr. David Matusiewicz

FOM | Hochschule für Oekonomie & Management
gemeinnützige Gesellschaft mbH
KCG KompetenzCentrum für Management im
Gesundheits- und Sozialwesen
Leimkugelstr. 6
45141 Essen

Dr. med. Axel Paeger

AMEOS Gruppe
Bahnhofplatz 14
8021 Zürich
Schweiz

Stefanie Pfisterer-Heise, M.Sc., Dipl.-Sprachw.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
AG Auswahlverfahren
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. med. Thorsten Pilgrim

CareLutions GmbH
Breitwiesenstr. 19
70565 Stuttgart

Joachim Prölb

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktion für Patienten- und Pflegemanagement
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Benedikt Runschke

WifOR Institute
Rheinstr. 22
64283 Darmstadt

Dr. Julia Schäfer

Universitätsklinikum Bonn AöR
Geschäftsbereich Personalwesen
Venusberg – Campus 1
53127 Bonn

Gerrit Schick

Philips GmbH Market DACH
Röntgenstr. 22
22335 Hamburg

Dr. Christof Schmitz

college M
Haus der Akademien
Laupenstr. 7
3001 Bern
Schweiz

Dr. med. Elisabeth Siegmund-Schultze

medicoles
Altenbekener Damm 41
30173 Hannover

Dr. Beat Sottas

sottas formative works
Versorgungsforschung & Bildung
Rue Max-von-Sachsen 36
1722 Bourguillon
Schweiz

Dr. rer. medic. Katja Stahl

OptiMedis AG
Burchardstr. 17
20095 Hamburg

Dr. Daniel Christoph Stohr

WifOR Institute
Rheinstr. 22
64283 Darmstadt

Juliane Thiel, M.A.

CareLutions GmbH
Breitwiesenstr. 19
70565 Stuttgart

Michael van Loo

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Jens Wagenknecht

Gemeinschaftspraxis Jadebusen
Mühlenstr. 30
26316 Varel

Die Autorinnen und Autoren

Wolfgang Weber, M.Sc.
Thieme TeleCare GmbH
Oswald-Hesse-Str. 50
70469 Stuttgart

Prof. Dr. Jürgen Wegge
Technische Universität Dresden
Institut für Arbeits-, Organisations- und
Sozialpsychologie
Zellescher Weg 17
01062 Dresden

Dr. Axel Wehmeier
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln

Ulrich Weigeldt
Deutscher Hausärzterverband e.V.
Bleibtreustr. 24
10707 Berlin

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Freundinnen und Freunde des BMC,

dieses Vorwort wird zu einer Zeit geschrieben, in der wir die Situation, in der Sie es lesen, kaum abschätzen können. Die Gesellschaft steckt mitten in der Covid-19-Pandemie und täglich kommen neue Informationen zur Situation in Krankenhäusern, zur Einschränkung des öffentlichen Lebens sowie zu wirtschaftlichen Unterstützungspaketen. Die Pandemie zeigt, wie elementar das Gesundheitssystem und seine Teilelemente zur Daseinsvorsorge eines Landes gehören.

Dieser Moment macht uns die essenzielle Bedeutung von Personal deutlich: Das Gesundheitssystem steht und fällt mit seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Bilder von überarbeitetem Pflegepersonal gehen durch die Medien und die sozialen Netzwerke und veranlassen die Öffentlichkeit zu Dankesapplaus an geöffneten Fenstern zu vereinbarten Zeitpunkten. Jeder und jede Beschäftigte im System wird derzeit gebraucht und sollte dafür Anerkennung erhalten. Insbesondere unterstützt die derzeitige Situation die im Buch vertretene These, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen hinsichtlich ihrer Hilfs- und Leidensbereitschaft in einem hohen Maß intrinsische Motivation mitbringen. Die Gefahr der Selbst- und Fremdausbeutung ist in dem Fall besonders hoch.

Trotz des Zusammenhalts zu Krisenzeiten empfinden viele Beteiligte das Thema „Personal“ zunehmend als regulierungsbedürftiges Problemfeld im Gesundheitswesen. Die letzten Gesundheitsreformen enthielten als wesentliche Bestandteile die Sicherstellung der Versorgung mit ausreichend und adäquat qualifiziertem Personal. War es in einem Gesetz die Angst vor dem Exitus des Landarztes, so sollten mit dem nächsten Gesetz über „10.000 neue Pflegekräfte gezaubert werden“. In der Diskussion fehlt jedoch oft eine tiefergehende Auseinandersetzung mit Veränderungen der zukünftigen Arbeitswelt sowie Werten und Erwartungen der Arbeitskräfte.

Das vorliegende Buch geht weit über die Kernthemen von „Personalarbeit“ hinaus und betrachtet ebenso neue Herausforderungen an das Führungspersonal im Kontext der zum Teil massiven Veränderungen von Technologie, Gesellschaft und Politik im Kontext der digitalen Transformation. Es soll dabei inspirieren, welche Instrumente und Organisationsmodelle eingesetzt werden können, um beides zu erreichen: eine gute, menschliche und effiziente Versorgung sowie ein gesundes und motivierendes Arbeitsumfeld.

Auch wenn die Pandemie überstanden ist, sollte und wird das Gesundheitswesen nicht komplett in alte Strukturen zurückfallen. Manche Veränderungen sind in Gang gebracht, die bislang von den Beharrungskräften des Systems erfolgreich unterbunden wurden. Folgende Entwicklungen werden den Neustart verändert vorantreiben:

1. Die Relevanz von Telemedizin und E-Health nimmt durch die angestrebte Kontaktreduktion während der Pandemie rasant zu; viele Anbieter von Telemedizinanwendungen stellen ihre Dienstleistungen für einige Monate kostenlos zur Verfügung. Die Personen, die heute aus Sorge vor Ansteckung eine Videosprechstunde nutzen, werden es womöglich erneut tun; gleiches gilt für die Verordnung und den Versand von Arzneimitteln. Die erste Hemmschwelle ist überwunden und schafft neue Akzeptanz bei den Beteiligten. Dies gilt umso mehr, da die Öffentlichkeit die Umstellung auf digitale Arbeitsweisen auch für weitere nicht-digitalisierte Bereiche beobachtet hat, wie beispielsweise Bildung und öffentliche Verwaltung.

2. Die kurzfristige Skalierung digitaler Anwendungen bekommt für das System eine neue Bedeutung: Der Bedarf im Gesundheitswesen kann hohen Schwankungen unterliegen. Wegen niedriger Grenzkosten und ständiger Verfügbarkeit bringen digitale Anwendungen die notwendige Flexibilität. Falls beispielsweise die in ihren Wohnungen beengten Menschen in den kommenden Wochen zunehmend niedrigschwellige psychotherapeutische Unterstützung benötigen, kann dieser Bedarf kurzfristig durch digitale Anwendungen abgedeckt werden.
3. Gerade Krisenzeiten machen deutlich, wie wichtig Führungsstrukturen sind, die Gegebenheiten analysieren, Entscheidungen treffen und diese umsetzen. Mit dieser Erfahrung werden Krisen oft anschließend genutzt, um aktuelle Strukturen erneut zu überdenken: Welche Kapazitäten brauchen wir in welcher Qualität wann und wo? Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der engen Personaldecke hat man vor wenigen Monaten noch intensiv darüber nachgedacht, einen Teil der Krankenhausbetten zu schließen. Noch mehr als damals stellt sich heute die Frage, wie eigentlich Strukturen aussehen müssen, die sowohl Präventions-, Effizienz- und Qualitäts- aber auch Flexibilitätskriterien in Zeiten von Pandemien gerecht werden. Die Pandemie macht auch die Notwendigkeit öffentlicher Vorsorge deutlich, welche ureigenste Aufgabe der Bundesländer ist. Insbesondere die mangelnde Einigung zwischen den Ländern und die entsprechend fragmentierten Regelungen stellen die Führungsfähigkeit der Länder infrage. Schließlich werden die aktuell notwendigen wirtschaftlichen Unterstützungen in Milliardenhöhe die verfügbaren Finanzmittel im Gesundheitswesen – anders als in den vergangenen 15 Jahren – deutlich eingrenzen und die bislang tolerierten nicht ausgeschöpften Effizienzreserven in der Gesundheitsversorgung infrage stellen.
4. Schließlich ist Public Health in aller Munde. Die Gesellschaft hat Zusammenhalt bewiesen, hat zum Schutz ihrer Schwachen große wirtschaftliche und persönliche Einbußen toleriert. Nachdem Public Health in der deutschen Debatte oft nur ein kleiner Teil des gesundheitspolitischen Diskurses war – im Fokus stand also die individuelle und individual-ökonomische Betrachtung – könnte auch dieser Perspektivwechsel Wirkung zeigen und die Bevölkerungsdimensionen, insbesondere Global Public Health, mehr in den Fokus rücken. Diese Betrachtung würde ebenfalls Gesundheits- und Sozialversorgung stärker zusammen denken, deren immense Wichtigkeit in der Krise und den Notfallschirmen zur Vermeidung von Verarmung erneut unterstrichen wurde.

Die Komplexität des Gesundheitswesens erfordert eine hohe Demut vor zu schnell gesprungenen Aussagen und Schwarz-Weiß-Denken. Daher stellt das Buch zahlreiche Diskurse dar, setzt sie in Kontext und generiert hoffentlich weitere Debatten, zeigt aber selten die vermeintlich eine richtige Lösung. Wir freuen uns darauf, mit Ihnen vielfältige neue Lösungswege zu suchen – vielleicht auf Grundlage des einen oder anderen Impulses in diesem Buch – und diese konstruktiv zu gestalten.

Mit herzlichen Grüßen
Die Herausgeber im Mai 2020

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Dr. Susanne Eble
Ralf Sjuts
Thomas Ballast

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Franz Knieps
Ralph Lägél
Dr. Patricia Ex

Inhalt

I	Einleitung und Hintergrund	1
1	New Work im Gesundheitswesen – eine Standortbestimmung <i>Volker E. Amelung und Patricia Ex</i>	3
2	Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen <i>Werner Eichhorst</i>	19
3	Die Ressource Mensch <i>Bernhard Gibis</i>	29
4	Gute Arbeit in der Pflege und Patient*innen-Zufriedenheit <i>Alexander Frevel, Daniel Fuchs und Heinrich Geißler</i>	43
5	Healthcare Transformation – von Systemen zu Netzwerken: Strategie- und Handlungsfelder zur Gestaltung der künftigen Arbeitswelt im Gesundheitswesen <i>Andréa Belliger</i>	57
II	Wandel im Arbeitsmarkt Gesundheit	67
1	Die New Work-Ära <i>Harald R. Fortmann</i>	69
2	Multiple Leadership – moderne Führungskonzepte und ihr Einfluss auf die Attraktivität von Arbeit <i>Dominik Baumann</i>	83
3	Flexibilisierung der Beschäftigungsformen <i>Philipp Köbe</i>	93
4	Personal entwickeln und Karrieren fördern in der neuen Arbeitswelt <i>Julia Schäfer</i>	107
	Praxisbericht: Vereinbarkeit von Familie und Beruf – familienbewusste Personalpolitik zahlt sich aus! <i>Michael van Loo und Ute Düvelius</i>	119
5	X, Y, Z – die Einstellung verschiedener Generationen zu Arbeit und Beruf <i>Klaus Hurrelmann</i>	125
6	Arbeit und Gesundheit in der Generation 50+ – alter(n)sgerechte Führung <i>Anne Kemter, André Emmermacher, Heiko Kotte und Jürgen Wegge</i>	135
7	Gesundheitsversorgung – weiblich? <i>Martina Kloepfer</i>	151

8	Arbeitsplatzattraktivität: Personalbindung – Employer Branding – Personalgewinnung _____	163
	<i>Joachim Prölß</i>	
	Praxisbericht: Engpass Chefarzt – erfolgreich im „war for talents“: Employer Branding in einer digitalen Welt _____	175
	<i>Wolfgang Bachmann</i>	
III	Interprofessionelle Zusammenarbeit _____	181
1	Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland _ <i>Christof Schmitz, Peter Berchtold, Irina Cichon, Bernadette Klapper und Volker E. Amelung</i>	183
2	Warum Interprofessionalität unverzichtbar ist _____ <i>Stefanie Pfisterer-Heise</i>	199
	Praxisbericht: Zusammenarbeit zwischen Medizin und Management _____ <i>Axel Paeger</i>	215
3	Zusammenarbeit in Arztnetzen _____ <i>Clarissa Kurscheid, Rebecca Janssen, Christian Flügel-Bleienheuft und Wolfgang Henrich</i>	223
	Praxisbericht: Neue Lotsen im Labyrinth: innovative Managementgesellschaften, Berufsbilder und Formen der Zusammenarbeit _____ <i>Sonja Hermeneit, Juliane Thiel und Thorsten Pilgrim</i>	233
	Praxisbericht: Attraktive Arbeit in Zeiten des Fachkräftemangels? Sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung im Regionalbudget _____ <i>Farideh Carolin Afraz, Carsten Dreher und Anne Berghöfer</i>	241
IV	Berufsbilder und Ausbildung der Zukunft _____	247
1	Entwicklung von Berufen im Gesundheitswesen: Bildungsinvestitionen im Spannungsfeld von Innovation und Tradition _____ <i>Heidi Höppner und Beat Sottas</i>	249
2	Die Reform der Medizin-Studiengänge – Wohin entwickelt sich der Arztberuf? _____ <i>Jan P. Ehlers und Marzellus Hofmann</i>	263
	Praxisbericht: Mehr Verantwortung für die Pflege _____ <i>Nadja Idler, Irina Cichon und Bernadette Klapper</i>	273
3	Akademisierung der Gesundheitsberufe _____ <i>Elisabeth Siegmund-Schultze und Katja Stahl</i>	281

4	Physician Assistants in der ambulanten hausärztlichen Versorgung _____	293
	<i>Lutz Hager, Marcus Hoffmann und Peter Hüttl</i>	
	Praxisbericht: Sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement durch Lotsen: die neue Rolle von Case- und Caremanagern _____	305
	<i>Michael Brinkmeier</i>	
	Praxisbericht: Einsatz von KI für das zeitgemäße Lernen im Gesundheitswesen ____	311
	<i>Claus Biermann</i>	
V	Einfluss der Digitalisierung und neuer Technologien _____	317
1	Bildung als Prämisse für die Digitalisierung der Gesundheitsberufe _____	319
	<i>David Matusiewicz und Silke Kopp</i>	
2	Katalysatoren und Inhibitoren für den Einsatz digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen _____	331
	<i>Annette Hempen und Hans-Jürgen Beckmann</i>	
3	Analog – elektronisch – smart: digitale Transformation von Arbeitswelten und Prozessen im Krankenhaus _____	343
	<i>Gerrit Schick und Sebastian Krolop</i>	
4	Berufliche Anforderungen im Gesundheitswesen der Zukunft _____	355
	<i>Daniel Christoph Stohr, Benedikt Runschke und Sandra Hofmann</i>	
	Praxisbericht: Digitales Informations- und Kommunikationsmanagement in der stationären Versorgung _____	367
	<i>Admir Kulin</i>	
	Praxisbericht: Digitalisierung von Versorgung für Patienten mit Depressionen ____	373
	<i>Cornelia Kittlick und Wolfgang Weber</i>	
	Praxisbericht: Der Einsatz von Praxis-Apps in der ambulanten Versorgung – ein möglicher Turbo für die Digitalisierung im Gesundheitswesen _____	379
	<i>Ulrich Weigeldt, Jens Wagenknecht und Axel Wehmeier</i>	



Einleitung und Hintergrund

1

New Work im Gesundheitswesen – eine Standortbestimmung

Volker E. Amelung und Patricia Ex

1.1 Vor dem Geld geht uns das Personal aus

Das deutsche Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich mit sehr vielen Ressourcen ausgestattet: Wir verfügen über reichlich Krankenhausbetten, viele Arztpraxen, genügend Ärztinnen und Ärzte und sogar über eine vergleichsweise hohe Anzahl an Pflegekräften pro Bürger. Auch die Kassen der Kassen sind bislang gut gefüllt, sodass pro Versichertem relativ viel Geld im System vorhanden ist. Dennoch herrscht ein unterschwelliges Gefühl von Mangel vor: „Versorgungslöcher“ auf der Landkarte, längere Wartezeiten auf einen Facharzttermin, zunehmende Unzufriedenheit beim medizinischen und pflegerischen Personal. Nach Jahren, in denen wir unsere Aufmerksamkeit stark auf ökonomische Fragestellungen gerichtet haben, setzt sich mittlerweile mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass uns nicht das Geld, sondern vielmehr das Personal auszugehen droht.

Das Thema Kapazitäten ist gewiss nicht neu und eng mit der Betrachtung von Personal als zentraler Ressource des Systems verknüpft. Jedoch hat sich das Gleichgewicht der Kräfte in der jüngeren Vergangenheit deutlich verschoben: So wäre es vor 20 Jahren kaum vorstellbar gewesen, dass ein Krankenhaus aufgrund von Personalmangel eine Abteilung schließen muss oder dass Landräte sich persönlich auf die Suche nach Hausärzten machen würden.

Zu wundern brauchen wir uns darüber nicht, denn es war kaum zu erwarten, dass der in vielen Branchen schon lange vorausgesehene Fachkräftemangel vor dem Gesundheitswesen haltmachen würde. Doch anders als andere Disziplinen befindet sich die Medizin im Grunde immer noch in einer komfortablen Lage: Nach wie vor sind mehr junge Menschen am Arztberuf interessiert als Studienplätze vergeben wer-



den. Der limitierende Faktor besteht also nicht im potenziell verfügbaren Personal, sondern vor allem in der derzeitigen Bildungs- bzw. Hochschulpolitik. Hinzu kommt, dass Medizinerinnen und Mediziner heute deutlich mehr berufliche Optionen haben als früher, sodass bei Weitem nicht mehr jeder ausgebildete Arzt bzw. jede Ärztin tatsächlich für die Patientenversorgung zur Verfügung steht. Etwas anders gelagert gilt der letztgenannte Punkt auch für andere Gesundheitsfachkräfte: Laut dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfP) liegt die Verweildauer von Kranken- und Altenpflegekräften in ihrem Beruf bei durchschnittlich etwa acht Jahren (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe o.J.). Was wir brauchen, sind also nicht primär neue Pflegekräfte, sondern eine umfassende Strategie, um die bereits ausgebildeten Pflegekräfte zu halten.

Ganz gleich, ob Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Heilberufe: In Zukunft wird es sich keine Organisation im Gesundheitswesen mehr leisten können, Personal allein als Kostenfaktor zu betrachten. Motivierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zunehmend zu einem strategischen Erfolgsfaktor. Diese Einsicht zu beherzigen, dürfte dem Gesundheitswesen allerdings besonders im Kontext eines recht festgefahrenen Rollenverständnisses schwerfallen: Die Primärstellung von Ärztinnen und Ärzten ist nicht zuletzt daran abzulesen, dass man die große (und mittlerweile sehr ausdifferenzierte) Gruppe der anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Menschen unter dem Begriff der *nicht-ärztlichen* Gesundheitsberufe zusammenfasst. Während einige Gesundheitsleistungen von einem stark hierarchischen System abhängen – eine OP kann ungeachtet allen Teamworks nur mit der Verantwortlichkeit einer einzelnen Person, die den Ton angibt, gelingen – verhindern diese starren Hierarchien an anderen Stellen eine sinnvolle Leistungserbringung im Team und ein notwendiges Maß an Koordination und Kooperation. Mit diesem Mindset werden wir die Probleme des Gesundheitswesens niemals in den Griff bekommen. Anstelle von „mehr des Gleichen“ brauchen wir intelligente Umsetzungsideen und einen Kulturwandel. In der Diskussion fehlt insbesondere eine tiefere Auseinandersetzung mit den tatsächlichen und „gefühlten“ Veränderungen der Arbeitswelt.

Unsere Strategien müssen gleichzeitig auf mehrere Dimensionen abzielen: Das Gesundheitswesen ist Deutschlands größte Wirtschaftsbranche und mit 5,6 Mio. Beschäftigten (Bundesgesundheitsministerium 2019) Deutschlands größter Arbeitsmarkt. Wir brauchen demnach eine gute und menschliche Versorgung, ein System, das für alle bezahlbar bleibt, aber auch ein gesundes und inspirierendes Arbeitsumfeld.

1.2 Verknapfung der Ressource Mensch

Die Sorge darum, die Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, hat die deutsche Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten stark geprägt. Über Jahrzehnte hinweg hat sich die deutsche Gesundheitspolitik mit ökonomischen Fragen beschäftigt. Ob es um die Anpassung der Beitragssätze, die Einführung von Budgets für Arzthonorare und Arzneimittel, die Zuzahlung zu Arznei- und Heilmitteln oder die Einführung von Fallpauschalen ging – bei fast jeder größeren Reform in den vergangenen 30 Jahren standen D-Mark und Euro im Mittelpunkt der Diskussion. Gegen die Absicht, die die Politik damit verfolgt hat, ist an sich nichts einzuwenden:



Ziel war es stets, den Menschen im Rahmen des Solidarsystems eine gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung zu bieten. So war es in den jeweiligen Gegebenheiten sinnvoll, die Finanzmittel an der einen oder anderen Stelle zu adjustieren. Problematisch ist allerdings, dass der Faktor Geld sich bei den Bestrebungen, das System zu steuern, immer mehr zum vorherrschenden Paradigma entwickelt hat. Ein solcher Ansatz führt vielfach nicht nur zu Fehlanreizen, sondern er basiert auch auf zwei wesentlichen Fehleinschätzungen:

- Die Annahme, mehr Geld im System führe automatisch zu einer besseren Versorgung, ist (nicht nur) in Zeiten der Digitalisierung mindestens fragwürdig, wenn nicht gar grundsätzlich falsch. Best Practice-Beispiele aus dem nationalen und internationalen Umfeld zeigen regelmäßig auf, dass qualitativ herausragende Versorgung nicht vorrangig eine Frage des Geldes, sondern vor allem der Koordination und Kooperation ist. Zum einen sind für eine menschliche, patientenorientierte Gesundheitsversorgung gesunde und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig. Zum anderen spielt die IT-Unterstützung eine enorm wichtige Rolle. Doch so kostenintensiv die Einführung digitaler Technologien zunächst erscheinen mag: Am Ende werden die Einsparungen die Investitionen deutlich übersteigen. So kam etwa eine Studie der Unternehmensberatung McKinsey in Kooperation mit dem BMC zu dem Ergebnis, dass sich durch den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen mit entsprechenden Investitionen jährlich rund 34 Mrd. Euro, respektive zwölf Prozent der Gesamtausgaben, einsparen ließen (McKinsey 2018). Das wesentliche Merkmal besonders guter Versorgung ist also nicht, dass sie besonders teuer sein muss. Im deutschen Gesundheitssystem mit vergleichbar hohen Ressourcen liegen die Schrauben, an denen wir drehen müssen, daher vielmehr im Bereich der Versorgungsqualität durch optimierte Prozesse.
- Langfristig wird es sich gravierend auswirken, wenn durch die hohe Fokussierung auf Geldflüsse alternative Steuerungsinstrumente ebenso wie wichtige Entwicklungen aus dem Blick geraten. Dem seit Jahren drohenden Exitus des Landarztes begegnet man mit Geldprämien, obwohl monetäre Aspekte bei der Entscheidung von jungen Medizinerinnen und Medizinerinnen gegen eine niedergelassene Tätigkeit im ländlichen Raum verhältnismäßig wenig ins Gewicht fallen (KBV 2015). Ebenso wird im Bereich der Pflege die geplante Anhebung von Mindest- oder Tariflöhnen viel zu kurz greifen, um Pflegeberufe attraktiver zu machen und die von der Bundesregierung attestierte Lücke von 25.000 fehlenden Fachkräften in der Alten- und Krankenpflege zu schließen (Deutscher Bundestag 2018). Um zu nachhaltigen Lösungen zu gelangen, müssen wir also auf mehreren Ebenen agieren und dürfen uns nicht allein auf das Verschieben von Budgets beschränken.

Status quo ist, dass wir es – trotz der Sorge um eine mögliche Kostenexplosion – nicht geschafft haben, die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen. Das wertvolle Gesundheitspersonal ist weiterhin mit patientenfremden Leistungen beschäftigt – etwa der Verblisterung von Arzneimitteln im Krankenhaus oder langwierigen Dokumentationen zu Abrechnungszwecken, um nur zwei Beispiele zu nennen. Das *Institute of Medicine* geht für die USA davon aus, dass 30 Prozent aller Gesundheitsausgaben Verschwendung sind (2013). Hinzu kommt die ineffiziente und ungesunde Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Abhilfe könnten hier

sinnvolle Delegations- und Substitutionsmodelle schaffen. Doch diesbezügliche Vermeidungsstrategien verhindern in Deutschland bislang, dass unser gut ausgebildetes Personal a) am richtigen Ort eingesetzt und b) mit den notwendigen legalen Kompetenzen versehen wird. Gleichzeitig steigt das Anspruchsniveau an das Gesundheitswesen kontinuierlich: So soll das Gesundheitssystem nicht nur für die Versorgung von somatischen und psychosomatischen Erkrankungen zuständig sein, sondern immer mehr soziale Aufgaben übernehmen, etwa dort, wo traditionelle Familienstrukturen wegbrechen. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, Effizienzreserven der Ressource Humankapital zu heben. Umgekehrt werden Effizienzsteigerungen allein die Knappheit an qualifiziertem Personal jedoch nicht ausgleichen können.

1.3 Arbeitsplatz Gesundheitswesen – zwischen Traum und Albtraum

Wenige Berufe bergen ein so hohes Potenzial an persönlicher Befriedigung und intrinsischer Motivation wie Gesundheitsberufe. Das gilt besonders für Pflegeberufe, in denen die Bindung zu Patienten länger und oft persönlicher ist. Doch wäre es naiv zu glauben, dass die Quelle an Motivation und Erfüllung unerschöpflich wäre. Die eingangs erwähnte kurze Verweildauer von Pflegekräften im Beruf zeigt, dass diese Vorräte schnell aufgebraucht sind, wenn die Rahmenbedingungen nicht zufriedenstellend gestaltet sind. Dazu gehören beispielsweise:

- schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Sozialleben
- ungünstige Arbeitszeiten mit zu vielen Bereitschafts- und Wochenenddiensten
- zu niedrige Verdienstmöglichkeiten
- starre Hierarchien und mangelnde Wertschätzung
- belastende Arbeitsbedingungen im Hinblick auf Ausstattung, Räume etc.
- fehlende Perspektive für eine berufliche Weiterentwicklung
- Risiko der emotionalen, psychischen und physischen Überbelastung

Ein unsoziales Arbeitsumfeld in einem sozialen Beruf führt häufig dazu, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Gefühl haben, ihrem eigenen Arbeitsanspruch nicht gerecht zu werden und auch gar nicht gerecht werden zu können. Davon zeugen beispielsweise die Angaben, die rund 3.000 Krankenpflegerinnen und -pfleger 2018 im Rahmen einer Umfrage von ZEIT ONLINE zu ihren Arbeitsbedingungen gemacht haben (2018). Viele der Befragten berichten davon, dass kaum mehr eine absolute Minimalbetreuung möglich sei. Es bleibe in der Regel weder Zeit für Maßnahmen, die die Genesung fördern würden, noch für die Einhaltung von Hygienerichtlinien, ein kurzes Gespräch mit Angehörigen von Sterbenden oder die eigene Pause. Am belastendsten sei, so eine Antwort, der „permanente Stress, der auf alle Sinne ausgeübt wird“ sowie das „Gefühl der Machtlosigkeit in einem unethischen System der Gesundheitswirtschaft“.

So einseitig die Perspektive des Artikels auch sein mag – die negativen Erfahrungsberichte der Befragten sind zahlreich und erschütternd. Bestätigt werden diese Stimmen durch die Ergebnisse einer Umfrage des BKK Dachverbands zum Thema Gesundheit und Arbeit. Demnach weisen Angehörige der Pflegeberufe überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage auf, davon ebenfalls überdurchschnittlich viele Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen (Kliner et al. 2017: XIII). Altenpflege-

rinnen und -pfleger sehen sich zudem fast fünfmal häufiger als andere Beschäftigte gesundheitlichen Risiken durch den Beruf ausgesetzt, sowohl im physischen als auch im psychischen Bereich (ebd.: X). Wir haben es hier mit einem sich selbst verstärkenden Kreislauf zu tun: Die Planstellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind meist ohnehin knapp bemessen (Knieps 2017). Kann dann eine vakante Position nicht zeitnah besetzt werden, führt dies bei den Beschäftigten, die bereits bei normaler Besetzung an ihrer Belastungsgrenze agieren, nochmals zu einer Mehrbelastung. Dies wiederum zieht vermehrt Arbeitsausfälle nach sich, was die Situation für die verbleibenden Arbeitskräfte umso mehr verschärft.

Reihenweise gestresste oder ausgebrannte Pflegekräfte sind für ein so hochentwickeltes Gesundheitssystem wie dem deutschen aber weder akzeptabel noch ökonomisch sinnvoll. Die Bevölkerung hat ein berechtigtes Interesse daran, dass Gesundheitsversorgung nicht nur technisch gut funktioniert, sondern sich auch gut „anfühlt“. Genau daran wird sich das System messen lassen müssen.

Die Anwerbung von Ärzten und Pflegekräften aus dem Ausland, wie sie aktuell auf Ministeriumsebene diskutiert wird, kann dagegen nur eine vorübergehende Notlösung sein. Es ist ethisch mindestens fragwürdig, in Ländern mit wirtschaftlich unattraktiverer Lage als bei uns auf „Schnäppchenjagd“ zu gehen. Schließlich wirbt man dort vergleichsweise hochqualifiziertes Personal ab, in dessen Ausbildung die jeweiligen nationalen Systeme investiert haben.

In einem System, in dem Angebot und Nachfrage durch lange Vorlaufzyklen gekennzeichnet sind, sollten wir uns nicht nur Gedanken über den aktuellen Bedarf machen. Ebenso wichtig ist der perspektivische Bedarf, der mit dem Übergang der ersten Babyboomer-Jahrgänge ins Rentenalter zunächst stark ansteigen, später aber voraussichtlich ebenso stark abnehmen wird.

Kurzum: Es liegt in unserer eigenen Verantwortung, das System mit Fachkräften in der richtigen Menge mit der richtigen Qualifikation am richtigen Ort und in der richtigen Zusammensetzung auszustatten. Hier gilt es, aktiv die Weichen zu Arbeitsinhalten sowie Arbeitsbedingungen zu stellen und die Volumina an Studien- und Ausbildungsplätzen entsprechend anzupassen. Der beste Zeitpunkt dafür wäre vor 15 Jahren gewesen, der zweitbeste ist jetzt.

1.4 Trends in der Arbeitswelt: von Hard Work zu Smart Work

Generell haben sich in zahlreichen Branchen und Berufen die Arbeitsstrukturen ebenso wie die Erwartungen seitens der Belegschaft in den letzten Jahren verändert. Die Trends verlaufen in folgende Richtungen (vgl. Badura 2017):

- weg von starren, steilen Hierarchien hin zu flachen Hierarchien und Teamkultur
- weg von Arbeit als Mittel, um Geld zu verdienen, hin zu Arbeit als Mittel zur Sinnstiftung und Selbstverwirklichung

- weg von der Bereitschaft zu Vollzeitarbeit und Überstunden hin zum Wunsch nach Teilzeitmodellen und einer ausgewogenen Work-Life-Balance
- weg von der linearen „Ein-Beruf-Karriere“ hin zu phasenorientierten multi-professionellen Lebensläufen
- weg von physischer Präsenz hin zu *Remote Working* und *Home Office*
- weg von körperlicher und handwerklicher Arbeit hin zu Kopfarbeit

Diese Veränderungen sind nicht allein, aber zu großen Teilen von der Digitalisierung getrieben oder werden durch sie verstärkt. Digitale Technologien überbrücken räumliche Entfernungen und ermöglichen dezentrales Arbeiten. Robotik und der Einsatz von AI ersetzen immer mehr körperliche Tätigkeiten. Auch die zunehmende Ausdifferenzierung von Berufen geht vielfach auf das Konto der Digitalisierung, was wiederum dazu führt, dass die professionelle Ausrichtung im Laufe des Berufslebens leichter und öfter geändert werden kann. Und nicht zuletzt fördert die Digitalisierung das Denken und Arbeiten in Netzwerken, die im Allgemeinen durch eher flache Hierarchien gekennzeichnet sind. Sehr hierarchisch organisierte Ansätze sind dagegen oft zu schwerfällig, um mit der Geschwindigkeit von Netzwerkansätzen mitzuhalten (Frei 2016). Auch Gesundheitseinrichtungen werden sich mit diesen Verschiebungen auseinandersetzen müssen, wenn sie unter diesen neuen Vorzeichen als Arbeitgeber attraktiv bleiben wollen.

1.4.1 Trend zu flachen Hierarchien und Teamkultur

Der Trend zu flachen Hierarchien und Teamkultur ist sicherlich die facettenreichste der aufgezeigten Entwicklungen. Einerseits ist das Gesundheitswesen in besonders hohem Maße durch Aufgaben charakterisiert, die nur dann optimal gelöst werden können, wenn unterschiedliche Professionen zusammenarbeiten. Beispiele wie Tumorkonferenzen oder die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) verdeutlichen, dass die Versorgungsqualität steigt, wenn mehr Austausch und Koordination stattfinden.

Andererseits herrscht insbesondere unter der Ärzteschaft vielfach ein Ständedenken vor. Möglichen Veränderungen wird mit einer Widerstandshaltung begegnet und sie werden zunächst daraufhin geprüft, ob die eigenen finanziellen und machtpolitischen Interessen gewahrt bleiben. Konnte das System eine solche Haltung in der Vergangenheit verkraften, so wird sie in Zukunft nicht mehr zu tolerieren sein, denn sie blockiert das Heben von Effizienzreserven im System in erheblichem Maße. Und ohne das Ausschöpfen der Effizienzreserven werden wir den sich zuspitzenden Fachkräftemangel nicht abfedern und die Versorgung nicht flächendeckend sicherstellen können.

Die Forderung, mit der der BMC vor mehr als 20 Jahren angetreten ist, ist also nach wie vor hochaktuell: Es muss ein radikales Umdenken stattfinden – weg von den Bestandsschutzbestrebungen der verschiedenen ärztlichen Interessengruppen hin zu einer Versorgungsgestaltung, die konsequent von den Patienten her gedacht wird. Sinnvolle Ansätze kennen wir zur Genüge und bei vielen von ihnen geht es darum, endlich auf Augenhöhe mit anderen Professionen zu kommunizieren und zu kooperieren. Neben dem verstärkten Einsatz von Versorgungslotsen, wie er aktuell in vielen



Innovationsfonds-Projekten und Modellvorhaben erfolgt, ist wie oben bereits angesprochen eine sachliche Betrachtung des Themas Delegation und Substitution längst überfällig. Dort, wo Delegationsmodelle heute eingesetzt werden, sind sie häufig nicht mehr als ein nachträgliches Legalisieren und Implementieren von Ansätzen, die schon seit Langem Praxis- oder Klinikalltag waren. Notwendig ist aber nicht einfach eine Veränderung der Abrechnungsweisen, sondern eine Veränderung des *Mindsets*: Zentral ist das Patienteninteresse – und einer Patientin ist es gleichgültig, wer ihr die Spritze gibt, solange die betreffende Person dazu qualifiziert und autorisiert ist. Wichtig ist der Patientin dagegen, dass überhaupt jemand vor Ort ist, der sie versorgen kann.

Beim medizinischen Nachwuchs ist ein Aufbrechen der alten Denkmuster zu verzeichnen. Die genannten Untersuchungen des Hartmannbundes (2015) und der KBV (2018a) zeigen, dass viele Medizinstudierende auch deshalb eine Tätigkeit in einer größeren Struktur wie einem Krankenhaus, einem MVZ oder einer Gemeinschaftspraxis bevorzugen würden, weil ihnen Teamarbeit wichtig ist. Parallel dazu fallen aber starre Hierarchien und eine autoritäre Führungskultur als Gründe gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus ebenfalls ins Gewicht.

Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass ein Verständnis für Führung als eigenständige Aufgabe geschaffen werden muss. Wer fachlich viel Wissen und Erfahrung mitbringt, ist nicht automatisch eine gute Führungskraft. Auch hier gilt es, frühzeitig die Weichen zu stellen und bereits in Studium und Ausbildung entsprechende Module zu integrieren.

Unabhängig davon, ob es so manchen Ärztinnen und Ärzten passt oder nicht, werden über kurz oder lang vermutlich auch die Versicherten zu Treibern für flachere Hierarchien und mehr Teamkultur werden. Zum einen wirkt sich das neue Selbstverständnis rund um Arbeit auch gesamtgesellschaftlich in Form einer Verschiebung des Wertesystems aus: Alte Tugenden wie Autorität, Gehorsam oder Fügsamkeit verlieren an allgemeiner Bedeutung. An ihre Stelle treten Werte wie Selbstverantwortung, Teamdenken und die Fähigkeit zum Zuhören. Eine solche Haltung erwarten Menschen vermehrt nicht nur am eigenen Arbeitsplatz, sondern auch in anderen Lebensbereichen, ob sie als Kunde im Geschäft auftreten oder als Patient im Krankenhaus liegen. Zum anderen werden Patientinnen und Patienten im Zuge der Digitalisierung stärker zu Mitgestaltern des eigenen Versorgungsprozesses. Auch sie wollen entsprechend auf Augenhöhe wahrgenommen werden.

1.4.2 Sinnstiftung und Selbstverwirklichung im Beruf

Wenn es um die Frage nach der Sinnstiftung geht, hat – wie bereits erwähnt – kaum eine Branche eine so gute Ausgangslage wie das Gesundheitswesen. Arzt bzw. Ärztin, Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerin wird kaum jemand, weil ihnen nichts Besseres eingefallen ist, sondern weil er/sie von der intrinsischen Motivation getrieben ist, anderen Menschen helfen zu wollen. Insofern stellt die Maxime „Arbeit als Mittel zur Sinnstiftung und Selbstverwirklichung“ für das Gesundheitssystem keinen Trend dar, sondern sie bildet die Grundlage für die Berufswahl.

In Zeiten des Fachkräftemangels wäre dies eigentlich ein Wettbewerbsvorteil, den das Gesundheitswesen gegenüber anderen Branchen hat. Dieser Trumpf wird bisher

jedoch in keiner Weise ausgespielt, sondern im Gegenteil durch schlechte Arbeitsbedingungen geradezu achtlos weggeworfen. Eine Umfrage der Bundestagsabgeordneten Elisabeth Scharfenberg aus dem Jahr 2016, an der rund 4.400 Angehörige der Pflegeberufe teilnahmen, ergab: 49 Prozent der Befragten würden sich mit heutigem Wissen nicht noch einmal für den Pflegeberuf entscheiden (gegenüber „Ja“: 43 Prozent, keine Angabe: 8 Prozent). Die drei am meisten genannten Gründe dafür sind, dass der Lohn nicht leistungsgerecht sei (82 Prozent Zustimmung), der Personalmangel zu hoch sei (79 Prozent Zustimmung) und zu wenig Zeit für die Patienten bleibe (73 Prozent Zustimmung). 42 Prozent der Befragten würden einem jungen Menschen zu diesem Beruf raten, während 45 Prozent davon abraten würden, Krankenpflegerin bzw. -pfleger zu werden.

Die Tatsache, dass Zwei-Verdiener-Ehen immer häufiger die Regel sind und wir gleichzeitig nahezu Vollbeschäftigung haben, spielt dieser Entwicklung überdies in die Tasche: In wirtschaftlich guten Zeiten können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer es sich leisten, im Beruf nach Sinn zu suchen, und sind eher bereit, beruflich noch einmal ganz neue Wege einzuschlagen, wenn das bisherige Umfeld nicht (mehr) ihren Vorstellungen entspricht.

1.4.3 Multiprofessionelle Lebensläufe statt „Ein-Beruf-Karriere“

Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen vom Abschluss der Ausbildung oder des Studiums bis zum Erreichen des Rentenalters denselben Beruf ausüben, wird immer geringer. Zu schnell entwickeln sich Branchen, Märkte und damit auch die Anforderungen an das Personal. Manche Berufe verschwinden ganz von der Landkarte, viele entwickeln sich permanent weiter und zahlreiche neue kommen hinzu.

Auch Medizinerinnen und Mediziner haben heute wesentlich mehr Optionen, als dies noch vor 30 oder 40 Jahren der Fall war. Neben der unmittelbaren Versorgung sind Pharmaindustrie, Medizintechnik, Medizininformatik sowie Forschung und Lehre mögliche Einsatzbereiche. In der bereits genannten Umfrage des Hartmannbundes gaben sogar 44 Prozent der Studierenden an, dass sie sich eine Tätigkeit außerhalb der Patientenversorgung vorstellen können (Hartmannbund 2015). Zudem sind die Barrieren für eine Tätigkeit im Ausland allgemein gesunken. Dies gilt nicht nur für Medizinerinnen und Mediziner, sondern ebenso für viele weitere Gesundheitsberufe. Hinzu kommt, dass die Arbeitslosenquote sich aktuell auf einem extrem niedrigen Stand befindet, was auch bedeutet, dass es für Arbeitnehmer mehr Jobchancen und unter ihnen mehr Wechselbereitschaft gibt.

Für das System bedeutet dies, einzukalkulieren, dass nicht jeder, der ein Medizinstudium oder eine Ausbildung im Gesundheitsbereich absolviert, letztendlich auch in der Versorgung tätig ist oder bleibt, wie dies bereits für die Pflegeberufe aufgezeigt wurde. Ein Teil der Ausstiege aus dem Pflegeberuf dürfte trendgemäß auf das Konto der neuen multiprofessionellen Lebensläufe gehen: Menschen entwickeln sich beruflich weiter, ergreifen Chancen oder nehmen in einem relativ späten Lebensalter ein Studium auf. Der Großteil der Verluste im Bereich der Pflege ist aber vermutlich anderen Faktoren wie der hohen physischen und psychischen Belastung, den allgemein schlechten Arbeitsbedingungen und der niedrigen Bezahlung zuzuschreiben. Vor dem Hintergrund einer drohenden Versorgungslücke ist diese Entwicklung aus

Systemsicht nicht hinnehmbar. Man wird ohnehin immense Anstrengungen unternehmen müssen, genügend Menschen für die Pflegeberufe zu gewinnen und auszubilden. Wenn die ausgebildeten Kräfte dann nach kurzer Zeit wieder ausscheiden, potenziert sich der Bedarf unnötig weiter.

1.4.4 Erwartung einer besseren Work-Life-Balance

Wie wichtig jungen Ärztinnen und Ärzten eine gute Work-Life-Balance ist, ist durch verschiedene Umfragen unter Medizinstudierenden gut dokumentiert. So ergab beispielsweise eine Untersuchung des Hartmannbundes aus dem Jahr 2015, an der rund 4.400 Studentinnen und Studenten teilnahmen, folgendes Bild (Hartmannbund 2015): Auf die Frage, was sich verändern müsse, damit der Arztberuf wieder attraktiver werde, waren die meistgenannten Aspekte:

- „Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ (85 Prozent)
- „geregelte Arbeitszeiten“ (78 Prozent)

Nahezu alle Teilnehmenden planten sicher (77 Prozent) oder vielleicht (14 Prozent) die Gründung einer Familie bzw. hatten bereits eine Familie gegründet (6 Prozent). Fast ebenso viele Befragte würden für die Familie für einen bestimmten Zeitraum eine Teilzeitanstellung annehmen (Ja: 73 Prozent; Vielleicht: 19 Prozent; Nein: 7 Prozent).

Die Ergebnisse, die die KBV im Rahmen des „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ ermittelt hat, bestätigen die hohe Bedeutung der Aspekte „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, „geregelte Arbeitszeiten“ und „Möglichkeit zu Teilzeitarbeit“ ebenfalls (KBV 2018a). Diese veränderten Erwartungen an das Arbeitsumfeld sind u.a. darauf zurückzuführen, dass heute generell mehr Frauen erwerbstätig sind und zudem mehr Frauen den Arztberuf ergreifen. Die Ein-Verdiener-Ehe ist ein Auslaufmodell, stattdessen wird die Arbeit rund um Haushalt und Kindererziehung zwischen zwei berufstätigen Partnern geteilt. Dies erfordert andere Arbeitszeitmodelle.

Auch in der Pflege, in der traditionell vorwiegend Frauen beschäftigt sind, ist der Wunsch nach einer guten Work-Life-Balance ausgeprägt. Allerdings spielen hier zusätzliche Faktoren eine Rolle, wie die bereits erwähnte Untersuchung von Scharfenberg zeigt: Neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt die hohe körperliche Belastung bei der Arbeit einen wichtigen Grund dar, warum Pflegekräfte sich für eine Teilzeittätigkeit entschieden haben oder entscheiden würden, wenn ihr Arbeitgeber dies ermöglichen würde (Scharfenberg 2016). Für viele dürfte der finanzielle Spielraum hier aber erheblich enger sein als in der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte.

1.4.5 Weg von körperlicher Arbeit hin zu Kopfarbeit

Die Verlagerung von körperlicher Arbeit hin zu Kopfarbeit dürfte im Gesundheitswesen ein momentan noch schwach ausgeprägter Trend sein, insbesondere in der Pflege. Die Entwicklung von Pflegerobotern für unterschiedlichste Tätigkeiten schreitet aber voran und hat ein großes Potenzial. Roboter werden menschliche Pflegekräfte nicht ersetzen, sie können diese aber vor allem körperlich entlasten. Damit werden Roboter nicht nur zur Gesunderhaltung der Arbeitskräfte beitragen, sondern sie

schaffen auch größere Zeitfenster für Gespräche und menschliche Zuwendung. Zudem ist zu erwarten, dass der vermehrte Einsatz von IT und Robotern Impulse dafür geben wird, dass Prozesse in der Pflege standardisiert und verschlankt werden. Dies wird sich letztendlich auch positiv auf die Qualität auswirken. Im ärztlichen Bereich ist das Zusammenspiel zwischen Mensch und Maschine bereits vielfach zu beobachten, sei es beim Da-Vinci-Operationssystem und anderen OP-Unterstützungssystemen oder beim Einsatz von Algorithmen, beispielsweise in bildgebenden Verfahren.

1.4.6 Remote Working und Home Office

Sicherlich hat der Trend zu *Remote Working* und *Home Office* für Pflegekräfte ebenso wie für die weit überwiegende Mehrzahl der in der Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte eine eher geringe Relevanz. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten erfordert in den meisten Fällen die physische Präsenz vor Ort, die direkte Interaktion, den unmittelbaren menschlichen Kontakt. Selbst in Bereichen, in denen Remote Working möglich wäre, ist die Akzeptanz dafür in der Bevölkerung eher gering. Dies zeigt beispielsweise eine Umfrage unter allen Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern sowie Landrätinnen und Landräten Niedersachsens zur Rolle der Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung (Kuhn et al. 2018). Von allen diskutierten Lösungsansätzen für die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche schnitt Telemedizin am schlechtesten ab, gefolgt von mobilen Arztpraxen. Die Übertragung grundlegender medizinischer Aufgaben an eine vor Ort präsente hochqualifizierte Gesundheitsfachkraft wurde dagegen als positiver Ansatz gesehen.

1.5 Fazit: Gesundheitspolitik ist heute auch Personalpolitik

Die kurze Bestandsaufnahme verdeutlicht: Nahezu alle Trends, die rund um das Thema Arbeit allgemein in der Wirtschaft zu beobachten sind, kommen in mehr oder weniger starker Ausprägung auch im Gesundheitswesen zum Tragen. Ob der Einzelne diese Veränderungen nun positiv oder negativ beurteilen mag – man wird sich auf allen Ebenen des Systems mit den neuen (und weiter im Wandel befindlichen) Rahmenbedingungen arrangieren müssen. Das bedeutet, dass Gesundheitspolitik heute mehr denn je auch Arbeitsmarkt- und Personalpolitik ist.

Dies gilt umso mehr, als Gesundheitsversorgung eine Leistung ist, die sich in hohem Maß an der Qualität der Personalleistung orientiert. Das mag nach einer Binsenweisheit klingen. Doch ein Blick hinter die Kulissen von Gesundheitseinrichtungen zeigt: Das Personal wird bisher vielfach nicht als zentraler Wert der Organisation verstanden. Vielmehr wird den Arbeitskräften oft ein überaus hohes Maß an Einsatz abverlangt, ohne dass man gleichzeitig in Motivation, Weiterentwicklung und Gesundheitserhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investiert.

Im Gesundheitswesen wird das Personal bisher vielfach nicht als zentraler Wert der Organisation verstanden. Dabei ist Gesundheitsversorgung eine Leistung, die sich in hohem Maße an der Qualität der Personalleistung orientiert.

In Zeiten von Fachkräftemangel und nach Jahrzehnten mit einem recht hohen Maß an Ausbeutung können wir uns nicht länger auf der intrinsischen Motivation oder Alternativlosigkeit der in der Versorgung tätigen Menschen ausruhen. Das gilt für die einzelne Einrichtung ebenso wie für das System als Ganzes. Beide müssen sich darauf einstellen, ihre Ressourcen anders einzusetzen, und ihren Werkzeugkasten im Bereich der Steuerungsinstrumente aufstocken.

Fokus der Politik muss dabei immer sein, gute Versorgung in allen Teilen des Landes sicherzustellen. Ihre Aufgabe wird in nächster Zukunft vor allem darin bestehen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und Blockaden aus dem Weg zu räumen, die das Ausschöpfen der vielfältig im System vorhandenen Effizienzpotenziale verhindern.

1.5.1 Ausbildung reformieren

Zu den größten Effizienzreserven im System zählt der Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zum einen vermeiden wir dadurch Versorgungsbrüche und verschwenden in der Folge weniger Kapazitäten. Zum anderen können dadurch die Stärken vieler Gesundheitsberufe – Empathie, Zeit und Koordination – ausgebaut werden. Um von vornherein neue Gewohnheiten und Denkmuster der Zusammenarbeit zu etablieren, ist es sinnvoll, direkt bei der Sozialisierung der Professionen anzusetzen. Ein Gesundheits-Campus, auf dem Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegekräfte teils gemeinsam, teils parallel zueinander ausgebildet werden, würde Berührungsgängste abbauen und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe fördern. Darüber hinaus gilt es, im Rahmen der Ausbildung innerhalb der Professionen, insbesondere den ärztlichen, die Bedeutung von interprofessioneller Zusammenarbeit mehr hervorzuheben sowie Sozialkompetenz zu fördern und zu fordern.

Wir müssen Berührungsgängste zwischen den Gesundheitsprofessionen abbauen und Zusammenarbeit auf Augenhöhe fördern. Ein Gesundheits-Campus, auf dem Medizinerinnen und Mediziner, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegekräfte sowie Angehörige anderer Heilberufe teils gemeinsam, teils parallel ausgebildet werden, kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Eine neue Kultur der Zusammenarbeit zu etablieren, ist ein langfristiges Vorhaben, das in Zeitspannen von zehn bis 20 Jahren gedacht werden muss. Gerade jetzt, wo ausreichend viel Geld im System vorhanden ist, wäre ein guter Zeitpunkt, um hier Maßnahmen zu ergreifen und die medizinische ebenso wie die pflegerische Ausbildung zu reformieren.

Gleichzeitig könnte man in diesem Zuge die Ausdifferenzierung und Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe strukturieren und weiterentwickeln. Es kommt nicht nur der Versorgung zugute, wenn Kompetenzen, Qualifikationen und Verantwortung auf eine breitere Basis bzw. auf mehr Stufen verteilt werden. Vielfältigere Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Aussicht darauf, größere Verantwortungsbereiche zu übernehmen, tragen überdies dazu bei, Pflegeberufe attraktiver zu machen.

1.5.2 Digitale Transformation vorantreiben

Nachdem IT fest etabliert ist, kommt nun auch High Tech im Gesundheitswesen und bei den Gesundheitsprofessionen an. Die digitale Transformation ist ein Motor für die Gestaltung und Verbesserung von Prozessen, definiert aber ebenso Aufgabenbereiche neu und hat damit nicht selten Einfluss auf Selbstverständnis, Haftung und viele weitere Grundsätze der Arbeit. Digitale Lösungen können in unterschiedlicher Form Unterstützung für Gesundheitsprofessionen liefern, wobei der Anteil Mensch und der Anteil Digitalisierung jeweils unterschiedlich ist. Ein unmittelbarer Nutzen ergibt sich beispielsweise in folgenden Bereichen:

- Unterstützung der Gesundheitsprofessionen durch Spracherfassung zur Dokumentation, Robotik im OP, zeitgenaue Erinnerungen etc.
- digitale Vernetzung der Beteiligten
- körperliche Entlastung, beispielsweise in der Pflege
- Einsatz von Maschinen und Algorithmen, etwa bei der Arzneimittelzuteilung im Krankenhaus, bei Auswertungen von genetischen Dispositionen auf Grundlage von Big Data usw.

In der Vergangenheit war hier noch viel Sand im Getriebe: Nur schleppend kommt die digitale Transformation, die in vielen anderen Sektoren schon längst vollzogen ist, in Gang (vgl. Amelung u. Ex 2019). Das liegt nicht zuletzt daran, dass der Wettbewerbsvorteil, den sich der einzelne Leistungserbringer im Markt durch den Einsatz digitaler Technologien verschaffen kann, anders als in anderen Branchen, verhältnismäßig klein ausfällt. Die Arztpraxen sind voll, die Leistung wird nachgefragt und im selben Maße vergütet, unabhängig davon, ob der Patient online einen Termin buchen kann oder den Arztbrief aufs Handy gespielt bekommt. Im Gegenteil bedeutet der Aufbau einer digitalen Infrastruktur für viele Praxen eine finanzielle und zeitliche Belastung. Hinzu kommt die Angst vor erhöhten Dokumentationspflichten (KBV 2018b) – und möglicherweise auch eine Vermeidungsstrategie gegenüber dem Thema Transparenz.

Es ist daher kaum zu erwarten, dass die Marktteilnehmer gegen ihre eigenen Interessen handeln und selbst zu Treibern der Digitalisierung werden. Diesen Punkt hat auch die Politik mittlerweile erkannt und damit begonnen, klare Vorgaben zu machen, die im Sinne der Versicherten den Weg ins digitale Zeitalter weisen. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) stellt auf diesem Weg einen wichtigen Meilenstein dar. Das Thema wird aber auch die nachfolgenden Koalitionen noch intensiv beschäftigen.

1.5.3 Personal systematisch entwickeln

Systematische Personalentwicklung, wie sie in anderen Wirtschaftszweigen schon seit Langem praktiziert wird, ist in vielen Teilen des Gesundheitswesens noch immer ein Fremdwort. Einer der Grundgedanken von Managed Care besteht darin, Modelle aus anderen Branchen auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Im Bereich Personalentwicklung wird man nicht lange suchen müssen, um Ansätze zu finden, die teilweise sogar eins zu eins übernommen werden können.

Jede Gesundheitsorganisation ist gut beraten, das Thema Personal auf die Agenda zu setzen, wenn sie langfristig überleben will. Denn auch wenn man sich um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wenig Gedanken zu machen braucht, so muss man doch immer noch in der Lage sein, diese Nachfrage zu bedienen – und dafür braucht es Personal. Mehr denn je befinden sich Versorgungseinrichtungen heute in einem Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte. Gewinnen werden diejenigen, die ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genau die Arbeitsplätze und Bedingungen zu Verfügung stellen, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Intelligente Unternehmenspolitik zeichnet sich zunehmend dadurch aus, gesellschaftliche Trends frühzeitig zu erkennen und sich darauf einzustellen. Dazu gehört beispielsweise auch, dem eigenen Team glaubwürdig den Sinn der Arbeit zu vermitteln.

Mehr denn je befinden sich Versorgungseinrichtungen heute in einem Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte. Gewinnen werden diejenigen, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genau die Arbeitsplätze und Bedingungen zu Verfügung stellen, die ihren Bedürfnissen entsprechen.

Wir dürfen nicht aus den Augen verlieren, dass die komfortable wirtschaftliche Situation, in der wir uns aktuell befinden, letztlich eine Errungenschaft ist. Aus dieser Perspektive betrachtet, ist die aktuelle Debatte um den Fachkräftemangel nicht nur eine Bedrohung, sondern auch eine Chance: Der Druck im System treibt Veränderungen voran, die lange überfällig sind. Das Aufbrechen von verkrusteten Strukturen in rigiden Systemen wie dem Gesundheitssystem wird nicht von innen kommen, sondern bedarf extern stimulierten Veränderungsanreizen. Dass es sich aktuell schwierig gestaltet, Personal zu rekrutieren, wird auch dazu beitragen, dass dringend nötige Innovationen, wie beispielsweise die Einführung von *physician assistants* als neue Form der ärztlichen Tätigkeit, vorangetrieben werden. Ohne Personalmangel würde hier kaum Bewegung ins deutsche System kommen. Auch die Akademisierung der Pflegeausbildung ist zumindest teilweise dadurch bedingt, hoch qualifizierten und motivierten Pflegekräften Entwicklungspotenziale anbieten zu können. Daher stellt die aktuelle Situation aus Fachkräftemangel, neuen Anforderungen und Erwartungen der Gesundheitsprofessionen an das System sowie der digitalen Transformation insgesamt eine große Chance für die Beteiligten dar, um Veränderungen anzustoßen.

Literatur

- Amelung VE, Ex P (2019) Inkrementell oder mit der Brechstange: Wie wird das Gesundheitswesen endlich digital? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 73(1):15–19
- Badura B (2017) Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. In: Badura B (Hrsg.) *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*. 1–17. Springer Heidelberg
- Bundesgesundheitsministerium (2018) Beschäftigte in der Pflege. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> (Zugriff am 27.03.2020)
- Bundesgesundheitsministerium (2019) Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> (Zugriff am 27.03.2020)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (o.J.) Informationen zum aktuellen Zustand der Pflegeberufe. URL: <https://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/> (Zugriff am 27.03.2020)



- Deutscher Bundestag (2018) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege. Drucksache 19/1803. URL: dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/018/1901803.pdf (Zugriff am 27.03.2020)
- Frei F (2016) Hierarchie: Das Ende eines Erfolgsrezepts. Pabst Science Publishers Lengerich
- Institute of Medicine (2013) Best Care at Lower Cost. The Path to Continuously Learning. Health Care in America. The National Academies Press Washington, DC
- Hartmannbund (2015) „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“ Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes. URL: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf (Zugriff am 27.03.2020)
- KBV (2015) Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. URL: <https://www.kbv.de/html/5724.php> (Zugriff am 27.03.2020)
- KBV (2018a) Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. URL: <https://www.kbv.de/html/5724.php> (Zugriff am 27.03.2020)
- KBV (2018b) Praxisbarometer Digitalisierung. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. URL: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisBarometer_Digitalisierung_2018.pdf (Zugriff am 27.03.2020)
- Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.) (2017) Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Knieps F (2017) „Für Ihre Gesundheit schufteten wir uns krank“ – Was muss sich ändern an den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen? In: Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.) Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. 129–132. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Kuhn B, Steinhäuser J, Eberhard S, Hufenbach R, Amelung V (2018) Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Deutschland), 80(8–09): 711–718. DOI: 10.1055/s-0042-121602
- McKinsey (2018) Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland. URL: <https://www.mckinsey.de/news/presse/2018-09-27-digitalisierung-im-gesundheitswesen> (Zugriff am 27.03.2020)
- Scharfenberg E (2016) Was beschäftigt Pflegekräfte? Ausgewählte Ergebnisse der Umfrage von Elisabeth Scharfenberg, MdB. URL: <http://elisabeth-scharfenberg.de/umfrage.html> (Zugriff am 27.03.2020)
- ZEIT ONLINE (2018) Keine Zeit für Menschlichkeit. URL: <https://www.zeit.de/arbeit/2018-02/pflege-krankenhaus-arbeit-stress-mangel> (Zugriff am 27.03.2020)



Prof. Dr. Volker E. Amelung

Volker E. Amelung studierte an der Hochschule St. Gallen und an der Universität Paris-Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Volker Eric Amelung wurde 2001 zum Universitätsprofessor an der Medizinischen Hochschule Hannover für Gesundheitsmanagement und Gesundheitssystemforschung berufen. Diverse Lehraufträge führten ihn seitdem unter anderem nach Wien (Medizinische Universität und Wirtschaftsuniversität), an die Columbia University (New York/NY), an die TiasNimbas Business School (NL), an die Fachhochschule Kärnten, an die European Business School (EBS) sowie an die TU Braunschweig. Seit 2007 ist er als Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. tätig. Im Jahr 2011 gründete er das inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin.



Dr. Patricia Ex

Patricia Ex ist seit 2017 Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC). Zuvor war sie mehrere Jahre (Senior) Consultant in strategischen Beratungsfirmen und wissenschaftliche Mitarbeiterin von Ulla Schmidt, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages und Gesundheitsministerin a.D. Zudem leitete sie das Hauptstadtbüro eines Facharztverbandes. Ihre Forschungsschwerpunkte sind der Einfluss von Vergütung und Nutzenbelegen auf die Anwendung und Verbreitung neuer Gesundheitstechnologien. Für ihre Studien zu Finanzierungsmechanismen von Innovationen im Gesundheitswesen bei Professor Reinhard Busse an der TU Berlin und während eines Forschungsaufenthalts an der University of California at Berkeley wurde sie 2018 promoviert. Vor ihrem Einstieg in das Gesundheitswesen absolvierte Patricia Ex einen Erasmus Mundus Master of Excellence in Euroculture an den Universitäten Göttingen und Bilbao, Spanien und studierte englische Linguistik an der Universität Bremen und am Dickinson College, USA.

2

Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen

Werner Eichhorst

Das Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Baustein für Lebensqualität in der Gesellschaft, aber es ist auch ein wichtiges und über die Zeit wachsendes Beschäftigungsfeld. Das Kapitel befasst sich zunächst mit generellen Entwicklungen auf Arbeitsmärkten und in der Arbeitswelt, wie sie sich derzeit in Deutschland und anderswo vollziehen und für die nahe Zukunft abzeichnen und geht dann genauer auf die bisherige Entwicklung des Gesundheitssektors als Beschäftigungsfeld ein. Neben einer Darstellung der Strukturen und Dynamiken werden die wesentlichen Triebkräfte der Entwicklung dargelegt. Mit Blick auf die Zukunft werden fundamentale Herausforderungen, aber auch Zielkonflikte aufgezeigt, verbunden mit möglichen Gestaltungsalternativen.

2.1 Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Arbeit: ein permanenter Strukturwandel

Arbeitsmarkt und Arbeitswelt sind in Marktwirtschaften einem ständigen Wandel ausgesetzt, getrieben von gesellschaftlichen Veränderungen, technologischen Innovationen, der Auflösung von regulatorischen Begrenzungen, etwa im Hinblick auf die Mobilität von Menschen, Gütern und Dienstleistungen sowie Kapital, und nicht zuletzt Reformen in Arbeitsmarkt und Sozialstaat selbst. Bereits über einen längeren Zeitraum wandelt sich bezahlte Arbeit in Deutschland, aber auch in allen anderen entwickelten Ökonomien von industrieller Produktion hin zu Dienstleistungen verschiedenster Art, wobei sowohl hoch qualifizierte und komplexe Dienstleistungstätigkeiten an Terrain gewinnen als auch lokale soziale Tätigkeiten und Leistungen für private Haushalte (Eichhorst et al. 2015). In den letzten Jahren sind insbesondere die

Digitalisierung und Automatisierung von Arbeitsprozessen in den Mittelpunkt von Forschung und öffentlicher Debatte gerückt. Auslöser war insbesondere die Studie von Frey und Osborne aus dem Jahr 2013, welche anhand von Experteneinschätzungen für die USA eine Ersetzung von knapp der Hälfte aller Jobs durch den Einsatz moderner Technologien innerhalb weniger Jahre prognostizierte. Damit ist letztlich eine im Zuge der Digitalisierung weiter fortschreitende Ausweitung der Reichweite von technischen Lösungen gemeint, sodass menschliche Arbeit in bestimmten Feldern ersetzt werden kann, während andere Tätigkeiten umso wichtiger werden. Eine genauere Analyse bisheriger und für die Zukunft zu erwartender Veränderungen weist somit auf ein Schwinden von manuellen und kognitiven Routinetätigkeiten zugunsten von Nichtroutinetätigkeiten hin, also von Tätigkeiten, die genuin und nicht (leicht) ersetzbar menschliche Fähigkeiten erfordern, etwa Entscheidungsfindung unter Unsicherheit, Umgang mit Komplexität, Kreativität und Innovation sowie den Umgang mit anderen Menschen.

Studien, welche gegenwärtige berufliche Tätigkeiten nach diesen unterschiedlichen Bestandteilen untergliedern, zeigen auch, dass deutlich weniger als die Hälfte aller Jobs massiv gefährdet sind, aber aktuell und künftig von einem Wandel der Berufsbilder hin zu den weniger automatisierbaren Tätigkeiten auszugehen ist (Bonin et al. 2015; Dengler u. Matthes 2018).

Für die Zukunft bedeutet dies weitere erhebliche Veränderungen menschlicher Arbeit, die damit vielfältiger, anspruchsvoller, aber auch interessanter werden dürfte. Menschen werden damit ihre Tätigkeiten in besonderem Maße prägen, während vorgegebene Arbeitsplatzbeschreibungen und Detailregelungen eher an Bedeutung verlieren dürften. Damit gehen jedoch wachsende Anforderungen an die Qualifikation, Professionalität und Zusammenarbeit einher, bei gleichzeitiger Fähigkeit zur Selbstorganisation. Damit werden Arbeitsbedingungen und Arbeitskulturen noch einmal wichtiger, um diese Möglichkeiten produktiver und befriedigender menschlicher Arbeit wirklich realisieren zu können. Die Qualität der Dienstleistungen hat somit direkt mit der Qualität der Arbeitsumgebung und der Qualifikation der Beschäftigten zu tun.

2.2 Beschäftigung im Gesundheitswesen – Quantität und Qualität der bisherigen Entwicklung (ca. seit 2000)

Quantität

Im Jahr 2017 haben 5,6 Mio. Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen gearbeitet, sodass etwa jeder achte Erwerbstätige in diesem Bereich tätig ist (Statistisches Bundesamt 2019). Die wichtigsten Teilbereiche sind die Krankenhäuser mit einem Beschäftigungsanteil von 21%, die Arztpraxen (12%) sowie die (teil-)stationäre Pflege (13%). Der Anteil des weiblichen Gesundheitspersonals ist relativ konstant seit der Jahrtausendwende und liegt bei etwa 75%.

Seit 2000 zeigt sich sowohl ein stetiger Anstieg in absoluten Zahlen von insgesamt ca. 1,5 Mio. als auch der relativen Beschäftigungsanteile am deutschen Arbeitsmarkt.

2 Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen

Der absolute Anstieg ist vor allem durch ein starkes Beschäftigungswachstum in Krankenhäusern und Praxen sowie in sonstigen medizinischen Berufen zu erklären. Speziell für das Jahr 2017 gibt es deutlich mehr Personal in den Bereichen der ambulanten Pflege, der Krankenhäuser, der (teil-)stationären Pflege sowie in sonstigen Einrichtungen (s. Abb. 1). Insgesamt entfällt auf ambulante und (teil-)stationäre Institutionen über 75% des Gesundheitspersonals, wobei die ambulanten Einrichtungen seit 2000 deutlich stärker wachsen (46% vs. 26%). Das Gesundheitswesen war zudem in den letzten Jahrzehnten einer der Wirtschaftsbereiche mit dem stärksten Wachstum bei der Erwerbstätigkeit (Eichhorst u. Buhlmann 2018).

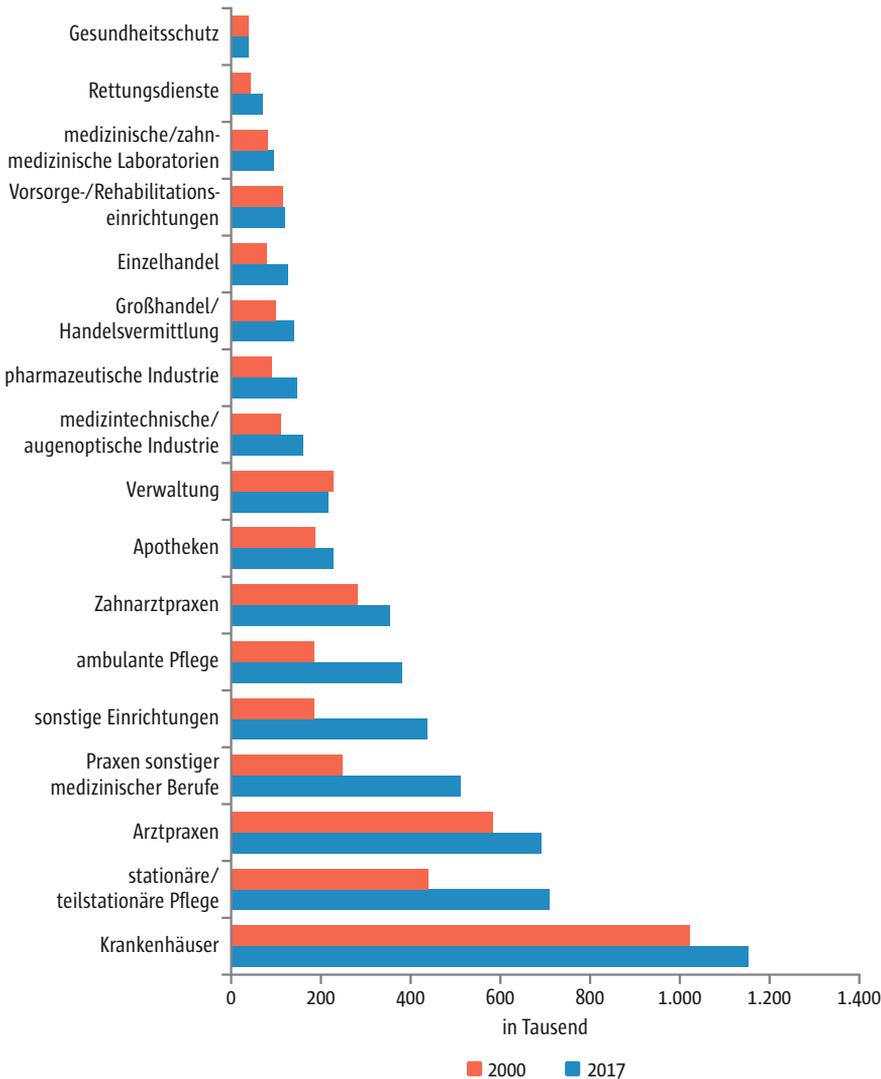


Abb. 1 Beschäftigung in den Teilbereichen des Gesundheitswesens, 2000 und 2017 (Statistisches Bundesamt 2019)

Bezogen auf die Teilzeitquote waren die vergangenen Jahre von einem klaren Bild geprägt, nämlich einem Anstieg der Anteile von Teilzeitarbeit. Für das zweite Quartal 2018 zeigt sich erstmalig eine kleine Abweichung von diesem Trend, da die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten in stärkerem Maße anstieg als die entsprechende Zahl der Teilzeitbeschäftigten (Augurzky u. Kolodziej 2018). Derzeit ist jedoch noch unklar, wie sich die Entwicklung in der Zukunft darstellt und wie dauerhaft diese ist.

Auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist zwischen 2000 und 2017 um 1,4 Prozentpunkte auf 11,5% angestiegen. Dieser Trend zeigt sich auch deutlich bei einer einwohnerbasierten Betrachtung der Gesundheitsausgaben. Des Weiteren ist bei einer separaten Untersuchung nach einzelnen Subsektoren festzustellen, dass die Mehrheit der Bereiche von Gesundheitsausgaben relativ gesehen einen größeren Teil des Bruttoinlandsproduktes vereinnahmt. Besonders deutlich trifft dies für die ambulante Pflege sowie Importe zu, während die Ausgaben für den Gesundheitsschutz sowie Investitionen in die Gesundheit rückläufig gewesen sind.

Qualität

Inbesondere unter dem Aspekt des Fachkräftemangels sind die Arbeitsbedingungen von entscheidender Wichtigkeit, um die Attraktivität von Berufen des Gesundheitswesens sicherzustellen und dem zukünftigen Bedarf (im Zuge des demografischen Wandels) gerecht zu werden. Spezifisch für die Alten- und Krankenpflege stellen das Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di (2018) die Notwendigkeit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten heraus. Insgesamt zeigt die Auswertung, dass die Anforderungen deutlich steigen (Zeitdruck und Arbeitsintensivierung in hohem Maße für überdurchschnittlich viele Befragte), die Entlohnung aber nicht mit diesen Entwicklungen Schritt hält und als nicht leistungsgerecht empfunden wird. Teil der Arbeitsintensivierung ist nach Kenntnissen der Bundesregierung eine Vielzahl an (teils unbezahlten) Überstunden (Bundesregierung 2018).¹ Außerdem erschweren die Arbeitszeiten im Gesundheitswesen oft die Vereinbarkeit von Beruf und Freizeit. Positive Erkenntnisse ergeben sich lediglich in Bezug auf die Förderung von beruflichen Weiterbildungen durch die Betriebe, wengleich die überdurchschnittlich hohen Werte möglicherweise der Tatsache einer stärkeren Notwendigkeit von Fortbildungen in diesen Berufen geschuldet sind. Gemäß der Bundesregierung (2018) sind ca. 64% der erwerbstätigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Schichtdienst tätig. Kombiniert mit den relativen Beschäftigungsanteilen ist zu erkennen, dass etwa 16% aller Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter der gesamten Wirtschaft im Bereich der Altenpflege arbeiten.

Eine eindeutige Einordnung der Verweildauer in Gesundheitsberufen als weiterem Indikator für die Attraktivität dieses Tätigkeitsfelds ist generell nur schwer möglich, da eine Vielzahl von unterschiedlichen Resultaten existiert. Einige ältere Studien (u.a. Flieder 2002) finden für die Altenpflege Werte von unter zehn Jahren, unterschätzen die Berufsbindung aber möglicherweise aufgrund von methodischen Prob-

1 Unter Verwendung der Daten des Mikrozensus ergeben sich etwa 9,5 Mrd. Überstunden, die allein in der Altenpflege im Jahr 2016 geleistet wurden, davon etwa 3,5 Mrd. unbezahlt. Eine Unterschätzung ist wahrscheinlich, da die Beantwortung der Frage im Rahmen der europäischen Arbeitskräfteerhebung auf freiwilliger Basis erfolgte.

lemen (für Kritik siehe u. a. Hall 2012). Für diese Thematik gibt die Bundesregierung (2018) einen guten Überblick über aussagekräftigere Untersuchungen und deren Erkenntnisse. Eine Studie des IWAK (2009) dokumentiert eine Verweildauer von 19 Jahren für Fachkräfte in der Altenpflege (Institutionen der ambulanten und stationären Pflege inbegriffen, nicht separiert), mit Beginn der Tätigkeit zwischen 1976–1980.² Vergleichbare Ergebnisse finden sich für entsprechend ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit jüngeren Ausbildungsabschlüssen. Demnach verbleiben 77% nach der Ausbildung mindestens fünf Jahre sowie 64 bzw. 63% zehn bzw. fünfzehn Jahre. Die etwas aktuellere BIBB/BAUA-Erwerbstätigenbefragung von 2012 zeigt ebenfalls keinen Trend der Massenfluktuation aus diesem Berufsfeld (Hall 2012). Für Oktober 2011 bis März 2012 sind ca. 62% der befragten Altenpflegerinnen und Altenpfleger in ihrem Ausbildungsberuf und weitere 25% in einem ähnlichen Beruf tätig. Nichtsdestotrotz scheinen auch räumliche Faktoren eine Rolle bei der Verweildauer zu spielen. Wiethölter et al. (2013) erkennen deutlich stärkere Abwanderung aus dem erlernten Beruf der Altenpflege in Berlin und Brandenburg (15 Jahre nach Ausbildungsabschluss lediglich 32 und 28% verblieben). Dabei zeigt sich, analog zur IWAK-Studie (2009), vor allem ein starker Austritt in den ersten fünf Jahren. Zudem ist die Unterscheidung von Pflegerinnen/Pflegern und Helferinnen/Helfern in der Pflege von wichtiger Bedeutung, da die letztgenannte Untergruppe deutlich kürzer in diesem Beruf verbleibt (u. a. Behrens et al. 2010).

Die Verweildauer in der Krankenpflege wird tendenziell etwas höher eingeschätzt (Prognos 2012). Beispielsweise geben Behrens et al. (2010) einen Wert von 13,7 Jahren an. Neuber-Pohl (2017) unterstreicht die Tatsache, dass Personen mit Ausbildungen in Pflege- und Gesundheitsberufen überdurchschnittlich oft in diesen Berufen verbleiben (79 vs. 47%). Aufgrund dieser hohen Bindungsquoten ist die Ausbildung ein essenzieller Faktor, um der zukünftigen Fachkräftelücke entgegenzuwirken.

2.3 Wesentliche Triebkräfte

Welche Faktoren bewirken Wachstum und Veränderung im Gesundheitswesen mit direkten Auswirkungen auf die Arbeit in diesem Sektor?

Der **medizinisch-technische Fortschritt**, aber auch der **Zugang zu gesundheitlicher Versorgung** sind wichtige Treiber für eine höhere Lebenserwartung. Damit gehen andere Krankheitsprofile ebenso einher wie ein steigender Anteil an multimorbiden Patientinnen und Patienten. Auch dies kann als Folge besserer Versorgung und längerer Lebenserwartung bzw. höherem Alter verstanden werden, bringt aber erweiterte medizinische und pflegerische Anforderungen mit sich.

Daneben ist hier an den **gesellschaftlichen und demografischen Wandel** mit verschiedenen Facetten zu denken. Gleichzeitig wirkt sich der demografische Wandel – neben Abgängen aus diesen Berufen – auf eine angesichts der Wachstumstendenzen im Gesundheitswesen eher zunehmende Knappheit an Fachkräften aus. Damit kommt auch der **Zuwanderung in die Gesundheitsberufe** eine wichtige Rolle zu.

² Den Stichtag bildet der 31. Dezember 2004.

Aber auch die **Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen und Patienten** an das Gesundheitswesen haben sich verändert. Einerseits steigen die Erwartungen an die Machbarkeit medizinischer Leistungen wie auch an die Qualität einer Diagnose und Behandlung. Damit verbunden sind wachsende Anforderungen an das Gesundheitspersonal, Diagnosen zu erklären und Aufklärung über die jeweils verfügbaren und geeigneten Therapiemöglichkeiten zu geben. Andererseits bietet gerade das Internet auch die Möglichkeit, dass sich Patientinnen und Patienten leichter als in der Vergangenheit Informationen unterschiedlicher Qualität aus verschiedensten Quellen verschaffen und damit mehr als bisher zu Expertinnen und Experten ihrer jeweiligen Krankheiten werden. Damit wachsen tendenziell Bedürfnisse nach einer Berücksichtigung individueller Einschätzungen und einer Würdigung der Besonderheiten des jeweiligen Falls.

Diese Entwicklung trifft auf institutionell angelegte Anreize für das verantwortliche Gesundheitspersonal, im Gegenzug medizinische Leistungen im Sinne von Diagnosen und Therapien eher auszuweiten und dabei auch unter dem Eindruck ökonomischer Anreize und Zwänge über das medizinisch Notwendige im Zweifel hinauszugehen.

Medizinisches Personal wird immer häufiger durch **technische Lösungen** bei ihrer Arbeit unterstützt. So kommt bei der Auswertung von Röntgenbildern bereits künstliche Intelligenz zum Einsatz (Lakhani u. Sundaram 2017). 3D-Drucker können mittlerweile Hand- und Beinprothesen aus speziellen Kunststoffen oder Metallen herstellen. Die auf den Patienten individuell ausgemessenen Implantate können mithilfe eines Laserscans am Computer in ein 3D-Modell entworfen werden und später gedruckt werden. Des Weiteren wird an gedruckten menschlichen Zellen geforscht, die es in der Zukunft möglich machen könnten, ein neues Herz zu drucken (Mozaffarian et al. 2015).

Eine Studie zeigt, dass Patienten sich gegenüber der **Digitalisierung im Gesundheitswesen** sehr aufgeschlossen zeigen. Das Internet wird regelmäßig für Gesundheitsfragen genutzt und Sprechstunden per Videochat werden generell befürwortet. Digitale Informationen und Anwendungen sollen stärker in die Interaktion zwischen Arzt und Patient eingebunden werden, z.B. durch Empfehlungen qualitätsgeprüfter Websites und speziellen Gesundheits-Apps. Gleichzeitig glauben viele Patienten, dass es Ärzte nicht gern sehen, wenn Patienten sich selbst im Internet informieren. Es gibt eine Bereitschaft dazu, sensible, auf dem Smartphone gesammelte Daten gemeinsam mit dem Arzt auszuwerten, jedoch darf es dabei nicht passieren, dass Teilnehmer die Kontrolle über ihre eigenen Daten verlieren. Datenschutzbedenken bleiben wichtig (Schmidt-Kaehler 2018).

Laut Kritikern können **Online-Sprechstunden** die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten jedoch nicht vollständig erfüllen. Telemedizin werde nur beworben, um Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum zu schließen. Gleichzeitig ersetzen Videosprechstunden keinen einzigen Arzt, weil durch jede Sprechstunde per Videochat ein Patient nicht persönlich behandelt werden kann. Faktoren bei einer erfolgreichen Behandlung eines Patienten seien u.a. langjährige Begleitung und Kenntnisse über den Patienten, die über die reine medizinische Akte hinausgehen (Lüder 2017).



2.4 Die Zukunft

Insgesamt erscheint die Substituierbarkeit menschlicher Arbeit durch Technik bei medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen eher begrenzt. Nur etwas mehr als 20% der Tätigkeiten können derzeit potenziell von Computern erledigt werden (Dengler u. Matthes 2018). Gesundheitsberufe sind hier nach wie vor eher wenig anfällig für die Ersetzung. Dabei werden sich aber auf absehbare Zeit ebenso wie in anderen Branchen die Berufsbilder und Tätigkeiten verändern. Der Fokus wird in wachsendem Maße auf Tätigkeitsprofilen liegen, die nicht technisch ersetzbar sind und die für die Qualität der Versorgung wichtig sind, während wir einen Rückgang der Bedeutung oder Anteile von ersetzbaren Tätigkeiten beobachten. Damit ist aller Wahrscheinlichkeit kein Rückgang oder Trendbruch bei der Beschäftigung verbunden. So zeigen sich bei Vogler-Ludwig et al. (2016) selbst für das Szenario „Beschleunigte Digitalisierung“ (Strategie der intensiven Nutzung) die größten Beschäftigungsanstiege in medizinischen Gesundheitsberufen. Weitere vorliegende Szenarios gehen auch nach wie vor von einem Wachstum aus.

Das Gesundheitswesen (inkl. Pflege) wird schätzungsweise vielmehr bis 2035 mit 15,4% zum wichtigsten Beschäftigungsfeld am Arbeitsmarkt gehören und auch absolut weiter anwachsen (Maier et al. 2018).

Dies bedeutet etwa ein Zuwachs von 400.000 ausgebildeten Erwerbstätigen bis 2035 in medizinischen Gesundheitsberufen.

Zeitgleich werden langfristig Fachkräfteengpässe im Gesundheitssektor prognostiziert (u.a. BIBB-IAB 2018, Vogler-Ludwig et al. 2016).

Maßgeblich in diesem Zusammenhang ist der in Kapitel 2.3 erwähnte demografische Wandel, der im Wesentlichen durch zwei Kanäle wirkt. Durch die zunehmende Zahl älterer Personen ergibt sich einerseits ein langfristiger Beschäftigungsanstieg im Gesundheitswesen. Andererseits weist diese Berufshauptgruppe eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Personen (absolut gesehen) auf, die bis 2035 aus dem Berufsleben ausscheiden. Maier et al. (2018) identifizieren auf Basis eines Fachkräfteindicators (gewichtet nach Arbeitsvolumen) eine eher ausgeglichene Situation (leichtes Defizit) bis zum Jahr 2025 in Bezug auf Fachkräfte in medizinischen Gesundheitsberufen. Die Entwicklung verschärft sich allerdings bis zum Jahr 2035, sodass eine Fachkräftelücke wahrscheinlich ist. Gemäß der Qualifikations- und Berufsprojektionen (BIBB-IAB 2018) sind Engpässe in bestimmten Berufen bereits in den nächsten Jahren spürbar. Auffällig ist zudem die Heterogenität der Gesundheitsberufe hinsichtlich dieses Risikos, wie Abbildung 2 verdeutlicht. In diesem Zusammenhang ist jedoch festzuhalten, dass die Tätigkeitsstruktur innerhalb der Berufe eine entscheidende Rolle spielt. Weiterhin ist nicht davon auszugehen, dass Quereinstiege in Gesundheitsberufe einen wichtigen Beitrag leisten können, da diese eher seltenen Charakter haben.