

Barbara Meifort

## Ambulante Gesundheitsdienste stellen veränderte berufliche Anforderungen an die Gesundheitsberufe

Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste haben in den letzten Jahren in der Gesundheitspolitik aller Bundesländer einen zentralen Stellenwert erhalten. Demgegenüber findet die Ausbildung für die meisten Gesundheitsberufe noch immer überwiegend in Krankenhäusern statt. Welche unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen die Arbeit in den ambulanten Diensten gegenüber der Arbeit in stationären Einrichtungen erfordert, soll daher in einem Forschungsprojekt des Bundesinstituts geklärt werden. [1]

### Die ambulante Gesundheitsversorgung erhält gegenüber der stationären Versorgung zunehmende gesundheitspolitische Bedeutung

Inzwischen gibt es in allen Bundesländern sogenannte Sozialstationen. Das sind Einrichtungen, die eine häusliche gesundheits- und sozialpflegerische Betreuung ermöglichen; d. h., Patienten, die nicht stationär – in einem Krankenhaus oder Heim – behandelt und betreut werden müssen, die aber auch nicht völlig gesund oder selbständig sind, werden regelmäßig oder zeitweise vom Personal der Sozialstationen in ihren Wohnungen besucht und betreut.

Die Vorläufer von Sozialstationen waren Gemeinde(-krankenpflege-)stationen. Die Gemeindegewerkschaft oder Gemeindegewerkschaft – in der Regel Diakonissen und Nonnen – betreuten im kirchlichem Auftrag Kranke, Alte, Behinderte in ihrer Gemeinde. Als die Kirchen diese Aufgabe nicht allein bewältigen konnten, weil der Nachwuchs an Gemeinde(-kranken-)schwestern fehlte und der Bedarf an häuslicher Versorgung vor allem aufgrund der zunehmenden Zahl alleine lebender älterer Menschen stieg, wurde die gesundheitspolitische Bedeutung der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger offensichtlich. Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste gewinnen in der Gesundheitspolitik, vor allem mit der Forderung nach gemeindenaher patientenzentrierter gesundheitlicher Betreuung, an Bedeutung. Diese Entwicklung resultiert nicht zuletzt aus unbefriedigenden Verhältnissen im stationären Bereich, die zunehmend kritisiert werden. In verstärktem Maße wird seit einiger Zeit gefordert, dort, wo es medizinisch, pflegerisch und therapeutisch gerechtfertigt ist, mehr ambulante Dienste (d. h. für den häuslichen Bereich oder in Tageseinrichtungen) anzubieten. [2]

Gegenwärtig bestehen etwa 1500 Sozialstationen im Bundesgebiet; in Berlin gibt es allein 42 solcher Einrichtungen. „Sie sind mit 4 bis 12, teilweise auch mehr Fachkräften besetzt und verfügen über einen unterschiedlich großen Stamm von freiwilligen und ehrenamtlichen Helfern. Ihr Einzugsgebiet umfaßt zwischen 20 000 und 60 000 Einwohnern.“ [3]

Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste haben bislang ihren Aufgabenschwerpunkt im Bereich Hauskrankenpflege und Altenpflege sowie ergänzend in der Haus- und Familienpflege. Neuere gesundheitspolitische Verlautbarungen der Bundesregierung und einzelner Bundesländer lassen darauf schließen, daß künftig auch weitere Aufgaben verstärkt ambulant durchgeführt werden sollen [4]: Im Rahmen des vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit seit 1984 geförderten Modellversuchs-Programms „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ sollen auch Kurzzeiteinrichtungen für rehabilitative Aufgaben an Sozialstationen angegliedert werden, um reaktivierende Maßnahmen der Rehabilitation

im Rahmen einer ganzheitlichen Patientenversorgung zu verstärken. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen fördert seit kurzem auch ein Modellversuchsprogramm für die „Ambulante psychiatrische Versorgung durch Sozialstationen“. Zielgruppen dieses Programms sind psychisch Alterskranke und an Psychosen leidende chronisch Kranke, die aber keiner stationären Behandlung bedürfen. Die ambulante Gesundheits- und Sozialpflege findet in verschiedenen Einrichtungen statt; dazu zählen verschiedene Tages- und Nachteinrichtungen für die Betreuung körperlich oder psychisch Kranker und Behinderter sowie vorrangig Dienste, Zentren oder Stationen, die – überwiegend – haus- und krankenpflegerische Hilfen anbieten. [5] Für diese Hauptfunktion, die Bündelung ambulanter pflegerischer Dienste, hat sich der Einrichtungstyp mit der Bezeichnung „Sozialstation“ offensichtlich am stärksten durchgesetzt. [6]

„Die vorrangige Aufgabe der SozS (Sozialstation-B.M.) ist nach den Förderrichtlinien der Landesministerien die Versorgung der Bevölkerung mit folgenden ambulanten pflegerischen Diensten: Krankenpflege, Altenpflege, Haus- und Familienpflege. Darüber hinaus sollen Sozialstationen im Rahmen ihrer Aufgaben Beratungsdienste anbieten, z. B. indem Hilfesuchende an die zuständigen sozialen Stellen verwiesen werden oder indem sie über die möglichen Hilfen im sozialen Bereich informiert werden.“ [7] Entsprechend vielfältig ist die Berufsstruktur in den Sozialstationen. Sie reicht von den traditionellen Pflegeberufen wie Krankenschwestern und Gemeinde(-kranken-)schwestern bzw. -pflegern und Krankenpflegehelferinnen und -helfern, Altenpflegerinnen und -pflegern, Haus- und Familienpflegerinnen und -pflegern bis zu Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Zivildienstleistenden und Bürokräften. Zeitweise sind sogar – entsprechend dem Aufgabenspektrum der Sozialstationen – MTA, Masseur bzw. Masseurinnen oder Krankengymnastinnen bzw. Krankengymnasten in Sozialstationen beschäftigt. Die entsprechenden Aufgaben und Funktionen, die die Angehörigen der verschiedenen beteiligten Berufe dieser Einrichtungen erfüllen müssen, sind schwerpunktmäßig Pflegeaufgaben sowie die Ausführung ärztlicher Verordnungen zur Versorgung (chronisch) Kranker, Alter, Behinderter. Sie betreffen aber auch typische Aufgaben aus der Prävention und Rehabilitation, wie beispielsweise Gesundheitserziehung, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, aber auch Haushaltsführung. Hinzu kommt die Aufgabe, die Verbindung zwischen dem Primärversorgungsbereich und den angrenzenden Versorgungsbereichen sicherzustellen. Dazu gehören beispielsweise die Kooperation mit Krankenhäusern vor und nach der stationären Versorgung, mit Reha-Einrichtungen, sozialmedizinischen Beratungsstellen, Ärzten usw.

### Veränderungen im System der Gesundheitsversorgung stellen neue oder veränderte Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Gesundheitsberufe

Eine gute ambulante Gesundheitsversorgung hängt u. a. entscheidend davon ab, wie die Angehörigen aus Gesundheitsberufen auf ihre Aufgaben vorbereitet bzw. bei ihrer Aufgabenerfüllung berufsbegleitend unterstützt werden. Weil die Ausbildung für die meisten nichtärztlichen Gesundheitsberufe jedoch bislang überwiegend in Krankenhäusern stattfindet und Anforderungen aus der ambulanten Gesundheitsversorgung erst allmählich in die Ausbildung der Gesundheitsberufe aufgenommen werden, sind die bereits ausgebildeten Angehörigen der

Gesundheitsberufe in den gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten auf ihre beruflichen Aufgaben meistens nicht ausreichend vorbereitet. [8]

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe werden überwiegend im stationären Bereich ausgebildet und sammeln dort in der Regel ihre ersten Berufserfahrungen. Dort lernen sie in einer hoch arbeitsteiligen Organisationsform, in der Regel in speziellen Fachbereichen bzw. für spezielle Patientengruppen und in einer Gruppe von Angehörigen aus demselben Beruf, zu arbeiten. Zum Beispiel sind auf einer Krankenhausstation Krankenpflegekräfte in einer Arbeitsgruppe zusammen, MTA arbeiten in einer Gruppe zusammen im Labor, usw. Ihnen stehen für ihre Arbeit viele verschiedene Dienste z. B. Hol- und Bringedienste, zentrale Küchen, Bettenzentralen sowie technische und organisatorische Hilfsmittel zur Verfügung. Die Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufe und ihre Zuständigkeiten sind in der Regel klar voneinander geschieden und definiert. Ständig ist ein Arzt verfügbar, der ihnen Entscheidungen abnehmen kann. Sie haben mit Patienten umzugehen, die – abseits von ihrer häuslichen Umgebung – abhängig von ihnen sind. Demgegenüber müssen nichtärztliche Gesundheitsberufe in den ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten weitgehend auf sich selbst gestellt, ohne die vielfältigen Dienste und Hilfen eines großen Krankenhauses ihre Arbeit selbst organisieren; im Rahmen der unterschiedlichsten Lebensverhältnisse ihrer Patienten – konfrontiert mit jeweils unterschiedlichen Problemen, Krankheiten, Störungen und Ansprüchen – müssen sie situationsgerecht selbständig Entscheidungen treffen und handeln. Außerdem begibt sich das Gesundheitspersonal in die Wohnung der Patienten; die Patienten sind insofern unabhängiger als in der stationären Versorgung; sie nehmen eine Art „Gastgeber“-Rolle gegenüber dem Personal ein. Die Besuchszeiten müssen beispielsweise auf die Lebensgewohnheiten der Patienten abgestimmt werden; Möbel können nicht beliebig verrückt werden; Wäsche kann nicht ohne zu fragen aus dem Schrank geholt und gewechselt werden. Was an Pflegematerialien nicht ärztlich verordnet wird, muß vom Patienten erst selbst besorgt werden oder zumindest muß dessen Einwilligung eingeholt werden, usw. Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe müssen die Patienten pflegerisch versorgen und beraten sowie deren Angehörige oder Nachbarn zum richtigen Umgang und zur richtigen Versorgung anleiten. Die Gesundheitsberufe haben in dieser Situation mit unterschiedlichen Einrichtungen, beispielsweise Sozialämtern, und in der Regel mit ganz verschiedenen Berufen und Personen aus Behörden, Institutionen der Gemeinde und aus der Nachbarschaft zusammenzuarbeiten.

Zur Wahrnehmung dieser vielfältigen Aufgaben in den ambulanten Einrichtungen reicht die Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der Regel nicht aus. Aufgrund der oben genannten strukturellen und organisatorischen Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen sind die Ausbildungs- und Berufserfahrungen des Gesundheitspersonals aus stationären Einrichtungen nicht ohne weiteres auf die Anforderungen im ambulanten Bereich anwendbar. Abgesehen von diesen Ausbildungsdefiziten stellen die beschriebenen vielfältigen Bedingungen, unter denen im ambulanten Bereich gearbeitet werden muß, einen sehr hohen Anspruch an die menschliche und berufliche Reife des Personals. Zwar kann Reife nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden werden, doch läßt sich mit einigem Recht annehmen, daß zur richtigen Abschätzung und Einschätzung des individuellen persönlichen und häuslichen Lebensrahmens der verschiedenen Patienten einige Lebens- und Berufserfahrungen erforderlich, zumindest hilfreich sind. Insofern kann dem besonderen Anforderungsspektrum der Gesundheitsarbeit in der häuslichen Versorgung nur bedingt durch eine Veränderung der Ausbildung Rechnung getragen werden. Ganz wesentlich wird das nur über Fort- bzw. Weiterbildung bewältigt werden können.

Andererseits muß festgestellt werden, daß für diese Veränderung in der Gesundheitspolitik entsprechende berufsbildungs-politi-

sche Maßnahmen im Fort- bzw. Weiterbildungsbereich noch ausstehen. Es liegt zur Zeit kein ausreichendes Fort- bzw. Weiterbildungsangebot zur Vorbereitung des Gesundheitspersonals auf die spezifischen und vielfältigen Aufgaben in der ambulanten Gesundheitsversorgung vor. Damit sind die wesentlichen personellen Voraussetzungen für die Arbeit in den ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten noch nicht gegeben.

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung bei den Veränderungen im Gesundheitsversorgungssystem sicherzustellen, ist es daher dringend erforderlich, sich über die neuen und veränderten Anforderungen, die an die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der ambulanten Versorgung gestellt werden, Klarheit zu verschaffen. Diese neuen und veränderten Anforderungen liegen vermutlich vor allem in folgenden Bereichen:

- Fähigkeiten, die vielfältigen psychosozialen Faktoren, die auf eine gemeindenahere gesundheitliche Versorgung Einfluß haben, z. B. der Zusammenhang zwischen Isolation, Problemen des Alterns, Arbeitslosigkeit, familiärer Belastung, Wohnumfeld, finanzieller Belastung und Krankheit, in die Arbeit einzubeziehen und damit auch präventive und rehabilitative Aufgaben besser zu berücksichtigen.
- Kooperationswissen und -fähigkeit, d. h. Wissen um die eigenen Grenzen sowie über Funktionen und Fähigkeiten angrenzender Berufe und Fähigkeiten, die eigene Handlungskompetenz jeweils situationsgerecht zu bestimmen und angrenzende Berufe rechtzeitig hinzuzuziehen.
- Management-, Rechts- und Verwaltungswissen und Fähigkeiten zur effizienten Organisation und verantwortlichen Leitung und Durchführung der vielfältigen Aufgaben.
- Praxisanleitung, d. h. Einführung und praktische Einsatzbegleitung neuer Mitarbeiter mit unterschiedlicher beruflicher Vorbildung; pädagogische und fachliche Anleitung von Praktikanten, Zivildienstleistenden; Einführung von Ehrenamtlichen; Anleitung und Beratung von Familienangehörigen und Nachbarn.

Eine Qualifikationsuntersuchung in ausgewählten Sozialstationen soll darüber näher Aufschluß bringen, ob und in welchen dieser Anforderungsbereiche die Angehörigen der Gesundheitsberufe besondere Fortbildungsbedürfnisse verspüren und ob das vorhandene Weiter- bzw. Fortbildungsangebot ihnen hierzu ausreichend erscheint. Schließlich sollen zu den zentralen Kompetenzbereichen, für die keine ausreichenden Maßnahmen zur Fort- bzw. Weiterbildung angeboten werden, Fortbildungshilfen zur berufsübergreifenden Zusatzqualifizierung verfügbar gemacht werden. Dies ist auch im Hinblick darauf wichtig, daß Ausgebildete und Beschäftigte im Gesundheitswesen zukünftig auch von Arbeitslosigkeit bedroht sind. [9] Deshalb ist es von zentralem Interesse zu untersuchen, durch welche Zusatzqualifikationen längerfristig tragfähige Beschäftigungschancen in neuen Versorgungsformen und -bereichen eröffnet werden können.

### Schlußfolgerungen

Da die psychosozialen Kompetenzen in sämtlichen Bereichen und Berufen des Gesundheitswesens nicht ausreichend vorhanden sind [10], wird auf diesem Gebiet – unabhängig vom beruflichen Einsatzort – die Zusatzqualifizierung hierfür generell verbessert werden müssen. Ebenso werden für den Bereich Kooperation entsprechende Konsequenzen bereits für die Berufsbildung sämtlicher Gesundheitsberufe zu ziehen sein, ohne Rücksicht darauf, ob sie im ambulanten oder stationären Bereich beschäftigt sind. Selbstverständlich werden dabei aber die besonderen Arbeitsbedingungen und die besonderen, spezifischen Anforderungen des beruflichen Einsatzfeldes, wie sie oben kurz charakterisiert wurden, bedacht werden müssen. Auffallend ist jedoch, wenn man sich die übrigen Anforderungsbereiche betrachtet, daß ein großer Teil dieser Anforderungen auf Qualifikationsebenen liegt, die in stationären Einrichtungen

als Qualifikationen für höherwertige Aufgaben des Leitungspersonals in Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt werden. Was im stationären Bereich also als besondere Qualifikation des mittleren Managements zu gelten scheint, bekommt mit der Veränderung des Einsatzfeldes einen ganz neuen Stellenwert und wird zur regulären Qualifikation für sämtliche Berufsangehörigen. Darüber hinaus ist zu vermuten, daß die hier aufgezeigten Anforderungsbereiche und Qualifikationstypen nicht berufsspezifisch, sondern berufsübergreifend für alle im ambulanten Bereich eingesetzten Berufe an Bedeutung gewinnen. Für die Gesundheitsberufe wird damit zunehmend eine Verlagerung nicht nur der Einsatzorte (statt primär in stationären Einrichtungen werden die Einrichtungen der ambulanten Versorgung zunehmen) feststellbar, sondern auch eine Verlagerung der Qualifikationsschwerpunkte: ehemals extrafunktionale Qualifikationen wie Teamfähigkeit, Organisationsfähigkeit, die Fähigkeit zum Umgang mit Patienten und Kollegen sowie zur Anleitung anderer, erhalten nun zunehmend einen zentralen beruflichen Stellenwert für alle Berufsangehörigen mit unterschiedlichsten beruflichen Vorqualifikationen.

#### Anmerkungen

- [1] Projekt 4.046 „Qualifikationsanforderungen und Fortbildungsangebote für Beschäftigte in ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten“.
- [2] Diese Entwicklung geht mit der international feststellbaren Forderung nach Stärkung der Primärversorgung einher. Vgl. hierzu: Ergebnisse der OECD-Fachtagung 1979. In: Kahlke, W., u.a.:

Neue Wege der Ausbildung für ein Gesundheitswesen im Wandel, München – Wien – Baltimore 1980; vgl. ferner: BMFT, BMA, BMJFG (Hrsg.): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit. Programm der Bundesregierung 1983–1986. Bonn 1983, S. 47.

- [3] Deutscher Bundestag: Drucksache 10/1943: Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Bonn, 5.9.1984, S. 6.
- [4] BMJFG, Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“. Bonn, 7.5.1984 (Pressemitteilung Nr. 65). MAGS, Modellversuch „Ambulante psychiatrische Versorgung durch Sozialstationen“. Düsseldorf o.D. (1984).
- [5] Dahme, H.-J., u. a.: Die Neuorganisation der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Bielefeld 1980, S. 21 f.
- [6] Bündelung ambulanter pflegerischer Dienste wird nach Dahme u. a. allerdings auf die Zusammensetzung der Trägerschaft – Einzelträgerschaft oder Zusammenschluß mehrerer Organisationen – bezogen; vgl. ebenda, S. 36.
- [7] Ebenda, S. 41.
- [8] Vgl. Meifort, B., Paulini, H.: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1984 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 76).
- [9] Kohlheyer, G.: Ausbildungsplatzangebot und Ausbildungsverhalten bei freien Berufen. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Jahre 1978. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1980 (Materialien und statistische Analysen zur beruflichen Bildung, Heft 17). Bau, H.: Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1983 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 63).
- [10] Vgl.: Meifort, B., Paulini, H.: „Analyse ...“, a.a.O.

Rolf Hohmann / Nicolas Sokianos

## Entwicklung der Humanressourcen als Folge und Voraussetzung struktureller Veränderungen der industriellen Logistik im Unternehmen

### Einleitung

Die derzeitige Situation der produzierenden Unternehmungen in den Ländern der hochindustrialisierten westlichen Welt ist gekennzeichnet durch rapide zunehmenden Konkurrenzdruck aufgrund von kontinuierlich „enger“ werdenden (Welt-)Märkten, hohe Technologie und erhöhten Kostendruck; teilweise mit dem Ergebnis, daß die Existenz mehrerer Unternehmungen, ja sogar ganzer Branchen, ernsthaft gefährdet ist.

Angesichts dieser Situation sind Entscheidungsträger in den betroffenen Betrieben gezwungen, bestehende technisch-organisatorische Abläufe zu straffen mit den Zielen

- die Kosten zu senken,
- die Flexibilität zu erhöhen,
- die Qualität zu sichern,
- die Produktinnovation zu beschleunigen,

um dadurch das Betriebsergebnis zu verbessern und die Existenz der Unternehmung zu sichern.

Da einerseits in den Vorräten erhebliche Finanzmittel gebunden sind, andererseits für den Materialfluß vom Lieferanten durch das Unternehmen hindurch bis hin zum Kunden beträchtliche Kosten aufgewendet werden, ist eine rationellere Gestaltung der Materialplanung und Steuerung, eine wirksamere Logistik notwendig. Erfolgversprechende Versuche sind u. a. in Japan gelaufen, wo ein logistisches System – genannt KANBAN – realisiert worden ist.

Bei der Implementierung integrierter, EDV-gestützter, logistischer Funktionen und Abläufe muß berücksichtigt werden, daß es sich hierbei nicht um rein (produktions-)technische, sondern um sozio-ökonomisch-technische Systeme mit einem sehr hohen Innovationsbedarf handelt. Entscheidend für die Umsetzung dieser sozialen und organisatorischen Innovation ist die Einbeziehung und Vorbereitung der Mitarbeiter, also unternehmens- und bildungspolitische Maßnahmen.

### 1 Trends der industriellen Logistik

Logistische Fragestellungen gewinnen in der Wirtschaft immer mehr an Bedeutung, nicht zuletzt durch die Diskussion um KANBAN und „just in time production“. [1] Gleichwohl ist das Verständnis über die systematischen Grundlagen der Logistik noch lückenhaft und elektizistisch, daher ist es auch nicht verwunderlich, wenn am Beispiel von KANBAN Detailfragen diskutiert und Suboptimierungen angestrebt, dabei aber die Human-Ressourcen völlig übersehen werden.

Hier wird die Auffassung vertreten, daß es sich bei Logistik in Unternehmungen um eine Querschnittsfunktion handelt, welche – ähnlich der Finanzierung – die gesamten Unternehmensbereiche umfaßt.

„Der Mensch ist dabei, das planend-kreative Element logistischer Systeme, der sich bei der Gestaltung logistischer Systeme geeigneter Planungsmethoden und -mittel bedient“. [2]