

Frank Bsirske/Ellen Paschke (Hrsg.)

Innovationskraft Mensch

Wie Qualität in der
Gesundheitswirtschaft entsteht



VSA

Frank Bsirske/Ellen Paschke (Hrsg.)
Innovationskraft Mensch

Frank Bsirske / Ellen Paschke (Hrsg.)
Innovationskraft Mensch
Wie Qualität in der
Gesundheitswirtschaft entsteht

VSA-Verlag Hamburg

In diesem Buch werden eine Reihe von Beiträgen vorgestellt, die sich mit Fragen der Integrierten Versorgung und der Sicherung der Beschäftigung in der Pflege durch Personal- und Organisationsentwicklung befassen. Diese Beiträge stehen größtenteils in Zusammenhang mit der Projektinitiative »Netzwerk Pflege und Integrierte Versorgung – InCareNet«. Projektträger des Netzwerkes sind die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und ISA-Consult GmbH. Das Netzwerk wird durch die EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL und die Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Die Herausgeber danken allen Autoren, dem VSA-Verlag und vielen weiteren Partnern für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Buches sowie EQUAL und der Hans-Böckler-Stiftung für die Förderung des Projekts.

www.incarenet.de

www.verdi.de/gesundheitspolitik

www.vsa-verlag.de

■ Inhalt

Vorwort	7
von Frank Bsirske und Ellen Paschke	

1. Grundsätzliches

Walter Ganz	
Dienstleistungsinnovation stärken: Neue Dienstleistungen systematisch entwickeln	10
Klaus Kirschner	
Entwicklungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen	21

2. Strategische Ansätze

Thomas Gerlinger	
Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme im Wandel – die europäische Dimension	37
Anita B. Pfaff	
Wie beeinflussen sich die Finanzierung und die Qualität des Gesundheitswesens gegenseitig?	57
Herbert Weisbrod-Frey/Margret Steffen	
Die Gesundheitswirtschaft braucht soziale Innovationen	70

3. Instrumente und Gestaltungsansätze

Thomas Ballast	
Die Ziele neuer Versorgungs- und Vertragsformen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitssektoren	86
Nikolaus Schmitt	
Integrierte Versorgung	104

Barbara Klein	
Pflege vor neuen Herausforderungen?	119
Das Berufsbild, neue Technologien und Anforderungen an die Qualifikationsentwicklung in der Pflege	
Helmut Hildebrandt/Bettina von Falck	
Wie entsteht Qualität in der Integrierten Versorgung?	136
Erkenntnisse aus sechs Jahren Umsetzungserfahrungen sowie dem Vollversorgungsmodell »Gesundes Kinzigtal«	
Angela Wagener/Katharina Höhne/Matthias N. Winter	
Strukturwandel braucht Beteiligung!	
Interessenvertretungen in einer neuen Rolle?	154
Erste Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt	
Jan-Ove Faust/Herta Laages	
Pflege auf dem Weg durch die Sektoren –	
Welche Ausrüstung wird gebraucht?	181
Susanne Stern	
Case Management – Qualifizierung zwischen Wirtschaftlichkeit	
und Patientenzufriedenheit	191
Mirjam Bosold	
Erfolgsfaktor »Qualifizierung« – verkanntes Potenzial pflegerischer	
Einrichtungen zur Sicherung der Versorgungsqualität	201
Beatrice Venohr/Berit Müller/Hagen Rogalski/Claudia Terschüren/ Neeltje van den Berg/Christian Butter/Roman F. Oppermann/ Wolfgang Hoffmann	
Neue Qualifikationen im Gesundheitswesen –	
Chancen im demografischen und strukturellen Wandel	214
4. Weiterentwicklung von Betriebspolitik und Mitbestimmung	
Ellen Paschke/Gabriele Gröschl-Bahr/Herbert Weisbrod-Frey	
Gestalten und Mitbestimmen in der Gesundheitsbranche	223
Gewerkschaftliche Betriebspolitik unter veränderten Rahmenbedingungen	
Autorinnen und Autoren	235

Vorwort

Der medizinische Fortschritt prägt unsere Gesundheitslandschaft. Technisch ist vieles machbar. Immer schneller kommen neue Geräte und Verfahren auf den Markt. Etwa die Hälfte aller Leistungen, die heute erbracht werden, wurden in den letzten zwei Jahren entwickelt. Die Diagnostik wird verbessert. Noch genauere Untersuchungen sind möglich. Die Gentechnologie revolutioniert die Behandlung von Krankheiten. Mikrochirurgische Eingriffe halten in die Operationssäle Einzug. Eine neue Generation von Herzschrittmachern kann Problemsituationen beim Patienten erkennen und die Daten auf einen zentralen Monitor senden.

Gleichzeitig verändern sich die strukturellen Rahmenbedingungen der Branche und der einzelnen Betriebe. Wenn die Entwicklungsszenarien zur Gesundheitswirtschaft auch unterschiedliche Ansatzpunkte haben und in ihrer Reichweite unterschiedliche Prognosen zur Veränderung formulieren, so weisen sie im Kern immer wieder folgende Merkmale auf: Die Branche verändert sich rasant. In Teilsektoren der Gesundheitswirtschaft – vor allem in den Krankenhäusern – ist mit Beschäftigungsrückgängen zu rechnen. Dafür aber entstehen neue Versorgungsformen zwischen ambulant und stationär, an den Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. Es kommen neue Aufgaben, andere Arbeitsplätze und neue Qualifikationsanforderungen auf die in der Pflege Beschäftigten zu.

Die Gesundheitswirtschaft ist zwar einer der Beschäftigungsmotoren des Dienstleistungssektors – sie ist aber durch erhebliche Strukturveränderungen gekennzeichnet. So haben sich im Krankenhausbereich die Trägerstrukturen verändert. Deutlich zugenommen haben freigemeinnützige und private Träger, während öffentliche Einrichtungen ihre Anteile am Markt verlieren. Auch der Druck zur Rationalisierung wächst. Informations-, Labor- oder Versorgungsleistungen werden privatisiert. Ehemals öffentliche Einrichtungen werden in Konzernstrukturen eingegliedert. Die Konsequenzen dieser Entwicklung für die Beschäftigten sind Flexibilisierung, Intensivierung und Leistungsverdichtung.

Die Betriebe des Gesundheitswesens haben bisher in Konkurrenz zueinander auf den Strukturwandel reagiert. Sie haben versucht, ihr Betriebsergebnis zu optimieren. Im Vordergrund standen einerseits die Auslagerung von Geschäftsbereichen, die Standardisierung von Versorgungsleistungen oder die Reduzierung von Liegezeiten. Andererseits wird am zentralen »Kostenfaktor« Personal angesetzt. Personalabbau, die Intensivierung der Arbeit und die Ausdifferenzierung von Qualifika-

tionen sind die Folge. Auch die Umschichtung der Beschäftigung ist in vollem Gange. Die Richtung weist vom stationären in den ambulanten Sektor, aber auch von der Klinik in die stationäre Pflegeeinrichtung.

Diese massiven Strukturveränderungen in der Branche gilt es arbeits- und sozialverträglich zu gestalten. Allein technisch-ökonomische Innovationen haben es bisher noch nie vermocht, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern. Innovation braucht eine menschliche Komponente. Wir nennen das soziale Innovation – die entsteht, wenn Kompetenz, Technologie, Güter und Dienstleistungen miteinander verzahnt sind und wenn diese in Wechselwirkung mit dem gesellschaftlichen Umfeld stehen.

Dies aber erfordert politische Rahmenbedingungen, die die Entwicklung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen unterstützen und die gleichzeitig den Beschäftigungsfaktor Gesundheitswirtschaft mit in den Blick nehmen. Einer dieser Ansätze, die den Blick auf Beschäftigung und Branche lenken, ist die Integrierte Versorgung. Seit der Gesundheitsreform 2004 wird die Phase unsinniger kostentreibender Abschottung zunehmend von der Integration der Gesundheitsleistungen abgelöst. In diese Richtung weisen die Chronikerprogramme, neue Managementkonzepte und abteilungsübergreifende Strategien der Arbeitsorganisation wie Case Management oder Patientenpfade. Dies ist ein Prozess, der, einmal in Gang gesetzt, betriebliche Strukturen und die Arbeitsbeziehungen verändert. Nicht zuletzt sind es gerade integrierte Versorgungskonzepte, die in hohem Maße auf die Zusammenarbeit und damit auf eine neue Arbeitsteilung und Professionalisierung der verschiedenen Berufsgruppen ausgerichtet und angewiesen sind. Aber althergebrachte Hierarchien und fehlende Teamarbeit zwischen den Berufen behindern in der Praxis noch immer die Einführung patientenbezogener Versorgung und Arbeitsorganisation. Bis zu 13 Professionen und Dienste arbeiten bei der medizinischen Behandlung und Betreuung einer Person oder einer Familie nebeneinander her, stellte die Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe im April 2006 fest. Häufig geschieht dies ohne Verständigung über Versorgungsziele. Das kann nicht effizient sein.

Es wird berufsgruppenübergreifend ein gemeinsames Verständnis von Qualität gebraucht. Neue inhaltliche und soziale Kompetenzen hinsichtlich der Dokumentation, der Beratung sowie des Managements von Prozessen und Abläufen in den Gesundheitseinrichtungen und an Schnittstellen der Versorgungssektoren sind erforderlich.

Das Buch »Innovationskraft Mensch« setzt sich mit diesen Herausforderungen und darauf bezogenen Lösungen in der Gesundheitswirtschaft auseinander. Dabei werden die strukturellen Veränderungen in

einer der wichtigsten Dienstleistungsbranchen betrachtet. Aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten die Autorinnen und Autoren Entwicklungen, die auf die Gesundheitswirtschaft einwirken. Sie erörtern, ob es gelingen kann, unter Bedingungen internationaler Arbeitsteilung und integrierter Märkte solidarische Sicherungssysteme zu erhalten und so zu reformieren, dass ein qualitativ hochwertiges und für alle zugängliches Gesundheitssystem erhalten bleibt. Es wird auf den verschiedenen Ebenen von Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft nach sozial- und arbeitsorientierten Innovationsansätzen und Gestaltungsansätzen gefragt. Es werden Instrumente und Rahmenbedingungen für Strukturinterventionen diskutiert und konkrete Beispiele für gelungene Vorgehensweisen aufgezeigt.

ver.di will mit diesem Buch für Beschäftigte, Management und Interessenvertretungen in Gesundheitseinrichtungen Möglichkeiten sozialer Innovationen und damit eine humane Zukunftsperspektive für Beschäftigte und Patienten aufzeigen. Daneben gibt es Hinweise für die Politik und für die Fachdiskussion zu den dafür erforderlichen Rahmenbedingungen.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Autorinnen und Autoren, die an dieser Veröffentlichung mitgewirkt haben. Wir wünschen allen beim Lesen Anregungen für die eigene Arbeit.

Frank Bsirske/Ellen Paschke

Walter Ganz

Dienstleistungsinnovation stärken: Neue Dienstleistungen systematisch entwickeln

Herausforderung Dienstleistungsinnovation

Dass die zentralen Wachstums- und Beschäftigungsimpulse vom Dienstleistungssektor ausgehen, wird kaum noch bestritten. Bereits heute beträgt der Anteil von Dienstleistungen an der Bruttowertschöpfung circa 70%. Vor dem Hintergrund der wachsenden volkswirtschaftlichen Bedeutung von Dienstleistungen gelingt es auch zunehmend, eindimensionale Betrachtungsweisen und damit verbundene Vorurteile zu überwinden: Dass sich die Potenziale von Dienstleistungen nicht im Haare-schneiden und Pizza-Ausfahrten erschöpfen, hat sich inzwischen herumgesprochen.

Solche Einsichten sind zu begrüßen, damit allein ist es jedoch nicht getan. Denn wenn wirtschaftliches Wachstum, Produktivität und Beschäftigung immer mehr von Dienstleistungen abhängen, muss auch die traditionell hohe Innovationskraft der Wirtschaft stärker auf die Dienstleistungsbereiche übertragen werden. Ein effizientes, zielgerichtetes Innovationsmanagement für Dienstleistungen ist daher mehr denn je von Bedeutung, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit sicherzustellen. Eine Studie des Fraunhofer-Instituts IAO zeigt, dass bereits im Jahr 2002 etwa 40% der Dienstleistungsunternehmen die Hälfte und mehr ihres Umsatzes mit neuen Leistungen erwirtschaften (vgl. Helfen 2002). Allerdings ist über die Voraussetzungen und Wirkungszusammenhänge von Dienstleistungsinnovationen wenig bekannt. Zudem wird in vielen Dienstleistungsbranchen die Wichtigkeit des Themas »Innovation« in seiner vollen Tragweite noch gar nicht wahrgenommen.

Fest steht, dass Innovationen im Dienstleistungssektor selten systematisch betrieben und noch seltener systematisch erforscht werden. Neue Dienstleistungen entstehen oftmals »ad hoc«, werden zuweilen überstürzt oder zu spät in den Markt eingeführt und in der öffentlichen Wahrnehmung kaum mit Innovation in Verbindung gebracht. Der Stellenwert von Dienstleistungsinnovation ist daher verbesserungsbedürftig, Dienstleistungsinnovationen müssen systematischer vorangetrieben und erforscht werden (vgl. Kleppel et al. 2005).

Kennzeichen der Dienstleistungsinnovation

Aus wissenschaftlicher Perspektive leidet das Thema Dienstleistungsinnovationen unter mindestens drei Defiziten (vgl. Bienzeisler/Ganz 2006):

1. Das gesamte Innovationsverständnis von Dienstleistungen ist stark vom Denken in Produktkategorien geprägt, was sich in den unternehmerischen, den institutionellen und den forschungspolitischen Innovationsstrukturen widerspiegelt.
2. Im Zuge einer fortschreitenden Tertiarisierung ist das gesellschaftliche Bewusstsein für die Bedeutung und Notwendigkeit von Dienstleistungsinnovationen gerade erst im Entstehen. Vielfach werden Dienstleistungen noch als Aktivitäten ohne eigenständige Wertschöpfungsbeiträge betrachtet, denen mit geringer Wertschätzung begegnet wird.
3. Schließlich sind nach wie vor Defizite im Hinblick auf die Erforschung von Dienstleistungsinnovationen auszumachen. Es fehlt an Definitionen und Begriffsbestimmungen. Ebenso mangelt es an theoretisch orientiertem Grundlagenwissen und praxisorientiertem Anwendungswissen, wie Dienstleistungsinnovationen systematisch betrieben und gemanaged werden können.

Es ist also eine Lücke zwischen der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Dienstleistungen und dem Wissen über die Mechanismen von erfolgreichen Dienstleistungsinnovationen auszumachen. Diese Differenz wird verstärkt, weil die Tertiarisierung ökonomischer Strukturen häufig schon mit Modernisierung und Innovation gleichgesetzt wird. Dies gilt jedoch nur eingeschränkt. Tatsächlich kann unter Innovationsgesichtspunkten das sektorale Wachstum von Dienstleistungen kritisch bewertet werden, weist doch der Dienstleistungssektor teilweise geringere Innovationsraten als das verarbeitende Gewerbe auf. Während der Bereich unternehmensbezogener Dienstleistungen (z.B. Engineering und Finanzdienstleistungen) die Innovationsraten des produzierenden Gewerbes erreicht, fällt der beschäftigungsintensive Bereich distributiver Dienstleistungen (z.B. Groß- und Einzelhandel) deutlich dahinter zurück (vgl. ZEW 2005). Für andere Dienstleistungsbereiche, wie etwa haushaltsbezogene oder soziale Dienste, dürften die Innovationsraten noch geringer ausfallen.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die unternehmensbezogenen Dienstleistungen in den Fokus der wirtschafts- und forschungspolitischen Interessen geraten sind. So stellt die Europäische Kommission fest, dass die in Lissabon formulierten Wachstumsziele nur dann erreicht werden können, wenn der Bereich von »Business Related Services« substanziell ausgebaut und gestärkt wird (vgl. Europäische Kommission 2003). Andere Studien unterstreichen zwar ebenfalls die wachsende

Bedeutung von unternehmensbezogenen Diensten, weisen jedoch darauf hin, dass die alleinige Fokussierung auf dieses Dienstleistungssegment unter Innovationsgesichtspunkten problematisch ist, weil damit der Bereich von Tätigkeiten mittlerer Qualifikation praktisch ausgeblendet wird, der aber nach wie vor die größten Beschäftigungsanteile stellt (Howells/Tether 2004: 12). In diesem Fall läuft eine Innovationspolitik Gefahr, weite Teile der Dienstleistungswirtschaft vom Innovationsgeschehen abzukoppeln, womit die Dienstleistungswirtschaft insgesamt unter ihren Möglichkeiten bleibt (vgl. Bienzeisler/Gabriel 2005).

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass Dienstleistungsinnovationen nicht in allen, aber in vielen Punkten anderen Gesetzmäßigkeiten folgen als Innovationen in der Sachgutwirtschaft. Sie sind weniger stark über formale Forschung und Entwicklung steuerbar, hängen dafür aber noch stärker von der Qualifikation der Beschäftigten, der Kompetenz der Kundinnen und Kunden, von innovationsfreundlichen Milieus und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen ab. Dienstleistungsinnovationen resultieren zudem häufig aus Prozessoptimierungen, neuen Marktentwicklungen, dem Einsatz neuer Technologien und der Entwicklung neuer Geschäftsmodelle (vgl. OECD 2004). Wenn aber Dienstleistungsinnovationen nicht allein von Zufälligkeiten abhängen sollen, stellt sich die Frage, ob und wie die Entwicklung neuer Dienstleistungen systematisch vorangetrieben und unterstützt werden kann.

Der Ansatz »Service Engineering«

In der Praxis fehlen hierzu oftmals Hilfestellungen, systematische Vorgehensweisen, Methoden und Instrumente. An der von Rathmell bereits 1974 getroffenen Aussage, »new services happen«, hat sich bislang wenig geändert. Unternehmen gehen bei der Entwicklung und Gestaltung ihres Dienstleistungsangebots nach wie vor wenig systematisch, teilweise sogar unprofessionell vor. Neue Dienstleistungen entstehen dann nicht als Ergebnis gezielter strategischer Überlegungen und systematischer Entwicklungsprozesse, sondern ergeben sich aus historisch gewachsenen Situationen oder sich zufällig bietenden Gelegenheiten (vgl. Fähnrich et al. 1999).

Hier setzt der Ansatz des »Service Engineering« an. Unter diesem Begriff wird die Fachdisziplin verstanden, die sich mit der systematischen Entwicklung und Gestaltung von Dienstleistungen unter Verwendung geeigneter Vorgehensweisen, Methoden und Werkzeuge befasst. Dabei geht es auf der Ebene einzelner Dienstleistungen um die Fragestellung, welche Bestandteile von Dienstleistungen entwickelbar sind und welche

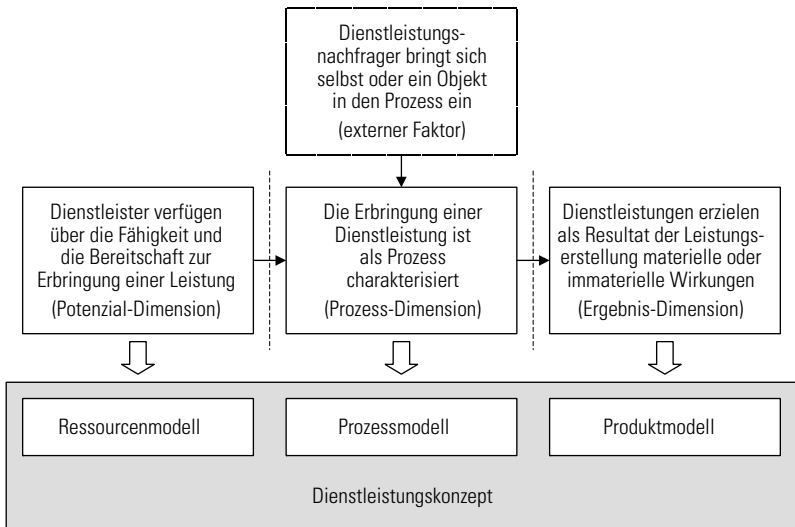
Entwicklungsaufgaben sich daraus ableiten. Darüber hinaus beschäftigt sich Service Engineering auf der Ebene des Managements der Dienstleistungsentwicklung mit der Betrachtung gesamter Dienstleistungsentwicklungssysteme innerhalb von Organisationen (vgl. Fähnrich et al. 1999). Es handelt sich mithin um einen »ganzheitlichen« Ansatz, in dem reflektiert wird, dass die Funktions- und Wirkungsmechanismen von Dienstleistungen teilweise andere sind als in der Produktentwicklung, und in dem insbesondere die Entwicklung und Konzeption von »weichen« Faktoren in den neu zu gestaltenden Prozessen berücksichtigt wird. Im Gegensatz zu der gut hundertjährigen Erfahrung in der systematischen Produktentwicklung hat die systematische Entwicklung von Dienstleistungen erst in den vergangenen zwei Jahrzehnten an Relevanz und Kontur gewonnen. Sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft hat man vergleichsweise spät damit begonnen, sich intensiv mit Fragestellungen der Entwicklung neuer Dienstleistungen auseinander zu setzen, wengleich diesem Themengebiet mittlerweile eine hohe Priorität eingeräumt wird (vgl. Ganz/Meiren 2002). Zwar tauchten zu Fragestellungen der Entwicklung und Gestaltung von Dienstleistungen in der anglo-amerikanischen Literatur bereits in den 1980er Jahren eine Reihe erster wissenschaftlicher Arbeiten zu New Service Development und Service Design auf. Diese sind jedoch in ihrer Summe als bruchstückhaft zu bezeichnen.

Auch ist der Fokus dieser Ansätze ein anderer. Denn im Gegensatz zum stark marketinggeprägten New Service Development zielt Service Engineering auf eine sinnvolle Übertragung von aus der klassischen Produktentwicklung vorhandenem Know-how auf die Entwicklung von Dienstleistungen ab. Im Vordergrund stehen die Dimensionen und Phasen des Entwicklungsprozesses neuer Dienstleistungen, für die spezielle Instrumente, Methoden und Vorgehensweisen entwickelt werden. Im Hinblick auf unterschiedliche *Dimensionen* lassen sich Dienstleistungen als Leistungen definieren,

- bei denen ein Leistungspotenzial existiert, welches die Fähigkeit und Bereitschaft zur Erbringung einer Leistung umfasst,
- in deren Erstellungsprozesse externe Faktoren integriert werden, an denen oder mit denen die Leistung erbracht wird, und
- deren Ergebnisse bestimmte materielle oder immaterielle Wirkungen an externen Faktoren darstellen.

Damit ergeben sich die drei Dimensionen Potenzial, Prozess, Ergebnis, die für eine Dienstleistung charakteristisch und bei der Entwicklung zu berücksichtigen sind (vgl. Abbildung 1). Im Service Engineering-Ansatz werden für jede Dimension entsprechende Modelle und Konzepte bereitgestellt. Als Resultate der Dienstleistungsentwicklung ergeben sich

Abb. 1: Dienstleistungen als Entwicklungsobjekt



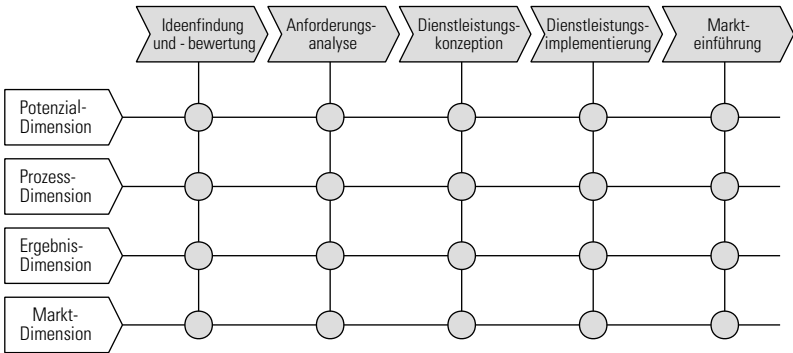
mithin Ressourcenmodelle, Prozessmodelle und Produktmodelle (vgl. Bullinger/Meiren 2001; Fähnrich et al. 1999).

- Unter der Bezeichnung *Ressourcenmodelle* sind Entwicklungsaufgaben subsumiert, die sich mit der Leistungsbereitstellung von Dienstleistungen befassen. Im Mittelpunkt steht hierbei die Planung von Ressourcen, die für die spätere Erbringung von Dienstleistungen notwendig sind. Darunter fallen insbesondere die Erstellung von Konzepten für Humanressourcen (v.a. hinsichtlich der Auswahl und Qualifizierung der Mitarbeiter), aber auch die Planung des Betriebsmitteleinsatzes sowie gegebenenfalls die Konzeption der unterstützenden Informations- und Kommunikationstechnik.
- Eine weitere Entwicklungsaufgabe besteht in der Bereitstellung von *Prozessmodellen* für die Erbringung der entwickelten Dienstleistung. Dabei werden die Prozesse mit dem Ziel dokumentiert, bereits frühzeitig Transparenz zu schaffen und schon im Vorfeld eine möglichst hohe Prozesseffizienz zu erreichen. Zielsetzung dabei ist es, nicht-wertschöpfende Aktivitäten zu eliminieren sowie überflüssige Schnittstellen und Medienbrüche zu beseitigen.
- Darüber hinaus sind *Produktmodelle* bereitzustellen. Diese liefern eine Beschreibung der Eigenschaften der Dienstleistung, insbesondere muss eine Definition der Leistungsinhalte und der Leistungsergebnisse erfolgen. Sowohl für externe als auch interne Zwecke sind da-

bei Qualitäts- und Performanzstandards für die neue Dienstleistung festzulegen.

Neben der Klärung, was an Dienstleistungen entwickelt werden kann, ist für eine praxistaugliche Ausgestaltung der Entwicklungsphase auch die Beantwortung der Frage erforderlich, wie für die Entwicklung von Dienstleistungen vorgegangen werden muss. Insbesondere ist festzulegen, in welcher Reihenfolge bestimmte Aktivitäten innerhalb des Entwicklungsprozesses durchzuführen sind. Ein solches *Phasenkonzept* lässt sich wie folgt darstellen:

1. Im Rahmen der *Ideenfindung und -bewertung* werden Ideen für neue Dienstleistungen gesammelt, konkretisiert und gefiltert. Diese erste Phase dient vor allem dazu, eine Entscheidung zu treffen, ob die Umsetzung einer Dienstleistungsidee lohnenswert erscheint oder nicht. Hierzu müssen erfolgversprechende Ideen frühzeitig auf ihre Realisierbarkeit und Potenziale untersucht werden, bevor mit deren (kostenintensiven) Entwicklung und Umsetzung begonnen wird.
2. Mit der zweiten Phase, der *Anforderungsanalyse*, starten die eigentlichen Entwicklungsarbeiten. Es werden Anforderungen aus Kundensicht (»Was will der Kunde?«) und aus Unternehmenssicht (»Was kann das Unternehmen?«) erhoben und verglichen. Die Erfüllung der dabei am wichtigsten eingeschätzten Anforderungen bildet eine klare Vorgabe für die nachfolgenden Entwicklungsschritte.
3. Die dritte Phase dient der *Dienstleistungskonzeption*. Hierbei werden die Eigenschaften der zu entwickelnden Dienstleistung beschrieben, die Prozesse für die spätere Erbringung der Leistung definiert und der Einsatz von Ressourcen geplant. Darüber hinaus ist bereits in dieser Phase ein Marketingkonzept zu erarbeiten, um Markt- und Kundenaspekte für die spätere Markteinführung der neuen Dienstleistung frühzeitig in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.
4. Im Anschluss an die Konzeption folgt die *Dienstleistungsimplementierung*, d.h. die zuvor geleisteten konzeptionellen Arbeiten werden nun im Unternehmen umgesetzt. Dies betrifft etwa die Festlegung organisatorischer Regelungen (z.B. die Erstellung von Verfahrensanweisungen), die Vorbereitung von Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter oder die Beschaffung notwendiger Betriebsmittel. Weiterhin erfolgt die operative Umsetzung des zuvor erarbeiteten Marketingkonzepts.
5. In der Phase der *Markteinführung* sind abschließende Testmaßnahmen und das »Roll-out« der neuen Dienstleistung durchzuführen. Letzteres umfasst beispielsweise die Auslieferung der erforderlichen Betriebsmittel an die betroffenen Mitarbeiter sowie interne und externe Kommunikations- und Informationsmaßnahmen. Darüber hinaus

Abbildung 2: Rahmenkonzept für die Entwicklung von Dienstleistungen

dient diese Phase der Anlaufüberwachung und der Erfolgskontrolle. Gegebenenfalls sind hier auch auf Basis von Kunden- und Mitarbeiter-Feedback letzte Anpassungsmaßnahmen durchzuführen.

Durch Kombination der Dimensionen von Dienstleistungen und der Phasen des Entwicklungsprozesses lässt sich ein Rahmenkonzept zur Entwicklung neuer Dienstleistungen ableiten (vgl. Abbildung 2).

In das Rahmenkonzept wird neben den drei »konstitutiven« Dimensionen Potenzial, Prozess und Ergebnis eine weitere Dimension – die *Marktdimension* – mitaufgenommen, weil gerade die Entwicklung neuer Dienstleistungen häufig unmittelbares Ergebnis von Marktpulsen ist oder aber in enger Abhängigkeit zu Marktentwicklungen stattfindet. Mittlerweile kann innerhalb dieses Rahmenkonzeptes auf ein breites Spektrum an praxiserprobten Vorgehensweisen, Methoden und Instrumenten zurückgegriffen werden, die hier nicht detaillierter ausgeführt werden können (vgl. u.a. Scheer/Spath 2004; Bullinger/Scheer 2003; Meiren/Barth 2002).

Dienstleistungsinnovation mit dem »ServLab«

Das im Zusammenhang mit der Etablierung des Service Engineering-Ansatzes verbundene Know-how und der Kompetenzgewinn ist am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) der Ausgangspunkt zur Entwicklung und zum Aufbau eines bislang einzigartigen Demonstrations- und Anwendungszentrums (»ServLab«), in dem die Entwicklung neuer Dienstleistungen gleichsam unter »Laborbedingungen« simuliert und getestet werden kann.

Von besonderer Bedeutung ist daher zum einen die komplette Unterstützung des Entwicklungsprozesses von der Ideenfindung über die Konzeption bis hin zur Markteinführung neuer Dienstleistungen. Zum anderen ist eine ganzheitliche Herangehensweise, d.h. eine integrierte Betrachtung von Mensch, Organisation und Technik, als prägendes Element des »ServLab« zu sehen. Mit dem Demonstrations- und Anwendungszentrum werden im Einzelnen folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Bereitstellung einer durchgängigen Plattform zur Entwicklung neuer Dienstleistungen
 - Simulation physischer Dienstleistungsumgebungen (»Servicescape«) durch den Einsatz von Virtual Reality
 - Bereitstellung von Softwarewerkzeugen zur Dienstleistungsentwicklung
 - Entwicklung eigenständiger Werkzeuge der Dienstleistungsmodellierung
 - Analyse und Konzeption von Interaktionsprozessen zwischen Kunden und Mitarbeitern durch Techniken der Inszenierung von Dienstleistungen (»Service Theater«)
 - Entwicklung neuer Methoden (z.B. Rollenkonzepte und Skripttechniken) zur Vermittlung von Dienstleistungskonzepten an Mitarbeiter
 - Schulung von Mitarbeitern in simulierten Kundenkontaktsituationen
- Der weitere Ausbau sieht vor, das »ServLab« in drei Zentren aufzugliedern: ein »Softwarezentrum« zur Konzeption und Modellierung von Dienstleistungen, ein »Testzentrum« zur Simulation von Dienstleistungsumgebungen und ein »Interaktionszentrum« zur Erprobung und Anwendung neuer Interaktionstechniken:

- *Softwarezentrum*: Aus der Praxis ist bekannt, dass sich Vorgehensweisen und Methoden umso leichter durchsetzen lassen, wenn sie in geeigneter Weise durch moderne Informations- und Kommunikationstechnik unterstützt werden können. Allerdings zeigt sich, dass für die Entwicklung von Dienstleistungen bisher keine durchgängigen Softwarewerkzeuge zur Verfügung stehen, ganz im Gegensatz zur klassischen Produktentwicklung oder zur Softwareentwicklung, wo Computer-Aided Design (CAD) und Computer-Aided Software Engineering (CASE) den kompletten Entwicklungsprozess unterstützen.
- *Testzentrum*: Ein bisher noch in der Forschung weitgehend vernachlässigtes Feld ist das Testen von Dienstleistungen – nicht zuletzt bedingt durch die Annahme, dass die eigentliche Dienstleistung erst im alles entscheidenden Aufeinandertreffen von Kunden und Mitarbeitern im so genannten *moment of truth* entsteht. Allerdings haben eine Reihe aktueller Projekte, u.a. das Teilvorhaben Service Prototyping innerhalb des Fraunhofer-Präsidialprojekts, gezeigt, dass es sehr wohl testbare Elemente bei Dienstleistungen gibt.

■ *Interaktionszentrum*: Ein dritter Bestandteil des »ServLab« bildet ein Interaktionszentrum. Dies dient dazu, zum einen bestehende Interaktionsprozesse zwischen Kunden und Mitarbeitern zu analysieren und beispielsweise darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Zum anderen kann hier bei neuen Dienstleistungen die Kunden-Mitarbeiter-Interaktion konzipiert und praktisch erprobt werden. Das »ServLab« bietet damit eine räumliche und technische Infrastruktur, welche die systematische Entwicklung von Dienstleistungen im Sinne des Service Engineering Ansatzes unterstützt und die es erlaubt, Dienstleistungen in einem frühen Entwicklungsstadium zu testen und zu simulieren. Damit können Wechselwirkungen zwischen Automatisierung, Interaktionsverläufen und Einflussfaktoren der Dienstleistungsqualität bereits im Entwicklungsstadium erforscht und qualitativ hochwertige Gestaltungslösungen entwickelt werden.

Das »ServLab« zeigt darüber hinaus Wissenschaft und Praxis neue Wege auf, um gemeinsam am Untersuchungsgegenstand »Dienstleistungen« innovative Lösungen und Gestaltungsansätze zu entwickeln. Dabei wird das Thema Dienstleistungsinnovation insgesamt auf eine breitere Basis gestellt, weil der Innovationsfokus auch auf den Bereich von interaktionsintensiven, personenbezogenen Dienstleistungstätigkeiten gelenkt wird, die bislang häufig als »innovationsresistent« wahrgenommen werden, deren Wertschöpfungsbeiträge diffus sind und deren Wertschätzung und Anerkennung vielfach zu wünschen übrig lassen.

Die Zukunft der Dienstleistungsforschung

Die Innovationskraft der Dienstleistungswirtschaft leidet auch darunter, dass es eine Dienstleistungsforschung, die in Bezug auf Akzeptanz und Reichweite mit der Produktionsforschung vergleichbar wäre, bislang nicht gibt. Dort, wo sich allerdings in der jüngeren Vergangenheit eigenständige Ansätze zur Dienstleistungsforschung erfolgreich etablieren konnten, geschah dies in Bereichen, wo der Forschungsgegenstand begrifflich und inhaltlich klar abgegrenzt werden konnte. So ist es, wie oben beschrieben, in den vergangenen zehn Jahren gelungen, unter dem Stichwort »Service Engineering« eine weitgehend neue Forschungsdisziplin zu etablieren, die sich darauf konzentriert, die Entwicklung und Konzeption »neuer« Dienstleistungen zu erforschen und entsprechende Modelle, Methoden und Tools bereit zu stellen.

Für Wissenschaft generell gilt, dass eine international ausgerichtete Arbeitsteilung zunehmend auch den akademischen Sektor erfasst. Dabei scheinen sich vermehrt lokale und nationale »Kernkompetenzen«

auszudifferenzieren. Das gilt auch für die Dienstleistungsforschung. So haben es die skandinavischen Länder verstanden, betriebswirtschaftliche und sozialwissenschaftliche Fragestellungen zu kombinieren. Forscher aus dem angelsächsischen Raum spezialisieren sich auf die Bereiche Dienstleistungsmarketing und Dienstleistungsmanagement und knüpfen dabei an Traditionen in den Wirtschaftswissenschaften und der sozialpsychologischen Forschung an.

Häufig spiegeln sich die nationalen Forschungsinteressen in den Dienstleistungskonzepten wider, mit denen die einzelnen Länder auf den Weltmärkten erfolgreich sind. Dass die USA mit IT-Services und konsumorientierten Dienstleistungen weltweit erfolgreich sind und zugleich in beiden Bereichen eine starke Forschung ausweisen, ist also kein Zufall. Damit stellt sich die Frage, mit welchen Forschungsschwerpunkten, -perspektiven und -traditionen sich die deutsche Dienstleistungsforschung internationale Alleinstellungsmerkmale erarbeiten kann.

Die Entwicklung solcher Kernkompetenzen in Forschung und Entwicklung ist zu einem gewissen Grad steuer- und beeinflussbar; sie ist jedoch zu einem Großteil pfadabhängig. Das heißt, Stärken entwickeln sich dort, wo bereits Stärken existieren oder aber vermutet werden können. Mit dem Begriff »Service Engineering« konnte gezielt an einer solchen Stärke im deutschen Forschungssystem angeknüpft werden. Schließlich genießen die ingenieurwissenschaftlichen Disziplinen in Themenfeldern wie Engineering, Business Process Engineering und soziotechnischer Systemgestaltung seit jeher einen weltweit hervorragenden Ruf.

Die nach wie vor beachtlichen Erfolge der deutschen Exportwirtschaft zeigen, dass es in der Sachgutindustrie gelungen ist, die Besonderheiten des deutschen Innovations- und Produktionssystems zur Herausbildung internationaler Alleinstellungsmerkmale und Innovationsvorsprünge zu nutzen. Auch Theorie und Praxis sind hier traditionell gut verzahnt. Im Bereich der Dienstleistungswirtschaft steckt die Entwicklung einer solchen akademischen, institutionellen und forschungspolitischen Innovationsbasis noch in den Kinderschuhen. Der Ansatz des Service Engineering sowie die Realisierung des »ServLab« liefern jedoch Anknüpfungspunkte, wie gezielt Kernkompetenzen in der Dienstleistungsforschung geschaffen und mit der praxisorientierten Entwicklung neuer Dienstleistungen verknüpft werden können.

Literatur

- Bienzeisler, Bernd/Gabriel, Hans (2006): Produzentenstolz als Innovationsressource im Dienstleistungsbereich. In: Beschäftigungspotentiale entwickeln – Wettbewerbsfähige Dienstleistungen und sichere Arbeitsplätze. Dokumentation ver.di-Tagung, Berlin, 20./21. Februar 2006, S. 117-127.
- Bienzeisler, Bernd/Ganz, Walter (2006): Dienstleistungsinnovation als Erfolgsfaktor – Erfolgsfaktoren der Dienstleistungsinnovation. Innenansichten der Initiative »Partner für Innovation«. In: Wirtschaftspolitische Blätter, Jg. 53, 3/2006, S. 343-352.
- Bullinger, Hans-Jörg/Meiren, Thomas (2001): Service Engineering. In: Bruhn, Manfred/Meffert, Heribert (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden, S. 149-175.
- Bullinger, Hans-Jörg/Scheer, August-Wilhelm (Hrsg.) (2003): Service Engineering. Entwicklung und Gestaltung innovativer Dienstleistungen, Berlin.
- Europäische Kommission (2003): The competitiveness of business-related services and their contribution to the performance of European enterprises, COM 747.
- Fährnich, Klaus-Peter/Meiren, Thomas/Barth, Tilmann/Hertweck, Andreas/Baumeister, Michael/Demuß, Lutz/Gaiser, Brigitte/Zerr, Konrad (1999): Service Engineering. Ergebnisse einer empirischen Studie zum Stand der Dienstleistungsentwicklung in Deutschland, Stuttgart.
- Ganz, Walter/Meiren, Thomas (Hrsg.) (2002): Service research today and tomorrow. Spotlight on international activities, Stuttgart.
- Helfen, Markus (2002): Innovation als Triebkraft erfolgreicher Unternehmensentwicklung. In: Ganz, Walter (Hrsg.), Personal- und Organisationsentwicklung heute. Ergebnisse einer Befragung deutscher Unternehmen, Stuttgart, S. 36-47.
- Howells, Jeremy/Tether, Bruce (2004): Innovation in Services, Issues at Stake and Trends. A Report for DG Enterprise of the European Commission, INNO-Studies, Lot 3 (ENTR-C/2001).
- Kleppel, Christoph/Siegel, Dirk/Ganz, Walter (Hrsg.) (2005): Services made in Germany, Zwischenbilanzbroschüre des Impulskreises »Dienstleistungen« der Initiative »Partner für Innovation«, Stuttgart.
- Meiren, Thomas/Barth, Tilmann (2002): Service Engineering in Unternehmen umsetzen. Leitfaden für die Entwicklung von Dienstleistungen, Stuttgart.
- OECD (2004): Science, Technology and Industry, Outlook 2004.
- Rathmell, John .M. (1974): Marketing in the Service Sektor, Cambridge.
- Scheer, August-Wilhelm/Spath, Dieter (Hrsg.) (2004): Computer Aided Service Engineering. Informationssysteme in der Dienstleistungswirtschaft, Berlin.
- Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) (2005): Innovationsverhalten der deutschen Wirtschaft. Indikatorenbericht zur Innovationserhebung 2004, Mannheim.

**Ellen Paschke/Gabriele Gröschl-Bahr/
Herbert Weisbrod-Frey**
**Gestalten und Mitbestimmen
in der Gesundheitsbranche**
**Gewerkschaftliche Betriebspolitik
unter veränderten Rahmen-
bedingungen**

Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und Veränderungen in der Branche wirken auf die Arbeitsplätze und die Arbeitsbedingungen. Sie befördern Kooperationen, führen zu Unternehmensumwandlungen und machen Qualifikationsbedarf sichtbar. Eine zukunftsweisende gewerkschaftliche Betriebspolitik muss die Veränderungen in den Blick nehmen und Antworten auf diese Entwicklungen geben.

Die Tarifpolitik der Gewerkschaften wird sich neben Einkommensverbesserungen in noch stärkerem Maße als bisher auf qualitative Elemente, wie Bildung, Gesundheitsschutz und Beschäftigungssicherung, konzentrieren müssen. Beste Gehälter nützen nichts, wenn der Arbeitsdruck ins Unermessliche steigt und die Gesundheit schädigt. Sie nützen auch nichts, wenn die Arbeitsplätze wegfallen.

Die Mitbestimmung im Betrieb wird sich weiterentwickeln müssen. Betriebs- und Personalräte müssen präventiv bei der Gestaltung und nicht erst bei der Abwehr von Benachteiligungen einzelner Arbeitnehmer oder ganzer Belegschaften tätig werden können.

Neue Anforderungen

Der Einsatz neuer Managementkonzepte in der Gesundheitswirtschaft wie Integrierte Versorgung, betriebliche und regionale Patientenpfade, Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMPs), die Krankenhausfinanzierung nach diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) oder andere evidenzbasierte Medizinkonzepte haben Konjunktur. Neue Ansätze in der Patientenversorgung, wie Case Management und Telemedizin werden entwickelt und eingesetzt. Die bisherige Fragmentierung von Berufsgruppen und Kompetenzen wird den Anforderungen an die

Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und in der Pflege nicht mehr gerecht. Die etablierte Ausdifferenzierung von Qualifikationen in den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens genügt nicht mehr den neuen Produktivitätsanforderungen.

Am Beispiel der Pflegeberufe lassen sich diese neuen Anforderungen darstellen. Einerseits weisen die Betriebe den Pflegeberufen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens neue, z.T. technikunterstützte Tätigkeitsbereiche (Dokumentation, Überwachung, Organisation) zu. Andererseits soll das Personal im Rahmen einer verbesserten Gesundheitsversorgung die Patienten durch die verschiedenen Untersuchungsetappen in ihrem Behandlungsverlauf begleiten. Pflegekräfte werden mit neuen Anforderungen an ihre Kompetenzen konfrontiert. Soziale und sozialpflegerische Anteile in ihrer Arbeit nehmen zu. Sie sind vor allem an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgung gefragt.

Damit einher gehen die Anforderungen zur Teamarbeit, das Arbeiten in multiprofessionellen Teams, die Angehörigenbetreuung und die sozialpflegerische Betreuung von Patienten.

Parallel dazu entwickeln sich die Anforderungen zur Übernahme höherwertiger Tätigkeiten. Zwar wird das Pflegepersonal in der Regel dafür ausgebildet, formal sind es aber immer noch vorbehaltene ärztliche Tätigkeiten. In anderen Ländern ist das nicht so. Im Vergleich mit Holland, Skandinavien und den südeuropäischen Ländern dominieren in Deutschland noch hierarchische Strukturen, Standesdünkel und nicht mehr zeitgemäße Traditionen. Durch Verkammerung wird der Schutz von Berufsständen vor eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gestellt.

Erst langsam erzwingen die Mängel in der Patientenversorgung und die anhaltende Diskussion über die Gesundheitsausgaben mehr Zusammenarbeit zwischen den Professionen. Eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Therapeuten, Pflegeberufen, Verwaltungsfachkräften und medizinisch-technischen Berufen wird notwendig. Auch hartnäckige Verfechter der bisherigen Berufsordnungen müssen sich den neuen Herausforderungen stellen.

Bedarf an neuen Qualifikationen

In nahezu allen Berufen im Gesundheitswesen besteht ein erheblicher Qualifikationsbedarf. Wiederum soll er beispielhaft in der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen, den Pflegeberufen, aufgezeigt werden.

Auf die neuen kombinierten Anforderungen ist die Grundausbildung in der Pflege nicht vorbereitet. Der größte Anteil ist eine krankenhauszentrierte Ausbildung, die die Schnittstellen und neuen Übergänge nicht reflektiert.

Die Qualifizierung erfolgt noch meist in anerkannten Weiterbildungslehrgängen, die in den Bundesländern nach unterschiedlichen Regelungen durchgeführt und zum Teil noch nicht einmal gegenseitig anerkannt werden. Es ist zu erwarten, dass die Föderalismusreform eine weitere Zersplitterung der jeweiligen Bildungs- und Weiterbildungsabschlüsse nach sich zieht. Es bleibt bei der unterschiedlichen Dauer, Anerkennung und daraus folgenden Stellenausschreibungen bzw. -besetzungen.

Beschäftigte und Betriebe investieren in eine Anpassungsqualifizierung, die nicht zertifiziert ist und sich für Beschäftigte oft nicht in ihrem betrieblichen Status und/oder ihrem Entgelt auswirkt. Das heißt, die Betriebe der Gesundheitswirtschaft reagieren auf ein sich ausdifferenzierendes Tätigkeits- und Arbeitsangebot. Sie versuchen der unbefriedigenden Aus- und Weiterbildungssituation durch die Definition neuer Tätigkeiten und Funktionen sowie durch »selbstgestrickte« Anpassungsqualifizierungen zu begegnen. Unabhängig von der gesetzlichen Anerkennung werden neue »Berufe« und Qualifikationsfelder geschaffen und losgelöst von jeglicher tariflicher Absicherung in Entgeltordnungen eingeführt. Die Liste dieser Berufe (siehe Abbildung 1) wird immer länger.

Abbildung 1: Beispiele für neu entstandene Berufe im pflegerischen Umfeld

Innerhalb der Krankenhäuser:

- Assistenzberufe, z.B. Anästhesieassistent
- OTA (operationstechnische Assistenz - mit Modellausbildungen)
- Dokumentationsmanagement (DRGs), DRG-Dokumentarin, Fallmanagerin, Stationsassistentin
- Telemedizinassistent
- Case Management, Case-Mix-Performer/in
- Eingangs- und Entlassungsmanagement mit Patientenverwaltungsmanagement, Bearbeitung von Schnittstellen (innerhalb des Krankenhauses und im ambulanten Bereich)

außerhalb der Krankenhäuser:

- Gesundheitsmanagerin (Verbindung zwischen Ärzten, Ämtern, Krankenkassen)
- Family health nurse oder Familiengesundheitspflegerin
- Medicine nurse (Gemeindeschwester angereichert mit ärztlichen Kompetenzen)
- Health monitoring (Überwachung und Steuerung ambulant zu betreuender Patientinnen und Patienten)

Die Zersplitterung der Tätigkeiten und Qualifikationen wird benutzt, um nach tayloristischem Prinzip die Abwertung einzelner Berufsgruppen durchzuführen, die Tätigkeiten schlechter zu bezahlen und die Anzahl der Personalstellen in den anerkannten qualifizierten Pflegeberufen zu reduzieren. Von echten Investitionen in Bildung und zukunftsgerichtete Qualifizierung kann nicht die Rede sein.

Das hat fatale Konsequenzen für die Beschäftigten. Diese reichen von Entwertung von Qualifikationen, Überforderungen, betriebsspezifische Qualifikationen mit Einschränkung der Flexibilität bis hin zur unbezahlten Nutzung von Qualifikationsanstrengungen.

Dies steht im Gegensatz zum europäischen Recht, das den freien Zugang zu einer beruflichen Tätigkeit in einem Mitgliedsstaat garantiert. Einschränkungen durch das deutsche Berufsbildungssystem sind damit nicht vereinbar.

Trotz dieser Grundsätze gelingt es immer weniger, die ausgeübten Tätigkeiten zu bewerten. Zu vielfältig sind die neuen Qualifikationen und Zusatzqualifikationen. Eine Vergleichbarkeit mit (alten) Berufsbildern oder -abschlüssen kann oftmals nicht hergestellt werden. Um eine (finanzielle) Abwertung der jeweiligen Tätigkeit zu vermeiden, sind neue Anforderungen an die Tarifverträge im Gesundheitswesen zu stellen. Aufgrund der rasanten Entwicklungen in der Gesundheitsbranche müssen sie auch zukünftigen Anforderungen standhalten.

Künftiger Personalbedarf

Bis zum Jahr 2010 steigt der Bedarf an Pflegekräften trotz sinkender Verweildauer in den Krankenhäusern um fünf Prozent.¹ Gleichzeitig wird sich die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach oben bewegen. Auf diese Situation stellen sich die meisten Arbeitgeber in der Branche noch unzureichend ein. Wir leisten uns im Gesundheitswesen den Luxus, eine unter zehnjährige Verweildauer im Beruf als »normal« zu betrachten. Vielfach tragen die Arbeitsbedingungen

¹ Nach einer Berechnung des Institutes für Arbeit und Technik in Wuppertal ist bis 2015 von einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um 28 v.H. in NRW auszugehen. Trotz Reduzierung der Zahl der Krankenhausbetten errechnet das Institut für das größte Bundesland ein Beschäftigungswachstum in den Krankenhäusern von 5 v.H. Durch starke Verweildauerverkürzungen um 5 Mio. Tage werden zwar ein Viertel aller Krankenhausbetten überflüssig. Gleichzeitig erhöht sich jedoch der Aufwand je Pfl egetag erheblich und die Zahl der Krankenhaufälle steigt. Im ambulanten Sektor – so prognostizieren die Wissenschaftler – sind in NRW 2010 etwa 10 Mio. Pfl egetage mehr zu erbringen als heute.

in den Pflegeberufen, die zeitlichen Belastungen, zu wenig Personal, zu viel Hierarchie, zur Berufsaufgabe bei. Das ist nicht nur betriebs- und volkswirtschaftlich fatal, sondern wirkt sich im Hinblick auf die Demografie geradezu kontraproduktiv aus. Bis zum Jahr 2020 werden rund 1,4 Mio. weniger Menschen erwerbstätig sein. Bei den unter 50-Jährigen fällt der Rückgang besonders stark aus (Quelle IAB, Nürnberg). Aus den bereits dargestellten inhaltlichen und wirtschaftlichen Gründen gibt es einerseits Veränderungsbedarf bei der Qualifikation und der Bezahlung. Andererseits wird ein weiteres Feld für Beschäftigungssicherung und Mobilität eröffnet.

Eingeschränkte Qualifizierung, die nur die aktuellen Tätigkeitsfelder in den Blick nimmt, verhindert, dass auf lange Sicht für die vielfältigen und z.T. neu entstehenden Anforderungen in der Pflege, der Versorgung und Beratung Personal mit den erforderlichen Kenntnissen und Fähigkeiten in ausreichender Zahl zur Verfügung steht.

Auch die Mobilität der Beschäftigten wird eine stärkere Bedeutung erhalten. Dabei geht es nicht um die von der Politik immer wieder geforderte Einsatzfähigkeit im gesamten Bundesgebiet, wie sie in den »Hartz-Grundsätzen« formuliert ist und die familiäre und regionale Bindungen unberücksichtigt lässt. Vielmehr geht es um die innere Mobilität, also um die sich verändernden betrieblichen Einsatzbereiche und um die damit verbundenen Anpassungsqualifikationen. Neue Aufgaben und Einsatzgebiete entstehen vor allem an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Sektoren. Sie sind nicht mehr einer Einrichtung, wie dem stationären Krankenhaus oder dem ambulanten Pflegedienst oder der Rehabilitationsklinik, zuzuordnen. Mit der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte entstehen neue berufliche Perspektiven, für die regionale und betriebliche Mobilität erforderlich sind. Die Herausforderung für die Träger der Gesundheitseinrichtungen besteht darin, nicht nur kurzfristig auf den Betrieb fixiert die Einsatzmöglichkeiten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu gestalten und dementsprechend Menschen zu beschäftigen oder – betriebsbedingt – zu entlassen, sondern durchlässige Strukturen sicherzustellen, in denen Beschäftigte bis zum Rentenalter qualifiziert und motiviert die an sie gestellten Anforderungen erfüllen können.

Konsequenzen für die Tarifarbeit

Die erste Anforderung an Tarifarbeit ist noch immer eine regelmäßige Anhebung der Entgelt-Tabellen. Dabei geht es vor allem um den Ausgleich der Lebenshaltungskosten und die Teilhabe der Arbeitnehmerin-

nen und Arbeitnehmer am Produktivitätsfortschritt. Doch dies greift zu kurz.

Gleichzeitig versuchen die Arbeitgeber mit Neuschaffung einer so genannten Sozialberufstabelle die Vergütungen abzusenken. Durch die Integration der bestehenden Tabellen im Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) konnte dies zunächst einmal verhindert werden. Eine Übertragbarkeit für die immer stärker werdende private Gesundheitswirtschaft, v.a. die Krankenhaus-Konzerne, ist damit noch nicht gegeben. Die Schaffung eigener und in der Regel niedrigerer Tabellen ist im vollen Gang. Um dies zu verhindern, sind immer längere und härtere Tarifikämpfe erforderlich.

Bewertung der Tätigkeiten

In Tarifverträgen werden Tätigkeitsmerkmale den Vergütungsgruppen zugeordnet. Die Vergütung selbst wird in einer Entgelttabelle festgelegt. Aufgabe der Tarifpolitik ist es, Kenntnisse und Fertigkeiten, Komplexität, Verantwortung, soziale Kompetenz, Belastungen und die jeweilige Stellung von ArbeitnehmerInnen in multiprofessionellen Teams zu bewerten und im Tarifgefüge horizontal und vertikal durchlässig einzubauen. Daraus leiten sich auch die jeweiligen Karrieremöglichkeiten ab.

Vielfach besteht die Gefahr, dass durch die Schaffung von weniger anerkannten neuen Berufen – so genannten Frauenberufen – im Sozial- und Gesundheitsbereich eine neue Niedrigeingruppierung erfolgt. Meist wird dies damit begründet, dass der neue berufliche Zuschnitt der Entlastung qualifizierter Berufsgruppen diene, was automatisch einen Stellenabbau im qualifizierten Bereich zur unmittelbaren Folge hat. Das wird in laufenden Tarifverhandlungen deutlich.

Gerade deshalb muss in der Aushandlung von Tarifverträgen die Abspaltung von einzelnen Tätigkeiten zur Schaffung von niedrigerer Bewertung abgelehnt werden. Umgekehrt muss eine Neubewertung einiger Berufe im Gesundheitswesen erfolgen, die gleichzeitig eine dauerhaft veränderte Arbeitsorganisation zur Folge hat. Am Beispiel der Pflegeberufe in Abgrenzung zu den ärztlichen Bereichen heißt dies: Übernahme von bisher ärztlichen Tätigkeiten gemäß ihrer Ausbildung, Aufwertung der Pflegeberufe und Neuausrichtung der jeweils damit verbundenen Stellenberechnungen und Arbeitsorganisation.

Qualifizierung und Karriere

In stärkerem Maße als bisher muss der Anspruch auf lebenslanges Lernen in den Tarifverträgen umgesetzt werden. Nur so können die Veränderungen im Arbeitsumfeld »Krankenhaus« aufgegriffen werden. In einzelnen Tarifverträgen im Metallbereich sowie im öffentlichen Dienst durch

Abbildung 2: Berufliche Entwicklung

Kriterien für zukunftsweisende Tarifverträge für Berufe in der Gesundheitsbranche für Qualifikation

- Im Rahmen von Personalentwicklung:
- Erhaltungsqualifikation
- Berücksichtigung neuer Anforderungen
- Art und Weise der Durchführung
- Anpassungsqualifikation
- an veränderte Einsatzbereiche,
- durch Strukturänderungen,
- durch das Finanzierungssystem.
- Steigerung von beschäftigungsbezogenen Kompetenzen
- Qualifizierung für eine andere Tätigkeit
- Qualifizierung für ein höheres Niveau
- Entwickelte und fortzuentwickelnde Fort- und Weiterbildung
- Wiedereinstiegsqualifizierung
- Qualifizierung zur Steigerung von Effizienz und Effektivität

den noch neuen TVÖD sind dazu erste Ansätze gemacht. In der Gesundheitsbranche stehen wir mit solchen Tarifverträgen allerdings erst am Anfang. Zukunftsweisende Tarifverträge sind an Kriterien auszurichten, die auch den sich verändernden Anforderungen an Qualifikation in der Gesundheitswirtschaft Rechnung tragen (siehe Abbildung 2).

In der gesamten Branche sind Tarifverträge erforderlich, die Qualifikation und Personalentwicklung berücksichtigen. Vergütungsanpassungen allein schaffen allenfalls kurzfristige Atempausen und führen zu fort-dauernden heftigen Tarifaueinandersetzungen. Gerade das Jahr 2006 hat dazu einen Vorgeschmack geliefert: Die Arbeitgeber der Länder hatten sich geweigert, tarifliche Sicherheit und Fortentwicklung zu gewährleisten. Dies hatte zu den schwersten und längsten Arbeitskämpfen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik geführt. Der Preis für beide Seiten war hoch. Berufsegoismen sind neu aufgebrochen. Es wird jetzt darum gehen müssen, die verschiedenen Berufsgruppen wieder zusammenzuführen, um Teamarbeit zu ermöglichen. Der politisch so häufig strapazierte Begriff der Solidarität bekommt eine neue Dimension. Wir brauchen Solidarität zwischen den Gesundheitsberufen, um der öffentlichen Diskussion über kostentreibende Strukturen ein Konzept zur qualifizierten Dienstleistung gegenüberzustellen und glaubwürdig zu vertreten. Und wir brauchen Solidarität auch in den Gesundheitseinrichtungen, um Motivation für gute Arbeit in allen Berufsgruppen zu schaffen.

Regelt man in Tarifverträgen die Qualifizierungsanforderungen, so ist zwingend, dass die Voraussetzung und Integration dieser Anforderun-

gen im Rahmen von Personalplanung im Segment der Personalentwicklung eingebaut wird. Andernfalls ist eine Umsetzung in die Beliebigkeit gestellt, nicht kontrollierbar und nicht gewollt. Die Bewertung für die Bezahlung ist dabei eine logische Konsequenz.

Erstmals wird zurzeit in einem Krankenhauskonzern (Helios Kliniken GmbH) ein Qualifizierungstarifvertrag verhandelt. Neben den o.g. Voraussetzungen wird hierbei auch die Aufwertung der Pflegeberufe im Rahmen der Entlastung ärztlicher Bereiche formuliert. Klar ist, dass dieser Tarifvertrag einer Evaluation unterliegen muss.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Während in Bereichen des Einzelhandels und damit verbundenen Strukturen eine relativ scharfe Diskussion zur Frage der Öffnungszeiten und der damit verbundenen negativen Auswirkungen auf familiäres und soziales Leben stattfindet, ist es für die Arbeitgeber in der Gesundheitswirtschaft »normal«, den Beschäftigten einen Einsatz rund um die Uhr abzuverlangen. Ebenso normal ist es inzwischen für viele Arbeitgeber, die besonderen Zeiten, z.B. nachts, sonn- und feiertags, und die Schichtarbeit überhaupt nicht gesondert zu bewerten und zu bezahlen. Mit der Argumentation, »Sie wussten doch vorher, was Sie für einen Beruf erlernen und dass dort diese Arbeitszeiten gefordert werden«, wird eine Honorierung der belastenden Zeiten, z.B. die Zahlung von Zeitzuschlägen abgelehnt. Die Entwertung der Arbeits- und Lebenszeit als solche ist ein gesellschaftliches Phänomen, dem sich ver.di und andere DGB-Gewerkschaften gesondert stellen.

Das Besondere in der Gesundheitswirtschaft ist jedoch das zurzeit erkennbare Bedürfnis der (v.a. privaten) Arbeitgeber, die volle Verfügbarkeit und Abrufbarkeit der Beschäftigten zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Einige nennen das Kind beim Namen: KAPOVAZ (kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit) und bringen diese Anforderung in Tarifverhandlungen ein. Andere versuchen, dies über die Entwicklung von Arbeitszeitkonten zu erreichen. Oft werden solche Arbeitszeitformen auch von Beschäftigten unterstützt, weil sie zunächst flexibler erscheinen.

Ziel der Arbeitgeber ist es jedoch, allein über die Arbeitsstunden und die Freizeitausgleiche zu bestimmen. So wollen sie z.B. unter Festlegung der Jahressollarbeitszeit das Recht, allein über die Personaleinsatzplanung zu bestimmen, völlig losgelöst von Arbeitszeitgrenzen. Planbare Arbeits- und Freizeit der Beschäftigten wird damit unmöglich.

Die Umsetzung des seit 2004 in Kraft befindlichen Arbeitszeitgesetzes weist nicht nur große Lücken im Gesundheitswesen auf, es zeigt auch ein fehlendes Verständnis in Sachen Arbeits- und Gesundheitsschutz. So wird neben einer zeitlich unbegrenzten Verfügbarkeit des

Personals von Arbeitgeberseite auch gefordert, durch Tarifvereinbarungen die gesetzlichen Arbeitszeitgrenzen bei Bereitschaftsdiensten aufzuheben. Dies ist jedoch mit dem Zweck des Arbeitszeitgesetzes unvereinbar.

Der Schutz von Beschäftigten muss jederzeit im Vordergrund stehen. Hinzu kommt in der Gesundheitsbranche der Schutz der Patienten vor übermüdetem Personal. Das heißt, im Gesundheits- und Sozialsektor ist der Arbeits(zeit)schutz zu einem bestimmenden Faktor auszubauen. Der Druck durch Arbeitslosigkeit und die Angst vor Arbeitsplatzverlust darf nicht dazu führen, dass Menschen ihre familiären und sozialen Strukturen einfach der Arbeit unterordnen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer brauchen diese wichtige Stütze. Es ist mehrfach belegt, dass Überforderung in der Arbeit zur inneren Kündigung, Motivationsverlust und letztlich zur Aufgabe der Tätigkeit führen. Damit einher geht ein Verlust von Identifikation mit dem Betrieb. Für die Personalentwicklung bedeutet dies einen Verlust von Beschäftigten mit hoher Qualifikation und Erfahrung. Das ist weder betriebswirtschaftlich sinnvoll noch volkswirtschaftlich wünschenswert.

Will man also eine ökonomisch gut organisierte Gesundheitswirtschaft mit den veränderten Strukturen schaffen, ausbauen und aufrecht halten, so ist die Gestaltung der Arbeitszeit, deren Bewertung und der Umgang mit den Beschäftigten im Hinblick auf Arbeits- und Gesundheitsschutz ein wesentlicher Faktor. Die Zeiten der vollen Verfügbarkeit à la Florence Nightingale sind längst vorbei. Ein Ausbau der »Maschinenlaufzeit« in der Gesundheitswirtschaft hat seine Grenzen in den Menschen, die zum einen die zu Versorgenden und Behandelnden und zum anderen die darin tätigen Handelnden darstellen. Die Konsequenzen für die Tarifarbeit im Gesundheitswesen liegen damit auf der Hand: Qualifizierung jeglicher Art, der Auf- und Umbau der Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsstrukturen sowie die Arbeit zu »ungünstigen« Zeiten sind als Arbeitszeiten tariflich zu bewerten, auch und gerade, wenn dies manchmal ganz besondere Arbeitszeiten sind.

Betriebliche Mitbestimmung

Partizipation und Orientierung in den Betrieben ist die Grundlage, damit Beschäftigte sich mit ihren Einrichtungen identifizieren und gute Leistungen erbringen. Wir brauchen den Ausbau der Unternehmensmitbestimmung. Die Realität, dass es sich bei großen Gesundheitseinrichtungen nicht mehr um karitative Organisationen, sondern um Wirtschaftsunternehmen handelt, muss anerkannt werden. Aber auch die

Binnenstruktur muss sich verändern. Teamarbeit und flache Hierarchien bedeuten, dass auf die Beschäftigten mehr Eigenverantwortung und Entscheidung übertragen wird. Dem muss die Personalpolitik Rechnung tragen.

Oftmals sieht die betriebliche Praxis allerdings anders aus. Innerhalb und zwischen den Berufen des Gesundheitswesens haben sich hierarchische Strukturen erhalten, die nur schwer in eine moderne Unternehmenskultur passen wollen. Betriebliche Mitbestimmung hat im Gesundheitswesen noch keine lange Tradition. Die meisten Krankenhausträger pochen auch nach Überführung ihrer Häuser in private Rechtsformen auf den Tendenzschutz im Betriebsverfassungsgesetz und verweigern ihren Beschäftigten auf dieser Grundlage die Unternehmensmitbestimmung. Vom Personal wird zwar wirtschaftliche Mitverantwortung gefordert. Gemeint ist damit aber nicht mehr Partizipation, sondern die Bereitschaft der Mitarbeiter, auf Privilegien oder gar erworbene Rechte, sei es bei der Entlohnung, bei der Arbeitszeit oder beim Gesundheitsschutz, zu verzichten, um den Betrieb finanziell zu entlasten.² Die Einrichtungen des Gesundheitswesens versuchen, vorrangig über die Reduzierung ihrer Personalkosten, ihr Betriebsergebnis zu verbessern. Oftmals werden die Beschäftigten vor die Wahl – Schließung oder Einkommensverzicht – gestellt. Diese Option ist für das Gesundheitswesen kurzfristig. Wettbewerbsprobleme werden damit nicht gelöst. Die neuen Möglichkeiten zur Verbesserung von Beschäftigung, Qualität und Wirtschaftlichkeit liegen in Strukturreformen. Es bedarf einer regionalen Versorgungslandschaft, kontinuierlicher Innovationen in der Arbeitsorganisation, Technik, Qualifikation und Beschäftigung.

Auch die innerbetrieblichen Interessenvertretungen werden von vielen Arbeitgebern eher als lästiges Instrument angesehen, das zudem noch durch Gesetze geschützt ist. Versuche, sie einzuschränken oder gar ganz abzuschaffen, sind nicht gerade selten. Gegenüber Beschäftigten wird ökonomischer Druck aufgebaut. Bei der Veränderung von Arbeitsbedingungen und innerbetrieblicher Arbeitsteilung, wenn Rationalisierungs- und Produktivitätsreserven erschlossen werden sollen, wenn Arbeitsplätze abgebaut werden und Arbeitsverdichtung stattfindet, werden sie nicht gefragt. Für Partizipation gibt es unter solchen Bedingungen wenig Raum. Betriebs- und Personalräte beschränken sich

² Sehr plastisch wird dieses Prinzip von Kalle Jung in Co-Management und Gegenmacht – Handbuch für Beschäftigtenvertreter in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, Frankfurt a.M. 1999 beschrieben. Die Aussagen haben nach wie vor Gültigkeit.

dann eben darauf, Maßnahmen abzublocken oder massiv zu beschränken, wenn dies im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zulässig ist.

Natürlich gibt es auch Gesundheitseinrichtungen, in denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über den Tellerrand blicken und gemeinsam etwas Neues gestalten. Doch Formen von »Co-Management« sind bislang äußerst selten. Nur wenige Arbeitgeber erkennen die Chancen und die positiven Wirkungen auf die Produktivität, die sich durch motivierte und engagierte Belegschaften ergeben. Die dreifache Gewinnchance – für die Patienten, für die Beschäftigten und für den Betrieb – bleibt noch allzu oft ungenutzt. Gute Arbeitsbedingungen korrelieren häufig mit guter Patientenversorgung und guten Betriebsergebnissen. ver.di legt viel Wert auf Mitbestimmung und begleitet deren Implementierung. Eine wichtige Aufgabe der Gewerkschaft wird es sein, betrieblichen Interessenvertretern durch Qualifizierung die notwendigen Instrumente dazu in die Hand zu geben. Betriebliche Gewerkschaftsarbeit muss durch die Entwicklung sozialer Kompetenz unterstützt werden.

Schutz und Gestaltung in der Arbeitswelt sind die Anliegen, die sich wie ein roter Faden durch die Arbeit von Gewerkschaften und betrieblichen InteressenvertreterInnen im Gesundheitswesen ziehen. Dies kann auch an konkreten Themen festgemacht werden.

Ein solches Thema ist – wie gezeigt – die Zeitsouveränität in den Gesundheitsberufen. In der Altenpflege, aber auch im Krankenhaus werden die Beschäftigten zunehmend aus ihrem »Frei« geholt, um kurzfristig für KollegInnen einzuspringen. Hinter dieser Form der Intensivierung der Arbeit aber stehen in der Regel eine unzureichende Arbeitsorganisation und Defizite bei der Dienstplangestaltung. Die Folge: ein Berg von Überstunden. Auf dieses Problem hat ver.di im Fachbereich »Gesundheit und Soziales« mit der Aktion »Mein Frei gehört mir« aufmerksam gemacht. ArbeitnehmerInnen müssen vor Überforderung geschützt werden, damit sie ihre Arbeitskraft auch langfristig erhalten können. Ein kompetentes Arbeitszeitmanagement, wie wir es aus anderen Branchen kennen, fördert die Arbeitszufriedenheit und bewahrt Patienten vor übermüdeten Beschäftigten. Für den Betrieb lassen sich Qualität und Effizienz der Arbeit steigern.

Auch die Anforderungen an Qualifikation, permanentes Lernen und fließende Anpassung an die geforderten Patientenversorgungsstrukturen und damit verbundene Arbeitsorganisation können nicht alleine von außen gestaltet werden. Dazu notwendig ist ein innerbetrieblicher Prozess, der ohne Angst vor Verlust von Qualifikation und Arbeitsplatz die Änderungsprozesse nicht nur zulässt, sondern mitgestaltet. Dies gelingt um so mehr, wenn damit eine aktive Beschäftigungssicherung erreicht werden kann. Oder anders formuliert: Wenn die geforderte Anpassung

der Versorgungs- und Managementsysteme im Gesundheitswesen erfolgen, die althergebrachten Hierarchiesysteme durchbrochen und der Weg hin zu echter Teamarbeit gegangen werden soll, so kommt niemand an der Partizipation der Beschäftigten, der betrieblichen und gewerkschaftlichen Interessenvertretung vorbei. Ziel muss es sein, für diesen Weg die betriebliche Interessenvertretung zu einem Co-Management zu gewinnen. Dies gelingt sicher nicht, wenn das Gesundheitswesen als kurz- und mittelfristig gewinnbringende Kapitalanlage ausgebaut wird. Dies widerspricht nicht nur der Interessenlage der Beschäftigten, sondern verschiebt auch die Grundlagen sozialer und gesundheitlicher Sicherung und Daseinsvorsorge für die Bevölkerung. Stattdessen muss auf den gemeinsamen Gewinn für Patientinnen und Patienten, Beschäftigte und Betriebe zugesteuert werden.

■ Autorinnen und Autoren

Thomas Ballast ist Diplom-Volkswirt und Leiter der Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) in Siegburg.

Dr. Neeltje van den Berg ist medizinische Geografin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Mirjam Bosold ist Krankenschwester der Anästhesieabteilung im Kreis- und Stadt Krankenhaus Witzenhausen GmbH; Gesundheits- und Sozialökonomin und Projektkoordinatorin des Teilprojektes »Integrierte Diabetes Versorgung Werra Meißner« im Rahmen des Projektes InCareNet.

Frank Bsirske ist Vorsitzender der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Dr. med. Christian Butter ist Chefarzt Kardiologie am Evangelisch-Freikirchlichen Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau und Leiter des Projekts »Meander«.

Bettina von Falck ist Geschäftsstellenleiterin der Managementgesellschaft »Gesundes Kinzigtal GmbH« und Beraterin bei Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH.

Dr. med. Jan-Ove Faust ist MBA Health Care Management und Facharzt für Anästhesiologie sowie Geschäftsführer Medizin und Pflege der Regio Kliniken im Kreis Pinneberg.

Walter Ganz, M.A., ist Forschungsdirektor am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO), Stuttgart, und leitet dort die Bereiche »Dienstleistungsforschung« und »Personalmanagement«.

Thomas Gerlinger ist Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Gabriele Gröschl-Bahr ist Gewerkschaftssekretärin in der ver.di Bundesverwaltung im Bereich Tarifpolitik des Fachbereiches Gesundheitswesen, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.

Helmut Hildebrandt ist geschäftsführender Gesellschafter der Beratungsgesellschaft Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und Geschäftsführer der Managementgesellschaft »Gesundes Kinzigtal GmbH« sowie Vorstand der OptiMedis AG.

Katharina Höhne ist Diplom-Pädagogin und Mitarbeiterin des Projektes InCarePart bei der gewerkschaftsnahen Beratungsfirma ISA CONSULT GmbH.

- Dr. Wolfgang Hoffmann* ist Professor für Versorgungsepidemiologie und Community Health und Leiter des Institutes für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Klaus Kirschner* war bis 2005 Bundestagsabgeordneter der SPD-Fraktion und Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Ausschusses des Deutschen Bundestages.
- Dr. Barbara Klein* ist Leiterin des Marktstrategie Teams Public Health am Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO in Stuttgart.
- Herta Laages* ist Krankenschwester und Sozialmanagerin, sie ist Projektkoordinatorin des InCareNet Projektes InCare PinK und Betriebsrätin in den Regio Kliniken im Kreis Pinneberg.
- Dr. med. Berit Müller* ist Assistenzärztin Kardiologie am Evangelisch-Freikirchlichen Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau und innerhalb des Projekts »Meander« als Projektkoordinatorin tätig.
- Dr. Roman F. Oppermann* ist Professor für Krankenhaus-Betriebswirtschaftslehre und Dekan des Fachbereichs Gesundheit und Pflege an der Fachhochschule Neubrandenburg.
- Ellen Paschke* ist Mitglied des ver.di Bundesvorstandes und Leiterin des Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.
- Prof. Dr. Anita B. Pfaff* ist Professorin für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt »Ökonomie des Gesundheitswesens« an der Universität Augsburg sowie Mitbegründerin und stellvertretende Direktorin des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES).
- Hagen Rogalski (M.Sc.)* ist Diplom-Pflegewirt und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Fachhochschule Neubrandenburg.
- Nikolaus Schmitt* ist Dipl.-Kfm. und Abteilungsleiter Informationsmanagement und als Projektleiter Integrierte Versorgung bei der Barmer Ersatzkasse in der Hauptverwaltung Wuppertal tätig.
- Dr. Margret Steffen* ist Gewerkschaftssekretärin in der ver.di Bundesverwaltung im Bereich Gesundheitspolitik mit dem Schwerpunkt Beschäftigungs- und Strukturentwicklung.
- Susanne Stern (B.Sc.)* ist Gesundheitswissenschaftlerin und interne Prozessberaterin (CBO). Sie ist die Projektleitung des InCareNet Teilprojektes an der Charité Universitätsmedizin Berlin – Neue Arbeitsfelder in der Integrierten Versorgung.
- Dr. Claudia Terschüren* ist Epidemiologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Dr. Beatrice Venohr ist Psychologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Dr. Angela Wagener ist Diplomwirtschafterin und Mitarbeiterin des Projektes InCarePart bei der gewerkschaftsnahen Beratungsfirma ISA CONSULT GmbH.

Herbert Weisbrod-Frey ist Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik in der ver.di Bundesverwaltung.

Matthias N. Winter ist Berater bei der gewerkschaftsnahen Beratungsfirma ISA CONSULT GmbH und Mitglied der Unternehmensleitung.