

AMS report **52**

Maria Hofstätter, René Sturm (Hg.)

Qualifikationsbedarf der Zukunft IV: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?

Beiträge zur Fachtagung »Qualifikationsbedarf der Zukunft:
Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?«
des AMS vom 25. November 2005 in Wien

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich

Der vorliegende AMS report 52 beinhaltet Beiträge anlässlich der von der Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich veranstalteten Fachtagung »Qualifikationsbedarf der Zukunft: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?«.

Die Fachtagung, die in Kooperation mit dem Österreichischen Institut für Berufsbildungsforschung (öibf) und dem Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (ibw) durchgeführt wurde, fand am 25. November 2005 in Wien statt.

Folgende Beiträge bilden den Inhalt dieser Publikation:

Julia Zdrahal-Urbaneck, René Sturm

Ausbildung und Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Sportberufe – Ein Resümee zur Veranstaltung »Qualifikationsbedarf der Zukunft: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?«

Leo A. Nefiodow

Der Gesundheitsmarkt – Wachstumslokomotive des 21. Jahrhunderts

Helmut Dornmayr

Jobmotor »Gesundheit und Sport«: Welchen Treibstoff braucht er? Analysen zu Ausbildung, Berufsausübung und Finanzierung in Österreich

Werner Fischl

Die Anforderungen der betrieblichen Praxis an die Pflegeausbildung

Margit Klein

Professionelle Altenpflege – Quo vadis?

Anna Kleissner

Zukunftssektor Sport – Status quo und Beschäftigungspotentiale in Österreich

Arne Öhlknecht

Das Verhältnis von Sportwissenschaft und Gesundheit



P.b.b.

Verlagspostamt 1200

ISBN 3-85495-233-3

Maria Hofstätter, René Sturm (Hg.)

Qualifikationsbedarf der Zukunft IV: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?

Beiträge zur Fachtagung

»Qualifikationsbedarf der Zukunft: Gesundheit und
Sport – Jobmotoren in Österreich?« des AMS
vom 25. November 2005 in Wien

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich



Medieninhaber und Herausgeber: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Maria Hofstätter, René Sturm, A-1200 Wien, Treustraße 35–43 • Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Wien, November 2006 • Grafik und Titelfoto: Lanz, A-1150 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., A-3580 Horn

© Arbeitsmarktservice Österreich 2006

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, A-1190 Wien

ISBN 3-85495-233-3

Inhalt

Julia Zdrahal-Urbaneck, René Sturm

Ausbildung und Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Sportberufe – Ein Resümee zur Veranstaltung »Qualifikationsbedarf der Zukunft: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?« **5**

- 1 Einleitung 6
- 2 Die Beiträge zum Tagungsband im Überblick 6
- 3 Ergebnisse des Diskussionspanels »Gesundheit« 7
- 4 Ergebnisse des Diskussionspanels »Sport« 8

Leo A. Nefiodow

**Der Gesundheitsmarkt –
Wachstumslokomotive des 21. Jahrhunderts** **9**

- 1 Schwankungen und Zyklen in der Marktwirtschaft 9
- 2 Die bisherigen Kondratieffzyklen 9
- 3 Wachstumsreserve »Gesundheit« 10
- 4 Die Wertschöpfungskette »Gesundheit« 11
- 5 Gesundheit – Der neue Megamarkt des 21. Jahrhunderts 12

Helmut Dornmayr

**Jobmotor »Gesundheit und Sport«:
Welchen Treibstoff braucht er? Analysen zu Ausbildung,
Berufsausübung und Finanzierung in Österreich** **13**

- 1 Ausgangslage 13
- 2 Bremsen für den Jobmotor 15
 - 2.1 Probleme im Ausbildungsbereich 16
 - 2.2 Probleme im Bereich der Berufsausübung 16
 - 2.3 Probleme im Bereich der Finanzierung 16
- 3 Treibstoff für den Jobmotor (Modell einer Ausbildungsreform) . . . 17
 - 3.1 Ziele und Inhalte einer Ausbildungsreform 17
 - 3.2 Zusammenfassung der wesentlichsten Neuerungen 20

Werner Fischl

Die Anforderungen der betrieblichen Praxis

an die Pflegeausbildung 22

- 1 Aktuelle Problemfelder in der betrieblichen Praxis 22
- 1.1 Akquirierung junger Menschen für den Pflegeberuf 22
- 1.2 Halten von PflegemitarbeiterInnen im Pflegeberuf 23
- 1.3 Selbstverständnis bei der Ausübung des vollen Berufsbildes 24
- 1.4 Selbstverständnis der Pflege gegenüber dem ärztlichen Dienst . . 25
- 2 Lösungsmöglichkeiten durch eine neu strukturierte
Pflegeausbildung 26
- 2.1 Formale Neustrukturierung –
Maturaführende Pflegeschule versus Fachhochschule? 26
- 2.2 Inhaltliche Neustrukturierung 28
- 3 Resümee 28

Margit Klein

Professionelle Altenpflege – Quo vadis? 30

- 1 Die Ausgangssituation 30
- 2 Weitere Aktivitäten sind erforderlich 31

Anna Kleissner

Zukunftssektor Sport –

Status quo und Beschäftigungspotentiale in Österreich . . . 33

- 1 Die Sportwirtschaft in Österreich 33
- 2 Beschäftigungseffekte des Sports 34
- 3 Sport und Gesundheitsförderung 36

Arne Öhlknecht

Das Verhältnis von Sportwissenschaft und Gesundheit . . . 38

- 1 Die Ausgangssituation 38
- 2 Einsatzfelder von SportwissenschaftlerInnen 39

Julia Zdrahal-Urbanek, René Sturm

Ausbildung und Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Sportberufe – Ein Resümee zur Veranstaltung »Qualifikationsbedarf der Zukunft: Gesundheit und Sport – Jobmotoren in Österreich?«

1 Einleitung

Im Auftrag des AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation (ABI), haben das Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (ibw; www.ibw.at) und das Österreichische Institut für Berufsbildungsforschung (öibf; www.oeibf.at) am 25. November 2005 bereits zum insgesamt fünften Mal eine Tagung zum Themenfeld »Qualifikationsbedarf der Zukunft« organisiert – diesmal lag der Fokus auf dem Schwerpunkt »Gesundheit und Sport«.

Die Tagung widmete sich der Fragestellung, ob die Bereiche von Gesundheit und Sport in Österreich einen Wachstumsmarkt bilden (können). Der gesellschaftliche Bedarf ist in diesen Bereichen hoch – u. a. aufgrund einer älter werdenden Gesellschaft und aufgrund der Tatsache, daß sich traditionelle Familienstrukturen im soziokulturellen Wandel auflösen (u. a. mit der Konsequenz einer Erosion der innerfamiliären Pflegekapazitäten). Dazu kommt, daß der generelle Einstellungs- und Wertewandel u. a. zu größerer Konsumnachfrage im Fitness- und Wellnessbereich sowie im Sporttourismus führt (Stichwort »Erlebnisgesellschaft«). Auch neueste Entwicklungen in Biotechnologie und Genetik, die Entwicklung von neuen medizinischen Verfahren und Medikamenten u. ä. steigern Angebot, Nachfrage und Beschäftigung. Damit werden Gesundheit und Sport relevante Beschäftigungsfaktoren, die über die traditionellen Berufsbilder hinauszureichen beginnen und Marktnischen samt entsprechender Bedarfe hinsichtlich neuer Dienstleistungen kreieren (z. B. spezialisierte Fitnessangebote für die Generationen 40+, 50+, 60+¹).

Im Rahmen der Tagung beleuchteten österreichische und ausländische ReferentInnen bzw. DiskutantInnen die aktuelle Situation und neueste Entwicklungen im Gesundheits- und Sportbereich aus dem Blickwinkel von Wissenschaft und Praxis. Vorträge aus Wissenschaft und Forschung bildeten dabei die Basis für zwei Diskussionspanels über den Gesundheits- sowie den Sportbereich, allen voran der Vortrag des deutschen Zukunftsforschers Leo A. Nefiodow, der über Wachstumsmotive des 21. Jahrhunderts referierte.

1 So beträgt z.B. in den Fitnessstudios der Firma Manhattan – Wien und Brunn/Gebirge – das Durchschnittsalter der KundInnen etwa 43 Jahre.

2 Die Beiträge zum Tagungsband im Überblick

Der seit 1965 in der Erforschung, Entwicklung und Anwendung der Informationstechnologie tätige Nefiodow ist einer der bekanntesten VertreterInnen der (Konjunktur-)Theorie der »Langen Wellen« (Kondratieffzyklen – siehe dazu auch: www.kondratieff.net) und gilt als einer der renommiertesten Vordenker der Informationsgesellschaft. Nefiodow formuliert in seinem Beitrag die These, daß der Gesundheitsbereich im ganzheitlichen Sinne – also körperlich, seelisch, geistig, ökologisch und sozial – im 21. Jahrhundert der voraussichtliche Träger einer langen Phase der Prosperität sein wird.

Helmut Dornmayr, Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (www.ibw.at), analysiert Ausbildung, Berufsausübung und Finanzierung im Gesundheits- und Sportbereich in Österreich. Basierend auf wissenschaftlichen Ergebnissen (Quelle: [ibw](http://www.ibw.at)) präsentiert er aufgrund der starken Zunahme älterer Personen, der steigenden Ansprüche an eine menschen- und altersgerechte Versorgung sowie aufgrund des Rückganges der familiären Pflegekapazitäten insbesondere die Altenpflege und Altenbetreuung als Bereich mit einem enormen Beschäftigungspotential. Er weist jedoch auf zahlreiche Probleme in Ausbildung, Berufsausübung und Finanzierung hin, die bereits derzeit die optimale Ausschöpfung des gesamten Beschäftigungs- und Wachstumspotentials in Gesundheit und Sport hemmen, und präsentierte verschiedene Lösungsvorschläge (z. B. Ausbildungsreformen).

Werner Fischl, HUMANOMED Krankenhaus Management GmbH (www.humanomed-management.at), diskutiert aus praktischer betrieblicher Sicht eingehend und kritisch die Chancen wie auch Risiken einer Akademisierung der Pflegeausbildung. Sein Fazit warnt auf jeden Fall vor allzu überzogenen Erwartungen hinsichtlich der Positionierung der Pflegeausbildung auf tertiärer Bildungsebene, so z. B. durch die großflächige Etablierung von einschlägigen Fachhochschul-Studiengängen. Seiner Auffassung nach wäre dem Pflegebereich durch den Aufbau maturaführender Pflegeschulen hinsichtlich der Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Pflege, wozu eben auch die Ausbildung und Bereitstellung eines ausreichenden Potentials an sehr gut qualifizierten und zur Pflegearbeit motivierten Personen zählt, letztlich mehr gedient.

Margit Klein, IGPA – Interessengemeinschaft Private Altenpflegeheime, Salzburg (www.igpa.at), resümiert die Situation der Altenpflege bzw. Altenbetreuung in Österreich und skizziert diesbezügliche Reformbedarfe und daran anschließende Reformmaßnahmen.

Anna Kleissner, SportsEconAustria (SpEA; E-Mail: kleissner@spea.at), fokussiert in ihrem Beitrag auf den Zukunftssektor »Sport«. Auf Basis des recherchierten Anteiles der österreichischen Beschäftigten im Sportbereich von nur 0,1 Prozent an der Gesamtbevölkerung argumentiert sie einen starken Aufholbedarf, gleichzeitig aber auch ein großes Wachstumspotential. Vor allem der Bereich der Gesundheitsförderung werde zukünftig an Bedeutung gewinnen, da sich das Verständnis von Gesundheit und Gesundheitspolitik stark von der traditionellen, d. h. rein medizinisch orientierten, Gesundheitsvorsorge zu einer umfassend präventionsorientierten Ausrichtung hin wandeln werde. Ergebnisse einer aktuellen SportsEconAustria-Studie zu den volkswirtschaftlichen Effekten einer forcierten betrieblichen Gesundheitsförderung untermauern die

Bedeutung der Prävention: Durch betriebliche Gesundheitsförderung könnten in Österreich jährlich bis zu 3,638 Milliarden Euro eingespart werden.

Abschließend erörtert Arne Öhlknecht (VSÖ – Verband von Sportwissenschaftlern Österreichs) in seinem Beitrag kurz die verschiedenen Beschäftigungsmöglichkeiten von universitär ausgebildeten SportwissenschaftlerInnen, so z. B. in der Sporttherapie oder auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

3 Ergebnisse des Diskussionspanels »Gesundheit«

Am Diskussionspanel »Zukunftssektor Gesundheit« nahmen VertreterInnen der Gesundheitsforschung, des BMGF, des ÖGB, der Interessengemeinschaft privater Altenpflegeheime Salzburgs und der Humanomed Gesundheitsmanagement-Gruppe teil. Vordergründiges Diskussionsergebnis war die Notwendigkeit von Reformen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen. Alle Diskutierenden waren sich darin einig, daß es in Österreich einerseits an in Gesundheitsberufen tätigem Fachpersonal mangelt, das offiziell in Österreich ausgebildet wurde; andererseits existieren zu wenige Ausbildungsstellen. Unterschiedlicher Meinung waren die Teilnehmenden hingegen bei der Diskussion um die Einstufung der verschiedenen Ausbildungen auf Sekundar-ebene oder im Tertiärbereich. Im Unterschied zu Österreich ist die Gesundheitsausbildung in den meisten europäischen Ländern auf der Tertiärstufe angesiedelt (dies entspricht in Österreich den Fachhochschulen und Universitäten) bzw. stellt ein Maturaabschluß die Mindestvoraussetzung für den Ausbildungsantritt dar. UnterstützerInnen dieses europäischen Modells fordern eine EU-konforme Anpassung an Europa, die notwendig sei, um den AbsolventInnen internationale Chancen zu ermöglichen.² Außerdem vertreten BefürworterInnen der tertiären Ausbildungsschiene die Meinung, daß – u. a. aufgrund der hohen psychischen Belastung – ein gewisses Alter erreicht sein sollte, um eine Ausbildung im Gesundheitsbereich zu beginnen.³

Die Befürworter der Ausbildungsschiene auf Sekundarebene argumentierten, daß es im Gesundheitsbereich neben Ausbildungen mit Matura als Voraussetzung auch praxisorientierte

² Ein prägnanter Schritt zur Akademisierung der Pflege wurde mit der Einführung des Studiums der Pflegewissenschaften an den Universitäten Graz und Wien gesetzt (siehe z. B.: www.univie.ac.at/pflegewissenschaft). Ebenso startet mit 2006/2007 die Umwandlung von Akademie-Ausbildungen des Gehobenen Medizintechnischen Dienstes in FH-Ausbildungen, wobei der FH-Sektor – wenn auch mit einem begrenzten quantitativen Angebot an Studienplätzen – bereits seit einigen Jahren mehrere Studiengänge im Gesundheitsbereich (primär Gesundheitsmanagement) anbietet; einer dieser Studiengänge widmet sich auch explizit dem Pflegemanagement (FH Technikum Kärnten). Das hinsichtlich des zukünftigen Personalbedarfes mit großem Abstand bedeutendste (hoch-)qualifizierte Ausbildungssegment, nämlich die nicht-akademischen Ausbildungen in der Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflege (samt der genau reglementierten Zusatz-/Aufstiegsqualifizierungen), bleibt in Österreich nach wie vor ein intensiv diskutierter Bereich, nicht nur hinsichtlich der Finanzierungsfragen, sondern auch hinsichtlich der Pro- und Contra-Diskussionen einer Akademisierung (z. B. Anhebung auf FH-Level).

³ In der Regel wird hier als Problembeispiel das teilweise sehr niedrige Eintrittsalter von Auszubildenden in Krankenpflegeschulen (Ausbildungen im Bereich der Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflege) angeführt, die dann als Jugendliche bzw. sehr junge Erwachsene an ein Berufsfeld herangeführt werden, das mit großen menschlichen Herausforderungen bzw. Belastungen verbunden ist.

Ausbildungen für Nicht-MaturantInnen geben müsse, die direkt nach der Pflichtschule zugänglich sind. Wichtig sei jedoch, daß die Ausbildung auf der Sekundarebene keine Einbahnstraße sei. Die Durchlässigkeit zur Tertiärstufe durch die Berufsreifeprüfung sollte in jedem Fall gegeben sein.

4 Ergebnisse des Diskussionspanels »Sport«

Am Panel »Zukunftssektor Sport« beteiligten sich VertreterInnen der Wirtschaftskammer Österreich, der Gewerkschaft, der Sportakademie Wien sowie des Verbandes der Sportwissenschaftler Österreichs. Diskussionsinhalte waren vor allem neue Berufsperspektiven und Ausbildungsmöglichkeiten im Sport- und Wellnessbereich sowie potentielle Beschäftigungsfelder für SportabsolventInnen.

Vor etwa drei Jahren erhob die Wirtschaftskammer Österreich in einer Studie die Anzahl der Gewerbemeldungen im Sport und kam auf eine Zahl von 6.000 Mitgliedern. Zahlreiche Anfragen bei Gründerservices führten dazu, daß 2005 ein neues reglementiertes Gewerbe für die gewerbliche Ausübung von sportwissenschaftlicher Beratung geschaffen wurde (davor bestand nur die Möglichkeit des freien Gewerbes für Selbständige im Sport). Das neue Gewerbe eröffnet Chancen etwa für AbsolventInnen der Sportakademien, so u. a. im Präventionsbereich.

Auf der Sekundarebene wird es ab Herbst 2006 – zusätzlich zu dem bis dato einzigen von der WKÖ angebotenen Sportlehrberuf »FitnessbetreuerIn« – den Lehrberuf »SportadministratorIn« geben. Dieser stellt u. a. eine berufliche Chance für SpitzensportlerInnen dar, die sich aus dem Spitzensport zurückziehen, jedoch generell weiter im Sportbereich tätig sein wollen. Zu den möglichen Arbeitsbereichen zählen etwa Verwaltungsabteilungen in Verbänden oder Fitnessclubs. Auf der Tertiärebene wird ab Frühjahr 2006 die FH-Ausbildung »FitnessökonomIn« der Berufsakademie mit Sitz in Saarbrücken, die mit einem Bachelor abgeschlossen wird, nach Österreich importiert. Österreichische Dependance ist der Manhattan-Fitnessbetrieb in Brunn am Gebirge, wo Präsenzphasen sowie Praktika des Fernstudiums abgehalten werden sollen. AbsolventInnen können etwa in der Leitung eines Sportbetriebes oder einer Thermenanlage beschäftigt werden. Der Bedarf für solche AbsolventInnen ist gegeben – dem Fachverband Freizeitbetriebe unterstehen derzeit etwa 15.000 UnternehmerInnen, die Tendenz ist steigend. Weitere potentielle Beschäftigungsmöglichkeiten für SportabsolventInnen bzw. SportwissenschaftlerInnen bietet der Präventionsbereich, den andere Berufsbilder bis dato nur hinsichtlich einzelner Aspekte abdecken.

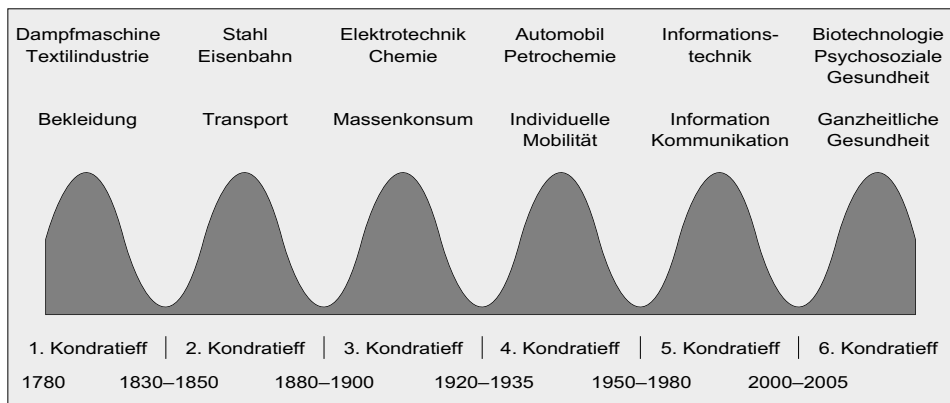
Leo A. Nefiodow

Der Gesundheitsmarkt – Wachstumslokomotive des 21. Jahrhunderts

1 Schwankungen und Zyklen in der Marktwirtschaft

Die Marktwirtschaft kennt keinen gleichförmigen Verlauf, vielmehr wechseln Aufschwung und Abschwung, Konjunktur und Rezession einander regelmäßig ab. Kurze und mittlere Wirtschaftsschwankungen mit einer Dauer von drei bis elf Jahren sind aus der Erfahrung allgemein bekannt. In der Marktwirtschaft treten aber auch lange Schwankungen mit einer Periode von 40 bis 60 Jahren auf. Sie werden Kondratieffzyklen genannt. Auslöser dieser »Langen Wellen« der Konjunktur sind bahnbrechende Erfindungen, die sogenannten »Basisinnovationen« (siehe Abbildung).

Abbildung: Die »Langen Wellen« der Konjunktur, ihre Basisinnovationen und deren wichtigste Anwendungsfelder



Quelle: Leo A. Nefiodow (2001): Der sechste Kondratieff, St. Augustin

2 Die bisherigen Kondratieffzyklen

Seit dem späten 18. Jahrhundert haben fünf Kondratieffzyklen stattgefunden. Der erste dieser Langzyklen wurde durch die Erfindung der Dampfmaschine und deren Anwendung – insbesondere in der Textilindustrie – ausgelöst. Der zweite Kondratieffzyklus war die große Zeit des Stahls. Der dritte Kondratieffzyklus kam durch die elektrotechnische und chemische Industrie zustande. Es war der erste Langzyklus, der von der praktischen Anwendung wissenschaftlicher

Erkenntnisse profitierte. Die Basisinnovationen des vierten Kondratieffzyklus waren die Petrochemie und das Automobil. Sie brachten den Massenverkehr auf der Straße und in der Luft und markierten zugleich den Höhepunkt der Industriegesellschaft. Seit den frühen 1950er Jahren befindet sich die Weltwirtschaft im fünften Kondratieffzyklus, der seine Antriebsenergie aus der Entwicklung und Verwertung der Informationstechnik bezieht.

Kondratieffzyklen sind nicht nur »Lange Wellen« der Konjunktur, sie sind Reorganisationsprozesse der ganzen Gesellschaft. Im vierten Kondratieffzyklus z. B. wachsen die Automobilhersteller zu Weltkonzernen heran, und die gesamte Gesellschaft organisiert sich neu, um das Nutzungspotential des Autos zu erschließen. Für die Stahlindustrie und Mineralölwirtschaft sind die Automobilhersteller die wichtigsten Kunden. Die Bauwirtschaft profitiert vom Bau von Straßen, Autobahnen, Brücken und Garagen, die Banken profitieren von den Krediten, die sie an Hersteller und KäuferInnen vergeben, die Versicherungen profitieren von der Kfz-Versicherung, der Tourismus von der Mobilität, die das Auto ermöglicht. Ebenso sind der gesamte Handel, das moderne Transportwesen, die Fahrschulen, Tankstellen, Automobilclubs und Autokinos Nutznießer dieser Entwicklung. Ein neues Rechtssystem, nämlich das Verkehrsrecht, mußte geschaffen werden, um den geordneten Umgang mit Kraftfahrzeugen zu gewährleisten. Und wenn Autos genutzt werden, kommt es zu Unfällen – um diese zu regulieren, braucht man Sachverständige, Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen, RichterInnen sowie Reparaturwerkstätten. Das Auto war Voraussetzung für den fünften Kondratieffzyklus, denn ohne ein flexibles Transportmittel könnten die Millionen von PCs, Druckern, Bildschirmen usw. gar nicht in die Haushalte, Fabriken und Büros transportiert werden.

3 Wachstumsreserve »Gesundheit«

Nachdem der größte Teil des Nutzungspotentials des fünften Kondratieffzyklus zur letzten Jahrhundertwende erschlossen ist, nähert sich dieser Langzyklus rapide seinem Ende. Parallel zum Auslaufen des fünften hat der sechste Kondratieffzyklus begonnen. Eine genaue Analyse zeigt, daß der Gesundheitssektor der Träger des nächsten Langzyklus sein wird. Basisinnovationen werden die Produkte und Dienstleistungen rund um die psychosoziale Gesundheit und die moderne Biotechnologie sein (siehe Abbildung). Während die Biotechnologie schwerpunktmäßig den Umgang mit körperlicher Gesundheit revolutionieren wird, sollen mit der psychosozialen Gesundheit die bisher wenig erforschten inneren Informationsprozesse im Menschen, das weite Feld der seelischen und sozialen Potentiale besser verstanden und erschlossen werden.

Kann der Gesundheitssektor in Zukunft die Rolle einer Lokomotive für Wachstum und Beschäftigung übernehmen? Krankheitskosten gelten ja normalerweise als etwas Negatives, als Kostenfaktor, den man möglichst niedrig halten möchte. Auf den ersten Blick kann man durchaus bezweifeln, daß der Gesundheitssektor sich zu einem bedeutenden Wachstumsmotor entwickeln wird, denn lange Phasen der Prosperität wurden bisher von »harten« Technologien getragen, so etwa Dampfmaschine, Eisenbahn, Automobil, Informationstechnik (siehe Abbil-

dung). Wie kann ein »weicher«, also ein biologischer, psychischer und sozialer Faktor Träger eines neuen Wachstumszyklus werden?

Hier muß an die Ergebnisse der modernen Wachstumstheorien erinnert werden. Die wichtigsten Quellen des Wirtschaftswachstums sind nicht Maschinen, Waren, Technologien, Dienstleistungen, nicht Menschenmassen und auch nicht Kapital. Der wichtigste Faktor sind Produktivitätsfortschritte. Dieser dritte Faktor (neben Arbeit und Kapital) wird durch eine neue oder verbesserte Kompetenz bestimmt. In der Industriegesellschaft wie auch noch zu Beginn des fünften Kondratieffzyklus spielte kognitive Kompetenz (z. B. logisches-systematisches Denken und eine gute Fachausbildung) eine zentrale Rolle.

Mit dem nächsten Langzyklus, also dem sechsten Kondratieffzyklus, wird es zu einer grundlegenden Veränderung in den produktivitätsbestimmenden Kompetenzen und Wettbewerbsfaktoren kommen. Technologie z. B. ist weltweit verfügbar und bringt in der Konkurrenz der ökonomisch entwickelten Ländern keinen relevanten Vorsprung mehr. Auch der Zugriff auf Kapital schafft keine relevanten Vorteile mehr, da die Börsen der Welt ab einer bestimmten Größe jeder Firma zur Verfügung stehen. Und auch Forschung, Entwicklung, Fachwissen und Organisation – und das ist das Neue – bringen im Wettbewerb immer weniger komparative Vorteile, weil sie sich im Zuge der Globalisierung weltweit angleichen.

4 Die Wertschöpfungskette »Gesundheit«

Übersicht: Gesundheitswesen im Umbruch

Das herkömmliche Gesundheitswesen

- Medizintechnik;
- Pharmaindustrie;
- Ernährungsindustrie;
- Krankendienste: Ärzte und Ärztinnen, HeilpraktikerInnen, Krankenhäuser, Krankenkassen, Krankenversicherungen, Apotheken, öffentlicher Gesundheitsdienst, Pflegeeinrichtungen;
- Kurbetriebe/Sanatorien;
- Gesundheitsdienste im betriebsinternen Bereich: Gesundheit als Wettbewerbsfaktor, Aus- und Weiterbildung (z. B. in sozialer Kompetenz), Personalentwicklung, Gesundheitsmanagement;
- Sonstiges (gesundheitsorientiert): HandwerkerInnen (z. B. orthopädische Produkte), Sportartikel und Sportanlagen, Fitnessstudios, Verlage mit Spezialsortiment, Spezial-Software).

Der neu aufkommende Gesundheitssektor

- Biotechnologie;
- Umweltschutz (überwiegend);
- Naturheilverfahren, Naturwaren, Naturkost;
- Komplementäre/alternative Medizin: z. B. Homöopathie, klassische Akupunktur, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Kinesiologie, Bioresonanz, Magnetfeldtherapien;
- Wellness/Fitness, Gesundheitstourismus;
- Sinne (Farbe, Geruch, Musik), Architektur (innen, außen), Baustoffe, Materialien, Textilien, Bekleidung;
- Eigenmedikation und Eigenbehandlung: Beteiligung der Krankheitsverursacher, zunehmende Eigenbehandlung;
- Psychologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Psychotherapien;
- Religion/Spiritualität.

Quelle: Leo A. Nefiodow (2001): Der sechste Kondratieff, St. Augustin

Was die Unternehmen und Volkswirtschaften im Wettbewerb der Zukunft vor allem unterscheiden wird, ist die Gesundheit ihrer Menschen und die Qualität ihres Gesundheitswesens, und zwar ganzheitlich gesehen: körperlich, seelisch, geistig, sozial und ökologisch.

5 Gesundheit – Der neue Megamarkt des 21. Jahrhunderts

Das herkömmliche Gesundheitswesen (siehe Übersicht zuvor) ist inzwischen jener Bereich, der die meisten vollwertigen und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze schafft. Das gibt ihm eine herausragende Stellung bei der Lösung der Massenarbeitslosigkeit. Es ist auch der Bereich, der die größten Zuwächse an Forschungsmitteln aufweist; das verschafft ihm eine herausragende Stellung für die Erschließung neuer Märkte und die Lösung gesellschaftlicher Probleme.

Aber der herkömmliche Gesundheitssektor kann in seiner derzeitigen Struktur kein Träger des sechsten Kondratieffzyklus sein. Er ist mit zu vielen internen Problemen belastet: starke innovationshemmende Partikularinteressen, unzureichendes Gesundheitswissen, zuviel Bürokratie, zuviel Verschwendung von Ressourcen, zuwenig Aufklärung und Prävention. Das herkömmliche Gesundheitswesen ist darauf fokussiert, mit Hilfe von Naturwissenschaft, Mechanik und Technik Krankheiten zu erforschen, zu diagnostizieren, zu behandeln und zu verwalten. Behandelt werden vor allem Symptome, weniger die Krankheitsursachen. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist die einseitige Ausrichtung auf Krankheiten für die Gesellschaft insgesamt teuer und schädlich, weil dadurch die meisten Akteure finanziell auf eine ausreichende Zahl von Kranken und Krankheiten angewiesen bleiben und kein wirkliches Interesse an einer gesunden Bevölkerung haben können. So zynisch es klingt: Wachstum im derzeitigen »Gesundheitswesen« kann praktisch nur stattfinden, wenn es noch mehr Kranke, noch mehr Krankheiten und noch mehr (vermeidbare) Kosten gibt.

Und die Zahl der Erkrankungen nimmt seit Jahrzehnten ständig zu, bedingt zum Teil durch das Älterwerden der Menschen, vor allem aber durch den modernen Lebens-, Arbeits- und Ernährungsstil. Jeder vierte Jugendliche in Europa leidet unter Allergien, in zehn Jahren soll es jeder zweite sein. Asthma unter Jugendlichen hat in den USA im Zeitraum von 1980 bis 1994 um 75 Prozent zugenommen. Die Zahl der DiabetikerInnen wird sich in den nächsten zehn Jahren weltweit verdoppeln. Den wachsenden Kosten im Gesundheitswesen kann nicht mit einem Ausbau des derzeitigen kurativen Therapieangebotes oder durch die Verlagerung der Kosten auf die PatientInnen wirksam begegnet werden.

Im Aufbau eines Gesundheitssektors parallel zum derzeitigen Krankheitssektor schlummern die größten Produktivitäts- und Wachstumsreserven. Um diesen neuen Sektor aufzubauen, werden neue Konzepte, Strategien, Medikamente und Therapien benötigt, die nicht auf die Reparatur von Krankheiten abstellen, sondern auf die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit ausgerichtet sind und den Menschen ganzheitlich ernst nehmen.

Helmut Dornmayr

Jobmotor »Gesundheit und Sport«: Welchen Treibstoff braucht er? Analysen zu Ausbildung, Berufsausübung und Finanzierung in Österreich

1 Ausgangslage

Gesundheit und Sport sind tatsächlich Bereiche mit hohem Beschäftigungspotential. Insbesondere in der Altenpflege und Altenbetreuung liegen aufgrund mehrerer Faktoren¹ enorme Wachstumspotentiale:

- Starke Zunahme älterer Personen: Alleine die Zahl der Über-80jährigen in Österreich wird sich zwischen 2001 und 2050 verdreifachen (siehe Grafik 1). Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von unter vier Prozent auf über elf Prozent wachsen.
- Steigende Ansprüche an eine menschen- und altersgerechte Versorgung.
- (Drastischer) Rückgang der familiären Pflegekapazitäten.

Vor allem der Aspekt des drastischen Rückganges der familiären Pflegekapazitäten wird bei der Prognose des zukünftigen Pflegebedarfes häufig unterschätzt. Bedingt durch eine stark sinkende Zahl von Kindern erfolgt insgesamt eine massive Reduktion der Zahl von Familienangehörigen, da weniger Kinder einer Generation z. B. auch weniger Geschwister in der nächsten Generation implizieren. Zudem werden die – weniger gewordenen – Familienangehörigen hinsichtlich ihres Wohnortes immer mobiler, und sie werden vermutlich zukünftig für familiäre Pflegedienstleistungen auch aus Gründen der räumlichen Erreichbarkeit weniger verfügbar sein. Eine weitere Rolle im Zusammenhang mit dem erwartbaren Rückgang familiärer Pflegekapazitäten spielt auch die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen, die derzeit den Großteil der innerfamiliären Pflegedienstleistungen erbringen. Nicht zuletzt bewirken auch Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen (abnehmende Zahl von Mehr-Generationen-Haushalten, steigende Scheidungsraten etc.) schwächere familiäre Netze.

Wenn nun aber bedacht wird, daß rund 80 Prozent der gesamten (Langzeit-)Pflegedienstleistungen von nahen Angehörigen (meist von Frauen) erbracht werden,² lassen sich die dra-

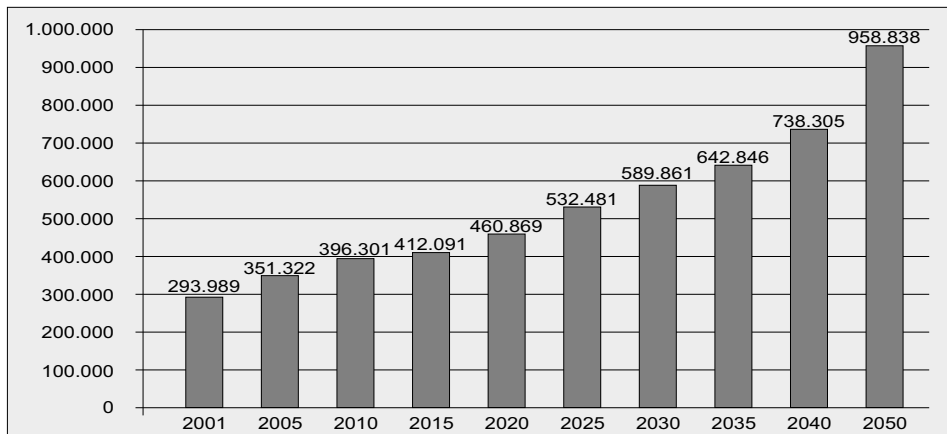
1 Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1997 (Kurzfassung), Band 2, Seite 31.

2 Vgl. Badelt, Ch./Holzmann-Jenkins, A./Matul, Ch./Österle, A. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Wien.

matischen Auswirkungen des Rückganges familiärer Pflegekapazitäten auf den zukünftigen Bedarf an professionellem Pflegepersonal erahnen.

Dabei sind alleine die eingangs erwähnten demographischen Veränderungen, die aus der Zunahme älterer Personen resultieren, bereits sehr beeindruckend. Beispielsweise wird laut der Bevölkerungsvorausschätzung von Statistik Austria die Zahl der Über-80jährigen von knapp 300.000 Personen im Jahr 2001 auf beinahe 1.000.000 Personen im Jahr 2050 anwachsen (vgl. Grafik 1).

Grafik 1: Zahl der Über-80jährigen in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsvorausschätzung aus 2003; ibw-Berechnungen

Neben den demographischen Entwicklungen führt auch ein verändertes Gesundheitsbewußtsein zu einem steigenden Bedarf an Dienstleistungen in den Bereichen von Gesundheit und Sport. In dessen Mittelpunkt steht die zunehmende Bedeutung der Thematik »Lebensqualität« und die Erhaltung dieser Lebensqualität über einen (deutlich verlängerten) Lebenszeitraum (»Prävention«). Die zunehmende Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen in Österreich rückt daher die unmittelbar daran anschließenden Fragen nach der Qualität und den Inhalten dieses Lebens in den Vordergrund.

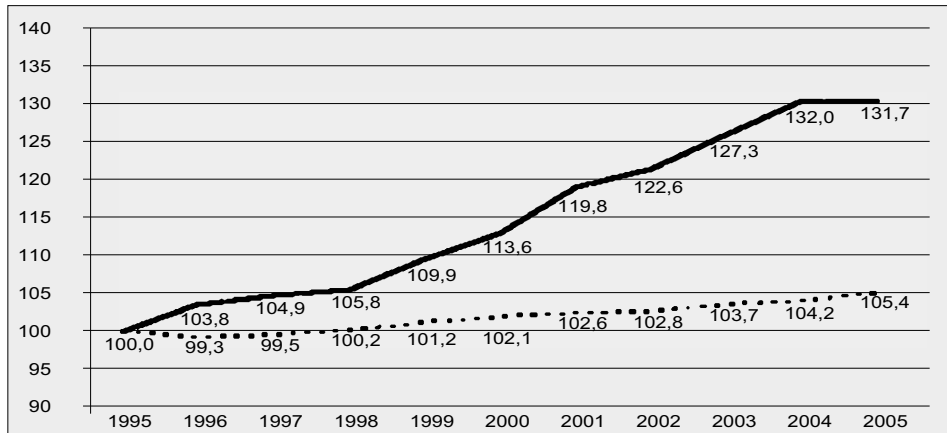
Dieser Wertewandel ist auch in nachweisbarem Maße verhaltensrelevant. Selbst das alltägliche Gesundheitsverhalten der Bevölkerung verändert sich, dies zwar langsam, aber kontinuierlich und nachhaltig. Das Mikrozensus-Sonderprogramm vom September 1999 (Quelle: Statistik Austria) zeigt, daß nur mehr 29 Prozent der Personen ab 15 Jahren keine gezielten Aktivitäten zur Förderung ihrer Gesundheit bzw. zur Krankheitsvorbeugung setzen. Dieser Anteil hat sich im Zeitraum 1991–1999 um (weitere) rund vier Prozent verringert.

Als die häufigsten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erweisen sich gesundheitsbewußte Ernährung und körperliche Aktivitäten.

Der Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe ist schon jetzt einer der zentralen Wachstumssektoren am österreichischen Arbeitsmarkt. Die Entwicklung der unselbständig Beschäf-

tigten zeigt dies deutlich. Im Zeitraum 1995–2005 ist die Zahl der Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse »Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen« um beinahe 32 Prozent gestiegen, die Gesamtbeschäftigung gerade einmal um fünf Prozent.³

**Grafik 2: Unselbständig Beschäftigte (Index; 1995 = 100) –
Wirtschaftsklasse »Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen«
im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung (Jahresdurchschnitt)**



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; ibw-Berechnungen

Neben der Gruppe der unselbständig Beschäftigten ist vor allem auch auf die vermutlich noch stärker wachsende Anzahl der Selbständigen im Bereich von Gesundheit und Sport zu verweisen. Das Spektrum der Tätigkeiten reicht hier von Beratung über Massage, Bioenergetik etc. bis zu den verschiedensten Sport- und WellnesstrainerInnen (z. B. Aerobic, Yoga, Tai-Chi).

In manchen dieser Berufsgruppen hat sich die Zahl der Selbständigen seit 1998 sogar mehr als verdreifacht.⁴

2 Bremsen für den Jobmotor

Gleichzeitig gibt es aber auch eine Reihe von Problemen, die schon derzeit und noch stärker zukünftig die optimale Ausschöpfung des gesamten Beschäftigungs- und Wachstumspotentials in Gesundheit und Sport hemmen:

³ Allerdings ist der rasante Anstieg im Jahr 2005 zumindest kurzfristig zum Erliegen gekommen.

⁴ Näheres dazu in: Dornmayr, H. / Stampfl, C. (2003): Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe – Trends zu Ausbildung und Berufsausübung in Österreich, ibw-Schriftenreihe Nr. 125, Wien

2.1 Probleme im Ausbildungsbereich

- Mangel an Ausbildungsplätzen und AusbildungsabsolventInnen – vor allem in höherqualifizierten Bereichen (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, PhysiotherapeutInnen etc.) und mit starken regionalen Unterschieden. Als wesentliche Ursache kann hierfür die Überforderung der Krankenanstalten als de facto alleinige Ausbildungsstätten, die auch den Bedarf der Alten- und Pflegeheime, Kuranstalten etc. abdecken sollen, betrachtet werden.
- Geringe Attraktivität vieler Gesundheits- und Sozialberufe durch mangelnde Durchlässigkeit und eine zu geringe Integration in das Regelausbildungssystem (z. B. als BHS mit Matura).
- Fehlende Ausbildungsangebote für 15- bis 17jährige im Gesundheits- und Sozialwesen: Die Folge sind Überbrückungsschulbesuche in anderen Schultypen, Wartezeiten, irreversible (weil sehr späte) Ausbildungsabbrüche bei Erkennen von falschen Ausbildungswahlentscheidungen und Jugendliche, die andere Ausbildungswege wählen, weil sie nicht bis zum 17. Lebensjahr auf einen möglichen Ausbildungsplatz (z. B. als Diplomierter/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger) warten wollen, ohne zu wissen, ob sie dann überhaupt einen bekommen.
- Bundesländerspezifische Ausbildungsregelungen der Altenbetreuungs- (trotz 15a-Vereinbarung) und Sportberufe (z. B. LandesschullehrerInnen).

2.2 Probleme im Bereich der Berufsausübung

Laut gängiger Rechtsinterpretation⁵ besteht in Österreich für den boomenden Bereich der nicht-ärztlichen AlternativmedizinerInnen, (Wellness-)TrainerInnen, SportwissenschaftlerInnen etc. ein Verbot, mit Kranken zu arbeiten. Die tatsächliche Umsetzung dieser realitätsfernen Ausgangsbasis würde de facto einem Berufsausübungsverbot nahe kommen. In der Praxis fördert diese Rechtslage/ Rechtsinterpretation aber Schwarzarbeit und verhindert Qualitätssicherung und Rechtssicherheit.

2.3 Probleme im Bereich der Finanzierung

Insgesamt steht der gesamte Bereich von Gesundheit, Sport und Altenpflege vor großen Herausforderungen im Bereich der Finanzierung. Lediglich als ein Beispiel (von vielen) für Handlungsbedarf, aber auch Handlungspotential kann die Thematik des Pflegegeldes (für pflegebedürftige SeniorInnen) herausgegriffen werden. Das als reine Geldleistung und ohne Zweckbindung konzipierte Pflegegeld reicht für jene, die tatsächlich Pflegedienstleistungen zukaufen müssen, häufig nicht aus. Die Folge ist nicht selten »Schwarzarbeit« von (zu großen Teilen ausländischem) Pflegepersonal. Bei jenen, die keine Pflegedienstleistungen zukaufen, ist hingegen sehr oft eine

⁵ Näheres dazu in: Dornmayr, H./Stampfl, C. (2003): Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe – Trends zu Ausbildung und Berufsausübung in Österreich, ibw-Schriftenreihe Nr. 125, Wien.

Überforderung der pflegenden Angehörigen (meist Frauen) die Konsequenz. Eine Lösung dieser Problematik könnte in einer (möglichst auf Freiwilligkeit beruhenden) teilweisen Substituierung von Geld- durch Sachleistungen (z. B. Pflegegutscheine) liegen. Damit könnten nicht nur pflegende Angehörige entlastet werden, es könnten auch vermehrt Qualitätssicherung, Zweckbestimmung und die Reduktion von Schwarzarbeit sichergestellt werden. Gleichzeitig könnten enorme Beschäftigungseffekte und hohe positive fiskalische Effekte (bedingt durch zusätzliche direkte und indirekte Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Einsparungen an Transferleistungen für Arbeitslose etc.) erzielt werden. Erste Modellrechnungen⁶ zeigen, daß durch Sachleistungen substituierte Geldleistungen in diesem Bereich unter Wahrung der Kostenneutralität für die öffentlichen Haushalte mindestens verdreifacht werden könnten. Damit wäre für einen wesentlich größeren Teil der Pflegebedürftigen die legale Beschäftigung von Pflegekräften möglich. Gleichzeitig wären die damit initiierten Beschäftigungseffekte beträchtlich. Alleine wenn es gelänge, zehn Prozent bisheriger (nicht als legale Pflegedienstleistungen »konsumierte«) Geldleistungen im Bereich des Pflegegeldes durch Sachleistungen in dreifacher Höhe zu substituieren, könnten damit mindestens 10.000 zusätzliche Vollzeit Arbeitsplätze geschaffen werden.

3 Treibstoff für den Jobmotor (Modell einer Ausbildungsreform)

Als Modell zur Lösung oben genannter Probleme im Bereich der Ausbildung und Berufsausübung wird im folgenden ein Ausbildungsreformmodell vorgestellt, das einen substantiellen Beitrag zur Verringerung, wenn nicht sogar Beseitigung der beschriebenen Problematiken im Bereich Ausbildung und Berufsausübung leisten könnte.

3.1 Ziele und Inhalte einer Ausbildungsreform

- Etablierung »regulärer« Berufsbildender Mittlerer und Höherer Schulen (BMHS) im Gesundheitswesen⁷ in Form von Fachschulen und Höheren Lehranstalten für Gesundheitsbe-

6 Vgl. Blumberger, W./Dornmayr, H. (1998): Dienstleistungen für private Haushalte – Möglichkeiten zur Schaffung zusätzlicher Beschäftigung, AMS studie Nr. 5, Wien.

7 Gelegentlich wird auch bereits – unter Verweis auf internationale Beispiele und Trends – eine Akademisierung der Ausbildung zum/zur »Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger« in Österreich gefordert. Dies erschiene aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wo mit dieser Ausbildung noch nicht einmal die Matura verbunden ist, als zu großer Schritt und Systembruch. Denn damit wäre zum einen die Durchlässigkeit des Ausbildungssystems nicht mehr gewährleistet, da beispielsweise PflegehelferInnen (ohne Matura!) der Studienzugang verwehrt bliebe. Außerdem wäre ein massiver Verlust an interessierten Jugendlichen zu befürchten, wenn diese Ausbildung erst nach der Matura begonnen werden dürfte, und der Mangel an diplomiertem Pflegepersonal würde sich vermutlich nicht nur in der Umstellungsphase drastisch verschärfen. Letzten Endes gibt es diesbezüglich auch Bedenken aus der Praxis, daß es unrealistisch wäre, daß bei gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen und Strukturen die (gehobene) Pflege ausschließlich von AkademikerInnen durchgeführt werden könnte.

rufe. Die BHS (inkl. Matura und damit Studienberechtigung!) bauen dabei jeweils auf einer BMS auf, was eine volle Durchlässigkeit gewährleisten soll. Für die fachgerechte Implementierung der BMHS wird ein 3-Säulen-Modell vorgeschlagen: Medizinisch-technische Dienste, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Altenpflege. Selbstverständlich soll die Ausbildung auch weiterhin in engem Kontakt (d. h. an oder in Verbindung) mit Krankenanstalten und/oder Altenbetreuungseinrichtungen erfolgen und hohe Praktikumsanteile (auch bereits im 1. Ausbildungsjahr) beinhalten. Weitgehend idente Berufsberechtigungen von AbsolventInnen der Säule »Gesundheits- und Krankenpflege« sowie »Gesundheits- und Altenpflege« sollen eine hohe Durchlässigkeit und Transferierbarkeit von Qualifikationen gewährleisten. Unterschiede sollen nur hinsichtlich Ausbildungsorten (Krankenanstalten versus BMHS für Gesundheits- und Altenpflege) und Ausbildungsschwerpunkten bestehen. Für die Höheren Lehranstalten für Gesundheitsberufe im Bereich »Gesundheits- und Krankenpflege« (2. Säule) ist in der 4. und 5. Schulstufe eine Schwerpunktsetzung (fünf Ausbildungsrichtungen) vorgesehen, die bisherigen Sonderausbildungen gemäß GuKG entspricht (siehe Zusammenfassung). Mit der Etablierung einer dritten und eigenen Säule für »Gesundheits- und Altenpflege« soll sichergestellt werden, daß für die Betreuung älterer Personen aktuell und vor allem auch zukünftig ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht – unabhängig von der Ausbildungsleistung der Krankenanstalten. Zudem ist dadurch sichergestellt, daß auch in der Altenbetreuung die Ausbildung nach bundesweit einheitlichen Standards erfolgt.

- Durch die Etablierung von BMHS ist zudem eine Altersgrenze für die Ausbildungen (derzeit ist z. B. ein Mindestalter von 17 Jahren für die Ausbildung zur/zum PflegehelferIn bzw. die Absolvierung der 10. Schulstufe für die Ausbildung zur/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger erforderlich) nicht mehr vorgesehen. Gerade AbsolventInnen einer BHS, von denen im späteren Beruf hohe Eigenverantwortlichkeit verlangt wird, sind ohnehin mindestens 19 Jahre alt. Damit sollen »Leerzeiten« von Jugendlichen und Fehlallokationen im Bereich der BMHS vermieden werden. Zudem soll es Jugendlichen frühzeitig ermöglicht werden, ihre Eignung für diese Berufe zu erkennen und zu überprüfen. Selbstverständlich können und dürfen diese Auszubildenden in ihren Praktika aber – wie auch bisher – nicht als »normale« Pflegekräfte eingesetzt werden, sondern es geht wie in jeder Ausbildung darum, den Arbeitsalltag der ausgebildeten Fachkräfte kennenzulernen und im besonderen auch darum, den Pflegebedürftigen etwas zur Verfügung zu stellen, das im »normalen« Arbeitsalltag oft zu kurz kommen muß: Zeit und Gesprächsbereitschaft.
- Teil der Strategie zur Etablierung eines »regulären« BMHS-Sektors im Gesundheitswesen ist auch die Etablierung einer kompletten (BMS + BHS) Ausbildungsschiene im medizinisch-technischen Bereich. Davon weitgehend unberührt blieben die derzeitigen Akademien bzw. Fachhochschulen für den Medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst (Berufsbezeichnung seit 2005: Biomedizinische AnalytikerInnen). Diese Konzeption ermöglicht daher einen unmittelbaren und aufbauenden Anschluß (inkl. Matura) für die derzeitigen Schulen für den Medizinisch-technischen Fachdienst.

- Schaffung neuer Lehrberufe: Dies ist zum einen notwendig, um den hohen zukünftigen Ausbildungsbedarf im Bereich der Altenpflege zusätzlich auch mithilfe eines dualen Ausbildungsangebotes decken zu können (z. B. Lehrberuf »Pflegehilfe und Altenbetreuung«), und zum anderen betrifft dies auch Bereiche, die derzeit nur über ungenügende Ausbildungsregelungen verfügen, wie beispielsweise ZahnarzhelferInnen (derzeit nur kollektivvertraglich geregelt) und Fachkräfte für medizinische Verwaltung, in deren Berufsbild auch die derzeit nur als Sanitätshilfsdienst geregelte Ausbildung zum/zur Ordinationsgehilfen/Ordinationsgehilfin integriert sein müßte.
- Weiters ist die Schaffung einer Möglichkeit zu einer Art staatlichen HeilpraktikerInnenprüfung (eventuell ähnlich wie in Deutschland) anzustreben. Dies wäre eine wesentliche Erleichterung der Berufsausübung für AlternativmedizinerInnen, SportwissenschaftlerInnen, WellnesstrainerInnen etc. Der Inhalt dieser Prüfung sollte vor allem aus medizinischem Basiswissen bestehen. Die Absolvierung dieser Prüfung erlaubt explizit die Behandlung von Kranken im Rahmen der jeweiligen fachlichen Kompetenz. Beispiele: SportwissenschaftlerInnen, die nach Sportverletzungen Regeneration und Rehabilitation unterstützen. WellnesstrainerInnen, die bei Verspannungszuständen Übungen vorzeigen. Reiki-PraktikerInnen, die bei Unausgeglichheiten und Energieblockaden energetische Behandlungen durchführen. Die jeweilige fachliche Kompetenz ist durch geeignete Nachweise (z. B. Zertifikate von Ausbildungseinrichtungen) zu belegen. Vorbereitungskurse für die staatliche HeilpraktikerInnenprüfung könnten von Erwachsenenbildungsträgern angeboten werden.
- Reguläre Universitätsstudien, so etwa »Gesundheits- und Pflegewissenschaften« (an mindestens drei Universitätsstandorten), sollen sowohl zur Ausbildung von Führungskräften von Krankenanstalten, Altenbetreuungseinrichtungen, mobilen Diensten, Kuranstalten etc. dienen als auch die Basis für eine professionalisierte wissenschaftliche Begleitforschung und die Bereitstellung von qualifiziertem Lehrpersonal für die BMHS bilden. Für die Qualifizierung von Führungskräften ist ein Bakkalaureatsstudium »Gesundheits- und Pflege-management« vorgesehen, das auch die bisherige »Sonderausbildung für Führungskräfte« gemäß §72 GuKG ersetzen soll. Ein Magisterstudium »Gesundheits- und Pflegewissenschaften« soll den wissenschaftlichen Nachwuchs für dieses expansive Tätigkeits- und Forschungsfeld sicherstellen. Zusätzlich ist eine Ausbildung in »Gesundheits- und Pflegepädagogik« (Eingangsvoraussetzung: Abschluß einer HLG bzw. vergleichbaren Ausbildung) erforderlich, welche die bisherige »Sonderausbildung für Lehraufgaben« gemäß §71 GuKG ersetzt und entweder als Universitätslehrgang oder auch als Bakkalaureats-, Magister- oder Diplomstudium angeboten werden könnte.
- Wie bereits teilweise in Umsetzung bzw. geplant sollten die derzeitigen Akademien (Physiotherapie, Ergotherapie, Diätendienst, Hebammen, Logopädie, Orthoptik, Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst) in Fachhochschulen umgewandelt werden.

3.2 Zusammenfassung der wesentlichsten Neuerungen

Berufsausbildungsreform im österreichischen Gesundheitswesen »ibw-Vision 2010«

Etablierung von Berufsbildenden Mittleren und Höheren Schulen (Fachschulen und Höhere Lehranstalten für Gesundheitsberufe) mittels 3-Säulen-Modell

1. Medizinisch-technische Dienste.
2. Gesundheits- und Krankenpflege
Schwerpunkte (d. h. in der 4. und 5. Schulstufe der BHS muß eines von fünf Wahlpflichtfächern gewählt werden):
 - Kinder- und Jugendlichenpflege (entspricht der bisherigen Sonderausbildung gem. § 66 GuKG).
 - Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (bisher §67 GuKG)
 - Intensivpflege (mit den Wahlpflichtfächern Anästhesie/Nierenersatztherapie) (bisher §68 GuKG).
 - Pflege im Operationsbereich (bisher §69 GuKG).
 - Krankenhaushygiene (bisher §70 GuKG).
3. Gesundheits- und Altenpflege
Die BMHS für »Gesundheits- und Krankenpflege« sowie »Gesundheits- und Altenpflege« führen zu (weitgehend) identen Berufsberechtigungen!

Neue Lehrberufe

1. Gesundheits- und Altenpflege (parallel zum BMHS-Angebot).
2. ZahnarzhelferInnen (bisher nur kollektivvertraglich geregelt).
3. Fachkraft für medizinische Verwaltung (inkl. der bisherigen OrdinationsgehilfInnen).

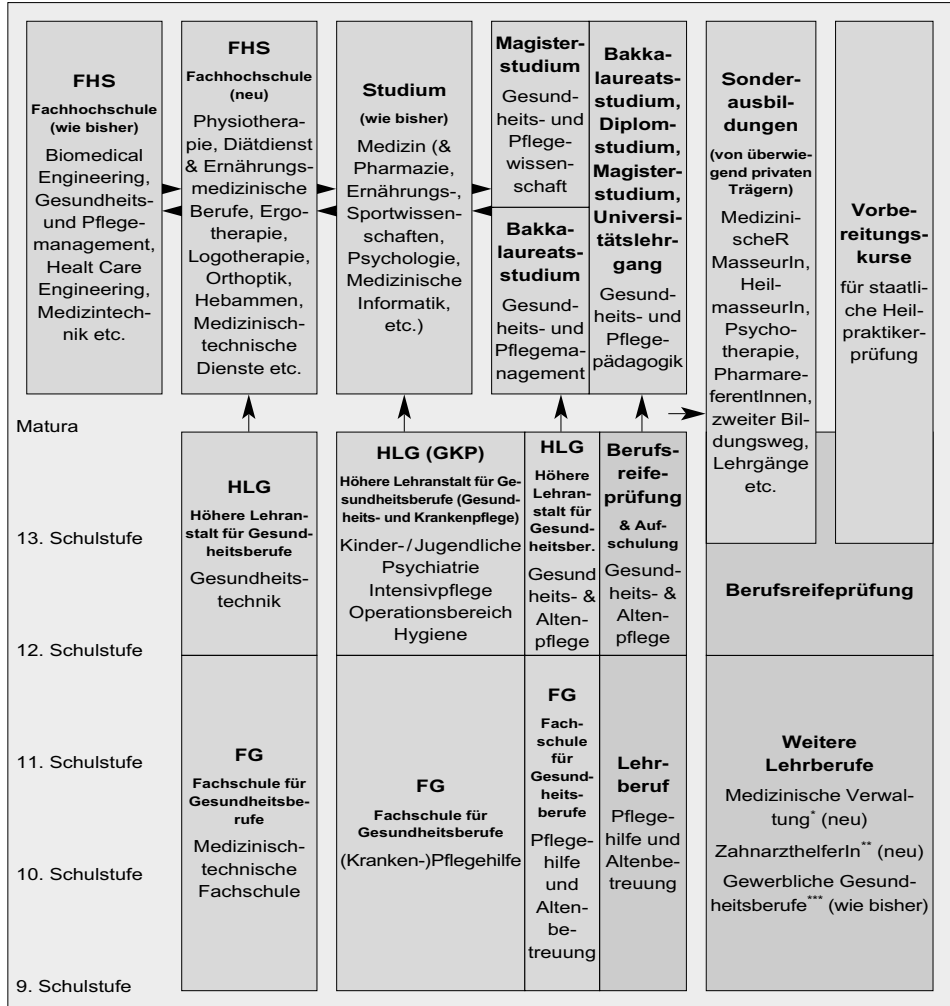
Universitätsstudien »Gesundheits- und Pflegewissenschaften«

1. Magisterstudium »Gesundheits- und Pflegewissenschaften«
2. Universitätslehrgang/Bachelor-/Magister-/Diplomstudium »Gesundheits- und Pflegepädagogik«.
(bisher §71 GuKG »Sonderausbildung für Lehraufgaben«).

Möglichkeit zu einer staatlichen HeilpraktikerInnenprüfung (eventuell ähnlich wie in Deutschland)

Das gesamte Modell der Ausbildung im österreichischen Gesundheitswesen könnte daher gemäß diesen als »ibw-Vision 2010« bezeichneten Überlegungen folgendermaßen aussehen:

Übersicht: Ausbildung im österreichischen Gesundheitswesen, »ibw-Vision 2010«



Abkürzungen und Erläuterungen:

MTLD = Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst

RTD = Radiologisch-technischer Dienst

* Darin sollte u. a. auch die derzeit in den Sanitätshilfsdiensten geregelte Ausbildung zum/zur Ordinationsgehilfen/Ordinationsgehilfin enthalten sein.

** Bisher nur kollektivvertraglich geregelte Ausbildung (Vereinbarung Ärztekammer und Gewerkschaft).

*** Zu den gewerblichen Gesundheitsberufen können gezählt werden: AugenoptikerIn (dreieinhalb Jahre), BandagistIn (drei Jahre), FitnessbetreuerIn (drei Jahre), Gewerbliche/r MasseurIn (zwei Jahre), HörgeräteakustikerIn (drei Jahre) Pharmazeutisch-kaufmännischeR AssistentIn (drei Jahre), OrthopädiemechanikerIn (dreieinhalb Jahre), OrthopädienschuhmacherIn (drei Jahre), ZahntechnikerIn (vier Jahre).

Werner Fischl

Die Anforderungen der betrieblichen Praxis an die Pflegeausbildung

In letzter Zeit werden die Anforderungen an die Pflegeausbildung – präziser formuliert: an die Grundausbildung für die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege – kontroversiell diskutiert. Vor dem Hintergrund der Diskussion zur »Professionalisierung der Pflege« stehen einander VerfechterInnen der Position, daß eine Ansiedlung der Pflegeausbildung im tertiären Bildungssektor unabdingbar sei, und VertreterInnen der Gegenposition gegenüber, die andere Reformen für zweckmäßiger halten.

Die VerfechterInnen einer Ansiedlung im tertiären Bildungssektor vertreten häufig eine Argumentation, die vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses herausstreicht, daß Österreich das einzige EU-Mitglied sei, welches die Ausbildung für die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege noch nicht im tertiären Bildungssektor angesiedelt hat und somit Schlußlicht in Europa sei. Konterkariert wird die Position dadurch, daß einzelne VertreterInnen dieser Position – zum Teil innerhalb derselben Wortmeldung – betonen, daß Österreich um die Qualität seiner Pflegeausbildung von vielen anderen europäischen Staaten beneidet wird.

In der Diskussion zu diesem Thema fällt auf, daß sie öffentlichkeitswirksam primär von VertreterInnen von Berufsverbänden, von VertreterInnen von (tertiären) Bildungseinrichtungen und von VertreterInnen der zuständigen Fachgewerkschaften geführt wird.

Der Verfasser möchte in diesem Beitrag die Gelegenheit nützen, den Standpunkt der betrieblichen Praxis als Personalleiter einer Management-Holding, die fünf Privatkliniken in insgesamt vier österreichischen Bundesländern betreibt, darzustellen. Es sei dazu noch angemerkt, daß der Verfasser nicht für sich in Anspruch nimmt, die Meinung der Personalverantwortlichen im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich zu vertreten. Weiters sei angemerkt, daß der Verfasser keiner medizinisch-pflegerischen Berufsgruppe angehört und somit keine wie auch immer gearteten berufspolitisch geprägten Interessen vertritt.

1 Aktuelle Problemfelder in der betrieblichen Praxis

1.1 Akquirierung junger Menschen für den Pflegeberuf

Die derzeit gültigen Rechtsvorschriften zur Pflegeausbildung sind durch zwei Aspekte geeignet, zahlreiche junge Menschen vom Schritt, mit einer Ausbildung in der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege zu beginnen, abzuhalten:

- Gemäß § 54 Abs. 1 Z. 3 GuKG kann die Pflegeausbildung erst nach erfolgreicher Absolvierung von zehn Schulstufen begonnen werden. Dadurch ergibt sich für jene Jugendlichen,

die nicht vor der Pflegeausbildung einen anderen Schultyp, der mit Matura abschließt (bzw. eine berufsbildende Fachschule) absolvieren möchten, die 10. Schulstufe zu überbrücken. Dies erfolgt in der Praxis so, daß beispielsweise ein Gymnasium – geplant und bewußt – nach der sechsten Klasse abgebrochen wird oder daß nach Hauptschule und Polytechnischem Lehrgang ein weiteres Jahr – womit auch immer – »totgeschlagen« wird. (Diese kurze Darstellung zeigt, daß das Problem mit der 10. Schulstufe eine Eintrittsbarriere darstellt.)

- Die Pflegeausbildung in der derzeitigen Form schließt nicht mit Matura ab. Somit bildet sie eine »Bildungssackgasse«, da jene PflegemitarbeiterInnen, die sich in einer späteren Lebensphase noch Ausbildungsgängen im tertiären Bildungssektor unterziehen wollen, zuvor noch eine Matura nachholen bzw. Studienberechtigungslehrgänge absolvieren müssen. Gespräche mit DirektorInnen von Pflegeschulen zeigen, daß insbesondere in Regionen mit einer hohen Dichte an Berufsbildenden Mittleren Schulen und Fachhochschulen zunehmend ein starkes Problem dabei auftritt, die ersten Klassen der Pflegeschulen mit motivierten SchülerInnen zur Gänze zu besetzen.

Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, daß durch die derzeitige Form der Pflegeausbildung nicht sichergestellt ist, daß alle jungen Menschen, die für sich den Pflegeberuf in Erwägung ziehen, auch tatsächlich eine einschlägige Ausbildung beginnen. Viele haben wohl das Gefühl, durch die Struktur der Pflegeausbildung in ihren weiteren Entwicklungschancen behindert zu sein.

1.2 Halten von PflegemitarbeiterInnen im Pflegeberuf

Einschlägige Statistiken zeigen, daß viele PflegemitarbeiterInnen nach abgeschlossener Ausbildung nur sehr kurz in ihrem erlernten Beruf tätig sind. Daraus ergeben sich kolportierte drei bis vier Jahre, die von der durchschnittlichen diplomierten Pflegeperson in ihrem Beruf verbracht werden (wobei sich für den Verfasser die Frage stellt, ob in diesen Statistiken das Phänomen des Wiedereinstieges nach der Familiengründung korrekt abgebildet ist).

Die großen körperlichen und emotionalen Belastungen, die der Pflegedienst in zahlreichen seiner Betätigungsfelder mit sich bringt (beispielhaft seien nur die Altenpflege sowie die onkologische Pflege herausgegriffen), sind Tatsachen, die man bei der Betrachtung der kurzen »Verweildauer« im Beruf natürlich nicht aus dem Blick verlieren darf. Dennoch fragt man sich angesichts des breiten Spektrums pflegerischer Tätigkeiten – von der Akutkrankeanstalt bis hin zur Pflegeeinrichtung, von der mobilen Hauskrankenpflege über die Gesundheitsförderung bis hin zur Rehabilitation – dann doch, warum häufig ein Ausstieg aus der Pflege insgesamt und nicht eine Umorientierung innerhalb des beruflichen Spektrums erfolgt. Die Erwerbsbiographien verschiedener Pflegepersonen zeigen, daß es im Laufe eines Berufslebens im Einzelfall sehr wohl den Ansatz gibt, Phasen der Tätigkeit in einem Akut-

spital Phasen im Langzeitpflegebereich folgen zu lassen. Von jenen Pflegepersonen, die einen solchen Wechsel bewußt angestrebt und umgesetzt haben, wird häufig zur Motivationslage angegeben, daß nach Jahren, in denen das komplexe arbeitsteilige Leistungsgeschehen in einem Akutspital als erfüllend erlebt wird, bewußt eine andere Arbeitssituation gesucht wurde. Der Langzeitpflegebereich wurde oft deshalb gewählt, da dort der Pflegedienst weit aus weniger als im Akutspital vom ärztlichen Dienst determiniert wird und somit autonomer gehandelt werden kann.

Die Tatsache, daß solche sektorübergreifenden Erwerbsbiographien nicht allzu häufig vorkommen, läßt den Schluß zu, daß in der Pflegeausbildung entsprechende Inhalte bzw. Sensibilisierungsprozesse nicht ausreichend Raum finden. Abseits der Sensibilisierung fehlen auch strukturierte horizontale Fortbildungsangebote, die auf einen Wechsel in ein anderes pflegerisches Betätigungsfeld vorbereiten.

1.3 Selbstverständnis bei der Ausübung des vollen Berufsbildes

Durch das GuKG wurde mit Geltung ab 1. Juli 1997 eine neue berufsrechtliche Grundlage für den Diplomierten Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Pflegehilfe geschaffen.

Für den diplomierten Pflegedienst wurde dahingehend ein Quantensprung erreicht, als insbesondere in den Bestimmungen der §§ 14 – 16 GuKG das Berufsbild um vieles deutlicher als im alten Krankenpflegegesetz definiert wurde. Durch die Gliederung in einen eigenverantwortlichen, einen mitverantwortlichen und einen interdisziplinären Tätigkeitsbereich (samt demonstrativer Aufzählung der dazugehörigen Tätigkeiten) ist es insbesondere auch gelungen, bestimmten (»medizinischen«) Tätigkeiten (z. B. Verabreichung intravenöser Injektionen), die traditionellerweise u. a. auch von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt wurden, eine vertiefte berufsrechtliche Legitimation zu geben und damit den Pflegedienst hinsichtlich dieser Tätigkeiten aus dem juristischen Graubereich zu holen.

Es wäre nun zu erwarten gewesen, daß die Pflege als Berufsstand diese Legitimation als Ausgangspunkt eines neuen fachlichen Selbstverständnisses freudig akzeptiert. Weiters hätte man annehmen können, daß die neuen Inhalte in der Pflegeausbildung so verankert und umgesetzt werden, daß Gesundheits- und Krankenpflegekräfte auf Diplomebene nach ihrer Ausbildung alle Inhalte ihres Berufsbildes »kennen und können« und diese auch – entsprechend den organisatorischen Regelungen im Betrieb ihres Arbeitgebers – umsetzen.

In der betrieblichen Praxis zeigt sich, daß fast zehn Jahre später die Realität noch immer hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist. Die Fragestellung, welche Berufsgruppe in einer Krankenanstalt bestimmte Tätigkeiten ausübt, für die berufsrechtlich sowohl der ärztliche als auch der (diplomierte) pflegerische Dienst ermächtigt sind, wird seitens der Pflege häufig in berufsrechtlichen Kategorien diskutiert. Dabei wird hinsichtlich Themen wie dem schon ge-

nannten Beispiel der intravenösen Injektionen häufig ein sehr defensiver Standpunkt vertreten, wonach diese Tätigkeiten nur unter sehr restriktiven Bedingungen vom Pflegedienst ausgeübt werden dürften.

Im Hintergrund steht meist ein Konflikt um die Verteilung personeller Ressourcen, der aber nicht offen ausdiskutiert, sondern auf die berufsrechtliche Ebene gehoben wird.

Dies steht in der Wahrnehmung der anderen Berufsgruppen sowie von RechtsträgervertreterInnen in einem gewissen Widerspruch zu anderen Facetten des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege. Insbesondere die Pflegedokumentation, die bezüglich ihrer Inhalte in § 5 GuKG geregelt ist, wobei der Umfang der einzelnen Inhalte keinerlei gesetzliche Determinierung erfahren hat, wird von der Pflege offensichtlich auch als ein Werkzeug zur Darstellung der Professionalisierung der Pflege gesehen. Im Spannungsfeld zwischen dem Rückzug aus einzelnen Tätigkeiten einerseits und insbesondere einer vom ärztlichen Dienst wahrgenommenen »Überdokumentation« (dessen Wahrnehmung von den eigenen mitunter etwas zurückhaltenden Dokumentationsgewohnheiten determiniert wird) andererseits kommt es daher immer wieder zu wechselseitigem Unverständnis zwischen den Berufsgruppen. Hier scheint der Berufsstand insgesamt in einer noch nicht abgeschlossenen Orientierungsphase zu sein.

1.4 Selbstverständnis der Pflege gegenüber dem ärztlichen Dienst

Auf die Neustrukturierung des Berufsbildes im GuKG – inklusive der Implementierung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches – wurde schon weiter oben hingewiesen. In – bewußt oder unbewußt – falscher Auslegung des Begriffes »Eigenverantwortlichkeit« hat sich im Pflegedienst in den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten des GuKG eine Tendenz zur mitunter überdeutlichen Abgrenzung vom ärztlichen Dienst ergeben. Diese Abgrenzung ging so weit, daß zum Teil die Auffassung vertreten wurde, das ärztliche Personal hätte den nun eigenverantwortlichen Pflegepersonen »nichts anzuschaffen«. Eine juristische Bewertung dieses Verständnisses ist nicht Gegenstand dieses Beitrages. Es ist dazu anzumerken, daß derartige »klassenkämpferische« Zugänge nicht geeignet sind, die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen bei der Erbringung einer hochkomplexen Dienstleistung an den PatientInnen zu fördern. Insbesondere ist es wenig hilfreich, wenn bei AbsolventInnen von Pflegeschulen in diesem Zusammenhang ein Verständnis herrscht, das den Rückschluß zuläßt, daß in der Pflegeausbildung nicht dem Gemeinsamen, sondern mehr dem Trennenden Aufmerksamkeit geschenkt wird (dieser Gedanke, der mehrere Aspekte in der Pflegeausbildung anspricht, kann hier nicht weiter ausgeführt werden, um nicht den Rahmen dieses Beitrages zu sprengen).

2 Lösungsmöglichkeiten durch eine neu strukturierte Pflegeausbildung

Im Sinne einer strukturierten Diskussion der beschriebenen Themenfelder soll im folgenden überlegt werden, in welcher organisatorischen Form die Grundausbildung für diplomierte Pflegepersonen erfolgen soll. In einem zweiten Abschnitt sollen Überlegungen zu einer inhaltlichen Neuorientierung angestellt werden.

2.1 Formale Neustrukturierung – Maturaführende Pflegeschule versus Fachhochschule?

Während im Diskurs zur Pflegeausbildung völliger Konsens hinsichtlich des grundsätzlichen Reformbedarfes besteht, stehen sich bezüglich der wünschenswerten Strukturierung der Grundausbildung zur diplomierten Pflegeperson zwei Auffassungen gegenüber: Einerseits die ProponentInnen einer maturaführenden Pflegeschule, in die modulartig die Ausbildung zum/zur PflegehelferIn (sowie und/oder auch die Ausbildung zum/zur AltenfachbetreuerIn) integriert sein soll. Eine andere Position vertreten jene Personen, die die Grundausbildung zur diplomierten Pflegekraft im tertiären Bildungsbereich, insbesondere an Fachhochschulen, ansiedeln wollen.

Stellvertretend für den zweiten Standpunkt sollen hier Gruber/Kastner herausgegriffen werden. In ihrer Studie »Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule?« (2005), die sie im Auftrag des Fachhochschulrates erstellt haben, haben sie neben einer umfassenden Literaturanalyse auch noch elf ExpertInneninterviews durchgeführt. Zur Auswahl der InterviewpartnerInnen läßt sich aber kritisch anmerken, daß zum weitaus überwiegenden Teil VertreterInnen von einschlägigen Einrichtungen im tertiären Bildungsbereich befragt wurden. Nicht ein Interview wurde mit VertreterInnen »klassischer« Pflegeschulen geführt. Ebenso waren im Sample PflegedirektorInnen und Personalverantwortliche von Rechtsträgern nicht vorhanden, wodurch die »Nachfrageseite« des Arbeitsmarktes nicht adäquat erfaßt werden konnte.

In ihrem Resümee führen Gruber/Kastner folgende Argumente für eine Implementierung der Pflegeausbildung in der Fachhochschule an:

»In Österreich besteht ein hoher Druck zur Forcierung von akademischen Ausbildungen im Bereich von Gesundheit und Pflege. Dieser resultiert aus:

- den soziodemographischen Entwicklungen;
- den Veränderungen im Berufsfeld in Richtung Professionalisierung, Differenzierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung, Kompetenzänderung und Kompetenzausweitung;
- der Notwendigkeit zur erhöhten beruflichen Flexibilität;
- der Notwendigkeit einer »Normalisierung« des Ausbildungsweges durch Aufhebung von »Bildungssackgassen« und Erhöhung der Durchlässigkeit mit dem Ziel der Attraktivitätssteigerung des Berufsfeldes;

- dem »Zugzwang« durch eine derzeit diskutierte Etablierung der MTD-Ausbildung als FH-Studiengänge;
- der Verpflichtung Österreichs zur Umsetzung des Bologna-Prozesses;
- der Angleichung an internationale Ausbildungsstandards, die eindeutig in Richtung Höherqualifizierung und Akademisierung weisen.« (Gruber/Kastner, Seite 15)

Aus der Perspektive des Verfassers kann als einziger der genannten Motivationslagen vorbehaltlos dem Argument der »Bildungssackgasse« gefolgt werden – jedoch mit einem anderen Lösungsansatz. Wenn die Professionalisierung offensichtlich zwingend mit einer (Aus-)Differenzierung verbunden ist und hier die Fachhochschulen fördernd wirken sollen, ist dies nur bedingt zu befürworten, da weitere berufliche Differenzierungen neue Schnittstellen und die latente Gefahr von Konflikten schaffen, wie sie in Abschnitt 1.4 anhand der Auseinandersetzungen zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst beschrieben wurden. Der »Zugzwang« durch die MTD-Ausbildung als FH-Studiengang (der ja ebenfalls nicht unumstritten ist) ist ebenso ein rein politisches Thema wie die Umsetzung des Bologna-Prozesses.

Um hier nicht den Eindruck zu vermitteln, daß die Inhalte der Studie von Gruber/Kastner vom Verfasser insgesamt abgelehnt würden, soll darauf hingewiesen werden, daß deren Verfasserinnen sehr wohl auch auf mögliche Gefahrenpotentiale hinweisen. Insbesondere zeigen sie auf, daß es durch die Anhebung der Pflege-Grundausbildung auf Fachhochschul-Niveau aus Gründen der Finanzierbarkeit zu einem verstärkten Einsatz von Pflegehilfsdiensten (zulasten von diplomierten Pflegepersonen) kommen könnte. Diese Erwartung wird vom Verfasser geteilt. Sollte sie sich bewahrheiten, ist fraglich, ob in diesem Falle durch die Akademisierung der Pflege eine tatsächliche Steigerung der von den PatientInnen erlebten Pflegequalität erreichbar ist.

Das Thema der »Bildungssackgasse« wurde schon in Abschnitt 1.1 als Problemfeld identifiziert, das bei der Akquirierung junger Menschen für eine Pflegeausbildung hinderlich ist. Fraglich ist aber nun, ob eine Ansiedelung der Pflegeausbildung in der Fachhochschule dieses Problem löst. Nach der Auffassung des Verfassers ist dies zu verneinen, da die Voraussetzungen für den Zugang zu einer Fachhochschule ebenfalls eine Eintrittsbarriere bilden. Das Sackgassen-Thema im engen Sinne könnte man durch die schon angedeutete Lösung einer fünfjährigen maturaführenden Pflegeschule (analog einer Handelsakademie oder HTL) bereinigen. Von den GegnerInnen dieser Position wird oft auf die Umsetzungsschwierigkeiten verwiesen (insbesondere die Tatsache, daß die Gestaltung des Curriculums vor dem Hintergrund des allgemeinen Schulrechts schwierig ist und daß die erforderlichen gesetzlichen Änderungen nur im Einvernehmen mehrerer Ministerien möglich seien). Gerade die Etablierung der alternativen Ausbildungsschiene für die Gehobenen Medizinisch-technischen Dienste im Fachhochschulbereich zeigt, daß viel möglich ist, wenn der politische Wille vorhanden ist.

Somit zeigt es sich, daß der bessere Weg zur Vermeidung der »Bildungssackgasse« der Weg einer maturaführenden Pflegeschule ist, da nur bei dieser nicht neue Zugangshürden aufgebaut werden. Nur so scheint gewährleistet zu sein, daß sich die notwendige Zahl junger Menschen für eine Pflegeausbildung entscheidet – bei voller Wahlfreiheit, ob bzw. welche Ausbil-

dung in weiterer Folge in Anspruch genommen wird. Die Matura läßt diesbezüglich alle Optionen offen.

2.2 Inhaltliche Neustrukturierung

Um die oben aufgezeigten Problemfelder der betrieblichen Praxis zu lösen, sollten in der Pflegeausbildung folgende Akzente eingeführt bzw. verschärft werden:

- Es sollte ein noch besseres Verständnis für sämtliche berufliche Tätigkeitsfelder der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Motivation, im Erwerbsleben mehrere Tätigkeitsfelder in Angriff zu nehmen, gefördert werden. Dadurch soll schon in der Ausbildung der Grundstein für eine längere Verweildauer im Beruf gelegt werden.
- Das Verständnis für das arbeitsteilige Zusammenwirken der Berufsgruppen in Krankenanstalten sollte so vermittelt werden, daß das Gemeinsame und nicht die Abgrenzung im Vordergrund steht. Hier sollte eine bessere Vernetzung zwischen den medizinrechtlichen und den praktischen Aspekten der Ausbildung umgesetzt werden. Nur so kann das Bewußtsein, daß nur durch positiv geprägte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen eine qualitativ hochwertige medizinische Leistung erbracht werden kann, gefördert werden. Ungeachtet der ärztlichen Gesamtverantwortung kommt dem Pflegedienst beim Management der PatientInnen, insbesondere der Abstimmung und Koordination mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, eine besondere Bedeutung zu. Dieser Aspekt sollte in der Pflegeausbildung verstärkt Berücksichtigung finden.
- Die Professionalisierung der Pflege sollte vom Verständnis und den Ausbildungsinhalten nicht nur auf dem Pflegeprozeß und dessen Dokumentation aufgehängt werden. Unter dem Begriff »Selbstbewußte Pflege« würde sich die betriebliche Praxis wünschen, daß von diplomierten Pflegekräften alle Tätigkeiten des Berufsbildes nach der Ausbildung (und innerbetrieblichen Einschulung hinsichtlich der innerbetrieblichen Vorgehensweisen und Prozesse) ausgeübt werden können und auch ausgeübt werden.

All diese Inhalte sind nach der Auffassung des Verfassers unabhängig von der Organisationsform der Ausbildung umsetzbar – auch aus den inhaltlichen Anforderungen läßt sich eine Ansiedlung der Pflege-Grundausbildung im tertiären Bildungsbereich nicht zwingend begründen.

3 Resümee

Österreich hat eine hervorragende Pflegeausbildung. Dennoch sind weitere Verbesserungen angezeigt, um die dargestellten Probleme der Praxis zu lösen. Dabei ist nach der Auffassung des Verfassers einem differenzierten, modularen Ausbildungssystem, dessen Kernpunkt eine Pflege-Grundausbildung im Rahmen einer maturaführenden Pflegeschule darstellt, der Vorzug zu

geben. Weiters sollten noch strukturierte Fortbildungsangebote entwickelt werden, die diplomierte Pflegepersonen bei einer beruflichen Umorientierung in ein anderes pflegerisches Betätigungsfeld unterstützen. Das Studium der Pflegewissenschaften inklusive Doktoratsstudium soll die Ausbildungspyramide nach oben abrunden. Aus der Sicht des Verfassers ist durch eine Ansiedlung der Pflege-Grundausbildung im tertiären Bildungsbereich für die betriebliche Praxis nichts zu gewinnen. Vielmehr besteht dadurch die Gefahr, daß aufgrund der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen eine Verschiebung hin zu den Pflegehilfswesen eintritt. Ob dies der Pflegequalität tatsächlich zuträglich ist, darf bezweifelt werden.

Margit Klein

Professionelle Altenpflege – Quo vadis?

1 Die Ausgangssituation

Die Anforderungen an die Leistungen in der Altenpflege und Altenbetreuung steigen ständig, wie auch die Anzahl der SeniorInnen, die Unterstützung und Pflege brauchen. Einerseits wird zurecht Qualität in einem immer höheren Ausmaß verlangt, andererseits wird der Ruf nach Einsparungen, speziell im Personalbereich, immer lauter. Die öffentliche Hand sieht sich immer weniger in der Lage, der Professionalisierung in der Altenpflege auch Rechnung zu tragen und dafür mehr Geld auszugeben.

Vor diesem Hintergrund wird die Diskussion über notwendige Änderungen bei der Ausbildung speziell für den Altenpflegebereich geführt. Auch beim Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, in dem alle Bundesländer vertreten sind, wird dieser Diskussion viel Raum gegeben. Ich bin seit vier Jahren im Vorstand des Dachverbandes vertreten und möchte an dieser Stelle die wichtigsten Überlegungen des Dachverbandes dazu gerne darstellen.

Reformbedarf wird insbesondere bei folgenden Punkten gesehen:

- Für alle Berufsgruppen: Ausbildungsinhalte und Praktika, die den beruflichen Anforderungen in der Altenpflege angepaßt sind.
- Eine individuelle Schwerpunktsetzung in gerontologischen und geriatrischen Disziplinen bzw. Fächern muß ermöglicht werden.
- Durchlässigkeit im Ausbildungssystem ermöglichen (modulare Ausbildung).
- Lehrberuf »Soziales und Pflege« schaffen (nach dem Schweizer Modell).
- Spezialisierungsmöglichkeiten, insbesondere auch auf Fachhochschulniveau oder Studium der Pflegewissenschaften.

Konkret werden also folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Weiterbildung zur geriatrischen/gerontologischen DGKS – in Form einer Sonderausbildung vergleichbar mit den Weiterbildungen nach §§ 66 und 67 GuKG.
- Grundausbildung zu DGKS/DGKP mit Maturaabschluß.
- Neuer Lehrberuf »Soziales und Pflege« – ähnlich dem Schweizer Modell soll die Möglichkeit geschaffen werden, im dualen Ausbildungssystem den Lehrberuf inkl. Pflegehilfe-Abschluß zu ergreifen.
- Kompatibilität der neuen »Sozialbetreuungsberufe« mit dem GuKG – durchlässige Gestaltung von Ausbildungssystemen und Karrieremöglichkeiten, z. B. soll es möglich sein, sich vom/ von der Diplomierten SozialfachbetreuerIn zur Diplomierten »Gerontologischen« Gesundheits- und Krankenpflegeperson zu qualifizieren.

2 Weitere Aktivitäten sind erforderlich

Natürlich können die oben angeführten Inhalte nicht rasch und sofort umgesetzt werden, aber gerade deshalb ist es so wichtig, diese endlich in Angriff zu nehmen. Langfristige Ausbildungskonzepte müssen nach den obigen Kriterien erstellt werden, damit wir heute beginnen können, die Weichen für eine weitere Professionalisierung in der Altenpflege zu stellen.

Eine Zusammenarbeit mit den »PraktikerInnen« scheint unumgänglich, und wenn es z. B. hinsichtlich des in Diskussion stehenden Lehrberufes »Soziales und Pflege« noch Vorbehalte gibt, so ist es sicher möglich, die geeigneten Rahmenbedingungen für einen erfolgversprechenden neuen Lehrberuf gemeinsam mit PraktikerInnen zu erarbeiten. Zwei Gruppen würden bei einem Gelingen dieser Anstrengungen auf alle Fälle profitieren, nämlich jene Jugendlichen, die gerne im Sozialbereich arbeiten möchten, die aber aus verschiedenen Gründen nicht auf eine schulische Pflegehilfeausbildung warten können, und auf der anderen Seite Anbieter von Pflegeleistungen, hier z. B. Seniorenheime.

Meiner Meinung nach sind weitere Schwerpunkte zu setzen:

- Unterstützung von Wiedereinsteigerinnen, die nach Karenzzeiten in der Altenpflege Fuß fassen möchten.
- Ermöglichung (auch finanziell) einer berufsbegleitenden Höherqualifizierung, z. B. von der Pflegehelferin zur DGKS – derzeit sehr teuer und nur mit einem verringerten Beschäftigungsmaß durchführbar.
- Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitszeiten, dabei muß der Spagat zwischen den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und jener der LeistungsempfängerInnen (z. B. der BewohnerInnen in Seniorenheimen) gelingen.
- Rasche Umsetzung des Sozialberufegesetzes in den Bundesländern, vor allem in bezug auf das Ausbildungsangebot zur Heimhilfe, das im Ermessen der Bundesländer liegt.
- Verpflichtende Ausbildung von Führungskräften in der Altenpflege, da diese in hohem Ausmaß die Qualität von Einrichtungen mitbestimmen – basierend auf den europäischen Standards der E.D.E. – wie in einigen Bundesländern bereits umgesetzt.

Zusammenfassend wird festgestellt, daß für eine erfolgreiche Zukunft in der Altenpflege folgende Aspekte abgedeckt werden müssen:

- Es werden professionelle, gut ausgebildete, aber auch motivierte MitarbeiterInnen (mit entsprechender Entlohnung und Arbeitsplatzangeboten) benötigt.
- Interessierten Jugendlichen muß bereits im Anschluß an die Pflichtschule ein adäquates Ausbildungsangebot gemacht werden, so z. B. in Form einer Lehre.
- Eine Spezialisierung im gerontologischen Bereich erscheint unausweichlich.
- Die verschiedenen Ausbildungsangebote müssen aufeinander abgestimmt bzw. durchlässig sein.
- Für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsplätzen samt deren Finanzierung muß gesorgt werden.

Es ist gut, daß nun intensive Diskussionen geführt werden. Verschiedene Meinungen prallen zum Teil aufeinander, aber gerade darin besteht die Chance, aus dem Mix an Ideen sinnvolle und kreative Lösungen für die Altenpflege zu schaffen. Dieser so wichtige und sensible Bereich ist zu schade für Ränkespiele; es ist daher notwendig, hier »das Beste« für die Zukunft unserer betagten, betreuungs- und pflegebedürftigen Mitmenschen zu schaffen.

Anna Kleissner

Zukunftssektor Sport – Status quo und Beschäftigungspotentiale in Österreich

1 Die Sportwirtschaft in Österreich

Betrachtet man die Sportwirtschaft in Österreich, so ist zwar unumstritten, daß von dieser ein beträchtlicher Beitrag zur österreichischen Wirtschaftsleistung ausgeht, dennoch wird kaum ein anderer, noch dazu wachsender Wirtschaftszweig in seiner gesamtwirtschaftlichen Bedeutung so unterschätzt wie der Sport. Diese Diskrepanz ergibt sich zum einen daraus, daß Sport keine eigene wirtschaftsstatistisch erfaßte Branche ist, sondern sich aus einer Vielzahl an (Einzel-)Branchen zusammensetzt, während der statistisch erfaßte Sport nur den Betrieb von Sportanlagen und die Erbringung sonstiger Dienstleistungen des Sports berücksichtigt. Die touristischen Effekte oder die Vereinsaktivitäten werden hingegen beispielsweise nicht erfaßt. Ein weiteres Problem ist die bis dato rudimentäre wirtschaftsstatistische Informations- und Dokumentationsbasis, die sich aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit zu einem Defizit an systematischer sportökonomischer Analyse(-möglichkeit) auswächst, sodaß es im Hinblick auf die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Sports bis heute noch enorme Informationslücken gibt.

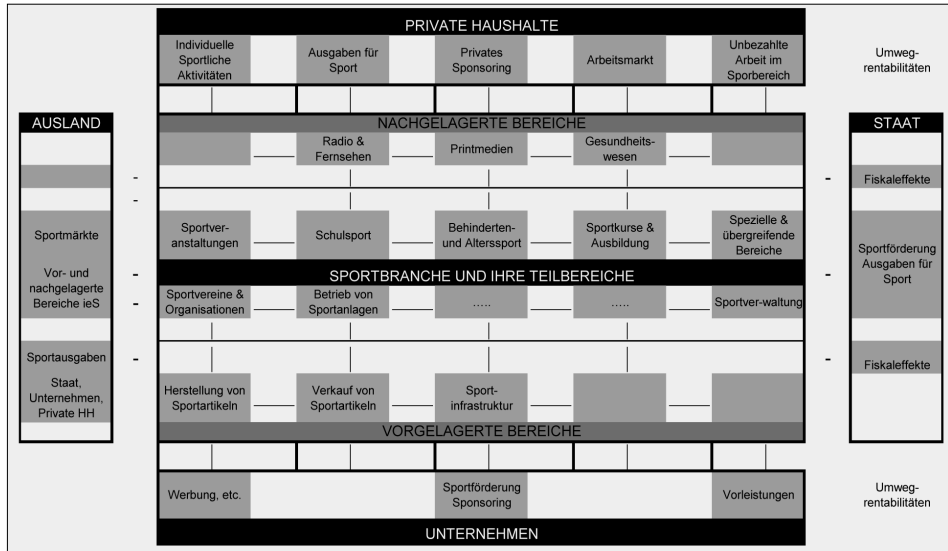
Bereits der Versuch, einen Vergleich der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung des Sports mit jener anderer Wirtschaftszweige vorzunehmen, droht zu scheitern, bedarf es hierzu doch einer soliden, derzeit aber (noch) nicht existenten wirtschaftsstatistischen Datengrundlage.

Insofern ist die gegenwärtige wirtschaftsstatistische Ausgangslage jener nicht unähnlich, die bis vor wenigen Jahren auch für die Tourismuswirtschaft bestanden hat. Denn erst mit der Einführung des »Satellitenkontos Tourismus« gelang es, den Wertschöpfungs- und Beschäftigungsbeitrag des betreffenden Wirtschaftszweiges gebührend zu erfassen. Es besteht mithin eine bemerkenswerte Parallelität: Sowohl der Tourismus als auch der Sport waren Wirtschaftszweige von hoher gesamtwirtschaftlicher Bedeutung mit einer unterdurchschnittlichen Dokumentationsbasis – letzterer ist es bis auf den heutigen Tag.

Ein möglicher Lösungsansatz ist die Erstellung eines »Satellitenkontos Sport«, in welchem das Wertschöpfungsnetzwerk der gesamten Sportbranche im volkswirtschaftlichen Kontext dargestellt wird. Auf Basis einer solchen einheitlich verfügbaren, verlässlichen und empirisch stets aktualisierten Datengrundlage können dann sowohl die direkten als auch die multiplikativen Wertschöpfungs- und Beschäftigungsbeiträge des Sports wie auch die Kaufkraftwirkungen und die fiskalischen Effekte in Österreich berechnet werden. Diese können wiederum die Grundlage für sport-, wirtschafts- und gesellschaftspolitische Entscheidungsprozesse bilden. Ein solches Sportsatellitenkonto wird mit 2006 von SportsEconAustria fertiggestellt sein.

Einen Überblick über das komplexe Wertschöpfungsnetzwerk des Sports, über welches eine Vielzahl an Sektoren verflochten ist, bietet folgende Abbildung.

Abbildung 1: Wertschöpfungsnetzwerk Sport

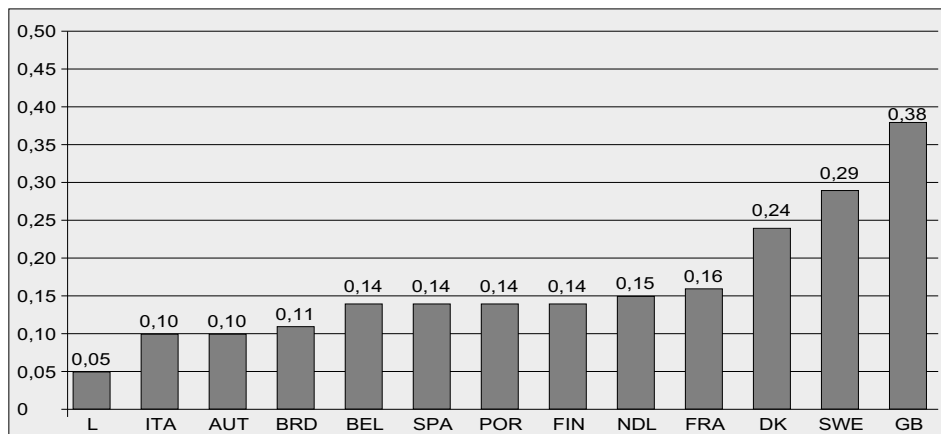


Quelle: SpEA

2 Beschäftigungseffekte des Sports

Betrachtet man nun die Beschäftigungssituation im Sport, so zeigt zunächst ein Vergleich auf europäischer Ebene, daß Österreich mit einem Anteil der im Sportsektor Beschäftigten (ÖNACE 92.5, d.h. Sport im engeren Sinne) von nur 0,1 Prozent an der Gesamtbevölkerung gemeinsam mit Deutschland und Italien an vorletzter Stelle vor Luxemburg mit nur 0,05 Prozent liegt. Verglichen mit Großbritannien (0,38 Prozent), Schweden (0,29 Prozent) und Dänemark (0,24 Prozent) zeichnen sich somit ein starker Aufholbedarf und damit gleichzeitig auch große Wachstumspotentiale ab.

**Abbildung 2: Anteil der Beschäftigten im Sport (1998),
in % der Gesamtbevölkerung**



Quelle: Europäische Kommission, Sport and Employment in Europe

Betrachtet man die Anzahl der Beschäftigten im gesamten Wertschöpfungsnetzwerk der Sportwirtschaft, so zeigen die ersten Ergebnisse aus dem Sportsatellitenkonto, daß rund 80.000 Vollzeitäquivalent-Arbeitsplätze, das entspricht einem Anteil von zwei Prozent an der österreichischen Gesamtbeschäftigung, direkt auf den Sport zurückgeführt werden können. Hinzu kommt eine multiplikative Beschäftigungswirkung von rund 65.000 VZÄ-Arbeitsplätzen, sodaß daraus ein Gesamteffekt von 145.000 Arbeitsplätzen resultiert, welcher direkt oder indirekt auf den Sport zurückgeführt werden kann. Damit entspricht der Sport im Hinblick auf seine Beschäftigungswirkungen größtenteils in etwa dem österreichischen Kredit- und Versicherungswesen, dem Maschinenbau oder dem Landverkehr.

Neben den offiziell im Sport Beschäftigten gibt es aber noch eine Vielzahl weiterer Personen, welche im Sport tätig sind, die allerdings in keiner offiziellen Arbeitsmarktstatistik aufscheinen: die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Wie eine unter Österreichs Fußballvereinen durchgeführte Primärdatenerhebung ergeben hat, sind allein im Fußball pro Verein zwischen 15 und 25 ehrenamtliche MitarbeiterInnen, vorwiegend im Amateurbereich, aktiv, welche wöchentlich rund vier bis acht Stunden aufwenden. Dies entspricht – umgerechnet – Personalkosten von durchschnittlich 306 Millionen Euro und einem Vollzeitäquivalent von 11.800 Personen. Auch hier zeigt sich demnach ein großes Beschäftigungspotential, welches es im Hinblick auf eine zunehmende Professionalisierung im Sport zu nutzen gilt.

Im allgemeinen gilt, daß zunehmende Professionalisierung im Sport und ein steigendes Gesundheits- und Körperbewußtsein in der Bevölkerung in den kommenden Jahren dazu beitragen werden, daß ein steigender und dynamisch wachsender Bedarf an Beschäftigten im Sport zu verzeichnen sein wird. Im Rahmen dieses dynamischen Umfelds gilt es daher, bisher noch ungenutzte Beschäftigungsfelder zu erschließen, neue, dem Bedarf entsprechende Berufsbilder zu entwickeln und so zusätzliche Beschäftigungseffekte zu generieren.

3 Sport und Gesundheitsförderung

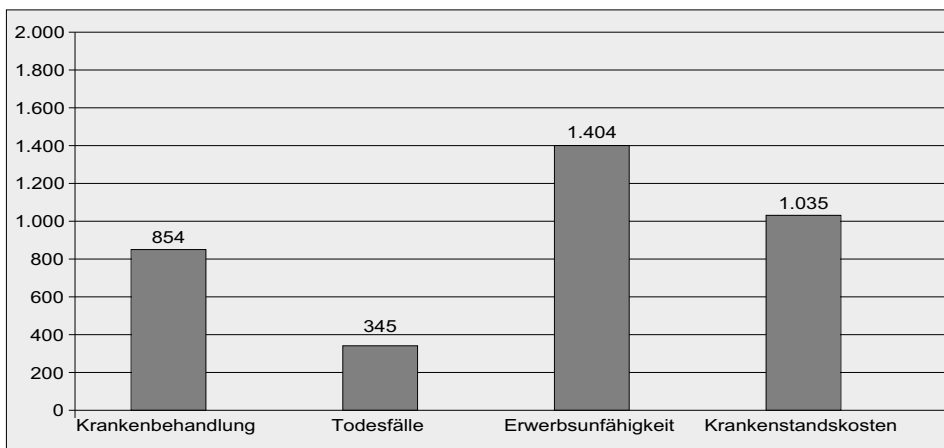
Ein solches, bisher ungenutztes Beschäftigungsfeld, ist der Bereich der Gesundheitsförderung, welcher in Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Gerade in diesem Bereich hat sich in den letzten Jahren nämlich ein starker Wandel – und zwar weg von der traditionellen, rein medizinisch orientierten Gesundheitsvorsorge, welche nur zwischen gesund und krank unterscheidet, hin zu einer komplexen und präventionsorientierten Ausrichtung, welche ein Kontinuum möglicher Gesundheitszustände bis hin zur High-Level-Wellness unterscheidet – vollzogen.

Und wie die Ergebnisse, am Beispiel einer aktuellen Studie zu den Effekten betrieblicher Gesundheitsförderung, eindrucksvoll bestätigen: Prävention rechnet sich!

Sowohl auf betrieblicher als auch volkswirtschaftlicher Ebene könnten durch entsprechende Maßnahmen, insbesondere im Bereich des Sportes, erhebliche Einsparungen realisiert werden. Darunter fallen vermiedene Krankenstandskosten, eine Reduktion der Kosten für Krankenbehandlungen sowie vermiedene Einkommensverluste, wie sie durch vorzeitigen Tod oder Erwerbsunfähigkeit entstehen.

Unter der Annahme, daß alle Erwerbstätigen durch betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme erreicht werden können und alle erwerbstätigen Personen den – auf sie individuell zugeschnittenen – Empfehlungen Folge leisten und versuchen, ein gesundes und sportlich aktives Leben führen, sind möglicherweise volkswirtschaftliche Einspareffekte von bis zu 3,64 Milliarden Euro erzielbar. Das entspricht einem Anteil von bis zu 1,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

Abbildung 3: Einsparungseffekte durch betriebliche Gesundheitsförderung (in Millionen Euro, p. a.)



Quelle: IHS/SpEA (2006): Sport und Ökonomie in Europa, Studie im Auftrag des Bundeskanzleramtes, Sektion Sport, Wien

Der Hauptteil dieser Effekte wird durch die zu erwartende sinkende Anzahl an Neuzugängen zur Erwerbsunfähigkeitspension verursacht. Mit 1,4 Milliarden Euro an vermeidbarem Produktionsausfall der österreichischen Wirtschaft tragen sie zwischen 38,6 Prozent und 55,7 Prozent des Gesamteffektes. Der zweithöchste Posten der Einsparungsmöglichkeiten ist jener der vermiedenen Krankenstandskosten auf gesamtwirtschaftlicher Ebene mit Einsparungen von 345 Millionen bis 1,04 Milliarden Euro. Dabei kommen die Kostensenkungen aufgrund von Krankenständen den Unternehmen (241 Millionen Euro) mehr zugute als den Sozialversicherungen (38 Millionen Euro). Die Sozialversicherung profitiert jedoch auch von einer Kostenreduktion im Bereich der Krankenbehandlung, weil rund 80 Prozent der hier zu erwartenden 427 Millionen bis 854 Millionen Euro Kostensenkungen als direkte Einsparungen bei der Sozialversicherung wirksam werden. Mit 345 Millionen Euro tragen vermiedene Produktionsausfälle infolge von Todesfällen den geringsten Beitrag zum Einspareffekt durch Sport und Gesundheitsförderung bei.

Abgesehen von diesen monetären Effekten sind weitere, nicht quantifizierbare Effekte infolge von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen zu erwarten. Dazu zählen vor allem ein gesteigertes persönliches Wohlbefinden und höheres Selbstbewußtsein.

Konfrontiert mit einem in seiner bestehenden Form zunehmend schwieriger finanzierbaren Gesundheitssystem gilt es daher, mögliche Einsparungspotentiale auszuschöpfen und neue Wege in der Prävention und damit der Reduktion von Krankheitskosten zu gehen. Sport (z. B. gezielte Bewegungsprogramme) hat sich in diesem Rahmen als geeignetes Mittel bewährt, sodaß durch die Schaffung neuer Beschäftigungsmöglichkeiten in diesem Bereich der Prävention nicht nur zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen werden, sondern gleichzeitig die Krankheitskosten verringert und das Wohlbefinden der Bevölkerung gesteigert werden könnten.

Arne Öhlknecht

Das Verhältnis von Sportwissenschaft und Gesundheit

1 Die Ausgangssituation

Es ist heute ein Faktum, daß durch Bewegungsmangel induzierte Erkrankungen die Gesundheitssysteme aller Industrienationen außerordentlich belasten.¹ Die Reduktion von Bewegung im Alltagsleben und die epidemische Zunahme von Übergewicht wurden als zwei wesentliche Größen in der Entstehung dieser Erkrankungen erkannt.²

Es kann aber vernünftig und regelmäßig angewandte Bewegung in einer immer älter werdenden Gesellschaft positive gesundheitliche Wirkungen erzielen und die Zahl der gesunden Tage mehren.³ Negative Effekte auf die Gesundheit werden meist als »natürlicher« Alterungsprozeß verstanden; es gibt jedoch gute Gründe anzunehmen, daß in einem hohen Maß Inaktivität und Trainingsmangel wichtige Co-Faktoren sind. Nachweislich vermag nur regelmäßige körperliche Aktivität den biologischen Alterungsprozeß zu verzögern. Bewegung ist keineswegs nur eine nützliche Zugabe, um die Gesundheit zu verbessern. Vielmehr ist sie die Voraussetzung, die das normale Funktionieren des Menschen erst ermöglicht und dem Leben Qualität bzw. den Jahren Leben verleiht. Da jede Person für sich ein ganz spezifisches und unverwechselbares Individuum ist, müssen auch gesundheitserhaltende und die Lebensqualität steigernde Bewegungskonzepte individuell und unter Berücksichtigung möglichst vieler Einflußfaktoren zusammengestellt und immer wieder auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt, kontrolliert und adaptiert werden. Dieses Konzept setzt auf einer Betreuungsqualität auf, die eine entsprechend hochwertige und umfassende Ausbildung verlangt. Diese Ausbildung gibt es seit den frühen 1980er Jahren in Form des Studienzweiges »Sportwissenschaften« bzw. »Bewegungswissenschaften« als Vollstudium neben dem bereits länger bestehenden Studienzweig »Leibeserziehung« an den vier Universitätsstandorten Graz, Innsbruck, Salzburg und Wien (www.gewi.uni-graz.at, www.uibk.ac.at, www.uni-salzburg.at, <http://studieren.univie.ac.at>). Die AbsolventInnen der Studienrichtung »Sportwissenschaften« sind durch die wissenschaftliche Basis, die Breite der Ausbildung und deren Praxisbezug prädestiniert dafür, Beratungs- und Coachingaufgaben im Bereich bewegungsorientierter Gesundheit zu übernehmen.

1 Ehrsam R./Stoffel S./Mensink G./Melges T.: Übergewicht und Adipositas in den USA, Deutschland, Österreich und der Schweiz, Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 2004, 11: 278–285.

2 Hill JO, Editorial: Walking and Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 2005, 28: 1524–1525.

3 Di Loreto C./Fanelli C./Lucidi P.: Make your Diabetic Patients Walk – Long-term Impact of Different Amounts of Physical Activity on Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 2005, 28: 1295–1302.

Jährlich schließen ungefähr 150 Personen dieses Studium ab. SportwissenschaftlerInnen bieten danach ihre Tätigkeiten in den verschiedensten Bereichen, wie z.B. in der Gesundheitsvorsorge und der Leistungsoptimierung und Verbesserung der körperlichen Fitness im Gesundheitssport, in leistungsorientierten Sportgruppen, aber auch im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen an. Die Vermittlung von Freude, Spaß und innerer Erfüllung sind neben der Leistungsoptimierung wichtige Zielsetzungen, die aus dem pädagogischen Hintergrund der Ausbildung kompetent verfolgt und umgesetzt werden können. Als weiterer wichtiger Aspekt ist die wirtschaftliche Bedeutung von Bewegung und Sport herauszustreichen. So arbeiten SportwissenschaftlerInnen in der Sportartikelindustrie und im Tourismus. Die Ausbildung erlaubt es, die durch ein komplexes Vereins- und Verbandswesen gekennzeichnete Sportlandschaft zum Zwecke eines optimalen Sportangebotes kompetent aufzubereiten und nach modernen Gesichtspunkten zu strukturieren und zu verwalten. Für Aufgaben in Führungspositionen mit weitreichenden Planungs- und Entscheidungsfunktionen bieten sich SportwissenschaftlerInnen mit universitärer Qualifikation an.

2 Einsatzfelder von SportwissenschaftlerInnen

Im folgenden werden einzelne Felder, in denen SportwissenschaftlerInnen bereits erfolgreich tätig sind, aufgezählt:

- Bildung und Aus- und Weiterbildung (Universität, Fachhochschule, WIFI, BFI, BAfL);
- Tourismus und Wellness (Thermen, Hotellerie usw.);
- Sportfachhandel;
- Journalismus und Medien;
- Leistungssport (Leistungsdiagnose, Trainingsplanung und Trainingskontrolle, Wettkampfanalyse);
- Wissenschaft und Forschung;
- Sporttherapie (Konzepterstellung, Coaching, Evaluation);
- Verwaltung und Organisation (Dach- und Sportfachverbände, Vereine usw.);
- Technik und Industrie (Produktentwicklung);
- Administration von Angeboten zur Bewegung und Sport im Bereich Konzeption, Strategieentwicklung und Controlling von bewegungsbezogenen Gesundheitsprojekten auf Gemeinde-, Landes-, Bundes- sowie EU-Ebene;
- Gesundheitswesen (Rehabilitationszentren).

Die Einsatzfelder von SportwissenschaftlerInnen im Gesundheitssektor sind unterschiedlich ausdifferenziert und reichen von allgemeiner Fitness und bewegungsbezogener Gesundheitsvorsorge bzw. der Worksite Fitness (betriebliche Gesundheitsvorsorge, betriebliches Gesundheitsmanagement) bis hin zur kommunalen Gesundheitsvorsorge bzw. Prävention und der Therapie von bewegungsmangelinduzierten Erkrankungen. Durch die wissenschaftliche Grund-

ausbildung und die bewegungspraktische Ausbildung in vielen Teilbereichen von Sport- und Bewegung und einem daraus resultierenden hohen Eigenkönnen sind SportwissenschaftlerInnen qualifiziert, individuelle Beratungen und praktische Bewegungseinheiten mit Gesunden und Kranken durchzuführen, sie anzuleiten, sie zu kontrollieren und planend zu gestalten. Das breite Hintergrundwissen kombiniert mit allgemeinwissenschaftlicher, trainingswissenschaftlicher, pädagogischer und praktisch-methodischer Ausbildung erlaubt nicht nur eine Beratung und Begleitung von Einzelpersonen und Gruppen, sondern diese Kompetenzen bilden die Grundvoraussetzungen zur Kommunikation mit anderen im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen.

Die Umsetzung der im Studium und in zahlreichen Fortbildungen erworbenen Kompetenzen erfolgt in unterschiedlichsten Beschäftigungsverhältnissen: als Angestellte/r, als freie/r MitarbeiterIn bis hin zur Selbständigkeit und als Gewerbetreibende/r (z.B. im Rahmen der GWO §119: Lebens- und Sozialberatung – Abs. 3: Sportwissenschaftliche Beratung).

Bewegung und Sport liefern einen wichtigen Beitrag zur Förderung von Fitness, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Auf universitärem Niveau ausgebildete hochqualifizierte SportwissenschaftlerInnen können in leitender, beratender oder praktisch tätiger Funktion für eine Reihe von Problemen im Gesundheitswesen unserer Gesellschaft kompetente Beiträge zur Lösung anbieten.