

Gering Qualifizierte in Deutschland und England: Kontrast der institutionellen Schnittstellen von Bildungs- und Beschäftigungssystem

Kuhlmann, Ellen

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kuhlmann, E. (2002). Gering Qualifizierte in Deutschland und England: Kontrast der institutionellen Schnittstellen von Bildungs- und Beschäftigungssystem. *ZeS Report*, 7(1), 6-9. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-362338>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gering Qualifizierte in Deutschland und England: Kontrast der institutionellen Schnittstellen von Bildungs- und Beschäftigungssystem

Im September 2002 wird am Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Leibfried ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, das sich mit dem Thema „Gering Qualifizierte in Deutschland und England“ befasst. Das in Kooperation mit Prof. Dr. Jens Alber (Universität Konstanz) entwickelte Projekt wird mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert.

Zielsetzung:

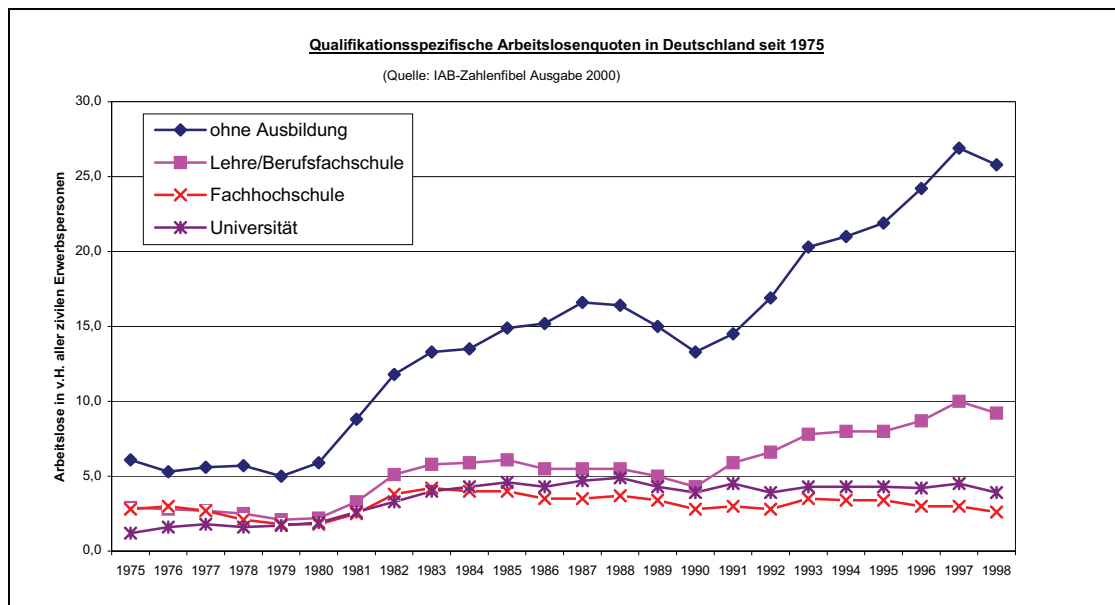
In einem Vergleich zwischen *Deutschland* und *England* soll herausgearbeitet werden, wie Gesellschaften, die sich in der Organisation ihres sozialen Sicherungssystems, des Arbeitsmarktes und des Bildungswesens deutlich voneinander abheben, mit den zunehmenden Beschäftigungsproblemen gering qualifizierter Arbeitskräfte umgehen. Das Forschungsinteresse liegt dabei einerseits in der deskriptiven Erfassung unterschiedlicher *institutioneller Voraussetzungen* und unterschiedlicher *Formen der Problembearbeitung*, die zur Integration niedrig Qualifizierter in den Arbeitsmarkt entwickelt werden. Zum anderen wird der Frage nachgegangen, ob sich Integrationserfolge auf die unterschiedliche *nationale Institutionenstruktur* zurückführen lassen oder eher in den *Strategien relevanter lokaler Akteure* des politisch-administrativen Systems in Deutschland und England begründet liegen.

Ausgangslage:

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeitsnachfrage deutlich zu Gunsten qualifizierter Arbeitskräfte verschoben und die Löhne von Arbeitnehmern mit niedrigem Qualifikations- und Produktivitätsniveau unter Druck gesetzt. Für Deutschland stellt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) fest, dass die Aufnahmefähigkeit bzw. die Aufnahmebereitschaft des Arbeitsmarktes für niedrig Qualifizierte deutlich abnimmt. So stieg die Arbeitslosenquote von Personen ohne Ausbildung seit 1980 von 5,9 auf über 25 Prozent an (s. *Schaubild 1*). Bis zum Jahr 2010 – so die IAB/PROGNOS-PROJEKTION – werden weitere 1,5 Mio. Arbeitsplätze für „Ungelernte“ wegfallen.

Als Ursache der sich verschlechternden Arbeitsmarktposition gering Qualifizierter in den westlichen Industrieländern wird eine Kombination aus technologischem Wandel, der Internationalisierung der Kapital- und Gütermärkte sowie die Konkurrenz aufstrebender Entwicklungsländer bei einfachen Industrieprodukten identifiziert, die zur Verdrängung einfacher Tätigkeiten in der Industrie führt und gleichzeitig das Anforderungsniveau der Arbeitsplätze in Industrie- und Dienstleistungssektor anhebt.

Schaubild 1: Qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten



Quelle: IAB-Zahlenfibel 2000

Konzepte zur Förderung von Beschäftigung im Bereich einfacher Tätigkeiten setzen zumeist auf die Deregulierung der Arbeitsmärkte, verstärkte Lohnspreizung und Kürzungen der Lohnersatzleistungen für Arbeitslose. Zudem sollte die Integration bearbeitender Institutionen, welche sowohl soziale Transferleistungen erbringen als

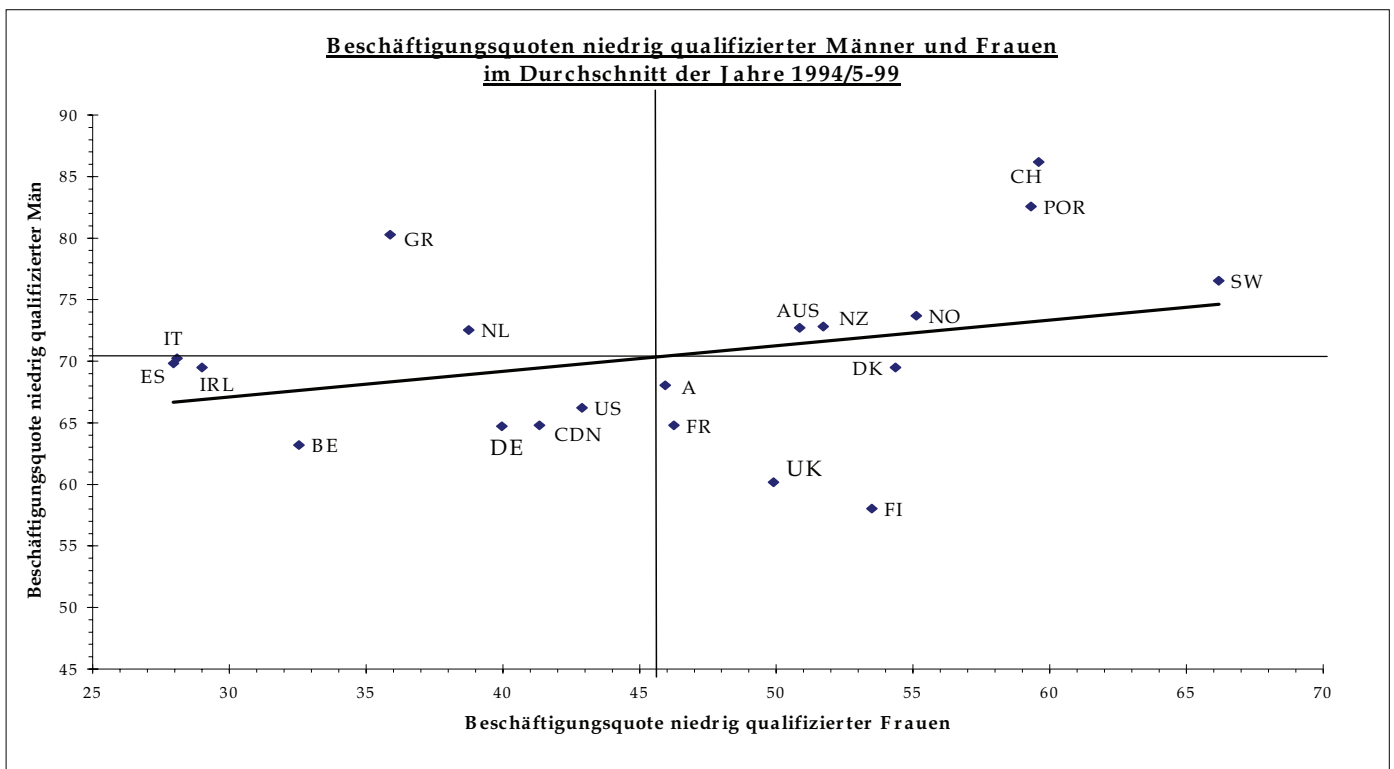
auch Vermittlungs-, Qualifizierungs- und Aktivierungsfunktionen übernehmen, einer Einbindung niedrig Qualifizierter in den Arbeitsmarkt förderlich sein. Diese Überlegungen legen einen Vergleich zwischen Deutschland und England nahe, denn der englische Arbeitsmarkt ist zum einen flexibler als der deutsche, zum anderen wurde durch die Zusammenlegung von *Unemployment Benefit*

und *Income Support* zur *Job Seekers Allowance* der institutionellen Fragmentierung bearbeitender Institutionen in Großbritannien ein Ende bereitet. Ferner bewerten maßgebliche Institutionen der Politikberatung britische sozial- und arbeitsmarktpolitische Reformen als vorbildhaft, um gerade im Bereich einfacher Tätigkeiten Beschäftigung zu fördern. Demgegenüber sind sowohl sozialstaatliche Absicherungen gegen Armut und Arbeitslosigkeit als auch Vermittlungs- und Qualifizierungsleistungen in Deutschland auf mehrere Ebenen verteilt. Insbesondere die Kompetenzverteilung zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern und damit verbundene fiskalische

Interessen könnten Effizienzverluste in der Integration von Problemgruppen in den Arbeitsmarkt begründen.

Ende der 1990er Jahre weisen aber die zur Verfügung stehenden komparativen Daten England nicht als besonders erfolgreich in der Integration niedrig Qualifizierter aus. Zwar fällt Großbritannien mit überdurchschnittlichen weiblichen Beschäftigungsquoten auf, liegt aber bei den Quoten der Männer mit niedrigem Bildungsstand auf dem vorletzten Platz der OECD-Nationen (OECD Employment Outlook 2001).

Schaubild 2: Beschäftigungsquoten niedrig qualifizierter Männer und Frauen



Die Arbeitslosenquoten niedrig Qualifizierter in Großbritannien liegen zwar unter den gesamtdeutschen Vergleichswerten, doch auch hier zeigen sich Probleme bei der Arbeitsmarktintegration britischer Männer mit niedrigem Bildungsstand, die nach OECD-Angaben 6-fach höhere Arbeitslosenquoten besitzen als hoch qualifizierte Arbeitskräfte. In Deutschland ist diese Relation mit 3,7 etwas günstiger.

Fragestellung und Forschungsdesign:

Diese Beobachtungen werfen erstens die Frage auf, ob es sich bei den gängigen Daten um statistische Artefakte handelt. So könnten Probleme in der Vergleichbarkeit von Ausbildungsabschlüssen auf internationaler Ebene die OECD-Zahlen verzerren. Der OECD-Wirtschaftsausblick vom Dezember 1998 weist darauf hin, dass die Bildungsniveau-Variablen gerade für Deutschland eine unvollkommene Messgröße für das Humankapital darstellen könnten.

Zum anderen soll danach gefragt werden, warum in England die Problembearbeitung nicht besser gelingt, obwohl die englische Institutionenstruktur die Problembearbeitung aufgrund der geringeren Fragmentierung administrativer Zuständigkeiten erleichtern sollte und der flexible britische Arbeitsmarkt den Zugang gering Qualifizierter zum Arbeitsmarkt begünstigen sollte.

Diese Fragen sollen durch ein Forschungsdesign bearbeitet werden, das durch die Auswahl von vier Regionen zu gewährleisten versucht, dass wirtschaftliche Rahmenbedingungen weitestgehend konstant gehalten werden, während institutionelle Formen der Problembearbeitung zwischen den beiden Ländern variieren.

Tabelle 1: Forschungsdesign

Forschungsdesign: Kriterien zur Auswahl der Regionen		Deutschland (fragmentierte Institutionenstruktur; regulierte Arbeitsmärkte)	England (Integration bearbeitender Institutionen; flexible Arbeitsmärkte)
Problemregionen: Hohe Arbeitslosenquote; geringes BSP-Wachstum; dominanter <i>Exposed sector</i>	Günstige Arbeitslosenentwicklung gering Qualifizierter seit 1996	Region 1	Region 2
	Ungünstige Arbeitslosenentwicklung gering Qualifizierter seit 1996	Region 3	Region 4

Faktoren, welche die Beschäftigungsbilanz gering Qualifizierter bei ähnlichen wirtschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen beeinflussen, wird dadurch nachgegangen, dass pro Land zwei Regionen mit möglichst großer Variation der Beschäftigungsbilanz gering Qualifizierter ausgewählt werden. Von Interesse ist dabei insbesondere, ob in erster Linie institutionelle Makrostrukturen – wie der Grad der Integration von Bildungs-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik – oder aber unterschiedliche Vorgehensweisen der Akteure auf lokaler Ebene die Platzierungserfolge gering Qualifizierter prägen und welcher Zusammenhang zwischen institutionellen Strukturen und den beobachteten Problembearbeitungsmustern besteht. Die Auswahl der zu untersuchenden Regionen eröffnet dann verschiedene Vergleichsmöglichkeiten. Während die Diagonalfälle 2 und 3 der Ausgangserwartung des Projektantrags entsprechen, würden die Fälle 1 und 4 analog zu einer statistischen Residuenanalyse zu sehen sein. Im *intranationalen* Vergleich der Regionen 1 und 3 sowie 2 und 4, sind dann die Bedingungen zu ermitteln, welche bei gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen Divergenzen in der Arbeitsmarktp Performanz gering Qualifizierter begründen („*most similar cases – different outcome*“). Im *internationalen* Vergleich zwischen den erfolgreichen Regionen 1 und 2 sowie den weniger erfolgreichen Regionen 3 und 4 kann danach gefragt werden, welche Gemeinsamkeiten die Regionen – jenseits ihrer unterschiedlichen national festgelegten institutionellen Rahmenbedingungen – hinsichtlich der Strategien und Maßnahmen besitzen, die zur günstigen Position niedrig Qualifizierter beitragen („*most different cases – similar outcome*“).

Informationen über die Mechanismen erfolgreicher Problembearbeitung sollen durch Expertenbefragungen in den zu untersuchenden Regionen ermittelt werden. Neben Personen aus der Arbeitsmarktforschung sollen aus den zu untersuchenden Regionen Experten auf der Verwaltungsebene verschiedener Organisationen und Behörden befragt werden. Zu berücksichtigen sind dabei Arbeitsämter oder *Jobcentres*, Sozialämter, Bildungs- und Weiterbildungseinrichtungen, Anbieter von Maßnahmen des *New Deal* und Träger von Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen, Industrie- und Handels-

kammern bzw. *Training and Enterprise Councils* sowie *Chambers of Commerce, Training and Enterprise*.

Für *institutionell begründete Erklärungen* der im internationalen Vergleich auffallend hohen *relativen* Arbeitslosenquoten englischer gering Qualifizierter lassen sich aus der Literatur verschiedene „Leitideen“ entwickeln. So ist die britische Institutionenstruktur zwar auf eine Eingliederung gering Qualifizierter ausgerichtet und eher dazu geeignet, Leistungen auf gering Qualifizierte zu konzentrieren, aber die Arbeitsverwaltung und die verantwortlichen Mitarbeiter stehen in der Tradition neoliberaler Arbeitsmarktpolitik und sehen ihre Aufgabe daher in erster Linie darin, den Druck auf Arbeitsuchende zu erhöhen, ohne die spezifischen Defizite im Sinne von mangelnder Bildung oder Gesundheit zu berücksichtigen, welche der nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt im Wege stehen¹. Ferner sind die Maßnahmen der britischen Arbeitsverwaltung nicht in eine gefestigte Implementationsstruktur eingebunden, die maßgebliche lokale Akteure – v.a. Arbeitgeber – umfasst. Programme zur Integration gering Qualifizierter laufen daher Gefahr, aufgrund von Informationsdefiziten von relevanten Akteuren nicht angenommen zu werden. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte darin liegen, dass Maßnahmen zur Eingliederung gering Qualifizierter in den Arbeitsmarkt, wie sie bspw. in den verschiedenen *New Deals* vorliegen, zentralstaatlich konzipiert wurden und nur ungenügend an lokale Strukturen angepasst werden können². Verschiedene Maßnahmen, die für die Integration gering Qualifizierter sorgen sollen, werden in England durch privatwirtschaftlich organisierte Unternehmungen durchgeführt. Diese haben ein starkes Interesse an hohen Eingliederungsquoten und daher ein Interesse an „*creaming*“, d.h. der Vermittlung von Personen mit verhältnismäßig günstigen Arbeitsmarktperspektiven. Die an sich hohe Integration britischer Institutionen, die sich positiv auf Problembearbeitungskompetenzen auswirken sollte, könnte also durch den neuen Versuch, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Trägerformen

¹ Vgl.: Trampusch, Christine, 2000: Arbeitsmarktpolitik, Gewerkschaften und Arbeitgeber. Dissertation: Universität Göttingen.

² Vgl.: Finn, Dan, 2000: „Welfare to Work: the Local Dimension“, *Journal of European Social Policy* 10: 43-57.

zu fördern und Ineffizienzen staatlicher Strukturen abzubauen, geschwächt bzw. konterkariert werden. Die dadurch entstehende Fragmentierung könnte einander widerstrebende Interessen etablieren, die einer effizienten Eingliederung von gering Qualifizierten entgegenstehen.

Diese exemplarisch vorgetragenen institutionellen Erklärungsansätze sollen in den Expertengesprächen thematisiert werden. Zudem ist im Rahmen des Projekts geplant, v.a. die zahlreichen britischen Evaluationsstudien zu beschäftigungsfördernden Programmen für niedrig Qualifizierte zu sichten und zu ermitteln, welche Faktoren mit dem Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen bislang in Verbindung gebracht wurden.

Achim Schmid
 Universität Konstanz
 FB Politik- und Verwaltungswissenschaften
 Fach D 91
 78457 Konstanz
 E-Mail: achim.schmid@uni-konstanz.de

Flexibilisierung und Gendering von Erwerbsformen im Gesundheitssektor

Eine Studie zur Professionalisierung und Dienstleistungsqualität in der ambulanten Versorgung in Bremen

Im Februar 2002 wurde ein dreijähriges Forschungsprojekt begonnen das, in der Schnittmenge von Gesundheits- und Geschlechterforschung angesiedelt, ein ‚Scharnier‘ zwischen den Abteilungen „Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat“ und „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ im Zentrum für Sozialpolitik bildet. Die Leitung des Projekts liegt bei Prof. Dr. Karin Gottschall in der Abteilung ‚Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat‘ in Kooperation mit Prof. Dr. Frauke Koppelin, Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven; Projektbearbeiterin ist Dr. Ellen Kuhlmann. Gefördert wird das Projekt im Rahmen des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms (HWP), Programmteil: Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses, und aus Eigenmitteln.

Das Projekt setzt an den Reformbestrebungen im Gesundheitswesen an und nimmt die Umstrukturierungen auf unterschiedlichen Ebenen in den Blick. Drei Themenstränge werden systematisch verknüpft: die Professionalisierungsprozesse der Medizin und der Gesundheitsberufe, die Qualität der Versorgungsangebote und die Möglichkeiten geschlechtergerechter Partizipations- und Karrierechancen in einem expandierenden, aber durchgehend geschlechterhierarchisch strukturierten Arbeitsmarktsegment. Die Untersuchung ist als explorative qualitative Querschnittstudie angelegt. Sie will die Entwicklungsdynamik von Erwerbsmustern, Professionalisierungsprozessen und Kooperationsstrukturen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in einer Region heraus arbeiten und exemplarisch Entstehungskontexte, Funktionsweisen und erwerbsstrukturelle sowie quali-

tätsbezogene Wirkungen neuer Versorgungsstrukturen untersuchen.

Der Wandel in den strukturpolitischen Steuerungsinstrumenten, den organisationalen Formen der Anbieter gesundheitsbezogener Dienstleistungen und den Anforderungen an Professionalität beinhaltet, so vermuten wir, zum einen Momente der Flexibilisierung von Erwerbsformen, die auch die Geschlechterverhältnisse tangieren werden. Zum zweiten nehmen diese Veränderungen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistung. Die Untersuchung soll Fragen wie die folgenden klären: Eröffnen die umfassenden Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen Möglichkeiten, die geschlechterhierarchische Strukturierung der Medizin und der Gesundheitsberufe sowohl innerhalb wie zwischen den Professionen aufzubrechen? Welche Bedingungskonstellationen wirken protektiv für die Herstellung von Symmetrie in den Geschlechterverhältnissen und welche als Differenzverstärker? Welche Zusammenhänge zwischen den Prozessen auf der Ebene der Professionen und der Qualität der Dienstleistung zeichnen sich ab?

Diese Forschungsfragen werden auf die *ambulante Gesundheitsversorgung* zugespielt und hier empirisch bearbeitet. Insbesondere geht es um neue Modelle, die mit den Stichworten „Vernetzung“, „integrierte Versorgung“ und „Verringerung der Schnittstellenproblematik“ grob umrissen sind. Im Zentrum stehen die Entwicklungen in der Ärzteschaft. Ergänzend dazu sollen ausgewählte Gesundheitsberufe betrachtet werden: die ArzthelferInnen als ein traditioneller sogenannter Frauenberuf mit geringen Aufstiegschancen, der mit weiblicher Geschlechtssymbolik aufgeladen ist sowie die Physiotherapie als ein ursprünglich frauendominiertes Berufsfeld, das gegenwärtig zu einer eher ausgewogener Geschlechterrelation mit verstärkten Professionsentwicklungen tendiert.

Der empirische Teil der Studie konzentriert sich auf die *Region Bremen*. Somit bieten sich nicht nur Möglichkeiten, disziplin- und abteilungsübergreifende Kooperationen zu stärken. Auch die lokale Zusammenarbeit mit Verbänden und Akteuren aus der Praxis wird gefördert und der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis angestrebt.

Disziplinäre Quergänge – Professionalisierung, Dienstleistungsqualität und Geschlechterverhältnisse

Das Forschungsfeld „ambulante Gesundheitsversorgung“ ist Gegenstand einer weitgreifenden und kontroversen Debatte. Doch die Trias „Professionalisierung, Dienstleistungsqualität, Geschlechterverhältnisse“ wird bisher in Deutschland wie auch im internationalen Vergleich in weitgehend getrennt verlaufenden Diskursen und in unterschiedlichen Wissenschaftsfeldern bearbeitet. Im Vordergrund stehen die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen, die jedoch in unterschiedlichen Teildisziplinen und auf der Basis einer ausgesprochen heterogenen Datenlage erfolgen. Das komplexe Zusammenspiel der vielfältigen veränderten Rahmenbedingungen für die ambulante Gesundheitsversorgung – einschließlich der Anforderungen an die Qualität der Ver-

sorgungsleistungen – und der erwerbsstrukturellen Situation der beteiligten Berufsgruppen gerät in diesen disziplinär fokussierten Diskussionen aus dem Blick.

Die wenigen vorliegenden Arbeiten, die den Zusammenhängen zwischen neuen Organisationsformen im Gesundheitswesen und Veränderungen der Geschlechterverhältnisse in diesem Berufsfeld nachgehen (z.B. Crompton/LeFeuvre/Birkelund 1999; Halford/Savage/Witz 1997), betrachten vorwiegend die Entwicklungen in der Medizin und der Pflege. Die Veränderungen im Gefüge der Professionen insgesamt sowie weitere, an der Versorgung beteiligte Gesundheitsberufe bleiben marginal. Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse unsere These, dass Zusammenhänge zwischen institutionellem Wandel im Gesundheitswesen und Veränderungen des geschlechterspezifisch strukturierten Berufsfeldes bestehen. Sie weisen ebenfalls darauf hin, dass die Gruppen der „Gewinner“ und der „Verlierer“ gegenwärtig kaum zuverlässig zu prognostizieren, sondern nur empirisch zu bestimmen sind (vgl. Hanlon 1998; Lane 2001). Bestätigt findet sich in der Literatur auch die Vermutung, dass Geschlecht als soziale Kategorie nach wie vor ein relevantes Differenzierungsmuster und eine Erzeugungsstruktur von Ungleichheiten darstellt. Weitgehende Unklarheiten bestehen allerdings in der Frage, wie sich die veränderten Rahmenbedingungen auf die Qualität der Versorgung auswirken.

Die komplexe Fragestellung des Projektes erfordert „Anleihen“ bei unterschiedlichen Disziplinen. Wesentliche Anknüpfungspunkte bieten neben der Geschlechterforschung die soziologische Professionalisierungs- und Organisationsforschung sowie die Gesundheitsforschung. Im Rahmen dieses Projektes kann es allerdings nicht um die Versorgungsforschung und die Fragen des Qualitätsmanagements im engeren Sinne gehen. Dies würde eine patientenorientierte Anlage der Untersuchung erfordern. Wir werden uns hier auf die Ebene der Anbieter und ihre Sicht beschränken und charakterisieren diesen Ausschnitt der Versorgungsqualität mit dem Begriff „Dienstleistungsqualität“.

Mit Blick auf die empirische Bearbeitung werden verschiedene Dimensionen des Wandels relevant, die sich zugleich unterschiedlichen Betrachtungsebenen zuordnen lassen:

- Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung – Institutionen
- Erwerbsstrukturen – Arbeitsmarkt
- Professionalisierungsstrategien – Professionen
- innerorganisationale Strukturierung und Vernetzung – Organisationen

Im Verlauf der Untersuchung wird noch zu klären sein, ob die Dienstleistungsqualität hinreichend über organisationsbezogene Merkmale zu erfassen ist oder einen eigenständigen empirischen Zugang erfordert. Darüber hinaus gilt für alle Betrachtungsebenen, die gesellschaftliche Verfasstheit von Geschlechterverhältnissen und die symbolische Wirkungsmacht der binären Geschlechterordnung in die Analyse einzubeziehen.

Neue Organisationsmodelle für die ambulante Gesundheitsversorgung

Die sozialstaatlich organisierte Gesundheitsversorgung in Deutschland steht seit einigen Jahren vor erheblichen Kostenproblemen, die wesentlich auf sinkende Einnahmen zurückgehen (vgl. Braun/Kühn/Reiners 1998). Die Debatte wird gegenwärtig von den ökonomischen Aspekten beherrscht. Strittig ist nicht nur, ob das Gesundheitssystem die Anforderung nach wirksamen Versorgungsleistungen in einem angemessenen Verhältnis von Kosten und Nutzen erfüllt. Ebenso umstritten sind die Kriterien von Effizienz und Effektivität selbst. Es gibt diesbezüglich weder einen empirisch fundierten Konsens in der Wissenschaft noch einheitliche Auffassungen unter den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.

Obschon die Diagnosen und die Interventionen primär ökonomisch motiviert sind, werden weitere Strukturprobleme virulent. Das Gesundheitswesen weist eine Dominanz biomedizinischer Denkschablonen und Versorgungsstrukturen auf, die mit der Definitionsmacht der Ärzteschaft gekoppelt sind. Diagnostiken und Therapien orientieren sich an Krankheitskonzeptionen und Handlungsmustern der Akutmedizin, wohingegen chronische Erkrankungen und ihre Verursachungs- bzw. Entwicklungsbedingungen ebenso wie präventive Maßnahmen und subjektive Lösungspotenziale marginal bleiben. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung erfordert jedoch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, zwischen Allgemeinmedizin und FachärztInnen sowie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Folgt man den Analysen der Gesundheitssystemforschung, dann finden diese umfassenden Anforderungen nur in wenigen *Reformansätzen* Berücksichtigung. Zum einen zielen die Strategien primär auf Veränderungen innerhalb der Ärzteschaft - insbesondere über Leitlinien, professionelle Selbstverpflichtungen und die Ausbildung der Mediziner/innen. Naturwissenschaftlich-technologisches Wissen wird priorisiert und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen arztzentriert organisiert. Zum zweiten dominieren organisationsbezogene Reformansätze in der Tradition der Rationalisierung der industriellen Produktion. Diese Managementkonzepte der Betriebswirtschaft etablieren sich vor allem im Krankenhaussektor. Sie stehen jedoch vor dem Hintergrund neuer Organisationsmuster auch im ambulanten Sektor zur Debatte.

Eine dritte Reformstrategie favorisiert den Aufbau einer integrierten Versorgungsstruktur und nimmt hierdurch auch die Kooperation der Berufsgruppen in einem Versorgungssetting in den Blick. Mit der Einführung der Integrierten Versorgung in den §§ 140 a ff SGB V haben diese Vorschläge seit dem 1. Januar 2000 eine rechtliche Absicherung erhalten. Die bislang sektoral gegliederten „Einzelbetriebe“ wie Arztpraxen, stationäre und rehabilitative Einrichtungen sowie niedergelassene Therapeuten/Therapeutinnen können sich zugunsten einer Optimierung des Behandlungsablaufs vernetzen. Welche dieser Reformstrategien im Bereich der ambulanten Ver-

sorgung unter welchen Bedingungen greift oder wie sich diese Strategien mischen, lässt sich auf dem gegenwärtigen Kenntnisstand nicht zuverlässig beurteilen. Zu beobachten ist jedoch, dass mit den Reformstrategien auch die Anforderungen an das Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung steigen. Geht man davon aus, dass Qualität nicht nur über die ärztliche Qualifikation, sondern wesentlich durch das Praxissetting hergestellt wird, dann steht die Dienstleistungsqualität in unmittelbarem Zusammenhang mit der organisationalen Strukturierung.

Die neuen Versorgungsformen bieten Anreize für innovative Beschäftigungsformen und Arbeitsweisen. Interessant für unsere Studie ist vor allem, ob hierdurch auch die professionstypischen Handlungsrouninen und Zuständigkeiten verhandelbar werden. *Welche Beschäftigungsmuster* sich herausbilden, lässt sich kaum prognostizieren. Doch ist anzunehmen, dass die Umstrukturierungen und die Anforderungen an das Qualitätsmanagement Auswirkungen auf die Berufsprofile, die Professionalisierungsstrategien und die Definitionen von Professionalität haben werden.

Gesundheitsberufe und Geschlechterverhältnisse in Bewegung

Im Zeitverlauf betrachtet treten die beachtlichen Erfolge hervor, die Frauen in der Medizin vorweisen können: Sie waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahezu vollständig aus der Profession ausgeschlossen und verfügen heute in etwa gleicher Anzahl wie die Männer über entsprechende Basisqualifikationen. Welche grundlegenden Veränderungen diese Entwicklung hervor ruft, wird allerdings unterschiedlich bewertet. Die vorliegenden Arbeiten und Statistiken zur Medizin sprechen insgesamt dafür, dass ein quantitativer Zuwachs von Frauen *allein* kein zuverlässiger Prädiktor für berufsstrukturelle und arbeitsinhaltliche Veränderungen ist (vgl. Riska 2001). Die höhere Arbeitslosenquote der Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen, die geringere Präsenz unter den Fachärzten sowie unter den Selbständigen, die Unterschiede in Status und Einkommen zu Lasten der Frauen sowie die fortwährende geschlechtliche Konnotation von Fachgebieten verweisen darauf, dass „Geschlecht“ auch unter veränderten Bedingungen Ungleichheiten erzeugen kann.

Ähnlich „nachhaltig“ zeigt sich diese Wirkungsmacht mit Blick auf die ArzthelferInnen. Dieser Beruf wird zum aller größten Teil von Frauen ausgeübt. Trotz des niedrigen Einkommensniveaus und geringer Aufstiegschancen scheint er weiterhin als Ausbildung attraktiv zu sein. Zugleich weisen die neuen Aufgaben des Praxismanagements auch in diesem Bereich auf Veränderungen hin, die mögliche Aufstiegschancen für Frauen beinhalten können. In der Physiotherapie wie in der Pflege sind bereits seit längerem Verschiebungen in der Relation der Geschlechter zu beobachten. Beide Berufe werden zunehmend auch für Männer attraktiv. In der Physiotherapie ist diese Entwicklung am weitesten fortgeschritten. Doch insgesamt ist kaum etwas über die Differenzierungen *innerhalb* der Professionen bekannt. Ebenso wenig

wissen wir, welche Veränderungen sich hieraus im Gefüge der Berufsgruppen ergeben.

Insgesamt ist zwar eine hartnäckige Existenz hierarchischer Geschlechterarrangements im Gesundheitssektor nachzuweisen: Frauen sind nach wie vor überproportional in Professionssegmenten und Berufen vertreten, die ökonomisch und sozial über ein niedrigeres Prestige als die von Männern favorisierten Bereiche verfügen. Doch gleichzeitig zeichnen sich in den letzten Jahren auch deutliche *Flexibilisierungen* ab. Die umfassenden Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen erzeugen auch eine *Dynamik* im Berufsfeld. Bisher ist nicht untersucht, wie sich die aktuellen Veränderungen auf Berufsstrukturen, Erwerbsmuster und Karrierechancen speziell von Frauen auswirken. Die Fragestellungen des Projektes nach dem Zusammenspiel der Entwicklungen in der Medizin und den Gesundheitsberufen mit unterschiedlichen Professionalisierungserfolgen zielen auch darauf, die in der Forschung reproduzierte Polarisierungen zwischen ärztlich/nicht-ärztlich, Profession/Hilfstätigkeit, selbständig/angestellt und ähnlichen Dualismen im Ansatz aufzubrechen. Diese Begriffe beinhalten eine geschlechtliche Konnotation und laufen somit Gefahr, die Ergebnisse in gewisser Weise zu präformieren. Die hier eingenommene Perspektive bietet demgegenüber Möglichkeiten, auch die Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Frauen genauer zu erfassen.

Organisationen als mikropolitische Kosmos und als zukunftsweisendes Gestaltungsfeld

Mit den neuen Steuerungsimpulsen gewinnt die Organisation in der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Sie wird gewissermaßen zu einer „Schaltstelle“ der Umsetzung dieser Modelle und verfügt dabei über wesentliche eigenständige Gestaltungspotenziale. Aus der Organisationsforschung ist bekannt, dass sich neue Modelle nicht so bedingungslos top-down durchsetzen. Vielmehr wird hier ein hochkomplexes mikropolitische Bedingungsgefüge relevant, das sich sowohl begünstigend als auch hemmend für die Vorhaben erweisen kann. Nicht zuletzt sind diese Zusammenhänge auch durch die Studien zur Implementierung gleichstellungspolitischer Maßnahmen belegt.

Sowohl die professionsbezogenen als auch die gesundheitswissenschaftlichen Forschungen weisen gerade mit Blick auf die Organisation erhebliche „Schwachstellen“ auf. Die in der Gesundheitsforschung dominiierende Systemperspektive sowie das gegenwärtige Primat einer betriebswirtschaftlichen Logik verstellen den Blick auf das komplexe Bedingungsgefüge. Insbesondere bleiben die Akteure und ihre jeweils spezifisch geprägten Handlungsstrategien und Motive marginal. Innerhalb dieses konzeptionellen Rahmens können weder ein mögliches Scheitern noch die Bedingungen einer erfolgreichen Implementierung präziser analysiert werden. Die Professionsforschung ist nach wie vor erheblich durch das Bild selbständiger, autonom handelnder Professionsinhaber geprägt. Institutionelle Vorgaben und organisationale Kontexte werden aus dieser Sicht zu „externen Mächten“, die den Einfluss von Professionen schwächen und

Professionalisierungsprozesse blockieren. Einige neuere Arbeiten diskutieren diese Annahmen kritisch und weisen nach, dass organisationale Kontexte auch begünstigende Einflüsse auf Professionalisierungsprozesse ausüben können.

Ein wesentlicher Schwerpunkt des Projektes wird darauf liegen, die Organisation als komplexes „Setting“ in der ambulanten Versorgung genauer in den Blick zu nehmen. Wie integrieren die Organisationen die neuen externen Anforderungen in ihren Aufgabenbereich und in ihre Alltagsroutinen? Reagieren sie im Hinblick auf neue Anforderungen der Abstimmung mit weiteren Akteuren eher mit bürokratischen Regelungen oder mit kooperativen Modellen? Greifen sie eher auf hierarchische Handlungsmuster zurück oder bilden sie Netzwerkstrukturen aus?

Ausblicke

Wir betrachten die Modellprojekte und Reformvorschläge in der ambulanten Gesundheitsversorgung als eine „Synapse“, um die Vielschichtigkeit der Veränderungen zu erfassen und der empirischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Ziel der Studie ist es, die jeweils spezifischen Engführungen professionssoziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Ansätze zu überwinden und auf einer empirisch geleiteten Basis neue Vorschläge zu entwickeln. Damit einher geht das Interesse, bestehende Lücken in den vorliegenden Daten zu verringern und bisher vernachlässigte Verweisungen zwischen Steuerungsimpulsen, Erwerbsstrukturen und Qualitätsaspekten der Versorgung herauszuarbeiten.

Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die veränderten Rahmenbedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung und die veränderten Formen der Berufspraxis dazu beitragen, die hegemonial „männlich“ geprägte medizinische Profession in ihrer internen Strukturierung wie auch in der Stellung zu anderen Gesundheitsberufen wie den Arzthelfer/innen und Physiotherapeut/innen zu verändern. Damit würden strukturell Möglichkeiten für weniger hierarchisierte Arbeitsformen zwischen den in der ambulanten Versorgung tätigen Berufsgruppen eröffnet. Auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen könnten Erwerbsformen entstehen, die im Sinn beruflicher Kompetenz, Karrierechancen, sozialer Sicherung und selbstbestimmter – insbesondere familienorientierter – Lebensführung „zukunftsfähig“ sind.

Ebenso liegen Hinweise auf gegenteilige Entwicklungsmöglichkeiten vor. Diese sind vor allem in neuen sozialen Polarisierungen innerhalb der medizinischen Profession, in einer weiteren Prekarisierung der Assistenz Tätigkeiten sowie in neuen Risiken des „Selbstunternehmertums“ bei den Gesundheitsfachberufen zu vermuten. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Frauen nach wie vor in höherem Maße als Männer für reproduktive Aufgaben zuständig sind und darüber hinaus unabhängig von ihrer realen Lebenssituation in dieser Rolle gesehen werden, könnten diese Entwicklungen biographisch wie lebenslagenspezifisch eher weitere soziale Polarisierungen auch innerhalb der Gruppe der Frauen hervorrufen.

Mit Blick auf die politisch-praktischen Erträge des Projektes sollen zum einen Handlungsspielräume für eine geschlechtergerechte Gestaltung der Erwerbsstrukturen im Gesundheitssektor aufgespürt werden. Zum zweiten geht es um Gestaltungsperspektiven der ambulanten Gesundheitsversorgung, die dazu beitragen, die ökonomische und/oder medizinische Vereinfachung von Effektivitäts- und Effizienzkriterien aufzubrechen und die umfassenden sozialen Konsequenzen der Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar zu machen. Ein wesentlicher Aspekt wird dabei die Frage der Dienstleistungsqualität (vgl. Bauer 2000) sein. Die Ergebnisse dieses Projektes versprechen, so hoffen wir, weiterführende Einsichten für die theoretische Debatte wie auch für die Praxis der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Literatur

Bauer, Rudolph, 2000: *Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriffe, Qualität und Zukunft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut, 1998: *Das Märchen von der Kostenexplosion*. Frankfurt: Fischer.

Crompton, Rosemary; LeFeuvre, Nicky; Birkelund, Gunn Elisabeth, 1999: „The restructuring of gender relations within the medical profession“, in: Rosemary Crompton (ed.), *Restructuring gender relations and employment*. Oxford: Oxford University Press, 179-200.

Halford, Susan; Savage, Mike; Witz, Anne, 1997: *Gender, careers and organizations*. London: MacMillan.

Hanlon, Gerald, 1998: „Professionalism as enterprise: Service class politics and the redefinition of professionalism“, *Sociology* 32, Heft 1: 43-63.

Lane, Christel, 2001: *The professions transformed: Deprofessionalization or reprofessionalization?* Paper presented at the 5th Conference of the European Sociological Association. Helsinki, Finnland, 28.08.-01.09.2001.

Riska, Elianne, 2001: „Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?“, *Social Science and Medicine* 52: 187-197.

Ellen Kuhlmann

Telefon: 0421/218-4404

E-Mail: e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de