

Atypische Arbeitsverhältnisse im öffentlichen Dienst Südtirols 2009-2013

Bereich Sanität



Atypische Arbeitsverhältnisse im öffentlichen Dienst Südtirols

Zeitraum 2009–2013

Bereich Sanität

Verantwortlicher im Sinne des Gesetzes: Toni Serafini

Leitung: Stefan Perini

Projektkoordination: Werner Pramstrahler

Autoren: Werner Pramstrahler, Heidi Flarer

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Nachdruck, Verwendung von Tabellen und Grafiken, fotomechanische Wiedergabe - auch auszugsweise - nur unter Angabe der Quelle (Herausgeber und Titel) gestattet.

© AFI 2015

AFI | Arbeitsförderungsinstitut

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße, 1

I - 39100 Bozen

T. +39 0471 418 830

office@afi-ipl.org

www.afi-ipl.org

Die Datengrundlage für diese Untersuchung wurde von der Abteilung Arbeit der Landesverwaltung zur Verfügung gestellt. Die Neuklassifikation der Daten liegt in der Verantwortung des AFI | Arbeitsförderungsinstituts.

Ohne die wertvolle Mithilfe von Seiten der Kollegen der Abteilung Arbeit wäre diese Studie nicht zustanden gekommen. Wir bedanken uns recht herzlich bei Dr. Helmuth Sinn, Leiter der Abteilung Arbeit. Des Weiteren bei Dr. Stefan Luther (Direktor) und Dr. Antonio Gulino (Mitarbeiter) des Amtes für Arbeitsmarktbeobachtung. Wesentlich für eine korrekte Einstufung der Sachlage waren Fachexperten und direkt Betroffene.

Wir bedanken uns bei allen Interviewpartnern, den Experten aus den jeweiligen Bereichen, den Gewerkschaftern und vor allen Dingen den Teilnehmern an den Fokusgruppen.

Abstract

Die Sanität ist mit über 9.300 Beschäftigten nach Bildung und Verwaltung der drittgrößte Bereich des öffentlichen Dienstes Südtirols; zwischen 2009 und 2013 lässt sich ein Anstieg der Beschäftigung von 2,75% verzeichnen. Unter der Perspektive der Stabilität des Arbeitsverträge kann die Entwicklung im öffentlichen Südtiroler Sanitätswesen im Beobachtungszeitraum als überaus positiv bewertet werden. Die Altersstruktur zeigt sich – zur Zeit noch – ausgewogen, der Anteil an Inhabern unbefristeter Vollzeitstellen (59,2%) und unbefristeter Verträge (86,5%) liegt sehr hoch. Ohne Zweifel führen die hohen Qualifikationsanforderungen und der ausgeprägte Professionalismus in den Kernbereichen der öffentlichen Sanität zu dieser beschäftigungspolitischen Stabilität. Potenziell kritisch ist die rückläufige Chance der unter-30-jährigen Bediensteten, in Form eines unbefristeten Vertrages beschäftigt zu werden (- 18,7 Prozentpunkte von 2009-2013). Trotz dieser positiven Vorzeichen steht die Personalpolitik im öffentlichen, aber auch im privaten Gesundheitswesen Südtirols vor beträchtlichen Herausforderungen. Die Entwicklungen in diesem Bereich sind von besonderer Relevanz, denn die Gesundheitswirtschaft und als deren konstitutiver Bestandteil das Gesundheitswesen können mittlerweile als „Treiber“ sowohl des gesellschaftlichen Wohlbefindens als auch der ökonomischen Prosperität gelten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Beschäftigungspolitische Relevanz	4
1.1 Die Beschäftigungslage im Sektor	4
1.2 Die Entwicklung der typischen und atypischen Beschäftigungsformen	6
2 Die Gründe für den Einsatz atypischer Arbeitsverhältnisse	9
2.1 Die Gründe für die beschäftigungspolitische Stabilität	9
2.2 Die Werkverträge	10
2.3 Prekaritätsgefährdung durch Arbeitsbelastung?	10
3 Fazit	11
Literaturverzeichnis	12

Beschäftigungspolitische Relevanz

1.1

Die Beschäftigungslage im Sektor

Numerisch gesehen ist die Sanität mit über 9.300 Beschäftigten nach der Bildung und der Verwaltung der drittgrößte Bereich des öffentlichen Dienstes Südtirols. Die Relevanz dieses Segments des öffentlichen Dienstes geht weit über die beschäftigungspolitische Bedeutung im engeren Sinne hinaus. Zum einen handelt es sich um einen in modernen Gesellschaften essenziellen Bereich; zum anderen ist die Nutzung der Dienstleistung im Krankheitsfall für die Individuen ein zutiefst emotionales Ereignis. Was für viele Beschäftigte in diesem Bereich „Arbeitsroutine“ ist, empfinden die Patienten vielfach als ein außergewöhnliches Schicksal (Kühn 2015: 26 ff). Beide Aspekte beeinflussen auf vielfältige Weise die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich: über die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, die räumliche Verteilung der Dienstleistungen, die daraus resultierende berufliche Zusammensetzung in den Krankenhäusern und Gesundheitssprengeln, die betriebsinterne Organisation und den konkreten Aufgabenzuschnitt. Eine grundlegende Rahmenbedingung ist der demografische Wandel, der zu einem steigenden Bedarf an diagnostischen und therapeutischen Leistungen führt; hinzu kommen neue Aufgabenbereiche wie Prävention, Rehabilitation und in vielen Fällen auch Pflege bis hin zu Palliativleistungen. Es verwundert daher nicht, dass der Gesundheitsbereich eine sehr ausdifferenzierte Berufslandschaft (Bräutigam et al. 2013, 5) aufweist: Während im medizinischen und technischen Bereich der Ausbau von Spezialisierungen und Spezialqualifikationen vorherrschen, gehören im koordinierenden und mittleren Bereich die Neudefinition von Tätigkeitsfeldern und sich durch Reorganisationsprozesse wandelnde Aufgabenzuschnitte zu den feststellbaren Entwicklungen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt sowie der Alterungsprozess der im Sektor Beschäftigten. Die sich ändernden gesellschaftlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen (Überblick bei Nagler 2014) führen dazu, dass dem Personalmanagement im öffentlichen Gesundheitsbereich in Zukunft eine noch höhere Bedeutung als gegenwärtig zukommen wird. Gerade in diesem Bereich des öffentlichen Dienstes ist die Qualität der Dienstleistung sehr eng mit der Qualität der Arbeitsbedingungen verknüpft.

Der vorliegende Bericht beschäftigt mit einem ausgewählten – wenngleich überaus wichtigen – Ausschnitt des Personalmanagements: der Entwicklung und der Anzahl der typischen und atypischen Arbeitsverhältnisse. Die Zahl der Beschäftigten beläuft sich im Sanitätsbereich zum 31.12.2013 auf über 9.300; zwischen 2009 und 2013 lässt sich ein Anstieg von 2,75% verzeichnen.

Abbildung 1

Der öffentliche Dienst Südtirols und seine Bereiche im Sinne der Studie mit der Anzahl der Beschäftigten und der Veränderung 2009- 2013

	Bezeichnung des Bereiches	Arbeitgeber/Auftraggeber, die dem jeweiligen Bereich zugeordnet worden sind	Anzahl der Beschäftigten (31.12.2013)	Veränderung in % 2009-2013
Öffentlicher Dienst	Bildung	Alle von den Fachoberschulen, Lehranstalten, Musikschulen, Schulen, Kindergärten abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	15.698	+1,4
	Verwaltung	Alle von der Landesverwaltung, den Gemeinden und Bezirksgemeinschaften abgeschlossenen Verträge, die nicht in die anderen Kategorien fallen.	13.539	-2,0
	Sanität	Alle von den Sanitätsbetrieben (Gesundheitsbezirke und -sprengel) abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	9.355	+2,7
	Pflege	Alle von Seniorenheimen, Stiftungen, Pflegeheimen, dem Betrieb für Sozialdienste Bozen, den Sozialwerkstätten und den Sozialsprengeln (stationäre und halbstationäre Dienste der Bezirksgemeinschaften) abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	4.016	+11,5

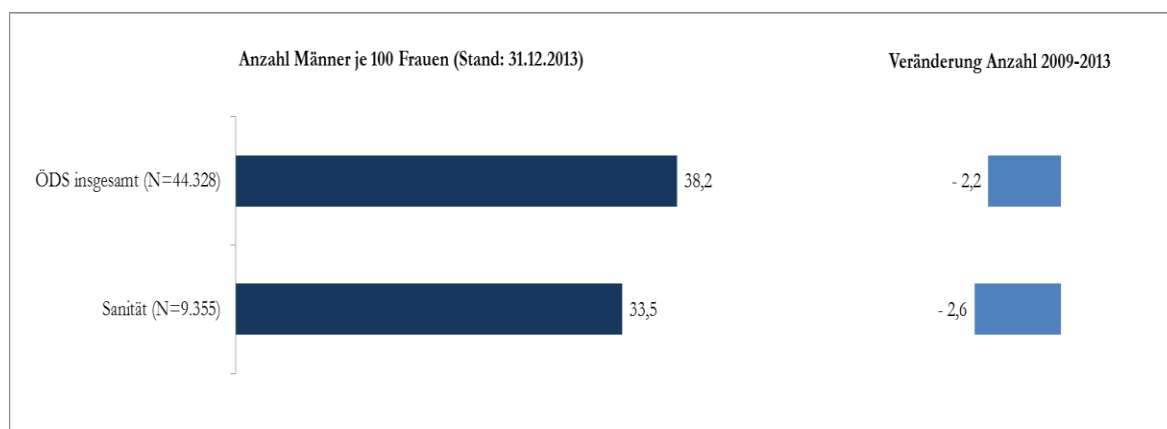
	Kultur und Sport	Alle von öffentlichen Museen, Bibliotheken, Sportstätten, Naturparkhäuser abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	455	+35,0
	Beratung	Alle von der Handelskammer, den Berufskammern -und -verbände, dem TIS, dem AFI, der Stiftung Vital abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	344	+41,0
	Sonderbetriebe Agenturen	Alle von der Agentur für Mobilität, der Abteilung Bodenschutz, den Botanischen Gärten, der Land- und Forstwirtschaftlichen Versuchsanstalt Laimburg, dem Institut für den sozialen Wohnbau, der Berufsfeuerwehr, dem Zivilschutz und den Wasserschutzbauten abgeschlossenen Verträge; inklusive des im Bereich tätigen Verwaltungspersonals.	921	-4,9
	Insgesamt öffentlicher Dienst Südtirol		44.328	+1,0
Affine Sektoren	Betriebe mit öffentlicher Beteiligung ¹	Alle von den Betrieben mit öffentlicher Beteiligung abgeschlossenen Verträge.	3.373	+15,8
	Eurac Universität	Alle von der Europäischen Akademie und der Freien Universität Bozen abgeschlossenen Verträge.	1.110	-2,2

© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Wie der öffentliche Dienst in seiner Gesamtheit, ist auch die Sanität eine Domäne weiblicher Erwerbstätigkeit: Auf 100 Frauen kommen lediglich 34 Männer.²

Abbildung 2

Beschäftigte im Sanitätsbereich nach Geschlecht, Vergleich mit dem ÖDS (Stand: 31.12.2013 und Veränderung 2009-2013)



© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

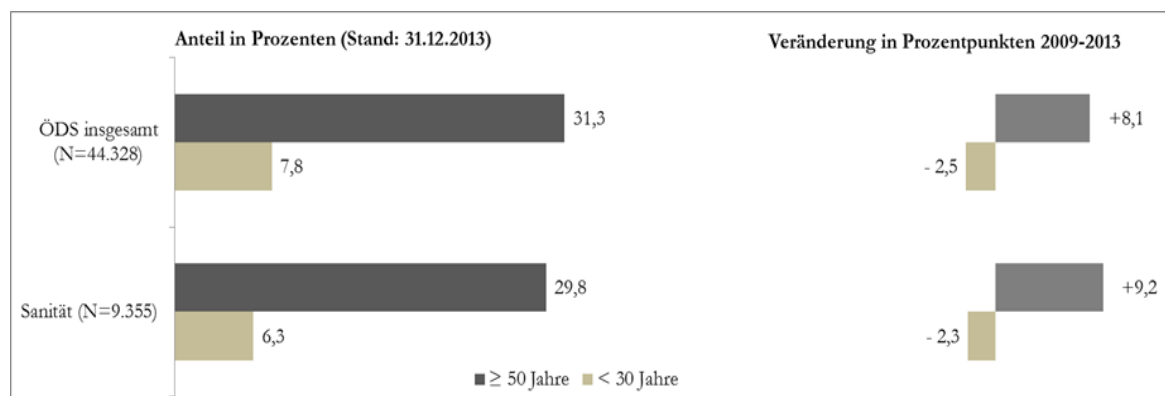
Mit einem Durchschnittsalter von 44,0 Jahren (Stand: 31.12.2013) liegt die Sanität sehr nahe am Durchschnittswert des gesamten öffentlichen Dienstes Südtirols (44,1 Jahre). Der Anteil der über 50-Jährigen weist einen vergleichsweise niedrigen Wert von 29,8% auf, allerdings sind auch „nur“ 6,3% der Beschäftigten jünger als 30 Jahre (31.12.2013). Während der Anteil der „Älteren“ im untersuchten Zeitraum überdurchschnittlich gestiegen ist (+9,2 Prozentpunkte), ist der Anteil der „Jüngeren“ im Vergleich zum gesamten öffentlichen Dienst Südtirols leicht unterdurchschnittlich zurückgegangen (-2,3 Prozentpunkte).

¹ In Südtirol existieren mehr als 200 Gesellschaften mit lokaler öffentlicher Beteiligung, Anstalten und Einrichtungen, die mit Landesgesetz oder Gemeindeverordnung errichtet worden sind.

² Die vertikale Segmentierung ist ebenso ausgeprägt: Während in den unteren Funktionsebenen die weiblichen Beschäftigten stark dominieren, so prägen die männlichen Beschäftigten die Führungsebene. Siehe hierzu ASTAT 2014: 47; Übersicht 2.10.

Abbildung 3

Beschäftigte im Sanitätsbereich nach Alter, Vergleich mit dem ÖDS (Stand: 31.12.2013 und Veränderung 2009-2013)



© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Die vorliegende Arbeit untersucht für den Zeitraum 2009 – 2013 folgende Aspekte: 1) Wie haben sich atypischen Arbeitsformen im Sanitätsbereich entwickelt? 2) Wie wirkt sich die Politik der Ausgabenbeschränkung auf die Entwicklung der Beschäftigungsformen aus? 3) Aus welchen sachlichen Gründen werden Personen mit atypischen Vertragsformen zum Einsatz gebracht? 4) Aus welchen Gründen und mit welchen Perspektiven akzeptieren atypisch Beschäftigte diese Vertragsform? 5) Ob und in welcher Form kann die Nutzung dieser Vertragsformen zu einer Prekaritätsgefährdung führen?

1.2

Die Entwicklung der typischen und atypischen Beschäftigungsformen

Der Bereich der Sanität deckt seine Beschäftigung zu 59,2% mit „typischer abhängiger“ Beschäftigung, also unbefristeten Vollzeitstellen, ab. Dies ist – abgesehen vom numerisch weit weniger relevanten männlich dominierten Bereich „Sonderbetriebe“ - ein Spitzenwert. Über eine unbefristete Stelle (sowohl in Form von Voll- auch als Teilzeitstellen) verfügen 86,5%; dies ist der höchste Wert aller Segmente des ÖDS. Bemerkenswert ist die geringe Anteil an Befristungen: Lediglich 12,4% der Beschäftigten sind mit einem solchen Vertrag beschäftigt; einen niedrigen Wert weisen nur die „Sonderbetriebe“ auf.

Abbildung 4

Beschäftigte im Sanitätsbereich nach Vertragsform, Vergleich mit dem ÖDS (Stand: 31.12.2013)

Vertragsform	ÖDS insgesamt	Bereich Sanität
Vertrag auf unbestimmte Zeit (inkl. Pflichtaufnahme) - Vollzeit	53,0%	59,2%
Vertrag auf unbestimmte Zeit (inkl. Pflichtaufnahme) - Teilzeit	23,6%	27,3%
Vertrag auf bestimmte Zeit - Vollzeit	13,1%	9,9%
Vertrag auf bestimmte Zeit - Teilzeit	9,1%	2,5%
Projektarbeit / Kontinuierliche und koordinierte Mitarbeit / Stiller Gesellschafter / Teilhaber auf Zeit / Agenturvertrag	0,7%	0,1%
Ausbildungsvertrag	0,1%	0,0%
Tagelöhner / Arbeit auf Abruf / Job on call	0,1%	0,5%
Praktikum	0,3%	0,5%
Sonstiges (Arbeit Berggebiete, Heimarbeit, Arbeitsplatzteilung, Schauspielwesen, Genossenschaftsmitglieder, usw.)	0,1%	0,0%
Insgesamt	100,0%	100,0%

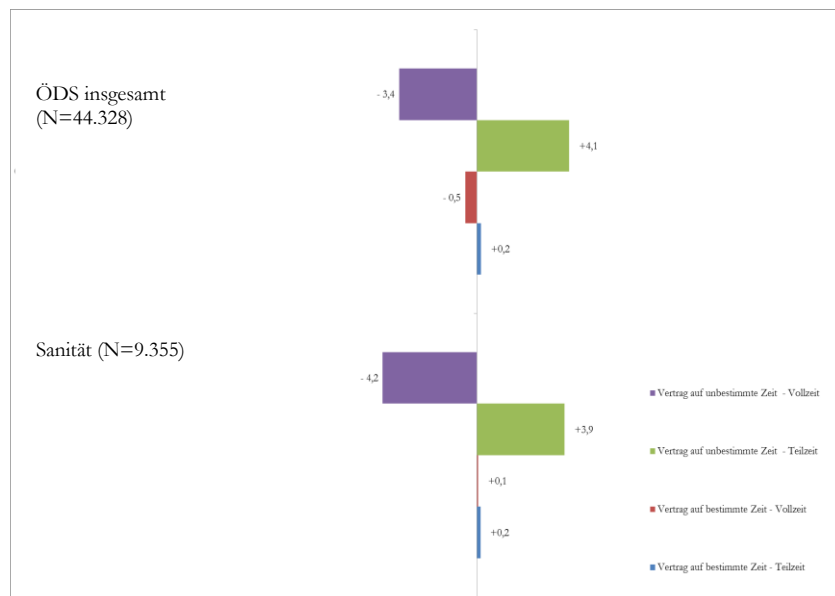
© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Eine bemerkenswerte Rolle spielen hingegen die sog. „Werkverträge“. Diese freiberufliche Beschäftigungsform unterliegt nicht der Registrierungspflicht und scheint somit nicht in der für die Analyse verwendeten Datenbank der Abteilung Arbeit auf.

Die im engeren Sinne typische Beschäftigung (verstanden als unbefristete Vollzeitbeschäftigung) geht im Zeitraum 2009-2013 trotz des leichten Beschäftigungsanstieges zurück (-4,2 Prozentpunkte). Zugenommen hat die Teilzeitbeschäftigung. Vor allem Frauen nutzen diese Beschäftigungsform: 35,5% weibliche Beschäftigte versus 2,9% der Männer (31.12.2013).

Abbildung 5

Entwicklung ausgewählter Vertragsformen im Sanitätsbereich (Veränderung in Prozentpunkten 2009-2013, Stichtag 31.12)

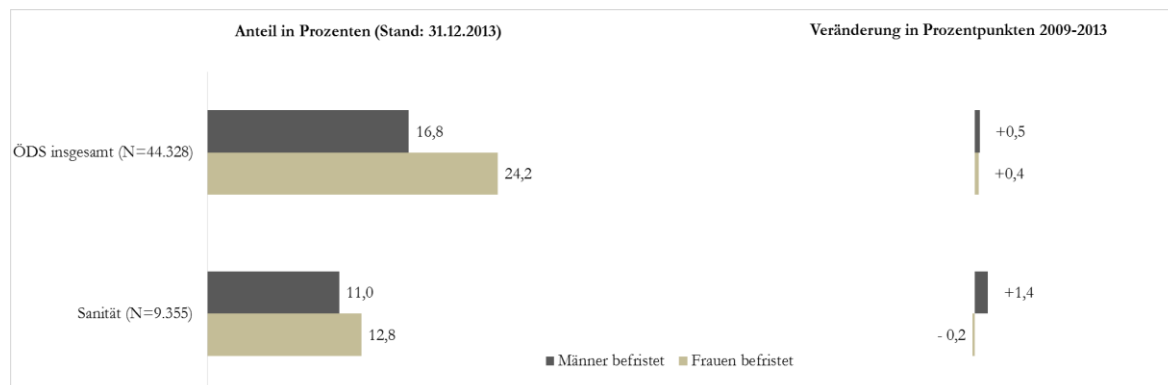


© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Die befristeten Stellen bleiben tendenziell stabil (12,4%, +0,17 Prozentpunkte im Vergleich zu 2009); bemerkenswerterweise scheinen keine relevanten Geschlechtsunterschiede bzgl. der Dauer des Vertrages auf: Männer haben zu 87,4% unbefristete Arbeitsverträge und arbeiten zu 11,0% befristet, Frauen sind zu 86,3% mit unbefristeten und zu 12,8% mit befristeten Verträgen beschäftigt.

Abbildung 6

Anteil der befristet Beschäftigten im Sanitätsbereich nach Geschlecht, Vergleich mit dem ÖDS (Stand: 31.12.2013)



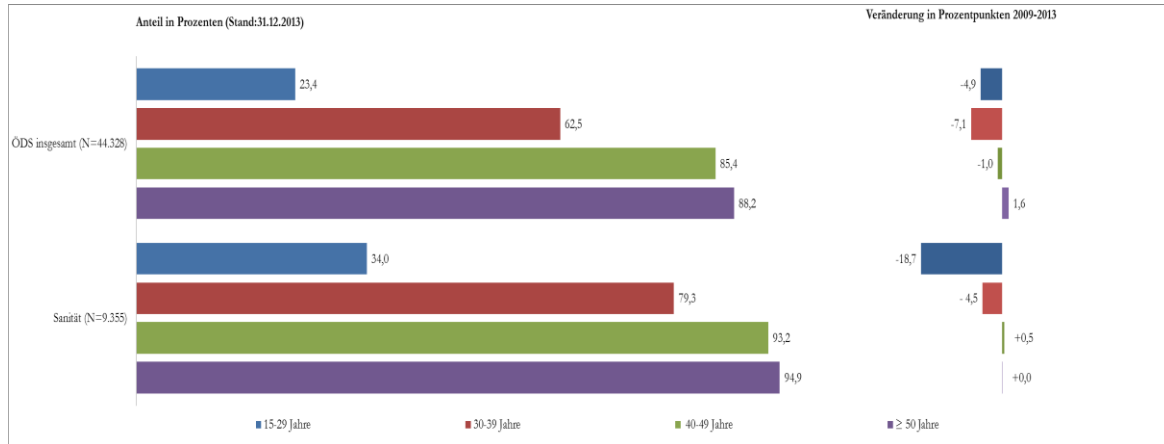
© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Aufschlussreich für die Personalrekrutierungspolitik des Untersuchungszeitraumes ist die Analyse der Vertragsformen nach Alter. Zwar ist der Anteil der unter 30-jährigen Beschäftigten mit unbefristeten Verträgen mit 34,0% überdurchschnittlich; der Rückgang bezogen auf das Jahr 2009 beträgt allerdings

bemerkenswerte 18,7 Prozentpunkte. Dagegen sind in der Gruppe der über 40- und in jener der über 50-Jährigen über 90% mit unbefristeten Verträgen beschäftigt.

Abbildung 7

Anteil der unbefristet Beschäftigten (Voll- und Teilzeit) im Sanitätsbereich nach Altersklassen, Vergleich mit dem ÖDS (Stand: 31.12.2013 und Veränderung 2009-2013)



© AFI 2015. Quelle der Verwaltungsdaten: Amt für Arbeitsmarktbeobachtung. Kategorisierung und Ausarbeitung: AFI.

Die Gründe für den Einsatz atypischer Arbeitsverhältnisse

2.1

Die Gründe für die beschäftigungspolitische Stabilität

Den Sektor kennzeichnet der hohe Anteil an unbefristeten Vollzeit- und Teilzeitarbeitsverhältnissen. Noch stärker als in den anderen Sektoren des öffentlichen Dienstes ist die fachliche Qualifikation und Spezialisierung im Gesundheitswesen von essenzieller Bedeutung. Dieses Faktum und eine Reihe von Vorschriften setzt der „Ersetzbarkeit“ und Mobilität des Personals vergleichsweise enge Grenzen.

„Wenn ich eine Verwaltungsfachkraft habe, die aus der Mutterschaft zurückkehrt und einen reduzierten Stundenplan nehmen möchte, z.B. 75%, dann habe ich einen Handlungsspielraum [mit Kollegen derselben Funktionsebene]. Aber in der Sanität gibt es Bereiche, in denen ich das Berufsbild nicht beliebig tauschen kann: Eine Ärztin kann nicht durch eine Pflegekraft ersetzt werden. Für manche Bereiche – etwa im OP, in der Psychiatrie, bei Kindern – braucht es sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich Zusatzqualifikationen, über die nicht jeder verfügt. [VerwEx Sanität; 35:40]

„Wir müssen uns bewusst sein: Eine Befristung in der Sanität ist etwas anderes als beim Land oder in der Gemeindeverwaltung. Da kann es nicht beispielsweise mobile Arbeitskräfte in Form eines Personalpools geben. Das wäre auch in Bezug auf die Qualität des Dienstes nicht überall sinnvoll. Qualität heißt in diesem Bereich ja auch, dass der Betreute stets denselben Ansprechpartner hast.“ [Gew 03; 29:21].

Andererseits bemerken die gewerkschaftlichen Interviewpartner, dass es durchaus zu Änderungen im Bereich der beruflichen Struktur und der Tätigkeitszuweisungen kommen kann.

„Es besteht die Gefahr, etwa im Hinblick auf die Krankenpfleger und die Pflegehelfer. Denn letztere nehmen ständig zu und es liegt im Bereich des Möglichen, dass durch die Einsparungen Stellen für Krankenpfleger abgeschafft und dafür Pflegehelfer eingestellt werden. Das ist jetzt schon der Fall, dass es nach unten geht. Denn die einen sind in der Funktionsebene 7ter und die anderen in einer niedrigeren Stufe. Klar, dass letztere weniger kosten.“ [Gew 04; 07:26]

Die Vielfalt der Teilzeitformen und der Stundenfraktionierungen stellt für die Dienstplanung eine besondere Herausforderung dar. Jüngere, an Vollzeit interessierte und hierzu bereite Mitarbeiter werden besonders geschätzt. Die interviewten Experten plädieren für eine Einteilung der Teilzeit in Stufen, um die Planbarkeit der Arbeitszeiten zu verbessern. (VerwEx Sanität; 37:33). Gerade im Sanitätsbereich mit den hohen beruflichen Anforderungen bei bestimmten Berufsbildern beschränkt sich der Einsatz der befristeten Arbeitsverhältnisse (und der Formen von freiberuflicher Tätigkeit) auf die sachlich begründete Notwendigkeit, Mutterschaften und Erholungswartestände auszugleichen und dem Mangel an fachlich geeigneten Personen entgegenzuwirken.

Aufgrund der speziellen beruflichen Anforderungen und der sicherzustellenden Gesundheitsversorgung hat es im Untersuchungszeitraum in der Sanität keineswegs einen allgemeinen, sondern einen selektiven Personalaufnahme-„stopp“ gegeben, der insbesondere die Verwaltungstätigkeit und einige ausgewählte „weniger essenzielle“ Berufsbilder betroffen hat. Die interviewten Experten konstatieren, dass sich der „Rhythmus“ der Nachbesetzungen verlangsamt hat und im verwaltungstechnischen Segment nach Möglichkeit überhaupt nicht mehr nachbesetzt wird. Dieses Segment sei allerdings vergleichsweise gering und wird auf ca. 15% geschätzt, weswegen die Beschäftigungsentwicklung insgesamt einen positiven Saldo verzeichnet [VerwEx Sanität 05:53; Gew 01/02; 23:39].

2.2

Die Werkverträge

Wenngleich nicht in der analysierten Datenbank registriert, geht aus den Experteninterviews deutlich hervor, dass zur Gewährleistung der Gesundheitsleistungen nach wie vor Werkverträge genutzt werden. Angesichts des knappen Angebotes an fachlich wie formell geeigneten Personen für manche Berufsbildern und dem Ausbau der Gesundheitsleistungen in den vergangenen Jahrzehnten wird qualifiziertes Personal, das in der Regel allerdings über keinen Zweisprachigkeitsnachweis verfügt, mittels Werkvertrag, also in Form einer freiberuflichen Tätigkeit, beschäftigt. Waren 2011 noch ca. 700 Stellen mit Werkvertragsinhabern besetzt, so betrug deren Anzahl im Jahr 2013 nurmehr 548. Der überwiegende Teil davon sind Ärzte und Krankenpfleger (Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb und Auskunft VerwEx Sanität).

„Die Regelungen sehen vor, dass Werkverträge nur dann vergeben werden können, wenn es vorher eine Ausschreibung gegeben hat, sich aber keine geeigneten Kandidaten gefunden haben. [Die Nutzung von Werkverträgen] entspricht somit keineswegs der Absicht, sich in Richtung prekäre Arbeitsverhältnisse begeben zu wollen, sondern es geht um das Anbieten eines Dienstes, den wir nicht mit unbefristeten Beschäftigten abdecken können, weil niemand im Moment die Voraussetzungen dafür erfüllt. [VerwEx Sanität; 17:57].

„Das Problem ist nicht das Fehlen der Bereitschaft der Sanitätsverwaltung, Leute unbefristet einzustellen. [...] Also im Bereich der Ärzte ist sicherlich die Zweisprachigkeit das Problem. Im Pflegebereich gibt es auch viele Menschen aus Polen und Südamerika, die ganz klar keinen Zweisprachigkeitsnachweis haben, in manchen Fällen auch keine EU-Staatsbürgerschaft. Da fehlen also einige Voraussetzungen, um im öffentlichen Dienst aufgenommen werden zu können.“ [Gew 01/02; 26:52]

Sobald die mit Werkvertrag beschäftigte Personen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, werden sie in der Regel übernommen bzw. nehmen an Wettbewerben teil.³ Dies gilt auch für den Fall, das ausreichend Personen zur Verfügung stehen, die die formalen Zugangsvoraussetzungen erfüllen. Dennoch lassen sich in Einzelfällen Situationen der Prekaritätsgefährdung nicht ausschließen. Zudem bewältigen nicht alle Interessierten die Anforderungen des Wettbewerbes.

2.3

Prekaritätsgefährdung durch Arbeitsbelastung?

Angesichts der vielfach dokumentierten besonderen körperlichen, psychischen und psychosozialen Arbeitsanforderungen, die im Gesundheitswesen und in der Pflege vorhanden sind, muss der Alterungsprozess der Bediensteten besonders beachtet werden. Eine Prekaritätsgefährdung orten die Interviewten bei den Mitarbeitern, die angesichts der hohen (psychischen) Belastungen ihren Dienst nicht mehr ausüben können.

„Es gibt schon noch Leute; wir brauchen die auch, wenngleich wir noch genug haben. Irgendwann bricht uns die Struktur zusammen – durch die Pensionsreform vielleicht etwas später. Aber in naher Zukunft bricht ein großer Brocken weg. Das ist die Kohorte jener, die ungefähr 60 Jahre alt sind.“ [VerwEx Sanität; 47:25].

„Gerade in der Sanität und im Sozialwesen ist es ein Fakt, dass die Arbeit körperlich belastend ist. Wenn jetzt länger gearbeitet werden muss, insbesondere bei den Frauen, dann ist zu befürchten, dass die Anzahl jener, die ihre Tätigkeiten aus medizinischer Sicht nicht mehr ausüben können, wahrscheinlich exponentiell steigen wird. Und da muss man schauen, was passiert, wo tut man diese Leute hin? Welche Tätigkeiten können diese ausüben? Und das ist sicher ein Thema, das wichtig ist und das auch für den Arbeitgeber wichtig ist. Es fängt jetzt schon an, dass der Arbeitgeber Mitarbeiter hat, die nicht für alles geeignet sind und [er] nicht weiß, welche Aufgaben er diesen zuteilen soll. Der öffentliche Dienst war in Südtirol auch bekannt für seine soziale Auffangfunktion. Wenn nun aus finanziellen Gründen diese Möglichkeit nicht mehr besteht, wird es in diesen Bereichen ein Problem werden.“ [Gew 01/02; 58:14].

³ Ein Beispiel hierfür sind die Abgänger der Claudiana. Sie „ersetzen“ wo möglich die mit Werkvertrag Beschäftigten. Dies hat zu einem „informellen Solidaritätsabkommen“ geführt: einer Reduzierung der Stunden, um die Anzahl der freiberuflich Beschäftigten nicht verringern zu müssen. Allerdings lässt sich auch für die Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe eine verlangsamte Übernahme in den öffentlichen Gesundheitsdienst in Form unbefristeter Verträge verzeichnen. Siehe hierzu Arbeitsmarktnews 4/2015.

Fazit

Unter der Perspektive der Stabilität des Arbeitsvertrages ist die Entwicklung im öffentlichen Südtiroler Sanitätswesen überaus positiv; potenziell kritisch ist die rückläufige Chance der unter-30-jährigen Beschäftigten, in Form eines unbefristeten Vertrages bedienstet zu werden. Ohne Zweifel führen die hohen Qualifikationsanforderungen und der ausgeprägte Professionalismus in den Kernbereichen der öffentlichen Sanität zu dieser beschäftigungspolitischen Stabilität.

Dennoch steht die Personalpolitik im (öffentlichen wie privaten) Gesundheitswesen vor beträchtlichen Herausforderungen. Die Entwicklungen in diesem Bereich sind von besonderer Relevanz, denn die Gesundheitswirtschaft und als deren konstitutiver Bestandteil das Gesundheitswesen können mittlerweile als „Treiber“ sowohl des gesellschaftlichen Wohlbefindens als auch der ökonomischen Prosperität gelten.⁴

- **Rekrutierung von Fachkräften.** Nicht nur für Fachärzte (hierzu Gesundheit 2020), sondern für eine Reihe von Tätigkeitsfeldern im Gesundheitswesen wird eine Verknappung des und eine europaweite Konkurrenz um qualifiziertes Personal prognostiziert (Bräutigam et al. 2014: 10).
- Der **rasante medizintechnologische Wandel** bedarf ständig neuer Qualifikationen und führt zur Einführung neuer Berufe und zum Tätigwerden neuer Spezialisten etwa in Krankenhäusern. Diese Entscheidungen führen unter Umständen zu enormen Investitions- und Personalkosten (Naegler 2014: 15 f.).
- Krankenhäuser befinden sich ständig im Umbruch: Neben der funktionalen Organisationsprinzipien treten **Organisationsformen, die auf Behandlungsprozesse ausgerichtet** sind. Dies führt zu neuen Aufgabenzuschnitten, neuen Schnittstellen und einem erhöhten Koordinationsaufwand, der häufig zur „Verunsicherung“ des Personals führt (Naegler 2014: 16 ff.).
- Gerade in stationären Einrichtungen besteht ein **direkter Zusammenhang** zwischen der Qualität der Arbeit und der Qualität der Versorgung⁵. Bereits seit mindestens 10 Jahren attestieren Studien, dass im Gesundheitswesen eine Reihe von Arbeitsplätzen durch „unzureichende Organisationsstrukturen, atypische und unverlässliche Arbeitszeiten, hohe psychische und physische Belastungen, durch administrative Tätigkeiten, wenig Planbarkeit und Beeinflussung der Arbeitsaufgaben, (...) eine hohe Differenz von zeitlichen Anforderungen und Ressourcen sowie durch eine Zunahme objektiver Belastungen und subjektiver Stresswahrnehmung gekennzeichnet“ (Bräutigam et al. 2014: 14) sind.

Das in Südtirol derzeit intensiv diskutierte und notwendige Vorhaben „Gesundheit 2020“ kann eine Gelegenheit darstellen, die Reorganisationsprozesse so zu gestalten, dass sie sowohl zur Verbesserung der Versorgungsqualität, der Kostendämpfung und der Qualität der Arbeit der Beschäftigten führen.

⁴ Das am IAT entwickelte „Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft“ ordnet eine Reihe von Tätigkeiten diesem Bereich zu: Innerhalb des „Kernbereiches“ liegen sämtliche stationäre und nicht-stationäre Dienste, aber auch Medizintechnik und Pharmazie. In den äußeren „Schichten“ findet sich auch der Gesundheitstourismus und die Lebensmittelherstellung. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass die Gesundheitswirtschaft einer der zukünftigen „Megatrends“ sein wird. Siehe die Beschreibung des Forschungsschwerpunktes „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“: http://www.iat.eu/index.php?article_id=56&clang=0

⁵ Für Österreich siehe Papouschek 2011, für die BRD die bei Bräutigam et al 2014: 14, FN 20 angeführte Literatur.

Literaturverzeichnis

AFI | Arbeitsförderungsinstitut (Hrsg.) (2014): Atypische Arbeitsverhältnisse im Öffentlichen Dienst Südtirols im Zeitraum 2009-2013. Autoren: Heidi Flarer und Werner Pramstrahler, Bozen. [http://www.afi-ipl.org/files/de-it/2014/14_12_18_Atyp_DEU_def_copy.pdf; 23.04.2015]

ASTAT | Landesinstitut für Statistik der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol (2014): Erwerbstätigkeit in Südtirol 2012, ASTAT-Schriftenreihe 201; Bozen: Eigenverlag.

Beobachtungsstelle für den Arbeitsmarkt der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol (2015): Die Absolventen der „Claudiana“ – eine Analyse. Arbeitsmarkt-News 4|2015; Autor: Thomas Benelli. Bozen: Eigenverlag. [http://www.provincia.bz.it/news/de/news.asp?news_action=300&news_image_id=747508; 12.10.2015]

Bräutigam, Ch.; Evans, M; Hilbert, J.; (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Reihe Wiso-Diskurs, Mai 2013. [http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf, 12.10.2015].

Bräutigam, Ch.; Evans, M; Hilbert, J.; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Arbeitspapier 306/2014 der HBS. Düsseldorf: Setzkasten.

Naegler, Heinz (2015): Personalmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin: mwv.

Papouschek, Ulrike (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. FORBA-Forschungsbericht 5/2011; Wien. [http://www.forba.at/data/downloads/file/578-FORBA_FP%2005_11.pdf; 12.10.2015]

Südtiroler Sanitätsbetrieb: Gesundheit 2020: <http://www.sabes.it/de/gesundheit2020.asp>