

Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor

Bogai, Dieter (Ed.); Thiele, Günter (Ed.); Wiethölter, Doris (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerk / collection

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
W. Bertelsmann Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bogai, D., Thiele, G., & Wiethölter, D. (Hrsg.). (2015). *Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor* (IAB-Bibliothek, 355). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag. <https://doi.org/10.3278/300887w>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



Institut für Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung

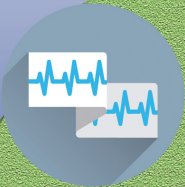
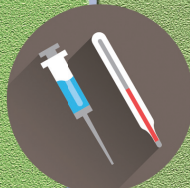
Die Forschungseinrichtung der
Bundesagentur für Arbeit

IAB

IAB-Bibliothek

355

Die Buchreihe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung



wbv

Dieter Bogai, Günter Thiele, Doris Wiethölter (Hg.)

Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor

Institut für Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung

Die Forschungseinrichtung der
Bundesagentur für Arbeit

IAB

IAB-Bibliothek

355

Die Buchreihe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung



Dieter Bogai, Günter Thiele, Doris Wiethölter (Hg.)

Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses E-Book ist auf dem Grünen Weg Open Access erschienen. Es ist lizenziert unter der CC-BY-SA-Lizenz.



Herausgeber der Reihe IAB-Bibliothek: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), Regensburger Straße 104, 90478 Nürnberg, Telefon (09 11) 179-0
■ **Redaktion:** Martina Dorsch, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, 90327 Nürnberg, Telefon (09 11) 179-32 06, E-Mail: martina.dorsch@iab.de
■ **Titelfoto:** fotolia: Polarpx; Thinkstock: bluebeary, shoo_arts, --MadDog-- (Fotonachweis) ■ **Gesamtherstellung:** W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld (www.wbv.de) ■ **Rechte:** Kein Teil dieses Werkes darf ohne vorherige Genehmigung des IAB in irgendeiner Form (unter Verwendung elektronischer Systeme oder als Ausdruck, Fotokopie oder Nutzung eines anderen Vervielfältigungsverfahrens) über den persönlichen Gebrauch hinaus verarbeitet oder verbreitet werden.

© 2015 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg/
W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co.KG, Bielefeld

In der „IAB-Bibliothek“ werden umfangreiche Einzelarbeiten aus dem IAB oder im Auftrag des IAB oder der BA durchgeführte Untersuchungen veröffentlicht. Beiträge, die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung des IAB bzw. der Bundesagentur für Arbeit wieder.

ISBN 978-3-7639-4097-4 (Print)
ISBN 978-3-7639-4098-1 (E-Book)
ISSN 1865-4096

Best.-Nr. 300887

www.iabshop.de

www.iab.de

Inhalt

Dieter Bogai

A	Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsträger: Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und beschäftigungspolitischer Paradigmenwechsel	11
1	Einleitung	13
2	Besonderheiten des Marktes für Gesundheitsleistungen	14
3	Das deutsche Gesundheitssystem	17
3.1	Institutionelle Grundstrukturen und Reformnotwendigkeiten	17
3.2	Bewertungsprobleme von Gesundheitsleistungen	22
4	Zur Genese der Gesundheitswirtschaft als Wachstums- und Beschäftigungsmotor	24
4.1	Vom Kostenfaktor zur wachstumsstarken Querschnittsbranche	24
4.2	Unterschiedliche Definitionen der Gesundheitswirtschaft	26
4.3	Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung	26
4.3.1	Die Gesundheitsausgabenrechnung	27
4.3.2	Die Gesundheitspersonalrechnung	29
4.3.3	Wachstums- bzw. Wertschöpfungsbeitrag des Gesundheitssektors	31
5	Die räumliche Verteilung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten ...	32
6	Zusammenfassung	36
	Literatur	37

Doris Wiethölter, Jeanette Carstensen

B	Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsträger: Empirische Analysen mit der Beschäftigungsstatistik.....	43
1	Einleitung	45
2	Empirische Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft	47
2.1	Das Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft	47
2.2	Gesundheitswirtschaft in der Wirtschaftszweigsystematik	48
3	Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland	50
3.1	Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Bundesländern	50

3.2	Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Deutschlands	59
3.3	Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft	62
3.4	Berufe in der Gesundheitswirtschaft	64
3.4.1	Häufigste Berufe	65
3.4.2	Entwicklung der Beschäftigung nach Berufen	67
3.5	Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ...	68
3.5.1	Alter	68
3.5.2	Ausländerbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft	72
3.5.3	Geschlecht	80
3.6	Flexible Beschäftigungsformen	83
3.6.1	Sozialversicherungspflichtige Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung	84
3.6.2	Geringfügig Beschäftigte	89
3.6.3	Leiharbeit in ausgewählten Gesundheitsberufen	93
4	Qualifikation und betriebliche Anforderungsniveaus der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft	96
4.1	Qualifikation der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft	96
4.2	Anforderungsniveau und Qualifikationsstruktur in der Gesundheitswirtschaft	99
4.3	Entwicklung der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft	102
4.4	Qualifikation und Anforderungsniveau in Gesundheitsberufen	103
5	Entgelte in der Gesundheitswirtschaft	106
5.1	Entgeltdifferenziale nach Frauen und Männern	107
5.2	Entgelte und geschlechterspezifische Entgeltdifferenzen nach Berufen im Kernbereich	110
5.3	Entgelte in der Kranken- und Altenpflege nach Anforderungsniveau ...	112
5.4	Entgelte in der Kranken- und Altenpflege nach Einrichtungen	115
6	Zusammenfassung	116
	Literatur	118
	Anhang (Tabelle A1 bis A20)	122
	<i>Carmen Pilger, Daniel Jahn</i>	
C	Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg	141
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale	143
2	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	145

2.1	Beschäftigungsentwicklung im Vergleich der Bundesländer	145
2.2	Beschäftigungsentwicklung auf Kreisebene: Regionale Besonderheiten	147
2.3	Strukturmerkmale der Beschäftigten	150
2.4	Wirtschaftszweige im Kernbereich des Gesundheitswesens	153
3	Gesundheitsberufe	155
4	Geringfügig entlohnte Beschäftigte	161
5	Berufsverläufe im Gesundheitswesen	164
5.1	Beschäftigungstreue im weiteren Sinne	167
5.2	Beschäftigungstreue im engeren Sinne	170
5.3	Berufstreue	172
6	Einflussfaktoren	175
6.1	Entlohnung in den Gesundheitsberufen	175
6.2	Wanderungen	178
7	Zusammenfassung	182
	Literatur	182

Doris Baumann, Stefan Böhme

D	Gesundheitswirtschaft in Bayern	187
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale	189
2	Ergebnisse der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für Bayern	190
3	Beschäftigungsentwicklung in der bayerischen Gesundheits- wirtschaft	192
3.1	Beschäftigte in den bayerischen Kreisen.....	193
3.2	Beschäftigungsstruktur nach Personengruppen	195
3.3	Wirtschaftszweige im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft	198
3.4	Gesundheitsberufe	199
3.5	Geringfügig entlohnte Beschäftigte	201
4	Berufsverläufe in Gesundheitsberufen	203
5	Entlohnung in Gesundheitsberufen	207
6	Zusammenfassung	209
	Literatur	210

Doris Wiethölder, Jeanette Carstensen, Dieter Bogai

E	Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg	213
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale ...	215
2	Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Berlin und den Regionen Brandenburgs.....	217
3	Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft	223
4	Strukturmerkmale der Beschäftigten.....	227
4.1	Geschlecht.....	227
4.2	Qualifikation.....	229
4.3	Alter	232
4.4	Arbeitszeit	234
5	Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft.....	239
5.1	Beschäftigungsentwicklung nach Berufen	239
5.2	Akademisierungstendenzen in ausgewählten Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Therapie- und Pflegeberufe.....	245
5.3	Beschäftigungsquoten in ausgewählten Gesundheitsberufen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft	247
5.4	Geringfügig entlohnte Beschäftigte im Gesundheitswesen (Kernbereich)	249
5.5	Zeitarbeit in ausgewählten Gesundheitsberufen	255
6	Verdienste in ausgewählten Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg (Kernbereich)	256
7	Pendler in ausgewählten Gesundheitsberufen zwischen Berlin und Brandenburg (Kernbereich)	260
8	Zusammenfassung	264
	Literatur	266

Peter Schaade

F	Gesundheitswirtschaft in Hessen	271
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale ...	273
2	Gesundheitswirtschaftliche Kennzahlen für Hessen	274
3	Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Hessens.....	274
3.1	Regionale Unterschiede im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft	275

3.2	Beschäftigung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	278
3.3	Beschäftigungsentwicklung in ausgewählten Gesundheitsberufen	279
4	Ausgewählte Gesundheitsberufe nach Strukturmerkmalen	281
4.1	Geschlecht.....	281
4.2	Arbeitszeit	283
4.3	Alter	285
4.4	Nationalität.....	287
5	Geringfügige Beschäftigung und Zeitarbeit.....	288
5.1	Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte	289
5.2	Zeitarbeit	291
6	Berufsbindung in ausgewählten Gesundheitsberufen.....	291
6.1	Verbleib in Beschäftigung allgemein.....	292
6.2	Berufstreue.....	293
6.2.1	Berufstreue im weiteren Sinne.....	294
6.2.2	Berufstreue im engeren Sinne	296
6.3	Verbleib der Ausgebildeten.....	297
7	Einkommensentwicklung	298
8	Zusammenfassung	300
	Literatur	302

Volker Kotte

G	Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg–Vorpommern	303
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale ...	305
2	Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft	307
2.1	Die Beschäftigungsentwicklung zwischen 2000 und 2010.....	313
2.2	Strukturen der Beschäftigung	317
3	Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheits- wirtschaft	319
4	Verdienst in Berufen der Gesundheitswirtschaft	322
5	Berufsverläufe in Berufen der Gesundheitswirtschaft – der Geburtsjahrgang 1968	327
6	Fazit.....	332
	Literatur	334

Georg Sieglen

H	Gesundheitswirtschaft in Nordrhein–Westfalen	337
1	Siedlungsstruktur und wirtschaftliche Merkmale	340
2	Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft in NRW – Clustermanagement	341
3	Demografischer Wandel in Nordrhein–Westfalen	342
4	Regionale Unterschiede der Beschäftigung in der Gesundheits- wirtschaft in Nordrhein–Westfalen	351
5	Beschäftigungslokalisation in den Teilbereichen der Gesundheits- wirtschaft	352
6	Struktur und Entwicklung der Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.....	356
7	Entwicklung der Angebots–Nachfrage–Relation in Gesundheits- berufen	365
7.1	Offene Stellen in Gesundheitsdienst- und Sozialberufen	366
7.2	Relation von Arbeitslosen zu offenen Stellen.....	368
7.3	Engpässe beim Pflegepersonal	368
8	Fazit.....	371
	Literatur	372

Uwe Sujata, Antje Weyh

I	Gesundheitswirtschaft in Sachsen	375
1	Siedlungsstruktur und wirtschaftliche Merkmale.....	377
2	Gesundheitswirtschaftliche Eckdaten	378
3	Prognose der Bevölkerungsentwicklung	378
4	Ausbildung in Gesundheitsberufen	380
5	Entwicklung und Struktur der Beschäftigung.....	381
6	Räumliche Konzentration der Gesundheitswirtschaft.....	385
7	Berufe in der Gesundheitswirtschaft	388
8	Arbeitslosigkeit.....	394
9	Stellenzugänge und Vakanzenzeiten der gemeldeten offenen Stellen ..	396
10	Attraktivität von Gesundheitsberufen	398
11	Zusammenfassung	402
	Literatur	402

Volker Kotte

J	Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein	405
1	Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale ...	407
2	Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft und deren Lokalisation in Schleswig-Holstein.....	409
3	Die Entwicklung in den 2000er Jahren	413
4	Strukturen der Beschäftigung	417
4.1	Alter	417
4.2	Geschlecht	418
4.3	Qualifikation	418
4.4	Nationalität und Arbeitszeit	419
5	Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheits- wirtschaft	419
6	Verdienst in Berufen der Gesundheitswirtschaft	421
7	Berufsverläufe in Berufen der Gesundheitswirtschaft – der Geburtsjahrgang 1968	427
8	Fazit	434
	Literatur	436

Dieter Bogai, Günter Thiele

K	Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege	439
1	Einleitung	441
2	Qualität der Arbeitsbedingungen – mehrdimensionale Ansätze ...	441
3	Der Wandel der Erwerbsformen in der Pflege	445
4	Pflegearbeit und Pflegequalität: Interaktionsarbeit als Kernelement der pflegerischen Arbeit	449
5	Empirische Befunde zu den Arbeitsbedingungen der beschäftigten Pflegekräfte	450
6	Schlussfolgerungen	455
	Literatur	457
	Kurzfassung	461

Dieter Bogai

A Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsträger: Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und beschäftigungspolitischer Paradigmenwechsel

1 Einleitung

Im Zentrum dieses Sammelbands steht eine Analyse der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft aus regionaler Perspektive. Räumliche Konzentration und Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, ausgewählte Beschäftigungsformen, Strukturmerkmale sowie die Entlohnung der Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft werden auf Ebene des Bundesländer und Kreise untersucht. Nach einer flächendeckenden Analyse für alle Bundesländer für das Jahr 2013, die den Kernbereich – das klassische Gesundheitswesen – und zwei Erweiterungsbereiche – Handel und Produktion medizinisch-pharmazeutischer Produkte – umfasst, schließen sich Berichte für ausgewählte Bundesländer an. Dies sind von den alten Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein sowie von den neuen Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen. In einem abschließenden Beitrag werden der Wandel der Erwerbsformen im Pflegebereich und die Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege untersucht.

Etwa seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre rücken die Beschäftigungseffekte des Gesundheitssektors in den Focus der arbeitsmarktpolitischen Diskussion. Die Gesundheitswirtschaft ist auch heute von besonderem Interesse, da sie zu den wenigen Wirtschaftsbereichen gehört, von denen auch künftig Beschäftigungszuwächse im wirtschaftsstrukturellen Wandel erwartet werden. Aus regionalpolitischer Sicht kommt hinzu, dass sich in den letzten Jahren eine große Zahl von größeren und kleineren Agglomerationen als Gesundheitsregionen bezeichnet und hierin eine zukunftssträchtige Ausrichtung im Hinblick eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und auf wirtschaftliches Wachstum im demografischen Wandel erkennt.¹ Sogenannte regionale Cluster sollen günstige Bedingungen für die Erzeugung von Innovationen im Gesundheitssystem generieren. So fördert z. B. das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 2009 in seinem Programm „Gesundheitsregionen der Zukunft“ die Vernetzung der Akteure aus medizinischer Forschung, der Entwicklung von Medizinprodukten und -dienstleistungen in einer Region.

Bevor wir uns im folgenden Beitrag den empirischen Befunden zur Beschäftigung zuwenden, sollen die besonderen Merkmale der Gesundheitswirtschaft erörtert werden, die sie von anderen Märkten unterscheiden. Sie begründen die Vorteilhaftigkeit einer Krankenversicherung einerseits, zeigen aber auch aufgrund

¹ Siehe z. B. die Auflistung von unterschiedlichen Gesundheitsregionen, die einerseits nachfrageorientiert Leistungen des ersten und/oder zweiten Gesundheitsmarktes bündeln, andererseits angebotsorientiert Innovationen entlang verschiedener gesundheitswirtschaftlicher Wertschöpfungsketten fördern sollen, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2009).

von Informationsasymmetrien zwischen den Leistungserbringern und Patienten staatliche Regulierungsnotwendigkeiten auf. Anschließend werden die Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems skizziert, die bei der ökonomischen Bewertung der (steigenden) Gesundheitsausgaben und der auf ihr fußenden Ansätzen zur Integration in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu berücksichtigen sind. Die Abbildung von Gesundheitsaktivitäten in ökonomischen Kategorien und deren statistische Identifikation ist auf einen Paradigmenwandel in der politischen Wahrnehmung vom beschäftigungspolitisch ungeliebten Kostenfaktor zur Zukunftsbranche mit erheblichen Wachstums- und Beschäftigungspotenzialen zurückzuführen. Damit verbunden ist eine umfassendere Betrachtung des Untersuchungsgegenstands, der die Grenzen des klassischen Gesundheitswesens durchbricht und das vielschichtige Gebilde der mit zahlreichen Wirtschaftsbereichen verflochtenen Gesundheitsökonomie zu umreißen versucht, dessen statistischen Abbildung vor einigen Jahren fertig gestellt wurde (Frie et al. 2011). Abschließend werden in diesem Beitrag die Erklärungsansätze diskutiert, die sich auf eine unterschiedliche regionale Verteilung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Herstellung medizinischer und pharmazeutischer Produkte beziehen.

2 Besonderheiten des Marktes für Gesundheitsleistungen

Aus ökonomischer Sicht unterscheidet sich das „Gut Gesundheit“ aufgrund verschiedener Arten von Unsicherheit grundsätzlich von anderen Gütern und Dienstleistungen (Arrow 1963). Die Besonderheiten resultieren zum einen aus der Unvorhersehbarkeit von Krankheiten, deren potenziell existentiellen Bedrohung sowie deren Behandlungsdauer, -kosten und -erfolg, zum anderen aus fundamentalen Informationsasymmetrien zwischen den Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsdienstleistungen. Viele ärztliche Leistungen haben den Charakter von Erfahrungs- oder Vertrauensgütern (credence goods), deren Nutzen erst während bzw. nach der Behandlung zu ermitteln ist. Da es schwer möglich ist, weder die Behandlungskosten bei behandlungsintensiven Erkrankungen aus dem laufenden Einkommen zu zahlen, noch allein dafür durch Sparprozesse vorzusorgen, ist eine Voraussetzung für eine Versicherungslösung gegeben.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird in vielen Ländern durch dreiseitige Versicherungssysteme erbracht. Der Krankenversicherer als weiterer Akteur neben dem Arzt und Patienten beeinflusst die Austauschbeziehungen unter anderem, indem er anstelle des Patienten als Finanzierungsträger der in Anspruch genommenen medizinischen Güter und Leistungen agiert. Damit werden Funktionen, die in einem zweiseitigen Markt noch auf der Nachfrageseite konzentriert

waren, nun auf verschiedene Akteure verteilt. Da Leistungsempfänger und Leistungszahler auseinanderfallen, entfällt für die Patientinnen und Patienten ein in anderen Märkten bestehender Anreiz zur Kostenkontrolle der Leistungserbringer. Und selbst wenn der Anreiz partiell gegeben sein sollte (wie z. B. bei einem hohen Selbstbehalt), erschweren die Informationsasymmetrien eine solche Kontrolle. Andererseits ist der Patient nicht mehr gezwungen, die Kosten einer Leistung gegen deren Nutzen abzuwägen, woraus eine mit dem Begriff „moral hazard“² diskutierte Übernachfrage resultieren kann. Konsumenten neigen nach dieser Auffassung zu übermäßiger Nachfrage von Gesundheitsleistungen, wenn sie im Krankheitsfall nicht mit individuellen Kosten belastet werden und sie stattdessen auf eine volle Abdeckung ihrer individuellen Nachfrage durch die umlagefinanzierte Versicherung vertrauen können.

Diese dreiseitige Struktur des öffentlichen Gesundheitssystems – und nicht etwa wie mittlerweile allgemein eingeschätzt der medizinische Fortschritt – ist nach Milton Friedman (1992) die wesentliche Ursache für den Anstieg der Gesundheitskosten in den Industrieländern. Die mit der (aufgrund der geschilderten Anreize zumeist vergeblichen) Kostenkontrolle einhergehende Bürokratisierung und Unpersönlichkeit führe zudem zur Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem in vielen Ländern. Mit Bezug auf den britischen Arzt Max Gammon, der die bescheidenen Erträge des britischen Gesundheitssystems in der Nachkriegszeit bis zum Ende der 1980er Jahre untersucht hat, stellt Friedman die These einer bürokratischen Verschwendung im Gesundheitswesen auf. Demnach gilt, dass in a „bureaucratic system ... *increase in expenditure will be matched by fall in production*. Such systems will act rather like 'black holes,' in the economic universe, simultaneously sucking in resources, and shrinking in terms of 'emitted production' (Friedman 1992: 1).

Ein weiteres Problem wird wegen des Informationsgefälles zwischen Arzt und Patient in der angebotsinduzierten bzw. anbieterverursachten Nachfrage gesehen, wodurch die Nachfrage nach den eigenen ärztlichen Leistungen über das notwendige Maß hinaus gesteigert werden kann (Hajen et al. 2007; Feldmann/Morrissey 1990). Dabei wird davon ausgegangen, dass nachfragerrelevante Informationen zwischen Patienten und Ärzten asymmetrisch verteilt sind: Patienten sind über das Vorliegen und das Ausmaß einer Erkrankung sowie die Therapienotwendigkeit bzw. die alternativen Therapiemöglichkeiten systematisch schlechter informiert als Ärzte, die zugleich Anbieter der Diagnose- und Therapieleistungen sind (Cassel/Wilke 2001). Anbieterinduzierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen würde dann vor-

2 Es wird zwischen moral hazard ex ante (gesundheitsschädliches Verhalten) und moral hazard ex post (erhöhte Leistungsanspruchnahme) unterschieden.

liegen, wenn Patienten Leistungen in Anspruch nehmen, die sie bei vollständiger Information über den eigenen Gesundheitszustand sowie über die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nicht nachgefragt hätten. Diese These ist umstritten, da einerseits zu berücksichtigen ist, dass sich unterschiedliche Formen ärztlicher Leistungen unterschiedlich gut für die Nachfragebeeinflussung eignen. Andererseits zeigen Cassel/Wilke (2001) in einer Studie, dass kaum von einer statistisch signifikanten Beziehung zwischen der Arztdichte und der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen gesprochen werden kann.

Weitere Besonderheiten des Gesundheitswesens liegen darin, dass in einigen Bereichen monopolistische Kräfte wirken, vor allem, wenn Leistungserbringer regional begrenzt sind (z. B. Krankenhäuser). Gesundheitsleistungen bestehen aus heterogenen Gütern und setzen sich aus vielen unterschiedlichen Dienstleistungen zusammen. Deren räumliche, zeitliche und sachliche Differenzierungen bzw. Spezialisierungen erschweren weitgehend einen freien Wettbewerb. Zudem werden von einigen Leistungen positive externe Effekte für die Allgemeinheit generiert (z. B. durch Impfungen). Schließlich haben Kenntnisse über gesundheitsbezogene Wirkungszusammenhänge den Charakter eines öffentlichen Gutes wie z. B. die Grundlagenforschung (Reintjes et al. 1997). Folglich sind staatliche Regulierungen und Förderungen im Gesundheitssystem unumgänglich. Eingriffsmöglichkeiten des Staates reichen von Markteintrittsbeschränkungen für kommerzielle Anbieter von Gesundheitsleistungen über Zulassungsverfahren, Lizenzvergaben, Verbraucherschutzvorschriften sowie Werbeverbote bis hin zu Qualitätsprüfungen und Zertifizierungspflichten (Marx/Rahmel 2008).

Die meisten Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen lassen sich wegen der beschriebenen Informationsasymmetrien als Prinzipal-Agent-Beziehungen³ bezeichnen, die erhebliche Regulierungskosten verursachen. An die Stelle des Marktversagens tritt Staatsversagen im Gesundheitswesen, da die verschiedenen und gut organisierten Interessenverbände Einfluss auf Regulierungen nehmen können (sog. *capturing*)⁴. Angesichts der sektoralen Besonderheiten werden in fast allen OECD-Staaten 75 Prozent bis 90 Prozent der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert (OECD 2011).

3 Der Auftraggeber (Prinzipal) erwartet vom Auftragnehmer (Agent) die Verfolgung seiner Ziele, kann dies aber aufgrund der Informationsprobleme nicht direkt beobachten. In dieser Situation sind zusätzliche Mechanismen (Agenturkosten) wie bürokratische Kontrolle, Informationssysteme sowie spezielle Anreizsysteme notwendig. Übertragen auf das Gesundheitswesen sind Patienten und Krankenversicherung der Prinzipal und die Erbringer der Gesundheitsleistungen die Agenten (siehe zur formalen Darstellung Schneider 1998).

4 Hajen et al. (2007) nennen als Beispiele für Regulierungen im Sinne der Interessengruppen u. a. Ausschluss potenzieller Konkurrenz, Preiskoordination, Vermeidung schärferer Regulierungen sowie Sicherung staatlicher Unterstützung.

3 Das deutsche Gesundheitssystem

Im Folgenden soll das deutsche Gesundheitswesen, das unterschiedliche medizinische, rechtliche, ethische und wirtschaftliche Ziele auszutarieren versucht, in seinen Grundstrukturen dargestellt werden. Zum zweiten soll die Konflikte zwischen ökonomischer Steuerung und medizinisch-ethischen Versorgungsprinzipien thematisiert werden. Ein weiterer Gesichtspunkt sind Bewertungsprobleme gesundheitsbezogener Leistungen, die die Beurteilung von Effektivität und Effizienz medizinischer Interventionen erschweren.

3.1 Institutionelle Grundstrukturen und Reformnotwendigkeiten

Zunächst soll auf die besonderen institutionellen Grundstrukturen des Marktes für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen in Deutschland hingewiesen werden. Manche Autoren unterscheiden zwischen dem primären – auf dem Sozialstaatsprinzip und Solidaritätsprinzip aufbauenden – Gesundheitsmarkt und dem sekundären Gesundheitsmarkt.⁵ Der zweite Markt umfasst neue gesundheitsbezogene Teilmärkte und private Geschäftsmodelle, in dem die Steuerung der Leistungen vollständig durch Wettbewerb erfolgt und der immer mehr an Bedeutung gewinnt (Haubrock 2013).

Der primäre Gesundheitsmarkt – das klassische Gesundheitswesen – unterliegt sozialpolitischen Prinzipien und ist dem Interessenausgleich der verschiedenen gesundheitspolitischen Akteure verpflichtet. Hierzu gehört die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht nach dem jeweiligen Bedarf oder dem individuellem Risiko. Sachleistungs- und Bedarfsdeckungsprinzip sollen dafür sorgen, dass der Patient die notwendigen Leistungen erhält, ohne direkt mit dem Leistungsträger zu verhandeln. Der Leistungskatalog wird im Rahmen von Kollektivverträgen zwischen den Leistungsträgern und den Krankenkassen geschlossen und von der Selbstverwaltung mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern bestimmt.⁶ Die Selbstverwaltung umfasst die eigenverantwortliche Verwaltung bestimmter öffentlicher Angelegenheiten durch selbständige öffentlich-rechtliche Organisationseinheiten mit Beteiligung der Be-

5 Der erste Gesundheitsmarkt bezieht sich auf das Gesundheitswesen, in dem staatliche und nicht staatliche Institutionen sowie die relevanten Berufsgruppen die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Sachgüter bereitstellen. Der sekundäre Gesundheitsmarkt ist privatwirtschaftlich geprägt und beinhaltet die Gesamtheit von privat finanzierten Gesundheitsgütern, wie z. B. OTC-Arzneimittel (over the counter frei verkäufliche Arzneimittel) und individuelle Gesundheitsleistungen, Schönheitsoperationen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie die Bereiche Sport, Freizeit, Ernährung und Wohnen (Haubrock 2013). Bisweilen wird auch die (gesunde) Ernährung dazu gerechnet.

6 Vgl. zur sozialen Selbstverwaltung als „dritter Weg“ zwischen Markt und Staat und der fehlenden Transparenz ihrer Arbeit Baumeister et al. (2013).

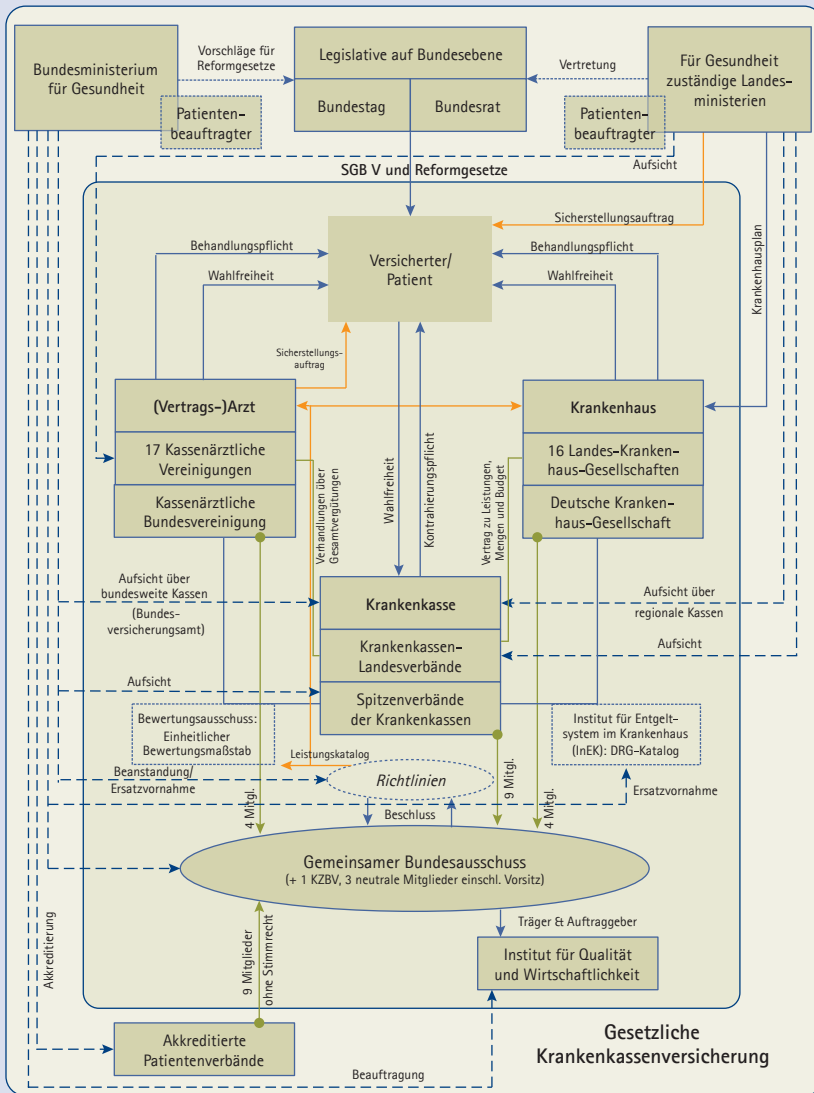
treffen unter Rechtsaufsicht des Staates. Der Staat trägt somit in diesem System die Gesamtverantwortung und bestimmt den Ordnungsrahmen, wobei im Rahmen der in Deutschland vorherrschenden korporatistischen Marktordnung die Anliegen aller Interessengruppen als gleichermaßen berücksichtigungswert angesehen werden (Simon 2008, Felder 2010). Aus regionalwirtschaftlicher Sicht ist z. B. von großer Bedeutung, dass die gegenwärtige Marktordnung den Vertretern der Leistungserbringer und Vertretern der Regionalpolitik weitgehende Mitspracherechte bei der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens einräumt, so etwa bei Entscheidungen über die Kapazitäten im stationären Bereich (Felder 2010). Abbildung 1 veranschaulicht die organisatorischen Beziehungen zwischen den Hauptakteuren im Gesundheitswesen.⁷

Die kontinuierlichen gesundheitspolitischen Reformversuche stehen im Spannungsfeld zwischen dem korporatistisch verfassten Gesundheitssystem mit seinem starken Beharrungsvermögen und der Einführung wettbewerblicher Steuerungselemente. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist ein dichtes Netz von kaum durchschaubaren Einzelregulierungen, die – nicht selten auch aufgrund der Auswirkungen vorangegangener Eingriffe – in ihren Einzelwirkungen im Gesamtsystem kaum zu verfolgen sind (Marx/Rahmel 1998). Grundsätzlich besteht mittlerweile Konsens darüber, dass die staatliche Aufgabe im Gesundheitswesen in der Sicherstellung eines regulierten Wettbewerbs besteht, wobei das System nicht radikal umgestellt, sondern sukzessive verändert wird. „Das konservative Beharrungsvermögen der Akteure im Gesundheitswesen würde eigentlich für eine Umsetzung dieses Ziels (die wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, Anmerkung Dieter Bogai) im Rahmen einer unumkehrbaren Big-Bang-Strategie sprechen, die schlagartig neue Rahmenbedingungen für freivertragliches Handeln setzte und zu rascher Anpassung zwänge. Damit wüchse freilich auch das Risiko, die Transformation nicht mehr in geordneten Bahnen halten und gegebenenfalls unerwünschte Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen rechtzeitig korrigieren zu können. Dagegen vermeidet eine Schrittstrategie einen abrupten Systembruch, läuft damit aber Gefahr, dass die zeitlich gestaffelten Reformschritte auf den Widerstand der betroffenen Akteure stoßen und nicht weiter fortgesetzt oder schlimmstenfalls wieder rückgängig gemacht werden.“ (Cassel et al. 2008: 16).

7 Das Amt des Patientenbeauftragten der Bundesregierung – der Informations- und Beratungsrechte durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen für Patienten stärken und Patientenorganisationen bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung stärker zu beteiligen sucht – wurde 2014 um die Funktion des Bevollmächtigten der Bundesregierung für die Pflege erweitert.

Abbildung 1

Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen



Quelle: FleBa (2010: 5); Siebert/Hartmann (2010); eigene Darstellung.

Nach Busche (2012) werden folgende Ansatzpunkte diskutiert, um die Effizienz im Gesundheitswesen im Sinne einer „Schrittstrategie“ zu erhöhen. Erstens geht es um die Stärkung der Anreize für wirtschaftliches Verhalten bei den Leistungserbringern, um eine unnötige Ausweitung der medizinischen Leistungen zu verringern. Dazu dienen qualitätsorientierte monetäre Anreizstrukturen und die Schaffung geeigneter Sanktionsmechanismen. Zweitens gilt es, die Verhandlungspositionen

zwischen den Akteuren anzugleichen, weil bei den Budgetverhandlungen weitgehend homogen auftretende Leistungsanbieter auf konkurrierende Kostenträger mit unterschiedlichen Interessen treffen. Drittens sollte die Integration zwischen ambulantem und stationärem Bereich vorangetrieben werden. Während das Bundesgesundheitsministerium und die überwiegende Zahl der Länderministerien sowie Patientenvertretungen Ansätze der integrierten Versorgung⁸ zwischen ambulantem und stationärem Bereich befürworten, zeigen sich Krankenkassen, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser zurückhaltend. Probleme bei der Kostenaufteilung zwischen den Systemen, bestehende Anreize zur Risikoselektion und bürokratische Hindernisse sehen die Krankenkassen als Hürden an, während ein Teil der Ärzte und Krankenhäuser Konkurrenz befürchtet.⁹ Ein weiterer Hinderungsgrund liegt darin, dass die fehlende Datentransparenz eine übergreifende Nutzung der Ergebnisse der Modellversuche durch den Gesetzgeber bzw. ähnlicher Modellansätze und Initiativen verhindert. Schließlich sollten die Versicherten bei der Steuerung des Systems stärker berücksichtigt werden. So solle die Einbindung der Patienten und Versicherten in die Entscheidungsprozesse sowohl im politischen Bereich als auch auf der Selbstverwaltungsebene und in der Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt werden.

Während Ökonomen einen Mangel an Wettbewerb und effizienzbasierter Steuerung konstatieren, sehen viele im Gesundheitswesen Tätige die mit der fortschreitenden Ökonomisierung verbundenen Einsparungen häufig an den falschen Stellen, vor allem im Bereich der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. So wird z. B. von Zimmermann (2011) eine grundsätzlich skeptische Auffassung zur bisherigen Strategie der Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen vertreten. Diese habe zu Qualitätseinbußen geführt, zum einen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Patienten, zum anderen im Hinblick auf die erheblich verschlechterten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten (siehe hierzu Kapitel K von Bogai/Thiele in diesem Band).

Grundsätzlich besteht nach Ansicht der Systemkritiker die Gefahr, Zweck und Mittel in der Gesundheitsversorgung zu verkehren und Prävention und Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Kernziele zugunsten wirtschaftspoliti-

8 Mit der Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu Beginn des Jahres 2004 verfolgte der Gesetzgeber vor allem das Ziel, im Bereich der ambulanten Leistungserbringung erweiterte Organisations-, Finanzierungs- und Innovationsmöglichkeiten zu eröffnen. Im Sinne eines Wettbewerbs der Ideen sollten die MVZ auch als Impulsgeber für die gesamte ambulante Versorgung dienen. In diesen Einrichtungen werden Potenziale von Qualitätsverbesserungen durch das Ineinandergreifen von Versorgungsschritten sowie von Arbeitsteilung, Beschaffungsoptimierung, Fixkostendegression, gemeinsamer Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten und Personal, reduzierten Transaktionskosten oder verbesserten Möglichkeiten der Risikostreuung und Kapitalbeschaffung gesehen. Mittlerweile haben sich sehr unterschiedliche Organisations- und Rechtsformen von MVZ, ein erheblicher Teil auch unter Beteiligung von Krankenhäusern betrieben, entwickelt, was durch die Versuchs- und Entdeckungsverfahren eines lebhaften Wettbewerbs durchaus wünschenswert ist (SVR 2012). Derzeit arbeiten etwa sechs Prozent aller für die gesetzliche Krankenversicherung ambulant tätigen Mediziner in einem MVZ (Müller 2012 nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012).

9 Siehe zur Analyse der Widerstände gegen die Einführung integrierter Versorgungskonzepte Kopp (2011).

scher Ziele und betriebswirtschaftlicher Interessen zu verdrängen (Zimmermann 2011). Ein medizinisch-industrieller Komplex würde sich mehr und mehr auf alle Lebensbereiche ausdehnen und eine Medikalisierung der Gesellschaft vorantreiben¹⁰, nach der die Gabe von Medikamenten und anderer medizinischer Leistungen relevant sind, die Vorteile für die Stakeholder (Interessenvertreter hier der Pharmaindustrie) erbringen (Schäfer 2013).

Mit gesundheitswissenschaftlicher Expertise lässt sich belegen, dass ein erheblicher Teil der Leistungen im Gesundheitswesen ohne Nachweis von Wirksamkeit verabreicht wird (vgl. Abschnitt 3.2). Zudem würde der expandierende zweite Gesundheitsmarkt teilweise durch künstliche Bedarfe getrieben. Dort sollte ein stärkerer Bezug auf erwiesenen Nutzen gegeben sein und Strategien der Bedarfsweckung („health/disease mongering“) verhindert werden (Braun 2009).

Unter Medizinern herrscht Skepsis gegenüber einer ökonomischen Betrachtungsweise sowohl des Sektors insgesamt als auch der Einrichtungen innerhalb des Gesundheitswesens. Die daraus resultierenden Handlungsbeschränkungen werden kritisch als Eingriffe in die Arzt-Patienten-Beziehung gesehen. Einige aus sozialrechtlicher Sicht argumentierende Kritiker sehen durch die zunehmende Einführung von Wettbewerbselementen sogar die konstitutiven Grundlagen eines sozialen Gesundheitswesens gefährdet (Zimmermann 2011, Pitschas 2010).

Insgesamt sollen diese gesellschaftspolitischen, medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte das Spannungsfeld deutlich machen, in dem sich die Gesundheitswirtschaft und deren größter Teilbereich – das Gesundheitswesen – bewegt. Auch das Gesundheitswesen ist mit einer unausweichlichen Beschränkung der einzusetzenden Ressourcen bzw. dem Konflikt zwischen medizinisch Machbaren und ökonomisch – mit Blick auf die Versichertengemeinschaft – Vertretbarem konfrontiert. Einerseits unterliegen medizinische Leistungen einer Standardisierung und damit eines vorgegebenen Ressourceneinsatzes. Andererseits sind Prioritätssetzungen, die nach geeigneten Kriterien vorzunehmen sind, unvermeidlich. Die Kernfragen der Gesundheitsversorgung in modernen Industriegesellschaften berühren somit neben medizinischen auch gesellschaftspolitische Wertvorstellungen. Letztlich ist nach Auffassung des Deutschen Ethikrats die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen – stärker als dies bisher geschieht – transparent zu machen und anhand medizinischer, ethischer, ökonomischer und juristischer bis hin zu europarechtlicher Expertise in gesellschaftlichem Diskurs und auf politischem Wege zu entscheiden (Deutscher Ethikrat 2011).

¹⁰ Siehe aus systemtheoretischer Sicht zum Zusammenhang zwischen Medikalisierung und sich wandelndem Krankheitsbegriff als Faktoren für die gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen Wolk (2004).

3.2 Bewertungsprobleme von Gesundheitsleistungen

Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich wird nach Angaben des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) zwiespältig beurteilt. Während die einen den universellen Krankenversicherungsschutz, den im OECD-Vergleich größeren Umfang des Grundleistungskatalogs, hohe medizinische Leistungsfähigkeit und Versorgungsstandards als positive Faktoren ins Feld führen, sehen Kritiker die Kosten der deutschen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den mit ihnen erzielten gesundheitlichen Ergebnissen, d. h. Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung, als zu hoch an. Nach der OECD-Statistik wendete Deutschland im Jahre 2009 hinter den USA, den Niederlanden und Frankreich den vierthöchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt auf, schnitt aber unter wirtschaftlich vergleichbaren Ländern bei der Lebenserwartung von Frauen und Männern nur unterdurchschnittlich ab. Die Gesundheitsausgabenquote hängt allerdings nicht nur vom Niveau der Gesundheitsausgaben, sondern auch von der Höhe des Inlandsproduktes ab. Sie liegt unter sonst gleichen Bedingungen umso höher (niedriger), je niedriger (höher) das Inlandsprodukt ausfällt. Der Sachverständigenrat Gesundheit (2012) weist darauf hin, dass die vergleichsweise hohe Quote Deutschlands auf das schwache Wachstum des deutschen Bruttoinlandsproduktes in den 1990er Jahren zurückzuführen ist. Demnach nahm Deutschland unter den OECD-Ländern auch im Jahre 2009 beim kaufkraftbereinigten Sozialprodukt pro Kopf den 13. und bei den kaufkraftbereinigten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben den neunten Rang ein (Sachverständigenrat Gesundheit 2012).

Der steigende Ressourceneinsatz für Gesundheit in Industrieländern kann mit den Einkommenszuwächsen der Haushalte und der mit dem Einkommen überproportional zunehmenden Nachfrage – Gesundheit als superiores Gut – sowie der im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen geringeren Durchschnittsproduktivität von Gesundheitsdienstleistungen erklärt werden.¹¹ Neben dem technischen Fortschritt in der Medizin, der das Wachstum des Gesundheitssektors treibt, weist Felder (2005) unter Verwendung eines ökonomischen Lebenszyklusmodells darauf hin, dass unter

11 Felder bezieht sich hier auf die klassische Argumentation der „Kostenkrankheit“ von Dienstleistungen von Baumol (1967). Da die Produktivität im Vergleich zur restlichen Wirtschaft nur begrenzt gesteigert werden kann, ist von einem rascheren Anstieg des Volumens von Gesundheitsdienstleistungen auszugehen. Nach aktuellen Berechnungen eines Konsortiums im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums (Konsortium BASYS 2013) erzielt die Gesundheitswirtschaft höhere Produktivitätszuwächse als die Gesamtwirtschaft. Dies ist vor allem auf den überdurchschnittlich produktiven Bereich Gesundheitswaren und Handel zurückzuführen. Der Sektor der Gesundheitsdienstleistungen konnte zwischen 2002 und 2010 lediglich einen Zuwachs der totalen Faktorproduktivität von durchschnittlich 0,5 % p. a. verzeichnen. Dieser liegt zwar in diesem Zeitraum sogar höher als der gesamtwirtschaftliche Anstieg, was aber auf den Konjunkturreinbruch als Folge der Finanzkrise 2009 zurückzuführen ist, von dem die Gesundheitsdienstleistungen verschont geblieben sind.

der Annahme eines sinkenden Grenznutzens des Konsums bei steigenden Einkommen die Nachfrage nach Gesundheit steigt. Hierdurch erhöht sich – bei ökonomischer Betrachtungsweise – der Wert der gewonnenen Lebensjahre. Die steigende Lebenserwartung der letzten 20 Jahre, die etwa zu einem Drittel auf die bessere Gesundheitsversorgung zurückgeführt werden könne, lohne in jedem Fall die investierten Ressourcen, sodass heute eher zu wenig als zu viel in Gesundheit investiert würde.

Nach Ansicht von Gethmann et al. (2004) bestehen die Hauptprobleme des deutschen Gesundheitssystems in unkoordinierten Versorgungs-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen und der Vielfalt der Leistungserbringer. Hierdurch würde sowohl die Behandlungs- als auch Kostenverantwortung parzelliert, und infolge mangelnder sektorenübergreifender Koordination werden erhebliche Effizienz- und Effektivitätsverluste vermutet. Bereits 2001 hat der Sachverständigenrat Gesundheit Unterversorgung bei gleichzeitiger Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem identifiziert. Besonders groß sind danach die Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker. Die Ursachen für das Vorliegen nennenswerter Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem liegen in sektorspezifischen Budgets und kollektivvertraglicher Steuerung, die wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven lasse. Eine Studie von Greß et al. (2008) bestätigt die Befunde in einer aktuelleren Befragung.

In diesem Zusammenhang ist das Thema der evidenzbasierten Medizin von besonderer Bedeutung. Evidenz in der Medizin bedeutet die Anwendung gesicherten Wissens über medizinische Wirkungszusammenhänge. Gethmann et al. (2004) weisen auf die Pflicht des Arztes hin, dieses nicht nur aus ethischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen anzuwenden. Die evidenzbasierte Medizin geht darüber hinaus, indem sie dem Arzt einen repräsentativen Querschnitt des aktuellen Wissens, bisher vorzugsweise zur Indikation, Wirksamkeit und Sicherheit von Therapieverfahren, in Form von Expertenbewertungen oder systematischen Reviews zur Verfügung zu stellen sucht. Eine Messung dessen, was im Gesundheitswesen tatsächlich anhand statistisch nachgewiesener Wirkung geleistet und verabreicht wird, ist sicherlich nicht in allen Bereichen möglich. An dieser Stelle sollen einige kritische Hinweise zur Wirkung medizinischen Indikationen gegeben werden. Braun (2009) weist z. B. darauf hin, dass 1995 deutlich unter zehn Prozent der medizinischen Dienstleistungen nach Forschung und Expertenurteil als sehr gut gesichert angesehen werden konnten, während für rund die Hälfte kein Nachweis wissenschaftlicher Evidenz vorliege. Der Rest bewege sich „in einem schwammigen Feld von Wirksamkeit und Qualität“. Die zentrale Ethikkommission (2000) merkt dazu an, dass relative wenige Leistungen der Medizin im Sinne einer absoluten Indikation notwendig seien. Das Clinical Evidence Handbook des British Medical Journal aus dem Jahre

2008 bestätigt den Befund fehlender wissenschaftlicher Evidenz für rund die Hälfte medizinischer Leistungen und Interventionen (zitiert nach Braun 2009). In Deutschland wurde 2004 das Institut für Qualität Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet, um entsprechende Erkenntnisse und Empfehlungen systematisch aufzubereiten.

Unbestritten ist, dass der medizinische Fortschritt, also medizinische Verbesserungen, die sich in der Erhaltung der Lebensqualität und Verlängerung der Lebenszeit niederschlagen, zu begründeten Kostensteigerungen führen. Den gesamtgesellschaftlichen Ressourcenaufwand hierfür zu erhöhen, ist angesichts des erwarteten Nutzens für die Bevölkerung (Felder 2010) unbedingt erstrebenswert.

Diese Skizzierung seiner Grundstrukturen erscheint vor der Untersuchung ökonomischer Wertschöpfungsansätze und Beschäftigungswirkungen der zu großen Teilen regulierten Gesundheitswirtschaft notwendig. Verteilungskämpfe um Anteile am staatlich festgesetzten Gesundheitsbudget und kontinuierliche staatliche Regulierungen, die wiederum die Ressourcenzuweisung bestimmen, manifestieren die Finanzströme beispielsweise der ärztlichen Leistungen oder Aufwendungen für Arzneimittel im Gesundheitswesen (Börsch-Supan 2003). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Höhe des mittlerweile einheitlichen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung von der Bundesregierung entschieden wird und damit neben den staatlichen Mitteln des Gesundheitsfonds weitgehend der Umfang dessen, was in Deutschland an finanziellen Mitteln für die Gesundheit zur Verfügung steht. Diese Art der Finanzierung bestimmt die Ausgaben der Gesundheitswirtschaft, die vermindert um die Vorleistungen in die Sozialproduktberechnung eingehen (siehe Abschnitt 4.3.3).

4 Zur Genese der Gesundheitswirtschaft als Wachstums- und Beschäftigungsmotor

Nachdem die Besonderheiten des Marktes für Gesundheitsleistungen erörtert wurden, steht im Folgenden die Gesundheitswirtschaft als Treiber von Wirtschaftswachstum und Beschäftigung im Vordergrund. Dabei zeichnen wir die Abfolge der verschiedenen Schritte der statistischen Erfassung nach, die in dem System der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung münden.

4.1 Vom Kostenfaktor zur wachstumsstarken Querschnittsbranche

Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch das Bundeswirtschaftsministerium betonen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit die bedeutsamen Effekte des

Gesundheitssektors auf Wirtschaft und Beschäftigung. Im Juni-Monatsbericht 2013 des Bundeswirtschaftsministeriums (2013: 1) heißt es z. B.: „Die Gesundheitswirtschaft ist ein Querschnittsbereich der deutschen Wirtschaft mit enormen Beschäftigungspotenzialen. Rund sechs Mio. Menschen arbeiten in dieser Branche (...). Werden weitere Branchen berücksichtigt, die von der Gesundheitswirtschaft abhängen, sind es sogar gut neun Mio. Arbeitsplätze.“

Dass die Beschäftigungswirkung der Gesundheitswirtschaft vom Wirtschaftsministerium herausgestellt wird, zeigt am eindringlichsten die Akzentverschiebung in der Diskussion über den Gesundheitssektor, die vor circa zwanzig Jahren begann. Mitte der 1990er Jahre wurde einerseits ein Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik zugunsten von einer Betonung betriebswirtschaftlicher Steuerung und teilweisen Privatisierung eingeleitet. Andererseits wurden nicht mehr ausschließlich die negativen Wirkungen der Beitragsfinanzierung auf die Lohnnebenkosten und damit Beschäftigung, sondern auch die generierten wirtschaftlichen Impulse in volkswirtschaftlichem Sinne thematisiert.

Bis noch weit in die 1980er Jahre standen in den Wirtschaftswissenschaften bzw. der Finanzwissenschaft die öffentlichen Gesundheitsausgaben und deren allokative und distributive Wirkung im Vordergrund (Henke 1981). In den volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen wurden die öffentlichen Gesundheitsausgaben konsumtiv als Staatsverbrauch verbucht. Im Zuge der zunehmenden Arbeitsmarktprobleme und aufgrund der Beitragsfinanzierung, die an die Löhne der Beschäftigten geknüpft ist, prägten seit Mitte der 1970er Jahre Reformen zur Kostendämpfung die gesundheitspolitischen Interventionen (Klinke 2005). Mitte der 1990er Jahre änderte sich die bisher auf die Beitragsbelastung der Beschäftigten und Arbeitgeber konzentrierte Sichtweise. Der damalige Bundesgesundheitsminister Seehofer beauftragte den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, in einem Sondergutachten die Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen von Änderungen der Beitragssätze und Ausgaben im Gesundheitswesen zu untersuchen. Nach Auffassung des Rates wurde mit diesem Auftrag und dem damaligen Gutachten ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik eingeleitet. „Fragen der Beschäftigung und des Wachstums im und durch das Gesundheitswesen treten in den Vordergrund. Zusammen mit den Perspektiven einer Flexibilisierung des Vertrags- und des Versicherungsrechts erscheint das Gesundheitswesen in einem anderen Licht. Neben dem Gesundheitswesen als Kostenfaktor tritt das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor mit seinen Wachstums- und Produktivitätseffekten wieder stärker in den Mittelpunkt. Diese Gratwanderung zwischen Kostendämpfung und Wachstum gehört auch zu den Herausforderungen im Gesundheitswesen“ (Sachverständigenrat Gesundheit 1996: 8).

4.2 Unterschiedliche Definitionen der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft wird je nach Institution und sozialpolitischem Grundverständnis unterschiedlich weit definiert. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD 2000) definiert in ihrem System der National Health Accounts (NHA) die Gesundheitsleistungen als Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen oder Individuen durchgeführt oder bereitgestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien verwenden. Im Einzelnen werden verschiedene Ziele, die mit Gesundheit und Pflege verbunden sind, wie Gesundheitsförderung und Heilen von Krankheiten aufgeführt. Letztlich hat sich das OECD-Konzept der NHA international durchgesetzt.

Nach dem Bericht der ersten nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft (Kuratorium Gesundheitswirtschaft 2005) umfasst die Gesundheitswirtschaft die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Die Weltgesundheitsorganisation (2006) definiert Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur einen Zustand ohne Krankheit oder Gebrechen, was den Rahmen einer im Folgenden zu erörternden Berichterstattung sehr weit fassen würde und kaum praktikabel zu erfassen ist.

4.3 Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung

Anfang bis Mitte der 1990er Jahre begannen in Deutschland die Vorarbeiten zum Aufbau einer gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung. Stand noch bei den ersten Quantifizierungen die Ermittlung der Beschäftigten mit Gesundheitsberufen im Vordergrund, wurde anschließend der Blick sukzessive auf die beteiligten Branchen gerichtet. An der Entwicklung praktikabler volkswirtschaftlicher Erfassungsansätze waren im letzten Jahrzehnt vor allem das Institut für Arbeit und Technik (IAT), Klaus-Dirk Henke von der Technischen Universität Berlin sowie das von Bert Rürup gegründete WIFOR-Institut, Darmstadt, beteiligt. So hat das Institut für Arbeit und Technik die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in einem Schichtenmodell zusammengefasst (siehe Kapitel B von Wiethölter/Carstensen dieses Bandes, Abschnitt 2.1).

Im vergangenen Jahrzehnt sind auch die wesentlichen Bestandteile der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung zunächst auf Bundesebene entstanden. Im Jahr 2010 haben die Arbeiten an gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder begonnen. Kern der gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung sind die Gesundheitsausgabenrechnung, die Gesundheitspersonalrechnung sowie die

Arbeiten zur volkswirtschaftlichen Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft. Um unterschiedliche Wirtschaftszweige, die die Gesundheitswirtschaft bilden, einbeziehen zu können, sind die gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnungen als sogenannte Satellitenrechnung zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen konzipiert. Hierdurch lassen sich die zu definierenden gesundheitswirtschaftlichen Teilbereiche flexibel miteinander verbinden (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2015a).

4.3.1 Gesundheitsausgabenrechnung

Das Statistische Bundesamt hat bereits seit den 1970er Jahren begonnen, die Ausgaben für Gesundheit routinemäßig zu erfassen (Statistisches Bundesamt 2011). Die erste Gesundheitsausgabenrechnung (alte GAR) umfasst den Zeitraum von 1970 bis 1998. Den ersten Gesundheitsbericht für Deutschland erstellten das Statistische Bundesamt und das Robert-Koch-Institut für das Jahr 1998.

Die GAR ist dreidimensional aufgebaut und differenziert die Gesundheitsausgaben – dem deutschen Abrechnungssystem entsprechend – nach Leistungsarten, Einrichtungen und Ausgabenträgern. Diese neue GAR wurde bis 1992 zurückgerechnet und zusätzlich 2006 mit dem System of Health Accounts der OECD kompatibel gemacht. Die hieraus resultierende Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft erfasst neben den stationären und teilstationären Krankenhaus-Einrichtungen die Arztpraxen, die Apotheken, die Rettungsdienste, die Verwaltungseinrichtungen sowie die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Nach den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung haben die Gesundheitsausgaben 2012 die Marke von 300 Milliarden € überschritten, das entspricht 11,3 Prozent der Wirtschaftsleistung dieses Jahres. Die Betrachtung der längerfristigen Entwicklung offenbart einen Anstieg der (nominalen) Ausgaben von jahresdurchschnittlich 4,2 Prozent in den 1990er Jahren und von 3,5 Prozent p. a. im vergangenen Jahrzehnt. Deutlich wird zudem, dass der Anteil des Privatsektors kontinuierlich gestiegen ist. Die auf den privaten Sektor entfallenden Gesundheitsausgaben lagen 2012 in Relation zum BIP bei 2,6 Prozent, 1992 waren es noch 1,8 Prozent gewesen. Letztlich liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit Mitte der 1990er Jahre relativ konstant bei einem Anteil zwischen zehn und elf Prozent. Überschritten wurde dieser Anteil zuletzt vor allem in konjunkturell schwachen Jahren. 2009 ist das BIP um 5,1 Prozent gefallen. Erst 2011 wurde die Wirtschaftsleistung von 2008 übertroffen.

Tabelle 1

Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, 1992–2012

Jahr	Sachverhalt
	Gesundheitsausgaben in Mio. €
1992	158.656
1995	186.951
2000	212.841
2005	240.431
2006	246.137
2007	254.433
2008	264.798
2009	279.060
2010	288.340
2011	293.585
2012	300.437

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Tabelle 2

Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 1992–2012

	Ausgabenträger		
	Ausgabenträger insgesamt	Gesamtstaatlich	Privater Sektor
1992	9,62	7,79	1,83
1995	10,11	8,23	1,88
2000	10,40	8,27	2,13
2005	10,81	8,28	2,53
2006	10,64	8,13	2,51
2007	10,48	8,00	2,47
2008	10,70	8,18	2,52
2009	11,75	9,02	2,73
2010	11,64	8,93	2,71
2011	11,43	8,74	2,69
2012	11,27	8,64	2,62

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

4.3.2 Gesundheitspersonalrechnung

Die Anregung zur Entwicklung einer Gesundheitspersonalrechnung (GPR) wurden wie oben beschrieben Mitte der 1990er Jahre gegeben. Umfassende und tief gegliederte Daten zum Gesundheitspersonal legte das Statistische Bundesamt 2002 erstmals für das Jahr 2000 vor (Weinmann 2002). In der GPR werden zusätzlich auch Vorleistungs- und Zulieferbereiche des Gesundheitswesens mit der Pharmaindustrie, der Medizintechnik, den Labors, dem Gesundheitshandel sowie dem Großhandel mit medizinischen Produkten erfasst.

Die Gesundheitspersonalrechnung ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen zur Ermittlung der Beschäftigten zusammenführt. Wesentliche Bestandteile sind die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit, der Mikrozensus und die Krankenhaus- und Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie die Ärztestatistik der Bundesärztekammer.

Zum Gesundheitspersonal zählen Selbständige und mithelfende Familienangehörige, Beamte, Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Zivildienstleistende sowie Praktikanten. Die Beschäftigten sind nach Berufen, Einrichtungen und Art der Beschäftigung (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung) differenziert. Nach Berechnungen der GPR gab es in Deutschland 2012 gut 5,1 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen, 1,9 Mio. mehr als im Jahr 2000. Die Entwicklung der Beschäftigten in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist Tabelle 3 zu entnehmen. Sie zeigt überproportionale Zunahmen in den ambulanten Einrichtungen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe und in den Pflegeeinrichtungen. Betrachtet man die ausgeübten Berufe, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen und damit in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig waren. Der Rest der Beschäftigten des Gesundheitswesens war in den Berufsgruppen der sozialen Berufe, der Gesundheitshandwerksberufe, der sonstigen Gesundheitsfachberufe sowie anderen Berufen tätig.

Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsträger: Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und beschäftigungspolitischer Paradigmenwechsel

Tabelle 3

Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen in 1.000, 2000–2012

Art der Einrichtung	Jahr												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Einrichtungen insgesamt	4.205	4.283	4.363	4.432	4.476	4.504	4.556	4.617	4.737	4.876	4.975	5.060	5.155
Gesundheitsschutz	40	40	40	40	39	39	39	37	36	35	36	37	37
Ambulante Einrichtungen	1.704	1.735	1.778	1.820	1.867	1.887	1.909	1.948	2.007	2.068	2.112	2.149	2.187
Arztpraxen	636	643	654	662	677	676	675	677	682	687	690	692	699
Zahnarztpraxen	318	324	330	337	344	341	339	339	342	347	352	356	362
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	244	252	267	289	301	314	325	346	369	392	411	424	438
Apotheken	202	208	212	210	215	218	220	221	224	227	229	231	228
Einzelhandel	84	86	87	88	87	88	89	92	100	107	111	115	116
Ambulante Pflege	187	190	195	201	208	214	225	236	253	269	280	291	302
Sonstige ambulante Einrichtungen	32	32	33	34	35	35	36	36	37	39	39	40	41
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	1.677	1.698	1.726	1.725	1.716	1.724	1.740	1.758	1.795	1.838	1.875	1.910	1.942
Krankenhäuser	1.102	1.103	1.114	1.098	1.073	1.064	1.066	1.069	1.080	1.098	1.114	1.130	1.148
Vorsorge-/Rehabilitations-einrichtungen	117	120	119	116	114	113	114	116	118	119	120	119	119
Stationäre/teilstationäre Pflege	458	475	493	511	529	546	560	574	597	621	641	661	675
Rettungsdienste	44	45	46	46	47	49	50	53	53	52	54	56	58
Verwaltung	240	242	241	238	231	227	231	224	219	223	224	221	221
Sonstige Einrichtungen	92	99	103	116	125	128	134	138	144	158	164	168	173
Vorleistungseinrichtungen	410	425	430	445	451	450	453	459	483	502	510	519	538
Pharmazeutische Industrie	96	100	102	110	109	109	112	112	118	125	126	129	141
Medizin-technische/ augenoptische Industrie	117	121	121	124	124	126	131	135	138	137	140	145	150
Großhandel/ Handels-vermittlung	99	104	106	108	112	116	113	114	123	132	134	133	134
Medizinische/ zahnmedizinische Laboratorien	97	100	100	103	106	98	97	98	105	108	110	112	112

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Tabelle 4

Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufsgruppen in 1.000, 2000–2011

Jahr	Berufe					
	Berufe im Gesundheitswesen insgesamt	Gesundheitsdienstberufe	soziale Berufe	Gesundheitshandwerker	sonstige Gesundheitsfachberufe	andere Berufe im Gesundheitswesen
2000	4.115	2.233	258	139	92	1.393
2001	4.180	2.272	279	140	94	1.395
2002	4.274	2.315	294	139	93	1.433
2003	4.358	2.398	308	144	93	1.415
2004	4.390	2.442	318	144	92	1.394
2005	4.420	2.474	332	140	96	1.378
2006	4.463	2.509	347	139	95	1.373
2007	4.540	2.572	378	139	95	1.356
2008	4.632	2.623	391	140	94	1.384
2009	4.738	2.701	420	143	96	1.378
2010	4.833	2.748	447	146	97	1.394
2011	4.920	2.793	470	148	96	1.412

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

4.3.3 Wachstums- bzw. Wertschöpfungsbeitrag des Gesundheitssektors

Den dritten Baustein der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung bilden die volkswirtschaftlichen (Querschnitts-) Effekte der Gesundheitsbranche. Da die gesamtwirtschaftlich stark verflochtene Branche nicht ihren Verästelungen in der VGR abgebildet wird, sind bei der Ermittlung des Wachstumsbeitrags die Aktivitäten verschiedener Wirtschaftsbereiche jenseits des klassischen Gesundheitswesens zu berücksichtigen, die einen mehr oder weniger großen Teil an gesundheitsrelevanten Gütern produzieren bzw. gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringen.¹² Die ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft umfasst somit mehr Leistungen, als die VGR für den Wirtschaftszweig 86 „Gesundheitswesen“ ausweist. Grundlage der Wertschöpfungsermittlung der Gesundheitswirtschaft ist die Gesundheitsausgabenrechnung. Sie ist jedoch im Hinblick auf Produktionswerte, Abgrenzung der Produktionsvorgänge, Erweiterungen des Gesundheitsbereichs (2. Gesundheitsmarkt) und Vorleistungs- und Investitionsgüterindustrien der Gesundheitswirtschaft unvollständig (Schneider/Karmann et al. 2012). Zudem stellen die Gesundheitsausgaben den Endverbrauch von Gütern und Dienstleistungen zuzüglich der Investitionen dar, also die Verwendungs- und nicht die Entstehungsseite der VGR.

¹² Das Bundeswirtschaftsministerium hat 2008 Berechnungen in Auftrag gegeben, die zur Gesundheitswirtschaft gehörenden Gütergruppen und Leistungen erstmals statistisch abzugrenzen und modellhaft für 2005 die Bruttowertschöpfung des Bereichs zu berechnen.

Aus diesem Grund werden zunächst alle gesundheitsrelevanten Güter aufgelistet. Produktion, Verbrauch und Außenhandel dieser Güter liegen zwar im Rahmen der VGR vor, sind jedoch meist nicht tief genug aufbereitet. Die Abgrenzung des Gesundheitssektors umfasst 27 WZ-5-Steller, die vollständig als gesundheitsrelevant klassifiziert sind und neun weitere Bereiche, die nur zum Teil dem Gesundheitssektor zuzuordnen sind (Frie et al. 2011). Durch diese Vorgehensweise wird deutlich, dass zahlreiche Wirtschaftszweige an der Erstellung von Gesundheitswaren und -dienstleistungen beteiligt sind. Die Bruttowertschöpfung des Gesundheitssektors zu Herstellungspreisen wird durch die jeweiligen Bruttoproduktionswerte der aufgelisteten gesundheitsrelevanten Güter abzüglich der jeweiligen Vorleistungen zu Anschaffungspreisen (Subtraktionsmethode) ermittelt.

Eine erste Schätzung für Deutschland von Ostwald et al. (2009) kommt zu dem Ergebnis, dass die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft zwischen 1997 und 2005 um 3,26 Prozent pro Jahr zunahm. Damit war diese Wachstumsrate mehr als doppelt so hoch wie diejenige in der Gesamtwirtschaft (1,51 %). Der Anstieg der Bruttowertschöpfung wird in diesem Zeitraum stark von der Ausweitung von Pflegeleistungen bestimmt (Ranscht/Ostwald 2010: 43). Nach den neuesten Berechnungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (2015b) ist die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft von 2003 bis 2014 um 45,4 Prozent auf geschätzt 279,1 Milliarden € gestiegen. Die Wachstumsrate hat sich in diesem Zeitraum auf knapp vier Prozent pro Jahr erhöht. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung stieg dabei von zehn Prozent (2005) auf 11,1 Prozent (2014).

5 Die räumliche Verteilung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten

Im Mittelpunkt dieses Bandes steht die Frage nach der Gesundheitswirtschaft als regionalem Beschäftigungsträger. Zur Erklärung regionaler Unterschiede in der Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft sind zunächst grundsätzlich Nachfrage- und Angebotsaspekte zu unterscheiden. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt in erster Linie von den demografischen Verhältnissen einer Region, also der Bevölkerungsgröße und -zusammensetzung ab, die wiederum langfristig von der regionalen Wirtschaftsentwicklung bestimmt wird. Bezogen auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen sind die regionalwirtschaftlichen Entwicklungen gewissermaßen vorgelagert, denn sie erklären die unterschiedliche Bevölkerungsverteilung im Raum. Für das Angebot gesundheitswirtschaftlicher Güter, die in der Regel regional konzentriert sind und technologische Innovationen anstreben, sind die Erklärungsansätze regionaler Produktionscluster heranzuziehen.

Eine grundlegende Frage bezieht sich darauf, ob die regionale Wirtschaftsentwicklung unter bestimmten Annahmen, insbesondere der Mobilität der Produktionsfaktoren, zum Ausgleich der räumlichen Verteilung in Bezug auf Arbeitsplätze, Entlohnung und Bevölkerung neigt oder nicht. Während die Neoklassik dies zeigt, weisen Polarisierungstheorien und Ansätze der neuen ökonomischen Geografie in Richtung Ungleichverteilung.

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft basieren die regionalen Unterschiede vor allem auf Faktoren, die regional die Nachfrage nach medizinischen Leistungen beeinflussen, aber auch auf der Gesundheitsplanung der Bundesländer, etwa bei der Setzung regionaler Schwerpunktversorgung. Bei der wohnortnahen Grundversorgung spielen die Einzugsbereiche des regionalen Absatzmarktes eine besondere Rolle, da die Leistungserbringer, wie z. B. Arzt oder Zahnarztpraxen, ihre Dienstleistungen in der Regel für einen lokalen, räumlich begrenzten Markt anbieten. Räumliche Schwerpunkte kennzeichnen die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern, wohnortnaher Pflege, aber auch stationären Einrichtungen. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen werden sie bedingt durch den demografischen Wandel regional konzentriert. Darüber hinaus fragt die Gruppe der Senioren spezifische Dienstleistungen im Gesundheitsbereich nach, auf die sich regionale Angebote des zweiten Gesundheitsmarktes einstellen können.

Diese wohnortnahen gesundheitsbezogenen Leistungen sind überwiegend dem nicht handelbaren – vornehmlich von der lokalen Nachfrage abhängigen – Bereich zuzuordnen. Dagegen sind für die Lokalisierung gesundheitswirtschaftlicher Produktion Erklärungsansätze für handelbare Güter, die den Export solcher Güter möglich machen und die Größe des Marktes erhöhen, heranzuziehen. Sie stützen sich auf die Mobilität der Produktionsfaktoren, die ökonomischen Vorteile von Agglomerationen und räumlichen Übertragungseffekten von technologischem Wissen sowie und dem Vorhandensein spezialisierter Arbeitskräfte. Diese Argumente beziehen sich auf sogenannte Technologie-Cluster mit gesundheitswirtschaftlicher Orientierung wie Medizintechnik und Teilen der Biotechnologie, wobei nicht gleich jede räumliche Einheit, die sich als „Gesundheitsregion“ bezeichnet, über einen ausreichenden Umfang an solchen Eigenschaften verfügt, die durch technologische Spillover Produktivitätssteigerungen auslöst.

Für die räumliche Verteilung wirtschaftlicher Aktivitäten und deren Entwicklung im Zeitverlauf gibt es zwei grundlegende theoretische Erklärungsansätze. Die lange Zeit bei der Analyse möglicher Konvergenzprozesse der Regionen führende neoklassische Wirtschaftstheorie basiert auf den Strömen von Kapital und Arbeit. Die Arbeitskräfte in Regionen mit niedrigen Löhnen und hoher Arbeitslosigkeit wandern in die Regionen mit höheren Löhnen und niedrigerer Arbeitslosigkeit. Gleichzeitig zieht es Kapital in stärkerem Maße in die Regionen mit den niedri-

geren Löhnen, sodass die Arbeitsnachfrage hier stärker anzieht und die Löhne folglich steigen. Letztlich tendiert die regionale Verteilung wirtschaftlicher Aktivitäten in Richtung eines Gleichgewichtszustands mit überall gleich hohen Löhnen und gleich hoher Arbeitslosigkeit. Demgegenüber zeigen Erklärungsansätze der neuen ökonomischen Geografie ähnlich wie (ältere) Polarisierungstheorien, wie einerseits unterschiedliche Standortfaktoren und andererseits dynamische Prozesse zur räumlichen Ungleichverteilung wirtschaftlicher Aktivitäten führen.

Innerhalb der Neuen Ökonomischen Geografie können zur Erklärung regionaler Disparitäten das sog. Standard-Kern-Peripherie-Modell mit mobilen qualifizierten Arbeitskräften sowie das Modell der verflochtenen industriellen Produktion herangezogen werden. Diese Modelle erklären vor allem Agglomerationsprozesse. Unter den Annahmen von Transportkosten und sinkenden Durchschnittskosten auf Unternehmensebene wird die Größe des Marktes für die Industrieansiedlung bedeutsam. Die verschiedenen Modelle zeigen, dass zirkuläre endogene Prozesse Agglomerationstendenzen auslösen. Dazu gehören wechselseitige Vorteile, die Anbieter und Nachfrager aus lokal konzentrierten Arbeitsmärkten („labour market pooling“) ziehen, positive technologische Externalitäten zwischen benachbarten Firmen wie z. B. Übertragung von technischem Wissen und Marktgrößeneffekte im Sinne von Nachfrage- und Angebotsvorteilen (Kostenvorteilen) in großen Märkten.

Größenvorteile regionaler Konzentration in der Produktion werden auf Urbanisationseffekte bzw. Lokalisationsvorteile zurückgeführt. Von Urbanisationseffekten wird gesprochen, wenn Größenvorteile aufgrund der Ansässigkeit von Unternehmen verschiedener Branchen bzw. der Ausübung verschiedener Aktivitäten am Standort vorliegen. Urbanisationseffekte werden auch als Jacobs-Externalitäten bezeichnet, da Jane Jacobs (1969) auf entsprechende Beispiele in der britischen Wirtschaftsgeschichte hinwies. Demgegenüber werden Skalenerträge aufgrund von Lokalisationsvorteilen in einem Sektor als „Marshall-Arrow-Romer-Externalitäten“ (MAR) bezeichnet. Sie beziehen sich auf die positiven externen Effekte durch gemeinsame Ansiedlung von Firmen (Marshall), durch learning by doing in den Unternehmen (Arrow) und aufgrund der beschränkten Exklusivität von Wissen (Romer), das in der Branche ausgetauscht wird. Damit sind bereits einige Faktoren genannt, die die Vorteile einer gesundheitswirtschaftlichen Branchenkonzentration bzw. eines Clusters¹³ umfassen. Die sich hieraus ergebenden Wettbewerbsvorteile einer räumlichen Ballung von Unternehmen basieren auf Produktionsverflechtungen und der Arbeitsteilung von Unternehmen entlang der Wertschöpfungskette sowie positiven

13 Porter (1998: 197 f.) beschreibt Cluster „als geographische Konzentration miteinander verbundener Unternehmen, spezialisierter Zulieferer und Dienstleister, Unternehmen in verwandten Branchen und weitere Organisationen z. B. Universitäten, Standardagenturen, Industrieverbände in einem bestimmten Bereich (Branche, Technologiefeld), die miteinander im Wettbewerb stehen und gleichzeitig kooperieren.“

externen Effekten zwischen den Unternehmen und Institutionen. Die Schaffung von Innovationen beruht neben dem Vorhandensein von Einrichtungen für Forschung und Entwicklung auf einem ausgewogenen Verhältnis von Kooperation z. B. in der Forschung und Wettbewerb untereinander.

Für bestimmte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ist die Nähe zum Beschaffungsmarkt von Bedeutung. Dies ist ein der eigenen Produktions- oder Handelsstufe vorgelagerter Markt, auf dem Güter für eigene Produktions- oder Handelsprozesse beschafft werden können, und betrifft speziell wissens- und technologieorientierte Unternehmen. Solche Unternehmen, wie z. B. aus dem Bereich der Biotechnologie, sind auf der Inputseite auf Wissen und Technologietransfer aus Forschungseinrichtungen angewiesen. Für derartige Unternehmen ist auch die unmittelbare Nähe zu Hochschulen und Forschungseinrichtungen von Bedeutung. Solche Hochschulstandorte mit medizinisch-naturwissenschaftlicher Schwerpunktsetzung weisen auch im Ranking vom Prognos-Zukunftsatlas der Gesundheitsregionen besonders gute Wachstumschancen auf (Prognos 2009). Ein weiterer Grund für die regionalen Unterschiede sind die Strukturen des Arbeitsmarktes, insbesondere das Vorhanden von spezialisierten Fachkräften.

Die regionale Ebene der Gesundheitswirtschaft wird auch unter dem Gesichtspunkt einer Schaffung integrierter Angebote für Patienten angesprochen. Von Land und Bund geförderten „Gesundheitsregionen“ sollen regionale Verbände auf der Leistungserbringerseite (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Praxisnetze, integrierte Versorgung für die Leistungserbringung und Ärztegenossenschaften zur günstigeren Beschaffung bis hin zu Selbsthilfegruppen) fördern (Plamper 2010). Weitere Initiativen beziehen sich in diesem Zusammenhang auf die räumliche Vernetzung und Kooperation von Gesundheitswesen und sekundärem Gesundheitsmarkt, die zur Profilierung der Gesundheitsregionen auch für den Gesundheitstourismus beiträgt (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012b).

Die Cluster-Vorstellung hat in der Politik eine große Verbreitung gefunden (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012a). Sie weckt die Erwartung, dass staatlich geförderte räumliche Vernetzung von Forschung, Entwicklung, Transfereinrichtungen und weitere intermediäre Organisationen die gesamte Branche innovativer und wettbewerbsfähiger machen. Im Kontext der Gesundheitswirtschaft sind die Medizintechnik und mit schwieriger Abgrenzung Teile der Biotechnologie zu nennen. Im Jahr 1995 schrieb das Bundesministerium für Bildung und Forschung den BioRegion-Wettbewerb als ersten Cluster-Wettbewerb aus. Darüber hinaus profilieren sich zahlreiche kommunale Verbände als Gesundheitsregionen, die mehr oder weniger über die oben beschriebenen Clusterelemente verfügen.

6 Zusammenfassung

In diesem einleitenden Aufsatz wurden die verschiedenen grundlegenden Aspekte der Gesundheitswirtschaft skizziert, deren Bedeutung als regionaler Beschäftigungsträger den folgenden Kapiteln untersucht wird. Der Markt für Gesundheitsleistungen weist aufgrund von Informationsproblemen Charakteristika auf, die ihn von anderen Märkten deutlich unterscheiden. Patienten sind bei medizinischen Leistungen häufig nicht in der Lage, die Rolle eines souverän entscheidenden Konsumenten einzunehmen. Sie verfügen in aller Regel nicht über die notwendigen Informationen, Angebote zu vergleichen und die Qualität der erbrachten Leistung zu beurteilen. Bei einer reinen Marktlösung müsste befürchtet werden, dass zu viele teure, nicht zielführende Leistungen minderer Qualität erbracht werden.

Die besonderen Merkmale der Gesundheitsleistungen führen zu einem dreiseitigen Versicherungssystem, in dem die erbrachten Leistungen politisch bewertet werden. Das auf der Finanzierungsseite anhand sozialpolitischer Prinzipien organisierte klassische Gesundheitswesen stellt die überwiegenden finanziellen Ressourcen für die Gesundheitswirtschaft zur Verfügung. Die Allokation dieser Mittel auf die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung wird in einem korporatistischen Verhandlungssystem austariert.¹⁴ Staatliche Eingriffe sind im Gesundheitswesen unbestritten notwendig. Die Art der Einflussnahme erscheint aufgrund des selektiven Einflusses der Interessengruppen allerdings kritisch. Die Kritikbereiche beziehen sich auf eine unzureichende sektorübergreifende Steuerung, fehlende Evidenzbasierung medizinischer Indikationen und Mittelverschwendung durch Über- und Fehlversorgung in einigen Bereichen bei gleichzeitiger Unterversorgung in anderen.

Diese Schwierigkeiten bei der Bewertung der Leistungen und Indizien mangelnder Effizienz gilt es, bei der Integration der Gesundheitswirtschaft in die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu berücksichtigen. Der Paradigmenwechsel von Gesundheit als Kostenfaktor zum Treiber von Innovation, Wertschöpfung und Beschäftigung erfolgte in Deutschland vor rund zwei Jahrzehnten. Die regional- und strukturpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wird seit etwa zehn Jahren zunehmend betont. Hierbei sind medizinische Grundversorgung, regional konzentrierte Spezialeinrichtungen und Produktions- bzw. Forschungsstandorte zu unterscheiden. Das Label Gesundheitsregionen ist nicht geschützt, sondern kann für ein bestimmtes Angebot lokaler gesundheitsbezogener Dienstleistungen oder ein „echtes“ Cluster im Sinne von Michael Porter vergeben werden, das zunehmen-

¹⁴ Siehe Noweski (2004) für ein Plädoyer für die Erhaltung des Kollektivvertragssystems (und damit der Verbände), das durch Implementation von Wettbewerbselementen zunehmend bedroht sein wird.

de Skalenerträge und Innovationen durch die Kooperation mit einander verbundener Unternehmen und Forschungseinrichtungen erzielt.

Die regionale Betrachtung der Gesundheitswirtschaft ist bereits heute angesichts der Disparitäten der demografischen Situation besonders vordringlich. Zudem trägt vor allem der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zur Stabilisierung der Beschäftigung in strukturschwachen Regionen bei. Die künftigen Herausforderungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung werden vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der ebenfalls die Regionen unterschiedlich betrifft, zentrales sozialpolitisches Thema sein.

Literatur

- Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: *American Economic Review*, 53 (5), S. 941–973.
- Baumeister, Katharina; Hartje, Andreas; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas (2013): Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Düsseldorf.
- Baumol, W. J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. In: *American Economic Review*, 57, S. 415–426.
- Börsch-Supan, Axel (2003): Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen, Mannheim.
- Braun, Bernard (2009): Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen – Anmerkungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Referat auf der Veranstaltung „Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen – ein Überblick“ der Arbeitnehmerkammer Bremen am 8. Juni 2009.
- Braun, Bernard; Larisch, Joachim (2009): Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen, Bremen.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012): Deutschlands Spitzencluster, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2015a): Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2015b): Gesundheitswirtschaft, Fakten und Zahlen, Ausgabe 2014, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2012a): Cluster Monitor Deutschland – Trends und Perspektiven von Unternehmen in regionalen Netzwerken und Clustern, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2012b): Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland – Branchenreport Gesundheitsregionen und Gesundheitsinitiativen, Berlin.
- Busche, Reinhard (2012): Reformen im Gesundheitswesen, Berlin.

- Cassel, Dieter; Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine; Wasem, Jürgen (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Bonn.
- Cassel, Dieter; Wilke, Thoma (2001): Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 9, S. 331–348.
- Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme, Berlin.
- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef (2011): Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft, Bonn.
- Felder, Stefan (2010): Ökonomie des Gesundheitswesens: Genese und Optimierung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 45/2010, S. 12–17.
- Felder, Stefan (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie, Plenumsvortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Bonn.
- Feldman, Roger; Morrisey, Michael A. (1990): Health Economics: A Report on the Field. In: Journal of Health, Policy and Law, 15, S. 627–646.
- Fleßa, Steffen (2010): Grundlagen der Pharmakoökonomik: Der Arzneimittelmarkt, Greifswald.
- Frie, Britta; Muno, Katharina; Speich, Wolf-Dietmar (2011): Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/2011, S. 41–49.
- Friedman, Milton (1992): Input and output in medical care. Essays in public policy, no. 28, Stanford.
- Gethmann, Carl Friedrich; Gerok, Wolfgang; Helmchen, Hanfried; Henke, Klaus-Dirk; Mittelstraß, Jürgen; Schmidt-Abmann, Eberhard; Stock, Günter; Taupitz, Jochen; Thiele, Felix (2004): Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems. Forschungsberichte der Interdisziplinären Arbeitsgruppen der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Band 13, Berlin.
- Greß, Stefan; Maas, Stephanie; Wasem, Jürgen (2008): Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 154, Düsseldorf.
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2007): Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxis, Stuttgart.
- Haubrock, Manfred (2013): Steuerungsmodelle und Gesundheitsberufe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

- Henke, Klaus-Dirk (1981): Artikel Gesundheitswesen II öffentliche Ausgaben. In: Albers, W. (Hrsg.): Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, S. 591–611.
- Henke, Klaus-Dirk; Neumann, Karsten; Schneider, Markus; Georgi, Anja; Bungenstock, Jan; Baur, Michael; Ottmann, Sabine; Berger, Roland; Krauss, Thomas; Hofmann, Uwe (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Henke, Klaus-Dirk; Troppens, Sabine; Braeseke, Grit; Dreher, Birger; Merda, Meika (2011): Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkung auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung, Berlin.
- Hensen, Peter; Kölzer, Christian (2011): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen. Wiesbaden.
- Jacobs, Jane (1969): The economy of cities, London.
- Klinke, Sebastian (2005): Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen. Auswirkungen der gesundheitlichen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.
- Konsortium 2013 (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (BASYS), Gesundheitsökonomisches Zentrum der TU Dresden (GÖZ), Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (IEGUS)) (2013): Messung der Produktivitätsentwicklung der Gesundheitswirtschaft. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Konsortium BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH/ GÖZ Gesundheitsökonomisches Zentrum der TU Dresden/IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (2013): Messung der Gesundheitswirtschaft, Kurzfassung, o. O.
- Kopp, Daniel (2011): Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben – Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkung auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme, Bonn.
- Kuratorium Gesundheitswirtschaft (2005): Ergebnisbericht „Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“, 07./08.12.2005, Rostock-Warnemünde.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2009): Gesundheitsregionen in Deutschland, Hannover.
- Marx, Peter; Rahmel, Anke (2008): Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen Erfahrungen der Niederlande und der Schweiz – Vorbild für Deutschland. In: Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven, Beiträge des Symposiums vom 27.–30. September 2007 in Cadenabbia, Freiburg.

- Marx, Peter; Rahmel, Anke (1998): Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen. Erfahrungen der Niederlande und der Schweiz – Vorbild für Deutschland. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven*, Freiburg, S. 523–540.
- Müller, Susanne (2012): VStG: MVZ am Wendepunkt – Bedeutung der MVZ für die ambulante Versorgung. In: *Arzt und Krankenhaus*, Jg. 85, H. 3, S. 69–74.
- Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus – Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. WZB-Paper SP I 2004-304.
- OECD (2011): *Health at a Glance*, Paris.
- OECD (2000): *A system of health accounts*, Paris.
- Oettel, Andreas; Ostwald, Dennis; Ranscht, Anja; Speich, Wolf-Dietmar (2009): Ermittlung von Potenzialen der Gesundheitswirtschaft mit Hilfe des Wertschöpfungsansatzes. In: *Statistik in Sachsen*, 4/2009.
- Ostwald, Dennis A.; Ranscht, Anja; Heeger, Dirk; Hesse, Sebastian (2009): Wachstums- und Beschäftigungseffekte in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, Darmstadt.
- Pitschas, Rainer (2010): Soziale Sicherheit durch Vorsorge. In U. Becker (Hrsg.): *Rechtsdogmatik und Rechtsvergleich im Sozialrecht*. Baden-Baden, S. 63–106.
- Plamper, Harald (2010): Regionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und ihre Akteure – Stand und weitere Entwicklung, Hans-Böckler-Stiftung.
- Porter, Michael (1998): *The Competitive Advantage of Nations*, New York.
- Prognos (2009): *Zukunftsatlas Branchen*, Basel.
- Ranscht, Anja, Ostwald, Dennis A. (2010): Die Gesundheitswirtschaft – ein Wachstums- und Beschäftigungstreiber? In: Fischer, M.G., S. Meyer (Hrsg.): *Gesundheit und Wirtschaftswachstum*, Berlin-Heidelberg, S. 31–47.
- Reintjes, Ralf; Reiche, Ralf; Wenk-Lang, Antoinette (1997): Das Gesundheitssystem: Der Markt und/oder staatliche Steuerung. In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 27, S. 71–81.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Schäfer, Constanze (2013): *Medikalisierung der Gesellschaft*, Düsseldorf.

- Schneider, Markus; Karmann, Alexander; Hofmann, Uwe; Krauss, Thomas; Köse, Aynur; Werblow, Andreas; Fiala, Oliver; Weinhold, Ines (2012): Gesundheitswirtschaft Sachsen. Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Augsburg/Dresden.
- Schneider, Udo (1998): Der Arzt als Agent des Patienten – Zur Übertragbarkeit der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung. Diskussionspapier Universität Greifswald, 2/98.
- Siebert, Diana; Hartmann, Thomas (2010): Basiswissen Gesundheitsförderung – Historische Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung, Magdeburg.
- Simon, Michael (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern.
- Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen 2008.
- Weinmann, Julia (2002): Die neue Gesundheitspersonalrechnung. In: Wirtschaft und Statistik, 8/2002, S. 717–723.
- Weltgesundheitsorganisation (2006): Entwurf des elften Arbeitsprogramms der WHO 2006 – 2015. Kurzfassung, Genf.
- Wolk, Thorsten (2004): Der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor? Chancen, Risiken, Entwicklungsperspektiven. Eine systemtheoretische Betrachtung, Bochum.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 2000; 97(15): A-1017/B-865/C-813.
- Zimmermann, Doris (2011): Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen – Mythen als Legitimationsmuster. Bayern Forum der Friedrich-Ebert-Stiftung, München.

Doris Wiethölder, Jeanette Carstensen

B Die Gesundheitswirtschaft als regionaler
Beschäftigungsträger: Empirische Analysen
mit der Beschäftigungsstatistik

1 Einleitung

In diesem Kapitel des Sammelbandes steht die Gesundheitswirtschaft als wichtiger Beschäftigungssektor in den Bundesländern und Kreisen Deutschlands im Focus. Zunächst wird die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft insgesamt und differenziert nach dem Kernbereich (dem Gesundheitswesen) sowie den statistisch am vollständigsten erfassten zwei Erweiterungsbereichen (dem Handel mit Gesundheitsprodukten und der Herstellung von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) für die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in den Bundesländern im Jahr 2013 dargestellt. Im Einzelnen lassen sich innerhalb des Gesundheitswesens Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, sonstigen Praxen, Rettungsdienste, Altenheime sowie ambulante soziale Dienste unterscheiden. Krankenhäuser werden nochmals nach Hochschulkliniken, Rehabilitationseinrichtungen und allgemeinen Krankenhäusern unterteilt. Anschließend wird die Beschäftigung in den verschiedenen Branchen des Handels mit Gesundheitserzeugnissen (Großhandel, Einzelhandel, Apotheken) und der Herstellung von Gesundheitsprodukten (z. B. Pharmazeutische Industrie, Herstellung von Therapiegeräten) untersucht. Die Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft lassen sich in ein regionales Überblicksbild zusammenfügen, das die räumliche Lokalisation der Beschäftigung des Gesundheitswesens und des Handels sowie der Herstellung gesundheitsbezogener Produkte auf Kreisebene wiedergibt.

Für die Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung in den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft wird der Zeitraum von 2008 bis 2013 gewählt, da differenziertere Informationen nach den Wirtschaftszweigen erst ab 2008 vorliegen.

Die ausgeübten Berufe in den verschiedenen Zweigen der Gesundheitswirtschaft werden im Detail untersucht. Die Beschäftigung in den häufigsten Berufen wird zunächst nach den drei Bereichen der Gesundheitswirtschaft differenziert. Daran schließt sich eine Untersuchung der längerfristigen Beschäftigungsentwicklung der am stärksten besetzten Berufe zwischen 2000 und 2010 an. Aufgrund der Umstellung der Beschäftigungsstatistik der BA auf die neue Klassifikation der Berufe 2010¹ sind teilweise keine vollständigen Zeitreihen verfügbar. Daher wurde für die Darstellung der Berufe jeweils die Entwicklung im Zeitraum 2000 bis 2010 betrachtet.

Wie in den meisten Bereichen der Wirtschaft stellt die Alterung der Belegschaften eine Herausforderung an die Betriebe dar, die in den drei Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft tätig sind. Den bereits in vielen Berufen des Gesundheits-

¹ Vgl. Abschnitt 3.4 und Fußnote 15.

wesens bestehenden Fachkräftemangel versuchen Bundesregierung und Betriebe durch die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte zu begegnen. Aus diesem Grund wird dargestellt, wie viele ausländische Arbeitnehmer bereits heute in der Gesundheitswirtschaft tätig sind.

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist eine Frauendomäne. Die verschiedenen Teilbereiche und beruflichen Positionen in der Gesundheitswirtschaft werden danach untersucht, wo Frauen besonders häufig und auch weniger häufig vertreten sind.

Eng verknüpft mit dem Aspekt der Frauenbeschäftigung ist die zunehmende Verbreitung der Teilzeitarbeit, die teilweise den Erwerbswünschen der Frauen entspricht, andererseits Ausdruck betrieblicher Flexibilisierungsstrategien ist. Dazu gehört auch die geringfügige Beschäftigung, die im Anschluss analysiert wird. Als relativ neues Instrument zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Gesundheitswesen wird die Verbreitung der Zeitarbeit dargestellt.

Die Ausübung von Gesundheitsberufen erfordert überwiegend hohe fachliche Qualifikationen. Berufliche Zertifikate steuern in hohem Maße die Arbeitsmarktintegration. Zudem schreitet im Gesundheitswesen die Akademisierung voran. Geringqualifizierte haben in den meisten Bereichen der Gesundheitswirtschaft keinen Zugang. Gleichwohl bestehen im expandierenden Pflegearbeitsmarkt mit dem Pflegehelfer (einjährige Ausbildung), dem Pflegeassistenten (mit Ausbildung von bis zu 3 Jahren) und dem Helfer in der Krankenpflege auch Beschäftigungsmöglichkeiten für Erwerbspersonen unterhalb des examinieren Berufsabschlusses.

Ausgangspunkt der Analyse ist die aktuelle Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, die mit den betrieblichen Anforderungsniveaus der Beschäftigten differenziert nach Kernbereich, Handel und Herstellung von Gesundheitsprodukten verknüpft wird. Anschließend wird Qualifikationsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft und der extreme Zuwachs von hochqualifizierten Beschäftigten zwischen 2008 und 2013 analysiert. Die Akademisierung zeigt sich auch, wenn Qualifikation und Anforderungsniveau in Gesundheitsberufen betrachtet werden.

Ein wesentlicher Aspekt einer Arbeitsmarktanalyse der Gesundheitswirtschaft sind die Entgelte der Beschäftigten. Zu Beginn wird ein Überblick über die Medianentgelte in den drei Bereichen der Gesundheitswirtschaft sowie nach den betrieblichen Anforderungsniveaus gegeben, wobei der räumliche Bezug durch eine Ost-West-Trennung hergestellt wird. Da viele Berufe in der Gesundheitswirtschaft Frauenberufe sind, sind die Entgeltdifferenzen zwischen Frauen und Männern von besonderem Interesse, die wir auf der Ebene von Berufen untersuchen. Die Entgelte sind ein zentrales Element der Attraktivität von Berufen. Insbesondere in der Pflege

wird in den geringen Entgelten das Hauptproblem für die Gewinnung von Fachkräften gesehen. Aus diesem Grund legen wir einen besonderen Schwerpunkt auf die Entgelte von Kranken- und Altenpflegern, die wir zusätzlich nach Einrichtungen untersuchen.

2 Empirische Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft

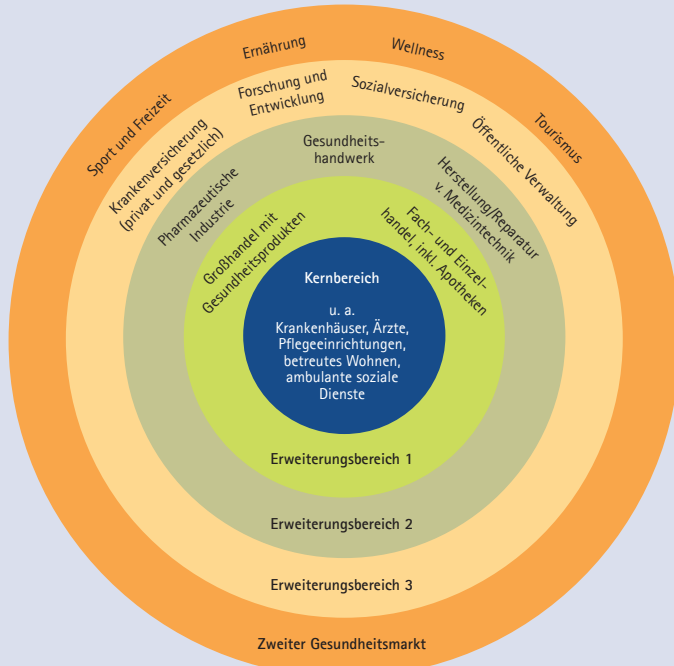
Die Gesundheitswirtschaft umfasst zum einem die klassische Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zum anderen alle Produkte und Dienstleistungen, die der Gesundheit dienlich sind. Die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft werden im Folgenden im Hinblick auf ihre Erfassung in der Beschäftigungsstatistik differenziert dargestellt.

2.1 Das Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft

Bei der empirischen Abbildung der Gesundheitswirtschaft hat sich das sogenannte Schichtenmodell, eine Weiterentwicklung der „Gesundheitszwiebel“ des Instituts für Arbeit und Technik (Dahlbeck/Hilbert 2008) durchgesetzt. Abbildung 1 zeigt das Modell, in dessen Kern das Gesundheitswesen im engeren Sinne steht (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste, Rettungsdienste, betreutes Wohnen). Dieser Kern wird umgeben von drei Erweiterungsschichten mit Bereichen, die für die Versorgung des Kernbereichs mit Dienstleistungen und Produkten notwendig sind. Dazu zählen z. B. Apotheken, Pharmazeutische Industrie, Gesundheitshandwerk, Medizintechnik, Forschung und Entwicklung oder Krankenversicherungen. Der äußere Ring stellt den zweiten Gesundheitsmarkt dar, der die privatwirtschaftlich geprägten Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen beinhaltet. Dazu gehören personenbezogene Dienstleistungen in Thermalbädern, Fitnesseinrichtungen oder Kosmetikbetrieben (Wellness) oder der Gesundheitstourismus.

Abbildung 1

Gesundheitswirtschaft und zweiter Gesundheitsmarkt nach Wirtschaftsbereichen
(Schichtenmodell)



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Schichtenmodell von Ranscht/Ostwald (2006).

2.2 Gesundheitswirtschaft in der Wirtschaftszweigsystematik

Die Untersuchung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft zielt darauf, das Beschäftigungsniveau und die Beschäftigungsentwicklung in einzelnen Segmenten des Gesundheitssektors räumlich darzustellen. Die statistische Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft wird durch die amtliche Statistik in ihrer jeweiligen Klassifikation determiniert. Wir beschränken uns auf die Abteilungen der Wirtschaftszweigsystematik 2008², die das klassische Gesundheitswesen (Kernbereich) und die Erweiterungsbereiche umfassen: Zum Kernbereich zählen die Krankenhäuser (86.1), die Arzt- und Zahnarztpraxen (86.2), die sonstigen Praxen und Rettungsdienste (86.9), die Pflegeheime (87.1), die stationären Einrichtungen der psychosozialen Betreuung (87.2), die Altenheime und betreutes Wohnen (87.3) und die ambulanten sozialen Dienste (88.101).

Bei den Erweiterungsbereichen beziehen wir zwei Schichten ein: Zum Erweite-

² Genaue Bezeichnungen der Wirtschaftszweige siehe Tabelle A 1 im Anhang.

nungsbereich 1 gehört der Großhandel bzw. der Fach- und Einzelhandel mit Gesundheitsprodukten inklusive der Apotheken. Dazu zählt die Handelsvermittlung von pharmazeutischen, medizinischen, orthopädischen Erzeugnissen, Ärzte und Laborbedarf etc. (4.61.84), der Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen (46.46), die Apotheken (47.73), der Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln (47.74) und die Augenoptiker (4.77.81).

Zum Erweiterungsbereich 2 zählen die Pharmazeutische Industrie, das Gesundheitshandwerk sowie die Medizintechnik. Im Einzelnen handelt es sich um die Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (21), die Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten (26.6) und die Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien (32.5).

Der Erweiterungsbereich 3 umfasst die privaten Krankenversicherungen (65.12) sowie die Forschung und Entwicklung im Bereich der Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin (72.1). Diese Wirtschaftsbereiche sind nicht eindeutig bzw. nur teilweise der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen. Der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, befindet sich in der Wirtschaftsgruppe der Sozialversicherung (84.3) und kann von den nicht medizinischen Versicherungsbereichen nicht getrennt werden. Insbesondere der Erweiterungsbereich 3 (siehe Abbildung 3) lässt sich demnach mit den Kategorien der amtlichen Wirtschaftszweigklassifikation nur sehr eingeschränkt abbilden. Darüber hinaus wird in der öffentlichen Wahrnehmung dieser Bereich nicht zwingend der Gesundheitswirtschaft zugeordnet. Daher haben wir uns entschieden unsere Analyse auf den Kernbereich und die Erweiterungsbereiche 1 und 2 (Handel und Produktion gesundheitswirtschaftlicher Produkte) zu fokussieren. In ausgewählten Länderberichten des Regionalen Forschungsnetzes ist er gleichwohl enthalten (zum Beispiel Kapitel C „Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg“).

Auf der Ebene der Berufe konzentrieren wir uns auf die Berufe, die am stärksten in der Gesundheitswirtschaft vertreten sind. Zu berücksichtigen ist, dass die akademischen Gesundheits- und Heilberufe in der Beschäftigungsstatistik nur unzureichend erfasst werden. Zum einen gibt es in der Gesundheitswirtschaft einen hohen Anteil an Selbständigen und Freiberuflern, die in der Beschäftigungsstatistik nicht erhalten sind. Zum anderen sind die Einkommensanalysen bei den Akademikern durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. Hintergrund ist, dass die Arbeitgeber nicht verpflichtet sind, Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu melden.

3 Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland

3.1 Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Bundesländern

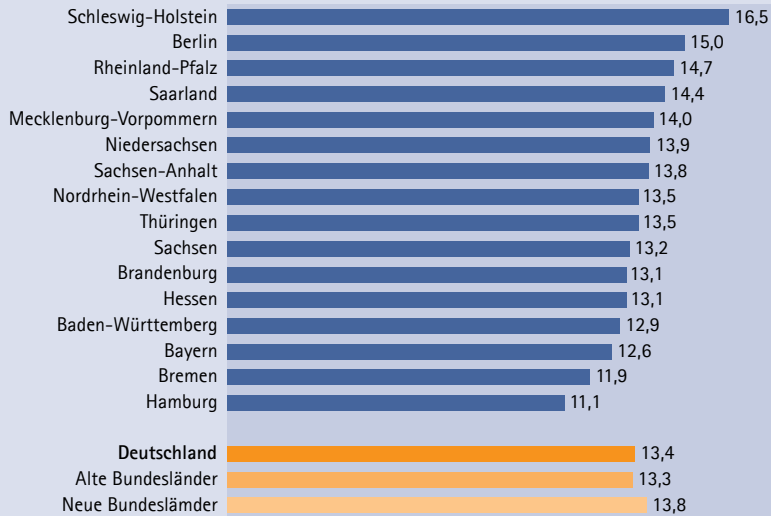
Die Gesundheitswirtschaft ist ein bedeutender und wachsender Beschäftigungsbe-
reich in Deutschland. Ende Juni 2013 waren hier bundesweit fast 3.700.000 Perso-
nen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.³ Von allen Beschäftigten sind damit
bundesweit 13,4 Prozent in dieser Branche tätig. Auf der Ebene der Bundesländer
zeigen sich hierbei deutliche regionale Unterschiede (vgl. Abbildung 2). Schleswig-
Holstein (16,5 %) verzeichnet den höchsten Anteil, gefolgt von Berlin, Rheinland-
Pfalz und dem Saarland. Am niedrigsten ist der Beschäftigungsanteil der Gesund-
heitswirtschaft in Hamburg mit 11,1 Prozent.

Das wachsende ökonomische und beschäftigungspolitische Gewicht der Ge-
sundheitswirtschaft kommt zum einen durch den alterungsbedingten Anstieg der
Gesundheitsnachfrage und durch erweiterte Leistungsangebote und der damit
einhergehenden Nachfrageausweitung zustande. Zudem sind bei personenbezo-
genen Dienstleistungen Produktivitätssteigerungen Grenzen gesetzt. Aus regio-
nalwirtschaftlicher Sicht lassen sich gesundheitswirtschaftliche Beschäftigungs-
schwerpunkte auf die jeweiligen spezifischen Standortbedingungen zurückführen.
So zeigen sich für Schleswig-Holstein günstige naturräumliche Voraussetzungen
(Küstenlage, Natur- und Erholungsräume), z. B. für die Ansiedlung von Rehabi-
litationseinrichtungen. Einen hohen Beschäftigtenanteil erreicht die Gesundheits-
wirtschaft auch deshalb, weil die regionale Wirtschaft aus verschiedenen Gründen
(Fehlen altindustrieller Kerne, geringe Siedlungsdichte, keine großen Handelsplät-
ze etc.) wenig Arbeitsplätze in anderen Sektoren bereitstellt (Kotte 2011: 14 f.). In
Ländern mit breiter Branchenstruktur und überdurchschnittlichem Arbeitsplatzbe-
satz hingegen zeigt die Gesundheitswirtschaft nicht die beschäftigungspolitisch
zentrale Bedeutung wie in den strukturschwächeren Bundesländern. Schließlich
erfüllen urbane Zentren einen überregionalen Versorgungsauftrag und stellen so-
mit wichtige regionale Standorte für Gesundheitsleistungen dar.

3 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte soweit nicht anders genannt ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten. Quelle soweit im Folgenden nicht anders genannt: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus IAB Pallas online. Stichtag ist der 30. Juni bezogen auf den jeweiligen Arbeitsort (AO). Im August 2014 hat in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit eine Datenrevision rückwirkend bis 1999 stattgefunden. Damit kam es zu einer Erhöhung der Bestandsdaten. Die hier verwendeten Beschäftigungsdaten stammen noch aus dem Datenbestand vor der Revision und fallen daher dementsprechend niedriger aus. Mehr zur Revision der Beschäftigungsstatistik: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014).

Abbildung 2

Anteil der SV-Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten 2013 in Prozent



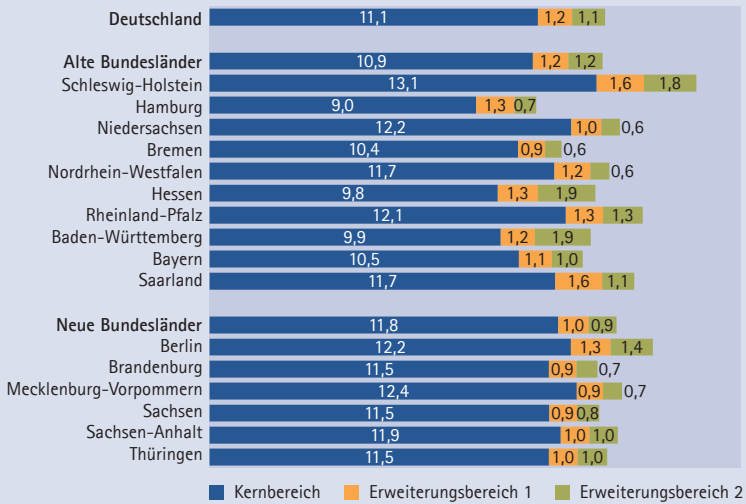
Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den Ländern zeigen sich vor allem an der Bedeutung des Kernbereichs als beschäftigungsintensivste Branche innerhalb der Gesundheitswirtschaft. In den alten Ländern differieren hier die Anteile deutlich stärker als in Ostdeutschland. Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen verzeichnen die höchsten Werte. In Ostdeutschland (ohne Berlin) erreicht der Kernbereich in fast allen Ländern ein höheres Niveau als in den westlichen Ländern. So sind beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern 12,4 Prozent aller Beschäftigten auf den Kernbereich konzentriert, in Hessen dagegen nur 9,8 Prozent (vgl. Deutschland: 11,1 %). Werden bei der Analyse die Rehabilitationseinrichtungen aus dem Kernbereich herausgerechnet, reduzieren sich vor allem die Anteile in den genannten strukturschwächeren Flächenländern, während die Stadtstaaten weitgehend konstant bleiben (vgl. Abbildung 3a und b).

Abbildung 3a

Kernbereich (einschl. Rehabilitationseinrichtungen) und Erweiterungsbereiche der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 (Anteile an der Gesamtbeschäftigung in Prozent)

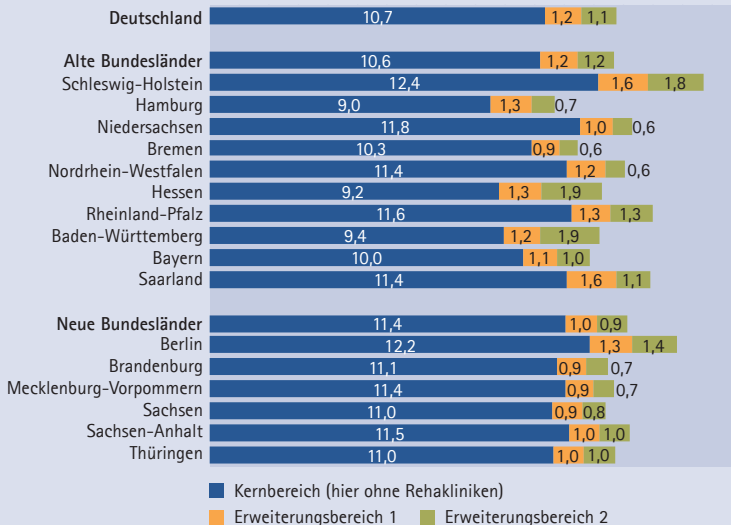


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Abbildung 3b

Kernbereich (ohne Rehabilitationseinrichtungen) und Erweiterungsbereiche der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 (Anteile an der Gesamtbeschäftigung in Prozent)



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

In den zwei Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft (Handel und Produktion gesundheitswirtschaftlicher Produkte) sind bundesweit insgesamt rund 630.000 Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Beide Bereiche stellen fast gleich viele Arbeitsplätze, allerdings zwischen den Ländern variiert das Gewicht dieser Wirtschaftszweige. Zudem ist ihre Bedeutung in den östlichen Ländern geringer als in den westlichen Ländern.

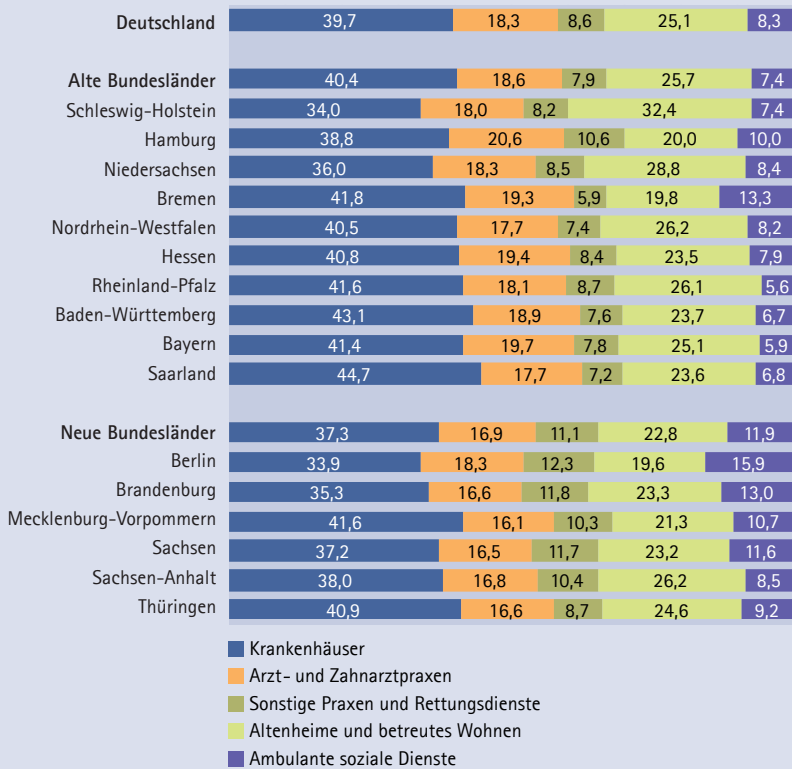
Im Erweiterungsbereich 1 (E 1; Handel mit medizinischen und pharmazeutischen Produkten) sind rund 322.000 Personen tätig. Anteilig stehen Schleswig-Holstein und das Saarland oben im Ranking (E 1: 1,6%). Aber auch in Hamburg und Hessen sind die Beschäftigungsanteile überdurchschnittlich. Vergleichsweise geringe Bedeutung hat der Handel mit Gesundheitsprodukten für die Beschäftigten in den neuen Bundesländern (außer Berlin). Absolut betrachtet sind die höchsten Beschäftigungszahlen in Nordrhein-Westfalen (69.700), Bayern (51.400) und Baden-Württemberg (45.000) zu finden.

Im Erweiterungsbereich 2 (E 2; Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen) sind rund 308.000 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die Beschäftigung in diesem Bereich variiert zwischen den Bundesländern erheblich. Hessen (1,9%), Baden-Württemberg (1,9%) und Schleswig-Holstein (1,8%) weisen die höchsten, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (jeweils 0,6%) die niedrigsten Beschäftigungsanteile auf. Absolut sind in Baden-Württemberg (73.400) mit Abstand die meisten Beschäftigten in der Produktion medizinischer Produkte und pharmazeutischer Erzeugnissen tätig, gefolgt von Bayern (48.100) und Hessen (42.200). Am anderen Ende rangieren Mecklenburg-Vorpommern (3.300) und der Stadtstaat Bremen (1.600).

Innerhalb des Kernbereichs sind die Krankenhäuser mit Abstand die größten Arbeitgeber. In Deutschland sind rund 1.219.700 Personen in diesen Einrichtungen beschäftigt, das sind knapp 40 Prozent des gesamten Kernbereichs. In strukturschwächeren Regionen gehören Krankenhäuser/Kliniken häufig zu den größten Betrieben. Die Beschäftigungseffekte gehen dabei nicht nur von den direkt dort Beschäftigten aus. Darüber hinaus sind indirekte Beschäftigungseffekte nennenswert: Dazu zählen Zulieferer, nachgelagerte Dienstleister und Leistungsbereiche, die von den Krankenhäusern ausgelagert wurden. Hierzu zählen u. a. Reinigungsdienste, Catering/Verpflegung, aber auch IT-Service und Versorgung mit Pharmaprodukten.

Abbildung 4

SV-Beschäftigte im Kernbereich nach Einrichtungen 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Im Bundesländervergleich erreicht der Klinikbereich in Baden-Württemberg und dem Saarland die höchste beschäftigungspolitische Bedeutung (vgl. Abbildung 4). Die geringsten Anteile sind in Berlin und Schleswig-Holstein zu verzeichnen. Den zweiten Rang innerhalb des Kernbereichs nehmen bundesweit die Beschäftigten in den Alten- und Pflegeheimen mit gut einem Viertel der Beschäftigten ein. Im Regionalvergleich auffällig sind die hohen Anteile in den Alten- und Pflegeheimen in Schleswig-Holstein (32,4%) und Niedersachsen (28,8%). In diesen beiden Bundesländern dürften auch Pflegeleistungen für die Hamburger Bevölkerung erbracht werden, denn der dortige Umfang der ambulanten sozialen Dienste erscheint im Vergleich verhältnismäßig gering. Danach folgen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Arzt- und Zahnarztpraxen (18,3%). Die Bedeutung der Beschäftigung in Arzt- und Zahnarztpraxen im Kernbereich

liegt in den alten Bundesländern etwas höher als in den neuen. Dies liegt zum Teil an der unterschiedlichen Siedlungsstruktur, da die Versorgung mit Arztpraxen in den verdichteten Räumen höher ist als im überwiegend ländlich geprägten Osten. Fast gleiche Beschäftigungsanteile nehmen das sonstige Gesundheitswesen (sonstige Praxen und Rettungsdienste) (8,6 %) und die ambulanten sozialen Dienste (8,3 %) ein. Für die neuen Länder haben die ambulanten sozialen Dienste anteilig eine nennenswert höhere Bedeutung als in Westdeutschland. Mit Ausnahme der Stadtstaaten Bremen und Hamburg, hier sind auch zweistellige Anteile zu erkennen.

Im nächsten Untersuchungsschritt wird der Krankenhausbereich weiter nach Krankenhäusern/Fachkliniken, Hochschulkliniken und medizinische Vorsorge- und Rehabilitationskliniken differenziert (vgl. Tabelle 1). Erwartungsgemäß fallen die jeweiligen Anteile je nach dem Vorhandensein medizinischer Schwerpunktstandorte regional sehr unterschiedlich aus. So sind die überdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile des Krankensektors in Berlin und dem Saarland auf Hochschulkliniken in diesen Bundesländern zurückzuführen. In Berlin zählt das Universitätsklinikum Charité, das einer der größten Arbeitgeber der Stadt ist, zu den größten medizinischen Einrichtungen dieser Art in Europa. Auch im Saarland (Kreis Homburg) gehört das Universitätsklinikum zu den wichtigsten Arbeitgebern in der Region.⁴ Darüber hinaus zählen auch in Baden-Württemberg, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern Universitätskliniken zu den größten Betrieben in den jeweiligen Regionen. Neben den direkten Beschäftigungseffekten dieser Einrichtungen fungieren Universitätsklinikum oder Großkliniken als „wichtige Auftrag- und Impulsgeber für die regionale Wirtschaft“ (v. a. Erhalt und Erweiterungsmaßnahmen in Bezug auf die Immobilien, Medizintechnik und IT). Das gilt besonders für Regionen, in denen Universitätskliniken oder andere Großkliniken als bedeutende Standorte in Clusternetzwerken der Gesundheitswirtschaft integriert sind (u. a. Berlin, Hamburg, Heidelberg, Halle/Leipzig, Mittelhessen (Gießen/Marburg), das Ruhrgebiet (Bochum) oder München (Bräuninger/Rakau 2010: 15). Universitätskliniken oder Großkliniken sind die zentralen Akteure für die Herausbildung medizinisch-technischer Gesundheitscluster (vgl. Beitrag A).

4 Für Berlin: <http://www.charite.de/>. Für das Saarland: http://de.wikipedia.org/wiki/Universit%C3%A4tsklinikum_des_Saarlandes.

Tabelle 1

SV-Beschäftigte in den Krankenhäusern differenziert nach den Anteilen der Einrichtungen und Bundesländer 2013

	861 Krankenhäuser Insgesamt	Davon in Prozent:		
		86101 Krankenhäuser	86102 Hochschul- kliniken	86103 Vorsorge- und Rehabilitations- kliniken
Baden-Württemberg	166.448	67,1	22,5	10,5
Bayern	202.109	74,7	14,6	10,7
Berlin	48.660	68,2	29,5	2,3
Brandenburg	30.198	90,5	0,0	9,5
Bremen	12.376	96,2	0,0	3,8
Hamburg	29.792	75,7	23,4	0,9
Hessen	86.880	72,0	15,1	12,9
Mecklenburg-Vorpommern	26.531	56,9	22,9	20,2
Niedersachsen	110.020	83,6	7,6	8,8
Nordrhein-Westfalen	274.388	80,3	14,6	5,2
Rheinland-Pfalz	60.815	78,6	11,5	10,0
Saarland	17.895	64,4	30,4	5,2
Sachsen	60.188	69,2	18,4	12,4
Sachsen-Anhalt	32.763	73,1	18,6	8,3
Schleswig-Holstein	36.498	60,1	24,5	15,3
Thüringen	34.476	74,6	14,9	10,5
Deutschland	1.230.037	74,8	16,2	9,0
Alte Bundesländer	997.221	75,5	15,7	8,8
Neue Bundesländer	232.816	71,7	18,4	9,9

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

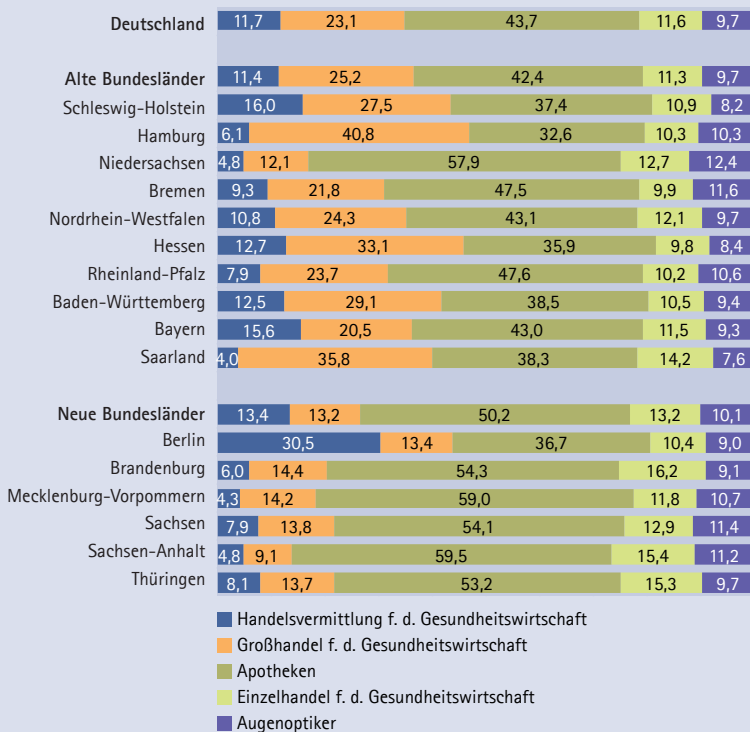
Die Vorsorge- und Rehabilitationskliniken haben in Mecklenburg-Vorpommern mit Abstand die höchste Bedeutung im Krankenhausbereich, gefolgt von Schleswig-Holstein. Aber auch in Sachsen und Hessen ist der Bereich überdurchschnittlich bedeutsam. Die Standorte der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken leiten sich u. a. neben der medizinischen Spezialisierung aus der gesundheitlichen Aufgabenstellung ab. Dazu zählen neben den erhöhten ökologischen Anforderungen die Besonderheiten der Nutzung der natürlichen Umgebung, häufig an ausgewählten Standorten am Meer, im Gebirge und in ländlicher Umgebung (Deutscher Heilbäderverband e.V. 2005: 49).

Die Erweiterungsbereiche (dem Handel und der Herstellung gesundheitswirtschaftlicher Produkte) weisen regional unterschiedliche Spezialisierungen auf. Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen und pharmazeutischen Produkten) sind bundesweit die Apotheken und der Großhandel mit medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen die größten Beschäftigungsbereiche. Die übrigen

Beschäftigten entfallen auf den Einzelhandel mit medizinischen oder pharmazeutischen Produkten, die Handelsvermittlung und das Optikergewerbe. Auffällig ist der hohe Anteil an Beschäftigten im Bereich der Handelsvermittlung mit über 30 Prozent in Berlin (vgl. Abbildung 5). Auch der Großhandel zeigt im Bundesländervergleich große Unterschiede. Hier erreicht Hamburg fast 40 Prozent, während die Anteile in den neuen Ländern bei 13 Prozent liegen. Dafür ist in den östlichen Ländern anteilig die Bedeutung der Beschäftigung in den Apotheken größer.

Abbildung 5

Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) nach Bundesländern 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

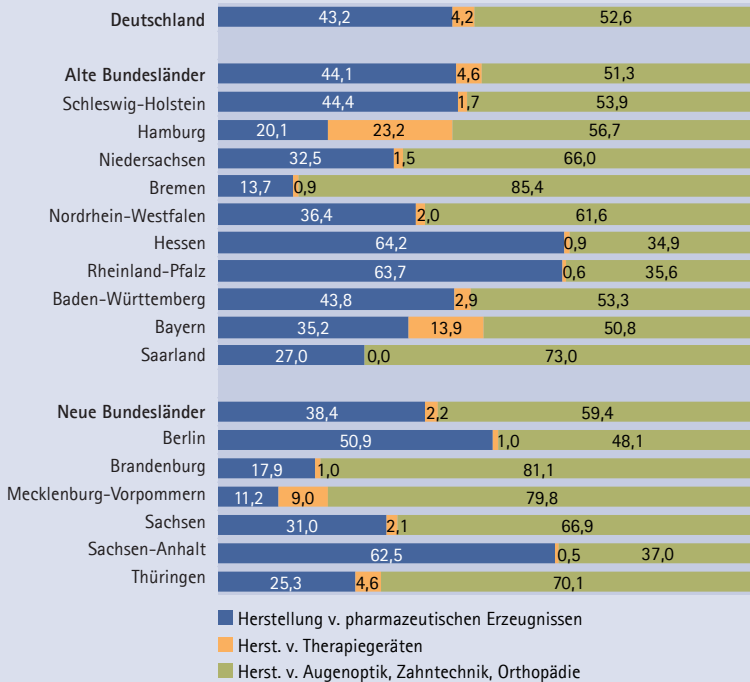
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Im Erweiterungsbereich 2 (Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen) bilden international agierende Gesundheitsdienstleister, renommierte medizinische Forschungseinrichtungen und eine Vielzahl von großen und kleinen Kliniken die Nachfrager (Abnehmer) für die Unternehmen, die medizinische Geräte und pharmazeutische Produkte herstellen. Während innerhalb der Ge-

sundheitswirtschaft die Einrichtungen des Kernbereichs primär auf die regionalen Märkte ausgerichtet sind, bewegen sich Unternehmen der Medizintechnik und der Pharmaunternehmen im internationalen Wettbewerb.

Abbildung 6

Erweiterungsbereich 2⁵ nach Bundesländern 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die Medizintechnik umfasst insbesondere die Produktion von elektromedizinischen und medizinmechanischen Erzeugnissen. Sie gehört zu den Wachstumsbranchen in Deutschland. Die mittelständisch strukturierte Medizintechnik zählt in Deutschland zu den kleineren Branchen. Ein weiterer wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft stellt die Pharmaindustrie dar. Hierunter fallen vor allem die Erzeugung materieller Produkte (zum Beispiel Arzneimittel, medizinisch-technische Geräte, Diagnostika) sowie die Forschungs- und Entwicklungsleistungen der Pharmabranche (Bräuninger/Rakau 2010: 23). Im Erweiterungsbereich 2 gibt es im regionalen Vergleich die hohe Bedeutung der Beschäftigung im Bereich „Herstellung von pharmazeutischen Er-

5 Ohne WZ 721: Forschung und Entwicklung im Bereich der Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin.

zeugnissen" mit fast zwei Dritteln der Beschäftigung in Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt (vgl. Abbildung 6). In Hamburg und Bayern bestehen Schwerpunkte in der Herstellung von Therapiegeräten. Die Bedeutung der Erweiterungsbereiche dürfte auch in Zukunft weiter wachsen, da die Produzenten im besonderen Maße vom Wachstum der nationalen, aber auch internationalen Gesundheitsbranche profitieren. Die demografische Alterung dürfte danach zukünftig die Nachfrage nach Medizintechnik positiv beeinflussen. Darüber hinaus gehen starke Wachstumsimpulse von der Innovationsdynamik in der Pharmaindustrie und der Medizintechnik aus (Vöpel 2013: 2).

3.2 Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Deutschlands

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat – wie gezeigt – in Deutschland regionale Schwerpunkte. Dabei bestehen Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in einer Region insgesamt, aber auch hinsichtlich der Verteilung zwischen den Kern- und Erweiterungsbereichen. Ein geeignetes Maß, um regionale Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft zu identifizieren, ist der sogenannte Lokalisationskoeffizient. Dies ist der Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten in einer Branche in einer Region (Zähler), zu dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Deutschland (Nenner). Werte über eins stehen für einen überdurchschnittlichen, Werte unter eins für einen unterdurchschnittlichen Branchenanteil.

Der Lokalisationskoeffizient setzt somit den Branchenanteil der Gesundheitswirtschaft auf Kreisebene mit dem Branchenanteil von Deutschland in Beziehung, wodurch die Branchenkonzentration in verschiedenen Regionen miteinander vergleichbar wird.

Aus Abbildung 7 wird die regionale Konzentration der Beschäftigten auf Kreisebene im Kernbereich und den beiden Erweiterungsbereichen deutlich. Der Kreis Garmisch-Partenkirchen verzeichnet als herausragender Kurort für den Kernbereich⁶ bundesweit den höchsten Lokalisationskoeffizienten. Der Wert 2,2 besagt, dass der Anteil der Beschäftigten um mehr als doppelt so hoch über dem Durchschnittswert für Deutschland liegt. Eine starke Konzentration des Kernbereichs zeigt sich erwartungsgemäß durch die Vielzahl von medizinischen Anbietern medizinischer Leistungen in den kreisfreien Städten. In den Universitätsstädten wie Heidelberg, Tübingen und Göttingen sind renommierte Kliniken mit zahlreichen spezialisierten Gesundheitseinrichtungen angesiedelt. Neben dem Vorhandensein von Kliniken bilden Standorte für medizinische Kuren und Rehabilitations-Maßnahmen räumliche Schwerpunkte des Gesundheitswesens. Dazu zählen Standorte wie Garmisch-

⁶ Einschließlich Rehabilitationszentren.

Partenkirchen oder Bad Kissingen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Gesundheitssektor erwartungsgemäß vor allem in Städten überdurchschnittlich vertreten ist oder in Kreisen, die sich im Rahmen der medizinischen Nachversorgung als Rehabilitation einen Namen gemacht haben.

Die Beschäftigten in den Erweiterungsbereichen 1 und 2 (Handel mit medizinischen Produkten bzw. Herstellung von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) sind ebenfalls stark räumlich konzentriert. Dabei bilden einige Kreise in Schleswig-Holstein, aber vor allem Regionen der südwestlichen Bundesländer räumliche Schwerpunkte.

Im Erweiterungsbereich 1 weist der Landkreis Merzig-Wadern im Saarland den bundesweit höchsten Wert auf (4,2). Verantwortlich für diese regionale Spezialisierung ist ein großer Betrieb, der mit medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen handelt.⁷ Danach folgen die Kreise Mainz-Bingen⁸ (3,6) und Leverkusen⁹ (3,3).

Der Erweiterungsbereich 2 bildet in zahlreichen Kreisen den Schwerpunkt der Gesundheitswirtschaft: Hier steht die baden-württembergischen Stadt Tuttlingen ganz oben im Ranking (16,7). Durch die Vielzahl von führenden Betrieben, die Chirurgiewerkzeuge herstellen, in und um Tuttlingen versteht sich die Stadt als „Weltzentrum der Medizintechnik“ (rund 600 Betriebe sind unmittelbar mit der Herstellung von chirurgischen und medizin-technischen Erzeugnissen beschäftigt).

Aber auch im Bundesland Rheinland-Pfalz bildet Mainz-Bingen¹⁰ mit einem Lokalisationsquotienten von 13,7 einen bedeutsamen Pharmastandort. In dieser Region ist eines der größten Pharmaunternehmen in Europa tätig. Darüber hinaus weisen die Kreise Weilheim-Schongau¹¹ (12,2) in Bayern und der Kreis Schwalm-Eder¹² (10,7) in Hessen überdurchschnittliche Werte aus, gefolgt vom Kreis Biberach (10,1) in Baden-Württemberg. Insbesondere die Region um Frankfurt am Main ist aufgrund der

7 Merzig im Kreis Merzig-Wadern: Die Kohl-Pharma-Gruppe zählt zu den größten und bekanntesten Arbeitgebern in Merzig (Saarbrücker Zeitung 2010) und ist mit einem Marktanteil von 23 % der größte deutsche Anbieter und Marktführer im Bereich Import-Arzneimittel (SHS Foundation 2014).

8 Der Weltkonzern Boehringer Ingelheim beschäftigt am Standort Ingelheim mehr als 6.000 Personen (Landkreis Mainz-Bingen). Das größte forschende Pharmaunternehmen in Deutschland erforscht, entwickelt und vertreibt vor allem Arzneimittel (wikipedia 2014).

9 Die Orifarm GmbH hat neben ihrem Hauptsitz in Dänemark in Leverkusen einen zweiten Standort und importiert Originalarzneimittel aus den EU-Staaten. In Leverkusen befindet sich der CHEMPARK, wo sich ca. 40 CHEMPARK-Partner angesiedelt haben. Darunter befinden sich Betriebe mit pharmazeutischen Schwerpunkt bzw. Zuliefererunternehmen für medizinische Elektrotechnik (CHEMPARK Online 2014).

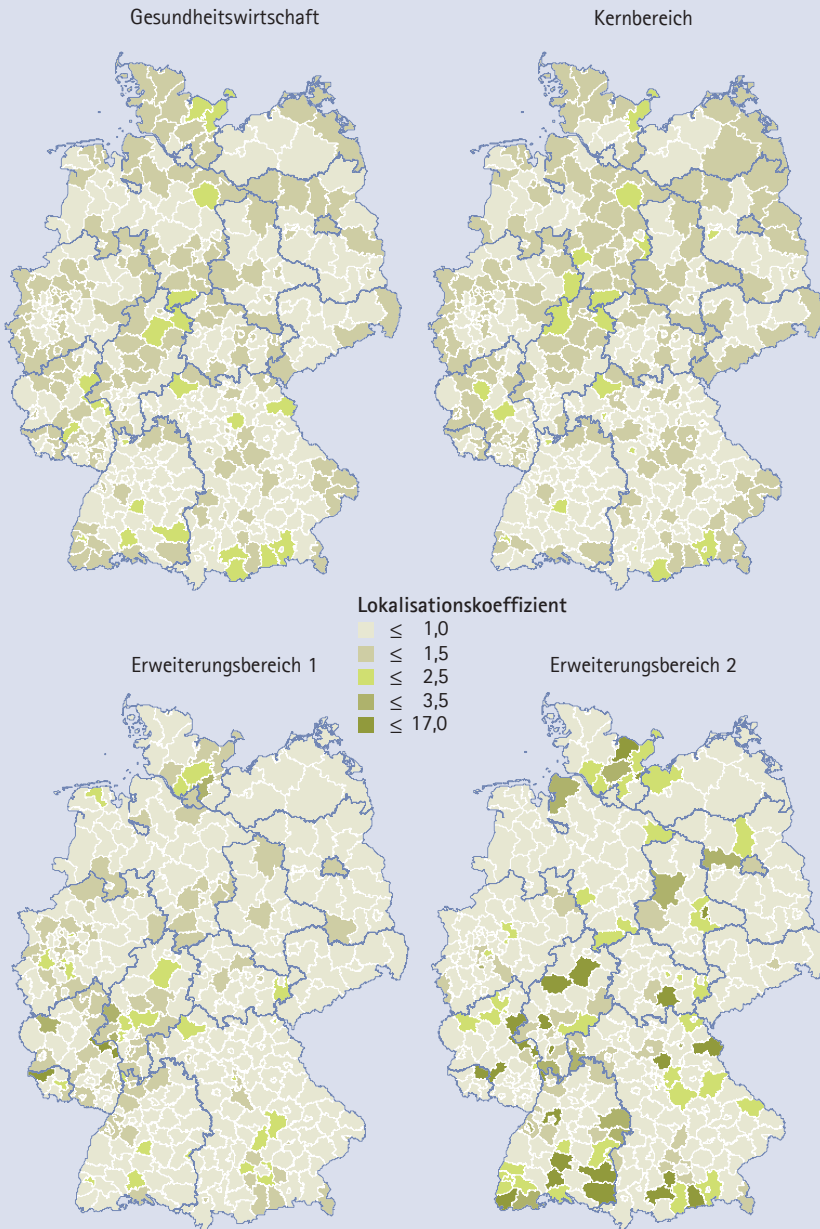
10 Siehe Fußnote 8. Darüber hinaus hat das Pharmaunternehmen Novo Nordisk in Mainz-Bingen seinen Sitz. Anfang 2008 arbeiteten dort ca. 450 Menschen im Bereich der Hochtechnologie.

11 Weilheim-Schongau: Der Pharmakonzern Roche betreibt am Standort Penzberg eines der größten Biotechnologie-Zentren in Europa und eines der weltweit führenden biotechnologischen Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionszentren. „Mit etwa 4.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zählt Roche Diagnostics Penzberg zu den größten Biotechnologiestandorten der Welt“ (Landratsamt Weilheim-Schongau 2011: 37).

12 Schwalm-Eder-Kreis: In Melsungen und Spangenberg gibt es Unternehmen der Chemie- und Pharmaindustrie. Mit der B. Braun Melsungen AG und der Solupharm GmbH sind in Melsungen zwei Betriebe vertreten, die medizinische Geräte wie Kanülen und Glasampullen herstellen.

Abbildung 7

Lokalisationskoeffizient in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach Kreisen in Deutschland 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

pharmazeutischen Tradition und der hohen Unternehmensdichte im Pharmabereich ein relevanter Standort für Gründungen und Ansiedlungen von Start-ups (Becka u. a. 2014: 35) geworden. Am Standort Biberach hat das Pharmaunternehmen Boehringer Ingelheim – Europas größter Anlage zur biotechnologischen Herstellung pharmazeutischer Wirkstoffe – seinen Sitz.¹³ Hier finden Forschung und Entwicklung für konventionelle chemische Wirkstoffe sowie für Arzneimittel auf biotechnischer Basis statt sowie die Produktion von Biopharmazeutika.

3.3 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft

Für die Darstellung der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft wird der Zeitraum 2008 bis 2013 ausgewählt.¹⁴ Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat sich seit 2008 bundesweit deutlich positiver entwickelt als die Gesamtbeschäftigung. Zwischen Mitte 2008 und 2013 stieg die Zahl aller Beschäftigten in Deutschland um 7,5 Prozent, eine absolute Zunahme von rund 1.934.800 Personen. In der Gesundheitswirtschaft war das Wachstum mit 15,2 Prozent (+488.808) noch deutlich dynamischer. Das bedeutet, dass gut die Hälfte des Beschäftigungszuwachses in diesem Zeitraum auf die Gesundheitswirtschaft zurückzuführen ist. Allerdings ist gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass sich dieser beschäftigungspolitische Erfolg auf eine starke Zunahme der Teilzeitbeschäftigung stützt, deren Bewertung nicht eindeutig positiv ist (siehe Abschnitt 3.6.1). Insgesamt stieg bundesweit seit 2008 der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten von 12,5 Prozent (2008) bis auf 13,4 Prozent (2013).

Betrachtet man das Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern, zeigen sich deutliche Unterschiede. Spitzenreiter sind die Bundesländer Brandenburg und Sachsen mit Zuwächsen von 20,2 Prozent, das geringste Wachstum weisen das Saarland (9,3 %) und Bremen (5,4 %) auf. Die Spanne zwischen den höchsten und den niedrigsten Wachstumsraten beträgt rund 15 Prozentpunkte.

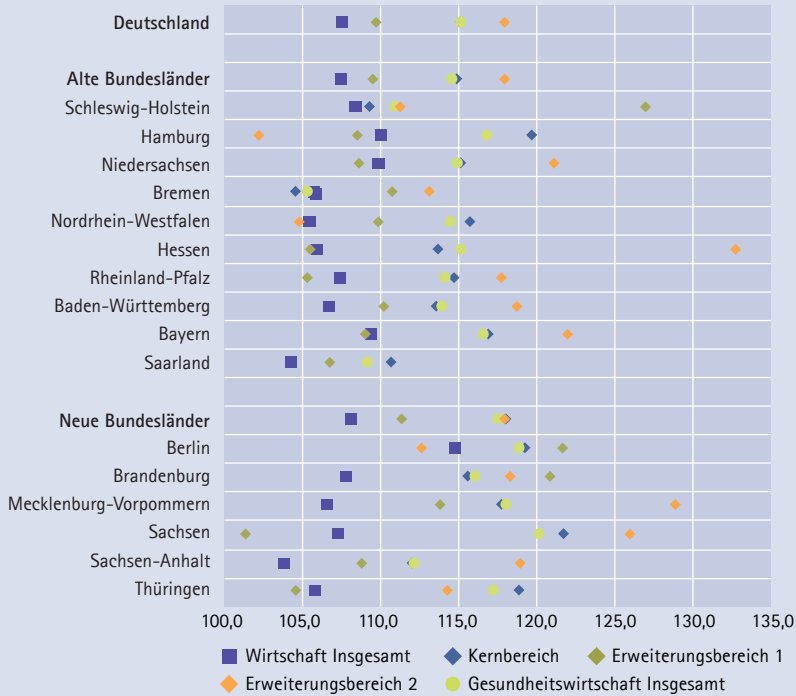
13 Landkreis Biberach: Unternehmen Boehringer: Die Forschung und Entwicklung für Humanpharmazeutika findet aktuell weltweit an fünf Hauptstandorten statt (Biberach an der Riß, Ridgefield (Connecticut)/USA, Laval (Québec)/Kanada, Wien, Buenos Aires, Kōbe/Japan und Mailand) (siehe auch Fußnote 8).

14 Aufgrund der veränderten Wirtschaftsklassifikationen im Zeitverlauf (von WZ 1993, über WZ 2003 zu WZ 2008) sind die Daten vor allem für die Erweiterungsbereiche 1 und 2 vor 2008 nicht plausibel darstellbar. Hier wirkt sich insbesondere die Umstellung von der Wirtschaftszweigklassifikation (WZ) 1993 auf WZ 2003 aus. So wurde im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) von der WZ 1993 die Wirtschaftsunterklasse „52.48.4 Einzelhandel mit feinmechanischen, Foto- und optischen Erzeugnissen, Computern und Software“ auf die Wirtschaftsunterklasse „52.49.3 Augenoptiker“ umgestellt (WZ 2003). Das heißt, einzelne Bereiche wurden aus der WZ 1993 abgespalten und in der WZ 2003 anderweitig zugeordnet. Diese Umstellung führt zu künstlichen Beschäftigungseinbrüchen von 2002 auf 2003. Um die Datenqualität zu wahren, haben wir uns für den 5-Jahreszeitraum 2008–2013 entschieden.

Nach Teilbranchen differenziert zeigt sich, dass innerhalb der Gesundheitswirtschaft der Erweiterungsbereich 2 prozentual betrachtet am stärksten gewachsen ist (18,0%), gefolgt vom Kernbereich (15,5%) und dem Erweiterungsbereich 1 mit knapp zehn Prozent. Absolut betrachtet zeigt der Kernbereich allein schon aufgrund seiner hohen Beschäftigungszahl den höchsten Zuwachs (+413.000).

Abbildung 8

Entwicklung der Gesundheitswirtschaft im Bundesländervergleich 2008–2013, Index: 2008 = 100



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Im Bundesländervergleich sind 2008 bis 2013 im Kernbereich in Sachsen, Hamburg und Berlin mit jeweils rund 20 Prozent die höchsten relativen Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen. Absolut gesehen sind die Spitzenreiter hier Nordrhein-Westfalen (+91.000) und Bayern (+70.000). Die für die Stadtstaaten hohen Zuwächse sind für große Agglomerationen typisch. Vor allem Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, spezialisierte Fachkrankenhäuser, Universitätskliniken sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen haben ihre Standorte in der Regel in verdichteten Räumen. Die Beschäftigungszuwächse im Kernbereich sind regional betrachtet unterschiedlich hoch. In Ostdeutschland zeigt sich eine Zunahme

von 18,2, in den westlichen Ländern von 14,9 Prozent. In Berlin und Brandenburg fand nach einer Analyse der Gesundheitswirtschaft die Umstrukturierung der Berliner Krankenhausinfrastruktur vor allem in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre bis 2005 statt. Ziel war der Abbau der bestehenden Überversorgung der Bevölkerung mit stationären Behandlungsangeboten aufgrund von Doppelstrukturen in der wiedervereinigten Stadt (Goppold 2011: 50).

Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) zeigen seit 2008 die Länder Schleswig-Holstein, Berlin und Brandenburg mit über 20 Prozent mit Abstand die höchsten Steigerungsraten in der Beschäftigung. Absolut betrachtet sind dagegen Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg nennenswert. Wachstumsraten größtenteils von über 20 Prozent sind im Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) zu beobachten. Hier erreichen Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen beim relativen Wachstum die höchsten Werte, gefolgt von Bayern und Niedersachsen. Nur das Saarland zeigt einen leichten Beschäftigungsrückgang (-0,7%). Bei den absoluten Zunahmen liegen Baden-Württemberg, Hessen und Bayern vorn.

Der Umstand, dass das beschriebene Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft vor allem durch die Zunahme von Teilzeit getragen wird und nicht unbedingt mit höheren Arbeitsvolumen einhergeht, wird in Abschnitt 3.6.1 untersucht.

3.4 Berufe in der Gesundheitswirtschaft

Während in den bisherigen Analysen die Beschäftigung in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft als Wirtschaftszeig im Fokus stand, wird nachfolgend der Schwerpunkt auf die relevantesten Berufe und deren Entwicklung gelegt.

Die Darstellung der Bedeutung der Berufe erfolgt auf der Basis der neuen Klassifikation der Berufe 2010 (KIdB 2010).¹⁵ Mit der KIdB 2010 wurde ein Bruch mit den bisherigen Berufsklassifikationen vollzogen, sodass die neue Systematik mit ihren Vorgängerversionen nur schlecht vergleichbar ist (Paulus/Matthes 2013: 12). Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung der ausgewählten Gesundheitsberufe noch auf der Basis der Berufsstruktur nach der alten Fassung der Berufe (KIdB 1988) dargestellt (siehe Abschnitt 3.4.2).

15 Im Rahmen der Neusystematisierung der Berufe 2010 (KIdB 2010) wurden die beiden bis dahin in Deutschland bestehenden nationalen Klassifikationen von 1988 (KIdB 1988, Bundesanstalt für Arbeit 1988) und von 1992 (KIdB 1992, Statistisches Bundesamt 1992) abgelöst (Paulus/Matthes 2013: 5). Wichtige Dienstleistungstätigkeiten aus den Bereichen Gesundheit oder IT-Service können nun detaillierter ausgewiesen werden, während Fertigungsberufe entsprechend ihrem Bedeutungsverlust unverändert oder geringer untergliedert sind. So war es nach der neuen Klassifikation erstmals möglich, berufsscharfe Aussagen zum Altenpfleger zu tätigen (siehe auch Fußnote 18). Darüber hinaus ist es mit der neuen KIdB 2010 möglich, anhand des Anforderungsniveaus die unterschiedlichen Komplexitätsgrade innerhalb der Berufe, die eine hohe berufsfachliche Ähnlichkeit aufweisen, darstellen zu können. Dies ermöglicht, den examinierten Altenpfleger von den Helfern in der Altenpflege statistisch zu unterscheiden.

3.4.1 Häufigste Berufe

Im Folgenden werden die wichtigsten Gesundheitsberufe nach der KldB 2010 untersucht¹⁶, die mit der eigentlichen Behandlung und Versorgung von Patienten betraut sind. Rund 68 Prozent dieser Berufsangehörigen arbeiten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Unter allen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft befinden sich viele Personen mit Tätigkeiten, die nicht zu den Berufsangehörigen im Gesundheitswesen im engeren Sinne zählen. Beispielsweise üben rund 101.000 Beschäftigte eine Tätigkeit als Büro- und Sekretariatskraft aus. In den Erweiterungsbereichen sind u. a. Beschäftigte auch in Logistikberufen tätig. Die berufliche Struktur der Beschäftigten in Gesundheitsberufen unterscheidet sich auffällig zwischen Kern- und Erweiterungsbereichen.

Eine besondere Bedeutung für den Kernbereich haben erwartungsgemäß Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege (einschließlich Fachkrankenpflege). Rund 23 Prozent aller Beschäftigten sind bundesweit in diesen Berufen tätig. Mit über 700.000 Berufsangehörigen bilden sie mit Abstand die größte Berufsgruppe. Ebenfalls eine hohe quantitative Bedeutung haben die Berufsangehörigen der Altenpflege (11,6 %) sowie medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte (15,3 %). Bezieht man diese fünf Berufe auf den Kernbereich, so ist festzuhalten, dass diese genannten Berufsangehörigen nahezu 50 Prozent der Beschäftigten stellen. Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ärzte und Beschäftigte in der Physiotherapie machen jeweils gut drei Prozent aus (vgl. Tabelle 2). Zu berücksichtigen ist, dass die ausgewählten Gesundheits- und Heilberufe in der Beschäftigungsstatistik nur die abhängig Beschäftigten erfasst werden (vgl. Abschnitt 2.2) So sind neben den angestellten Ärzten (SVB: 104.469) laut Ärztestatistik nochmals rund 122.000 (2014) als niedergelassene Ärzte tätig (Bundesärztekammer 2015).

Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) stehen vor allem Beschäftigte in pharmazeutisch-technischen Berufen im Vordergrund, die die qualifikatorischen Anforderungen an das in einer Apotheke beschäftigte Personal erfüllen, gefolgt von nicht pharmazeutischem Personal (Handelsberufe von drogerie- und apothekenüblichen Waren). Im Bereich der Produktion von medizinischen und pharmazeutischen Geräte (E 2) dominieren dagegen insbesondere Berufsangehörige, die bei Herstellern von chemischen und pharmazeutischen Produkten oder in Laboratorien tätig sind (Zahn-, Chemie- und Pharmatechniker) sowie auch Berufsangehörige im Bereich der kaufmännischen und logistischen Qualifikationen.

16 Aus technischen Gründen mussten wir für Datenauswertungen für die Merkmale Beruf (Tätigkeit nach der KldB 2010), Arbeitszeit, Berufsabschluss und Anforderungsniveau auf eine alternative Software ausweichen. Dort lassen sich die Praktikanten und Werkstudenten nicht herausfiltern. Die Gesamtzahlen für die Gesundheitswirtschaft und die Gesamtwirtschaft weichen also leicht von den Auswertungen der restlichen Merkmale ab.

Tabelle 2

Die häufigsten Berufe in der Gesundheitswirtschaft 2013

	SVB in den Gesundheitsbereichen			Berufsstruktur in den Bereichen in %		
	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beschäftigung Insgesamt	27.905.004	22.592.869	5.312.135			
Kernbereich						
Kernbereich Insgesamt	3.092.455	2.468.907	623.548	100,0	100,0	100,0
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	636.521	507.770	128.751	20,6	20,6	20,6
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	358.336	273.631	84.705	11,6	11,1	13,6
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	319.705	266.946	52.759	10,3	10,8	8,5
Zahnmedizinische Fachangestellte	154.527	125.299	29.228	5,0	5,1	4,7
Berufe in der Physiotherapie	120.021	91.203	28.818	3,9	3,7	4,6
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	104.469	84.817	19.652	3,4	3,4	3,2
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	101.155	83.503	17.652	3,3	3,4	2,8
Berufe i. d. Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	87.287	71.830	15.457	2,8	2,9	2,5
Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	77.500	64.572	12.928	2,5	2,6	2,1
Berufe in der Fachkrankenpflege	66.961	48.577	18.384	2,2	2,0	2,9
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	65.512	50.497	15.015	2,1	2,0	2,4
Erweiterungsbereich 1						
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	324.494	269.668	54.826	100,0	100,0	100,0
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	60.005	50.053	9.952	18,5	18,6	18,2
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	31.791	27.500	4.291	9,8	10,2	7,8
Apotheker, Pharmazeuten	30.083	24.907	5.176	9,3	9,2	9,4
Berufe in der Augenoptik	22.589	18.623	3.966	7,0	6,9	7,2
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	20.361	17.648	2.713	6,3	6,5	4,9
Berufe in der Lagerwirtschaft	17.778	15.115	2.663	5,5	5,6	4,9
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	16.622	14.684	1.938	5,1	5,4	3,5
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtsch. (o. S.)	10.668	9.216	1.452	3,3	3,4	2,6
Erweiterungsbereich 2						
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	309.785	259.605	50.180	100,0	100,0	100,0
Berufe in der Zahntechnik	32.576	24.983	7.593	10,5	9,6	15,1
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	30.789	27.329	3.460	9,9	10,5	6,9
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	19.518	16.162	3.356	6,3	6,2	6,7
Berufe in der Lagerwirtschaft	13.596	11.711	1.885	4,4	4,5	3,8
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtsch. (o. S.)	13.183	12.070	1.113	4,3	4,6	2,2
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	10.449	9.169	1.280	3,4	3,5	2,6

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

3.4.2 Entwicklung der Beschäftigung nach Berufen

Durch die Umstellung der früheren Berufsklassifikation (KldB 1988) auf die neue „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010) sind die aktuellen Ergebnisse nicht mehr mit der alten Systematik vergleichbar. Um aber dennoch die Beschäftigungsdynamik in den Berufen über einen längeren Zeitraum darzustellen, verwenden wir die alte Systematik, die zuletzt im Jahr 2010 zuverlässige Analysen nach den ausgeübten Berufen zulässt.

Die Entwicklung der Beschäftigung nach Berufen zwischen 2000 und 2010 basiert auf einer Auswahl von Berufen mit hoher quantitativer Bedeutung im Kernbereich.¹⁷ Während die Gesamtbeschäftigung im Kernbereich im Zeitraum von 2000 bis 2010 bundesweit um knapp 20 Prozent anstieg, verbuchten die Gesundheitsberufe ein Plus von fast 23 Prozent. Somit liegt der Anstieg bei den ausgewählten Gesundheitsberufen über dem Zuwachs bei der branchenbezogenen Betrachtung des Gesundheitssektors. Getragen wird die positive Beschäftigungsentwicklung vor allem von der Beschäftigungszunahme der Berufsangehörigen im Bereich Betreuung und Pflege von Patienten. Dabei weisen die Altenpfleger/-helfer¹⁸ den stärksten Anstieg zwischen 2000 und 2010 auf, deren Beschäftigtenzahl um nahezu 70 Prozent bzw. 136.000 wuchs. Dies entspricht zum einen der gesellschaftlichen Veränderung wie dem demografischen Wandel und der steigenden Nachfrage bei der Versorgung älterer Pflegebedürftiger, es ist aber auch eine Folge des jahrelangen Stellenabbaus in Krankenhäusern (Simon 2012: 66). In fast allen neuen Ländern hat sich, abgesehen von Berlin (66,7 %), die prozentuale Zunahme der Altenpfleger sogar verdoppelt (Ost: 97,6 %), aber auch in Westdeutschland ist der Anstieg mit 62,6 Prozent beachtlich. Nach Ländern differenziert zeigt sich dabei in den alten Ländern eine stärkere Streuung als in Ostdeutschland. Während in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen die Werte unter 50 Prozent Zuwachs liegen, erreicht Baden-Württemberg mit 81,2 Prozent den höchsten Wert (vgl. Tabelle A 3 im Anhang). Auch die Krankenpflegehelfer (18,2 %) sowie die Masseur/Krankengymnasten (46,7 %) konnten bundesweit überdurchschnittliche Beschäftigungsgewinne erzielen. Ein vergleichsweise geringes Wachstum zeigen die Krankenschwestern/-pfleger¹⁹ (11,3 %) und Sprech-

17 852 Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe; 853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen; 854 Helfer in der Krankenpflege; 856 Sprechstundenhelfer; 857 Medizinallaboranten; 861 Altenpfleger/-helfer.

18 In der Berufsordnung (BO) „861 Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ nach der abgelösten Berufsklassifizierung von 1988 (KldB 1988, Bundesanstalt für Arbeit 1988) sind auch die Altenpfleger enthalten. Die Berufsbezeichnung für die BO „861 Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ wurde in dieser Analyse in „861 Altenpfleger/-helfer“ geändert, da wir davon ausgehen, dass der Großteil der Sozialarbeiter durch die Begrenzung auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nicht berücksichtigt wurde.

19 Außerdem gehören gemäß der Klassifizierung der Berufe (KldB 1988, Bundesanstalt für Arbeit 1988) auch die Hebammen zur Berufsordnung „853 Krankenschwestern/-pfleger“. Aufgrund von vergleichsweise geringen Fallzahlen werden die Hebammen nicht zusätzlich genannt.

stundenhelfer (16,4%), die aber absolut betrachtet zu der am zweitstärksten besetzten Berufsgruppe zählen.

3.5 Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft

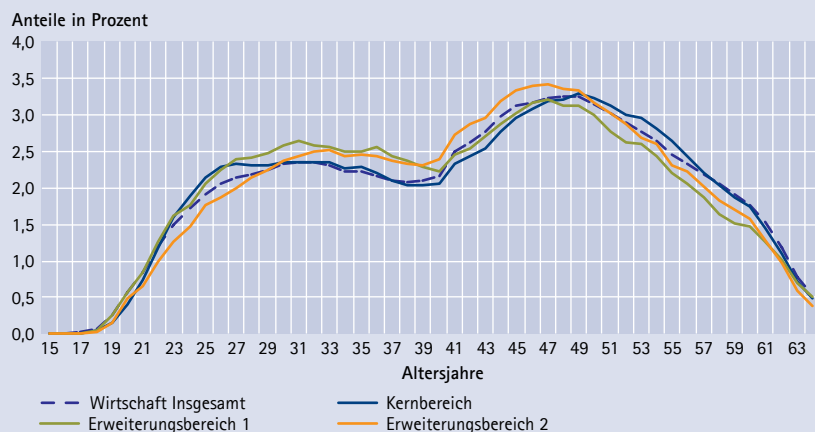
Im Folgenden werden sozioökonomische Strukturen der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft untersucht. Hierzu zählen das Alter, die Nationalität und das Geschlecht.

3.5.1 Alter

Im Vergleich der Altersstrukturen in der Gesundheitswirtschaft fällt auf, dass die altermäßige Verteilung der Beschäftigten weitgehend vergleichbar ist mit der aller Beschäftigten. Im Kernbereich sind ältere Beschäftigte etwas stärker vertreten. Die Erweiterungsbereiche weisen dagegen höhere Anteile bei den jüngeren Beschäftigten auf, vor allem der Bereich Handel mit medizinischen Produkten (E 1) (vgl. Abbildung 9). Dies ist vor allem auf die vergleichsweise junge Altersstruktur von Beschäftigten im Verkauf von drogerie-, apothekenüblicher Waren zurückzuführen.

Abbildung 9

Altersstruktur der Gesundheitswirtschaft nach Altersjahren in Deutschland 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Mit Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten (vgl. Abbildung 9) ist erkennbar, dass der Anteil der Jüngeren im Kernbereich annähernd identisch ist mit dem Anteil der Jüngeren in der Gesamtwirtschaft. Bundesweit sind sechs Prozent der

Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Kernbereich unter 25 Jahre (Wirtschaft insgesamt: 6,2%). Nach Ländern betrachtet sind vor allem in den neuen Ländern die Anteile der Beschäftigten unter 25 Jahre geringer als in den westdeutschen Ländern. Dafür ist hier die Gruppe der 25- bis unter 34-Jährigen stärker besetzt, was insgesamt auf eine jüngere Belegschaft hinweist. Dies bestätigt auch die vergleichsweise geringere Besetzung der Altersklasse von 45 bis unter 55 Jahren in den neuen Ländern. In beiden Landesteilen ist dagegen die Altersgruppe der über 55-Jährigen mit Anteilen zwischen 16 und 17 Prozent vergleichbar. Diese Struktur zeigt sich in fast allen Bundesländern. Auffällig hoch sind die Anteile der älteren Beschäftigten im Saarland und in Bremen mit fast 19 Prozent.

Tabelle 3

Beschäftigung in den Einrichtungen des Kernbereichs und Erweiterungsbereichen Insgesamt und nach Altersgruppen in Deutschland 2013

	Gesamt	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre
SV-Beschäftigte						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.698.700	221.179	855.832	861.626	1.136.949	603.158
Kernbereich	3.068.727	185.105	708.393	701.033	947.212	511.245
Krankenhäuser	1.219.653	54.037	272.143	291.246	385.619	212.511
Arzt- und Zahnarztpraxen	561.312	59.569	155.663	132.493	141.750	66.742
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	262.468	20.831	80.819	60.904	68.149	30.054
Pflegeheime	470.329	23.308	86.697	96.084	163.753	98.502
Station. Einrichtungen z. psychosoz. Betreuung	13.310	378	2.591	2.742	4.722	2.792
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	286.135	14.727	55.056	59.412	97.620	58.076
Ambulante soziale Dienste	255.520	12.255	55.424	58.152	85.599	42.568
Erweiterungsbereich 1	321.952	20.437	78.713	80.320	93.647	45.912
Erweiterungsbereich 2	308.021	15.637	68.726	80.273	96.090	46.001
Wirtschaft Insgesamt	27.627.610	1.715.226	6.112.910	6.552.993	8.428.862	4.634.025
Altersstruktur in %						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	100,0	6,0	23,1	23,3	30,7	16,3
Kernbereich	100,0	6,0	23,1	22,8	30,9	16,7
Krankenhäuser	100,0	4,4	22,3	23,9	31,6	17,4
Arzt- und Zahnarztpraxen	100,0	10,6	27,7	23,6	25,3	11,9
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	100,0	7,9	30,8	23,2	26,0	11,5
Pflegeheime	100,0	5,0	18,4	20,4	34,8	20,9
Station. Einrichtungen z. psychosoz. Betreuung	100,0	2,8	19,5	20,6	35,5	21,0
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	100,0	5,1	19,2	20,8	34,1	20,3
Ambulante soziale Dienste	100,0	4,8	21,7	22,8	33,5	16,7
Erweiterungsbereich 1	100,0	6,3	24,4	24,9	29,1	14,3
Erweiterungsbereich 2	100,0	5,1	22,3	26,1	31,2	14,9
Wirtschaft Insgesamt	100,0	6,2	22,1	23,7	30,5	16,8

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Nach Branchen innerhalb des Kernbereichs betrachtet, ist im Bereich der Alten- und Pflegeheime der höchste Anteil älterer Beschäftigter zu verzeichnen (45 bis 54 Jahren). Die höheren Altersgruppen sind deutlich stärker besetzt als in Krankenhäusern und Arztpraxen. Diese Struktur zeigt sich in Westdeutschland noch stärker als in den östlichen Ländern. Gleichzeitig ist der hohe Anteil junger Beschäftigter bis unter 35 Jahre in den Arzt- und Zahnarztpraxen bzw. in den sonstigen Praxen auffällig, dagegen sind die Anteile in den Altersgruppen ab 45 und älter in den genannten Praxen deutlich schwächer besetzt.

Die Erweiterungsbereiche weisen weitgehend vergleichbare Altersstrukturen mit dem Kernbereich auf. Auffällig sind im Erweiterungsbereich 1 allerdings die höheren Beschäftigungsanteile bei den Jüngeren in den Altersgruppen bis unter 45 Jahre.

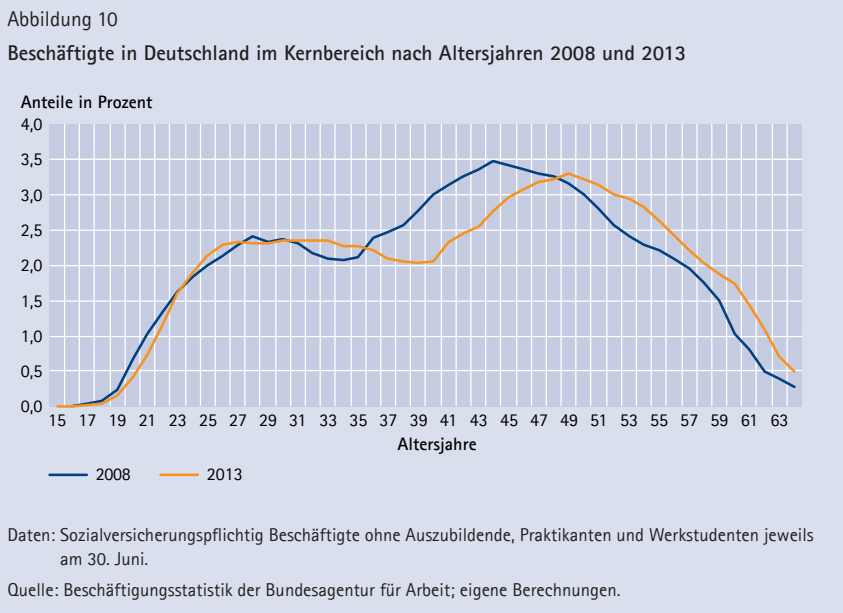


Abbildung 10 zeigt vor allem die Veränderung der Alterszusammensetzung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft über den Zeitraum von 2008 bis 2013. Jüngere unter 23 Jahre treten später in den Beruf ein, die Beschäftigten sind jedoch zwischen 30 und 35 Jahren stärker vertreten als 2008. Vor allem die Anteile der Altersjahre zwischen 49 und 64 Jahren sind auffällig angestiegen. Anhand dieser Rechtsverschiebung der Kurve von 2008 zu 2013 lässt sich die Alterung der Beschäftigten erkennen.

Tabelle 4

Entwicklung der Beschäftigung im Kernbereich nach Altersgruppen und Bundesländern
2008–2013

	Gesamt	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre
<i>Juni 2013</i>						
Baden-Württemberg	382.995	23.619	86.255	83.574	119.347	68.098
Bayern	484.521	35.994	114.414	108.974	144.854	77.810
Berlin	140.707	6.701	35.052	33.534	41.319	23.070
Brandenburg	85.380	3.828	20.403	20.257	26.403	14.141
Bremen	29.517	1.513	5.913	6.634	9.691	5.591
Hamburg	74.675	4.778	20.051	17.622	20.656	10.980
Hessen	211.387	12.309	47.285	48.059	66.397	36.145
Mecklenburg- Vorpommern	63.455	3.527	15.028	14.335	19.529	10.785
Niedersachsen	303.961	18.491	65.686	70.201	97.068	51.017
Nordrhein-Westfalen	669.043	38.315	153.569	152.587	211.859	109.636
Rheinland-Pfalz	144.978	9.855	31.394	31.953	46.353	24.758
Saarland	39.954	2.265	8.368	8.596	12.973	7.560
Sachsen	161.310	9.199	41.939	39.011	44.618	25.780
Sachsen-Anhalt	85.864	4.321	19.546	20.705	26.507	14.450
Schleswig-Holstein	106.994	6.224	23.039	24.956	34.692	17.441
Thüringen	83.986	4.166	20.451	20.035	24.946	13.983
Deutschland	3.068.727	185.105	708.393	701.033	947.212	511.245
Alte Bundesländer	2.448.025	153.363	555.974	553.156	763.890	409.036
Neue Bundesländer	620.702	31.742	152.419	147.877	183.322	102.209
<i>Veränderung 2008–2013 in Prozent</i>						
Baden-Württemberg	13,6	-3,8	16,0	-8,3	17,1	53,8
Bayern	16,9	3,5	17,2	-3,1	22,2	55,2
Berlin	19,4	-0,5	27,7	-4,5	27,0	48,9
Brandenburg	15,6	-10,0	26,0	-8,7	20,1	56,4
Bremen	4,6	0,1	8,0	-19,3	7,4	42,7
Hamburg	19,7	6,2	29,7	-1,6	24,6	42,7
Hessen	13,7	-0,5	18,2	-8,5	18,9	46,7
Mecklenburg- Vorpommern	17,9	-4,5	35,9	-9,4	19,1	61,2
Niedersachsen	15,1	4,8	16,0	-8,3	20,9	57,9
Nordrhein-Westfalen	15,7	4,4	19,8	-8,7	21,3	56,3
Rheinland-Pfalz	14,9	10,1	18,0	-10,7	19,5	57,4
Saarland	10,7	5,6	12,4	-15,8	11,8	63,7
Sachsen	21,7	-2,2	34,0	0,0	25,0	54,3
Sachsen-Anhalt	12,1	-4,6	23,5	-13,0	17,6	48,7
Schleswig-Holstein	9,3	2,0	9,7	-14,4	19,8	40,4
Thüringen	18,9	-5,1	31,5	-4,1	21,4	54,2
Deutschland	15,5	1,6	20,0	-7,5	20,5	53,7
Alte Bundesländer	14,9	2,8	17,6	-8,0	20,1	53,8
Neue Bundesländer	18,2	-3,8	29,9	-5,7	22,4	53,2

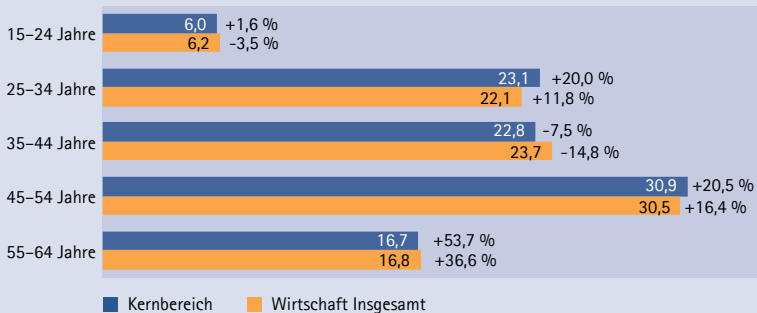
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Mit Blick auf die Beschäftigungsentwicklung 2008 bis 2013 im Kernbereich nach Altersgruppen zeigen sich in den alten und neuen Bundesländern deutliche Zuwächse von über 20 Prozent in der Altersgruppe der 45- bis 54-jährigen Beschäftigten. Noch höhere Zunahmen verzeichnen in beiden Landesteilen die älteren Beschäftigten (Altersklasse 55 bis 64 Jahre: +53,7 %) (vgl. Tabelle 4). Vor diesem Hintergrund ist nach einer bundesweiten Studie des Deutschen Pflegerats in den nächsten ca. fünf bis zehn Jahren absehbar, „dass ein steigender Anteil der älteren Pflegekräfte aufgrund des Erreichens der regulären Altersgrenze aus dem Beruf ausscheiden wird“ (Simon 2012: 50). Trotz der hohen Zuwächse der älteren Beschäftigten ist vor allem in den neuen Ländern die Zunahme in der Gruppe der 25 bis unter 35 Jahre mit fast 30 Prozent auffällig, während die Gruppe der unter 25 Jahre sogar rückläufig ist.

Abbildung 11

Altersgruppen der Beschäftigten im Kernbereich im Vergleich zur Gesamtwirtschaft 2013 und der Entwicklung 2008–2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

3.5.2 Ausländerbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Mitte 2013 besaßen in Deutschland 185.000 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft eine ausländische Staatsangehörigkeit.²⁰ Der Ausländeranteil lag mit fünf Prozent in diesem Wirtschaftsbereich unter dem in der Gesamtwirtschaft (8,2%). Zwischen 2008 und 2013 hat die Beschäftigung von Ausländern in der Gesundheitswirtschaft allerdings überdurchschnittlich zugenommen (Tabelle 5).

20 Als Ausländer wird bezeichnet, wer sich im Bundesgebiet aufhält, ohne Deutscher im Sinne von Artikel 116 Grundgesetz zu sein. Dieses Abgrenzungskriterium ist immer weniger geeignet, eine vollständige Definition und Erfassung von Einwanderern oder Migranten und ihren Familienangehörigen zu geben. So können Ausländer durch Einbürgerung zu Deutschen werden und seit 2000 haben die in Deutschland geborenen Kinder von Ausländern unter bestimmten Bedingungen eine Option für die deutsche Staatsbürgerschaft; zugewanderte Spätaussiedler werden generell als Deutsche erfasst. Eine allgemein akzeptierte und in den amtlichen Statistiken durchgängig angewendete Definition von Migranten oder genauer von Personen mit Migrationshintergrund gibt es derzeit nicht. Analysen zu Migrationsfragen müssen bislang auf Datenmaterial zugreifen, das vor allem auf die Staatsangehörigkeit abstellt.

Tabelle 5

Anteil von Beschäftigten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit in der Gesundheitswirtschaft nach Branchen 2008–2013

	Ausländeranteil		Veränderung 2008–2013
	2008	2013	
Deutschland			
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	4,1	5,0	0,9
Kernbereich Insgesamt	4,1	5,1	0,9
Krankenhäuser	4,7	5,6	0,8
Arzt- und Zahnarztpraxen	3,1	4,0	0,9
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	2,8	3,2	0,5
Pflegeheime	4,2	5,2	1,0
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	2,7	2,7	0,0
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	4,9	5,9	1,0
Ambulante soziale Dienste	3,8	5,9	2,1
Erweiterungsbereich 1	3,2	3,8	0,6
Erweiterungsbereich 2	5,1	5,5	0,4
Wirtschaft Insgesamt	7,0	8,2	1,2
Alte Bundesländer			
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	4,7	5,7	0,9
Kernbereich Insgesamt	4,8	5,8	1,0
Krankenhäuser	5,3	6,2	0,8
Arzt- und Zahnarztpraxen	3,6	4,5	0,9
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	3,3	3,8	0,5
Pflegeheime	5,0	6,1	1,1
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	2,9	2,9	-0,1
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	5,7	6,9	1,1
Ambulante soziale Dienste	4,3	6,8	2,4
Erweiterungsbereich 1	3,7	4,3	0,6
Erweiterungsbereich 2	5,7	6,1	0,4
Wirtschaft Insgesamt	8,1	9,4	1,2
Neue Bundesländer			
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	1,6	2,3	0,7
Kernbereich Insgesamt	1,6	2,4	0,8
Krankenhäuser	2,0	2,9	0,9
Arzt- und Zahnarztpraxen	1,0	1,6	0,6
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	1,2	1,6	0,4
Pflegeheime	1,0	1,6	0,6
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	0,6	0,8	0,2
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	1,3	1,3	0,1
Ambulante soziale Dienste	2,5	3,9	1,5
Erweiterungsbereich 1	1,1	1,6	0,5
Erweiterungsbereich 2	1,8	2,3	0,6
Wirtschaft Insgesamt	2,2	3,4	1,2

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die Zahl der Beschäftigten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist in diesem Zeitraum um fast 40 Prozent gewachsen und damit deutlich stärker als in der Wirtschaft insgesamt (26,4 %).

Im regionalen Vergleich zeigen sich noch große Unterschiede in der Ausländerbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft zwischen den westlichen und östlichen Landesteilen: In Westdeutschland sind anteilig doppelt so viele Ausländer beschäftigt wie im den neuen Ländern. In Ostdeutschland liegt der Anteil bei 2,3 Prozent (vgl. West: 5,7 %).

Nach den ausgewählten Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft zeigt der Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – bundesweit den höchsten Beschäftigungsanteil von Ausländern (5,5 %), gefolgt vom Kernbereich (5,1 %). Innerhalb des Kernbereichs beschäftigten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen (Pflege- und Altenheime und ambulante Dienste) anteilig die meisten Ausländer.

Die Zunahme der Ausländerbeschäftigung zwischen 2008 und 2013 nach den Branchen in der Gesundheitswirtschaft zeigt ein heterogenes Bild. Im beschäftigungsintensivsten Kernbereich waren vor allem bei den ambulanten Diensten (+127,4 %) hohe Zuwächse zu verzeichnen. Mit deutlichem Abstand folgen Altenheime, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie die sonstigen Praxen und Rettungsdienste. In den neuen Ländern sind die Zuwächse insgesamt stärker ausgeprägt als in den westlichen Ländern. Während in Westdeutschland der Ausländeranteil in der Gesundheitswirtschaft um 37 Prozent stieg, waren die Zuwächse in Ostdeutschland doppelt so hoch. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, wie schon dargestellt, dass in den neuen Ländern deutlich weniger Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit beschäftigt sind (vgl. Tabelle A 5 im Anhang). Aufgrund der niedrigen Basis sind in fast allen Zweigen des Kernbereichs Zuwächse von über 50 Prozent zu vermerken, mit Ausnahme von Altenpflegeeinrichtungen. Auch in den Erweiterungsbereichen sind in den neuen Ländern die Zunahmen doppelt so hoch wie in den westlichen Ländern.

Beschäftigte nicht deutscher Staatsangehörigkeit nach Berufen

Die Ausübung von Gesundheitsberufen unterliegt hohen Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten. Zuwanderer mussten sich lange Zeit langwierigen Anerkennungsverfahren ihrer Abschlüsse unterziehen. Seit 2012 ist ein sog. Anerkennungsgesetz auf Bundesebene in Kraft, das für alle bundesrechtlich geregelten Berufe möglichst einheitliche und transparente Verfahren schafft.²¹

21 Gesetz zur Verbesserung und Feststellung der Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsqualifikationen, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 63, Bonn, 12. Dezember 2011.

2014 haben auch die Länder für ihre Zuständigkeitsbereiche nachgezogen.²² Eine besondere Situation ist bei den Ausländern gegeben, die in Deutschland z. B. ein medizinisches Studium absolviert haben. Sie haben bereits seit Langem die Zutrittsmöglichkeit zum deutschen Arbeitsmarkt, was sich auch daran zeigt, dass unter den Ärzten Ausländer am häufigsten zu finden sind. Der Anteil der ausländischen Ärzte an allen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten betrug 2013 13 Prozent (absolut: rund 13.600 Ärzte). In diesem Kontext muss auch berücksichtigt werden, dass die Zahl der ausländischen Ärzte weitaus höher liegt. Nach statistischen Meldungen der Bundesärztekammer sind bundesweit 34.700 ausländische Ärzte berufstätig, davon arbeitet der überwiegende Teil im Krankenhaus. Elf Prozent der ausländischen Ärzte waren als niedergelassene Ärzte tätig (Bundesärztekammer 2015).

Mit deutlichem Abstand folgen mit knapp sieben Prozent ausländische Berufsangehörige in der Altenpflege. In der Krankenpflege spielen ausländische Fachkräfte bisher keine auffällige Rolle (5%). Auch bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Physiotherapeuten und Berufen in der Heilerziehungspflege sind ausländische Berufsangehörige kaum vertreten.

Die tätigkeitsbezogenen Anforderungen der ausländischen Beschäftigten konzentrieren sich weniger auf das mittlere Niveau, das in Deutschland die Mehrheit der Arbeitsplätze kennzeichnet, sondern auf die oberen und unteren Extrembereiche. Auf der einen Seite sind ausländische Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft überdurchschnittlich unter den Experten vertreten, auf der anderen Seite sind sie überproportional auf Helferpositionen tätig (vgl. Tabelle 7). Auf Expertenniveau sind Ausländer wie schon dargestellt, vor allem als Ärzte tätig. Unter den relevanten Gesundheits- und Pflegeberufen sind sie hingegen überdurchschnittlich auf Helferpositionen beschäftigt. So sind von den ausländischen Altenpflegern zwei Drittel als Helfer und gut ein Drittel als Fachkraft tätig. Unter den deutschen Beschäftigten sind im Vergleich 46 Prozent auf Helfer- und 54 Prozent als Fachkräftepositionen. Von den ausländischen Gesundheits- und Krankenpflegern sind ebenfalls doppelt so viele auf Helferpositionen (33,7 % versus 16,0 %) wie Beschäftigte mit deutscher Staatsangehörigkeit und auch deutlich weniger auf Fachkräfteniveau tätig (66,3 % versus 84,0 %). Möglicherweise erweisen sich fehlende Deutschkenntnisse und Probleme bei der Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Vergangenheit als Hemmnisse (vgl. Burkert/Kindermann 2008).

22 <http://www.bmbf.de/de/15644.php>.

Tabelle 6

Deutsche und Ausländer in den häufigsten Berufen der Gesundheitsbereiche 2013

	SV-Beschäftigte			Anteil der Staatsangehörigkeit		
	Gesamt	Deutsche	Ausländer	Gesamt	Deutsche	Ausländer
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.726.734	3.538.546	187.367	100,0	95,0	5,0
<i>Kernbereich</i>						
Insgesamt	3.092.455	2.934.067	157.670	100,0	94,9	5,1
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	104.469	90.761	13.592	100,0	86,9	13,0
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	358.336	333.601	24.639	100,0	93,1	6,9
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	636.521	603.767	32.596	100,0	94,9	5,1
Zahnmedizinische Fachangestellte	154.527	147.979	6.515	100,0	95,8	4,2
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	319.705	309.701	9.964	100,0	96,9	3,1
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	55.169	53.461	1.700	100,0	96,9	3,1
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	101.155	98.153	2.988	100,0	97,0	3,0
Berufe in der Fachkrankenpflege	66.961	65.106	1.846	100,0	97,2	2,8
Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	77.500	75.480	2.014	100,0	97,4	2,6
Berufe in der Physiotherapie	120.021	116.905	3.100	100,0	97,4	2,6
Berufe i. d. Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	87.287	85.199	2.077	100,0	97,6	2,4
<i>Erweiterungsbereich 1</i>						
Insgesamt	324.494	311.842	12.600	100,0	96,1	3,9
Berufe in der Lagerwirtschaft	17.778	16.154	1.618	100,0	90,9	9,1
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	31.791	30.217	1.566	100,0	95,0	4,9
Berufe i. d. kaufm., techn. Betr.wirtsch. (o. S.)	10.668	10.213	451	100,0	95,7	4,2
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	20.361	19.576	784	100,0	96,1	3,9
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	16.622	16.166	456	100,0	97,3	2,7
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	60.005	58.477	1.518	100,0	97,5	2,5
Apotheker, Pharmazeuten	30.083	29.373	699	100,0	97,6	2,3
Berufe in der Augenoptik	22.589	22.087	500	100,0	97,8	2,2
<i>Erweiterungsbereich 2</i>						
Insgesamt	309.785	292.637	17.097	100,0	94,5	5,5
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	30.789	28.075	2.710	100,0	91,2	8,8
Berufe in der Lagerwirtschaft	13.596	12.397	1.196	100,0	91,2	8,8
Berufe i. d. kaufm., techn. Betr.wirtsch. (o. S.)	13.183	12.581	600	100,0	95,4	4,6
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	19.518	18.743	771	100,0	96,0	4,0
Berufe in der Zahntechnik	32.576	31.503	1.069	100,0	96,7	3,3
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	10.449	10.129	319	100,0	96,9	3,1
Wirtschaft Insgesamt	27.905.004	25.593.411	2.302.532	100,0	91,7	8,3

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle 7

Deutsche und Ausländer in ausgewählten Berufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach Anforderungsniveau 2013

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
Deutsche						
Kernbereich Insgesamt	100,0	15,0	57,7	13,2	13,3	0,7
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	100,0	17,2	78,0	4,7	0,0	0,0
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	100,0	0,0	94,1	5,9	0,0	0,0
Zahnmedizinische Fachangestellte	100,0	0,0	85,7	14,3	0,0	0,0
Berufe i. d. Gesundh.- und Krankenpf. (o. S.)	100,0	16,0	84,0	0,0	0,0	0,0
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	100,0	45,7	53,8	0,5	0,0	0,0
Wirtschaft Insgesamt	100,0	12,6	59,8	13,7	13,3	0,5
Ausländer						
Kernbereich Insgesamt	100,0	32,0	41,7	6,2	19,1	0,9
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	100,0	29,6	67,4	3,0	0,0	0,0
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	100,0	0,0	94,7	5,3	0,0	0,0
Zahnmedizinische Fachangestellte	100,0	0,0	87,1	12,9	0,0	0,0
Berufe i. d. Gesundh.- und Krankenpf. (o. S.)	100,0	33,7	66,3	0,0	0,0	0,0
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	100,0	66,7	33,1	0,2	0,0	0,0
Wirtschaft Insgesamt	100,0	34,0	48,5	6,9	9,8	0,9

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

In den Erweiterungsbereichen stehen ganz oben im Ranking der Beschäftigten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit „Berufe in der Lagerwirtschaft“ (9,1 %). Für den Erweiterungsbereich 2 wurden darüber hinaus Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik mit jeweils knapp neun Prozent ermittelt.

Nationalitäten

Betrachtet man die Herkunftsländer der Beschäftigten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit in der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013, so stammt gut die Hälfte aus den EU-Mitgliedsstaaten. Bei den EU-Bürgern stellen Beschäftigte aus Polen die mit Abstand größte Gruppe dar (0,5 %; absolut: 17.000). Aber auch Beschäftigte aus Kroatien, Italien und Griechenland sowie weitere Länder des ehemaligen Jugoslawiens sind zu nennen. Die größte Fraktion von Beschäftigten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit stellen türkische Beschäftigte mit 0,7 Prozent (absolut: 25.934) dar.

Neben der Bestandsgröße nach Staatsangehörigkeiten ist von Interesse, welche Nationen das stärkste Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft aufweisen. Während zwischen 2008 und 2013 die Anzahl der Beschäftigten mit deutscher Staatsangehörigkeit um 14,2 Prozent zulegen konnte, erhöhte sich die Anzahl der ausländischen Beschäftigten um 40 Prozent. Bezogen auf den Kernbereich nahm

die Anzahl der Beschäftigten mit deutscher Staatsangehörigkeit sogar ab (-5,3 % bzw. -164.322), die Anzahl der ausländischen Arbeitskräfte hingegen erhöhte sich um 17,5 Prozent (+23.013). Bei der prozentualen Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft nach Herkunftsländern stehen vor allem Beschäftigte aus den EU-10 und EU-2 Ländern²³ an der Spitze (Ungarn: +207,9%; Rumänien: +165,8%; Slowakei: +153,0% und Bulgarien: +139,5%; vgl. Tabelle A 5 im Anhang). Davon sind die meisten im Kernbereich beschäftigt. Absolut betrachtet hatten Beschäftigte mit polnischer Staatsangehörigkeit die höchsten Zunahmen (+7.566), gefolgt von türkischen Beschäftigten (+5.136).

Eine Studie des BAMF kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Danach lässt sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe im letzten Jahrzehnt so zusammenfassen: „Der starke Anstieg der im Gesundheitswesen tätigen Personen aus den EU-10 Ländern spiegelt den steigenden effektiven Bedarf in Deutschland wider und zeigt, dass trotz eingeschränkter Freizügigkeit gerade in diesem Bereich eine entsprechende Nachfrage auch auf ein vorhandenes Angebot an Arbeitskräften stößt.“ (BAMF 2011: 71). Zukünftig wird die Nachfrage nach diesen Kräften aufgrund der Arbeitsmarktöffnung für Staatsbürger aus den EU-10 und EU-2 Ländern sowie Kroatien steigen. Wobei sich angesichts ähnlicher demografischer Entwicklungen in vielen Staaten der Wettbewerb um solche Beschäftigte verstärken wird.

Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass in Gesundheitsberufen häufig ausländische Beschäftigte anzutreffen sind, bleibt festzustellen, dass dies für die hier betrachteten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in den Gesundheitsberufen nicht nachzuweisen ist. Dies erklärt sich u. a. dadurch, dass Ausländer häufig freiberufliche Tätigkeiten wählen oder auch in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind. Trotz des geringeren Anteils von ausländischen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, zeigen die hohen Zuwachsraten, dass diese Beschäftigungsbranche für Ausländer immer attraktiver geworden ist.

Darüber hinaus führt das hier verwendete statistische Abgrenzungskriterium „Ausländer“ in der Beschäftigungsstatistik zu einer Untererfassung nicht deutscher Staatsbürger (siehe Fußnote 20). Nach dem Mikrozensus²⁴ 2012 sind in den häufigs-

23 Am 1. Mai 2004 traten die Staaten Lettland, Estland, Litauen, Tschechische Republik, Polen, Ungarn, Slowenien, Slowakei, Malta und Zypern der Europäischen Union bei (EU-10), Staatsbürger aus Malta und Zypern hatten bereits ab 2004 uneingeschränkter Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Aufgrund der sehr geringen Zuwanderungen aus diesen Ländern nach Deutschland sind sie in der folgenden Analyse ausgenommen. Für Bürger aus den weiteren acht mittel- und osteuropäischen Mitgliedsstaaten der Union gilt ab dem 1. Mai 2011 volle Arbeitnehmerfreizügigkeit (EU-8). Am 1. Januar 2007 wurde die EU um die sog. EU-2 Staaten (Rumänien und Bulgarien) erweitert. Arbeitnehmerfreizügigkeit erhielten die EU-2 Länder zum 1. Januar 2014. Seit 1. Juli 2013 ist Kroatien 28. Mitglied der EU. Ab dem 1. Juli 2015 genießen kroatische Staatsbürger die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit.

24 Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 830.000 Personen in etwa 370.000 privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften werden stellvertretend für die gesamte Bevölkerung zu ihren Lebensbedingungen befragt.

ten Gesundheits- und Pflegeberufen deutlich mehr Beschäftigte mit „Migrationshintergrund²⁵“ tätig. Danach weisen 14 Prozent der Beschäftigten (vgl. SVB: 6,9%) in der Krankenpflege und sogar 21 Prozent (vgl. SVB: 5,1%) in der Altenpflege einen Migrationshintergrund auf. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit für die neuen EU-Mitgliedsstaaten (EU-10, EU-2, Kroatien) und die Fachkräfte-Offensive der Bundesregierung eine noch stärkere Beschäftigung nicht deutscher Personen in der Gesundheitswirtschaft auslösen.

Tabelle 8

Die 20 häufigsten Nationalitäten in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland 2013

	Wirtschaft Insgesamt	Gesundheits- wirtschaft Insgesamt	Anteil an allen SVB	
			Wirtschaft Insgesamt	Gesundheits- wirtschaft Insgesamt
Beschäftigte Insgesamt	27.627.610	3.698.700	100,0	100,0
Deutsche	25.347.711	3.513.009	91,7	95,0
Ausländer	2.271.178	184.901	8,2	5,0
darunter:				
Türkei	474.885	25.934	1,7	0,7
Polen	216.665	17.016	0,8	0,5
Kroatien	82.826	12.285	0,3	0,3
Italien	198.859	12.270	0,7	0,3
Griechenland	106.356	8.219	0,4	0,2
Rumänien	83.117	7.599	0,3	0,2
Österreich	57.855	7.490	0,2	0,2
Russische Föderation	55.584	6.643	0,2	0,2
Bosnien und Herzegowina	51.605	6.577	0,2	0,2
Serbien	54.615	5.196	0,2	0,1
Ukraine	26.899	4.345	0,1	0,1
Spanien	46.852	4.145	0,2	0,1
Ungarn	48.950	4.012	0,2	0,1
Niederlande	33.195	3.999	0,1	0,1
Frankreich	69.778	3.895	0,3	0,1
Portugal	49.479	3.801	0,2	0,1
Tschechische Republik	26.443	2.633	0,1	0,1
Bulgarien	30.697	2.448	0,1	0,1
Slowakei	17.398	2.312	0,1	0,1
Großbritannien und Nordirland	31.983	2.099	0,1	0,1

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

25 Bestimmung des Begriffs Migrationshintergrundes im Mikrozensus: Zu den Menschen mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinn) zählen „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010).

3.5.3 Geschlecht

Die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind überwiegend weiblich. Bundesweit waren 2013 78 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Frauen, während der Anteil der weiblichen Beschäftigten an der Gesamtwirtschaft bei 46,3 Prozent lag.

Tabelle 9

Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft nach Geschlecht 2013

	Gesamt	Frauen	Männer
Baden-Württemberg	12,9	21,9	5,6
Bayern	12,6	21,7	5,0
Berlin	15,0	21,6	8,0
Brandenburg	13,1	21,8	4,8
Bremen	11,9	21,6	4,4
Hamburg	11,1	17,7	5,3
Hessen	13,1	21,2	6,3
Mecklenburg-Vorpommern	14,0	21,8	5,5
Niedersachsen	13,9	24,7	4,9
Nordrhein-Westfalen	13,5	23,6	5,3
Rheinland-Pfalz	14,7	24,7	6,0
Saarland	14,4	25,2	5,9
Sachsen	13,2	21,8	4,8
Sachsen-Anhalt	13,8	22,5	5,0
Schleswig-Holstein	16,5	26,2	7,5
Thüringen	13,5	22,3	5,0
Deutschland	13,4	22,6	5,5
Alte Bundesländer	13,3	22,7	5,5
Neue Bundesländer	13,8	21,9	5,6

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Mit einem Anteil von 22,6 Prozent arbeitet mehr als jede fünfte beschäftigte Frau in Deutschland in der Gesundheitsbranche (22,6 %). Diese Bedeutung als „weiblicher Beschäftigungsträger“ lässt sich vor allem für Schleswig-Holstein (26,2 %), Saarland (25,2 %) und Niedersachsen (24,7 %) feststellen. Demgegenüber stellt die Branche in Berlin und Schleswig-Holstein die höchsten Anteile von männlichen Beschäftigten im Bundesländervergleich. Dort sind 8,0 Prozent bzw. 7,5 Prozent aller männlichen Berufstätigen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt (vgl. Tabelle 9).

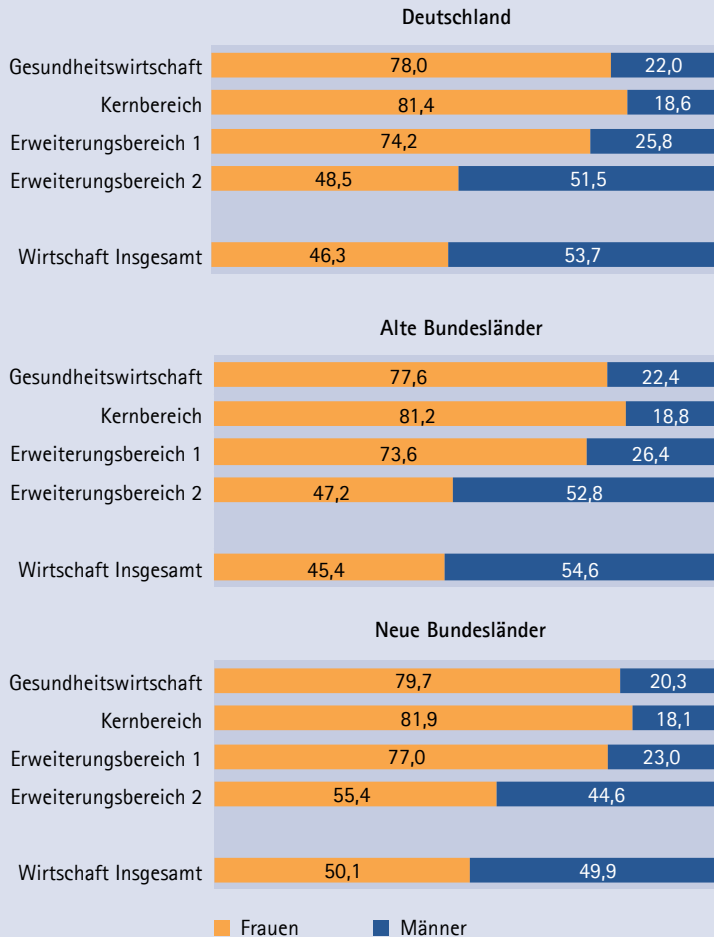
Neben dem Gesundheitswesen (Kernbereich) als Frauendomäne sind auch der Erweiterungsbereich 1 (Groß- und Einzelhandel mit medizinischen und pharmazeutischen Produkten) von einem hohen Frauenanteil gekennzeichnet. Im Kernbe-

reich sind insgesamt 81,4 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weiblich (vgl. Abbildung 12). In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg sind die Anteile der weiblichen Beschäftigten in diesem Bereich am geringsten. Im Erweiterungsbereich 1 zeigt sich ebenfalls ein hoher Frauenanteil, dabei gibt es zwischen den Bundesländern große regionale Unterschiede. In den östlichen Ländern sind tendenziell, außer Berlin, höhere Frauenanteile zu erkennen als in den westlichen Ländern. Anders ist die Situation im medizinischen Handwerk und der Pharmazeutischen Industrie (E 2). Hier liegt der Anteil der Männer bundesweit leicht über 50 Prozent und Frauen sind in diesen Tätigkeitsfeldern weniger stark vertreten. Hier spiegelt sich die typische Geschlechtertrennung für das gesamte Verarbeitende Gewerbe wider. Der Produktionsbereich sowie technische und handwerkliche Tätigkeitsfelder weisen im Allgemeinen niedrige Frauenanteile auf und werden daher den männerdominierten Branchen zugerechnet (Achatz u. a. 2010: 97). Auffällig ist, dass in den westdeutschen Bundesländern im medizinischen Handwerk und der Industrie (E 2) weniger weibliche Beschäftigte vertreten sind als in den östlichen Ländern.

Diese unterschiedliche Beschäftigungsstruktur von Männern und Frauen in den Teilbereichen spiegelt sich erwartungsgemäß auch in den Berufen der Gesundheitswirtschaft wider. Die Segregation in traditionelle Frauen- und Männerberufe ist eine zentrale Ursache der Geschlechterungleichheit im Erwerbsleben, da insbesondere viele der traditionellen Frauenberufe sich durch niedrige Einkommen, geringe Aufstiegsmöglichkeiten und schlechte Arbeitsbedingungen auszeichnen (Pimlinger 2012: 29). Im Kernbereich liegen die Anteile der weiblichen Beschäftigten unter den häufigsten Berufen fast ausschließlich über 80 Prozent. In den medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten erreichen sie sogar Werte von 99,3 bzw. 99,6 Prozent (vgl. Tabelle A 4 im Anhang). Eine Ausnahme stellt die Berufsgruppe der Ärzte dar. Hier finden sich unter den Beschäftigten gut 45 Prozent Männer. Im Erweiterungsbereich 1 zeigt sich eine Trennung nach typischen Frauenberufen mit entsprechenden hohen Anteilen (Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren) und Mischberufen mit fast gleichgewichtigen Anteilen von Frauen und Männern (Berufe in der Lagerwirtschaft, Berufe im Vertrieb). Anders stellt sich die Verteilung im Erweiterungsbereich 2 dar: Neben den typischen Frauenberufen finden sich in den Berufen der Zahntechnik sowie in den chemisch-technischen Laboratorien hohe Frauenanteile. Auch in der Chemie und Pharmatechnik erreichen Frauen Beschäftigungsanteile von durchschnittlich 46 Prozent, was nahezu dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt entspricht.

Abbildung 12

Geschlechterstruktur in der Gesundheitswirtschaft in West- und Ostdeutschland 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Der Blick auf die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft zwischen 2008 und 2013 zeigt, dass in den westlichen Bundesländern die Beschäftigung von Frauen sowohl prozentual als auch in absoluter Größenordnung stärker gestiegen ist als die der Männer (vgl. Tabelle 10). Vor dem Hintergrund der traditionell starken Präsenz von weiblichen Beschäftigten sind noch einmal mehr als 300.000 Frauen zusätzlich beschäftigt worden. In den östlichen Bundesländern hat sich prozentual betrachtet dagegen die Beschäftigung von Männern in diesem Zeitraum stärker als die der Frauen ausgeweitet. Den zusätzlichen fast 28.000 männlichen stehen

zwischen 2008 und 2013 jedoch zusätzliche 87.000 weibliche Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft gegenüber. Differenziert nach Bundesländern hat die Gesundheitsbranche in Bremen und dem Saarland mit Abstand am geringsten (relativ und absolut) an Arbeitsplätzen zugelegt. Dies betrifft sowohl die Beschäftigungsentwicklung von Frauen wie auch Männern. Die höchsten prozentualen Zuwächse von männlichen Beschäftigten zeigen sich in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Berlin mit jeweils rund 25 Prozent.

Tabelle 10

Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Geschlecht und Bundesländern 2008–2013

	Juni 2013			Veränderung 2008–2013					
	Gesamt	Frauen	Männer	Absolut			In Prozent		
				Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Baden-Württemberg	501.392	382.279	119.113	61.560	48.836	12.724	14,0	14,6	12,0
Bayern	584.046	458.403	125.643	83.002	66.285	16.717	16,6	16,9	15,3
Berlin	172.665	128.244	44.421	27.489	18.876	8.613	18,9	17,3	24,1
Brandenburg	97.602	79.246	18.356	13.545	10.281	3.264	16,1	14,9	21,6
Bremen	33.672	26.616	7.056	1.731	1.421	310	5,4	5,6	4,6
Hamburg	91.462	68.134	23.328	13.268	10.016	3.252	17,0	17,2	16,2
Hessen	282.816	208.583	74.233	37.411	28.130	9.281	15,2	15,6	14,3
Mecklenburg-Vorpommern	71.294	57.905	13.389	10.941	8.032	2.909	18,1	16,1	27,8
Niedersachsen	345.075	278.322	66.753	44.722	36.733	7.989	14,9	15,2	13,6
Nordrhein-Westfalen	775.509	606.698	168.811	98.947	80.039	18.908	14,6	15,2	12,6
Rheinland-Pfalz	176.208	137.724	38.484	21.973	17.682	4.291	14,2	14,7	12,5
Saarland	49.049	37.847	11.202	4.172	3.517	655	9,3	10,2	6,2
Sachsen	185.146	151.264	33.882	31.173	24.172	7.001	20,2	19,0	26,0
Sachsen-Anhalt	99.847	81.662	18.185	10.940	8.030	2.910	12,3	10,9	19,1
Schleswig-Holstein	134.530	102.690	31.840	13.355	10.426	2.929	11,0	11,3	10,1
Thüringen	98.387	79.564	18.823	14.579	11.662	2.917	17,4	17,2	18,3
Deutschland	3.698.700	2.885.181	813.519	488.808	384.138	104.670	15,2	15,4	14,8
Alte Bundesländer	2.973.759	2.307.296	666.463	380.141	303.085	77.056	14,7	15,1	13,1
Neue Bundesländer	724.941	577.885	147.056	108.667	81.053	27.614	17,6	16,3	23,1

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

3.6 Flexible Beschäftigungsformen

Flexible Arbeits(zeit)modelle werden auf dem Arbeitsmarkt immer bedeutender. Sie sind einerseits Ausdruck betrieblicher Gründe wie schwankendem Personalbedarf, andererseits kommen sie wie etwa die Teilzeitarbeit den Wünschen der Beschäftigten entgegen, die Familie und Beruf vereinbaren möchten. Daher analysieren wir in

diesem Abschnitt die Bedeutung der Arbeitszeiten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die Ausprägung der geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnisse und das relativ neue Modell der Zeitarbeit (Arbeitnehmerüberlassung) in der Gesundheitswirtschaft.

3.6.1 Sozialversicherungspflichtige Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung

Der außerordentlich hohe Frauenanteil im Gesundheitswesen korrespondiert mit einer hohen Bedeutung der Teilzeitarbeit in dieser Branche. Bei der Betrachtung des Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft ist es daher sinnvoll, nach der Arbeitszeit zu differenzieren.

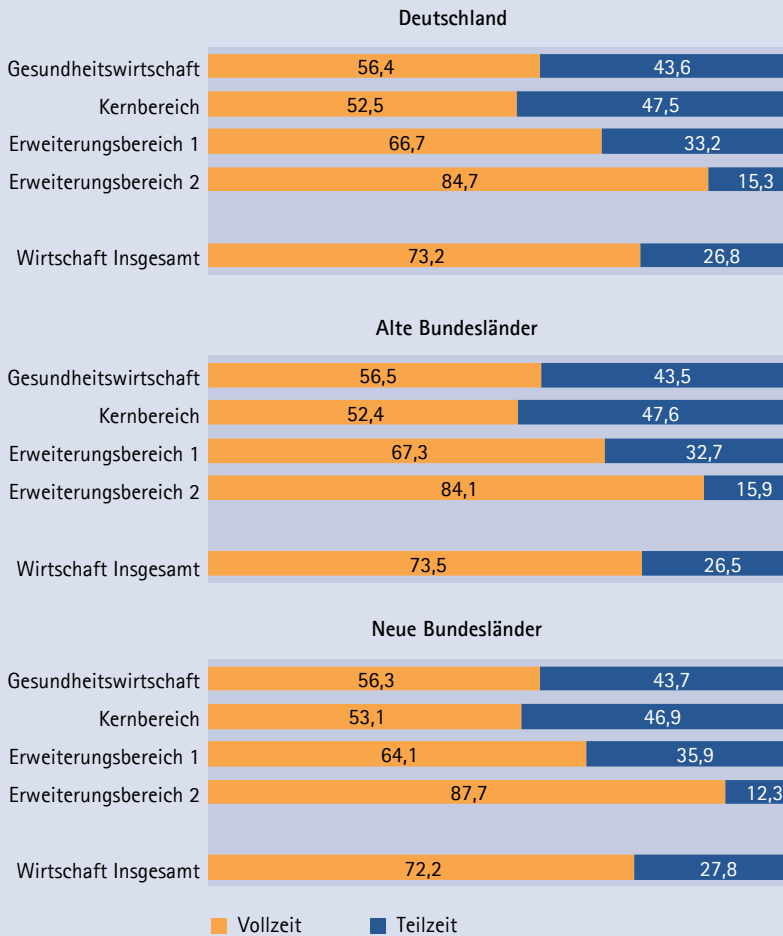
Während der Anteil der Teilzeitkräfte an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Mitte 2013 in Deutschland insgesamt 26,8 Prozent beträgt, sind es in der Gesundheitswirtschaft 43,6 Prozent. Gut 90 Prozent der Teilzeitbeschäftigten sind Frauen. Das ist deutlich mehr als der Frauenanteil an Teilzeitkräften in der Gesamtbeschäftigung (81,1 %). Von den Frauen in der Gesundheitswirtschaft arbeitet gut jede Zweite in Teilzeit, bei den Männern ist es fast jeder Fünfte (18,1 %). Damit liegt der Anteil der teilzeitbeschäftigten Männer in der Gesundheitswirtschaft doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft (9,4 %).

Vor allem im Kernbereich sind bundesweit fast die Hälfte der Arbeitnehmer mit verkürzter Arbeitszeit beschäftigt (47,5 %) (vgl. Abbildung 13). In den Erweiterungsbereichen liegen die Teilzeitwerte deutlich niedriger. Im Bereich „Handel mit medizinischen Produkten“ (E 1) beträgt der Teilzeitanteil ein Drittel; hier ist die Teilzeitquote vor allem in den Apotheken hoch, während im Bereich E 2 (Herstellung von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) die Beschäftigten unterdurchschnittliche Teilzeitanteile zu verzeichnen haben (15,3 %).

Insgesamt steigt Teilzeitarbeit trendmäßig über alle Branchen in der Wirtschaft. In der Gesamtwirtschaft ist die Beschäftigung in den letzten fünf Jahren um 7,5 Prozent gewachsen. Dabei ist die Vollzeitbeschäftigung rückläufig (-2,4 %, absolut rund -507.600 Personen), die Zahl der Teilzeitbeschäftigten hat sich dagegen um fast 50 Prozent erhöht (+2.468.800 Beschäftigte). Auch in der Gesundheitswirtschaft verbreitete sich die Teilzeitbeschäftigung immer weiter. Insgesamt verzeichnete die Gesundheitswirtschaft seit 2008 Zuwächse im Bereich der Teilzeitbeschäftigung von 52 Prozent (+554.800), während auch in diesem Bereich die Vollzeitbeschäftigung rückläufig war (-3,1 %, absolut -67.008). Somit geht bundesweit, über fünf Jahre betrachtet, das Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft vor allem auf die Zunahmen von Teilzeitstellen zurück. Der starke Anstieg an sozialversicherungspflichtiger Teilzeitbeschäftigung ist teilweise darauf zurückzuführen, dass Vollzeitbeschäftigung in Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse umgewandelt worden sind (Dahlbeck/Hilbert 2008).

Abbildung 13

Arbeitszeiten in der Gesundheitswirtschaft in West- und Ostdeutschland 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Diese gegenläufige Entwicklung, also Rückgänge der Vollzeitbeschäftigung (VZ) und hohe Zunahmen der Teilzeitbeschäftigung (TZ) verzeichnen sowohl der Kernbereich (VZ: -4,8 %, TZ: +50,6 %) als auch der Erweiterungsbereich 1 (VZ: -5,7 %, TZ: +64,3 %). Eine Ausnahme stellt der Erweiterungsbereich 2 dar, hier zeigt sich gleichzeitig eine Zunahme der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung (VZ: +12,1 %, TZ: +69,5 %). Differenziert nach Ost und West ist erkennbar, dass in den östlichen Bundesländern die prozentuale Zunahme der Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nochmals höher ausfällt als in Westdeutschland (Ost: +64,5 %; West: +49,1 %) bei gleichzeitigem Rückgang an Vollzeitstellen (Ost: -3,9 %;

West: -2,9%). Vor allem Länder wie Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern verzeichnen seit 2008 außerordentlich hohe Zuwächse bei Teilzeitbeschäftigten (+71,2% bzw. +71,7%). Die höchsten Rückgänge an Vollzeitstellen im Ländervergleich zeigen sich in Sachsen-Anhalt und Bremen und zwar jeweils um gut zehn Prozent (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11

Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach der Arbeitszeit und Bundesländern 2008–2013

	Juni 2013			Veränderung 2008–2013					
				Absolut			In Prozent		
	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit
Baden-Württemberg	505.509	290.804	214.666	61.146	-10.226	71.435	13,8	-3,4	49,9
Bayern	588.230	332.909	255.301	82.839	-4.121	87.107	16,4	-1,2	51,8
Berlin	174.784	106.202	68.577	26.952	3.629	23.374	18,2	3,5	51,7
Brandenburg	97.859	55.684	42.174	13.553	-3.973	17.543	16,1	-6,7	71,2
Bremen	33.866	17.471	16.395	1.606	-1.952	3.560	5,0	-10,0	27,7
Hamburg	92.936	55.873	37.063	13.722	452	13.290	17,3	0,8	55,9
Hessen	285.567	170.548	115.008	37.502	1.725	35.881	15,1	1,0	45,3
Mecklenburg-Vorpommern	71.543	41.828	29.715	10.950	-1.444	12.405	18,1	-3,3	71,7
Niedersachsen	346.927	178.102	168.823	44.537	-12.117	56.692	14,7	-6,4	50,6
Nordrhein-Westfalen	782.765	442.615	340.117	98.753	-12.232	111.090	14,4	-2,7	48,5
Rheinland-Pfalz	177.905	99.192	78.708	21.656	-3.015	24.702	13,9	-2,9	45,7
Saarland	49.318	29.991	19.327	4.017	-2.754	6.775	8,9	-8,4	54,0
Sachsen	185.669	95.301	90.361	31.140	-5.258	36.423	20,2	-5,2	67,5
Sachsen-Anhalt	100.082	55.574	44.505	10.967	-7.100	18.080	12,3	-11,3	68,4
Schleswig-Holstein	135.157	75.103	60.050	13.261	-6.221	19.501	10,9	-7,6	48,1
Thüringen	98.617	55.807	42.809	14.536	-2.401	16.974	17,3	-4,1	65,7
Deutschland	3.726.734	2.103.004	1.623.599	487.137	-67.008	554.832	15,0	-3,1	51,9
Alte Bundesländer	2.998.180	1.692.608	1.305.458	379.039	-50.461	430.033	14,5	-2,9	49,1
Neue Bundesländer	728.554	410.396	318.141	108.098	-16.547	124.799	17,4	-3,9	64,5

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Nach Frauen und Männern betrachtet, nehmen Vollzeitstellen sowohl in der Gesamtwirtschaft wie auch in fast allen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft nur für Frauen ab, während Männer hier Zuwächse zu verzeichnen haben (Gesundheit: Frauen: -7,2%, Männer +6,8%). Allein im Kernbereich sind für Frauen fast

100.000 Vollzeitstellen (-7,8%) verloren gegangen, während gleichzeitig über 437.600 neue Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse (+48,8%) entstanden sind. Dagegen hat der Anteil der Vollzeitstellen für männliche Beschäftigte hier um 4,1 Prozent (+17.500) zugenommen, bei gleichzeitig deutlich stärkerer Zunahme der Teilzeitbeschäftigungen (+70,4%, absolut: 55.600). Eine Ausnahme stellt Erweiterungsbereich 2 (Herstellung von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) dar; hier verzeichnen auch Frauen Zuwächse an Vollzeitstellen (Frauen: +5,5%, Männer: +17,3%). Aber generell über alle Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft zeigt sich der Trend, dass Teilzeitbeschäftigung vor allem für Frauen, aber auch für Männer weiter zunimmt.

Nach Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft ist Teilzeitarbeit im Kernbereich weit verbreitet und hier vor allem in den Alten- und Pflegeheimen und den ambulanten sozialen Diensten mit einer Quote von rund 60 Prozent (vgl. Tabelle 12). Aber auch in den Krankenhäusern und den Arztpraxen liegt die Teilzeitquote bei jeweils gut 40 Prozent. Nach Simon (2012) ist die bundesweite starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vor allem „ein Instrument der Flexibilisierung des Personaleinsatzes und Reduzierung von Personalkosten und weniger das Ergebnis gewünschter freiwilliger Teilzeit der Beschäftigten“ (Simon 2012: 4). Daher zeigt sich in allen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft ein deutlich stärkeres Wachstum der Teilzeit- als der Vollzeitbeschäftigung. Die Beschäftigungsgewinne konzentrieren sich vor allem in Alten- und Pflegeheimen, in den Arztpraxen und den sonstigen Praxen ausschließlich auf die Teilzeitbeschäftigungen. Nach Einschätzung der Diakonie, besteht im Bereich der Heime und stationärer Pflegeeinrichtungen ein großes Interesse an hohen Teilzeitquoten. „Auf diese Weise lässt sich (bei gleichbleibender Gesamtpersonalquote) die Zahl der Beschäftigten erhöhen, sodass man mehr Menschen zur Verfügung hat und durch entsprechende Überstunden die Folgen des grundsätzlichen Personalmangels etwas besser bewältigen kann. Hinzu kommt, dass Teilzeitkräfte flexibler einsetzbar sind“ (Nowak 2011: 6).

Hingegen verzeichnen Krankenhäuser, ambulante soziale Dienste und psychosoziale Einrichtungen noch ein prozentuales Wachstum der Vollzeitstellen. Aber auch hier sind die Zunahmen an Teilzeitbeschäftigungen deutlich höher. Nach Simon (2012: 63) „resultiert der Beschäftigungszuwachs in Pflegeberufen offenbar überwiegend aus einer starken Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen. Das Gesamt-Arbeitszeitvolumen dürfte – wenn überhaupt nur geringfügig gestiegen sein.“

Tabelle 12

Anteile der Voll- und Teilzeitbeschäftigten in den Branchen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland 2013

	Arbeitszeit in %	
	Vollzeit	Teilzeit
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	56,4	43,6
<i>Kernbereich Insgesamt</i>	52,5	47,5
Krankenhäuser	59,0	41,0
Arzt- und Zahnarztpraxen	59,2	40,8
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	56,5	43,5
Pflegeheime	40,7	59,3
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	55,5	44,5
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	39,0	61,0
Ambulante soziale Dienste	39,7	60,3
<i>Erweiterungsbereich 1</i>	66,7	33,2
Handelsvermittlung von Erzeugnissen für die Gesundheitswirtschaft	86,9	13,1
Großhandel von Erzeugnissen für die Gesundheitswirtschaft	79,5	20,5
Apotheken	50,9	49,1
Einzelhandel von Erzeugnissen für die Gesundheitswirtschaft	78,3	21,7
Augenoptiker	69,6	30,4
<i>Erweiterungsbereich 2</i>	84,7	15,3
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	86,0	14,0
Herstellung von Therapiegeräten für die Gesundheitswirtschaft	88,7	11,3
Herstellung von Apparaten und Materialien für die Gesundheitswirtschaft	83,3	16,7
Wirtschaft Insgesamt	73,2	26,8

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die Zunahme der Bedeutung der Teilzeit in der Gesundheitswirtschaft spiegelt sich auch in den Teilzeitquoten wider. Tabelle 13 zeigt, dass die Teilzeitanteile in allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft, hier vor allem im Kernbereich und Erweiterungsbereich 1, zugenommen haben. Dazu tragen vor allem die stärker wachsenden Anteile der Frauen an der Gesamtbeschäftigung bei.

Tabelle 13

Anteile der Voll- und Teilzeitbeschäftigten in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach dem Geschlecht in Deutschland 2008–2013

	30.06.2008			30.06.2013		
	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit
<i>Gesundheitswirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	67,0	33,0	100,0	56,4	43,6
Männer	100,0	87,9	12,1	100,0	81,9	18,1
Frauen	100,0	61,0	39,0	100,0	49,2	50,8

	30.06.2008			30.06.2013		
	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit
Kernbereich						
Gesamt	100,0	63,6	36,4	100,0	52,5	47,5
Männer	100,0	84,4	15,6	100,0	76,8	23,2
Frauen	100,0	58,8	41,2	100,0	46,9	53,1
Erweiterungsbereich 1						
Gesamt	100,0	77,7	22,2	100,0	66,7	33,2
Männer	100,0	94,5	5,4	100,0	91,1	8,9
Frauen	100,0	71,7	28,2	100,0	58,2	41,8
Erweiterungsbereich 2						
Gesamt	100,0	89,3	10,7	100,0	84,7	15,3
Männer	100,0	97,1	2,9	100,0	95,7	4,3
Frauen	100,0	81,2	18,8	100,0	73,0	27,0
Wirtschaft Insgesamt						
Gesamt	100,0	80,7	19,3	100,0	73,2	26,8
Männer	100,0	94,2	5,8	100,0	90,6	9,4
Frauen	100,0	64,3	35,6	100,0	53,1	46,9

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

3.6.2 Geringfügig Beschäftigte

Neben der sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung spielt in der Gesundheitswirtschaft auch die marginale Beschäftigungsform der geringfügig entlohnten Beschäftigung eine nennenswerte Rolle. Als geringfügige Beschäftigung bezeichnet man Beschäftigte, deren Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung nicht mehr als 400 € bzw. seit 1. Januar 2013 mehr als 450 € monatlich beträgt oder das Arbeitsverhältnis nur von kurzer Dauer ist. Ferner wird zwischen ausschließlicher und zusätzlicher geringfügiger Beschäftigung unterschieden. In Folge gesetzlicher Neuregelungen im April 2003 erhöhte sich die Zahl der Minijobs in Deutschland deutlich.²⁶ Auch in den Gesundheits- und Pflegeberufen ist die Zahl der geringfügig Beschäftigten kräftig angestiegen. Rund 781.500 Personen arbeiteten 2013 bundesweit geringfügig entlohnt in der Gesundheitswirtschaft, 61,6 Prozent oder 481.060 davon als ausschließlich geringfügig Beschäftigte. 38,4 Prozent oder gut 300.500 übten ihren Minijob zusätzlich zu einer sozialversicherungspflichtigen (Teilzeit)Tätigkeit aus.

26 Mit Wirkung zum 1. April 2003 wurde das Recht der geringfügigen Beschäftigten mit Hartz II erneut geändert. Die Geringfügigkeitsgrenze wurde auf 400 € angehoben und die Begrenzung auf weniger als 15 Wochenstunden entfiel. Die Ausübung einer geringfügig entlohnten Beschäftigung neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung wurde wieder möglich. Im Januar 2013 wurde die steuerfreie Einkommensgrenze für geringfügig Beschäftigte um 50 € auf 450 € erhöht. Gleichzeitig wurden diese Minijobs versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung, jedoch wurde die Wahlmöglichkeit geschaffen, sich davon befreien zu lassen (Quelle: GKV-Spitzenverband u. a. 2012).

Tabelle 14

Relation* der ausschließlich geringfügig zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2013

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	13	14	8
Kernbereich	13	14	8
Krankenhäuser	3	3	2
Arzt- und Zahnarztpraxen	28	30	18
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	29	34	13
Pflegeheime	9	10	5
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	9	9	9
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	9	10	5
Ambulante soziale Dienste	21	26	10
Erweiterungsbereich 1	21	22	13
Erweiterungsbereich 2	7	7	5
Wirtschaft Insgesamt	17	19	12

* Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte * 100.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende und ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte jeweils am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

In Deutschland lag das Verhältnis zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten im Juni 2013 bei 100 zu 17.²⁷ In der Gesundheitswirtschaft wie auch im Gesundheitswesen stehen 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 13 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte gegenüber (vgl. Tabelle 14). Dabei ist auffällig, dass diese Beschäftigungsform in Westdeutschland markant stärker vertreten ist als in den neuen Ländern. Gleichwohl hat bundesweit die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft einen deutlich geringeren Stellenwert als in der Gesamtwirtschaft.

Ausschließlich geringfügige Beschäftigung ist in den einzelnen Teilbereichen des Gesundheitswesens unterschiedlich stark vertreten. In den Einrichtungen des Kernbereichs sind es bundesweit insbesondere Arzt- und Zahnarztpraxen und sonstige Praxen und Rettungsdienste, in denen das Verhältnis 28 bzw. 29 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte auf 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte liegt. Gefolgt von den ambulanten Diensten (21 : 100). In den Krankenhäusern und Heimen sind im Vergleich der Branchen in der Gesundheitswirtschaft unterdurchschnittliche Werte zu verzeichnen (vgl. Tabelle 14). In den Erweiterungsbereichen ist ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten vor allem im Erweiterungsbereich 1 als Beschäftigungsform von Bedeutung.

27 Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden geringfügig Beschäftigte mit Nebenjob hier nicht berücksichtigt.

Bei geringfügig Beschäftigten im Nebenjob wird die Tätigkeit als Ergänzung zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt. Deren Verteilung auf die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich nicht wesentlich von den ausschließlich geringfügig entlohnnten Beschäftigten. Nach den Einrichtungen des Kernbereichs sind es bundesweit insbesondere Arzt- und Zahnarztpraxen und sonstige Praxen und Rettungsdienste, in denen diese Beschäftigungsform besonders verbreitet ist. Die Konzentration von geringfügig entlohnnten Beschäftigten auf die genannten Zweige des Gesundheitswesens deckt sich auch mit Ergebnissen einer Studie von Hohendanner und Stegmaier (2012: 2 f.).

Tabelle 15

Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach ihrer Beschäftigungsart in Deutschland 2013

	Beschäftigungsart			
	SVB ohne Aus- zubildende	Geringf. entlohnte Beschäftigte	Davon Anteil in %:	
			Ausschließlich GeB	im Nebenjob GeB
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.726.734	781.523	61,6	38,4
Kernbereich Insgesamt	3.092.455	652.547	60,6	39,4
Krankenhäuser	1.230.037	63.509	60,0	40,0
Arzt- und Zahnarztpraxen	563.005	247.912	62,8	37,2
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	265.677	129.326	58,5	41,5
Pflegeheime	473.916	67.598	64,6	35,4
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	13.480	1.994	60,5	39,5
Altenheime und betreutes Wohnen	288.807	42.231	63,5	36,5
Ambulante soziale Dienste	257.533	99.977	54,2	45,8
Erweiterungsbereich 1	324.494	95.907	66,8	33,2
Handelsvermittl. v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	38.060	5.418	56,1	43,9
Großhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	75.220	8.988	62,2	37,8
Apotheken	142.219	62.483	69,8	30,2
Einzelhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	37.590	9.843	60,0	40,0
Augenoptiker	31.405	9.175	65,0	35,0
Erweiterungsbereich 2	309.785	33.069	64,8	35,2
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	133.717	2.242	64,6	35,4
Herst. v. Therapiegeräten f. d. Gesundheitswirtsch.	13.283	834	52,3	47,7
Herst. v. Apparaten und Materialien f. d. Gesundheitswirtsch.	162.785	29.993	65,2	34,8
Wirtschaft Insgesamt	27.905.004	7.446.850	64,7	35,3

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) ohne Auszubildende und geringfügig entlohnte Beschäftigte (GeB) jeweils am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Unter den geringfügig Beschäftigten sind Frauen, Schüler, Studierende und Rentner überdurchschnittlich vertreten. Der Anteil weiblicher Beschäftigter in der Gesundheitswirtschaft, die in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind, entspricht ihrem Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Bereich (SVB: 77,9 % vs. GeB: 77,8 %). Im Kernbereich liegt der Anteil weiblicher Beschäftigter in dieser Beschäftigungsform leicht darunter.

Insgesamt konzentrieren sich die geringfügig Beschäftigten im Gesundheitswesen auf die unteren und oberen Altersgruppen. Der Anteil der Jüngeren im Alter unter 25 Jahren ist mit 10,2 Prozent deutlich höher als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (6,0 %). Aber auch der Anteil der über 55-Jährigen, die im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013 eine geringfügige Beschäftigung ausüben, ist höher (26,9 %) gegenüber 17,2 Prozent in der Vergleichsgruppe. Der Unterschied liegt vor allem im Alter von 65 Jahren und mehr begründet. Fast jeder zehnte geringfügig Beschäftigte (9,1 %) gehört dieser Altersgruppe an, während der Anteil bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Alter bei 0,5 Prozent liegt.

Von den rund 652.500 geringfügig entlohnten Beschäftigten im Kernbereich sind jeweils gut ein Zehntel Büro- und Sekretariatskräfte, medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpfleger sowie acht Prozent Altenpflegekräfte (vgl. Tabelle A 9 im Anhang). In den Erweiterungsbereichen stehen auch jeweils die Büro-Sekretariatskräfte ganz oben im Ranking, gefolgt von den pharmazeutisch-technischen Assistenten (11,8 %) im Bereich Handel mit medizinischen Produkten (E 1) und Berufe in der Zahntechnik (10,7 %) in der Produktion von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen (E 2). Die beruflichen Strukturen der Minijobber deuten darauf hin, dass eine Ausweitung der Arbeitszeit bei geringfügig Beschäftigten unter Berücksichtigung einer entsprechenden beruflichen Qualifikation maßgeblich zur Fachkräftesicherung beitragen könnte.

Im nächsten Schritt wird aufgezeigt, dass die geringfügig entlohnte Beschäftigung zwischen 2008 und 2013 in der Gesundheitswirtschaft etwas stärker gewachsen ist als in der Gesamtwirtschaft. Dabei sind Verschiebungen zwischen den beiden Formen geringfügiger Beschäftigung festzustellen. Während die ausschließlich geringfügige Beschäftigung abgenommen hat, hat die geringfügig Beschäftigung im Nebenjob um ein Viertel zugelegt. Zwischen den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft sind markante Unterschiede festzustellen. Im Kernbereich ist der stärkste Zuwachs in den ambulanten sozialen Diensten festzustellen, aber auch in den anderen Bereichen expandieren die Nebenjobber (Alten- und Pflegeheime, sonstige Praxen). Im Handel von medizinischen und pharmazeutischen Produkten (E 1) ist die Bedeutung dieser Beschäftigungsform nicht nennenswert gestiegen, im Erweiterungsbereich 2 hat sie leicht abgenommen (vgl. Tabelle 16 und Tabelle A 7 im Anhang).

Nachfolgend wird die geringfügig entlohnte Beschäftigung insgesamt betrachtet, also die ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten und die im Nebenjob. Der Tabelle A 8 (im Anhang) kann entnommen werden, dass diese Beschäftigungsform in den ausgewählten Bereichen vor allem Frauen betrifft. Ihr Anteil ist im Bereich der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung mit fast 80 Prozent sogar noch ausgeprägter als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (77,9 %).

Tabelle 16
Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft 2008–2013

	Geringfügig entlohnte Beschäftigte		Veränderung 2008–2013	
	2008	2013	Absolut	In Prozent
<i>Deutschland</i>				
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	738.980	781.523	42.543	5,8
Kernbereich	610.570	652.547	41.977	6,9
Erweiterungsbereich 1	95.198	95.907	709	0,7
Erweiterungsbereich 2	33.212	33.069	-143	-0,4
Wirtschaft Insgesamt	7.078.025	7.446.850	368.825	5,2
<i>Alte Bundesländer</i>				
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	654.867	692.950	38.083	5,8
Kernbereich	539.281	577.000	37.719	7,0
Erweiterungsbereich 1	86.139	86.594	455	0,5
Erweiterungsbereich 2	29.447	29.356	-91	-0,3
Wirtschaft Insgesamt	6.185.874	6.518.300	332.426	5,4
<i>Neue Bundesländer</i>				
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	84.113	88.573	4.460	5,3
Kernbereich	71.289	75.547	4.258	6,0
Erweiterungsbereich 1	9.059	9.313	254	2,8
Erweiterungsbereich 2	3.765	3.713	-52	-1,4
Wirtschaft Insgesamt	892.151	928.550	36.399	4,1

Daten: Geringfügig entlohnte Beschäftigte jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

3.6.3 Leiharbeit in ausgewählten Gesundheitsberufen

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft werden hohe Anforderungen an einen flexiblen Personaleinsatz gestellt. Zeitarbeit als flexible Beschäftigungsform ermöglicht es den Betrieben, ihren Personalbedarf an Auslastungsschwankungen anzupassen. Üblicherweise ist die Arbeitnehmerüberlassung in der Industrie und in einzelnen Dienstleistungen, die von Bürofachkräften erbracht werden, verbreitet (Bogai et al. 2009). Ob auch Zeitarbeit im Gesundheitswesen eine Rolle spielt, wird ebenfalls auf der Datenbasis der Beschäftigungsstatistik betrachtet. Bezogen auf alle sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland machte im Juni

2013 der Anteil der Zeitarbeiter 2,7 Prozent aus.²⁸ Wird die Auswahl der Berufe auf die bundesweit relevantesten Gesundheitsberufe fokussiert, arbeiten rund 15.900 Beschäftigte als Zeitarbeitsnehmer. Allein die Berufsangehörigen in der Gesundheits- und Krankenpflege (1,0 % bzw. 6.862) und Berufe in der Altenpflege (1,5 % bzw. 6.088) verzeichnen etwas höhere Anteilswerte. (vgl. Tabelle 17). Damit wird deutlich, dass die originären Gesundheits- und Pflegeberufe in der Zeitarbeit bisher eine eher geringe Bedeutung haben. Bei den anderen ausgewählten Gesundheitsberufen werden keine nennenswerten Quoten von über 0,5 Prozent erreicht. Zeitarbeit dominiert also weiterhin vor allem im Verarbeitenden Gewerbe.

Nach einer Studie über die Zeitarbeit in der Pflege ist als Besonderheit festgestellt worden, „dass die Nachfrage nach qualifizierten, teilweise auch spezialisierten Fachkräften dominiert, während Pflegehilfsqualifikationen weniger nachgefragt werden (Bräutigam et al. 2010: 5). Die Autoren konstatieren einen erheblichen Forschungsbedarf u. a. über Motive der Beschäftigten und deren Entlohnung, dem zwischenzeitlich nicht nachgekommen wurde. Dieses Arbeitsmarktsegment verdient angesichts zunehmender Flexibilisierungsbedarfe der Betriebe, aber auch als kurzfristige betriebliche Einstiegsmöglichkeit für Beschäftigte, künftig besondere Beachtung.

Anders ist die Situation der Zeitarbeit in den Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft. Im Gesundheitshandwerk und der -industrie sind sowohl Berufe in der kaufmännischen und technischen Betriebswirtschaft wie auch Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik erwähnenswert. Auffällig sind die hohen Anteile bei den Berufen in der Lagerwirtschaft²⁹ mit gut 15 Prozent. Dabei sind die Quoten mit fast 20 Prozent in den östlichen Bundesländern noch höher. Beim Blick auf die „typischen“ Berufe im Erweiterungsbereich 1 (Apotheker, pharmazeutisch-technische Assistenz, Verkauf und Augenoptik) ist jedoch eine sehr geringe Konzentration von Leiharbeitern zu sehen.

Während sich das Niveau der Leiharbeit zwischen Ost- und Westdeutschland kaum unterscheidet, zeigen sich zwischen den Berufen durchaus Unterschiede. In den östlichen Ländern ist der Zeitarbeiteranteil in der Gesundheits- und Krankenpflege höher als im Westen (Ost: 1,3 % versus West: 0,9 %). Dagegen wird in West-

28 Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit erfasst nicht wie die Arbeitnehmerüberlassungsstatistik den eigentlichen Einsatz des Leiharbeiters, sondern den „Verleiher“ – also den Betrieb, der sich auf das Verleihen von Arbeitnehmern spezialisiert hat. Dementsprechend ist es uns hier nicht möglich, die exakte Summe der Leiharbeiter in der Gesundheitswirtschaft wiederzugeben, sondern die Auswahl der in Abschnitt 3.4.1 definierten häufigsten Berufe. Es ist durchaus möglich, dass wir aufgrund dieser Schwierigkeit nicht das reale Bild in der Gesundheitswirtschaft abbilden können.

29 Aufgrund der in Fußnote 28 beschriebenen Schwierigkeiten in der Abgrenzung, müssen wir hier alle Beschäftigten mit Berufen in der Lagerwirtschaft darstellen, ohne die Eingrenzung auf die Gesundheitswirtschaft bzw. die Erweiterungsbereiche. Es ist also durchaus möglich, dass wir hier ein verfälschtes Bild zeichnen, da uns die allgemeine Personalwirtschaft der Betriebe in den Erweiterungsbereichen nicht bekannt ist.

deutschland das Instrument der Arbeitnehmerüberlassung für Berufsangehörige in der Altenpflege stärker in Anspruch genommen (West: 1,7% versus Ost: 0,9%).

Die absoluten Zahlen sind zwar im Vergleich sehr gering, dennoch scheint Zeitarbeit insbesondere vor allem in den Pflegeberufen als flexibles Personalinstrument genutzt zu werden. Nach einer bundesweiten Studie der Hans-Böckler-Stiftung wird Zeitarbeit in der Pflege weitgehend nicht zur Kompensation von Auftragsspitzen eingesetzt, sondern eher als letztes Mittel zur Aufrechterhaltung der Versorgung bei zu geringer Personalausstattung (Urlaub, Krankheit oder fehlender Personalrekrutierung) (Bräutigam et al. 2010: 5). Während in der Industrie und anderen Dienstleistungsbranchen oft auf Zeitarbeitnehmer ohne spezielle Qualifikation zurückgegriffen werde, spiele im Pflegebereich eine qualifizierte Ausbildung eine große Rolle.

Tabelle 17

Leiharbeitsquoten* in üblichen Berufen der Gesundheitswirtschaft 2013

	SVB in der Leiharbeit (absolut)			Leiharbeitsquote* in %		
	D	ABL	NBL	D	ABL	NBL
Übliche Berufe im Kernbereich						
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	893	763	130	0,3	0,3	0,2
Zahnmedizinische Fachangestellte	35	26	9	0,0	0,0	0,0
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege (o. S.)	6.962	5.149	1.813	1,0	0,9	1,3
Berufe in der Fachkrankenpflege	362	293	69	0,5	0,6	0,4
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	165	147	18	0,1	0,2	0,1
Berufe in der Physiotherapie	235	167	68	0,2	0,2	0,2
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	6.088	5.226	862	1,5	1,7	0,9
Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	459	348	111	0,3	0,3	0,4
Übliche Berufe im Erweiterungsbereich 1						
Verkauf drogerie-, apothekenübliche Waren	100	95	**	0,1	0,1	**
Apotheker, Pharmazeuten	46	37	9	0,1	0,1	0,1
Berufe pharmazeutisch-techn. Assistenz	90	59	31	0,1	0,1	0,3
Berufe in der Augenoptik	7	5	**	0,0	0,0	**
Übliche Berufe im Erweiterungsbereich 2						
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	5.416	4.820	596	3,3	3,2	2,4
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	1.037	898	139	1,7	1,5	1,4
Berufe in der Zahntechnik	33	28	5	0,1	0,1	0,1
Wirtschaft insgesamt	765.786	611.129	154.657	2,7	2,7	2,9

* Anteil der Beschäftigten im Wirtschaftszweig „78 Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften“ (WZ 2008) an allen Beschäftigten des jeweiligen Berufs der Region.

** Aus Datenschutzgründen wurden diese Werte anonymisiert.

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung; D = Deutschland; ABL = Alte Bundesländer; NBL = Neue Bundesländer.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

4 Qualifikation und betriebliche Anforderungsniveaus der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft

Ein zentraler Aspekt der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist ihre hohe fachliche Qualifikation. Die Ausübung von Gesundheitsberufen erfordert in der Regel mindestens eine dreijährige Fachschulausbildung. Berufliche Zertifikate steuern in hohem Maße die Arbeitsmarktintegration von Beschäftigten in dieser Branche. Im Gesundheitswesen schreitet zudem die Akademisierung voran. Allerdings gibt es auch Helfertätigkeiten sowohl im Gesundheitswesen als auch in den Erweiterungsbereichen. Seit Kurzem lassen sich auch die betrieblichen Anforderungsniveaus untersuchen, die wir in der Gesundheitswirtschaft darstellen.

4.1 Qualifikation der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist erwartungsgemäß hoch, da eine Ausbildung oftmals Voraussetzung zur Berufsausübung ist. 84,3 Prozent der Beschäftigten in dieser Branche haben bundesweit einen Berufsausbildungs- oder Hochschulabschluss.³⁰ Der Durchschnitt der Beschäftigten über alle Branchen liegt nur bei 75,1 Prozent. Die größte Gruppe der fachlich qualifizierten bilden die Beschäftigten mit einer betrieblichen bzw. fachschulischen Qualifizierung.

Im klassischen Bereich der Gesundheitswirtschaft, dem Kernbereich, dominieren die Beschäftigten mit Berufsausbildung (72 %).³¹ Nur Berlin mit dem geringsten Wert (61,6 %) und Sachsen-Anhalt mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten mit Berufsausbildung (80,3 %) weichen hingegen ab. Arbeitsplätze für Geringqualifizierte (6,2 %) sind im Vergleich zur Gesamtwirtschaft kaum vorhanden. Tendenziell zeigen die westdeutschen Bundesländer höhere Anteile an Geringqualifizierten, in den ostdeutschen Ländern dagegen ist der Wert nur halb so hoch, mit Ausnahme von Berlin.

In Ost- wie Westdeutschland ist der Anteil der Ungelernten im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) am geringsten (West: 3,7 %, Ost: 2,0 %), während im Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – einfach Qualifizierte relativ häufig sind (West: 7,8 %, Ost: 3,1 %). Diese qualifika-

30 Für einen Teil der Beschäftigten liegen in der SVB-Statistik keine Angaben zum Ausbildungsabschluss vor. In Deutschland sowie in den alten und neuen Bundesländern betraf das 2013 in der Gesundheitswirtschaft 9,7 % der Beschäftigten.

31 Hohe Anteile in der Kategorie „Ausbildung unbekannt“ verzeichnen vor allem Berufe in der Physiotherapie, medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte und Berufe in der Altenpflege (siehe Tabelle A 12 im Anhang). In die genannten Berufe dürfte auch ein Quereinstieg möglich sein. Dies könnte ein Erklärungsansatz für den hohen Anteil dieser Qualifikationskategorie sein.

torischen Unterschiede zwischen den Erweiterungsbereichen sind in den westlichen Ländern noch ausgeprägter (siehe Abbildung 14).

Dabei ist die Bedeutung der ungelerten Beschäftigten je nach Bereich bzw. Einrichtung innerhalb des Kernbereichs sehr unterschiedlich. Während von den Berufsangehörigen in den Krankenhäusern knapp neun Prozent einfache Tätigkeiten ausüben, zeigen sich bundesweit in den Einrichtungen der Alten- und Pflegeheime Werte von 17 Prozent. Hier zeigen sich allerdings zwischen Ost- und Westdeutschland deutliche Unterschiede. Während in Westdeutschland der Anteil der Hilfskräfte im Altenpflegebereich bei fast 17 Prozent liegt, ist die Bedeutung der Hilfskräfte in Ostdeutschland deutlich geringer (7 bis 9%). Nach Simon (2012)³² wird sich die Bedeutung von Pflegehilfskräften bundesweit erst in den nächsten Jahren in der Beschäftigungsstruktur niederschlagen. Mit Blick auf die Absolventinnen von Pflegehilfeausbildungen an allen Absolventinnen von Pflegeausbildungen wird erkennbar, dass sich der Anteil der Pflegehilfskräfte bundesweit von 4,7 Prozent (1999) auf 17 Prozent im Jahr 2010 erhöht hat und weiter ansteigen dürfte (Simon 2012: 47).

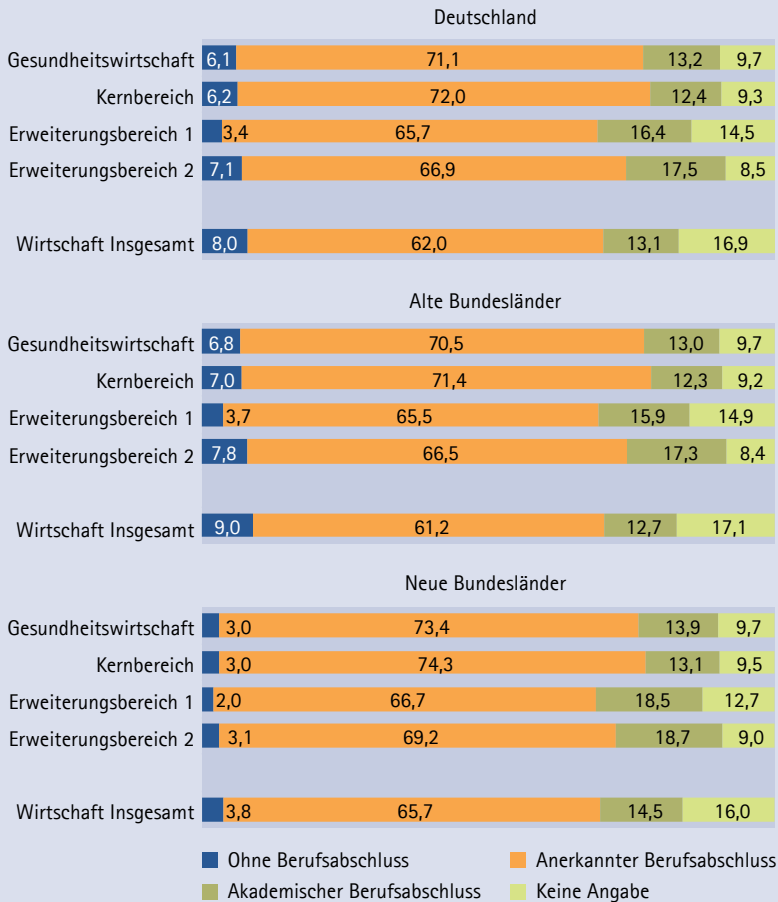
Im Kernbereich verfügen 12,7 Prozent über eine akademische Ausbildung. Mit Blick auf die Einrichtungen ist der Anteil der Hochqualifizierten in Krankenhäusern (20,6%) und psychosozialen Einrichtungen (28,7%) am höchsten. Nach Bundesländern differenziert liegt erwartungsgemäß der Anteil von Hochqualifizierten in den Stadtstaaten, in denen Fachkrankenhäuser und Universitätskliniken ansässig sind, deutlich über dem Wert von Flächenländern.

In der Gesundheitswirtschaft weisen anteilig männliche häufiger als weibliche Beschäftigte eine akademische Ausbildung auf (25,5% vs. 9,9%). Dieses geschlechterbezogene Missverhältnis zeigt sich vor allem im Kernbereich. Gleichwohl sind absolut betrachtet mehr Frauen als Männer mit einem akademischen Abschluss in der Gesundheitswirtschaft bzw. im Kernbereich tätig. Da Frauen in den nicht akademischen Gesundheitsfachberufen aber deutlich überwiegen, ist ihr prozentualer Akademikeranteil vergleichsweise gering. Absolut betrachtet ist die Anzahl der weiblichen Hochschulabsolventinnen in der Gesundheitswirtschaft um fast die Hälfte höher als die der männlichen (Frauen: 228.500 SVB; Männer: 156.300 SVB).

32 Der Autor arbeitet auf der Datengrundlage der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik (Simon 2012: 28).

Abbildung 14

Qualifikationsstruktur in der Gesundheitswirtschaft in West- und Ostdeutschland 2013



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) und 2 (medizinisches Handwerk und Industrie) sind überdurchschnittliche viele Hochqualifizierte beschäftigt. Im E 1 verfügen rund 16 Prozent der Beschäftigten über einen Hochschulabschluss. Dies dürfte sich durch den hohen Anteil an Akademikern in der Handelsvermittlung von pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Apotheken erklären. Besonders in Berlin ist der Anteil der Akademiker in dieser Branche hoch (Berlin: 30 %, vgl. Bund: 11,7 %). In den Bereichen Handel mit Gesundheitsgütern verfügt Berlin schon allein aufgrund seiner Größe und damit verbundenen Ansiedlungen von Firmen mit hochqualifiziertem Personalbedarf über Lokalisationsvorteile.

Im E 2 liegt bundesweit der Anteil der Beschäftigten mit akademischem Abschluss sogar noch leicht darüber (17,5%). Hier erreichen die Stadtstaaten im Bundesländergleich die höchsten Quoten (Berlin: 29,2%; Hamburg: 25,2%; Bremen: 23,6%). Von den Flächenländern liegt nur Hessen über 20 Prozent (21,2%) Akademikeranteil. Hier finden sich ausgewählte Standorte von Medizin- und Pharmaunternehmen (vgl. Abschnitt 3.2). Dies ist umso bemerkenswerter, als aufgrund der statistischen Abgrenzungsprobleme das Forschungs- und Entwicklungspersonal nicht enthalten ist. Die Produktion von pharmazeutischen Erzeugnissen erfordert angesichts der kontinuierlichen Innovationen Arbeitskräfte mit hohen technischen Fähigkeiten.

4.2 Anforderungsniveau und Qualifikationsstruktur in der Gesundheitswirtschaft

Charakteristisch für die Gesundheitswirtschaft ist wie dargestellt, dass viele Beschäftigte über mittlere und hohe Bildungsabschlüsse verfügen, aber nur vergleichsweise wenige Mitarbeiter ohne abgeschlossene Berufsausbildung beschäftigt sind. Mit der neuen Klassifikation der Berufe ist es möglich, die formalen Bildungsabschlüsse der Beschäftigten mit deren beruflichen Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit zu spiegeln.³³ So war von den Beschäftigten im Kernbereich auf dem Anforderungsniveau „Helfer“ ein Viertel ohne Berufsabschluss, aber 58,6 Prozent verfügten über einen anerkannten Berufsabschluss (vgl. Tabelle A 14 im Anhang). Der hohe Anteil an qualifizierten Beschäftigten dürfte sich vor allem durch Beschäftigte mit einjährigen Berufsausbildungen zum Helfer in der Krankenpflege und Altenpflege erklären.³⁴ Aber auch in den Erweiterungsbereichen verfügen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft viele Beschäftigte auf Helferniveau über einen anerkannten Berufsabschluss.

Auf der Ebene der „Fachkräfte“ verfügt erwartungsgemäß der größte Anteil der Beschäftigten über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Aber auch hier ist in

33 „Mit der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 der Bundesagentur für Arbeit (BA) ist es seit Kurzem möglich, die Berufe nach vier Anforderungsniveaus zu unterscheiden: (1) Helfer, (2) Fachkräfte, (3) Spezialisten und (4) Experten (vgl. Anhang Tabelle A 13). Das Anforderungsniveau beschreibt neben der Beruflichkeit als horizontale Dimension, die Komplexität von Berufen als vertikale Dimension (Bundesagentur für Arbeit 2011). Jedem Beruf ist in der KldB 2010 eine der vier genannten Qualifikationsanforderungen zugeschrieben. Entscheidend ist dabei, welche Qualifikationen üblicherweise für den jeweiligen Beruf erforderlich sind, nicht aber der konkrete Bildungsabschluss einer Person, die diesen Beruf ausübt. Eine entsprechende Zuordnung liegt in den Beschäftigungsdaten vor. Für die Beschäftigten melden die Arbeitgeber den jeweils ausgeübten Beruf. Damit können die unterschiedlichen Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeiten als Indikator für die Qualifikationsnachfrage der Unternehmen interpretiert werden (Bogai/Buch/Seibert 2014: 2).

34 In der Kategorie „Helfer“ sind neben den Beschäftigten ohne formalen Berufsabschluss die Altenpflegehelfer (landesrechtlich geregelte in der Regel einjährige schulische Ausbildung) und die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer gemeldet, soweit die Ausbildung die Dauer von einem Jahr nicht überschreitet (landesrechtlich geregelte ein- bis zweijährige schulische Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens und anderen Bildungseinrichtungen); Quelle: BERUFENET.

allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft ein höherer Wert zu verzeichnen als über alle Branchen. Auf den beruflichen Positionen des „Spezialisten“ zeigen sich insbesondere im Kernbereich Auffälligkeiten. Hier gibt es deutlich mehr Beschäftigte mit einem Berufsabschluss (81,4 %) und weniger Akademiker (8 %) als im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (65 % bzw. 20 %). Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich in diesen Werten insbesondere Aufstiegspositionen für Beschäftigte mit betrieblicher-/fachschulischer Qualifikation widerspiegeln (z. B. Stationsleitung für examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Altenpfleger). Auf dem höchsten beruflichen Anforderungsprofil als „Experte“ sind im Kernbereich gut 70 Prozent Akademiker tätig. Auch dieser Anteil ist im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittlich (vgl. Wirtschaft insgesamt: 59,8 %).

Die Unterschiede der Qualifikationsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zur Gesamtwirtschaft sind in Ostdeutschland noch deutlicher ausgeprägt. Hier verfügen sogar 71 Prozent der Beschäftigten auf Helferpositionen über einen anerkannten Ausbildungsabschluss (Gesamtwirtschaft Ost: 57,7 %). Auch in den Erweiterungsbereichen sind in den neuen Ländern deutlich mehr Beschäftigte mit anerkanntem Bildungsabschluss auf Helferpositionen. Darüber hinaus sind die hohen Beschäftigtenanteile mit anerkannter Berufsausbildung auf der Fachkräfteebene auffällig (85,9 %, Gesamtwirtschaft Ost: 76,8 %) (vgl. Tabelle A 16 im Anhang).

Die dargestellten qualifikatorischen Unterschiede in der Gesundheitswirtschaft sind für Frauen und Männer sowie in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich stark ausgeprägt. In den westlichen Bundesländern sind im Kernbereich 17,2 Prozent der Frauen auf Helfertätigkeiten zu finden, aber nur 11,3 Prozent der Männer. Markante Differenzen fallen auf der Ebene der Fachkräfte ins Gewicht: Während 60 Prozent der Frauen auf der Fachkräfteebene tätig sind, liegt der Vergleichswert der Männer bei knapp 45 Prozent. Auf der qualifizierteren Ebene des Spezialisten arbeiten 14,2 Prozent der westdeutschen Männer, während es westdeutsche Frauen in diesem Segment nur auf jeweils 11,7 Prozent bringen. Diese geschlechterspezifischen Unterschiede sind in den östlichen Ländern deutlich geringer. Zwar besetzen die Männer im Kernbereich in Ost wie West häufiger die Expertenpositionen, aber bei den Spezialisten liegt der Anteil der weiblichen Beschäftigten im Kernbereich in Ostdeutschland sogar über dem Anteil der Männer (vgl. Frauen: 15,9 % zu Männer: 13,9 %). Im Westen hingegen sind auch auf diesem Anforderungsniveau Männer nennenswert häufiger vertreten.

In den Erweiterungsbereichen zeigt sich ebenfalls, stärker noch als im Kernbereich, dass Frauen prozentual häufiger auf Fachkräteebene tätig sind, während Männer deutlich stärker als Spezialisten oder Experten beschäftigt sind. Im Erweiterungsbereich 2 zeigt sich außerdem auf den Helferpositionen, dass männliche

Beschäftigte deutlich häufiger über einen anerkannten Berufsabschluss verfügen (Männer: 68,8 % vs. Frauen: 56,6 %) (vgl. Tabelle A 17 im Anhang).

In einem nächsten Schritt werden die geschlechterspezifischen formalen Qualifikationsstrukturen mit den Anforderungsprofilen verglichen (vgl. Tabellen A 18 und A 19 im Anhang). Vor allem im Kernbereich zeigt sich, dass Frauen, die im Spezialistensegment tätig sind, anteilig deutlich häufiger über eine anerkannte Berufsausbildung verfügen: Männliche Beschäftigte dagegen weisen doppelt so hohe Anteile akademischer Ausbildung auf. Besonders auffällig sind im Kernbereich zudem die hohen Werte für männliche Akademiker auf Expertenpositionen mit fast 80 Prozent (vgl. Frauen: 66,3 %). Frauen verfügen in diesem Segment deutlich stärker über einen anerkannten Berufsabschluss (Frauen: 27,4 %, Männer: 16,9 %). Daraus lässt sich ableiten, dass Männer deutlich häufiger mit einem akademischen Abschluss in diese berufliche Position eintreten, während Frauen über berufliche Aufstiegswege in höhere Positionen gelangen.

Exemplarisch wird nachfolgend die geschlechterspezifische Beteiligung an Führungspositionen in den Berufsbereichen Krankenpflege/Geburtshilfe/Rettungsdienste und Altenpflege dargestellt. Die Berufsangehörigen in der Krankenpflege/Geburtshilfe/Rettungsdienste und Altenpflege werden zusammengefasst.³⁵

Von allen Berufsangehörigen in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege im Kernbereich sind 82 Prozent Frauen und 16 Prozent Männer.³⁶ Von allen Frauen in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege arbeiten drei Prozent als Führungskräfte. Bei den männlichen Beschäftigten beträgt der Wert der männlichen Führungskräfte dagegen 4,7 Prozent. Damit sind Männer im Vergleich zu ihrem Beschäftigungsanteil insgesamt überproportional an Positionen für Führungskräfte beteiligt. Im Ost- und Westvergleich zeigt sich, dass Frauen in Ostdeutschland in den genannten Berufen deutlich stärker an Führungspositionen beteiligt sind. Im Berufsbereich Gesundheits- und Krankenpflege ist der Anteil der weiblichen Führungskräfte sogar höher als der relative männliche Anteil (Frauen: 3,8 %, Männer: 3,1 %). In den westlichen Ländern dagegen ist die Beteiligung von Frauen an Führungspositionen nur halb so hoch im Vergleich zu den männlichen Kollegen (Frauen: 2,7 %, Männer: 5,1 %). Dies bestätigt auch eine Studie von Kleinert (2011: 6), wonach ostdeutsche Frauen in höheren Positionen deutlich stärker vertreten sind als westdeutsche – das gilt in der Privatwirtschaft wie auch, besonders deutlich, in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft.

35 Da hier statistisch keine klare Trennung zwischen den Führungsaufgaben Krankenpflege/Geburtshilfe/Rettungsdienste und Altenpflege möglich ist.

36 In diesem Fall wurden die groberen Berufsgruppen (3-Steller) „813 Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ und „821 Altenpflege“ zur Berechnung herangezogen, da die Führungskräfte nicht in den bisher beschriebenen Berufsuntergruppen enthalten sind, sondern in einem jeweils eigenen 4-Steller aufgeführt sind („8139 Aufsicht- und Führungskräfte“ und „8219 Führungskräfte in der Altenpflege“).

Diese Ergebnisse decken sich tendenziell mit der Analyse von Bogai, Buch und Seibert (2014). Danach unterscheiden sich die Qualifikationsanforderungen der ausgeübten Tätigkeiten von Männern und Frauen in Westdeutschland stärker als in Ostdeutschland. Im Westen sind 16 Prozent der Frauen in Helfertätigkeiten zu finden, aber nur 13 Prozent der Männer. Als Experten oder Spezialisten arbeiten jeweils 16 Prozent der westdeutschen Männer, während es westdeutsche Frauen in diesem Segment nur auf jeweils elf Prozent bringen. Im Osten besteht zwar auf den höheren beruflichen Positionen ebenfalls ein Vorsprung der Männer, allerdings fällt dieser deutlich geringer aus als im Westen. Helfertätigkeiten üben ostdeutsche Männer mit 13 Prozent genauso häufig aus wie ostdeutsche Frauen (Bogai/Buch/Seibert 2014: 3).

4.3 Entwicklung der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft

In dem kurzen Zeitraum zwischen den Jahren 2008 und 2013 hat sich das Qualifikationsniveau in der Gesundheitswirtschaft – deutlich erhöht.³⁷ Die Anzahl an Beschäftigten mit akademischem Abschluss erhöhte sich sogar um fast 40 Prozent bzw. +139.754 Beschäftigte. Nur im Erweiterungsbereich 1 war der Zuwachs prozentual halb so hoch. Im Kernbereich sind absolut vor allem in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg und relativ in Hamburg und Bayern die höchsten Zunahmen an Akademikern zu verzeichnen. Während der Anteil der Fachkräfte mit Berufsausbildung in der Gesamtwirtschaft um gut acht Prozent zunahm, verzeichnete die Gesundheitswirtschaft eine Zunahme von rund 18 Prozent, hier vor allem auch im Kernbereich und im Erweiterungsbereich 2. Eine prozentual hohe Zunahme an qualifizierten Fachkräften zeigt sich vor allem in den neuen Ländern. Der Stadtstaat Bremen war hier mit einem Zuwachs von 6,8 Prozent im Kernbereich Schlusslicht.

Die Bedeutung geringqualifizierter Arbeit in der Gesundheitswirtschaft ist schwer einzuschätzen. Einerseits nahm die Zahl der Beschäftigten in dieser Branche um 12,4 Prozent ab; dieser Rückgang ist aber deutlich geringer als in der Gesamtwirtschaft (–22,2 %). Andererseits liegen für 17 Prozent der Beschäftigten keine Qualifikationsangaben vor.³⁸ Als allgemeiner Trend lässt sich seit geraumer Zeit eine Strategie zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit vor allem in den Krankenhäusern

37 Zusammen mit der Einführung der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) wurde auch die Erfassung der Berufsausbildung und der Arbeitszeit verbessert. Aufgrund dessen betrachten wir hier mit 2008 und 2013 zwei Datenstände, die eine unterschiedliche Datenqualität aufweisen. Besonders in den neuen Ländern sind in der Gesundheitswirtschaft starke Rückgänge in der Kategorie „Unbekannt“ zu sehen. Ein Teil der Zunahmen der restlichen Kategorien wird also auf die bessere Datenqualität zurückzuführen sein.

38 Nach Bamming (2007: 8) kann ein Großteil dieser Gruppe zu den Ungelernten gezählt werden.

durch Konzentration auf das „Kerngeschäft“ beobachten. Im Zuge dieses Outsourcingprozesses sind Aufgaben, die nicht zur direkten Dienstleistung am Patienten gehören, wie z. B. Facility Management, ausgegliedert worden. Dies könnte letztendlich auch dazu beigetragen haben, dass insbesondere der Anteil der geringqualifizierten Beschäftigten zurückgegangen ist. Insbesondere in Schleswig-Holstein (-24,3 %) und Sachsen (-20,8 %) sind relativ betrachtet, die höchsten Rückgänge von Beschäftigten im Kernbereich ohne formalen Berufsabschluss zu verzeichnen.

4.4 Qualifikation und Anforderungsniveau in Gesundheitsberufen

Während bei der bisherigen Analyse die wirtschaftsfachliche Zuordnung der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft im Vordergrund stand, wird nachfolgend der ausgeübte Beruf nach der Qualifikationsstruktur betrachtet.

Im Gesundheitswesen verfügen fast 90 Prozent der Berufsangehörigen in der Gesundheits- und Krankenpflege über eine abgeschlossene berufliche Ausbildung oder Fachschulausbildung (insgesamt Kernbereich: 72 %) und nur 4,7 Prozent sind ungelernt. Anders sieht die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der Altenpflege aus. In dieser Berufsgruppe haben knapp 75 Prozent eine betriebliche Ausbildung bzw. Fachschulausbildung absolviert und gut elf Prozent sind ungelernt. Dies ist auch der höchste Anteil an ungelernten Kräften unter den ausgewählten Berufen (vgl. Tabelle 19). Dafür liegt hier der Anteil der Beschäftigten mit akademischen Abschluss nur bei 1,8 Prozent (vgl. Kernbereich: 12,4 %).

In den Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft sind vor allem Beschäftigte in der Lagerwirtschaft überdurchschnittlich häufig geringqualifiziert, gleichzeitig ist aber auch die Quote der Beschäftigten mit akademischer Ausbildung hoch.

Eng verbunden mit der Qualifikationsstruktur der Berufsangehörigen in den beiden relevantesten Berufsfeldern „Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Berufe in der Altenpflege“ ist das betriebliche Anforderungsniveau dieser Beschäftigten. In der Gesundheits- und Krankenpflege sind bundesweit 83 Prozent der Berufsangehörigen als Fachkraft und knapp 17 Prozent auf Helferpositionen tätig. Nach dem betrieblichen Anforderungsniveau der Altenpfleger betrachtet, wird der deutlich höhere Anteil an Helfern deutlich. In Ostdeutschland liegt der Wert bei der Hälfte der Beschäftigten, aber auch in westlichen Ländern beträgt der Anteil immerhin 46 Prozent. Spiegelbildlich ist nur etwa gut die Hälfte der Berufsangehörigen auf einem Fachkräfteniveau tätig.

Tabelle 19

Die bedeutendsten Berufe in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach Qualifikation
in Deutschland 2013 – Angaben in Prozent

	Gesamt	Ohne Berufs- abschluss	Mit Berufs- abschluss	Hochschul- abschluss	Keine Angabe
Kernbereich					
Kernbereich Insgesamt	100,0	6,2	72,0	12,4	9,3
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	100,0	4,7	89,0	1,6	4,7
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	100,0	11,4	74,5	1,8	12,3
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	100,0	1,7	84,1	1,1	13,0
Zahnmedizinische Fachangestellte	100,0	1,6	84,2	0,6	13,6
Berufe in der Physiotherapie	100,0	0,7	76,5	7,4	15,4
Ärzte/Ärztinnen (o. S.)	100,0	0,5	2,7	94,9	1,8
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	100,0	5,7	73,9	7,4	13,1
Berufe i. d. Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	100,0	8,1	81,3	7,1	3,5
Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	100,0	4,6	51,5	37,1	6,9
Berufe in der Fachkrankenpflege	100,0	0,6	95,5	1,5	2,4
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	100,0	1,7	86,3	6,8	5,2
Erweiterungsbereich 1					
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	100,0	3,4	65,7	16,4	14,5
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	100,0	1,0	87,0	2,3	9,7
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	100,0	1,6	86,6	0,9	10,9
Apotheker, Pharmazeuten	100,0	1,4	10,6	79,7	8,3
Berufe in der Augenoptik	100,0	2,1	87,9	1,4	8,7
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	100,0	4,5	66,2	7,7	21,6
Berufe in der Lagerwirtschaft	100,0	20,3	58,8	1,2	19,7
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	100,0	1,3	64,2	17,3	17,2
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	100,0	3,5	68,5	11,2	16,9
Erweiterungsbereich 2					
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	100,0	7,1	66,9	17,5	8,5
Berufe in der Zahntechnik	100,0	2,6	82,3	0,5	14,5
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	100,0	14,9	72,1	6,8	6,1
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	100,0	5,5	71,4	11,3	11,8
Berufe in der Lagerwirtschaft	100,0	18,1	69,9	1,6	10,4
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	100,0	6,0	71,8	13,3	8,9
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	100,0	4,7	85,3	5,6	4,5
Wirtschaft Insgesamt	100,0	8,0	62,0	13,1	16,9

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle 20

Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in den Berufen der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege nach Anforderungsniveau 2013

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Kernbereich Insgesamt	3.092.455	2.468.907	623.548
darunter:			
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	636.521	507.770	128.751
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege	107.565	84.944	22.621
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege	528.956	422.826	106.130
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	358.336	273.631	84.705
Helfer in der Altenpflege	168.876	125.848	43.028
Fachkräfte in der Altenpflege	187.738	146.826	40.912
Anteil des Anforderungsniveaus an der Berufsuntergruppe (4-Steller) in %			
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	100,0	100,0	100,0
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege	16,9	16,7	17,6
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege	83,1	83,3	82,4
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	100,0	100,0	100,0
Helfer in der Altenpflege	47,1	46,0	50,8
Fachkräfte in der Altenpflege	52,4	53,7	48,3

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle 21

Beschäftigung in ausgewählten Einrichtungen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft in den Berufen der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege nach Anforderungsniveau 2013 (Anteile in Prozent)

	Kernbereich Insgesamt	Darunter:				Wirtschaft Insgesamt
		Kranken- häuser	Pflegeheime	Altenheime; Alten- und Behinderten- wohnheime	Ambulante soziale Dienste	
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege	16,9	10,3	39,9	37,7	28,1	18,2
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege	83,1	89,7	60,1	62,3	71,9	81,8
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Helfer in der Altenpflege	47,1	26,0	48,9	49,3	43,9	47,4
Fachkräfte in der Altenpflege	52,4	73,8	50,6	50,1	55,7	52,1

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Nach Einrichtungen des Gesundheitswesens differenziert zeigt sich, dass in den Krankenhäusern von den Berufstätigen in der Gesundheits- und Krankenpflege fast 90 Prozent als Fachkraft und zehn Prozent auf Helferniveau tätig sind. Demgegenüber sind in den Altenheimen sowie ambulanten sozialen Diensten von den Beschäftigten nur die Hälfte als Fachkraft tätig und rund 50 Prozent sind auf einfacher Tätigkeitsstufe als Helfer beschäftigt.

5 Entgelte in der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft, vor allem deren Kernbereich, ist ein beschäftigungsintensiver Wirtschaftszweig, der in hohem Maße personenbezogene Dienstleistungen durch Beschäftigte mit hoher Qualifikation erbringt. Die Entgelte der Beschäftigten bestimmen zum einen die Personalkosten, sie sind zum anderen für die Beschäftigten vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels wichtig, sich für diese Berufe zu qualifizieren. Die Datenquelle der Entgeltanalyse sind die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden.³⁹ Da genaue Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit nicht vorliegen, wurden hierbei nur Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende) herangezogen, deren jeweiliges monatliches Bruttomedianeinkommen in die Auswertung einging. Das in einem Beruf erzielte Entgelt ist – neben den Arbeitsbedingungen (Schichtarbeit, Umfeld) – ein wichtiges Merkmal bei der Beurteilung von Arbeitszufriedenheit bzw. Attraktivität.

Im Durchschnitt verdienen Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft bundesweit monatlich 2.724 € und damit 5,7 Prozent weniger als in der Gesamtwirtschaft. Mit Blick auf die einzelnen Zweige der Gesundheitswirtschaft werden im Kernbereich durchschnittlich 91,8 Prozent des Medianentgelts erreicht. In den Erweiterungsbereichen erzielten die Beschäftigten im E 1 (Handel mit medizinischen Produkten) gut 90 Prozent, während der Bereich „Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Geräten“ (E 2) der Durchschnittslohn 20 Prozent darüber liegt. Diese Unterschiede erklären sich mit Blick auf die Entwicklung der Verdienste nach Wirtschaftsbereichen. Nach einer Studie der Friedrich-Ebert Stiftung haben sich seit Anfang der 1990er die Verdienstunterschiede zwischen dem Dienstleistungsbereichen⁴⁰ einerseits und dem Verarbeitenden Gewerbe andererseits weiter

39 Zur Berechnung wird der Einkommensmedian, statt des arithmetischen Mittels verwendet. Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.889 € für Deutschland bedeutet also, dass im Jahr 2012 eine Hälfte der Beschäftigten weniger und die andere Hälfte mehr als durchschnittlich 2.889 € brutto pro Monat verdiente. Der Vorteil des Medians liegt hier darin, dass freiwillig gemeldete Entgelte jenseits der Beitragsbemessungsgrenze den Durchschnitt nicht nach oben verzerren können.

40 Öffentliche und sonstige Dienstleistungen sowie Erziehung und Gesundheit ohne Bereiche technisch-wissenschaftliche Dienstleistungen, Informations- und Kommunikationsbranche sowie Finanz- und Versicherungsdiensten.

vergrößert (Eickelpasch 2012: 18). Danach liegen die Stundenverdienste in den genannten Dienstleistungsbereichen deutlich unter dem Niveau der Verdienste in der Industrie.

Auffällig ist außerdem, dass die Entgelte 2012 in Ost- und Westdeutschland deutlich divergieren (vgl. Tabelle 22). Während das mittlere Bruttomonatsentgelt aller sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten in Westdeutschland 3.022 € betrug, lag es in Ostdeutschland bei 2.248 €. Der Ost-West-Gegensatz prägt nach wie vor die Entlohnung der Beschäftigten in Deutschland (Fuchs u. a. 2014: 2). In den neuen Bundesländern verdienen Beschäftigte rund ein Viertel weniger als ihre Kollegen in den alten Bundesländern (vgl. Tabelle 22). In der Gesundheitswirtschaft sind die prozentualen Abweichungen der Entgelte zwischen Ost- und Westdeutschland deutlich geringer (Ost: 83,3 % an West). Die höchsten Entgeltdifferenzen zeigen sich im Bereich E 2 „Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Geräten“ (Ost: 75 % im Vergleich zu West).

Tabelle 22

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro in den alten und neuen Bundesländern nach Gesundheitsbereichen 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheitswirtschaft Insg.	2.724	2.811	2.341
Kernbereich	2.653	2.732	2.315
Erweiterungsbereich 1	2.576	2.640	2.280
Erweiterungsbereich 2	3.474	3.624	2.718
Wirtschaft Insgesamt	2.889	3.022	2.248
<i>Lohnabstand zur Gesamtwirtschaft in %</i>			
Gesundheitswirtschaft Insg.	5,7	7,0	-4,1
Kernbereich	8,2	9,6	-3,0
Erweiterungsbereich 1	10,8	12,6	-1,4
Erweiterungsbereich 2	-20,3	-19,9	-20,9

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

5.1 Entgeltdifferenziale nach Frauen und Männern

In den meisten Bereichen der Gesundheitswirtschaft besteht eine ausgeprägte berufliche Segregation zwischen den Geschlechtern, d. h. der Frauenanteil an den Beschäftigten liegt deutlich über dem der männlichen Beschäftigten. Eine Ausnahme stellt der Erweiterungsbereich 2 dar (vgl. Abschnitt 4.2).

Neben der beruflichen Segregation kennzeichnet die Gesundheitswirtschaft eine Einkommensbenachteiligung der Frauen, denn die Verdienste der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft liegen grundsätzlich deutlich unter denjenigen der Männer. Dieses Ergebnis bezieht sich auf alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft.

Für das Jahr 2012 ergibt sich in der Gesundheitswirtschaft ein Lohnunterschied von 28,2 Prozent (vgl. Tabellen 23 und 24), d. h. Frauen erhalten im Durchschnitt aller dort Beschäftigten gut 28 Prozent weniger Entgelt als Männer. In der Gesamtwirtschaft liegt der Wert bei 16,8 Prozent. Bei der Interpretation des genannten Gender Pay Gaps ist zu berücksichtigen, dass die geschlechterspezifischen Entgeltdifferenzen in der Gesundheitswirtschaft das Ergebnis aller Vollzeitbeschäftigten in den jeweiligen Teilbranchen sind, also nicht nur auf die häufigsten Pflege- und Gesundheitsberufe.⁴¹

Diese ungleichen Entgelte erklären sich vor allem aus dem höheren Qualifikationsniveau der Männer (vgl. Abschnitt 4.2). Nach einer Studie von Hinz und Gartner (2005: 34) fallen die Lohnunterschiede in den als typischen Frauendomänen geltenden Büro- und Dienstleistungsberufen am höchsten aus.⁴² Ermitteln wir im nächsten Schritt die relativen geschlechterspezifischen Entgeltdifferenzen innerhalb der Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft ergeben sich deutliche Unterschiede. Am höchsten sind die geschlechterspezifischen Entgeltunterschiede im E 1 (Handel mit medizinischen Produkten: 36,2 %); aber auch im Kernbereich und im Erweiterungsbereich 2 (Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Geräten) verdienen Männer durchschnittlich ein Viertel mehr als ihre Kolleginnen. Im E 1 erklärt sich das höhere Entgelt der männlichen Beschäftigten vor allem dadurch, dass zwar im Bereich der Apotheken nur 6,5 Prozent Männer beschäftigt sind, aber deren Qualifikationsniveau deutlich höher ist als das der weiblichen Beschäftigten. Während dort 43,4 Prozent der Männer einen akademischen Abschluss nachweisen können, sind es unter den Frauen 18,7 Prozent.

41 Zu den Berufen, die wesentlich zu dem hohen Gender Pay Gap beitragen, aber quantitativ nicht so bedeutsam sind, zählen z. B. in Ostdeutschland Berufsangehörige in den hauswirtschaftlichen Berufen, in der Unternehmensorganisation und -strategie sowie Rechnungswesen, Controlling und Revision. Aber auch diverse technische Berufe.

42 „Für dieses Resultat kann allerdings ein Messproblem (mit) verantwortlich sein: Die Berufsklassifikation ist in den Dienstleistungsberufen besonders grob. Dies liegt zum einen daran, dass die Berufsdefinition aus den 70er Jahren stammt. Die Dienstleistungsberufe haben sich aber gerade in den vergangenen Jahren stark ausdifferenziert. Zum anderen war die Berufsklassifikation bereits bei der Erstellung stark auf die männerdominierten Berufe ausgerichtet, so dass die frauendominierten Berufe ungenauer erfasst sind.“ (Hinz/Gartner 2005: 34).

Tabelle 23

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro in den alten und neuen Bundesländern nach Geschlecht und Gesundheitsbereichen 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Anteil neue Bundesländer an alten Bundesländern in Prozent
Gesundheitswirtschaft Insgesamt				
Gesamt	2.724	2.811	2.341	83,3
Männer	3.431	3.535	2.768	78,3
Frauen	2.464	2.526	2.185	86,5
Kernbereich				
Gesamt	2.653	2.732	2.315	84,8
Männer	3.286	3.385	2.701	79,8
Frauen	2.454	2.515	2.182	86,7
Erweiterungsbereich 1				
Gesamt	2.576	2.640	2.280	86,4
Männer	3.589	3.715	2.750	74,0
Frauen	2.292	2.318	2.164	93,3
Erweiterungsbereich 2				
Gesamt	3.474	3.624	2.718	75,0
Männer	3.898	4.020	3.087	76,8
Frauen	2.911	3.036	2.272	74,8
Wirtschaft Insgesamt				
Gesamt	2.889	3.022	2.248	74,4
Männer	3.076	3.234	2.237	69,2
Frauen	2.558	2.627	2.268	86,4

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle 24

Gender Pay Gap in der Gesundheitswirtschaft in den alten und neuen Bundesländern 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheitswirtschaft	28,2	28,5	21,1
Kernbereich	25,3	25,7	19,2
Erweiterungsbereich 1	36,2	37,6	21,3
Erweiterungsbereich 2	25,3	24,5	26,4
Wirtschaft Insgesamt	16,8	18,8	-1,4

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die geschlechterspezifischen Lohnunterschiede sind in Westdeutschland stärker ausgeprägt. Über *alle Wirtschaftsbranchen* betrachtet, verdienen Frauen in den neuen Ländern durchschnittlich sogar mehr als ihre männlichen Kollegen in West-

deutschland (vgl. Tabellen 23 und 24). In der Gesundheitswirtschaft insgesamt besteht aber auch in Ostdeutschland ein nennenswerter Entgeltunterschied zugunsten der Frauen, der allerdings nicht so hoch ist wie in den alten Ländern (Ost: 21,1 % im Vgl. mit West: 28,5 %). Während in den westlichen Ländern im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) das durchschnittliche Entgelt der Männer sogar um 37,6 Prozent über dem Entgelt der Frauen liegt, beträgt der Vergleichswert in Ostdeutschland 21,3 Prozent. Im Kernbereich liegt die Entgeltlücke in den neuen Ländern bei 19,2 Prozent, der Vergleichswert beträgt 25,7 Prozent (West). Im Bereich „Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Geräten“ (E 2) sind die geschlechterspezifischen Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland annähernd gleich hoch.

5.2 Entgelte und geschlechterspezifische Entgeltdifferenzen nach Berufen im Kernbereich

Betrachtet man die Entlohnung in den häufigsten Berufen im Gesundheitswesen, stehen bundesweit die Beschäftigten in der Fachkrankenpflege (3.262 €), gefolgt von den Sozialarbeitern (3.044 €) und den Berufsangehörigen in den medizinisch-technischen Berufen (3.001 €) an oberster Stelle der Einkommenspyramide, während sich am unteren Ende die zahnmedizinischen Fachangestellten (1.680 €) positionieren (Tabelle 25). Die Entgelte der Beschäftigten in der Altenpflege befinden sich im unteren Drittel (2.173 €). Dieses Ranking der Berufe zeigt sich in Ost- wie Westdeutschland.

Tabelle 25

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro in den häufigsten Berufen im Kernbereich nach alten und neuen Bundesländern 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Kernbereich Insgesamt	2.653	2.732	2.315
Berufe in der Fachkrankenpflege	3.262	3.421	2.918
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	3.001	3.106	2.643
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	2.905	2.987	2.601
Berufe in der Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	2.859	2.975	2.434
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	2.629	2.730	2.286
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	2.173	2.308	1.696
Berufe in der Physiotherapie	2.004	2.104	1.576
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	1.863	1.922	1.592
Zahnmedizinische Fachangestellte	1.680	1.735	1.443

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Der Gender Pay Gap für die häufigsten Berufe im Kernbereich fällt sehr unterschiedlich aus. Dabei zeigen sich bundesweit in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege (8,1 %) und Altenpflege (6,4 %) vergleichsweise geringe geschlechterspezifische Verdienstunterschiede. Die höchsten Entgeltdifferenzen zwischen Frauen und Männern sind bei den medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten (12,5 % bzw. 16,4 %), den Physiotherapeuten (14,2 %), in der Fachkrankenpflege (11,3 %) und bei den Büro- und Sekretariatskräften (11,6 %) festzustellen. Bei den dargestellten Entgeltunterschieden zwischen Frauen und Männern ist zu bedenken, dass Männer in den genannten Berufen lediglich einen Beschäftigtenanteil von unter 20 Prozent stellen (vgl. Tabelle A 4 im Anhang). Ein Teil der geschlechterspezifischen Entgeltunterschiede dürfte auf die vertikale Segregation innerhalb der Berufsgruppen zurückzuführen sein. Sie ergibt sich aus unterschiedlichen betrieblichen Hierarchiestufen innerhalb der gleichen Berufsgruppe. Nach einer Untersuchung der Entgelte in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (Bellmann u. a. 2013: 86) lässt sich ein erheblicher Teil der Entgeltunterschiede zwischen Frauen und Männern auf die ungleiche Besetzung von Leistungsgruppen erklären, d. h. „Erklärungen sind zu finden in der Besetzung der unterschiedlichen Hierarchieebenen (vertikale Segregation) sowie einer Reihe anderer Faktoren, wie z. B. der geringeren Dauer der Berufserfahrung (wenn Frauen z. B. wegen Familienarbeit die Erwerbsarbeit unterbrechen) oder der größeren Konzentration der Frauen in kleineren Betrieben, in Betrieben ohne Tarifbindung etc.“

Tabelle 26

**Gender Pay Gap in den häufigsten Berufen im Kernbereich
nach alten und neuen Bundesländern 2012**

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Kernbereich Insgesamt	25,3	25,7	19,2
Berufe in der Fachkrankenpflege	11,3	9,1	1,1
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	12,5	13,4	0,1
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	8,1	9,2	-2,1
Berufe in der Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	9,7	10,9	1,4
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	11,6	10,9	-4,7
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	6,4	5,1	5,4
Berufe in der Physiotherapie	14,2	13,5	8,5
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	7,8	13,8	2,3
Zahnmedizinische Fachangestellte	16,4	24,1	-0,1

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

In Ostdeutschland ist der Gender Pay Gap in den Gesundheitsberufen deutlich kleiner als in Westdeutschland. So sind in den neuen Ländern im Kernbereich die Verdienstunterschiede für die wichtigsten Berufe deutlich geringer oder sogar kaum nennenswert (medizinische Berufe im Laboratorium, Berufe in der Fachkrankenpflege). In den folgenden Berufen verdienen Männer in den östlichen Ländern sogar durchschnittlich weniger als ihre weiblichen Kolleginnen: zahnmedizinische Fachangestellte (-0,1 %), Berufsangehörige in der Gesundheits- und Krankenpflege (-2,1 %) und Büro- und Sekretariatskräfte (-4,7 %). Eine Ausnahme stellen die Beschäftigten in der Altenpflege dar. Hier fällt die Entgelt Differenz in den neuen Ländern für die männlichen Beschäftigten zu den weiblichen Kolleginnen geringfügig höher aus als in den westlichen Ländern (Ost: 5,4 %, West: 5,1 %).

5.3 Entgelte in der Kranken- und Altenpflege nach Anforderungsniveau

Innerhalb der Gesundheitsberufe bestehen erhebliche Verdienstunterschiede vor allem zwischen Krankenpflegern und Altenpflegern sowie in Abhängigkeit vom tätigkeitsbezogenen Anforderungsniveau der Beschäftigten. Wie bereits dargestellt beträgt die Entlohnung der Beschäftigten in der Altenpflege, unabhängig vom Anforderungsniveau, bundesweit durchschnittlich 2.173 €. Damit liegen die Beschäftigten in diesem Beruf im unteren Drittel der Entgeltskala (vgl. Tabelle 25). Berufsangehörige der Fachkrankenpflege erzielen im Mittel bundesweit monatliche Vergütungen, die rund 1.000 € höher sind.

Die Entgeltunterschiede zwischen Altenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegern auf Ebene der Fachkräfte sind etwas geringer (vgl. Tabelle 27). Während die Fachkraft in der Gesundheits- und Krankenpflege durchschnittlich 2.977 € verdient, liegt die Fachkraft in der Altenpflege rund 20 Prozent darunter (2.384 €). Noch auffälliger sind die Differenzen auf dem Niveau von Helfertätigkeiten. Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege verdienen durchschnittlich 2.321 €, Helfer in der Altenpflege dagegen liegen fast 27 Prozent darunter. Damit liegt das Einkommensniveau der Fachkraft in der Altenpflege (2.384 €) nur geringfügig über dem Niveau des Helfers in der Krankenpflege (2.321 €). Diese Relation zeigt sich in Ost- wie in Westdeutschland. Diese Entgeltunterschiede sind auch das Ergebnis einer IAB-Untersuchung zu den Bruttoentgelten von Kranken- und Altenpflegern (Bogai u. a. 2015: 8 ff.).

Tabelle 27

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro der Helfer und Fachkräfte unter den Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegern im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Kernbereich Insgesamt	2.653	2.732	2.315
<i>darunter:</i>			
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	2.905	2.987	2.601
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	2.321	2.438	1.850
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	2.977	3.065	2.700
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	2.173	2.308	1.696
Helfer in der Altenpflege (o. S.)	1.699	1.805	1.465
Fachkräfte in der Altenpflege (o. S.)	2.384	2.511	1.877
Wirtschaft Insgesamt	2.889	3.022	2.248

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die geschlechtsspezifischen Lohnunterschiede nach beruflichem Anforderungsniveau sind bei den Gesundheits- und Krankenpflegern höher als bei den Altenpflegern (vgl. Tabelle 28). Zwischen Ost- und Westdeutschland sind dabei große Entgeltunterschiede festzustellen. Während in Westdeutschland der Entgeltabstand für die Gesundheits- und Krankenpflege bei 9,2 Prozent liegt, verdienen Frauen in den östlichen Ländern sogar mehr als ihre männlichen Kollegen (vgl. Tabelle 28). Dieses Ergebnis bezieht sich vor allem auf das Fachkräfteniveau in Ostdeutschland. Bei den Helfertätigkeiten hingegen liegt der Entgeltabstand in den östlichen Ländern bei 15,6 Prozent, d. h. Frauen verdienen auch hier deutlich weniger. In den westlichen Ländern liegt der Wert bei acht Prozent.

Tabelle 28

Gender Pay Gap der Helfer und Fachkräfte unter den Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegern im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Kernbereich Insgesamt	25,3	25,7	19,2
<i>darunter:</i>			
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	8,1	9,2	-2,1
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	8,6	8,0	15,6
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	9,5	9,8	-0,6
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	6,4	5,1	5,4
Helfer in der Altenpflege (o. S.)	3,1	3,0	4,2
Fachkräfte in der Altenpflege (o. S.)	4,7	3,4	4,6
Wirtschaft Insgesamt	16,8	18,8	-1,4

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Ein weiterer Aspekt der Gender Pay Gap im Gesundheitswesen sind die Verdienste von Frauen und Männern in Führungspositionen, konkret im Berufsbereich Krankenpflege/Geburtshilfe/Rettungsdienste und in der Altenpflege. Frauen sind nicht nur nachweislich weniger an Führungspositionen in den genannten Berufsbereichen beteiligt (vgl. Abschnitt 4.2), auch deren Entgelte sind im Durchschnitt niedriger als die der Männer: Dabei werden Frauen und Männer im gleichen Beruf und auf gleichem Anforderungsniveau verglichen. Im Ergebnis zeigen sich deutliche geschlechterspezifische Entgelt Differenziale. So erzielen Männer als Führungskräfte im Bereich Krankenpflege/Geburtshilfe/Rettungsdienste 10,9 Prozent mehr als Frauen (vgl. Tabelle 29). Die geschlechterspezifischen Entgeltabstände in der Altenpflege liegen ebenfalls bei knapp zehn Prozent.

Tabelle 29

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro und Gender Pay Gap der Führungskräfte unter den Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegern im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Deutschland 2012

	Frauen	Männer	Gender Pay Gap in %
Kernbereich Insgesamt	2.454	3.286	25,3
Aufsichts- und Führungskräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe, Rettungsdienste	3.483	3.839	9,3
Aufsichtskräfte (komplexe Spezialistentätigkeiten)	3.545	3.872	8,4
Führungskräfte (hoch komplexe Tätigkeiten)	3.374	3.787	10,9
Führungskräfte in der Altenpflege	4.241	4.707	9,9
Führungskräfte (hoch komplexe Tätigkeiten)	4.241	4.707	9,9
Wirtschaft Insgesamt	2.558	3.076	16,8

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Frauen, die im gleichen Beruf und auf gleichem Anforderungsniveau wie Männer arbeiten, immer noch deutlich weniger verdienen als Männer. Die Entgelte der weiblichen Fachkräfte und Helfer in den klassischen Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegeberufen liegen zwischen drei und 9,5 Prozent unter denen der Männer. Eine Ausnahme stellen Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege in Ostdeutschland dar. Hier liegt das Entgelt der männlichen Kollegen sogar leicht unter dem Wert der weiblichen Kollegen. Auf der Ebene der Führungskräfte in den ausgewählten Gesundheitsberufen beträgt der Verdienstnachteil der Frauen rund zehn Prozent.

Eine Untersuchung von Hinz und Gartner (2005) kommt tendenziell zu ähnlichen Ergebnissen. Danach ergibt sich bei gleicher beobachteter Ausbildung, gleicher potenzieller Berufserfahrung und gleicher Job-Zelle ein Lohnunterschied von 12 Prozentpunkten. Auch wenn die Autoren von einer tendenziellen Überschätzung

der Lohndifferenzen ausgehen, weil bestimmte relevante Lohninformationen (u. a. tatsächliche Arbeitszeit, Berufserfahrung) nicht messbar sind, sind die festgestellten geschlechterspezifischen Lohnunterschiede verglichen mit den USA oder Skandinavien hoch (Hinz/Gartner 2005: 36 ff.).

5.4 Entgelte in der Kranken- und Altenpflege nach Einrichtungen

Ein Einfluss auf die unterschiedliche Entlohnung in den Gesundheitsberufen ist die Einrichtung, in der Beschäftigte tätig ist (Tabelle 30). Bundesweit wird das Pflegepersonal in den Krankenhäusern – sowohl die Gesundheits- und Krankenpfleger als auch die Altenpfleger – mit Abstand am besten entlohnt (vgl. Tabelle 30). Dieses Ergebnis gilt für die Ebene der Fachkräfte wie auch der Helfer. Am anderen Ende der Entgeltsskala liegen die ambulanten sozialen Dienste. Leicht überdurchschnittliche Gehälter weisen auch die Altenheime aus (Bogai u. a. 2015: 17 ff.). Diese Befunde decken sich weitgehend mit den Studien von Bispinck et al. (2013: 8) und Bellmann u. a. (2013). Nach Bellmann u. a. dürfte die Erklärung für die vergleichsweise niedrigen Entgelte in den ambulanten sozialen Dienste in der jeweiligen Trägerschaft zu liegen. „Besonders in den ambulanten sozialen Diensten dominiert die private Trägerschaft und damit zumeist der Zustand ohne Tarifbindung sowie der damit einhergehende geringe Organisationsgrad der Beschäftigten.“ (Bellmann u. a. 2013: 84).

Tabelle 30

Bruttomonatsentgelte (Median) in Euro der Helfer und Fachkräfte unter den Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegern nach ausgewählten Gesundheitseinrichtungen in Deutschland 2012

	Kernbereich Insgesamt	Darunter:				Wirtschaft Insgesamt
		Krankenhäuser	Pflegeheime	Altenheime und betreutes Wohnen	Ambulante soziale Dienste	
Insgesamt	2.653	3.229	2.544	2.564	2.053	2.889
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	2.905	3.037	2.407	2.461	2.040	2.892
Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege	2.321	2.541	2.231	2.261	1.626	2.291
Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege	2.977	3.079	2.476	2.556	2.165	2.971
Berufe in der Altenpflege	2.173	2.699	2.259	2.278	1.832	2.181
Helfer in der Altenpflege	1.699	1.953	1.765	1.776	1.533	1.699
Fachkräfte in der Altenpflege	2.384	2.828	2.472	2.488	2.045	2.396

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

6 Zusammenfassung

Im diesem Kapitel B ist die Beschäftigung in den einzelnen Bereichen der Gesundheitswirtschaft untersucht worden. Das Schichtenmodell differenziert die Gesundheitswirtschaft in einen Kernbereich (dem klassischen Gesundheitswesen) und weitere Bereiche, die vom Handel über die medizinische Industrie, die Krankenversicherungen bis zum Bereich Wellness reichen. Da der Kernbereich und die Erweiterungsbereiche 1 und 2, die den Handel mit Gesundheitsprodukten sowie die Herstellung von medizinischen Produkten beinhalten, statistisch am zuverlässigsten erfasst sind, wurden diese Bereiche für die Beschäftigungsanalyse der Gesundheitswirtschaft zugrunde gelegt.

Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede im Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft. Insbesondere in den strukturschwächeren Ländern ist ihre Bedeutung überdurchschnittlich. Auch das Gewicht der einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft variiert beträchtlich. Die Beschäftigung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arztpraxen, Altenheime, ambulante Dienste) weist ebenfalls erhebliche regionale Disparitäten auf. Gleiches gilt für die wirtschaftliche Spezialisierung von Regionen (hier Kreise) auf den Handel sowie die Herstellung von Gesundheitsprodukten.

Die Regionalanalyse umfasst das relative Beschäftigungsgewicht der großen gesundheitswirtschaftlichen Teilbereiche in den bundesdeutschen Kreisen. Die räumlichen Schwerpunkte sind dabei im Kernbereich weniger differenziert als in der Produktion von Gesundheitsgütern, die in einigen Kreisen Baden-Württemberg, Hessens, Schleswig-Holsteins und Bayern Medizincluster bilden.

Die Beschäftigungsentwicklung zwischen 2008 und 2013 auf der Ebene der Bundesländer nach Teilbranchen differenziert zeigt, dass innerhalb der Gesundheitswirtschaft die Produktion von Gesundheitserzeugnissen prozentual betrachtet am stärksten gewachsen ist (18,0%), gefolgt vom Kernbereich (15,5%), der mit Abstand die meisten Beschäftigten stellt, und dem Handel mit knapp zehn Prozent. Nach Berufen differenziert ist der stark überdurchschnittliche Beschäftigungszuwachs der Altenpfleger hervorzuheben.

Angesichts der teilweise aktuell bestehenden und künftig erwarteten Rekrutierungsprobleme beim Gesundheitspersonal wurden verschiedene Strukturmerkmale wie Alter, Nationalität und Geschlecht untersucht. Beim Alter zeigen sich kaum Abweichungen zum Durchschnitt aller Beschäftigten. Ausländer verzeichnen ein hohes Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft. Gleichwohl ist ihre Bedeutung bisher noch geringer als in der Gesamtwirtschaft. Vergleichsweise höhere Beschäftigtenanteile zeigen sich in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und entsprechend in Berufen der Altenpflege. Überdurchschnittlich ist auch der Ausländeranteil unter den Ärzten.

Frauen, deren Erwerbsbeteiligung teilweise im Westen unterdurchschnittlich ist, sind wesentlich häufiger als Männer in der Gesundheitswirtschaft, vor allem dem Gesundheitswesen, aber auch im Handel mit Gesundheitsprodukten, beschäftigt. In der jüngeren Vergangenheit steigt allerdings die Beschäftigung von Männern stärker als diejenige der Frauen. Dies gilt insbesondere für die Bundesländer Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen.

Seit dem Jahr 2008 ist eine zunehmende Verbreitung von flexiblen Beschäftigungsformen vor allem im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zu beobachten. An erster Stelle steht dabei die Teilzeitbeschäftigung, die dort 2013 für fast die Hälfte aller Beschäftigten die Regel war. In den letzten fünf Jahren ist die Vollzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in nahe allen Bundesländern (bis auf Berlin, Hamburg und Hessen) gesunken, während sich die Teilzeit in Westdeutschland um die Hälfte und in Ostdeutschland um zwei Drittel erhöht hat. Die geringfügige Beschäftigung ist in der Gesundheitswirtschaft etwas stärker als in der Gesamtwirtschaft verbreitet, was vor allem auf die Bereiche Arztpraxen, ambulante Dienste und Handel mit Gesundheitsprodukten beruht. Die Leiharbeit ist dagegen bisher kaum ein Mittel zur Personalflexibilisierung in der Gesundheitswirtschaft. Am ehesten wird sie in der Altenpflege und in den Berufen der Chemie und Pharmatechnik eingesetzt.

Sowohl die Erbringung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen als auch die gesundheitswirtschaftliche Produktion stellen hohe Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten. Zunächst zeigt sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Beschäftigten mit abgeschlossener Berufsausbildung vor allem im Kernbereich. Im Handel und in der Produktion arbeiten dagegen deutlich mehr Hochschulabsolventen. Der für den Kernbereich ausgewiesene Akademikeranteil gibt die Bildungsabschlüsse im Gesundheitswesen nur unvollständig wieder, da die selbständig/freiberuflich Tätigen nicht erfasst werden. Die an die Beschäftigten gestellten Anforderungen konzentrieren sich auf das Fachkraftniveau (mehr als die Hälfte) sowie mit jeweils nahezu identischer Bedeutung auf Spezialisten und Experten. Während Frauen in den meisten Anforderungsstufen dominieren, sind gemessen an ihren Beschäftigtenanteil Männer überproportional als Experten und damit in Führungspositionen tätig.

Die Attraktivität von Sektoren bzw. Berufen wird maßgeblich von den erzielbaren Arbeitseinkommen bestimmt. Die Medianentgelte der Gesundheitswirtschaft insgesamt lagen 2012 um 5,7 Prozent unter dem Wert in der Gesamtwirtschaft. In Produktionsbetrieben war das Entgelt deutlich höher als in der Gesamtwirtschaft, im Kernbereich und Handel lag es um acht bzw. zehn Prozent darunter. Die Entgeltdifferenzen nach dem Geschlecht sind in der Gesundheitswirtschaft wesentlich höher als in der Gesamtwirtschaft. Am stärksten unterscheiden sich die Verdienste

zwischen Frauen und Männern im Handel mit gesundheitsbezogenen Produkten. Der Gender Pay Gap fällt dagegen in den klassischen Gesundheits- und Pflegeberufen deutlich geringer aus.

Im Vergleich dieser Berufe sind die geschlechterspezifischen Verdienstdifferenzen in den Krankenpflegeberufen höher als bei den Altenpflegern. So sind bundesweit die Entgeltdifferenzen zwischen Frauen und Männern bei den Fachkräften in der Krankenpflege höher als bei denen der Altenpflege. Bezogen auf die Helferberufe zeigen sich ähnliche Unterschiede. Unabhängig von den geschlechterspezifischen Entgeltdifferenzen bestehen markante Verdienstunterschiede zwischen Berufsangehörigen in der Krankenpflege und den Altenpflegern. Die Spanne zwischen einer Fachkraft in der Gesundheits- und Krankenpflege und einer Fachkraft in der Altenpflege beträgt bis zu fast 600 € monatlich. Fachkräfte in der Altenpflege verdienen sogar nur geringfügig mehr als Helfer in der Krankenpflege. Außerdem zeigt sich, dass die Entgelte nach Einrichtungen (Krankenhäuser, stationäre Pflege, ambulante Pflege) des Gesundheitswesens variieren. Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger verdienen in den Krankenhäusern in der Regel besser als in Alten- und Pflegeheimen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Verdienste in den Kranken- und Pflegeberufen im Niveau zwischen Ost und West, den Qualifikationsstufen und den Geschlechtern stark variieren.

Literatur

- Achatz, Juliane; Beblo, Miriam; Wolf, Elke (2010): Berufliche Segregation. In: Projektgruppe GiB (Hrsg.): Geschlechterungleichheiten im Betrieb. Arbeit, Entlohnung und Gleichstellung in der Privatwirtschaft, Berlin: Edition sigma, S. 89–139.
- Bamming, Ruth (2007): Beschäftigungsanalyse Brandenburg 1998–2005. Grafiken und Tabellen zu Alter, Qualifikationen, Regionen, Branchen und Berufen. Kooperationsprojekt zwischen der Landesagentur für Struktur und Arbeit Brandenburg und dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB-Regional Berlin-Brandenburg.
- Becka, Denice; Cirkel, Michael; Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2014): Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen, IAT – Institut Arbeit und Technik.
- Bellmann, Lutz; Grunau, Philipp; Maier, Friederike; Thiele, Günter (2013): Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 62, H. 3, S. 77–87.

- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftsinstitut (WSI), Hans Böckler Stiftung, Projekt Lohnspiegel.de, Arbeitspapier 21, Oktober 2013.
- Boehringer-Ingelheim (2014): Ingelheim: Sitz der Unternehmenszentrale. URL: <https://www.boehringer-ingelheim.de/unternehmensprofil/standorte/ingelheim.html> (abgerufen am 27.06.2014).
- Bogai, Dieter; Buch, Tanja; Seibert, Holger (2014): Arbeitsmarktchancen von Geringqualifizierten: Kaum eine Region bietet genügend einfache Jobs. IAB-Kurzbericht, 11/2014, Nürnberg.
- Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris; Hell, Stefan; Ludewig, Oliver (2015): Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin.
- Bogai, Dieter; Wesling, Mirko; Partmann, Michael (Mitarb.) (2009): Zeitarbeit in Berlin-Brandenburg. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Berlin-Brandenburg, 03/2009, Nürnberg.
- Bräuninger, Dieter; Rakau, Oliver (2010): Gesundheitswirtschaft im Aufwind. Deutsche Bank Research, Frankfurt am Main.
- Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeit und Soziales, Arbeitspapier, 215, Düsseldorf.
- Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik 2014: Berufstätige Ärzte. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/berufstaetige-aerzte/>(abgerufen am 29. Mai 2015).
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erklärungen. Bundesagentur für Arbeit: Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2011): Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in qualifizierten Dienstleistungen. Working Paper, 38, Nürnberg.
- Bundesanstalt für Arbeit (1988): Klassifizierung der Berufe 1988, Nürnberg.
- Burkert, Carola; Kindermann, Walter (2008): Integration von Migranten in Hessen. Bildungssystem und Arbeitsmarkt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Hessen, 02/2008, Nürnberg.
- CHEMPARK Online (2014): CHEMPARK-Partner in Leverkusen. URL: <http://www.chempunkt.de/leverkusen/chempark-partner.html?firменid=190&letter=&#fpcur> (abgerufen am 02.10.2014).

- Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. *Forschung Aktuell*, Ausgabe 6/2008, IAT – Institut Arbeit und Technik.
- Deutscher Heilbäderverband e.V. (2005): Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen. Kommentierte Fassung. 12. Auflage, Mai 2005, Bonn.
- Eickelpasch, Alexander (2012): Industrienaher Dienstleistungen, Bedeutung und Entwicklungspotenziale. *Wiso Diskurs*, Arbeitskreis Nachhaltige Strukturpolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung, Juni 2012.
- Fuchs, Michaela; Rauscher, Cerstin; Weyh, Antje (2014): Lohnhöhe und Lohnwachstum: Die regionalen Unterschiede in Deutschland sind groß. IAB-Kurzbericht, 17/2014, Nürnberg.
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bang-See, Bundesagentur für Arbeit (2012): Richtlinien für die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen (Geringfügigkeits-Richtlinien).
- Goppold, Nina (2011): Gesundheitswesen: Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft. In: 1990–2010 Berlin und Brandenburg. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg*, 2/2011, S. 50–61.
- Heß, Barbara (2011): Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in qualifizierten Dienstleistungen. In: Working Paper 38 der Forschungsgruppe des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge
- Hinz, Thomas; Gartner, Hermann (2005): Geschlechtsspezifische Lohnunterschiede in Branchen, Berufen und Betrieben. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 34, Heft 1, Februar 2005, S. 22–39.
- Hohendanner, Christian; Stegmaier, Jens (2012): Geringfügig Beschäftigte in deutschen Betrieben: Umstrittene Minijobs. IAB-Kurzbericht, 24/2012, Nürnberg.
- Kleinert, Corinna (2011): West/Ost-Vergleich: Ostdeutsche Frauen häufiger in Führungspositionen. IAB-Kurzbericht, 03/2011, Nürnberg.
- Kotte, Volker (2011): Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Leit- und Zukunftsbranche für den Arbeitsmarkt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Nord, 01/2011, Nürnberg.
- Landkreis Mainz-Bingen: Portrait des Landkreises. URL: http://www.mainz-bingen.de/deutsch/landkreis/portrait_landkreis.php?navid=92 (abgerufen am 02.10.2014).
- Landratsamt Weilheim-Schongau (2011): Wirtschaftsstandort Landkreis Weilheim-Schongau – Investition mit Weitblick. Landratsamt Weilheim-Schongau, Stabsstelle Wirtschaftsförderung, Weilheim.

- Nowak, Iris (2011): Prekäre Arbeitsverhältnisse in Gesundheitseinrichtungen – am Beispiel stationärer Altenpflege. Vortrag auf dem Fachtag „Sozialer Dialog in der Diakonie“ 6.Oktober 2011, Leipzig.
- Orifarm (2014): Unternehmen – Die Orifarm Gruppe. URL: <http://www.orifarm.de/ueberuns/>(abgerufen am 02.10.2014).
- Paulus, Wiebke; Matthes, Britta (2013): Klassifikation der Berufe. Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel. FDZ-Methodenreport, 08/2013 (de), Nürnberg.
- Pimminger, Irene (2012): Junge Frauen und Männer im Übergang von der Schule in den Beruf. 2. Aktualisierung, Juni 2012, Agentur für Gleichstellung im ESF, Berlin.
- Ranscht, Anja; Ostwald, Dennis A. (2006): Potenziale der Gesundheitswirtschaft in der Rhein-Main-Region. Technische Universität Darmstadt.
- Saarbrücker Zeitung (2010): Merzig-Wadern: Der „Grüne Landkreis“. In: Top-Arbeitgeber der Region, Nr. 150, S. F4, Freitag, 2. Juli 2010.
- SHS Foundation (2014): kohlpharm GmbH: Import-Arzneimittel für eine kostenbewusste Arzneimittel-Versorgung. URL: <http://www.shsfoundation.de/foerderverein/mitglieder/detail/kohlpharma-gmbh/> (abgerufen am 27.06.2014).
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 und 2009, Studie für den Deutschen Pflegerat, Berlin.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014): Beschäftigungsstatistik Revision 2014. Methodenbericht, Nürnberg. URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Methodenberichte/Beschaeftigungsstatistik/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Beschaeftigungsstatistik-Revision-2014.pdf> (abgerufen am 30.09.2014.)
- Statistisches Bundesamt (2010): Fachserie 1, Reihe 2.2., Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007): Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1992): Klassifikation der Berufe 1992, Wiesbaden.
- Vöpel, Henning (2013): Globale Absatzmärkte der deutschen Medizintechnik – Prognose 2020. HWWI-Studie im Auftrag der HSH Nordbank AG.
- Wikipedia (2014): Boehringer Ingelheim. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Boehringer_Ingelheim (abgerufen am 02.10.2014).

Anhang

Tabelle A 1	
Wirtschaftsklassifikationen der Gesundheitswirtschaft nach der WZ 2008	
Kenennung	Beschreibung nach der Wirtschaftsklassifikation
Kernbereich	
86.1	Krankenhäuser
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen
86.9	Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt (Sonstige Praxen und Rettungsdienste)
87.1	Pflegeheime
87.2	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung und Ähnliches
87.3	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
88.10.1	Ambulante soziale Dienste
Erweiterungsbereich 1	
46.18.4	Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf
46.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen
47.73	Apotheken
47.74	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln
47.78.1	Augenoptiker
Erweiterungsbereich 2	
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
26.6	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten
32.5	Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien
Quelle: Statistisches Bundesamt (2007).	

Tabelle A 2

**Anteile der SV-Beschäftigten in den Einrichtungen des Wirtschaftszweigs
„Krankenhäuser“ 2013 (Anteile in Prozent)**

	Kernbereich Insgesamt	Darunter: 861 Krankenhäuser	Davon:		
			86101 Krankenhäuser	86102 Hochschul- kliniken	86103 Vorsorge- und Rehabilitations- kliniken
Baden-Württemberg	100,0	43,1	67,1	22,5	10,5
Bayern	100,0	41,4	74,7	14,6	10,7
Berlin	100,0	34,2	68,2	29,5	2,3
Brandenburg	100,0	35,3	90,5	0,0	9,5
Bremen	100,0	41,7	96,2	0,0	3,8
Hamburg	100,0	39,2	75,7	23,4	0,9
Hessen	100,0	40,7	72,0	15,1	12,9
Mecklenburg- Vorpommern	100,0	41,7	56,9	22,9	20,2
Niedersachsen	100,0	36,0	83,6	7,6	8,8
Nordrhein-Westfalen	100,0	40,6	80,3	14,6	5,2
Rheinland-Pfalz	100,0	41,5	78,6	11,5	10,0
Saarland	100,0	44,6	64,4	30,4	5,2
Sachsen	100,0	37,2	69,2	18,4	12,4
Sachsen-Anhalt	100,0	38,1	73,1	18,6	8,3
Schleswig-Holstein	100,0	34,0	60,1	24,5	15,3
Thüringen	100,0	41,0	74,6	14,9	10,5
Deutschland	100,0	39,8	74,8	16,2	9,0
Alte Bundesländer	100,0	40,4	75,5	15,7	8,8
Neue Bundesländer	100,0	37,3	71,7	18,4	9,9

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten am jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Tabelle A 3

Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft 2000–2010

	Kernbereich Insgesamt	Masseure, Kranken- gymnasten und verw. Berufe	Kranken- schwestern, -pfleger, Hebammen	Helfer in der Kranken- pflege	Sprech- stunden- helfer	Medizinal- laboranten	Sozial- arbeiter, Altenpfleger
<i>Juni 2010</i>							
Baden-Württemberg	357.008	18.830	77.421	22.794	60.951	9.137	38.130
Bayern	444.737	22.813	94.316	31.320	77.810	10.570	43.915
Berlin	127.104	7.750	29.659	11.241	18.799	3.938	14.583
Brandenburg	79.307	5.094	19.547	8.146	10.945	1.931	9.903
Bremen	28.740	1.150	6.995	1.628	4.544	848	4.231
Hamburg	68.048	3.574	16.153	5.380	10.920	2.130	6.559
Hessen	196.978	10.405	42.482	15.853	33.987	4.522	21.860
Mecklenburg- Vorpommern	57.952	3.244	14.209	4.675	8.224	1.662	7.222
Niedersachsen	281.624	15.320	57.913	21.929	46.421	6.377	38.166
Nordrhein-Westfalen	612.718	28.698	138.547	44.649	103.065	15.435	74.680
Rheinland-Pfalz	134.846	6.985	30.948	9.451	22.687	3.254	12.668
Saarland	37.106	1.661	9.455	2.319	6.058	888	3.238
Sachsen	147.585	11.202	35.938	10.214	20.494	4.594	20.231
Sachsen-Anhalt	81.300	5.013	20.741	6.460	11.803	2.328	11.421
Schleswig-Holstein	100.593	5.955	17.592	9.192	15.500	2.590	12.846
Thüringen	76.091	4.601	18.115	5.091	11.862	2.419	10.462
Deutschland	2.831.737	152.295	630.031	210.342	464.070	72.623	330.115
Alte Bundesländer	2.262.398	115.391	491.822	164.515	381.943	55.751	256.293
Neue Bundesländer	569.339	36.904	138.209	45.827	82.127	16.872	73.822
<i>Veränderung 2000–2010 in Prozent</i>							
Baden-Württemberg	21,3	38,1	14,1	8,8	17,4	7,5	81,2
Bayern	22,1	38,8	14,9	7,6	24,4	9,9	70,5
Berlin	16,2	48,2	3,6	55,9	19,7	-15,1	66,7
Brandenburg	28,0	85,2	16,3	85,9	13,5	-5,3	102,1
Bremen	12,0	27,5	2,9	1,6	18,9	7,5	49,0
Hamburg	18,7	60,7	14,5	14,9	20,7	-3,6	48,3
Hessen	14,0	36,6	8,4	12,9	12,7	-10,4	67,6
Mecklenburg- Vorpommern	23,3	56,6	11,1	83,3	10,9	-11,8	99,3
Niedersachsen	20,3	41,0	11,1	18,1	20,0	7,7	65,4
Nordrhein-Westfalen	17,5	40,2	11,7	6,8	13,4	1,4	50,6
Rheinland-Pfalz	21,0	35,8	17,1	13,9	16,3	9,4	51,4
Saarland	11,4	29,4	6,3	6,0	7,9	1,5	68,7
Sachsen	29,9	75,0	12,3	54,9	11,2	9,5	113,0
Sachsen-Anhalt	20,1	97,8	5,0	43,3	6,7	-7,1	108,1
Schleswig-Holstein	18,4	62,1	2,8	7,7	15,1	3,0	68,8
Thüringen	21,9	76,8	4,7	74,7	8,6	2,6	105,2
Deutschland	19,9	46,7	11,3	18,2	16,4	1,9	69,3
Alte Bundesländer	19,1	40,3	12,1	9,9	17,3	3,9	62,6
Neue Bundesländer	23,2	70,9	8,6	62,7	12,2	-4,2	97,6

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Tabelle A 4

Beschäftigung in den häufigsten Berufen der Gesundheitswirtschaft nach Geschlecht in Deutschland 2013

	SV-Beschäftigte			Geschlechterstruktur in %		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.726.734	824.424	2.902.310	100,0	22,1	77,9
Kernbereich						
Kernbereich Insgesamt	3.092.455	580.881	2.511.574	100,0	18,8	81,2
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	636.521	88.925	547.596	100,0	14,0	86,0
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	358.336	47.088	311.248	100,0	13,1	86,9
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	319.705	2.367	317.338	100,0	0,7	99,3
Zahnmedizinische Fachangestellte	154.527	659	153.868	100,0	0,4	99,6
Berufe in der Physiotherapie	120.021	26.497	93.524	100,0	22,1	77,9
Ärzt Ärztinnen	104.469	47.278	57.191	100,0	45,3	54,7
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	101.155	13.255	87.900	100,0	13,1	86,9
Berufe in der Fachkrankenpflege	66.961	13.501	53.460	100,0	20,2	79,8
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	55.169	4.310	50.859	100,0	7,8	92,2
Erweiterungsbereich 1						
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	324.494	83.989	240.505	100,0	25,9	74,1
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	60.005	1.304	58.701	100,0	2,2	97,8
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	31.791	475	31.316	100,0	1,5	98,5
Apotheker, Pharmazeuten	30.083	4.041	26.042	100,0	13,4	86,6
Berufe in der Augenoptik	22.589	5.326	17.263	100,0	23,6	76,4
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	20.361	3.393	16.968	100,0	16,7	83,3
Berufe in der Lagerwirtschaft	17.778	7.897	9.881	100,0	44,4	55,6
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	16.622	9.273	7.349	100,0	55,8	44,2
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	10.668	2.780	7.888	100,0	26,1	73,9
Erweiterungsbereich 2						
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	309.785	159.554	150.231	100,0	51,5	48,5
Berufe in der Zahntechnik	32.576	12.331	20.245	100,0	37,9	62,1
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	30.789	16.589	14.200	100,0	53,9	46,1
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	19.518	3.064	16.454	100,0	15,7	84,3
Berufe in der Lagerwirtschaft	13.596	7.952	5.644	100,0	58,5	41,5
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	13.183	4.083	9.100	100,0	31,0	69,0
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	10.449	4.378	6.071	100,0	41,9	58,1
Wirtschaft Insgesamt	27.905.004	14.990.612	12.914.392	100,0	53,7	46,3

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Tabelle A 5

Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Staatsangehörigkeit und Teilbereichen 2008–2013

	Juni 2013		Veränderung 2008–2013			
	Deutsche	Ausländer	Deutsche		Ausländer	
			absolut	in %	absolut	in %
Deutschland						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.513.009	184.901	436.235	14,2	52.326	39,5
Kernbereich Insgesamt	2.912.452	155.587	366.944	14,4	45.716	41,6
Krankenhäuser	1.151.502	67.871	90.669	8,5	15.278	29,0
Arzt- und Zahnarztpraxen	538.992	22.209	61.530	12,9	6.993	46,0
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	253.904	8.518	47.376	22,9	2.640	44,9
Pflegeheime	445.777	24.457	44.445	11,1	6.687	37,6
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	12.955	353	2.559	24,6	66	23,0
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	269.097	16.989	48.423	21,9	5.543	48,4
Ambulante soziale Dienste	240.225	15.190	71.942	42,8	8.509	127,4
Erweiterungsbereich 1	309.527	12.374	26.023	9,2	2.861	30,1
Erweiterungsbereich 2	291.030	16.940	43.268	17,5	3.749	28,4
Wirtschaft Insgesamt	25.347.711	2.271.178	1.456.443	6,1	475.067	26,4
Alte Bundesländer						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	2.804.787	168.301	334.553	13,5	45.373	36,9
Kernbereich Insgesamt	2.306.443	140.999	277.759	13,7	39.496	38,9
Krankenhäuser	926.959	61.088	70.052	8,2	12.716	26,3
Arzt- und Zahnarztpraxen	435.752	20.519	50.205	13,0	6.270	44,0
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	186.084	7.405	35.603	23,7	2.232	43,1
Pflegeheime	354.965	23.016	30.210	9,3	6.018	35,4
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	11.548	341	2.252	24,2	61	21,8
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	221.846	16.351	41.821	23,2	5.430	49,7
Ambulante soziale Dienste	169.289	12.279	47.616	39,1	6.769	122,8
Erweiterungsbereich 1	256.056	11.524	20.746	8,8	2.540	28,3
Erweiterungsbereich 2	242.288	15.778	36.048	17,5	3.337	26,8
Wirtschaft Insgesamt	20.265.347	2.092.308	1.134.330	5,9	402.604	23,8
Neue Bundesländer						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	708.222	16.600	101.682	16,8	6.953	72,1
Kernbereich Insgesamt	606.009	14.588	89.185	17,3	6.220	74,3
Krankenhäuser	224.543	6.783	20.617	10,1	2.562	60,7
Arzt- und Zahnarztpraxen	103.240	1.690	11.325	12,3	723	74,8
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	67.820	1.113	11.773	21,0	408	57,9
Pflegeheime	90.812	1.441	14.235	18,6	669	86,7
Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung	1.407	12	307	27,9	5	71,4
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	47.251	638	6.602	16,2	113	21,5
Ambulante soziale Dienste	70.936	2.911	24.326	52,2	1.740	148,6
Erweiterungsbereich 1	53.471	850	5.277	10,9	321	60,7
Erweiterungsbereich 2	48.742	1.162	7.220	17,4	412	54,9
Wirtschaft Insgesamt	5.082.364	178.870	322.113	6,8	72.463	68,1

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Tabelle A 6

Entwicklung der Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach der Arbeitszeit und Geschlecht in Deutschland 2008–2013

	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt	Vollzeit	Teilzeit
	SV-Beschäftigte in Deutschland					
	30.06.2008			30.06.2013		
Gesundheitswirtschaft Insgesamt						
Gesamt	3.239.597	2.170.012	1.068.767	3.726.734	2.103.004	1.623.599
Männer	719.802	632.374	87.136	824.424	675.467	148.937
Frauen	2.519.795	1.537.638	981.631	2.902.310	1.427.537	1.474.662
Kernbereich						
Gesamt	2.681.839	1.706.088	975.155	3.092.455	1.623.989	1.468.356
Männer	507.971	428.742	79.032	580.881	446.196	134.670
Frauen	2.173.868	1.277.346	896.123	2.511.574	1.177.793	1.333.686
Erweiterungsbereich 1						
Gesamt	295.597	229.765	65.680	324.494	216.582	107.893
Männer	77.731	73.463	4.203	83.989	76.526	7.458
Frauen	217.866	156.302	61.477	240.505	140.056	100.435
Erweiterungsbereich 2						
Gesamt	262.161	234.159	27.932	309.785	262.433	47.350
Männer	134.100	130.169	3.901	159.554	152.745	6.809
Frauen	128.061	103.990	24.031	150.231	109.688	40.541
Wirtschaft Insgesamt						
Gesamt	25.954.041	20.939.613	5.002.235	27.905.004	20.432.066	7.470.980
Männer	14.226.199	13.397.255	822.030	14.990.612	13.575.269	1.414.661
Frauen	11.727.842	7.542.358	4.180.205	12.914.392	6.856.797	6.056.319
Veränderung 2008–2013						
	absolut			in %		
Gesundheitswirtschaft Insgesamt						
Gesamt	487.137	-67.008	554.832	15,0	-3,1	51,9
Männer	104.622	43.093	61.801	14,5	6,8	70,9
Frauen	382.515	-110.101	493.031	15,2	-7,2	50,2
Kernbereich						
Gesamt	410.616	-82.099	493.201	15,3	-4,8	50,6
Männer	72.910	17.454	55.638	14,4	4,1	70,4
Frauen	337.706	-99.553	437.563	15,5	-7,8	48,8
Erweiterungsbereich 1						
Gesamt	28.897	-13.183	42.213	9,8	-5,7	64,3
Männer	6.258	3.063	3.255	8,1	4,2	77,4
Frauen	22.639	-16.246	38.958	10,4	-10,4	63,4
Erweiterungsbereich 2						
Gesamt	47.624	28.274	19.418	18,2	12,1	69,5
Männer	25.454	22.576	2.908	19,0	17,3	74,5
Frauen	22.170	5.698	16.510	17,3	5,5	68,7
Wirtschaft Insgesamt						
Gesamt	1.950.963	-507.547	2.468.745	7,5	-2,4	49,4
Männer	764.413	178.014	592.631	5,4	1,3	72,1
Frauen	1.186.550	-685.561	1.876.114	10,1	-9,1	44,9

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 7

Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigten (GeB) in den Einrichtungen
des Gesundheitskernbereichs in Deutschland 2008–2013

	Deutschland			Anteil an jeweiliger Obergruppe		
	Geringf. entlohnte Beschäftigte	davon aus- schließlich GeB	davon im Nebenjob GeB	Geringf. entlohnte Beschäftigte	davon aus- schließlich GeB	davon im Nebenjob GeB
<i>Juni 2013</i>						
Gesundheitswesen Insgesamt	781.523	481.060	300.463	10,5	10,0	11,4
Kernbereich Insgesamt	652.547	395.521	257.026	83,5	82,2	85,5
Krankenhäuser	63.509	38.133	25.376	9,7	9,6	9,9
Arzt- und Zahnarztpraxen	247.912	155.777	92.135	38,0	39,4	35,8
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	129.326	75.716	53.610	19,8	19,1	20,9
Pflegeheime	67.598	43.651	23.947	10,4	11,0	9,3
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	1.994	1.207	787	0,3	0,3	0,3
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	42.231	26.804	15.427	6,5	6,8	6,0
Ambulante soziale Dienste	99.977	54.233	45.744	15,3	13,7	17,8
Wirtschaft Gesamt	7.446.850	4.818.510	2.628.340	100,0	100,0	100,0
<i>Veränderung 2008–2013</i>						
	<i>Absolut</i>			<i>In Prozentpunkten</i>		
Gesundheitswesen Insgesamt	37.979	-21.780	59.759	0,0	-0,3	0,5
Kernbereich Insgesamt	41.977	-12.655	54.632	1,4	1,0	1,5
Krankenhäuser	7.398	2.695	4.703	0,5	1,0	-0,3
Arzt- und Zahnarztpraxen	-10.596	-24.128	13.532	-4,3	-4,7	-3,0
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	14.006	2.885	11.121	0,9	1,3	-0,1
Pflegeheime	952	-3.577	4.529	-0,6	-0,5	-0,3
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	312	93	219	0,0	0,0	0,0
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	4.455	426	4.029	0,3	0,3	0,4
Ambulante soziale Dienste	25.450	8.951	16.499	3,1	2,6	3,3
Wirtschaft Gesamt	368.825	-63.663	432.488	0,0	0,0	0,0
<i>Veränderung 2008–2013</i>						
	<i>In Prozent</i>					
Gesundheitswesen Insgesamt	5,1	-4,3	24,8			
Kernbereich Insgesamt	6,9	-3,1	27,0			
Krankenhäuser	13,2	7,6	22,7			
Arzt- und Zahnarztpraxen	-4,1	-13,4	17,2			
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	12,1	4,0	26,2			
Pflegeheime	1,4	-7,6	23,3			
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	18,5	8,3	38,6			
Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	11,8	1,6	35,3			
Ambulante soziale Dienste	34,1	19,8	56,4			
Wirtschaft Gesamt	5,2	-1,3	19,7			

Daten: Geringfügig entlohnte Beschäftigte (GeB) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 8

Verteilung der Beschäftigungsarten auf die jeweiligen Bereiche und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft 2013 in Prozent

	SV-Beschäftigte	Geringf. entlohnte Beschäftigte	Davon:	
			aus-schließlich GeB	im Nebenjob GeB
Insgesamt				
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	13,4	10,5	10,0	11,4
Kernbereich Insgesamt	83,0	83,5	82,2	85,5
Krankenhäuser	39,8	9,7	9,6	9,9
Arzt- und Zahnarztpraxen	18,2	38,0	39,4	35,8
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	8,6	19,8	19,1	20,9
Pflegeheime	15,3	10,4	11,0	9,3
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	0,4	0,3	0,3	0,3
Altenheime und betreutes Wohnen	9,3	6,5	6,8	6,0
Ambulante soziale Dienste	8,3	15,3	13,7	17,8
Erweiterungsbereich 1	8,7	12,3	13,3	10,6
Handelsvermittl. v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	11,7	5,6	4,7	7,5
Großhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	23,2	9,4	8,7	10,7
Apotheken	43,8	65,1	68,0	59,4
Einzelhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	11,6	10,3	9,2	12,4
Augenoptiker	9,7	9,6	9,3	10,1
Erweiterungsbereich 2	8,3	4,2	4,5	3,9
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	43,2	6,8	6,8	6,8
Herst. v. Therapiegeräten f. d. Gesundheitswirtsch.	4,3	2,5	2,0	3,4
Herst. v. Apparaten und Materialien f. d. Gesundheitswirtsch.	52,5	90,7	91,2	89,8
Frauen				
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	22,5	13,1	12,2	15,1
Kernbereich Insgesamt	86,5	85,3	84,5	86,5
Krankenhäuser	37,2	8,9	8,4	9,7
Arzt- und Zahnarztpraxen	21,2	40,1	42,1	36,9
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	7,8	18,8	18,4	19,4
Pflegeheime	15,3	10,3	10,7	9,6
Stationäre Einrichtungen zur psychosoz. Betreuung	0,4	0,3	0,2	0,3
Altenheime und betreutes Wohnen	9,4	6,4	6,6	6,1
Ambulante soziale Dienste	8,7	15,3	13,6	18,1
Erweiterungsbereich 1	8,3	11,3	12,0	10,1
Handelsvermittl. v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	8,4	5,1	4,3	6,8
Großhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	17,0	8,4	7,9	9,4
Apotheken	55,3	65,6	68,0	60,9
Einzelhandel v. Erzeugn. f. d. Gesundheitswirtsch.	9,5	9,8	8,9	11,6
Augenoptiker	9,9	11,1	11,0	11,3
Erweiterungsbereich 2	5,2	3,5	3,5	3,4
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	43,5	7,1	7,4	6,6
Herst. v. Therapiegeräten f. d. Gesundheitswirtsch.	2,8	2,4	2,1	2,9
Herst. v. Apparaten und Materialien f. d. Gesundheitswirtsch.	53,7	90,5	90,5	90,5

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte (ohne Auszubildende) und geringfügig entlohnte Beschäftigte (GeB) am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 9

**Geringfügig Beschäftigte in den häufigsten Berufen der Gesundheitsbereiche 2013
(Anteil an der Obergruppe)**

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	10,5	10,6	9,5
<i>Kernbereich</i>			
Kernbereich Insgesamt	100,0	100,0	100,0
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	11,2	10,9	13,9
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	11,2	11,6	7,8
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	10,2	10,2	9,9
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	8,0	8,1	7,3
Berufe in der Physiotherapie	4,1	4,1	3,9
Zahnmedizinische Fachangestellte	3,9	4,1	2,5
Berufe i. d. Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	1,3	1,3	0,7
Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	1,1	1,1	0,9
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	0,8	0,7	2,0
Berufe in der Fachkrankenpflege	0,6	0,6	0,6
Ärzte/Ärztinnen	0,6	0,5	0,8
<i>Erweiterungsbereich 1</i>			
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	100,0	100,0	100,0
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	11,8	11,6	13,4
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	9,1	9,5	5,3
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	8,7	9,0	6,0
Apotheker, Pharmazeuten	6,6	6,7	5,9
Berufe in der Lagerwirtschaft	6,4	6,6	4,9
Berufe in der Augenoptik	3,8	3,8	4,1
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	1,0	1,0	1,5
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	0,7	0,6	1,3
<i>Erweiterungsbereich 2</i>			
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	100,0	100,0	100,0
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	18,4	18,5	17,7
Berufe in der Zahntechnik	10,7	10,8	10,3
Berufe in der Lagerwirtschaft	4,2	4,4	2,9
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	2,1	2,1	2,0
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	1,5	1,5	1,8
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	0,3	0,3	0,2

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Geringfügig entlohnte Beschäftigte am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 10

Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbereichen und Qualifikation 2008–2013

	Gesamt	Ohne Berufs- abschluss	Anerkannter Berufs- abschluss	Akademischer Berufs- abschluss	Keine Angabe
<i>Juni 2013</i>					
<i>Deutschland</i>					
Gesundheitswirtschaft	3.726.734	225.887	2.647.878	492.265	360.704
Kernbereich	3.092.455	192.900	2.227.304	384.846	287.405
Erweiterungsbereich 1	324.494	11.135	213.245	53.065	47.049
Erweiterungsbereich 2	309.785	21.852	207.329	54.354	26.250
Wirtschaft Insgesamt	27.905.004	2.235.361	17.313.010	3.647.646	4.708.987
<i>Alte Bundesländer</i>					
Gesundheitswirtschaft	2.998.180	204.237	2.113.028	391.009	289.906
Kernbereich	2.468.907	173.917	1.763.763	303.155	228.072
Erweiterungsbereich 1	269.668	10.014	176.655	42.896	40.103
Erweiterungsbereich 2	259.605	20.306	172.610	44.958	21.731
Wirtschaft Insgesamt	22.592.869	2.031.518	13.822.266	2.879.494	3.859.591
<i>Neue Bundesländer</i>					
Gesundheitswirtschaft	728.554	21.650	534.850	101.256	70.798
Kernbereich	623.548	18.983	463.541	81.691	59.333
Erweiterungsbereich 1	54.826	1.121	36.590	10.169	6.946
Erweiterungsbereich 2	50.180	1.546	34.719	9.396	4.519
Wirtschaft Insgesamt	5.312.135	203.843	3.490.744	768.152	849.396
<i>Veränderung 2008–2013 in Prozent</i>					
<i>Deutschland</i>					
Gesundheitswirtschaft	15,0	-12,4	17,6	39,6	-4,6
Kernbereich	15,3	-11,3	17,3	41,7	-2,5
Erweiterungsbereich 1	9,8	-19,1	16,0	23,4	-14,5
Erweiterungsbereich 2	18,2	-17,5	22,4	43,4	-7,6
Wirtschaft Insgesamt	7,5	-22,2	7,8	33,4	9,8
<i>Alte Bundesländer</i>					
Gesundheitswirtschaft	14,5	-12,9	16,4	40,7	-0,7
Kernbereich	14,7	-12,0	16,1	43,3	1,6
Erweiterungsbereich 1	9,4	-18,3	14,9	21,9	-11,4
Erweiterungsbereich 2	18,2	-16,9	21,7	44,5	-2,1
Wirtschaft Insgesamt	7,4	-22,7	7,6	34,1	13,0
<i>Neue Bundesländer</i>					
Gesundheitswirtschaft	17,4	-7,3	22,6	35,6	-17,9
Kernbereich	17,9	-4,1	22,4	36,0	-15,5
Erweiterungsbereich 1	11,6	-25,2	21,7	30,1	-28,9
Erweiterungsbereich 2	18,0	-24,3	26,4	38,3	-27,5
Wirtschaft Insgesamt	8,1	-17,2	8,9	30,9	-2,7

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 11

Entwicklung der Beschäftigung in den Einrichtungen des Kernbereichs nach Qualifikation in Deutschland 2008–2013

	Kernbereich Insgesamt	Krankenhäuser	Arzt- und Zahnarztpraxen	Sonstige Praxen und Rettungsdienste	Pflegeheime	Station. Einrichtun- gen zur psychoso- zialen Betr.	Altenheim; Alten- und Behinderten- wohnheime	Ambulante soziale Dienste	Wirtschaft Insgesamt
SV-Beschäftigte Juni 2013									
Gesamt	2.681.839	1.122.728	494.395	215.428	424.985	10.877	235.618	177.808	25.954.041
Ohne Berufsabschluss	217.536	81.517	12.156	9.112	64.409	720	35.892	13.730	2.874.712
Mit Berufsabschluss	1.898.034	824.408	346.136	135.692	300.836	6.209	166.025	118.728	16.056.783
Hochschulabschluss	271.592	198.409	20.219	12.817	18.708	2.862	10.566	8.011	2.733.949
Ausbildung unbekannt	294.677	18.394	115.884	57.807	41.032	1.086	23.135	37.339	4.288.597
Qualifikationsstruktur in %									
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,2	5,1	2,0	3,4	12,3	4,9	12,1	6,4	8,0
Mit Berufsabschluss	72,0	71,9	74,5	68,3	73,1	60,3	72,3	69,1	62,0
Hochschulabschluss	12,4	20,6	7,5	9,7	5,5	28,7	6,3	6,0	13,1
Ausbildung unbekannt	9,3	2,4	16,0	18,6	9,0	6,1	9,2	18,5	16,9
Veränderung 2008–2013 absolut									
Gesamt	410.616	107.309	68.610	50.249	48.931	2.603	53.189	79.725	1.950.963
Ohne Berufsabschluss	-24.636	-19.310	-995	-12	-6.231	-53	-864	2.829	-639.351
Mit Berufsabschluss	329.270	60.554	73.187	45.677	45.827	1.916	42.902	59.207	1.256.227
Hochschulabschluss	113.254	54.505	21.958	13.073	7.538	1.009	7.756	7.415	913.697
Ausbildung unbekannt	-7.272	11.560	-25.540	-8.489	1.797	-269	3.395	10.274	420.390
Veränderung 2008–2013 in Prozent									
Gesamt	15,3	9,6	13,9	23,3	11,5	23,9	22,6	44,8	7,5
Ohne Berufsabschluss	-11,3	-23,7	-8,2	-0,1	-9,7	-7,4	-2,4	20,6	-22,2
Mit Berufsabschluss	17,3	7,3	21,1	33,7	15,2	30,9	25,8	49,9	7,8
Hochschulabschluss	41,7	27,5	108,6	102,0	40,3	35,3	73,4	92,6	33,4
Ausbildung unbekannt	-2,5	62,8	-22,0	-14,7	4,4	-24,8	14,7	27,5	9,8

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 12

Relevante Berufe in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach Qualifikation in Deutschland 2013

	Gesamt	Ohne Berufsabschluss	Mit Berufsabschluss	Hochschulabschluss	Keine Angabe
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	3.726.734	225.887	2.647.878	492.265	360.704
<i>Kernbereich</i>					
Kernbereich Insgesamt	3.092.455	192.900	2.227.304	384.846	287.405
Berufe i. d. Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	636.521	29.963	566.701	9.950	29.907
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	358.336	40.871	266.878	6.403	44.184
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	319.705	5.400	269.027	3.577	41.701
Zahnmedizinische Fachangestellte	154.527	2.413	130.119	968	21.027
Berufe in der Physiotherapie	120.021	781	91.857	8.902	18.481
Ärzte/Ärztinnen	104.469	561	2.866	99.155	1.887
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	101.155	5.718	74.717	7.462	13.258
Berufe i. d. Heilerziehungspfll., Sonderpädag.	87.287	7.058	70.970	6.199	3.060
Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	77.500	3.541	39.894	28.742	5.323
Berufe in der Fachkrankenpflege	66.961	410	63.977	977	1.597
<i>Erweiterungsbereich 1</i>					
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	324.494	11.135	213.245	53.065	47.049
Berufe i. d. pharmazeutisch-techn. Assistenz	60.005	625	52.175	1.357	5.848
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	31.791	513	27.523	300	3.455
Apotheker, Pharmazeuten	30.083	410	3.176	23.989	2.508
Berufe in der Augenoptik	22.589	475	19.845	310	1.959
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	20.361	924	13.483	1.561	4.393
Berufe in der Lagerwirtschaft	17.778	3.606	10.456	208	3.508
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	16.622	215	10.671	2.875	2.861
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	10.668	373	7.303	1.190	1.802
<i>Erweiterungsbereich 2</i>					
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	309.785	21.852	207.329	54.354	26.250
Berufe in der Zahntechnik	32.576	856	26.825	166	4.729
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	30.789	4.589	22.214	2.096	1.890
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	19.518	1.082	13.929	2.196	2.311
Berufe in der Lagerwirtschaft	13.596	2.466	9.497	220	1.413
Berufe i. d. kaufm., techn. Betriebswirtschaft (o. S.)	13.183	791	9.471	1.750	1.171
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	10.449	488	8.909	587	465
Führungskräfte i. d. Unternehmensorgan.	9.330	150	3.566	5.406	208
Beschäftigung Insgesamt	27.905.004	2.235.361	17.313.010	3.647.646	4.708.987

Anm.: o. S. = ohne Spezialisierung.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 13

Anforderungsniveaus von Berufen

Niveau	Bezeichnung	Kurzbeschreibung	Anforderungsniveau
1	Helfer- und Anlertätigkeiten	Helfer	Einfache, wenig komplexe (Routine-)Tätigkeiten; kein formaler beruflicher Bildungsabschluss oder einjährige (geregelte) Berufsausbildung
2	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Fachkraft	Fundierte Fachkenntnisse und Fertigkeiten; Abschluss einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder vergleichbare Qualifikation
3	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Spezialist	Spezialkenntnisse und -fertigkeiten, gehobene Fach- und Führungsaufgaben; Meister- oder Techniker Ausbildung oder gleichwertiger Fachschul- oder Hochschulabschluss
4	Hoch komplexe Tätigkeiten	Experte	Sehr hohes Kenntnis- und Fertigkeiteniveau, Leitungs- und Führungsaufgaben; mindestens vierjährige Hochschulausbildung oder entsprechende Berufserfahrung

Quelle: Bogai/Buch/Seibert (2014: 3).

Tabelle A 14

Anforderungsniveaus und Berufsabschlüsse in Deutschland 2013 (Berufsabschluss in Prozent)

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
Gesundheitswirtschaft Insgesamt						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,1	24,3	3,6	1,6	1,7	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	71,1	58,6	85,1	77,6	23,6	0,0
Akademischer Berufsabschluss	13,2	1,4	2,8	11,6	70,4	0,0
Keine Angabe	9,7	15,7	8,4	9,2	4,3	100,0
Kernbereich						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,2	24,6	3,3	1,5	1,8	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	72,0	58,6	86,3	81,4	23,1	0,0
Akademischer Berufsabschluss	12,4	1,4	2,6	8,0	71,6	0,0
Keine Angabe	9,3	15,4	7,8	9,1	3,5	100,0
Erweiterungsbereich 1						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,4	18,1	3,0	1,5	1,3	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	65,7	53,2	80,2	62,6	24,4	0,0
Akademischer Berufsabschluss	16,4	1,8	3,4	21,5	64,4	0,0
Keine Angabe	14,5	26,9	13,4	14,4	9,9	100,0
Erweiterungsbereich 2						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	7,1	23,2	6,7	2,9	1,7	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	66,9	61,6	79,3	64,6	26,8	0,0
Akademischer Berufsabschluss	17,5	2,1	5,1	27,6	66,8	0,0
Keine Angabe	8,5	13,1	8,9	4,9	4,6	100,0
Wirtschaft Insgesamt						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	8,0	23,0	6,7	3,2	2,7	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	62,0	43,4	73,9	65,0	28,6	0,0
Akademischer Berufsabschluss	13,1	1,3	4,1	20,7	59,8	0,0
Keine Angabe	16,9	32,3	15,4	11,1	8,9	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 15

**Anforderungsniveaus und Berufsabschlüsse in den alten Bundesländern 2013
(Berufsabschluss in Prozent)**

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
Gesundheitswirtschaft Insgesamt						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,8	27,2	4,0	1,7	1,9	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	70,5	55,7	85,0	77,1	23,6	0,0
Akademischer Berufsabschluss	13,0	1,4	2,7	12,0	70,2	0,0
Keine Angabe	9,7	15,7	8,4	9,2	4,2	100,0
Kernbereich						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	7,0	27,7	3,7	1,5	2,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	71,4	55,6	86,2	81,0	23,3	0,0
Akademischer Berufsabschluss	12,3	1,4	2,4	8,3	71,3	0,0
Keine Angabe	9,2	15,3	7,7	9,2	3,4	100,0
Erweiterungsbereich 1						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,7	20,0	3,2	1,6	1,4	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	65,5	49,6	79,9	62,7	22,3	0,0
Akademischer Berufsabschluss	15,9	1,7	3,3	21,2	66,0	0,0
Keine Angabe	14,9	28,7	13,6	14,5	10,3	100,0
Erweiterungsbereich 2						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	7,8	24,6	7,6	3,1	1,9	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	66,5	60,5	78,7	64,7	28,0	0,0
Akademischer Berufsabschluss	17,3	2,0	4,8	27,3	65,4	0,0
Keine Angabe	8,4	12,9	8,9	4,9	4,7	100,0
Wirtschaft Insgesamt						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	9,0	25,6	7,5	3,4	2,8	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	61,2	40,5	73,2	65,4	28,9	0,0
Akademischer Berufsabschluss	12,7	1,2	3,8	20,1	59,1	0,0
Keine Angabe	17,1	32,7	15,5	11,1	9,1	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 16

**Anforderungsniveaus und Berufsabschlüsse in den neuen Bundesländern 2013
(Berufsabschluss in Prozent)**

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
<i>Gesundheitswirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,0	11,6	1,8	1,2	1,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	73,4	71,3	85,9	79,6	23,4	0,0
Akademischer Berufsabschluss	13,9	1,5	3,5	10,1	71,2	0,0
Keine Angabe	9,7	15,6	8,8	9,1	4,4	100,0
<i>Kernbereich</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,0	11,6	1,7	1,3	1,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	74,3	71,5	86,7	82,4	22,5	0,0
Akademischer Berufsabschluss	13,1	1,4	3,2	7,4	72,7	0,0
Keine Angabe	9,5	15,5	8,5	9,0	3,8	100,0
<i>Erweiterungsbereich 1</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	2,0	9,4	1,8	0,9	1,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	66,7	69,7	81,7	62,3	32,2	0,0
Akademischer Berufsabschluss	18,5	2,2	4,2	22,9	58,5	0,0
Keine Angabe	12,7	18,7	12,3	13,9	8,3	100,0
<i>Erweiterungsbereich 2</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,1	12,8	2,8	1,4	1,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	69,2	69,3	82,2	63,4	20,0	0,0
Akademischer Berufsabschluss	18,7	2,9	6,1	29,9	74,7	0,0
Keine Angabe	9,0	14,9	8,9	5,4	4,3	100,0
<i>Wirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,8	10,7	3,2	2,0	2,0	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	65,7	57,7	76,8	63,0	27,3	0,0
Akademischer Berufsabschluss	14,5	1,4	5,0	23,5	62,8	0,0
Keine Angabe	16,0	30,2	15,0	11,4	8,0	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 17

**Anforderungsniveaus in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft nach Geschlecht 2013
(Berufsabschluss in Prozent)**

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
Deutschland						
<i>Frauen</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	15,8	60,5	12,5	10,4	0,9
Kernbereich	100,0	16,8	59,8	12,6	10,0	0,9
Erweiterungsbereich 1	100,0	6,4	66,8	10,0	15,9	0,9
Erweiterungsbereich 2	100,0	13,1	62,0	14,4	9,6	0,8
Wirtschaft Insgesamt	100,0	15,6	61,9	11,0	10,7	0,9
<i>Männer</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	10,6	45,7	17,2	26,3	0,2
Kernbereich	100,0	11,7	44,6	14,1	29,4	0,2
Erweiterungsbereich 1	100,0	7,3	42,6	30,1	19,8	0,2
Erweiterungsbereich 2	100,0	8,5	51,3	21,8	18,4	0,1
Wirtschaft Insgesamt	100,0	13,4	56,4	15,0	14,9	0,3
Alte Bundesländer						
<i>Frauen</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	16,1	61,0	11,7	10,2	0,9
Kernbereich	100,0	17,2	60,4	11,7	9,8	0,9
Erweiterungsbereich 1	100,0	6,3	68,3	10,0	14,4	1,0
Erweiterungsbereich 2	100,0	14,3	60,2	14,9	9,8	0,8
Wirtschaft Insgesamt	100,0	16,3	61,9	10,7	10,2	1,0
<i>Männer</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	10,3	45,8	17,4	26,3	0,2
Kernbereich	100,0	11,3	44,8	14,2	29,6	0,2
Erweiterungsbereich 1	100,0	7,2	42,4	30,0	20,1	0,2
Erweiterungsbereich 2	100,0	8,6	50,9	22,1	18,3	0,1
Wirtschaft Insgesamt	100,0	13,5	55,5	15,5	15,2	0,2
Neue Bundesländer						
<i>Frauen</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	14,5	58,2	15,3	11,3	0,7
Kernbereich	100,0	15,5	57,4	15,9	10,5	0,7
Erweiterungsbereich 1	100,0	6,9	59,4	10,2	22,8	0,8
Erweiterungsbereich 2	100,0	7,9	69,8	12,0	9,2	1,1
Wirtschaft Insgesamt	100,0	12,9	61,6	12,0	12,8	0,7
<i>Männer</i>						
Gesundheitswirtschaft Insg.	100,0	12,2	45,1	16,2	26,2	0,2
Kernbereich	100,0	13,6	43,7	13,9	28,6	0,2
Erweiterungsbereich 1	100,0	7,9	43,5	30,6	17,8	0,3
Erweiterungsbereich 2	100,0	7,6	53,4	19,7	18,8	0,5
Wirtschaft Insgesamt	100,0	12,9	60,3	12,9	13,6	0,3

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 18

Anforderungsniveaus und Berufsabschlüsse der Frauen in Deutschland 2013
(Berufsabschluss in Prozent)

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
<i>Gesundheitswirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,2	24,4	3,2	1,5	2,1	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	73,7	58,4	85,7	79,4	26,5	0,0
Akademischer Berufsabschluss	9,9	1,3	2,6	9,3	66,7	0,0
Keine Angabe	10,2	15,9	8,5	9,7	4,8	100,0
<i>Kernbereich</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	6,4	24,6	3,0	1,4	2,2	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	74,7	58,6	86,6	81,8	27,4	0,0
Akademischer Berufsabschluss	9,1	1,2	2,3	7,1	66,3	0,0
Keine Angabe	9,9	15,6	8,0	9,6	4,1	100,0
<i>Erweiterungsbereich 1</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	3,1	17,7	2,5	1,4	1,1	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	68,1	54,3	82,1	64,0	21,3	0,0
Akademischer Berufsabschluss	15,0	1,6	2,9	20,6	68,7	0,0
Keine Angabe	13,8	26,4	12,6	14,0	8,9	100,0
<i>Erweiterungsbereich 2</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	8,6	26,6	7,0	3,4	2,3	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	66,9	56,6	77,3	62,6	26,1	0,0
Akademischer Berufsabschluss	14,3	2,0	5,7	28,6	67,0	0,0
Keine Angabe	10,2	14,8	10,0	5,4	4,6	100,0
<i>Wirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	7,9	22,7	6,0	3,0	2,9	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	63,3	42,4	75,2	66,2	27,8	0,0
Akademischer Berufsabschluss	11,8	1,4	4,7	19,6	61,0	0,0
Keine Angabe	17,0	33,5	14,1	11,2	8,3	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 19

**Anforderungsniveaus und Berufsabschlüsse der Männer in Deutschland 2013
(Berufsabschluss in Prozent)**

	Gesamt	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Unbekannt
<i>Gesundheitswirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	5,6	23,3	5,3	1,8	1,3	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	61,7	59,7	82,5	73,0	19,5	0,0
Akademischer Berufsabschluss	25,0	2,4	4,2	17,2	75,7	0,0
Keine Angabe	7,8	14,6	8,1	7,9	3,6	100,0
<i>Kernbereich</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	5,7	24,7	5,0	1,6	1,2	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	60,6	58,7	84,2	79,7	16,9	0,0
Akademischer Berufsabschluss	26,9	2,4	3,9	11,5	79,2	0,0
Keine Angabe	6,7	14,2	6,9	7,2	2,6	100,0
<i>Erweiterungsbereich 1</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	4,4	19,0	5,1	1,6	1,8	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	59,0	50,6	71,8	61,3	31,6	0,0
Akademischer Berufsabschluss	20,2	2,4	5,9	22,3	54,5	0,0
Keine Angabe	16,4	28,1	17,2	14,8	12,1	100,0
<i>Erweiterungsbereich 2</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	5,6	18,2	6,4	2,5	1,4	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	66,9	68,8	81,6	65,8	27,2	0,0
Akademischer Berufsabschluss	20,6	2,2	4,4	27,0	66,7	0,0
Keine Angabe	6,9	10,7	7,7	4,7	4,7	100,0
<i>Wirtschaft Insgesamt</i>						
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ohne Berufsabschluss	8,1	23,4	7,3	3,2	2,6	0,0
Anerkannter Berufsabschluss	60,9	44,4	72,7	64,2	29,1	0,0
Akademischer Berufsabschluss	14,2	1,1	3,5	21,5	59,0	0,0
Keine Angabe	16,8	31,1	16,5	11,1	9,3	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30. Juni 2013.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Tabelle A 20

Lohnabstand von Männern zu Frauen nach Gesundheitsbereichen und jeweils häufigsten Berufen 2012

	Deutschland	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	28,2	28,5	21,1
<i>Kernbereich</i>			
Kernbereich Insgesamt	25,3	25,7	19,2
Zahnmedizinische Fachangestellte	16,4	24,1	-0,1
Berufe in der Sozialarbeit, Sozialpädagogik	14,6	14,9	7,6
Berufe in der Physiotherapie	14,2	13,5	8,5
Medizinisch-techn. Berufe im Laboratorium	12,5	13,4	0,1
Büro- und Sekretariatskräfte	11,6	10,9	-4,7
Berufe in der Fachkrankenpflege	11,3	9,1	1,1
Berufe in der Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	9,7	10,9	1,4
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	8,1	9,2	-2,1
Medizinische Fachangestellte	7,8	13,8	2,3
Berufe in der Altenpflege	6,4	5,1	5,4
<i>Erweiterungsbereich 1</i>			
Erweiterungsbereich 1 Insgesamt	36,2	37,6	21,3
Büro- und Sekretariatskräfte	18,4	17,2	20,9
Berufe in der Augenoptik	18,3	18,8	13,4
Berufe in der kaufm., techn. Betriebswirtschaft	16,4	15,2	24,1
Apotheker, Pharmazeuten	13,9	13,8	11,4
Berufe im Vertrieb (außer IKT)	12,8	14,5	10,0
Berufe in der Lagerwirtschaft	9,6	10,6	2,5
Verkauf drogerie-, apothekenüblicher Waren	2,0	7,7	-2,0
Berufe in der pharmazeutisch-techn. Assistenz	0,0	4,9	-1,8
<i>Erweiterungsbereich 2</i>			
Erweiterungsbereich 2 Insgesamt	25,3	24,5	26,4
Büro- und Sekretariatskräfte	30,3	29,2	36,7
Berufe in der kaufm., techn. Betriebswirtschaft	26,5	25,5	26,6
Berufe in der Zahntechnik	23,8	21,6	12,4
Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	20,2	21,8	6,0
Berufe im chemisch-techn. Laboratorium	16,3	14,8	15,7
Berufe in der Lagerwirtschaft	12,7	13,5	11,8
Wirtschaft Insgesamt	16,8	18,8	-1,4

Daten: Durchschnittlicher Medianlohn der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit ohne Auszubildende 2012.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Carmen Pilger, Daniel Jahn

C Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle, wirtschaftliche und demografische Besonderheiten des stark industrialisierten Bundeslandes Baden-Württemberg dargestellt. In demografischer Hinsicht auffällig sind eine hohe Lebenserwartung der Bevölkerung, ein relativ hoher Ausländeranteil und ein Männerüberschuss in einigen Regionen. In der Gesundheitswirtschaft sind einige Standorte mit hoher internationaler Bedeutung in Baden-Württemberg lokalisiert. Im Zentrum der Regionalstudie steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich und den zwei Erweiterungsbereichen auch den dritten Erweiterungsbereich der Krankenversicherungen und öffentlichen Verwaltung umfasst. Die unterschiedliche regionale Bedeutung der verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung wird auf Ebene der Kreise verdeutlicht. Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und Nationalität werden untersucht. Weitere Analysen richten sich auf die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen sowie die Bedeutung der geringfügig entlohnten Beschäftigten. Anschließend werden anhand einer Längsschnittbetrachtung die Berufsverläufe der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft untersucht.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

Baden-Württemberg ist nach Bayern und Niedersachsen der drittgrößte Flächenstaat der Bundesrepublik Deutschland und steht bezogen auf seine Einwohnerzahl mit 10,6 Mio. Einwohnern ebenfalls an dritter Stelle. Mit 296 Einwohnern pro km² ist Baden-Württemberg relativ dicht besiedelt. Stuttgart ist die Landeshauptstadt und auch die größte Stadt im Land. Ende 2011 lebten hier rund 613.000 Menschen. Die nächstgrößeren Städte sind Mannheim mit rund 314.000 Einwohnern, Karlsruhe mit rund 297.000 Einwohnern und Freiburg mit rund 229.000 Einwohnern.

Ordnet man die Kreise nach siedlungsstrukturellen Merkmalen, dominieren die städtischen Kreise (27) und die kreisfreien Städte (8). Acht baden-württembergische Kreise sind ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und der Main-Tauber-Kreis ist der einzige dünn besiedelte Landkreis in Baden-Württemberg.

Die wirtschaftlichen Indikatoren zeigen, dass Baden-Württemberg ein starkes industrielles Bundesland mit einem Geflecht von mittelständischen Unternehmen und Großbetrieben ist. Das BIP je Einwohner lag 2013 bei 37.500 € um gut 4.000 € höher als der Bundeswert. Die Branchenstruktur des Landes wird von den Schlüsselindustrien Fahrzeugbau, Maschinenbau, Elektrotechnik sowie Metallerzeugung und -verarbeitung geprägt, in denen hohe Investitionen in Forschung und Ent-

wicklung stattfinden. Das Bundesland kann auch als Forschungsstandort für Traditionsbranchen bezeichnet werden (Rau/Werner 2006). Der hohe Industrie- und Exportanteil bedeutet aber eine besondere Anfälligkeit von weltwirtschaftlichen Konjunkturschwankungen.

Baden-Württemberg ist gemeinsam mit Bayern unter den alten Bundesländern das Land, in dem der bevorstehende Rückgang der Bevölkerung verzögert stattfindet. Dies ist auf die erheblichen Wanderungsgewinne in den letzten Jahrzehnten zurückzuführen. Allein zwischen 1989 und 2002 lag die Zuwanderung kumuliert bei 1 Mio. Personen. Besondere demografische Merkmale liegen in der höchsten Lebenserwartung im Bundesländervergleich, einem hohen Ausländeranteil und einem Frauenmangel in einigen Regionen (Kröhnert et al. o. J.).

Mit 1,25 Mio. Ausländern, die einem Anteil von (12 %) entsprechen, hat Baden-Württemberg den höchsten Ausländeranteil der Flächenländer. 2020 dürfte das Bundesland über die jüngste Alterspyramide verfügen (Kröhnert et al. o. J.) Nach Vorausberechnungen des BBR nimmt das Erwerbspersonenpotenzial bis 2030 zwar ab, aufgrund früherer Wanderungsgewinne jedoch nur moderat. Die Agglomeration Stuttgart dürfte sogar die aktive Bevölkerung durch weitere Wanderungsgewinne stabil halten (status quo Annahme BBSR 2030).

Der Gesundheitsstandort Baden-Württemberg wird als bundesweit größter Pharma- und Medizintechnikstandort sowie zweitgrößter Biotechnologiestandort nach Bayern bezeichnet und verfügt – nach Bayern – über die meisten Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (Bandemer et al. 2011). Zudem weist Baden-Württemberg im Bereich der Spitzenmedizin nicht nur Universitätskliniken und weitere Maximalversorger oder herausragende Einrichtungen, wie das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), sondern auch eine breite Kliniklandschaft auf (von Bandemer et al. 2011). Im Bereich der Gesundheitswirtschaft existieren in Baden-Württemberg zahlreiche regionale Vernetzungsinitiativen. So wurde zum Beispiel das Konzept der Metropolregion Rhein-Neckar im Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ prämiert.

Die baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung im Land. Landesweit wurden im Jahr 2009 in den 216 Einrichtungen 313.357 Patienten versorgt. Für die Rehabilitationsmaßnahmen wurden 26.967 Betten bereitgestellt und es wurden 19.748 Personen beschäftigt. Gemessen an den Kennzahlen der Einrichtungen, der aufgestellten Betten und der versorgten Patienten entfällt somit jeweils etwa ein Sechstel der bundesweiten Versorgungsstrukturen auf die baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, die damit einen überproportionalen Anteil an der Versorgung leisten (Prognos 2011).

2011 weist die Gesundheitspersonalrechnung der Länder für Baden-Württemberg 694.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen aus, das entspricht 520.000

Vollzeitbeschäftigten (Knödler 2013). Der Frauenanteil an den Gesundheitsbeschäftigten liegt nach dieser Rechnung bei 73,8 Prozent. Die Dichte des Gesundheitspersonals beträgt 66 Beschäftigte je 1.000 Einwohner (vgl. Bundeswert: 61 je 1.000 Einwohner).

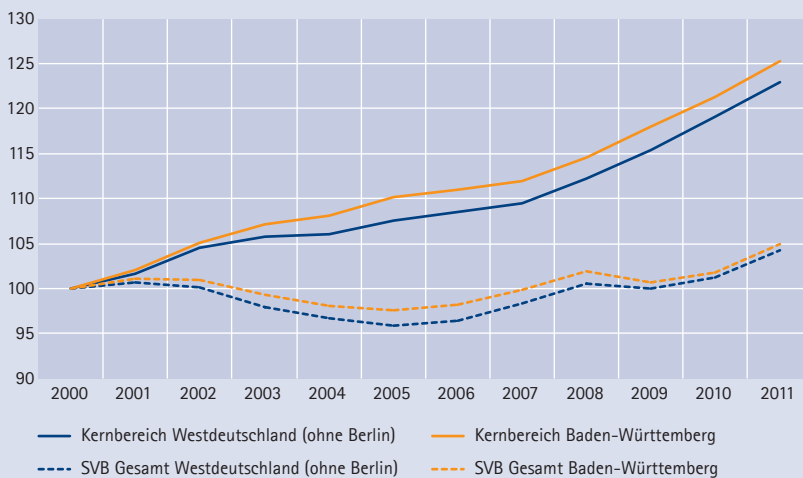
2 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

2.1 Beschäftigungsentwicklung im Vergleich der Bundesländer

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Beschäftigungsträger auf der Landesebene. Während zwischen den Jahren 2000 und 2011 die gesamte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung moderat gestiegen ist und in einigen Bundesländern sogar rückläufig war, ist dagegen die Zahl der Beschäftigten des Kernbereichs im Gesundheitswesen in allen Ländern angestiegen. Das größte Wachstum verzeichnete Sachsen mit einem Beschäftigungsanstieg von 34,2 Prozent (+38.800 SVB). Mit 11,2 Prozent (+2.900 SVB) fiel der prozentuale Beschäftigungsaufbau in Bremen am niedrigsten aus. Im Vergleich der westdeutschen Flächenländer war der Anstieg im Saarland mit 14,3 Prozent (+4.700 SVB) am schwächsten. Baden-Württemberg übertraf mit einem dynamischem Wachstum von 25,2 Prozent (+74.200 SVB) den westdeutschen Durchschnitt (22,9 %).

Abbildung 1

Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (SVB) insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, 2000–2011, Index: 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



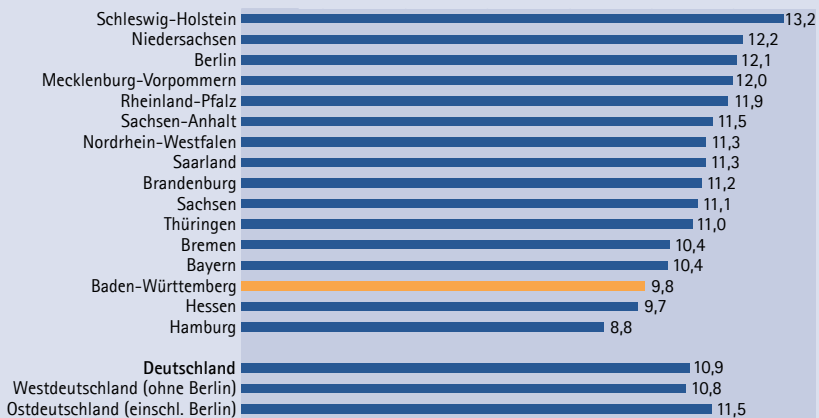
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 1 stellt die Beschäftigungsentwicklung im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland und Baden-Württemberg dar. Während der Kernbereich in beiden Vergleichsregionen seit dem Jahr 2000 wächst, zeigen sich indessen branchenübergreifend Beschäftigungsrückgänge. Ab 2007 legte das Gesundheitswesen besonders stark zu. Selbst der Konjunktureinbruch infolge der Wirtschafts- und Finanzkrise ab dem Jahr 2009 hat den Anstieg der Beschäftigung im Gesundheitswesen nicht gebremst, während die Gesamtbeschäftigung in dem industriell geprägten Bundesland deutlich zurückgegangen ist.

Das Gesundheitswesen hat in den einzelnen Bundesländern einen unterschiedlich hohen wirtschaftlichen Stellenwert. Für eine erste Einschätzung werden zum Vergleich der Länder prozentuale Anteile der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich an der Gesamtbeschäftigung gebildet (vgl. Abbildung 2). Hier zeigt sich, dass der Kernbereich in Hamburg mit 8,8 Prozent (2011) den kleinsten Anteil und in Schleswig-Holstein mit 13,2 Prozent den größten Beschäftigungsanteil hat. Baden-Württemberg liegt in diesem Vergleich auf dem drittletzten Platz (9,8%).

Abbildung 2

Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im Kernbereich des Gesundheitswesens im Verhältnis zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Prozent, Stichtag 30.06.2011



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Dieses Ergebnis bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass das Gesundheitswesen in den entsprechenden Regionen nur eine untergeordnete Rolle spielt. Bei einem branchenübergreifend hohen Beschäftigungsgrad der Bevölkerung, stellt sich der prozentuale Anteil des Gesundheitswesens als vergleichsweise klein dar. Die Bedeutung des Gesundheitswesens könnte so im regionalen Vergleich unterschätzt werden. Ein Indikator zur Einschätzung des Arbeitsplatzangebots ist die sogenannte Arbeits-

platzdichte.¹ Tatsächlich ist die Arbeitsplatzdichte mit 803 Erwerbstätigen je 1.000 Einwohner in Baden-Württemberg die zweithöchste nach Bayern (819 je 1.000). Dies sollte bei der Interpretation der regionalen Unterschiede beachtet werden.

2.2 Beschäftigungsentwicklung auf Kreisebene: Regionale Besonderheiten

Die Unterschiede in der Beschäftigungsentwicklung des Gesundheitswesens der Bundesländer setzen sich auf kleinräumiger Ebene fort. Welche Bedeutung hat das Gesundheitswesen für die einzelnen Kreise in Baden-Württemberg?

Die Beschäftigtenanteile des Kernbereichs an der Gesamtbeschäftigung variieren erheblich zwischen den Regionen. Sie reicht von 4,9 Prozent im Landkreis Rastatt bis zu 23,0 Prozent im Stadtkreis Heidelberg (2011). Demnach arbeitet in Heidelberg fast jeder vierte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Kernbereich des Gesundheitswesens, in Rastatt lediglich jeder Zwanzigste. Hohe Beschäftigtenanteile finden sich neben Heidelberg auch in Tübingen (21,8%) und in Freiburg im Breisgau (17,6%). Die Konzentration des Gesundheitswesens wird u. a. maßgeblich durch die ansässige Wirtschafts- und Branchenstruktur bedingt: Alle drei Regionen sind Standorte von Universitätskliniken und sind damit auch attraktiv für assoziierte Bereiche.

Um die Konzentration des Gesundheitswesens nicht nur zwischen den baden-württembergischen Kreisen vergleichen zu können, sondern auch bundesländerübergreifend einordnen zu können, wird der sogenannte Lokalisationskoeffizient betrachtet. Der Quotient errechnet sich aus dem η anteil einer Branche in einer Region (Zähler), im Verhältnis zum Beschäftigtenanteil der Branche in Westdeutschland² (Nenner). Als Branche können die verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitssektors eingesetzt werden: Kernbereich, Erweiterungsbereiche und das Gesundheitswesen insgesamt.

Definition Lokalisationskoeffizient

$$\text{Lokalisationskoeffizient} = \frac{\frac{\text{Beschäftigte Branche } i, \text{ Region } x}{\text{Beschäftigte insgesamt, Region } x}}{\frac{\text{Beschäftigte in Branche } i, \text{ Westdeutschland}}{\text{Beschäftigte insgesamt, Westdeutschland}}}$$

1 Sie errechnet sich wie folgt: Anzahl der Erwerbstätigen am Arbeitsort/Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter x 1.000 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2011a).

2 Westdeutschland bietet als Bezugsgröße eine bessere Vergleichbarkeit. Als Test wurde ebenfalls ein Lokalisationskoeffizient im Verhältnis zu Gesamtdeutschland gebildet, die Struktur der Verteilung ändert sich bei dieser Betrachtung jedoch nur geringfügig.

Ist der errechnete Lokalisationskoeffizient im Ergebnis kleiner als eins, bedeutet dies eine – im Vergleich zu Westdeutschland – unterdurchschnittliche Konzentration der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Bei einem Ergebnis größer als eins, ist die Konzentration überdurchschnittlich hoch. Die vier Landkarten in Abbildung 3 stellen die Lokalisationskoeffizienten für den Kernbereich und die Erweiterungsbereiche dar. Kreise mit unterdurchschnittlicher Konzentration sind hell eingefärbt, Kreise mit überdurchschnittlicher Konzentration dunkel.

Welche regionalen Beschäftigungsmuster zeigen sich für den Kernbereich des Gesundheitswesens? In zehn der 44 Kreise in Baden-Württemberg ist die Konzentration des Kernbereiches im Vergleich zu Westdeutschland überdurchschnittlich. In Heidelberg (Lokalisationskoeffizient 2,1) und Tübingen (2,0) ist sie sogar doppelt so hoch. Bei beiden Kreisen handelt es sich wie bereits eingangs beschrieben um Standorte von Universitätskliniken. Nur halb so stark vertreten wie in Westdeutschland ist der Kernbereich in Rastatt (0,46), Tuttlingen (0,49) und im Kreis Hohenlohe (0,51). Die Gründe für regionale Unterschiede können an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Eine wichtige Rolle spielen jedoch gesetzliche Rahmenbedingungen; durch sie wird die Standortwahl der Betriebe im Gesundheitswesen maßgeblich beeinflusst. Standortentscheidungen der öffentlichen Hand werden dabei u. a. auf Grundlage von Versorgungsaspekten, wie z. B. der Notfallversorgung, getroffen. Stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime werden aus Kosten- und Effizienzgründen auch kreisübergreifend genutzt. Deshalb liegen Kreise mit hoher Konzentration nicht selten neben Kreisen mit niedriger. Standorte von Universitätskliniken können als Anziehungspunkte für assoziierte Bereiche fungieren, beispielsweise für die Zulieferindustrie.

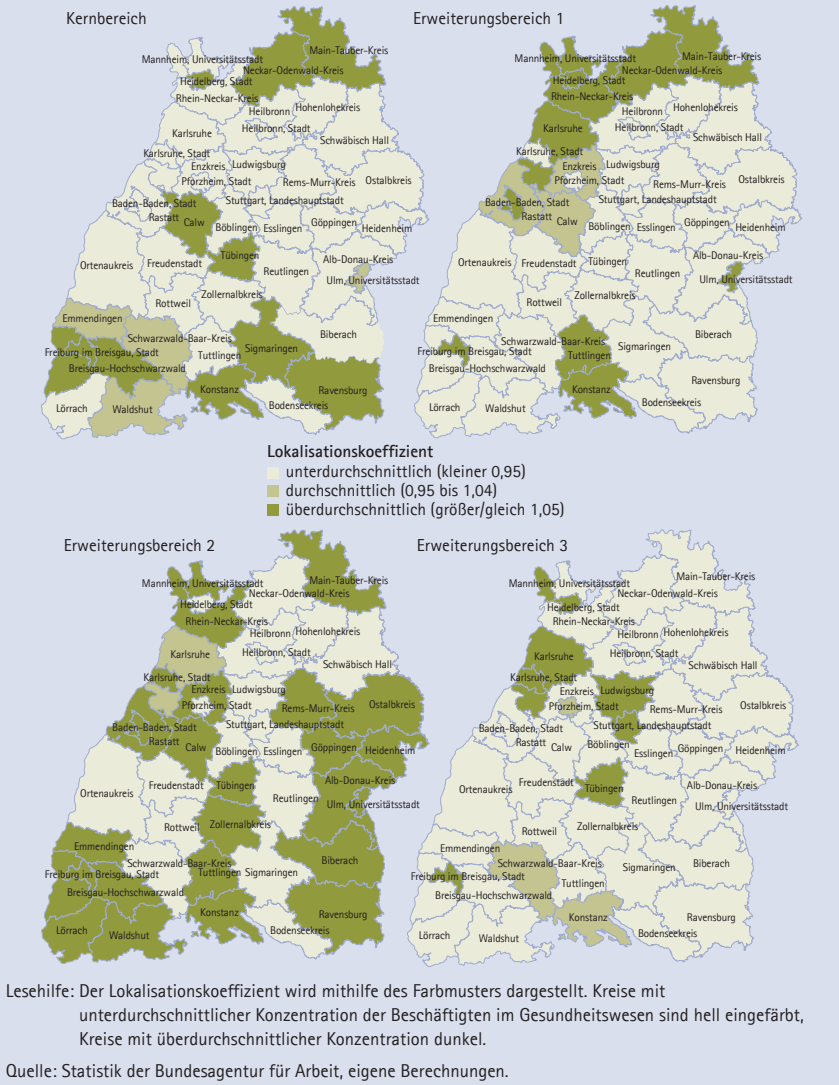
Darüber hinaus beeinflusst die Arbeitsplatzdichte (vgl. Abschnitt 2.1) das Ergebnis des Lokalisationskoeffizienten. In den ländlichen Kreisen Hohenlohe und Tuttlingen ist die Arbeitsplatzdichte im Landesvergleich überdurchschnittlich hoch (Schwarck 2012: 46). Es lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang mit der Altersstruktur in den Kreisen feststellen. Regionen mit einem hohen Altersdurchschnitt haben nicht unbedingt auch gleichzeitig eine höhere Konzentration der Beschäftigten im Kernbereich. Diese Überprüfung folgt der Annahme, dass Ältere einen höheren Behandlungs- und Pflegebedarf haben.

Die Erweiterungsbereiche des Gesundheitswesens wurden ebenfalls in die Kreisübersicht in Abbildung 3 aufgenommen, um die unterschiedliche regionale Verteilung der einzelnen Gesundheitsbranchen zu verdeutlichen. Die Branchen sind auf Kreisebene unterschiedlich stark vertreten, es finden sich nur wenige „Gesundheitszentren“, in denen sämtliche Teilbereiche überdurchschnittlich stark vertreten sind. Lediglich in Freiburg im Breisgau und in Konstanz liegen die Lokalisationskoeffizienten für den Kernbereich und gleichzeitig für alle Erweiterungsbereiche über

dem westdeutschen Durchschnitt. Auch bei den Erweiterungsschichten unterscheidet sich die geografische Verteilung deutlich. Die Unterschiede hängen vermutlich auch mit den Standortentscheidungen, die in den Erweiterungsbereichen – stärker als im Kernbereich – durch wirtschaftliche Faktoren bestimmt werden, zusammen.

Abbildung 3

Lokalisationskoeffizienten im Kernbereich des Gesundheitswesens und den Erweiterungsbereichen in den baden-württembergischen Kreisen, Stichtag 30.06.2011

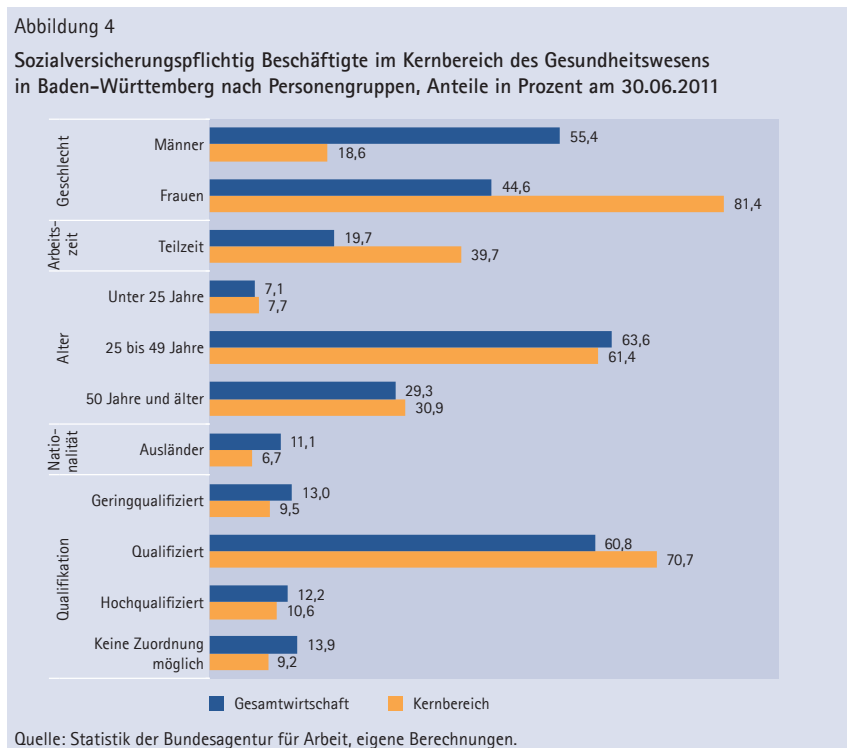


Auch auf Kreisebene beeinflusst das Gesundheitswesen die Beschäftigungsentwicklung positiv. Zwischen den Jahren 2000 und 2011 ist die Beschäftigung im

Kernbereich in nahezu allen Kreisen angestiegen. Einzige Ausnahmen sind Rastatt bzw. Baden-Baden mit Rückgängen von 9,7 bzw. 6,9 Prozent. Am stärksten gewachsen ist der Kernbereich mit 46,2 Prozent (+2.700 Beschäftigte) in Böblingen, allerdings ausgehend von einem geringen Niveau. In absoluten Zahlen belegt Stuttgart mit einem Anstieg von 6.700 Beschäftigten (+35,8 %) den Spitzenplatz unter den baden-württembergischen Kreisen.

2.3 Strukturmerkmale der Beschäftigten

Die Arbeitsmarktpresenz unterscheidet sich deutlich zwischen einzelnen Personengruppen. In vielen Regionen sind z. B. Frauen im Vergleich zu Männern seltener am Arbeitsmarkt vertreten. Zu den bislang am Arbeitsmarkt tendenziell unterrepräsentierten Personengruppen zählen häufig auch Ältere und Ausländer. Eine Strategie zur Fachkräftesicherung könnte deshalb die Aktivierung dieser zusätzlichen Beschäftigungspotenziale sein. Für eine Einschätzung des zusätzlichen Beschäftigungspotenzials im Gesundheitswesen werden nachfolgend personenbezogene Merkmale wie Geschlecht und Arbeitszeit, Alter, Nationalität sowie Qualifikation betrachtet (vgl. Abbildung 4).



Geschlecht und Arbeitszeit

Der Kernbereich des Gesundheitswesens ist in Baden-Württemberg – vergleichbar mit anderen Regionen – eine ausgesprochene Frauendomäne. Der Anteil weiblicher Beschäftigter beläuft sich mit 299.800 Personen auf 81,4 Prozent, dies entspricht dem westdeutschen Niveau (2011: 81,0 %). Im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung (44,6 %) liegt der Frauenanteil im Kernbereich damit deutlich höher. Zugleich ist Teilzeitbeschäftigung bei den Frauen im Kernbereich Gesundheit stärker vertreten als bei den weiblichen Beschäftigten insgesamt. Der Teilzeitanteil der Frauen beträgt im Kernbereich 45,2 Prozent, über alle Branchen hinweg haben Frauen einen Anteil von 37,9 Prozent (nicht in Abbildung 4 enthalten).

Die Beschäftigtenzahl im Kernbereich des Gesundheitswesens ist zwischen 2000 und 2011 um 25,2 Prozent gestiegen, bei den Frauen beträgt der Zuwachs 26,6 Prozent. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg im Kernbereich sogar um 71,8 Prozent. Die Ausweitung von Teilzeit- auf Vollzeitbeschäftigung böte demnach ein beträchtliches zusätzliches Beschäftigungspotenzial.

Alter

Die Altersstruktur der Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens Baden-Württembergs ist vergleichbar mit der Alterszusammensetzung der Gesamtbeschäftigung auf Landesebene. Von den unter 25-Jährigen sind 7,7 Prozent im Kernbereich tätig, das ist etwas mehr als bei den Beschäftigten insgesamt (+0,6 Prozentpunkte). Die 25- bis 49-Jährigen haben mit 61,4 Prozent den größten Anteil innerhalb des Kernbereichs, etwas stärker ist die Altersgruppe allerdings unter den Gesamtbeschäftigten (63,6 %) vertreten. Mit 30,9 Prozent übersteigt der Anteil der Älteren (50 Jahre und älter) im Kernbereich den Anteil der entsprechenden Altersgruppe in der Gesamtbeschäftigung leicht um 1,6 Prozentpunkte.

In den vergangenen elf Jahren hat sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Kernbereich in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich entwickelt. Das größte Wachstum verzeichnet die Altersgruppe der über 50-Jährigen, sie hat sich seit dem Jahr 2000 (54.300) mehr als verdoppelt (2011: 113.900). Somit altern die Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens deutlich stärker als die Beschäftigten im Durchschnitt aller Branchen (109,7 vs. 45,1 %).

Der Alterungsprozess der baden-württembergischen Bevölkerung schreitet weiterhin kontinuierlich voran. Deshalb wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch zukünftig der Beschäftigtenanteil der Älteren demografiebedingt weiter erhöhen. Bei den Jüngeren unter 25 Jahren stieg die Beschäftigung im Kernbereich zwischen 2000 und 2011 um 15,5 Prozent, bei der mittleren Altersgruppe (25 bis 49 Jahre) um fünf Prozent auf 226.400 Beschäftigte.

Nationalität

Im Kernbereich des Gesundheitswesens liegt der Anteil der Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit 6,7 Prozent weit unter dem Anteil aller Beschäftigten (11,1 %). Allerdings hat Baden-Württemberg insgesamt einen – im Vergleich zu Westdeutschland – höheren Ausländeranteil. Auch der Ausländeranteil im Kernbereich übersteigt den westdeutschen Durchschnitt (6,7 vs. 5,1 %). Die Zahl der ausländischen Beschäftigten ist im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 um 17,1 Prozent auf 24.700 angewachsen. Damit fällt das Wachstum etwas schwächer aus als im Kernbereich insgesamt (25,2 %). Offensichtlich haben Beschäftigungsmöglichkeiten für Deutsche im Kernbereich etwas deutlicher zugenommen als für Ausländer.

Qualifikation

Der Bedarf an gut ausgebildeten Fachkräften in Pflege- und Gesundheitsberufen ist hoch und steigt vermutlich weiter an. Von 368.500 Beschäftigten (2011), die im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg tätig sind, haben 260.400 einen Berufsabschluss. Der prozentuale Anteil liegt mit 70,7 Prozent etwas über dem westdeutschen Durchschnitt (69,3 %). Im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung ist das Qualifikationsniveau im Gesundheitswesen damit deutlich höher: In der Gesamtbeschäftigung Baden-Württembergs haben lediglich 60,8 Prozent aller Beschäftigten eine Berufsausbildung, in Westdeutschland sind es 59,7 Prozent.

Mit dem hohen Anteil an Qualifizierten im Kernbereich des Gesundheitswesens geht ein geringer Anteil von Geringqualifizierten einher. In Baden-Württemberg haben im Kernbereich 35.200 Beschäftigte keinen Berufsabschluss, dies entspricht einem Anteil von 9,5 Prozent. Über alle Beschäftigten hinweg liegt der Anteil der Geringqualifizierten im Südwesten bei 13,0 Prozent und damit um 3,5 Prozentpunkte höher als im Kernbereich.³ Mit einem Anteil von 10,6 Prozent (39.100 SVB), hat die Gruppe der Hochschulabsolventen im Kernbereich in Baden-Württemberg ein vergleichbares Beschäftigungsgewicht wie in Westdeutschland (10,5 %). Insgesamt ist der Akademikeranteil mit 12,2 Prozent jedoch etwas höher als im Kernbereich. Dies liegt vermutlich daran, dass Akademiker (z. B. Ärzte und Zahnärzte) im Gesundheitswesen häufig als Selbständige oder Freiberufler tätig sind und somit nicht in die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit einfließen. Der Anteil der Hochqualifizierten an allen Erwerbstätigen im Kernbereich wird deshalb tendenziell unterschätzt.

³ Baden-Württemberg hat im Vergleich zu anderen Bundesländern einen vergleichsweise hohen Anteil an Geringqualifizierten. So beträgt der Anteil der Beschäftigten ohne Berufsausbildung im westdeutschen Durchschnitt z. B. nur elf Prozent.

Im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 ist die Zahl der Beschäftigten ohne Berufsausbildung⁴ um knapp zwei Prozent gesunken, während die Zahl der Beschäftigten mit Berufsausbildung (+18,7 %) und der Hochqualifizierten (+50,6 %) deutlich angestiegen ist. Das Qualifikationsniveau hat sich im Kernbereich damit erhöht. Bei den Hochqualifizierten liegt dies zum Teil an der steigenden Zahl an sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten (vgl. Abschnitt 3).

Im Folgenden soll die Zusammensetzung des Kernbereichs des Gesundheitswesens genauer beleuchtet werden. Dabei soll geklärt werden, welchen Stellenwert die einzelnen Teilbranchen innerhalb des Kernbereiches haben.

2.4 Wirtschaftszweige im Kernbereich des Gesundheitswesens

Der Kernbereich des Gesundheitswesens fasst diejenigen Wirtschaftszweige zusammen, deren Tätigkeitsschwerpunkt die direkte Versorgung von Patienten darstellt. Abbildung 5 verdeutlicht die Zusammensetzung des Gesundheitswesens aus Kern- und den Erweiterungsbereichen 1 bis 3. 65,2 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen Baden-Württembergs sind im Kernbereich tätig (2011). Innerhalb des Kernbereichs stellen die Mitarbeiter im Bereich Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken mit 43,6 Prozent den größten Anteil (vgl. Abbildung 5, Säulendiagramm). Damit hat dieser Sektor in Baden-Württemberg, auch im Vergleich zu Westdeutschland und den anderen Bundesländern, einen verhältnismäßig hohen Stellenwert.

Das zweitgrößte Beschäftigungsgewicht haben Arzt- und Zahnarztpraxen mit 18,4 Prozent. Die Pflegeheime folgen mit 16,6 Prozent auf Rang drei. Hier ist das Beschäftigungsgewicht im Vergleich zu Westdeutschland leicht überdurchschnittlich. Das Gesundheitswesen a. n. g. mit den sonstigen Praxen und Rettungsdiensten (7,7 %), Altenheimen (6,9 %) sowie ambulanten sozialen Diensten (6,4 %) liegen auf vergleichbarem Niveau. Stationäre Einrichtungen der psychosozialen Betreuung spielen in Baden-Württemberg – wie in den meisten anderen Bundesländern – mit 0,3 Prozent Beschäftigungsanteil eine untergeordnete Rolle.

Eine ähnliche Wachstumsdynamik wie der Kernbereich weisen auch die Teilbereiche auf. Zwischen 2008 und 2011 ist die Zahl der Beschäftigten in allen Teilbereichen im Südwesten angestiegen.⁵ Dabei bewegen sich die Veränderungen jeweils etwa auf westdeutschem Niveau. Trotz Wirtschafts- und Finanzkrise verzeichnete der Krankensektor einen Beschäftigungsgewinn von 8.400 Mitarbeitern

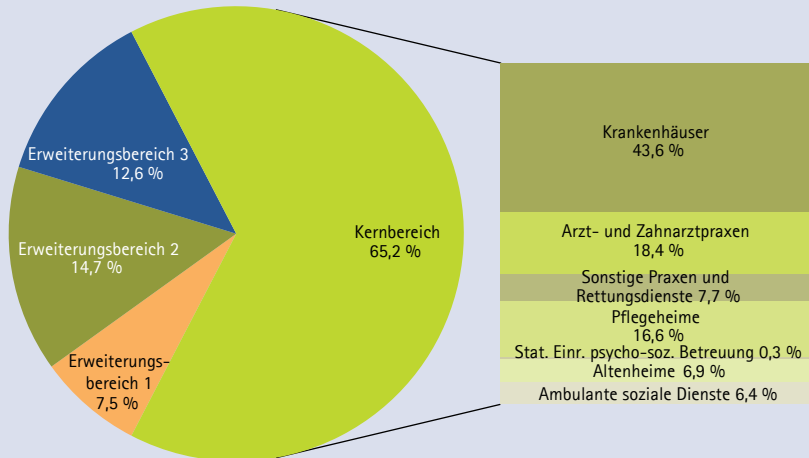
4 Im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg weisen 9,2 Prozent der Beschäftigten das Merkmal Qualifikation unbekannt auf (Gesamtwirtschaft: 13,9 %).

5 Die Jahre vor 2008 können an dieser Stelle nicht betrachtet werden, da die Einführung einer neuen Wirtschaftszweigklassifikation in 2008 keine Vergleiche auf der Ebene von Wirtschaftsgruppen, -klassen und -unterklassen mit zurückliegenden Zeiträumen zulässt.

(+5,5 %). Auch in den übrigen Bereichen gab es Beschäftigungszuwächse (vgl. Tabelle 1).

Abbildung 5

Beschäftigungsanteile in den Hauptbereichen der Gesundheitsbranche und detailliert für den Kernbereich in Baden-Württemberg, in Prozent, Stichtag 30.06.2011



Anm.: Die prozentualen Anteile im Säulendiagramm beziehen sich auf den Kernbereich als Gesamtgröße und ergeben summiert 100 Prozent.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle 1

Beschäftigungswachstum innerhalb des Kernbereichs des Gesundheitswesens nach Wirtschaftsgruppen und -unterklassen, Veränderungen absolut und in Prozent (Werte in Klammern), 2008/2011

	Kranken- häuser	Arzt- und Zahnarzt- praxen	Praxen- und Rettungs- dienste	Pflege- heime	Stat. Eindr. psycho- soz. Be- treuung	Alten- heime	Augen- optiker
Westdeutschland (ohne Berlin)	51.687 (+5,7 %)	29.894 (+7,5 %)	25.252 (+16,2 %)	28.434 (+8,3 %)	2.023 (+21,1 %)	32.008 (+16,8 %)	33.929 (+26,7 %)
Baden-Württemberg	8.432 (+5,5 %)	4.632 (+7,3 %)	3.783 (+15,3 %)	5.684 (+10,2 %)	72 (+6,9 %)	3.728 (+17,2 %)	4.916 (+26,2 %)

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Auch auf Kreisebene haben Krankenhäuser die größten Beschäftigungsanteile: Nur in acht der 44 Kreise Baden-Württembergs ist das Beschäftigungsgewicht in anderen Teilbereichen höher. Die Standorte von Universitätskliniken zählen dabei naturgemäß zu den Spitzenreitern. Im Stadtkreis Heidelberg sind knapp drei Viertel der Beschäftigten im Kernbereich für den Krankenhaussektor tätig.

Zwischen 2008 und 2011 ging in sieben Kreisen die Beschäftigung im Krankenhausbereich zurück, wobei der Rückgang in Rastatt (-70,5% oder -880 Personen) und Baden-Baden (-40,7% oder -650 Personen) am größten war. Möglicherweise hängt diese Entwicklung auch mit dem Trend zur Privatisierung von Trägerschaften im Krankenhausbereich und mit den damit einhergehenden Umorganisationen der Arbeitsabläufe (Flenreiss/Rümmele 2008: 12) zusammen. Auslagerungen von Dienstleistungen (z. B. Küche, Sterilisation, Wäscherei) sind dabei Instrumente zur Effizienzsteigerung und Senkung der Personalkosten (Flenreiss/Rümmele 2008: 40). Dies kann sich zum einen als Abbau von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auswirken und zum anderen zu einer Umwidmung der Beschäftigung zu anderen Wirtschaftszweigen führen.

Nachdem Struktur und Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung für die Teilbereiche des Kernbereichs analysiert worden sind, soll im Folgenden die berufliche Dimension untersucht werden. Der nächste Abschnitt gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über Berufe im Gesundheitswesen und konzentriert sich dann auf ausgewählte Gesundheitsberufe im Kernbereich.

3 Gesundheitsberufe

Innerhalb des Gesundheitswesens findet sich neben den Gesundheitsberufen im engeren Sinne, eine große Bandbreite an Berufen. Vom Koch, über Landwirte bis hin zu Feinmechanikern sind nahezu alle Berufsordnungen vertreten. Die größte Gruppe nicht medizinischer Beschäftigter im Gesundheitswesen sind Bürofachkräfte (vgl. Tabelle 2). Mit einem Anteil von 11,6 Prozent bzw. 65.400 Mitarbeitern (2011), zählen sie zu den zehn beschäftigungsstärksten Berufen dieser Branche in Baden-Württemberg; dies entspricht in etwa dem westdeutschen Niveau (12,0%). Allerdings liegen die Beschäftigungsschwerpunkte – trotz der beruflichen Vielfalt – erwartungsgemäß im medizinischen Bereich. Die größte Berufsgruppe bilden die Krankenschwestern und -pfleger. In Baden-Württemberg stellen sie einen Beschäftigtenanteil von 14,0 Prozent des Gesundheitswesens (Westdeutschland: 15,2%).

Die berufliche Struktur der Beschäftigten in Gesundheitsberufen unterscheidet sich zwischen Kern- und Erweiterungsbereichen (siehe Kern- und Erweiterungsbereiche, Tabelle 2). Während im Kernbereich die Krankenschwestern/-pfleger mit 21,4 Prozent, im Vergleich zum gesamten Gesundheitswesen, einen noch größeren Beschäftigungsanteil einnehmen, ist ihre Bedeutung in den Erweiterungsbereichen dagegen nur minimal.

Das Gesundheitswesen bietet Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl für medizinische als auch für nicht medizinische Berufsfelder. Wachstumsimpulse können sich deshalb auch über die fachlichen Grenzen hinweg positiv auswirken.

In der Diskussion um den Fachkräftebedarf stehen häufig Gesundheitsberufe – neben anderen Bereichen wie z. B. dem Ingenieurwesen – im Fokus der Aufmerksamkeit. Gemeint sind dabei Gesundheitsberufe, die in direktem Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung des Patienten stehen.⁶ Dazu zählen: Ärzte und Zahnärzte, Masseur und Krankengymnasten, Krankenschwestern/-pfleger sowie die Krankenpflegehelfer, Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten und Medizinallaboranten, Sprechstundenhelfer sowie Altenpfleger/-helfer. In den folgenden Abschnitten wird die Entwicklung und Struktur der Beschäftigung für diese ausgewählten Berufe analysiert. Dabei wird, wie in den vorherigen Kapiteln, die Betrachtung auf den Kernbereich des Gesundheitswesens beschränkt.⁷

Tabelle 2

Top 10 aller Berufe von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitswesen und von Kern- und Erweiterungsbereichen in Baden-Württemberg, absolute Anzahl und prozentuale Anteile, Stichtag 30.06.2011

Berufsordnung	Gesundheitswesen		Kernbereich		Erweiterungsbereich 1		Erweiterungsbereich 2		Erweiterungsbereich 3	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Bürofachkräfte	65.405	11,6	18.345	5,0	5.503	13,1	11.171	13,5	30.386	42,6
Ärzte	23.752	4,2	23.071	6,3	41	0,1	99	0,1	541	0,8
Masseur, Krankengymnasten	19.622	3,5	19.492	5,3	29	0,1	51	0,1	50	0,1
Krankenschwestern/-pfleger	79.224	14,0	78.685	21,4	154	0,4	33	0,0	352	0,5
Krankenpflegehelfer	24.895	4,4	24.183	6,6	14	0,0	*	*	689	1,0
Sprechstundenhelfer	63.063	11,2	62.397	16,9	72	0,2	92	0,1	502	0,7
Altenpfleger/-helfer	42.424	7,5	41.471	11,3	33	0,1	16	0,0	904	1,3
Heimleiter, Sozialpädagogen	15.194	2,7	14.676	4,0	11	0,0	*	*	506	0,7
Hauswirtschaftliche Betreuer	10.516	1,9	10.348	2,8	18	0,0	13	0,0	137	0,2
Raum-, Hausratreiniger	10.779	1,9	8.838	2,4	464	1,1	680	0,8	797	1,1
Summe der Top 10	354.874	62,8	301.506	81,8	6.339	15,0	12.164	14,7	34.864	48,9
Berufe insgesamt	564.849	100,0	368.490	100,0	42.141	100,0	82.899	100,0	71.319	100,0

* Aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte <3 und Daten, aus denen sich rechnerisch eine Differenz ermitteln lässt, mit * anonymisiert.

Anm.: Abweichungen von der Differenz der ausgewiesenen Jahresanteilswerten ergeben sich aus Rundungen.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

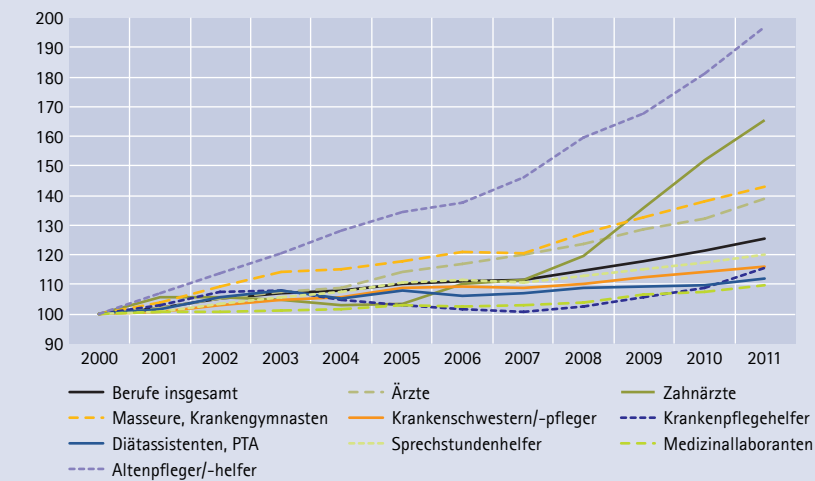
6 Für eine Erläuterung dieser Abgrenzung von Gesundheitsberufen vgl. Pilger/Jahn (2013: 15 f.).

7 Neben dem inhaltlichen Fokus auf den Kernbereich wird durch den zusätzlichen Filter des Wirtschaftszweiges die Identifikation von Altenpflegern und -helfern aus einer größeren Gesamtgruppe erleichtert.

Vier von fünf (79,2 % bzw. 58.800) der zwischen 2000 und 2011 entstandenen Arbeitsplätze im Kernbereich Baden-Württembergs entfallen auf die ausgewählten Gesundheitsberufe. Der prozentuale Anstieg war in dieser Gruppe mit 29,0 Prozent noch stärker ausgeprägt als über alle Berufe des Kernbereichs hinweg (+25,2 %). Das größte Wachstum verzeichneten darunter die Altenpfleger/-helfer, deren Zahl sich im Betrachtungszeitraum fast verdoppelt hat: Zwischen 2000 und 2011 ist ihre Beschäftigtenzahl um 20.400 auf 41.500 gestiegen (+97,1 %). Auch bei Krankenschwestern/-pflegern (+10.800 bzw. +15,9 %) sowie Sprechstundenhelfern (+10.500 bzw. +20,2 %) wurde deutlich Beschäftigung aufgebaut.⁸

Abbildung 6

Entwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe im Kernbereich in Baden-Württemberg, 2000–2011, Index: 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 6 stellt die Entwicklung bis 2011 in den einzelnen Berufen und für alle Beschäftigten im Kernbereich, ausgehend vom Jahr 2000, dar. Bei den meisten Gesundheitsberufen zeigt sich ein anhaltender Aufwärtstrend, der seit 2007 noch an Dynamik gewinnt. Auffallend ist auch hier das ausgeprägte Wachstum bei den Altenpflegern und -helfern. Auch bei den Zahnärzten ist ein deutlicher Anstieg sichtbar, allerdings ausgehend von einem geringen Niveau: Im Beobachtungszeitraum stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Zahnärzte um 580 auf etwa 1.500 Personen. Da die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

⁸ Die Zahl der Hebammen ging allerdings in den vergangenen Jahren u. a. aufgrund der steigenden Versicherungskosten zurück. Detaillierte Zahlen liegen nicht vor.

bei Zahnärzten und Ärzten eine untergeordnete Rolle spielt, liegt die Gesamtzahl der Berufstätigen in diesen Gesundheitsberufen um ein Vielfaches höher. Von den 8.600 bei der Landesärztekammer als berufstätig gemeldeten Zahnärzten waren im Dezember 2010 1.400 sozialversicherungspflichtig angestellt.⁹ Das entspricht einem Anteil von 16,0 Prozent. Demnach ist nur etwa jeder sechste Zahnarzt sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Unter Ärzten ist knapp jede zweite Berufstätigkeit sozialversicherungspflichtig. Von den 42.900 bei der Kammer als berufstätig gemeldeten Ärzten übten 22.500 eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aus (Dezember 2010). Die Ärztekammern verzeichnen in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Angestelltenverhältnisse. Während die Wachstumsrate der berufstätigen Ärzte und Zahnärzte zwischen 2000 und 2010 bei 15,1 bzw. 10,5 Prozent liegt, ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dieser Berufsgruppen um 33,0 bzw. 51,9 Prozent gestiegen.¹⁰

Nachfolgend werden die Gesundheitsberufe in ihrer Zusammensetzung nach ausgewählten Merkmalen wie Geschlecht, Arbeitszeit und Alter betrachtet (vgl. Abschnitt 2.4). Es wird folglich nach den gleichen soziodemografischen Merkmalen differenziert wie bereits zuvor, aber Untersuchungseinheit sind hier die ausgewählten Gesundheitsberufe und nicht alle Beschäftigten im Kernbereich. Die Abgrenzung der Gesundheitsberufe innerhalb des Kernbereichs bietet eine noch engere Definition der Beschäftigten im Gesundheitswesen, da nur die medizinischen Berufe analysiert werden.

Gesundheitsberufe sind eine Domäne der Frauen: Der Anteil der weiblichen Beschäftigten in diesen Berufen beläuft sich in Baden-Württemberg 2011 auf 84,5 Prozent (vgl. Tabelle 3). In einzelnen Berufen finden sich sogar fast ausschließlich Frauen, beispielsweise bei den Sprechstundenhelfern (2011: 99,6%). Ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis findet sich bei den Ärzten. Hier stehen 51,2 Prozent männliche Beschäftigte einem Frauenanteil von 48,8 Prozent gegenüber. Allerdings lag im Jahr 2000 der Männeranteil noch bei 62,8 Prozent. Frauen konnten demnach auch in den akademischen Gesundheitsberufen ihre Beschäftigungsanteile ausbauen: Sowohl die Beschäftigung von Frauen in Arzt- als auch in Zahnarztberufen hat stärker zugenommen als die der Männer in den gleichen Berufen. Ob diese Entwicklung auch für die selbständigen Ärzte gilt, kann nicht beantwortet werden.

Neben der Frauenbeschäftigung ist im betrachteten Zeitraum ebenfalls die Bedeutung von Teilzeitbeschäftigung gestiegen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftig-

9 Es liegen derzeit keine aktuelleren Daten der Landesärztekammern vor. Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011b).

10 Der hier betrachtete Kernbereich umfasst 97,1 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzte und 98,7 Prozent der Zahnärzte (2011).

ten erhöhte sich in den Gesundheitsberufen von 27,3 Prozent im Jahr 2000, auf 37,8 Prozent in 2011.¹¹ Die Geschlechterverteilung innerhalb der Arbeitszeitmodellen veränderte sich aber nur geringfügig. 93,9 Prozent der Teilzeitbeschäftigten in den Gesundheitsberufen Baden-Württembergs sind Frauen (2011). Im Jahr 2000 lag der Anteil mit 95,1 Prozent noch etwas höher.

Tabelle 3

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) in den Gesundheitsberufen im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg nach ausgewählten Merkmalen, Anteile in Prozent, Stichtag 30.06.2011

Berufsordnung	SVB 2011	prozentuale Veränderung 2000/2011	Frauen	Teilzeit	Ausländer	unter 25 Jahre	25 bis 54 Jahre	über 55 Jahre
Ärzte	23.071	38,7	48,8	17,3	7,1	0,1	86,3	13,6
Zahnärzte	1.471	65,7	65,7	15,0	7,5	1,4	91,9	6,7
Masseure, Krankengymnasten	19.492	42,9	80,1	34,8	2,4	8,6	83,0	8,4
Krankenschwestern/-pfleger	78.685	15,9	86,6	44,6	4,8	6,7	80,3	13,0
Krankenpflegehelfer	24.183	15,4	77,3	48,3	11,4	10,3	68,7	20,9
Diätassistenten, PTA	1.095	12,1	96,3	36,8	1,4	5,4	80,1	14,5
Sprechstundenhelfer	62.397	20,2	99,6	29,3	5,1	13,7	76,2	10,1
Medizinallaboranten	9.326	9,7	92,1	37,0	3,8	5,8	77,3	16,9
Altenpfleger/-helfer	41.471	97,1	82,9	45,4	6,7	13,0	72,2	14,8
Gesundheitsberufe	261.191	29,0	84,5	37,8	5,8	9,2	77,7	13,1
Berufe insgesamt	368.490	25,2	81,4	39,7	6,7	7,7	76,5	15,9

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Im Zuge der Fachkräftesicherung im Gesundheitsbereich wird in der Öffentlichkeit unter anderem die Möglichkeit der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte diskutiert. Bislang spielen ausländische Arbeitnehmer in Gesundheitsberufen sowohl in Baden-Württemberg als auch in Westdeutschland eine untergeordnete Rolle. 5,8 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die einen Gesundheitsberuf ausüben, besitzen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil hat sich seit dem Jahr 2000 nur minimal verändert (5,6 %). Am stärksten gestiegen sind die Ausländeranteile zwischen 2000 und 2011 bei Ärzten und Zahnärzten. Der höchste Ausländeranteil – auf gleichbleibendem Niveau – ist bei Krankenpflegehelfern zu finden.

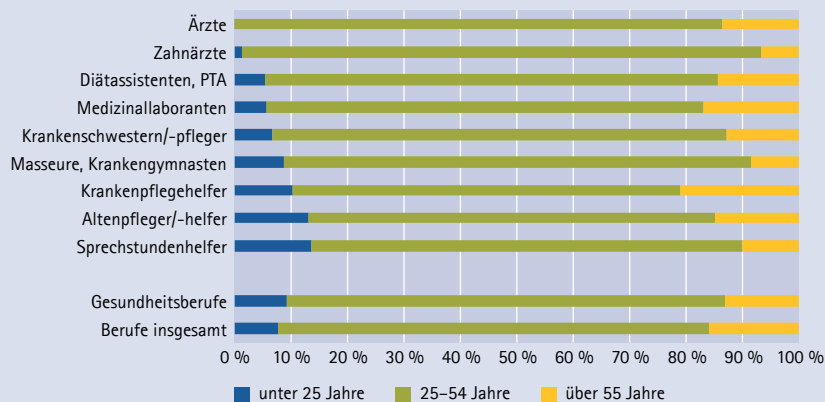
¹¹ Zum Vergleich: Der Anteil aller Teilzeitbeschäftigten (ohne Unterscheidung nach Beruf und Wirtschaftszweig) liegt in Baden-Württemberg bei 19,7 Prozent. Auch hier ist eine steigende Tendenz festzustellen, allerdings auf niedrigerem Niveau (2008: 18,0 %).

Die Betrachtung der Altersstruktur von Beschäftigten gibt Hinweise auf die künftige Entwicklung des Fachkräfteangebots innerhalb einer Berufsordnung. So könnte beispielsweise ein hoher Anteil von Älteren auf zukünftig hohe Ersatzbedarfe durch Eintritte in die Altersrente hinweisen. Innerhalb der Gesundheitsberufe ist die Gruppe der Älteren im Vergleich zu anderen Berufen jedoch relativ klein.¹² Zu den über 55-Jährigen zählen 13,1 Prozent der Beschäftigten, die einen Gesundheitsberuf ausüben, über alle Berufe hinweg sind es 15,7 Prozent. Der größte Anteil über 55-Jähriger findet sich bei den Krankenpflegehelfern (20,9 %, vgl. Abbildung 7).

Jüngere sind dagegen leicht überdurchschnittlich vertreten. Ihr Anteil an den Beschäftigten in allen Gesundheitsberufen liegt bei 9,3 Prozent. Jüngere stellen über alle Berufen und Wirtschaftszweige hinweg 7,1 Prozent¹³ der Beschäftigten. Der höchste Anteil Jüngerer findet sich bei den Sprechstundenhelfern, er liegt bei 13,7 Prozent. Bei Ärzten und Zahnärzten ist das Gewicht der unter 25-Jährigen aufgrund der langen Ausbildungszeiten sehr gering.

Abbildung 7

Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg, 30.06.2011, Anteile in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Entgegen der auf den ersten Blick tendenziell günstigen Altersstruktur der Beschäftigten, könnte die zu erwartende Fachkräftelücke durchaus größer ausfallen als Ergebnisse zur Altersstruktur nahelegen. Wenn z. B. Personen entweder besonders früh in Rente gehen (Erklärung für den geringen Anteil Älterer) oder Jüngere – trotz hoher Eintritte – nicht im gewählten Berufsfeld oder in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verbleiben (vgl. Abschnitt 5).

12 Dies könnte auch daran liegen, dass das Ausscheiden aus dem Berufsleben, aufgrund der hohen Belastung, früher einsetzt (vgl. dazu Abschnitt 5).

13 Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten werden nicht mitgezählt.

Potenziale zur Verkleinerung der Fachkräftelücke werden auch bei „Minijobbern“ vermutet. Der folgende Abschnitt widmet sich deshalb der Beschreibung von Entwicklung und Struktur geringfügiger Beschäftigung im Gesundheitswesen.

4 Geringfügig entlohnte Beschäftigte

Im Kernbereich des baden-württembergischen Gesundheitswesens nimmt der Bereich der geringfügigen Beschäftigung eine wichtige Rolle ein. Von einer geringfügigen Beschäftigung ist die Rede, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung nicht mehr als 400 € monatlich beträgt oder das Arbeitsverhältnis nur von kurzer Dauer ist. Ferner wird zwischen „ausschließlich“ und „zusätzlicher“ geringfügiger Beschäftigung unterschieden. Bei zusätzlich geringfügig Beschäftigten wird die Tätigkeit als Ergänzung zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt, bei ausschließlich geringfügig Beschäftigten ist dies nicht der Fall. In den vorherigen Abschnitten wurden sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach wichtigen soziodemografischen Merkmalen untersucht. In diesem Abschnitt wird zur Ergänzung die ausschließlich geringfügige Beschäftigung nach ausgewählten Merkmalen betrachtet.

Von 3.746.700 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Baden-Württemberg sind im Jahr 2011 695.800 ausschließlich geringfügig beschäftigt, dies entspricht einem Anteil von 18,6 Prozent (Westdeutschland: 19,6%). Im Vergleich dazu ist der Anteil der ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens mit 15,2 Prozent sowohl in Baden-Württemberg als auch in Westdeutschland etwas geringer. Im Jahr 2011 üben insgesamt 56.100 Personen in Baden-Württemberg eine ausschließlich geringfügige Beschäftigung im Kernbereich des Gesundheitswesens aus. Damit arbeiten 8,1 Prozent aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten in Baden-Württemberg im Kernbereich; in Westdeutschland beläuft sich der Anteil auf 8,4 Prozent.

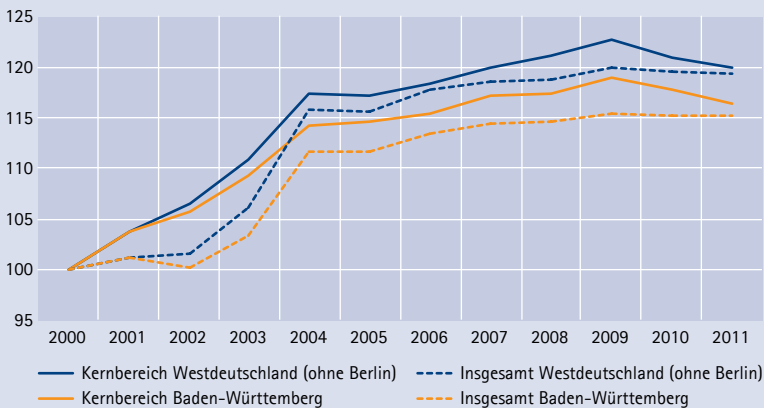
Abbildung 8 stellt die Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohten Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens für Baden-Württemberg und Westdeutschland grafisch dar. Gut zu erkennen ist die relativ betrachtet dynamischere Entwicklung der ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich im Vergleich zur Gesamtwirtschaft. Die ausschließlich geringfügig Beschäftigten verzeichneten im Kernbereich Baden-Württembergs einen Anstieg von 16,3 Prozent. Etwas stärker weitete sich die Beschäftigungsform in Westdeutschland aus (+19,9%). Seit 2009 ist jedoch insgesamt eine Stagnation bei der Entwicklung der Zahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten erkennbar. Bezogen auf den Kernbereich sind die Zahlen zwischen 2009 und 2011 sogar rückläufig. Da im gleichen Zeitraum die sozialversicherungspflichtige Be-

schäftigung im Kernbereich angestiegen ist, könnte der Rückgang darauf zurückzuführen sein, dass ausschließlich geringfügige Beschäftigung in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse umgewandelt worden sind. Eine weitere Ursache für den Rückgang, könnte in Zusammenhang mit der veränderten Vergabep Praxis bei Arbeitsgelegenheiten stehen. Arbeitsgelegenheiten werden ebenfalls als geringfügige Beschäftigung im Rahmen der Beschäftigungsstatistik erfasst. Sinkende Förderzahlen könnten den Abwärtstrend ebenfalls erklären (Fuchs et al. 2011: 4).

Mehr als vier Fünftel der ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich Baden-Württembergs sind weiblich (2011: 83,6%). Allerdings hat sich die Zahl der Männer zwischen 2000 und 2011 um 51,1 Prozent gesteigert. Bei den Frauen lag der Anstieg bei 11,3 Prozent. Die Zahl der Männer ist jedoch mit 9.200 ausschließlich geringfügig Beschäftigten weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Abbildung 8

Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, 2000–2011, Index 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Ausschließlich geringfügige Beschäftigung ist in den einzelnen Teilbereichen des Gesundheitswesens unterschiedlich stark vertreten. Den höchsten Anteil innerhalb des Kernbereiches stellen Arzt- und Zahnarztpraxen. 40,8 Prozent aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten entfallen auf diesen Teilbereich. Das entsprechende Beschäftigungsgewicht aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Teilbereich beträgt 18,4 Prozent. In Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sind dagegen lediglich 11,3 Prozent aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens beschäftigt. Bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt der Anteil in diesem Tätigkeitsbereich bei 43,6 Prozent.

Minijobs sind als Zusatzverdienst für ältere Arbeitnehmer, Studenten, Hausfrauen, Arbeitslose, Selbständige etc. interessant. Der Anteil der über 50-Jährigen, die im Kernbereich des baden-württembergischen Gesundheitswesens im Jahr 2011 eine ausschließlich geringfügige Beschäftigung ausüben, liegt bei 40,6 Prozent. Zum Vergleich: Der Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Älterer im Kernbereich liegt bei 30,9 Prozent. Der Beschäftigungsanteil Älterer ist damit bei ausschließlich geringfügig Beschäftigten höher als bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten insgesamt.

Von den rund 24.700 ausschließlich geringfügig Beschäftigten, die in Baden-Württemberg einen Gesundheitsberuf ausüben, sind 10.400 (42,1 %) Sprechstundenhelfer (2011). Im Zeitraum von 2000 bis 2011 ist die Zahl der ausschließlich geringfügig Beschäftigten, die in diesem Gesundheitsberuf arbeiten, um 15,9 Prozent gestiegen. Den zweithöchsten Anteil stellen Altenpfleger und -helfer mit 4.200 ausschließlich geringfügig Beschäftigten (17 %). Die Betrachtung zeigt, dass eine Ausweitung der Arbeitszeit bei geringfügig Beschäftigten unter Berücksichtigung einer entsprechenden beruflichen Qualifikation maßgeblich zur Fachkräftesicherung beitragen könnte.

Die wichtigsten Ergebnisse der Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung und -struktur innerhalb des Gesundheitswesens, lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen Baden-Württembergs verlief in den vergangenen Jahren – insbesondere ab dem Jahr 2007 – konjunkturunabhängig positiv und übertrifft sogar den westdeutschen Durchschnitt. Das größte Beschäftigungsgewicht auf Landesebene besitzt der gesundheitliche Kernbereich in den Kreisen Heidelberg, Tübingen und Freiburg im Breisgau. Eine Besonderheit in der Zusammensetzung der Beschäftigung in diesem Bereich ist der hohe Frauenanteil – im Vergleich zur Beschäftigung insgesamt: In Baden-Württemberg sind gut vier Fünftel der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich weiblich. Gleichzeitig ist der Teilzeitanteil bei den weiblichen Beschäftigten höher als im Vergleich zur weiblichen Gesamtbeschäftigung. Auch bei der Analyse des Qualifikationsniveaus zeigten sich Unterschiede: Beschäftigte im Kernbereich des Gesundheitswesens sind im Durchschnitt besser qualifiziert als die Beschäftigten insgesamt.

Zwei allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen lassen sich laut der vorangegangenen Betrachtungen festhalten: allgemeiner Beschäftigungsaufbau und steigendes Qualifikationsniveau. Insgesamt führen diese Entwicklungen zu einem erhöhten Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen. Wie kann dieser vermutlich auch noch zukünftig weiter steigende Bedarf an Arbeitskräften gedeckt werden? Erste Hinweise auf noch zu hebende Beschäftigungspotenziale lassen sich aus der obigen Strukturanalyse ableiten. Insbesondere der hohe Teilzeitanteil bei den Frauen könnte unter Berücksichtigung individueller Präferenzen zusätzliche Beschäftigungs-

kapazitäten bergen. Flankiert durch entsprechende Anstrengungen in der Familien- und Bildungspolitik wäre hier eine Erhöhung des Arbeitskräfteangebots durch die Ausweitung der Arbeitszeit denkbar. Aber auch eine gezielte Förderung von Teilgruppen, wie z. B. Beschäftigte ausländischer Herkunft, könnte das Fachkräfteangebot stützen. Schließlich bietet auch der Bereich der geringfügig Beschäftigten zusätzliche Fachkräftepotenziale.

Neben der Aktivierung zusätzlicher Beschäftigungspotenziale gibt es verschiedene Strategien, einem hohen Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen zu begegnen. Zum einen kann auf die Förderung des Nachwuchses gesetzt werden. Hierzu zählt beispielsweise der Ausbau von Studien- und Ausbildungsplätzen. Natürliche Grenzen werden diesem Vorgehen allerdings durch den demografischen Wandel und damit einhergehend durch die schrumpfenden Ausbildungskohorten gesetzt. Darüber hinaus führt die mangelnde Attraktivität einiger Gesundheitsberufe – z. B. der Pflegeberufe – dazu, dass diese nicht zu den präferierten Ausbildungsberufen zählen. Zum anderen ist die Unterstützung des Verbleibs im erlernten Beruf eine weitere Möglichkeit zur Fachkräftesicherung. Verschiedene Studien belegen die hohe physische und psychische Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen. Im Ergebnis führe dies zu vergleichsweise kürzeren beruflichen Verbleibsdauern und teilweise zu höheren Frühverrentungsquoten in den Gesundheitsberufen. Im Folgenden soll deshalb der Frage nachgegangen werden, ob Beschäftigte in Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg tatsächlich früher aus der Beschäftigung oder dem Berufsleben ausscheiden als Beschäftigte in anderen Berufsfeldern. Hierfür werden zunächst Berufsverläufe ausgewählter Gesundheitsberufe analysiert.

5 Berufsverläufe im Gesundheitswesen

Verschiedene internationale Studien zeigen übereinstimmend, dass es verschiedene belastende Einflussfaktoren für die Tätigkeiten im Gesundheits- und Pflegebereich gibt. Dabei spielen sowohl Zeitdruck als Folge von Personalmangel, hohe körperliche und emotionale Beanspruchungen sowie Organisationsdefizite eine Rolle (Hien 2009: 37). Auch geringe individuelle Handlungsspielräume und unregelmäßige Arbeitszeiten werden als Belastungsgründe genannt (Landenberger/Lohr 1994: 333). Dabei haben sich insbesondere im Bereich der Pflege die hohen Anforderungen – durch die sich verstärkende Kostenorientierung bzw. Ökonomisierung – noch weiter gesteigert (Hien 2009: 36 f.).

Es verwundert deshalb nicht, dass gesundheitliche Einschränkungen in diesem Arbeitsbereich häufig ausschlaggebend für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben sind. So liegt die Frühberentungsquote für Krankenschwestern deutschlandweit bei etwa 40 Prozent, bei den Altenpflegekräften sind es knapp

35 Prozent. Zum Vergleich: Diese Zahlen entsprechen dem Niveau der Frühberentung bei Bauarbeitern (Hien 2009: 37).¹⁴ Die Problematik ist in anderen westlichen Industrieländern ähnlich jener in Deutschland. Auf europäischer Ebene wird deshalb die Untersuchung des Arbeitsrahmens im Pflegebereich durch die sogenannte NEXT-Studie unterstützt.¹⁵

In Ergänzung zu den oben genannten Ergebnissen werden nachfolgend, im Rahmen einer deskriptiven Verweildaueranalyse, die Berufsverläufe von ausgewählten Gesundheitsberufen nachgezeichnet. Für die Verbleibsanalyse werden – anders als im ersten Teil der Studie – Individualdaten aus der sogenannten Beschäftigten-Historik (BeH) verwendet.¹⁶ Betrachtet werden vier der bereits beschriebenen Gesundheitsberufe. Hierzu zählen: Krankenschwestern/-pfleger, Krankenpflegehelfer, Sprechstundenhelfer und Altenpfleger/-helfer¹⁷. Diese Auswahl wurde aus verschiedenen Gründen getroffen: Die ausgewählten Gesundheitsberufe besitzen das größte Beschäftigungsgewicht innerhalb des Gesundheitswesens. Außerdem wurden ausschließlich Ausbildungsberufe ausgewählt, da hier die Verläufe anhand der Beschäftigtenmeldungen der Arbeitgeber besser nachvollzogen werden können als bei den akademischen Gesundheitsberufen, die häufig auf selbständiger Basis ausgeübt werden. Und nicht zuletzt wurden Berufe im Hinblick auf den steigenden Fachkräftebedarf ausgewählt. Dies trifft insbesondere auf die Pflegeberufe zu.

Für die erfolgreichen Auszubildenden einer Ausbildungskohorte wird der berufliche Verbleib bis zum Jahr 2008 untersucht. Dabei werden drei verschiedene Arten des Verbleibs betrachtet. Die Ausbildungskohorte in einem Beruf umfasst alle Auszubildenden, die die folgenden Kriterien erfüllen: Erstens muss eine Sozialversicherungsmeldung vorliegen, die eine Tätigkeit als Auszubildender im entsprechenden Beruf bestätigt (Stichtag 30.06.1993). Und zweitens muss im darauffolgenden Jahr eine Beschäftigtenmeldung im gleichen Gesundheitsberuf vorliegen (Stichtag 20.06.1994). Durch den angewendeten Filter werden jene Personen identifiziert, die Auszubildende im entsprechenden Beruf gewesen sind und ein Jahr später im Ausbildungsberuf beschäftigt waren. Dies ermöglicht den Rückschluss auf eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung.

14 Die Frühberentungsquote drückt den Anteil der durch gesundheitliche Probleme aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedener an allen Berentungen aus.

15 Die NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study) ist ein durch die Europäische Union gefördertes europaweit ausgelegtes Forschungsvorhaben, das sich mit Ursachen und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs in Pflegeberufen befasst. Für weitere Informationen siehe <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?next-studie> (Download am 06.07.2012).

16 Die Beschäftigtenhistorik (BeH) wird durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung aus den Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit aufbereitet. In der BeH sind vollständige und historisierte Verwaltungsdaten der Rentenversicherungsträger enthalten. Abgebildet werden personenbezogene Zeiträume, in denen eine Person sozialversicherungspflichtig und/oder geringfügig beschäftigt war.

17 Hierbei konnte nicht wie bei der Betrachtung der Beschäftigtenstatistik nach Sozialpädagogen gefiltert werden.

Zur Betrachtung der Berufsverläufe liegt damit eine Zeitreihe vor, die mit der Beschäftigtenmeldung im ausgewählten Gesundheitsberuf 1994 beginnt und bis zum Jahr 2008 reicht.¹⁸ Analysiert werden die Berufsverläufe aller Personen, auf die die erläuterten Filterkriterien zutreffen und deren Arbeitsort innerhalb Baden-Württembergs liegt.

Die Analyse der Berufsverläufe betrachtet drei verschiedene Aspekte des beruflichen Verbleibs. Zunächst wird allgemein betrachtet wie viele Personen der ausgewählten Ausbildungskohorten im Zeitverlauf überhaupt sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Dies wird als Beschäftigungstreue im weiteren Sinne bezeichnet (i. w. S.), da erlernter Beruf und Zielbranche nicht als Kriterium in die Betrachtung einfließen. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Beschäftigungstreue im engeren Sinne (i. e. S.), sie umfasst eine Tätigkeit im Berufsfeld der Gesundheitsberufe (Berufsgruppen 84–85). Und drittens wird im Rahmen der Berufstreue die Frage beantwortet, ob die Person weiterhin in ihrem Ausbildungsberuf tätig ist.

Die verschiedenen Verbleibsarten werden nachfolgend entweder absolut, d. h. als Anzahl von Personen, oder prozentual ausgedrückt. Zum Vergleich werden zusätzlich die Berufsverläufe von Bürofachkräften (Berufsgruppe 781) herangezogen. Dies ermöglicht eine Einschätzung darüber, wo die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Berufsfeldern liegen. Bürofachkräfte wurden ausgewählt, da ihre strukturelle Zusammensetzung jener der Gesundheitsberufe ähnelt. Auch die Bürofachkräfte besitzen einen hohen Frauenanteil und Teilzeitbeschäftigung ist häufig vertreten.

Ausgehend von der Ausbildungskohorte des Jahres 1993 ergeben sich für die ausgewählten Berufe folgende Fallzahlen in Baden-Württemberg: 2.310 Krankenschwestern und -pfleger, 310 Krankenpflegehelfer, 2.707 Sprechstundenhelfer, 1.081 Altenpfleger/-helfer und 5.926 Bürofachkräfte.¹⁹ Tabelle 4 gibt einen Überblick über die wichtigsten strukturellen Merkmale der Ausbildungskohorten, diese werden in Bezug auf die Berufs- und Beschäftigungstreue erneut aufgegriffen. Alle ausgewählten Berufe sind ausgesprochene Frauendomänen, wobei der Frauenanteil bei Krankenschwestern/-pflegern am höchsten ausfällt. Gleichzeitig ist in diesem Beruf auch der Teilzeitanteil (2008) größer als in den übrigen Berufsfeldern. Die Anteile weichen nur geringfügig vom westdeutschen Durchschnitt ab.

18 Die BeH wird mit gewisser zeitlicher Verzögerung aufbereitet, um einen hohen Qualitätsstandard der Daten zu gewährleisten. Aktuellere Daten lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Datenanalyse noch nicht vor.

19 In diesem Teil der Studie werden keine Rundungswerte bei Absolutzahlen verwendet, um die tendenziell niedrigeren Fallzahlen nicht zu verzerren.

Bei den Merkmalen Staatsangehörigkeit und Schulbildung zeigen sich jedoch deutlichere Unterschiede zwischen Baden-Württemberg und Westdeutschland. Der höchste Anteil von Abiturienten findet sich im Südwesten bei den Altenpflegern und -helfern (10,2%). Die Zahl dürfte jedoch etwas nach oben verzerrt sein, da nicht alle in diesem Bereich tätigen Sozialarbeiter aus den Daten herausgefiltert werden können. In Westdeutschland ist dagegen der Abiturientenanteil bei Bürofachkräften am höchsten. Ausländische Beschäftigte sind in Baden-Württemberg bei den Sprechstundenhelferinnen und -helfern am häufigsten vertreten (17,4%). Auf Westdeutschland bezogen ergibt sich der größte Ausländeranteil bei den Krankenpflegehelfern.

Tabelle 4

Struktur der Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg, Ausbildungskohorte 1993, absolute Werte und prozentuale Anteile (Werte in Klammern)

		Krankenschwestern/ -pfleger	Kranken- pflegehelfer	Sprech- stunden- helfer	Altenpfleger/ -helfer	Bürofach- kräfte
Ausbildungs- kohorte (1993)	Fallzahlen (1994)	2.310	310	2.707	1.081	5.926
Geschlecht	Männer	360 (15,6%)	61 (19,7%)	*	200 (18,5%)	1.254 (21,2%)
	Frauen	1.950 (84,4%)	249 (80,3%)	*	881 (81,5%)	4.672 (78,8%)
Staats- angehörigkeit	Deutsche	2.175 (94,2%)	265 (85,5%)	2.236 (82,6%)	982 (90,8%)	5.459 (92,1%)
	Ausländer	135 (5,8%)	45 (14,5%)	471 (17,4%)	99 (9,2%)	467 (7,9%)
Schulbildung	Abiturienten	215 (9,3%)	7 (2,3%)	27 (1,0%)	110 (10,2%)	528 (8,9%)
Arbeitszeit	Teilzeit (1994)	136 (5,9%)	40 (12,9%)	64 (2,4%)	140 (13,0%)	88 (1,5%)
	Teilzeit (2008)**	810 (55,0%)	79 (44,9%)	573 (46,8%)	287 (47,8%)	979 (31,8%)

* Aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte < 3 und Daten, aus denen sich rechnerisch eine Differenz ermitteln lässt, mit * anonymisiert.

** Beschäftigtenzahl und prozentualer Anteil von Teilzeitbeschäftigten im jeweiligen Beruf bezogen auf die Gesamtzahl der im Jahr 2008 noch in einem Gesundheitsberuf Tätigen.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

5.1 Beschäftigungstreu im weiteren Sinne

Zum Einstieg in die Verbleibsanalyse wird in diesem Abschnitt zunächst der Frage nachgegangen, wie viele der Personen aus der ursprünglichen Ausbildungskohorte – unabhängig von Beruf oder Tätigkeitsbereich – im Zeitverlauf überhaupt

sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Demnach werden in diesem ersten Analyseschritt auch jene Personen aus der Ausbildungskohorte berücksichtigt, die im Zeitverlauf zwar weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, jedoch Tätigkeiten ausüben, die auch außerhalb des Ausbildungsberufes oder Gesundheitswesens angesiedelt sein können.

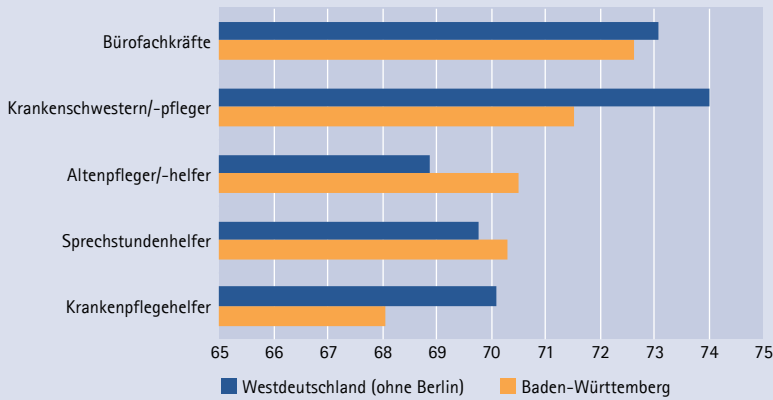
Die Analyse zeigt, dass ein Großteil der ausgewählten Ausbildungskohorte, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt (2008). Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen vergleichsweise gering (vgl. Abbildung 9). Mit einem Anteil von 72,6 Prozent hat die Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte am aktuellsten Rand die höchste Beschäftigungstreue i. w. S. Den zweiten Rang belegen Krankenschwestern/-pfleger. 15 Jahre nach Abschluss der Ausbildung liegt hier der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei 71,5 Prozent. Dies entspricht der höchsten Beschäftigungstreue i. w. S. im Vergleich der ausgewählten Gesundheitsberufe. Es folgen die Altenpfleger/-helfer mit Anteilen von 70,5 Prozent und Sprechstundenhelfer mit 70,3 Prozent. Am geringsten ist die Beschäftigungstreue i. w. S. bei den Krankenpflegehelfern; der Anteil beträgt hier 68,1 Prozent. Es lässt sich Folgendes festhalten: Die Mehrzahl derjenigen, die eine Ausbildung in einem der betrachteten Berufe abschließen, sind auch nach 15 Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Darüber hinaus zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Baden-Württemberg und Westdeutschland. Nur in zwei der fünf betrachteten Berufe ist die Beschäftigungstreue i. w. S. im Südwesten höher (Altenpfleger/-helfer und Sprechstundenhelfer). Besonders groß ist der Unterschied bei Krankenschwestern/-pflegern. Inwieweit alternative Erwerbsformen, Arbeitslosigkeit, Familienstrukturen und die allgemeine Arbeitsmarktlage diese Abstände befördern, kann an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden.

Im Zeitverlauf nimmt die Beschäftigungstreue i. w. S. über alle Berufe hinweg ab (vgl. Abbildung 10). Trotz des erkennbaren allgemeinen Abwärtstrends, ist der Rückgang der Beschäftigungsanteile nicht kontinuierlich. Stattdessen sind im zeitlichen Verlauf Auf- und Abwärtsbewegungen erkennbar. Der deutlichste Rückgang der Beschäftigungstreue i. w. S. ist bereits in den ersten vier Jahren nach Beendigung der Ausbildung zu erkennen. Hervorzuheben ist die Ähnlichkeit der Entwicklungspfade in den einzelnen Berufen, auch bei der Betrachtung der westdeutschen Daten finden sich vergleichbare Muster. Die Gründe für diese Schwankungen können im Rahmen dieser deskriptiven Verbleibsanalyse nicht abschließend geklärt werden. Es besteht kein offensichtlicher Zusammenhang mit veränderten Rahmenbedingungen wie den Reformen im Gesundheitswesen.

Abbildung 9

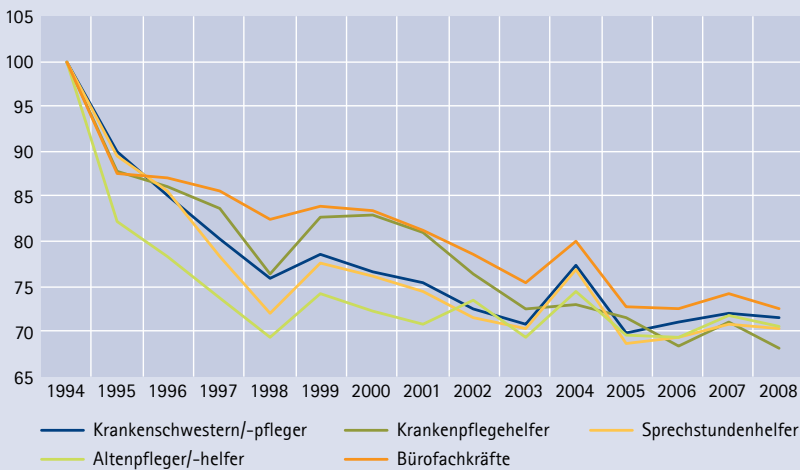
Beschäftigungstreue im weiteren Sinne der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.2008



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Abbildung 10

Entwicklung der Beschäftigungstreue im weiteren Sinne der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994–2008, Index: 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Auf individueller Ebene kann hinter dem Rückgang der Beschäftigungsanteile grundsätzlich der Übergang in Arbeitslosigkeit, in Rente oder in Selbständigkeit stehen. Auch die Abwanderung in andere Bundesländer würde im vorliegenden Berechnungsschema zu einem Absinken der Beschäftigungstreue i. w. S. führen.

Einen großen Einfluss hat vermutlich auch die Erwerbsunterbrechung aus familiären Gründen (Familiengründung und Pflege von Angehörigen). Da Frauen diese Verpflichtungen im Regelfall übernehmen und es sich bei den ausgewählten Berufen zugleich um ausgesprochene Frauenberufe handelt, dürfte dieser Effekt besonders stark zum Tragen kommen. Die Schwankungen der Beschäftigungstreue i. w. S. sind deshalb mit großer Wahrscheinlichkeit auf Erwerbsunterbrechungen bzw. -wiederaufnahmen (Berufsrückkehr) aus familiären Gründen zurückzuführen.

Der folgende Abschnitt wendet sich der Betrachtung der Beschäftigungstreue im engeren Sinne zu (i. e. S.). Hierbei wird gezielt der berufliche Verbleib innerhalb der ursprünglichen Berufsfelder untersucht.

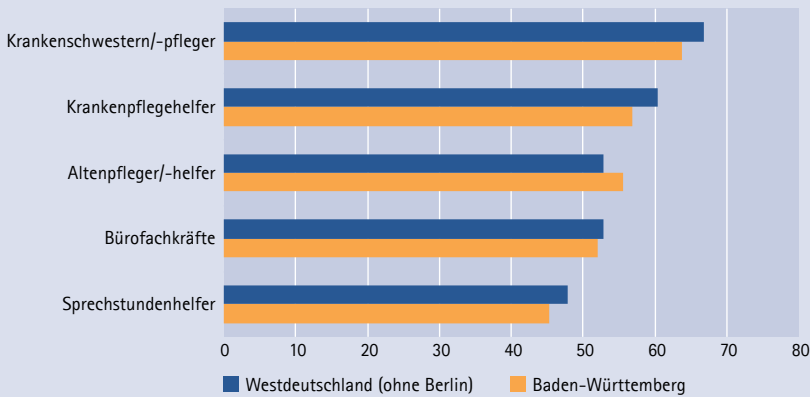
5.2 Beschäftigungstreue im engeren Sinne

Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt, befasst sich die Beschäftigungstreue i. e. S. ausschließlich mit jener sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, die innerhalb des ursprünglichen Berufsfeldes ausgeübt wird. Das Berufsfeld Gesundheitsdienstberufe setzt sich aus den Berufsgruppen 84 bis 85 zusammen, bei den Bürofachkräften entspricht das Berufsfeld der Berufsgruppe 78, also den Bürofachkräften und -hilfskräften. Aufgrund des engeren inhaltlichen Fokus, fallen die Werte für die Beschäftigungstreue i. e. S. naturgemäß niedriger aus als die Betrachtungen im vorherigen Abschnitt. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte deshalb berücksichtigt werden, dass hier nur ein Ausschnitt der Gesamtbeschäftigung betrachtet wird (siehe Abschnitt 5.1).

Auch bei der Beschäftigungstreue i. e. S. fallen die Ergebnisse je nach betrachtetem Beruf unterschiedlich aus. Am höchsten ist der Verbleib im ursprünglichen Berufsfeld bei Krankenschwestern und -pflegern: 63,8 Prozent der Ausbildungskohorte 1993 sind im Jahr 2008 in einem Gesundheitsberuf tätig (vgl. Abbildung 11). Den zweithöchsten Wert erreichen die Krankenpflegehelfer, hier liegt der Beschäftigtenanteil bei 56,8 Prozent. Auch mehr als die Hälfte der Altenpfleger/-helfer (55,6 %) sind noch 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss in einem Gesundheitsberuf tätig. Am niedrigsten ist die Beschäftigungstreue i. e. S. bei den Sprechstundenhelfern, nicht einmal jeder zweite Absolvent aus der Ausbildungskohorte verbleibt in einem Gesundheitsberuf (45,2 %). Zum Vergleich: Bei den Bürofachkräften sind 2008 noch 52,0 Prozent der Ausbildungskohorte in diesem Berufsfeld tätig.

Abbildung 11

Beschäftigungstreue im engeren Sinne der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin), in Prozent, Stichtag 30.06.2008



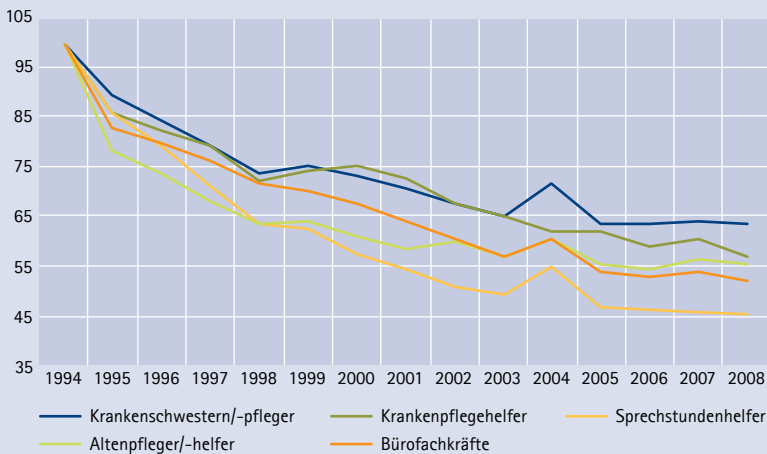
Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Insgesamt verbleiben die baden-württembergischen Beschäftigten in nahezu allen ausgewählten Berufen seltener in dem ursprünglichen Berufsfeld als im Vergleich zu Westdeutschland (vgl. dazu Abschnitt 5.1). Lediglich der Verbleib bei den Altenpflegern und -helfern ist im Vergleich zum westdeutschen Durchschnitt höher.

Bei allen ausgewählten Berufen zeigt sich in der Längsschnittbetrachtung ein Abwärtstrend (siehe Abbildung 12). Wie bereits bei der Betrachtung der Beschäftigungstreue i. w. S. zeigt sich der deutlichste Rückgang der Beschäftigtenanteile bereits innerhalb der ersten vier Jahre nach Beendigung der Ausbildung. Der Abwärtstrend wird zuletzt im Jahr 2004 durch einen kurzen Anstieg unterbrochen. Besonders auffallend ist die Entwicklung bei Sprechstundenhelfern und Bürofachkräften. Das Niveau im ursprünglichen Berufsfeld (Beschäftigungstreue i. e. S.) liegt deutlich unterhalb der Beschäftigungsanteile insgesamt (Beschäftigungstreue i. w. S.). Dies legt den Schluss nahe, dass sowohl Sprechstundenhelfer als auch Bürofachkräfte häufig ihr ursprüngliches Berufsfeld verlassen und Tätigkeiten in anderen Berufsfeldern aufnehmen.

Abbildung 12

Beschäftigungstreue im engeren Sinne der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994–2008, Index: 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

5.3 Berufstreue

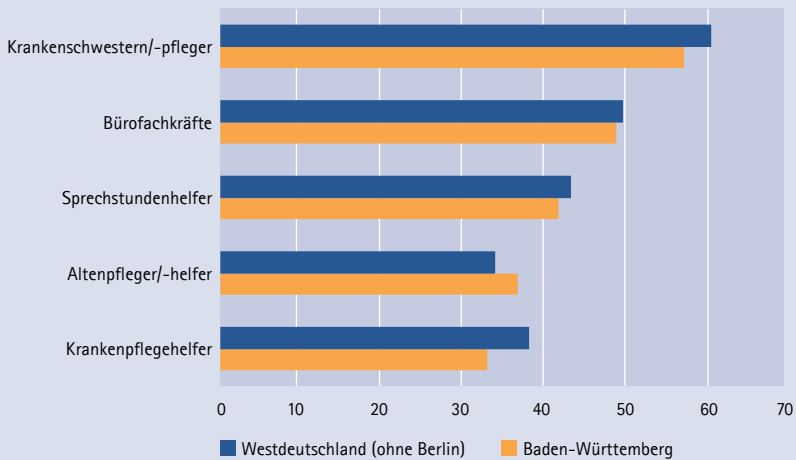
Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Kern des Themas Fachkräftesicherung. Er zeigt auf, wie hoch der Anteil jener Personen ist, die im Verlauf ihres Erwerbslebens noch im erlernten Beruf beschäftigt sind. Die Berufstreue ist die am engsten gefasste der drei vorliegenden Abgrenzungen.

Auch 15 Jahre nach Abschluss der Ausbildung sind noch 57,6 Prozent der Ausbildungskohorte weiterhin als Krankenschwester/-pfleger beschäftigt (Abbildung 13). Damit ist die Berufstreue im Vergleich der ausgewählten Ausbildungsberufe hier am höchsten. Zum Vergleich: Bei den Bürofachkräften übt noch knapp jeder Zweite (49,2 %) seinen Ausbildungsberuf aus. Es lässt sich Folgendes festhalten: Bürofachkräfte sind zwar insgesamt häufiger sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Beschäftigungstreue i. w. S.), aber jene Krankenschwestern/-pfleger, die überhaupt noch sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, üben häufiger ihren erlernten Beruf aus.

Aber auch der vergleichsweise höhere Anteil der Krankenschwestern/-pfleger ist noch ausbaufähig, wie beispielsweise der Blick auf Westdeutschland zeigt. Zudem ist die Berufstreue bei Bürofachkräften vermutlich auch deshalb niedriger, da in diesem Beruf – im Unterschied zu vielen Gesundheitsberufen – ein Wechsel des Tätigkeitsfeldes einfacher zu realisieren ist bzw. bessere Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten geboten sind.

Abbildung 13

Berufstreue der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin), in Prozent, Stichtag 30.06.2008



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

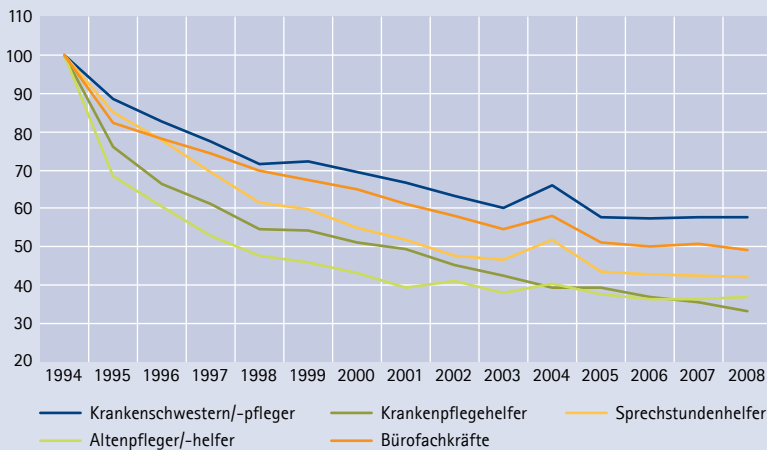
Auf den weiteren Rängen folgen die Sprechstundenhelfer mit einem Anteil der Berufstreue von 42,0 Prozent und die Altenpfleger/-helfer mit 36,9 Prozent. Schlusslicht bilden die Krankenpflegehelfer. Nur jeder Dritte aus der ursprünglichen Ausbildungskohorte ist nach 15 Jahren noch in seinem Ausbildungsberuf tätig (33,2%). Da mehr als die Hälfte (56,3%) der Ausbildungskohorte weiterhin im Berufsfeld Gesundheit beschäftigt ist (Beschäftigungstreue i. e. S.), besteht die Möglichkeit, dass diese Personen im Verlauf ihrer Erwerbsbiografie an Aufstiegsqualifizierungen teilgenommen haben, z. B. um als Krankenschwester/-pfleger zu arbeiten.

Wie in den vorherigen Abschnitten fällt auch hier auf, dass Westdeutschland höhere Werte im Zusammenhang mit dem Verbleib im Beruf aufweist. Nur die Altenpfleger/-helfer haben als einzige Berufsgruppe in Baden-Württemberg einen höheren Anteil an berufstreuen Personen als in Westdeutschland. Da das Bild auch bei der Beschäftigungstreue i. w. S. über die Berufe hinweg sehr heterogen ist, kann dafür nicht allein der Grund sein, dass in Baden-Württemberg alternative Beschäftigungsmöglichkeiten häufiger vertreten sind.

Innerhalb des Beobachtungszeitraums nimmt die Berufstreue fast kontinuierlich ab (vgl. Abbildung 14). Am deutlichsten erkennbar ist der Rückgang beim Übergang von Ausbildung in Beschäftigung.

Abbildung 14

Berufstreu der Ausbildungskohorte 1993 in den Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg von 1994–2008, Index: 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Dieser Abschnitt befasste sich mit der Sicherung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen. Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob Beschäftigte in Gesundheitsberufen früher aus ihrem Beruf oder aus der Beschäftigung insgesamt ausscheiden als andere Berufsgruppen. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen einer deskriptiven Verbleibsanalyse Struktur und Entwicklung ausgewählter Berufe miteinander verglichen. Dabei zeichnete die Gegenüberstellung ein sehr heterogenes Bild. Einerseits bestätigte sich die Annahme, dass die Beschäftigungstreu i. w. S. in den Gesundheitsberufen geringer ist als im Vergleichsfeld der Bürofachkräfte. Mit anderen Worten: Der Anteil derjenigen, die überhaupt in Beschäftigung verbleiben, ist bei den ausgewählten Gesundheits- und Pflegeberufen niedriger. Der Verbleib im Berufsfeld oder Ausbildungsberuf gestaltet sich dagegen von Beruf zu Beruf sehr unterschiedlich. Deutliche Abstufungen gibt es sogar innerhalb der ausgewählten Gesundheitsberufe. Insgesamt konnte durch die Verbleibsanalyse veranschaulicht werden, in welchem Ausmaß die Zahl der Fachkräfte im Zeitverlauf zurückgeht. Aus strategischer Sicht sollte demnach die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen auch auf den Erhalt des existierenden Humankapitals abzielen. Insbesondere für Baden-Württemberg ergeben sich daraus – im Vergleich zu Westdeutschland – nennenswerte Aufholpotenziale. Kritisch soll an dieser Stelle noch angemerkt werden, dass die betrachteten Berufe lediglich einen Ausschnitt der Beschäftigung darstellen. Für ein differenzierteres Bild müssten noch weitere Vergleichsberufe in die Betrachtung einbezogen werden.

Gründe für eine geringe Berufstreue können vielfältig sein: Auf individueller Ebene können Arbeitszufriedenheit und die berufliche Belastungssituation ausschlaggebend sein (siehe oben). Auch die Lohnhöhe kann sich auf Erwerbsentscheidungen auswirken. Darüber hinaus können sowohl die betrachteten Arten von Beschäftigungstreue als auch die Berufstreue durch Mobilität beeinflusst werden, beispielsweise durch den Umzug in ein anderes Bundesland. Und schließlich könnte ein weiterer Grund in der unterschiedlichen Organisation der Familienphase liegen. Auf einige dieser Faktoren wird im folgenden Abschnitt detailliert eingegangen.

6 Einflussfaktoren

Bereits im Verlauf des vorherigen Abschnitts wurden einige Gründe dafür angeführt, dass die Beschäftigungszahlen der untersuchten Ausbildungskohorte im Zeitverlauf zurückgehen. Grundsätzlich können Personen, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind arbeitslos sein, Rente beziehen, eine allgemeinbildende Schule besuchen, eine schulische Ausbildung absolvieren, sich in der Familienphase befinden, sich aus anderen Gründen vom deutschen Arbeitsmarkt zurückgezogen oder alternative Erwerbsformen gewählt haben, beispielsweise die Selbständigkeit oder die Erwerbstätigkeit als Beamter oder Soldat. Zudem können nach der vorliegenden Definition ebenfalls Wanderungsbewegungen der Beschäftigten in andere Bundesländer die verwendeten Beschäftigungszahlen senken. Die genannten Gründe sind für den Verbleib in der vorliegenden Analyse von unterschiedlicher Relevanz. Nicht alle relevanten Faktoren können in diesem Zusammenhang auf Grundlage der vorliegenden Daten untersucht werden. Detailliert betrachtet werden die Einflussfaktoren Löhne und Wanderungsbewegungen: Das Lohnniveau kann als Push- oder Pullfaktor den Verbleib in Beschäftigung und Beruf unmittelbar beeinflussen und Wanderungsbewegungen bilden einen wichtigen Aspekt des Verbleibs ab, indem Fachkräfte differenziert nach ihrem Arbeitsort untersucht werden. Wie in den vorangegangenen Abschnitten beschränkt sich die Datenanalyse auf einen rein beschreibenden Ansatz. Kausalzusammenhänge können deshalb nicht nachgewiesen werden.

6.1 Entlohnung in den Gesundheitsberufen

In Ergänzung zur Verbleibsanalyse soll in diesem Abschnitt der Frage nachgegangen werden, ob die Betrachtung von Lohnniveau und -entwicklung das Verständnis um die Struktur des beruflichen Verbleibs im Gesundheitswesen verbessern kann. Das Lohnniveau ist ein möglicher Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit und die Attraktivität eines Berufes. Wenn der Lohn vergleichsweise gering ist, dann entstehen *ceteris paribus* Anreize, in Berufe oder Regionen mit höherem Lohn-

niveau zu wechseln. Analog zum vorherigen Abschnitt wurde aus diesem Grund eine Längsschnittanalyse der Entgelte für ausgewählte Gesundheitsberufe aufbereitet. Da in der BeH die genauen Angaben zu den wöchentlichen Arbeitsstunden bei den Teilzeitbeschäftigten fehlen, wird die Analyse auf die Gehälter von Vollzeitbeschäftigten beschränkt.

Betrachtet wird das monatliche Bruttomedianeinkommen²⁰ in den ausgewählten Gesundheitsberufen: Krankenschwestern und -pfleger, Krankenpflegehelfer, Sprechstundenhelfer, Altenpfleger/-helfer und als Vergleichsberuf die Bürofachkräfte. Es werden die Meldungen jener Personen einbezogen, die in ihrem ursprünglichen Berufsfeld tätig sind (Beschäftigungstreue i. e. S.).

Unter den ausgewählten Berufen erzielen die Krankenschwestern/-pfleger im Jahr 2008 mit 3.132,16 € das höchste monatliche Bruttomedianeinkommen in Baden-Württemberg (Abbildung 15).²¹ Sie übertreffen damit sogar leicht die Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte; hier liegt der Verdienst bei 3.124,70 €. An dritter Stelle folgen die Altenpfleger/-helfer mit einem Einkommen von 2.910,57 €. Es folgen die Krankenpflegehelfer, sie erzielen ein Einkommen von 2.858,25 €. Das Einkommen der Sprechstundenhelfer ist mit deutlichem Abstand das Niedrigste im vorliegenden Vergleich. In 2008 beläuft es sich auf 2.018,45 €. Der Lohnabstand zwischen Sprechstundenhelfern und Krankenschwestern/-pflegern liegt damit bei 1.113,71 € bzw. 55,2 Prozent. Die Unterschiede finden sich auch auf westdeutscher Ebene, allerdings ist das Lohnniveau in Baden-Württemberg für alle betrachteten Berufe etwas höher. Der durchschnittliche Abstand beträgt 2,6 Prozent.

Zwar schneiden Krankenschwestern und -pfleger bei der absoluten Lohnhöhe am besten ab, den größten Lohnanstieg verzeichneten jedoch die Bürofachkräfte. Ausgehend vom Jahr 1994 beträgt der prozentuale Anstieg im Jahr 2008 90,7 Prozent. Die höchste Steigerungsrate innerhalb der Gruppe der Gesundheitsberufe fällt wiederum den Krankenschwestern und -pflegern zu. Der prozentuale Anstieg liegt hier bei 59,4 Prozent. Die Sprechstundenhelfer, die ohnehin von einem niedrigen Niveau gestartet sind, verzeichnen darüber hinaus mit 46,3 Prozent auch das geringste Wachstum.

20 Das monatliche Bruttomedianeinkommen wird auf Grundlage des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts berechnet. Die Daten zu den Entgelten stammen aus dem Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Dabei bietet sich die Verwendung des Medians als Durchschnittswert an, da im Rahmen des Meldeverfahrens eine Zensierung des Einkommens durch die Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Der Mittelwert einer Verteilung wird durch diese Zensierung beeinflusst und bietet sich somit nicht als Maß an. Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt und ist weniger anfällig für Verzerrungen.

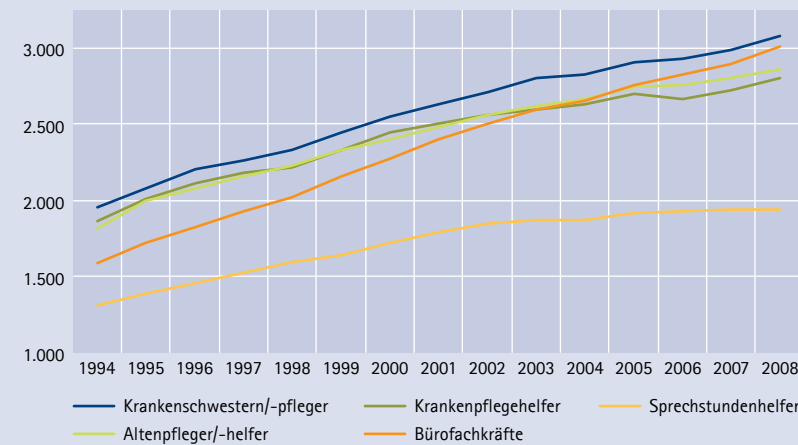
21 Hierbei ist zu beachten, dass in diesem Zusammenhang nicht für weitere wichtige Einflussgrößen wie Arbeitsmarkterfahrung oder Geschlecht kontrolliert wird.

22 Bei der Interpretation der Zahlen sollte beachtet werden, dass einzelne Teilgruppen bei der Altenpflege nicht genauer identifiziert und herausgefiltert werden können. Dies betrifft zum einen die Altenpfleger/-helfer und zum anderen die in diesem Bereich tätigen Sozialarbeiter. Der Gesamteffekt auf die Lohnhöhe kann an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden.

Zu Beginn des Abschnitts wurde die Frage nach dem Zusammenhang von Lohnhöhe und Beschäftigungstreue aufgeworfen. Unter sonst gleichen Bedingungen wäre zu erwarten, dass die Beschäftigungstreue in einem Beruf mit hohem Lohnniveau ebenfalls hoch ausfällt. Ein Vergleich zwischen der Lohnhöhe und der Beschäftigungstreue i. e. S. zeigt jedoch keinen eindeutigen Zusammenhang. Übereinstimmungen gibt es jeweils am unteren und oberen Rand. Bei Krankenschwestern und -pflegern fällt das maximale Bruttomedianeinkommen mit der höchsten Beschäftigungstreue i. e. S. zusammen. Umgekehrt ist sowohl Lohnniveau als auch Beschäftigungstreue i. e. S. bei den Sprechstundenhelfern am geringsten. Das Mittelfeld lässt keine genaue Zuordnung zu. Der vermutete Zusammenhang zwischen Beschäftigungstreue und Lohnniveau kann somit nicht eindeutig bestätigt werden.

Abbildung 15

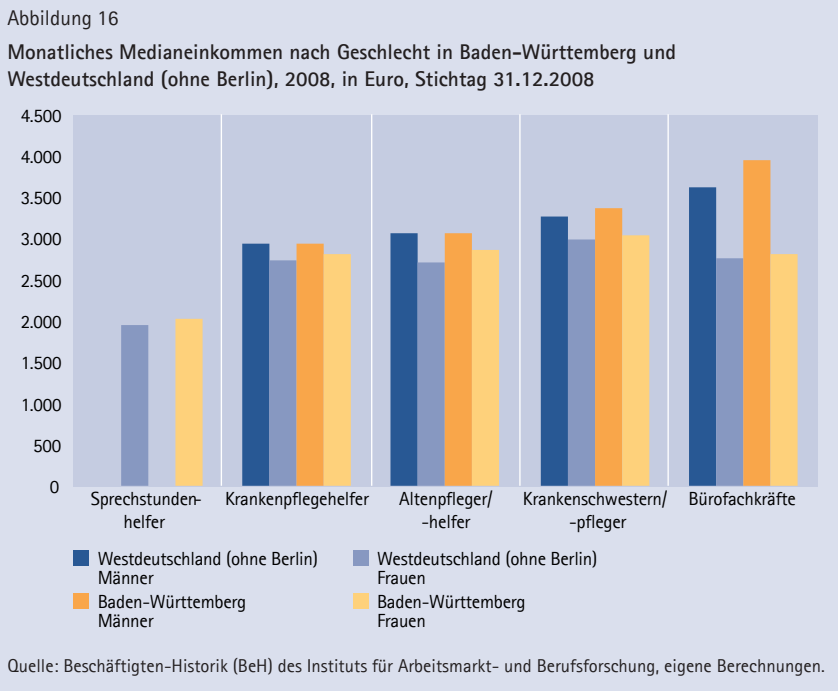
Monatliches Bruttomedianeinkommen in ausgewählten Berufen in Baden-Württemberg von 1994–2008, in Euro, Stichtag 31.12.



Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Abbildung 16 stellt das geschlechtsspezifische Einkommen für Baden-Württemberg und Westdeutschland für die ausgewählten Berufe dar.²³ Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich in beiden betrachteten Regionen und über alle Berufe hinweg. Der größte Lohnabstand findet sich sowohl in Baden-Württemberg als auch in Westdeutschland, bei den Bürofachkräften. Bei den Gesundheitsberufen sind dagegen die Lücken vergleichsweise gering ausgeprägt.

²³ Aus Gründen des Datenschutzes wurde der monatliche Bruttomedianlohn nicht für Sprechstundenhelfer ausgewertet.



6.2 Wanderungen

Ein zweiter wichtiger Aspekt in Bezug auf den Verbleib in Beruf und Beschäftigung sind Wanderungsbewegungen. Personen, die den Arbeitsort verlegen, senken die Zahl der Fachkräfte in der jeweiligen Region. Gleichzeitig steigt das Fachkräfteangebot, wenn Beschäftigte aus anderen Regionen zuwandern. Wanderungsbewegungen sind damit ein weiterer wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Einschätzung des Fachkräfteangebots und der Fachkräftesicherung.

Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung einer Region ist ihre Fähigkeit, Fachkräfte zu halten bzw. anzuziehen. Dieser Zusammenhang wird durch den demografischen Wandel noch weiter verstärkt, da die Alterung und Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung zu einem Rückgang des Arbeitskräfteangebotes führt. Auf individueller Ebene beeinflussen sogenannte Push- und Pullfaktoren die Mobilitätsentscheidungen von Arbeitskräften. Neben dem Lohnniveau und weiteren Faktoren, wie den sozialen und wirtschaftlichen Wanderungskosten, spielen insbesondere die regionalen Beschäftigungsmöglichkeiten und das Arbeitslosigkeitsniveau eine entscheidende Rolle (Arntz/Gregory/Lehmer 2012). Arbeitskräftemobilität fungiert demnach als Anpassungsmechanismus, der zum Ausgleich regionaler Disparitäten beiträgt.

Seit der Wiedervereinigung gibt es ausgeprägte Wanderungsströme zwischen Ost- und Westdeutschland. Baden-Württemberg erzielt sowohl international als

auch im Rahmen der länderübergreifenden innerdeutschen Wanderungen einen positiven Wanderungssaldo. Die Wanderungsgewinne innerhalb des Bundesgebiets sind dabei ausschließlich auf die Zuzüge aus Ostdeutschland zurückzuführen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2009; 2012: 8).

Während die Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg Wanderungen der Bevölkerung abbilden, also auch von Rentnern und Kindern, die nicht primär arbeitsmarktbezogen sind, können mit den Daten des IAB die Wanderungen von Arbeitskräften, d. h. der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten analysiert werden. Grundlage der folgenden Ausführungen ist, wie bereits in den vorausgehenden Abschnitten, die Ausbildungskohorte der ausgewählten Berufe. Für die jeweilige Ausbildungskohorte wird betrachtet, wie hoch der Anteil der Beschäftigten ist, die an ihrem ursprünglichen Arbeitsort in Baden-Württemberg verbleiben und welchen Anteil Abwanderer bzw. Zuwanderer haben. Verflechtungen mit dem Ausland werden dabei nicht berücksichtigt.

Von den insgesamt 6.408 Personen, die im Jahr 1994 ihre Ausbildung in einem der vier ausgewählten Gesundheitsberufe abgeschlossen haben, sind im selben Jahr 6.191 Personen in Baden-Württemberg verblieben. Dies entspricht einer Quote von 96,6 Prozent (siehe Abbildung 17). 217 Personen sind demnach in andere Bundesländer abgewandert, häufigstes Ziel waren dabei die benachbarten Bundesländer. Im Jahr 2008, 14 Jahre nach Abschluss der Ausbildung, waren von den ursprünglich 6.408 Personen noch 4.528 in Baden-Württemberg sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Damit lag für 1.880 Personen der Arbeitsort in diesem Jahr außerhalb Baden-Württembergs. Die entsprechende Quote beläuft sich damit auf 89,4 Prozent. Über die betrachteten Jahre hinweg steigt demnach der prozentuale Anteil der Fortzüge.²⁴

Aufgeschlüsselt nach Berufen zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Mobilitätsneigung der Beschäftigten.

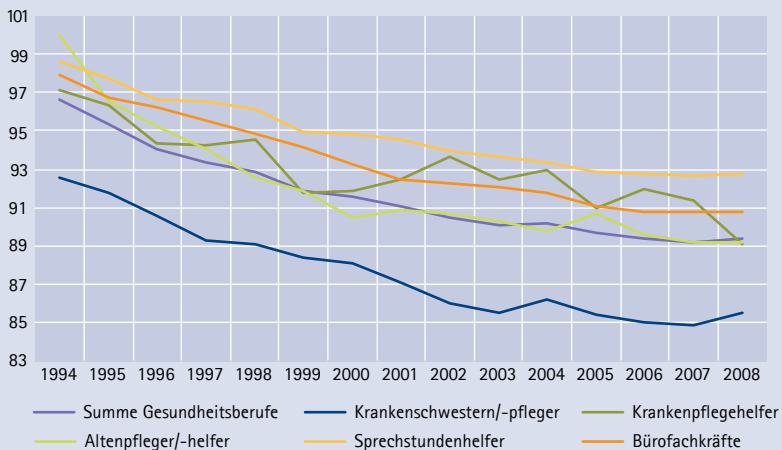
Abbildung 17 stellt neben der Durchschnittsquote über alle betrachteten Gesundheitsberufe auch die prozentualen Anteile der Beschäftigten der Ausbildungskohorte dar, die am Arbeitsort Baden-Württemberg verbleiben. Es zeigt sich, dass der Anteil der Abwanderungen bei Krankenschwestern/-pfleger am größten ist. Knapp jede/r Siebte bzw. 14,5 Prozent der Ausbildungskohorte war 2008 in einem anderen Bundesland sozialversicherungspflichtig tätig. Am geringsten ist die Mobilitätsneigung bei Sprechstundenhelfern. Aus dieser Ausbildungskohorte wanderte knapp jede/r Vierzehnte bzw. 7,2 Prozent in ein anderes Bundesland ab. In der

24 Die Daten bilden dabei lediglich Momentaufnahmen für das jeweilige Jahr ab. Dabei wird zu jedem betrachteten Zeitpunkt der Bestand der Beschäftigten gezählt. Diese Zahl ist über die Jahre hinweg jedoch nicht statisch und wird durch Zu- und Abwanderung bestimmt. Insgesamt steigt also im betrachteten Zeitraum der Anteil der Abwanderung. Es kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass es sich jeweils um die exakt gleiche Personengruppe handelt.

Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte ist die Mobilitätsneigung im Vergleich zu den Gesundheitsberufen insgesamt niedriger (2008: 9,2 % vs. 10,6 %). Auffallend sind die starken jährlichen Schwankungen bei den Krankenpflegehelfern, diese sollten allerdings nicht überinterpretiert werden, da sie durch die niedrigen absoluten Werte in diesem Berufsfeld bedingt werden.

Abbildung 17

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus der Ausbildungskohorte nach ausgewählten Berufen mit Arbeitsort Baden-Württemberg von 1994–2008, in Prozent, Stichtag 30.06.

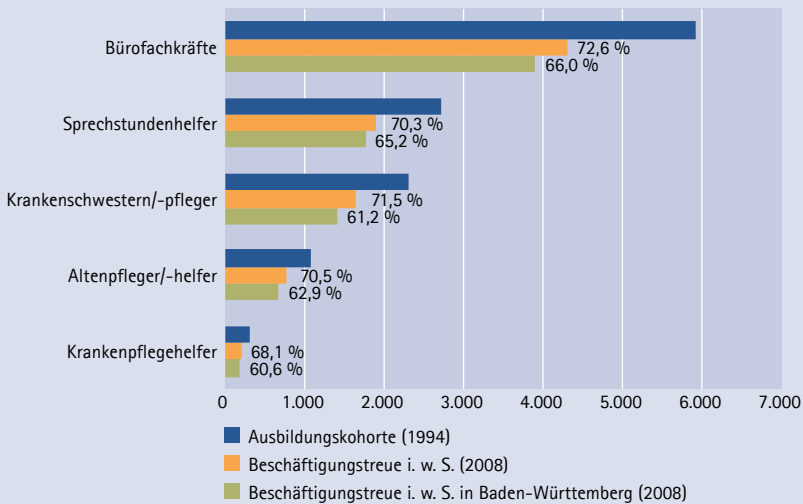


Quelle: Beschäftigten-Historik (Beh) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Um das Ausmaß der Abwanderungen für die jeweiligen Berufe zu verdeutlichen, stellt Abbildung 18 die Verbleibsstruktur den Ausgangsdaten der Ursprungskohorte gegenüber. Die blauen Balken (Ausbildungskohorte) zeigen die absolute Anzahl der Personen aus den Ursprungskohorten im Jahr 1994. Wie viele aus diesem Personenkreis im Sinne der Beschäftigungstreue i. w. S. (vgl. Abschnitt 5) noch im Jahr 2008 sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, zeigen die orangenen Balken. Die grünen Balken stellen die Beschäftigungstreue i. w. S. bezogen auf Baden-Württemberg dar. Hier werden nur jene Personen aus der Ausbildungskohorte berücksichtigt, die 2008 weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und diese Beschäftigung am Arbeitsort Baden-Württemberg ausüben. Die Darstellung zeigt deutlich, dass ein nicht unerheblicher Teil der Fachkräfte innerhalb des Beobachtungszeitraums in andere Bundesländer abwandert.

Abbildung 18

Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Ausbildungskohorte, Beschäftigungstreue im weiteren Sinne (i. w. S.) (2008) und Beschäftigungstreue i. w. S. bezogen auf Baden-Württemberg (2008), Absolutzahlen, Stichtag 30.06.



Anm.: Beschäftigungstreue i. w. S. (2008): Prozentualer Anteil der Ausbildungskohorte, die 2008 eine Beschäftigung ausüben.

Beschäftigungstreue i. w. S. in Baden-Württemberg (2008): Prozentualer Anteil der Ausbildungskohorte, die 2008 eine Beschäftigung in Baden-Württemberg ausüben.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Diese Berechnungen umfassen jedoch nur einen Teil der Wanderungsbewegungen. Neben Fortzügen aus Baden-Württemberg gibt es ebenfalls Zuzüge aus anderen Bundesländern. Allerdings werden die Zuzüge an dieser Stelle vernachlässigt, da der Blickwinkel auf die hiesige Ausbildungskohorte gerichtet ist. Die größten Zuwanderungsströme erfolgen aus Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz nach Baden-Württemberg. Zuwanderungen aus Ostdeutschland sind lediglich bei zwei Berufsfeldern von quantitativer Bedeutung: für Krankenschwestern/-pfleger (Sachsen) und Altenpfleger/-helfer (Sachsen-Anhalt). Über alle Gesundheitsberufe hinweg fällt der Wanderungssaldo für Baden-Württemberg positiv aus. Demnach übersteigen die Zuzüge die Fortzüge leicht um 102 Beschäftigte.

Die vorangegangenen Überlegungen zeigen, dass sich Wanderungsbewegungen in Baden-Württemberg nicht nachteilig auf die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen auswirken, sondern im Gegenteil das Fachkräftepotenzial im Gesundheitswesen zwar zum einen durch Abwanderungen in andere Bundesländer verkleinert wird, aber dieser Rückgang wiederum über Zuzüge mehr als kompensiert wird.

7 Zusammenfassung

Die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg war in vergangenen Jahren ein Beschäftigungsmotor. Zwischen 2000 und 2011 stieg die Zahl der Arbeitsplätze im Kernbereich des Gesundheitswesens um 25,2 Prozent, während die Gesamtbeschäftigung um 4,9 Prozent gewachsen ist. Aktuell ist gut jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in dieser Branche tätig.

Innerhalb des Kernbereichs hat der Wirtschaftszweig „Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken“ (43,6%) das größte Beschäftigungsgewicht. Auf beruflicher Ebene sind „Krankenschwestern und -pfleger sowie Hebammen“ (21,4%) am häufigsten vertreten. Die räumliche Konzentration im Gesundheitswesen ist nicht so stark ausgeprägt wie in vielen anderen Wirtschaftsbereichen, dennoch können auch hier regionale Schwerpunkte identifiziert werden. Kreise mit den höchsten Beschäftigungsanteilen des Kernbereiches in Baden-Württemberg sind: Heidelberg (23,0%), Tübingen (21,8%) und Freiburg im Breisgau (17,6%). Alle drei Regionen sind Standorte von Universitätskliniken und ziehen deshalb vermutlich auch andere assoziierte Gesundheitsbereiche an.

Die Analyse der Beschäftigungsstruktur hat ergeben, dass der Kernbereich des Gesundheitswesens eine ausgesprochene Frauendomäne ist: Vier von fünf Beschäftigten sind weiblich. Gleichzeitig ist der Teilzeitanteil der in diesem Bereich arbeitenden Frauen höher als an der weiblichen Gesamtbeschäftigung. Verglichen mit anderen Altersgruppen konnten Ältere (über 50 Jahre) am stärksten vom Beschäftigungsaufbau im Kernbereich des Gesundheitswesens profitieren. Ihre Beschäftigtenzahl hat sich zwischen 2000 und 2011 mehr als verdoppelt. Dagegen sind Ausländer im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung Baden-Württembergs unterrepräsentiert. Fachkräfte sind von herausragender Bedeutung für das Gesundheitswesen, denn 70,7 Prozent der Beschäftigten im Kernbereich haben einen Berufsabschluss, während ihr Anteil an der Gesamtbeschäftigung lediglich 60,8 Prozent beträgt.

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs- und angebots in Pflegeberufe bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* 62 (11): 990–1002.
- Arntz, Melanie; Gregory, Terry; Lehmer, Florian (2012): Selektive Arbeitskräftemobilität in Deutschland: Beschäftigungschancen sind wichtiger als der Lohn. In: *IAB-Kurzbericht*, 13/2012.
- Bandemer, Stephan von; Böhm, Dietmar; Klee, Günther; Volkert, Bernd (2011): *Gesundheitsstandort Baden-Württemberg: Stärken und außenwirtschaftliche Potenziale*, Tübingen.

- BBSR (2011): Raumordnungsprognose 2030, Bonn.
- Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich (<http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2008/fa2008-06.pdf>).
- Demel, Jutta (2012): Gute Arbeitsmarktperspektiven mit einer Ausbildung in der Pflege. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 7/2012 (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag12_07_05.pdf) (18.10.2012).
- Flenreiss, Gerhard; Rümmele, Martin (2008): Medizin vom Fließband – Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Wien: Springer.
- Fuchs, Johann; Hummel, Markus; Hutter, Christian; Klinger, Sabine; Spitznagel, Eugen; Wanger, Susanne; Weber, Enzo; Zika, Gerd (2011): Prognose 2011/2012: Schwerere Zeiten für den Arbeitsmarkt. IAB-Kurzbericht, 19/2011, Nürnberg.
- Gerlinger, Thomas; Schmucker, Rolf (2007): Die Gesundheitsreform und die Beteiligung wichtiger Gesundheitspolitischer Akteure – Überblick (http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?It=AAA530#AAB503) (17.12.2010).
- Gewiese, Tilo; Leber, Ute; Schwengler, Barbara (2003): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesenstudie. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 36 (2): 150–165.
- Gölz, Uwe; Weber, Matthias (2012): Alt und pflegebedürftig? Vorausrechnung der Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg sowie des benötigten Pflegepersonals. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 7/2012 (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag12_07_04.pdf) (18.10.2012).
- Hien, Wolfgang (2009): Pflegen bis 67? Älter werden und Gesundheit im Pflegeberuf. In: Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung 21 (11): 36–29.
- Hilbert, Josef; Fretschner, Rainer; Dülberg, Alexandra (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft.
- Knödler, Reinhardt (2013): Deutlicher Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 12/2013, 14–17.
- Kröhnert, Steffen; van Olst, Nienke; Klingholz, Reiner (o. J.): Deutschland 2020 Baden-Württemberg – Wo die Zukunft ein Zuhause hat. Berlin-Institut.

- Landenberger, Margarete; Lohr, Karin (1994): Frauen in Pflegeberufen – eine Beschäftigtengruppe auf dem Weg zu einem eigenständigen Berufsfeld und zu aktiver Mitgestaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Nowak, Alexander; Haufe, Eva; Ritter-Lempp, Katharina (2007): Belastung und Beanspruchung in der Altenpflege und Konsequenzen für die Aus- und Fortbildung. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 42 (7): 386–394.
- Pilger, Carmen; Jahn, Daniel (2013): Gesundheitswesen in Baden-Württemberg. Struktur und Entwicklung der Beschäftigung. IAB-Regional, Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Baden-Württemberg, 01/2013, Nürnberg.
- Pohl, Carsten (2010): The Future Demand for Long-term Carers in Germany: Model Calculations for the Federal Länder until 2020. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 35 (2): 379–400.
- Prognos (2011): Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg, Basel.
- Rau, Matthias; Werner, Daniel (2006): Baden-Württemberg – Forschungsstandort für Traditionsbranchen. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 55, H. 11/12, S. 276–279.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997, Band 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. (<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/sg97.htm>) (16.05.2012).
- Schwarck, Cornelia (2012): Der typisch ländliche Kreis. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 02/2012: 43–47.
- Stanowsky, Jürgen; Schmax, Sabine; Sandvoß, Rolf (2004): Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor?
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012): Statistische Berichte Baden-Württemberg. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungsbewegung in Baden-Württemberg 2011 (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3145_11001.pdf) (18.10.2012).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011a): Indikatoren zum Thema „Erwerbstätigkeit“: Arbeitsplatzdichte (http://www.statistik-bw.de/ArbeitsmErwerb/Indikatoren/ET_arbeitsplatzdichte.asp) (01.03.2012).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011b): Statistische Berichte Baden-Württemberg. Ärzte und Zahnärzte in Baden-Württemberg am 31. Dezember 2010 (<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/LRt0207.asp>) (14.06.2012).

- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009): Statistische Berichte Baden-Württemberg. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungsbewegung in Baden-Württemberg 2008. Stuttgart.
- Statistisches Landesamt BW (2012): Gesundheitsökonomische Indikatoren für Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Straubhaar, Thomas; Geyer, Gunnar; Locher, Hein; Pimpertz, Jochen; Vöpel, Henning (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Uexküll, Thure von; Wesiack, Wolfgang (1988): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Schwarzenberg.

Doris Baumann, Stefan Böhme

D Gesundheitswirtschaft in Bayern

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle, wirtschaftliche und demografische Besonderheiten des Bundeslandes Bayern dargestellt. Für das Bundesland liegen Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung vor, deren Kennziffern vorgestellt werden. Im Zentrum der Regionalstudie steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich und den zwei Erweiterungsbereichen auch den dritten Erweiterungsbereich der Krankenversicherungen und öffentlichen Verwaltung umfasst. Die unterschiedliche regionale Bedeutung der verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung wird auf Ebene der Kreise verdeutlicht. Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und Nationalität werden untersucht. Weitere Analysen richten sich auf die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen sowie die Bedeutung der geringfügig entlohnten Beschäftigten. Anschließend werden anhand einer Längsschnittbetrachtung die Berufsverläufe der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft untersucht.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

Der Freistaat Bayern ist mit einer Fläche von 70.549 km² das größte Bundesland und umfasst rund ein Fünftel des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland. Bayern zählte Ende 2012 12,5 Mio. Einwohner, etwa 15 Prozent der Bevölkerung der Bundesrepublik. Nach Nordrhein-Westfalen ist Bayern das zweitbevölkerungsreichste Bundesland. Als Flächenland ist Bayern mit 177 Einwohnern je km² (Deutschland: 225) allerdings vergleichsweise dünn besiedelt. Das Bundesland gliedert sich in die sieben Regierungsbezirke Unterfranken, Mittelfranken, Oberfranken, Oberpfalz, Schwaben, Niederbayern und Oberbayern. Differenziert nach siedlungsstrukturellen Kreistypen dominieren die dünn besiedelten ländlichen Kreise (32) und ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen (36). 20 Kreise sind in Bayern städtisch und 8 großstädtisch.

Betrachtet man zentrale Indikatoren der wirtschaftlichen Leistungskraft wie Wirtschafts- und Beschäftigungsleistung, gehört Bayern zu den führenden Bundesländern. Das Bruttoinlandprodukt je Einwohner lag 2013 um 15,2 Prozent über dem Bundeswert.¹ Die Arbeitsplatzdichte ist mit 55,3 je 100 Einwohner die höchste unter den Flächenländern.

Der starke Industriesektor wird vom Fahrzeugbau und weiteren Exportbranchen geprägt. Die überdurchschnittliche Beschäftigungsentwicklung lässt sich aber nur

¹ https://www.statistik-bw.de/VolkswPreise/Indikatoren/VW_wirtschaftskraft.asp.

teilweise durch die Branchenstruktur und andere Strukturvariablen wie Qualifikation der Beschäftigten oder Betriebsgröße erklären. Eine Analyse der Beschäftigungsentwicklung verweist auf die besondere Rolle von Standortfaktoren (Böhme/Eigenhüller 2005). Die bayerische Wirtschaft ist allerdings durch sehr starke Disparitäten geprägt. Der Regierungsbezirk Oberbayern erbrachte 2010 42,2 Prozent des BIPs Bayerns.² Im gleichen Jahr variierte das BIP je Einwohner zwischen 17.000 € im Landkreis Bayreuth und 81.000 € im Landkreis München.

Die demografische Entwicklung für Bayern ist insgesamt günstiger als in Deutschland durch Zuwanderung in einige wirtschaftlich prosperierende Regionen, insbesondere den Münchener Raum. Die Alterung der Bevölkerung ist bereits jetzt vor allem in den peripheren Regionen Bayerns sichtbar, insbesondere in Oberfranken und einigen südlichen Landkreisen.³ Insgesamt liegt der Anteil der Hochbetagten in Bayern bei 5,1 Prozent leicht unter dem Bundesschnitt (5,4%). Prognosen gehen insbesondere für Teile Oberfrankens von einem deutlichen Rückgang der Bevölkerungszahl und einem starken Anstieg des Durchschnittsalters aus, während vor allem für den Ballungsraum München auch in Zukunft Bevölkerungsgewinne und eine vergleichsweise moderate Alterung der Bevölkerung vorausberechnet werden (Böhme et al. 2012).

2 Ergebnisse der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für Bayern

Die bayerische Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich von anderen Bundesländern durch Besonderheiten in der stationären Gesundheitsversorgung. Einige Regionen haben sich auf gesundheitsbezogene Dienstleistungen und die Herstellung von Gesundheitsprodukten spezialisiert. Im stationären Bereich weist Bayern die meisten Belegärzte und medizinischen Versorgungszentren an Krankenhäusern auf (vgl. SVR-Gesundheit 2012: 299 ff.) Der Gesundheitsstandort Bayern umfasst einige überregional bedeutsame Kurorte und industrielle Gesundheitscluster. Dabei ist in erste Linie die Medizintechnik in Erlangen und München zu nennen. Einer Studie von Schneider (2013) zur Pharmaindustrie in Bayern sind folgende Eckwerte aus der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für Bayern zu entnehmen. Demnach lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2011 bei 10 Prozent. Die Ausgaben haben zwischen 2008 und 2011 jährlich um 2,7 Prozent zugenommen (Bund: 3,5%) (Tabelle 1). Die Produktion ist in diesem Zeitraum etwas stärker als im Bundesdurchschnitt gewachsen, was vor allem auf den Erweiterungsbereich zu-

2 https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2012/350_2012.php.

3 https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2014/95_2014.php.

rückzuführen ist. Dies zeigt sich auch am Wachstum des Gesundheitspersonals, das in den Gesundheitsindustrien, dem Handel und den Laboren jährlich um 2,2 Prozent zunahm (Bund: 0,6 %).

Tabelle 1

Gesundheitswirtschaftliche Eckwerte, Deutschland und Bayern, 2008–2011

2008	Bund	Bayern	Anteil Bayern am Bund in %
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. €	2.473,8	419,5	17,0
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. €	264,8	41,9	15,8
<i>Gesundheitsausgabenquote in %</i>	10,7	10,0	
Produktion Gesundheitswirtschaft (GW) in Mrd. €	394,8	61,2	15,5
Produktion Kernbereich der GW in Mrd. €	296,3	46,8	15,8
<i>Produktionsquote Kernbereich der GW in %</i>	6,3	5,8	
Bruttowertschöpfung Gesundheitswirtschaft in Mrd. €	239,7	37,2	15,5
Bruttowertschöpfung Kernbereich der GW in Mrd. €	182,6	29,0	15,9
<i>Bruttowertschöpfungsquote Kernbereich der GW in %</i>	8,2	7,7	
Erwerbstätigkeit Kernbereich der GW (GPR) in 1.000	4.632	724	15,6
2011	Bund	Bayern	Anteil Bayern am Bund in %
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. €	2.592,6	456,3	17,6
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. €	293,8	45,3	15,4
<i>Gesundheitsausgabenquote in %</i>	11,3	9,9	
Produktion Gesundheitswirtschaft (GW) in Mrd. €	440,7	68,4	15,5
Produktion Kernbereich der GW in Mrd. €	332,4	51,9	15,6
<i>Produktionsquote Kernbereich der GW in %</i>	6,6	5,7	
Bruttowertschöpfung Gesundheitswirtschaft in Mrd. €	264,9	41,1	15,5
Bruttowertschöpfung Kernbereich der GW in Mrd. €	202,0	31,6	15,6
<i>Bruttowertschöpfungsquote Kernbereich der GW in %</i>	8,7	7,8	
Erwerbstätigkeit Kernbereich der GW (GPR) in 1.000	4.920	774	15,7
2008–2011 Jährliche Veränderung in %	Bund	Bayern	
Bruttoinlandsprodukt	1,6	2,8	
Gesundheitsausgaben	3,5	2,7	
Produktion Gesundheitswirtschaft	3,7	3,8	
Produktion Kernbereich der GW	3,9	3,5	
Bruttowertschöpfung Gesundheitswirtschaft	3,4	3,4	
Bruttowertschöpfung Kernbereich der GW	3,4	2,9	
Erwerbstätigkeit Kernbereich der GW	2,0	2,3	

Quelle: Schneider (2013: 52).

Tabelle 2

Eckwerte der Gesundheitspersonalrechnung, Deutschland und Bayern, 2008–2011

2008	Bund	Bayern	Anteil Bayern am Bund in %
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	4.632	724	15,6
Nichtstationäre Einrichtungen	1.733	284	16,4
Stationäre Einrichtungen	1.849	288	15,6
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	654	98	14,9
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	396	54	13,6
2011	Bund	Bayern	Anteil Bayern am Bund in %
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	4.920	774	15,7
Nichtstationäre Einrichtungen	1.866	305	16,3
Stationäre Einrichtungen	1.968	310	15,8
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	683	102	14,9
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	403	57	13,6
2008–2011 Jährliche Veränderung in %	Bund	Bayern	
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	2,0	2,3	
Nichtstationäre Einrichtungen	2,5	2,4	
Stationäre Einrichtungen	2,1	2,5	
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	1,5	1,4	
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	0,6	2,2	

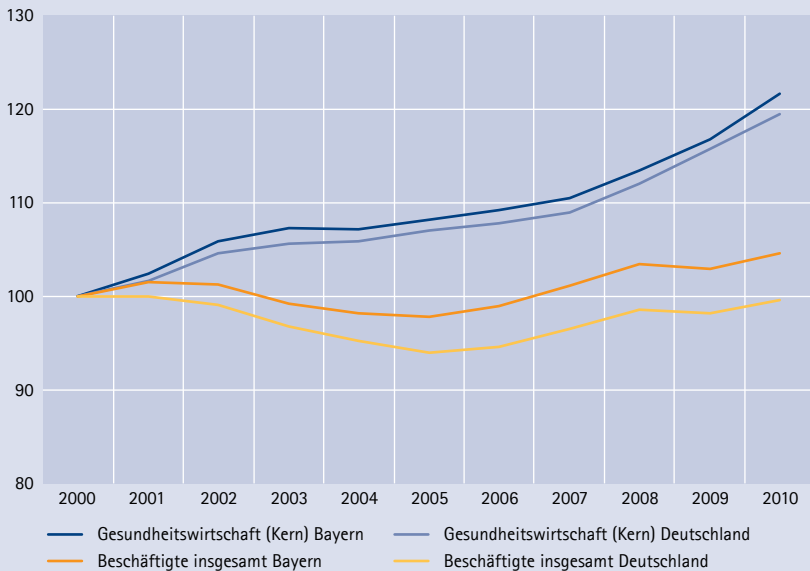
Quelle: Schneider (2013: 58).

3 Beschäftigungsentwicklung in der bayerischen Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft war im vergangenen Jahrzehnt in allen Bundesländern Beschäftigungsmotor. In der Zeit von 2000 auf 2010 stieg die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen bundesweit um 19,4 Prozent an, in Bayern sogar um 21,7 Prozent oder 79.900 auf 448.600. Die Gesamtbeschäftigung stagnierte bundesweit (0,4 %) in diesem Zeitraum, in Bayern war ein leichtes Plus von 4,6 Prozent zu beobachten (siehe Abbildung 1). Somit erwies sich der Gesundheitssektor flächendeckend als wichtiger Stabilisator im Beschäftigungssystem über alle strukturellen und konjunkturellen Veränderungen hinweg.

Abbildung 1

Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft in Bayern und Deutschland 2000–2010, Index: 2000 = 100



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen und Darstellungen.

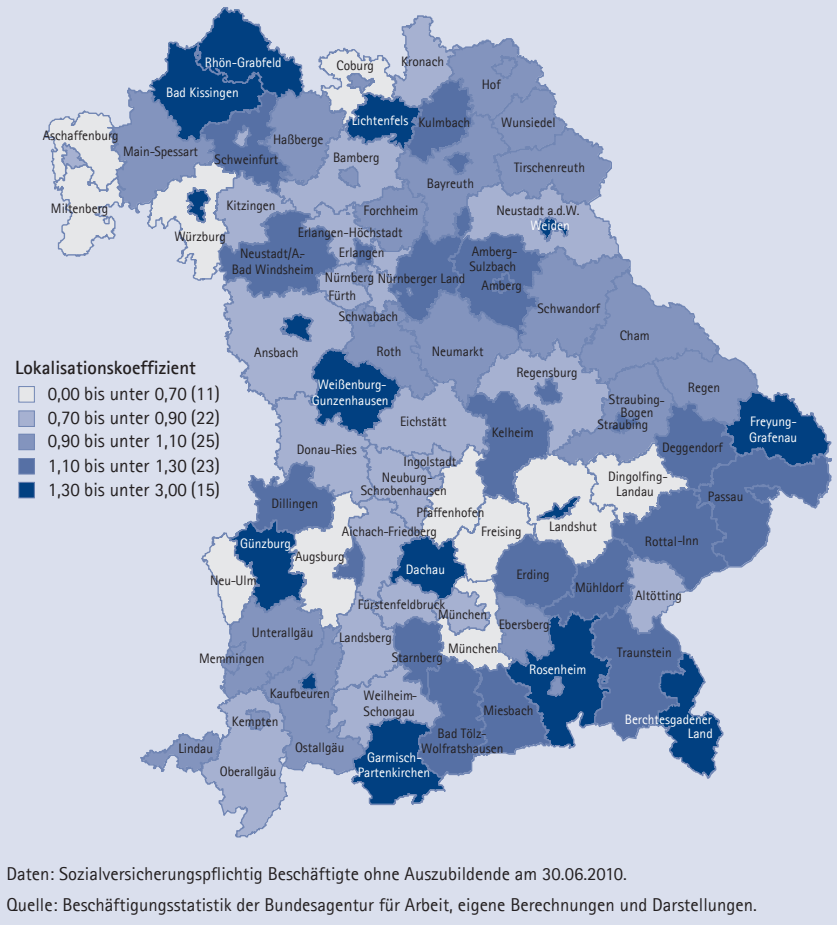
3.1 Beschäftigte in den bayerischen Kreisen

Aus Karte 1 werden die regionalen Unterschiede der Beschäftigtenzahl in der Gesundheitswirtschaft in den 96 bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten deutlich. Um regionale Schwerpunkte identifizieren zu können, wird der sogenannte Lokalisationskoeffizient⁴ berechnet. Dabei wird der Branchenanteil des Gesundheitswesens auf Kreisebene mit dem Branchenanteil von Deutschland in Beziehung gesetzt, wodurch die Branchenverteilung in verschiedenen Regionen miteinander vergleichbar wird. Liegt der Lokalisationskoeffizient unter eins, ist der Branchenanteil in der jeweiligen Region unterdurchschnittlich. Erreicht der Koeffizient einen Wert von größer eins, ist der Branchenanteil überdurchschnittlich. In diesem Fall spricht man von einer Konzentration einer Branche in der jeweiligen Region.

⁴ Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten in einer Branche in einer Region (Zähler) und dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Deutschland (Nenner).

Karte 1

Lokalisationskoeffizienten der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in den bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten am 30.06.2010



Innerhalb des Freistaats gibt es deutliche regionale Unterschiede bei der Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Eine starke Konzentration dieser Branche weisen die Landkreise Garmisch-Partenkirchen und Bad Kissingen auf, wo mit Werten von 2,05 bzw. 2,00 die Konzentration der Gesundheitsbranche doppelt so hoch ist wie im Bundesdurchschnitt. Eine geringe Zahl von Industriearbeitsplätzen sowie die Lage einiger Kurorte bzw. Krankenhäuser in diesen Regionen sind dafür ebenso ursächlich, wie eine überdurchschnittliche Anzahl Älterer in der Wohnbevölkerung. Auch in der Stadt Kaufbeuren gibt es einen starken Gesundheitssektor, der Anteil der Beschäftigten liegt dort mit einem Lokalisationskoeffizienten von 1,89 um 89 Prozent über dem Durchschnitt in ganz Deutschland.

Geringe Konzentrationen des Gesundheitswesens werden in den Landkreisen Freising (0,35), München (0,42) und Dingolfing–Landau (0,49) gemessen. Dies sind Regionen mit hoher Arbeitsplatzdichte, in denen andere Branchen stark dominieren (z. B. Flughafen im Landkreis Freising oder BMW-Werk im Landkreis–Dingolfing–Dachau). Grundsätzlich ist erkennbar, dass die Gesundheitswirtschaft tendenziell in den Städten im Vergleich zum Umland und in einigen süd- bzw. südostbayerischen Landkreisen überdurchschnittlich vertreten ist.

Im Beobachtungszeitraum zwischen 2000 und 2010 ist die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitswirtschaft in allen bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten angestiegen. Den stärksten Zuwachs verbuchte der Landkreis Bamberg mit 56,9 Prozent, wo Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungen deutlich erweitert wurden.

3.2 Beschäftigungsstruktur nach Personengruppen

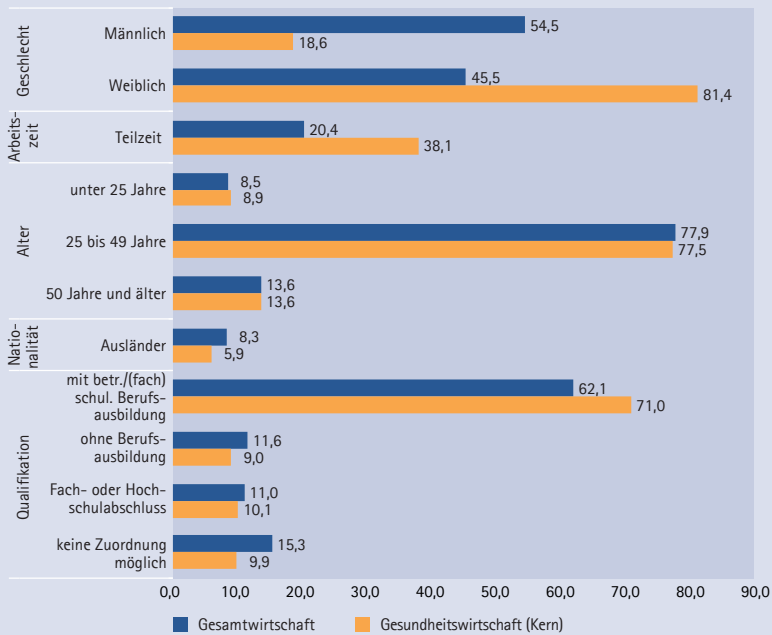
Die 448.600 Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Bayerns weisen im Vergleich zur Gesamtbeschäftigtenzahl spezifische Strukturmuster auf, die anhand der Merkmale Geschlecht, Arbeitszeit, Alter, Nationalität und Qualifikation aufgezeigt werden (siehe Abbildung 2). Zu den Strukturunterschieden in einzelnen Gesundheitsberufen verweisen wir auf Abschnitt 3.4.

Geschlecht/Arbeitszeit

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist traditionell eine Frauendomäne. 365.100 oder 81,4 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitsbranche sind weiblich. Das ist deutlich mehr als der Frauenanteil in der Gesamtbeschäftigung Bayerns (45,5 %). Der hohe Anteil beschäftigter Frauen korrespondiert mit der im Gesundheitswesen überdurchschnittlich vorhandenen Teilzeitquote, die in Bayern bei 38,1 Prozent liegt. Unter allen Beschäftigten ist nur etwa jeder Fünfte teilzeitbeschäftigt. Die weiblichen Beschäftigten des Gesundheitswesens arbeiten überdurchschnittlich häufig in Teilzeit. Mit 43,3 Prozent liegt ihr Anteil über der Teilzeitquote aller beschäftigten Frauen mit 37,8 Prozent. Die Beschäftigung von Frauen und Teilzeitkräften hat in den vergangenen zehn Jahren starke Zuwächse verzeichnet. Während die Beschäftigtenzahl insgesamt in der bayerischen Gesundheitswirtschaft zwischen 2000 und 2010 um 21,7 Prozent zunahm, stieg die Zahl der beschäftigten Frauen um 22,8 Prozent und die Zahl der Teilzeitbeschäftigten sogar um 67,5 Prozent.

Abbildung 2

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft Bayerns nach Personengruppen, Anteile in Prozent am 30.06.2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen und Darstellungen.

Alter

Die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist annähernd identisch mit dem Landesdurchschnitt aller Beschäftigten. 8,9 Prozent der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in der Gesundheitswirtschaft sind unter 25 Jahre alt (Beschäftigte insgesamt: 8,5%). Der mittleren Altersgruppe zwischen 25 und 54 Jahren gehören mit 77,5 Prozent mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitswesen an. Der Wert über alle Branchen liegt nur um 0,4 Prozentpunkte höher. Bei den älteren Beschäftigten liegt der Anteilswert im Gesundheitswesen und in der Gesamtwirtschaft bei 13,6 Prozent. Bei den Älteren fällt jedoch auf, dass sich die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen zwischen 2000 und 2010 mit einer Steigerungsrate von 111,0 Prozent mehr als verdoppelt hat, während bei der Gesamtbeschäftigung der Zuwachs „nur“ 43,6 Prozent betrug. Ältere konnten also vom Beschäftigungsanstieg im Gesundheitsbereich durchaus profitieren. Gleichwohl dürfte der Anstieg hauptsächlich demografisch bedingt sein. Ebenso demografische Ursachen hat der Beschäftigungsrückgang bei den Jüngeren unter 25 Jahre (-4,1%), der aber deutlich moderater ausfiel als in der Gesamtwirtschaft (-12,5%). Auffällig ist die Tatsache, dass es unter den männlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen

mehr Ältere als im Durchschnitt aller bayerischen Beschäftigten gibt. Bei den Frauen ist es umgekehrt. Dies lässt erste Rückschlüsse auf die unterschiedliche Berufsstruktur zu, die in Abschnitt 3.4 analysiert wird. Da Männer anscheinend überdurchschnittlich Gesundheitsberufe mit akademischer Vorbildung anstreben, erfolgt der Eintritt in das Berufsleben später. Bei der Betrachtung der Altersstruktur ist weiterhin zu beachten, dass Auszubildende in der Beschäftigtenzahl nicht enthalten sind.

Nationalität

In der bayerischen Gesundheitswirtschaft haben 26.500 oder 5,9 Prozent der Beschäftigten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Dieser Wert liegt unter dem Vergleichswert aller Beschäftigten (8,3 %). Insofern scheint zukünftig hier noch ein gewisses Potenzial an Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden zu sein. Die Beschäftigung von Ausländern hat im Zeitraum zwischen 2000 und 2010 mit 18,4 Prozent unterdurchschnittlich zugenommen. Häufig vorkommende Herkunftsländer von Beschäftigten in der bayerischen Gesundheitswirtschaft sind insbesondere Kroatien (3.800) sowie weitere Länder des ehemaligen Jugoslawien, Türkei (3.000), Österreich (3.000) und osteuropäischen Staaten wie beispielsweise Polen (1.500) oder Rumänien (1.100).

Qualifikation

Das Qualifikationsniveau in der Gesundheitswirtschaft ist erwartungsgemäß hoch, da ein Abschluss oftmals Voraussetzung ist, um überhaupt in diesem Bereich tätig werden zu dürfen. Vier Fünftel der Beschäftigten haben einen Berufsausbildungs- oder Hochschulabschluss. Der Durchschnitt aller Beschäftigten liegt nur bei 63 Prozent. Die größte Gruppe setzt sich aus Beschäftigten mit einer betrieblichen bzw. (fach-)schulischen Berufsausbildung zusammen. Dazu zählen 318.600 Frauen und Männer in der bayerischen Gesundheitswirtschaft, was einem Anteil von 71,0 Prozent entspricht. Der Anteil in der Gesamtwirtschaft liegt fast neun Prozentpunkte niedriger. 10,1 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft haben einen Fachhoch- oder Hochschulabschluss. Dieser Wert fällt etwas kleiner aus als in der Gesamtwirtschaft (11,0 %). Freiberufler bzw. Selbständige sind hierbei nicht erfasst, wodurch viele Hochqualifiziertere im Gesundheitswesen (z. B. selbständige Ärzte) bei dieser Betrachtung nicht berücksichtigt werden. Der Anteil der Beschäftigten ohne Berufsausbildung ist im Gesundheitswesen mit neun Prozent im Vergleich zu 11,6 Prozent in der Gesamtwirtschaft unterdurchschnittlich⁵. Seit dem Jahr 2000 hat sich das Qualifikationsniveau im Gesundheitswesen deutlich erhöht. Während die

⁵ Bei 9,9 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist die Berufsausbildung unbekannt (Gesamtwirtschaft: 15,3 %).

Zahl der Beschäftigten ohne Berufsausbildung um 13,0 Prozent abnahm, erhöhte sich die Zahl der Fachkräfte um 17,9 Prozent und die der Hochqualifizierten sogar um 49,1 Prozent.

3.3 Wirtschaftszweige im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft

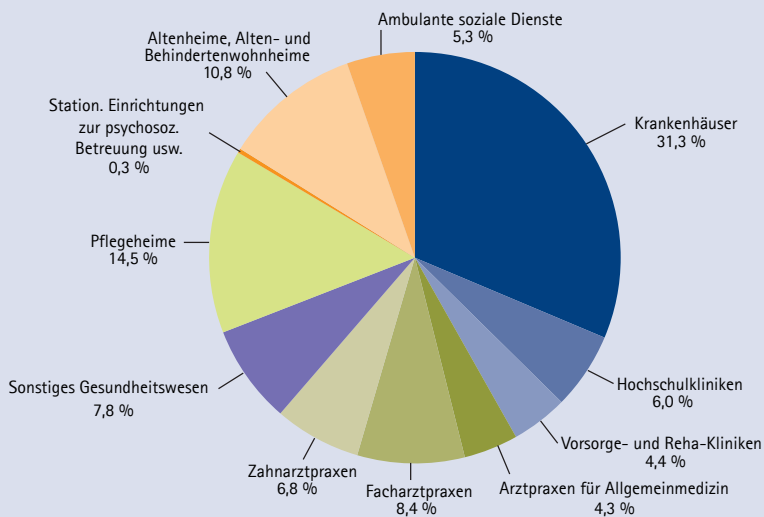
Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft lässt sich grob in die in folgende Teilbereiche der Wirtschaftssystematik 2008 aufgliedern:

- Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken (861)
- Arzt- und Zahnarztpraxen (862)
- Sonstige Praxen und Rettungsdienste (869)
- Pflegeheime (871)
- Stationäre Einrichtungen der psychosozialen Betreuung (872)
- Altenheime (873)
- Ambulante soziale Dienste (88101).

Diese Aufteilung nach Wirtschaftsgruppen lässt sich weiter bis auf die Ebene der Wirtschaftsunterklassen differenzieren. In Abbildung 3 sind die Anteile der Teilbereiche an der Gesundheitswirtschaft in Bayern mit ihren insgesamt 448.600 Beschäftigten sinnvoll zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 3

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in Bayern, Anteile in Prozent an allen Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft am 30.06.2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen und Darstellungen.

Die größten Arbeitgeber des Gesundheitswesens in Bayern sind mit insgesamt 187.600 Beschäftigten die Krankenhäuser, Hochschulkliniken und Rehabilitationskliniken. Dieser Bereich macht 41,7 Prozent des gesamten Kernbereichs des bayerischen Gesundheitswesens aus. Etwa drei Viertel dieses Sektors besteht aus klassischen Krankenhäusern (Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken). Das zweitgrößte Beschäftigungsfeld in der Gesundheitswirtschaft sind die Arztpraxen mit einem Anteil von insgesamt 19,5 Prozent (87.500 Beschäftigte). Unter den Arztpraxen bilden die Facharztpraxen mit 37.800 Beschäftigten die größte Gruppe, gefolgt von den Zahnarztpraxen (30.580) und den Praxen für Allgemeinmedizin (19.150). Weitere große Beschäftigungsfelder sind die Pflegeheime mit einem Anteil von 14,5 Prozent (64.800 Beschäftigte) und die Altenheime mit 10,8 Prozent bzw. 48.300 Beschäftigten. Das sonstige Gesundheitswesen, das beispielsweise Massage- und Heilpraktikerpraxen oder Psychotherapeuten beinhaltet, hat mit 34.800 Beschäftigten einen Anteil von 7,8 Prozent. In den ambulanten sozialen Diensten (u. a. ambulante Pflege) ist etwa jeder zwanzigste Beschäftigte in der bayerischen Gesundheitswirtschaft tätig.

Ein Vergleich zum Jahr 2000 ist aufgrund der Änderung der Wirtschaftszweigklassifizierung nur für grobe Bereiche möglich. Eine Verschiebung der Beschäftigung innerhalb dieser Teilbereiche ist aber klar erkennbar. So nahm die Beschäftigtenzahl im größten Teilbereich Krankenhäuser nur unterdurchschnittlich um 8,3 Prozent zu. Deutliche höhere Zuwachsraten verzeichneten dagegen die Arztpraxen (21,4%) und die Heime (35,4%) sowie die kleineren Bereiche sonstiges Gesundheitswesen (50,8%) und die ambulanten sozialen Dienste (54,5%). Hierbei spiegeln sich kostendämpfende Maßnahmen im Gesundheitswesen wider, die hauptsächlich Kliniken oder auch Kureinrichtungen betrafen.

3.4 Gesundheitsberufe

Während bei der bisherigen Analyse die wirtschaftsfachliche Zuordnung des Betriebes der Beschäftigten im Vordergrund stand, wird in diesem Abschnitt der ausgeübte Beruf des Beschäftigten betrachtet. Unter allen Beschäftigten in der bayerischen Gesundheitswirtschaft befinden sich viele Personen mit Tätigkeiten, die mit dem Gesundheitswesen im engeren Sinne wenig zu tun haben. So ist ein knappes Drittel der 448.600 Beschäftigten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nicht in einem Gesundheitsberuf tätig. Beispielsweise üben 35.700 Beschäftigte eine Tätigkeit als Verwaltungs- oder Bürokräft aus.

Im Folgenden werden die in Tabelle 3 genannten wichtigsten Gesundheitsberufe untersucht, die mit der eigentlichen Pflege und Behandlung von Patienten betraut sind, unabhängig von der Wirtschaftszweigzugehörigkeit ihres Beschäfti-

gungsbetriebes⁶. Rund 90 Prozent dieser Berufsangehörigen arbeiten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.

Mitte 2010 gab es in Bayern 346.500 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Gesundheitsberufen tätig waren. Das sind acht Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Zehn Jahre zuvor betrug dieser Anteil nur 6,6 Prozent. Während die Gesamtbeschäftigung in diesem Zeitraum um 4,6 Prozent anstieg, verbuchten die Gesundheitsberufe ein Plus von 26,7 Prozent oder 73.000. Somit liegt der Anstieg bei den Gesundheitsberufen über dem Zuwachs bei der branchenfachlichen Betrachtung des Gesundheitssektors. Scheinbar erfolgt eine zunehmende Fokussierung auf die Betreuung und Pflege von Patienten in der Gesundheitswirtschaft. Rationalisierungspotenziale aufgrund des Kostendrucks werden anscheinend eher im Verwaltungs- und Organisationsbereich gesehen.

Tabelle 3

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Berufen des Gesundheitswesens in Bayern nach ausgewählten Merkmalen am 30.06.2010

Berufsordnung	Insgesamt am 30.06.2010	Veränderung zu 2000 in %	Anteile in % an insgesamt					
			Frauen	Teilzeit	Ausländer	unter 25 Jahre	25 bis 54 Jahre	55 Jahre und älter
Alle Berufe	4.313.278	4,6	45,5	20,4	8,3	8,5	77,9	13,6
841 Ärzte	28.628	37,1	48,1	14,2	8,1	0,2	86,9	13,0
852 Masseur, Krankengymnasten/verw. Berufe	25.447	38,8	77,5	31,6	3,5	11,6	81,2	7,2
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	100.054	15,9	85,5	41,7	5,0	7,5	81,2	11,3
854 Helfer in der Krankenpflege	38.270	13,5	73,3	46,9	10,2	9,8	73,7	16,5
855 Diätassistenten, pharmaz.-techn. Assistenten	10.127	47,7	98,1	29,2	1,8	15,5	77,3	7,2
856 Sprechstundenhelfer	81.378	25,0	99,3	26,0	3,4	19,0	74,0	7,0
857 Medizinallaboranten	12.713	9,8	90,5	33,7	3,5	7,8	77,7	14,5
861 Altenpfleger/-helfer	49.859	62,8	84,9	46,5	6,6	10,3	75,4	14,3
Gesundheitsberufe insgesamt	346.476	26,7	84,2	35,6	5,4	10,8	78,1	11,1

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen und Darstellungen.

6 Mit Ausnahme der Altenpfleger. Die Berufsordnung 861 enthält neben den Altenpflegern/-helfern auch Sozialarbeiter und andere sozialpflegerische Berufe. Die Altenpfleger/-helfer wurden über eine Kreuzung der Merkmale Wirtschaftszweig und ausgeübte Tätigkeit identifiziert. So gehen nur die Angehörigen der Berufsordnung 861 in die Analyse ein, die im Wirtschaftsabschnitt Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ (WZ 08) beschäftigt sind. Die Sozialarbeiter finden sich dagegen überwiegend im Wirtschaftsabschnitt P „Erziehung und Unterricht“.

Die Berufsordnung Krankenschwester/-pfleger ist mit 100.100 Berufsangehörigen der am stärksten besetzte Gesundheitsberuf, gefolgt von den Sprechstundenhelfern mit 81.400. Den stärksten Anstieg zwischen 2000 und 2010 können die Altenpfleger/-helfer vorweisen, deren Beschäftigtenzahl um 62,8 Prozent auf 49.900 anstieg. Tabelle 3 beinhaltet die wichtigen Eckwerte zu Gesundheitsberufen in Bayern.

Gesundheitsberufe sind nach wie vor eine Frauendomäne. Mit 84,2 Prozent liegt der Frauenanteil in den Gesundheitsberufen fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Berufe. Bei den Sprechstundenhelfern sind mit einem Anteil von 99,3 Prozent fast ausschließlich Frauen beschäftigt. Lediglich bei den Ärzten liegt der Frauenanteil etwa auf dem Niveau aller Berufe. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist in fast allen Gesundheitsberufen überdurchschnittlich. Auch hier bilden die Ärzte die Ausnahme. Besonders hoch ist die Teilzeitquote bei Helfern in der Krankenpflege und Altenpflegern/-helfern.

Der Ausländeranteil bei den Gesundheitsberufen ist mit 5,4 Prozent unterdurchschnittlich. Insbesondere in Assistentenberufen sind kaum Ausländer beschäftigt. Dagegen ist jeder zehnte Beschäftigte bei den Helfern in der Krankenpflege nicht deutscher Herkunft. Die Altersstruktur der Gesundheitsberufe zeigt, dass etwas mehr Jüngere als im Durchschnitt aller Berufe beschäftigt sind. Bei den Sprechstundenhelfern ist fast jeder Fünfte unter 25 Jahre alt (obwohl Auszubildende nicht mitgerechnet sind). Dies lässt erste Rückschlüsse über die Berufstreuung zu, die in Abschnitt 4 behandelt wird. Bei den Ärzten sind aufgrund der längeren Ausbildungszeiten kaum Jüngere zu finden.

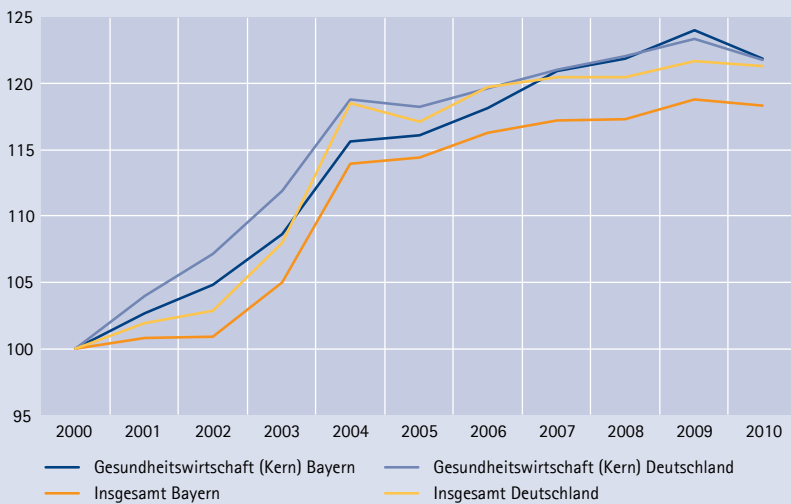
3.5 Geringfügig entlohnte Beschäftigte

Neben der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Voll- und Teilzeit spielt in der Gesundheitswirtschaft auch der Bereich der geringfügig entlohnten Beschäftigung eine bedeutende Rolle. Mitte 2010 gingen in Deutschland 407.300 und in Bayern 62.400 ausschließlich geringfügig Beschäftigte einer Tätigkeit im Kernbereich des Gesundheitswesens nach. Somit sind jeweils 8,3 Prozent aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten in Deutschland und Bayern im Gesundheitsbereich tätig.

Die Zahl der geringfügig Beschäftigten insgesamt ist seit dem Jahr 2000 – auch begünstigt durch Gesetzesänderungen – stark angestiegen (vgl. Abbildung 4). Anders als bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stieg die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitswirtschaft dabei nur leicht überdurchschnittlich. Von 2009 auf 2010 ist sogar ein leichter Rückgang festzustellen.

Abbildung 4

Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigung insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft in Bayern und Deutschland 2000–2010, Index: 2000 = 100



Daten: Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen und Darstellungen.

Die branchenspezifischen Schwerpunkte der geringfügigen Beschäftigung innerhalb der Gesundheitswirtschaft Bayerns stellen sich deutlich anders dar, als bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (vgl. Abschnitt 3.3). Mit 47,2 Prozent sind knapp die Hälfte der Minijobber in Arzt- und Zahnarztpraxen tätig. Bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt der entsprechende Wert 19,2 Prozent. In Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken – dem Schwerpunkt bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Anteil von 41,8 Prozent – sind lediglich acht Prozent der geringfügig Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. In Pflege- und Altenheimen sind im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weniger Minijobber vertreten. Dafür ist ihr Beschäftigtenanteil bei den ambulanten sozialen Diensten deutlich höher.

Die Beschäftigungsart „geringfügig entlohnt“ ist grundsätzlich von einem hohen Frauenanteil gekennzeichnet. 70,0 Prozent aller geringfügig Beschäftigten sind weiblich. Dieser hohe Wert wird in der Gesundheitswirtschaft mit einem Frauenanteil von 84,8 Prozent sogar noch übertroffen. In jüngster Vergangenheit haben die Männer jedoch leicht aufgeholt. Im Vergleich zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten finden sich unter den geringfügig Beschäftigten deutlich mehr Ältere. 30 Prozent der Minijobber in der bayerischen Gesundheitswirtschaft sind 55 Jahre oder älter, ihr Anteil bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 13,6 Prozent.

Etwas mehr als die Hälfte der rund 26.000 ausschließlich geringfügig Beschäftigten in Bayern mit einem Gesundheitsberuf sind Sprechstundenhelfer (13.500). Dies spiegelt den oben erläuterten Branchenschwerpunkt Arztpraxen wider. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte sind mit jeweils rund 4.200 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Berufsgruppen Altenpfleger/-helfer sowie Helfer in der Krankenpflege.

4 Berufsverläufe in Gesundheitsberufen

Berufe unterscheiden sich häufig hinsichtlich des individuellen Werdegangs der Beschäftigten. Insbesondere die Gesundheitsberufe stehen immer wieder im Fokus, wenn es darum geht, Arbeitsbelastung und Verweildauer in der jeweiligen Tätigkeit in Verbindung zu bringen (vgl. Dietrich 1995). Nicht selten wird den Gesundheitsberufen nachgesagt, dass Berufsangehörige bereits nach wenigen Jahren ihr Tätigkeitsfeld wechseln. Mittels Individualdaten der Beschäftigten-Historik (BeH) des IAB können Berufsverläufe über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. In unserer Analyse wurde die Ausbildungskohorte des Jahres 1993 in vier ausgewählten Gesundheitsberufen (853 Krankenschwestern/-pfleger, 854 Helfer in der Krankenpflege, 856 Sprechstundenhelfer, 861 Altenpfleger/-helfer⁷) hinsichtlich ihres Berufsverlaufs bis zum Jahr 2008 in Bayern betrachtet. Dazu wurden die Sozialversicherungsmeldungen herangezogen, die am 30.06.1993 eine Tätigkeit als Auszubildende und am 20.06.1994 eine Tätigkeit als ausgebildete Fachkraft im jeweiligen Gesundheitsberuf auswiesen. In den folgenden Jahren wird beobachtet, ob überhaupt noch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (Beschäftigungstreue) und ob diese Beschäftigung im Berufsfeld der Gesundheitsberufe (Berufsgruppen 84 bis 85) ausgeübt wird (Berufstreue). Um die errechneten Werte für die einzelnen Berufe bewerten zu können, werden diese mit einem Referenzberuf verglichen. Hierzu wird die Berufsordnung 781 Bürofachkraft herangezogen. Dieser stark besetzte Ausbildungsberuf hat mit den Gesundheitsberufen vergleichbar hohe Frauen- bzw. Teilzeitanteile.

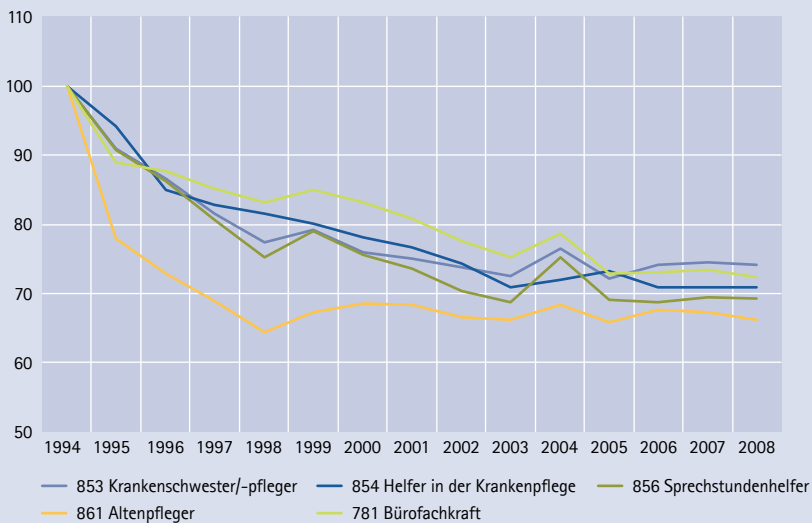
7 Eine Unterscheidung des Altenpflegers/-helfers vom Sozialpädagogen in der Berufsordnung (BO) 861 ist hier nicht wie in den vorherigen Abschnitten durch Kreuzung mit der Wirtschaftsklasse möglich, da die 1993 geltende Klassifizierung dies nicht zulässt. Stattdessen wurden hier alle Berufsangehörigen betrachtet, die 1994 erstmalig in der Berufsordnung 861 eine Beschäftigungsmeldung hatten, eine abgeschlossene Ausbildung in der BO 861 aufwiesen (ohne Fachhochschulabsolventen) und unter 30 Jahre alt waren.

Folgende Fallzahlen der Ausgangskohorte des Jahres 1994 gingen in die Analyse ein:

- 2.632 Krankenschwestern/-pfleger
- 261 Helfer in der Krankenpflege
- 3.429 Sprechstundenhelfer
- 969 Altenpfleger
- 7.318 Bürofachkräfte.

Abbildung 5

Beschäftigungstreue in Gesundheitsberufen in Bayern von 1994–2008



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigtenhistorik (Beh) des IAB.

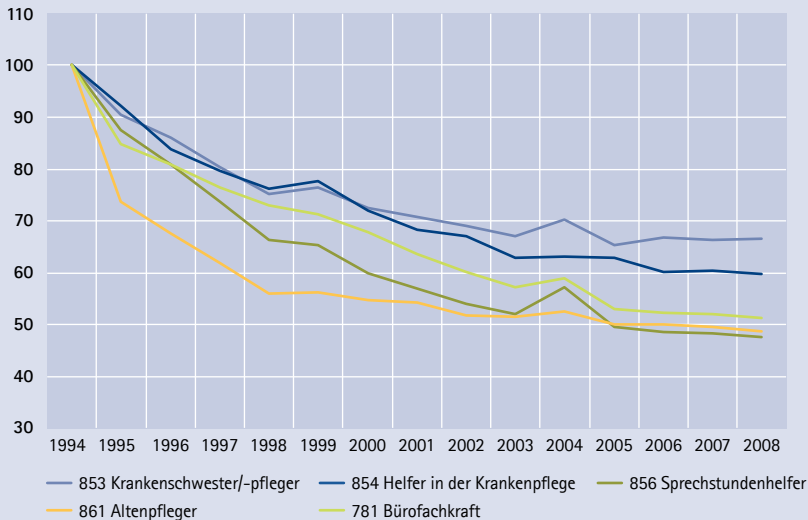
Aus Abbildung 5 geht hervor, dass sich im gesamten Beobachtungszeitraum von 1994 bis 2008 in allen Berufen ein überwiegender Teil der jeweiligen Ausgangsgruppe in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung befindet. Die Beschäftigungstreue nimmt in den ersten Jahren deutlich ab, was hauptsächlich auf Erwerbsunterbrechungen aus familiären Gründen zurückzuführen ist. Hier spiegelt sich der hohe Frauenanteil in den Gesundheitsberufen wider. Konjunkturelle Schwankungen dürften kaum eine Rolle spielen. In den Folgejahren konsolidiert sich die Beschäftigtenzahl und nimmt teilweise sogar wieder zu. Dies ist durch Berufsrückkehr nach der Familienpause zu erklären. In dieser Phase ist auch ein starker Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zu beobachten.

Unter den analysierten Gesundheitsberufen haben die Krankenschwestern/-pfleger die höchste Beschäftigungstreue. Von der Ausgangsgruppe des Jahres 1994 waren im Jahr 2008 noch oder wieder 74,2 Prozent in Beschäftigung. Dieser Wert

liegt über dem der Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte (72,4%). Die Helfer in der Krankenpflege erreichen Beschäftigungswerte von 70,9 Prozent, gefolgt von den Sprechstundenhelfern mit 69,2 Prozent. Von den Altenpflegern waren 14 Jahre nach Ende der Ausbildung 66,2 Prozent in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Diese bayerischen Ergebnisse weichen nur geringfügig von den deutschen Werten ab.

Abbildung 6

Berufstreue in Gesundheitsberufen in Bayern von 1994–2008



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30.06. eines Jahres.

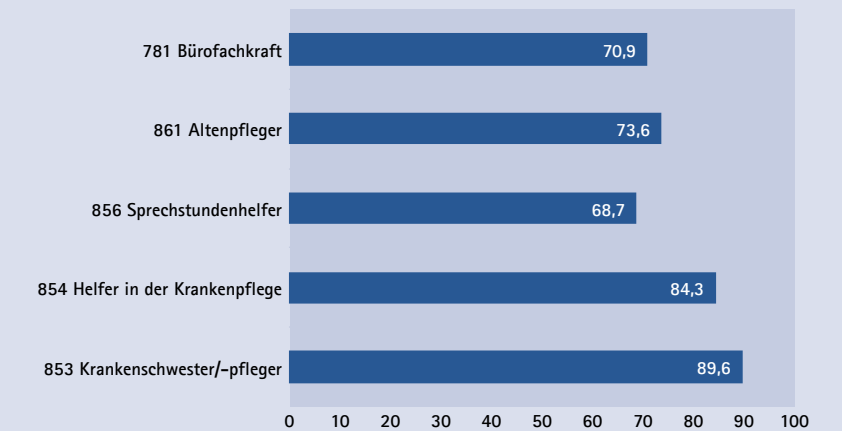
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigtenhistorik (BeH) des IAB.

Im nächsten Schritt dieser Berufsverlaufsanalyse wird betrachtet, ob im Zeitverlauf eine Beschäftigung im Berufsfeld der Gesundheitsberufe vorliegt (vgl. Abbildung 6). Die so gemessene Berufstreue lässt Rückschlüsse zur Berufszufriedenheit und Belastungssituation zu. Im Vergleich zu den Bürofachkräften fällt auf, dass die Berufstreue in den untersuchten Gesundheitsberufen nicht eindeutig geringer ist. Im Gegenteil – bei den Krankenschwestern/-pflegern liegt die Berufstreue mit einem Wert von 66,5 Prozent deutlich über dem der Bürofachkräfte (51,3%). Dazwischen liegen die Helfer in der Krankenpflege mit einem Wert von 59,8 Prozent. Von den Altenpflegern (48,7%) und Sprechstundenhelfern (47,6%) waren im Jahr 2008 weniger als die Hälfte der Ausgangsgruppe noch in Gesundheitsberufen tätig. Bei den Bürofachkräften ist zu berücksichtigen, dass die Berufstreue aufgrund der im Vergleich zu den Gesundheitsberufen besseren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten ungünstiger ausfallen könnte.

Ein weiteres Kriterium zur Beurteilung des Berufsverlaufs ist die Berufstreu der an den Stichtagen jeweils Beschäftigten (vgl. Abbildung 7). Von den im Jahr 2008 überhaupt noch in Beschäftigung stehenden Personen der Ausgangsgruppe des Jahres 1994 waren bei den Krankenschwestern/-pflegern 89,6 Prozent in einem Gesundheitsberuf tätig. Die berufliche Flexibilität dieser Berufsangehörigen ist folglich gering. Ähnlich hoch liegt der Wert mit 84,3 Prozent bei den Helfern in der Krankenpflege.

Abbildung 7

Verbleib in Gesundheitsberufen im Jahr 2008 in Bayern, Anteile in %



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende am 30.06.2008.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigtenhistorik (BeH) des IAB.

Von den ausgebildeten Sprechstundenhelfern des Jahres 1994, die im Jahr 2008 noch in Beschäftigung standen, waren mit 68,7 Prozent nur noch gut zwei Drittel in einem Gesundheitsberuf tätig. Anscheinend ist bei diesem Beruf die (freiwillige oder unfreiwillige) Bereitschaft, das Berufsfeld zu verlassen, besonders hoch. Bei den Altenpflegern befinden sich 73,6 Prozent der im Jahr 2008 Beschäftigten der Ausgangsgruppe in einem Gesundheitsberuf. Für den Vergleichsberuf der Bürofachkräfte errechnet sich ein Wert von 70,9 Prozent.

Am Beispiel des Altenpflegers wird deutlich, dass zur Beurteilung des Berufsverlaufs eine differenzierte Betrachtungsweise notwendig ist. Angehörige dieses Berufes scheiden zwar häufig aus dem Erwerbsleben aus (geringe Beschäftigungstreu), die in Beschäftigung verbliebenen Personen sind allerdings zu fast drei Viertel noch in Gesundheitsberufen tätig. Aufgrund der niedrigen Beschäftigungstreu fällt die hier errechnete Berufstreu ebenfalls niedrig aus.

Die Berufsverläufe in den untersuchten Gesundheitsberufen weisen im Vergleich zu den Bürofachkräften kein auffällig negativeres Bild auf. Eine Ausnahme stellt

hier allerdings der Sprechstundenhelfer dar (vgl. auch Abschnitt 5). Insbesondere bei den Krankenschwestern/-pflegern ist sogar von einem überdurchschnittlichen Berufsverbleib auszugehen. Insofern lässt sich die häufig vorgetragene „Flucht“ aus den Gesundheitsberufen mit diesen Daten nicht bestätigen.

5 Entlohnung in Gesundheitsberufen

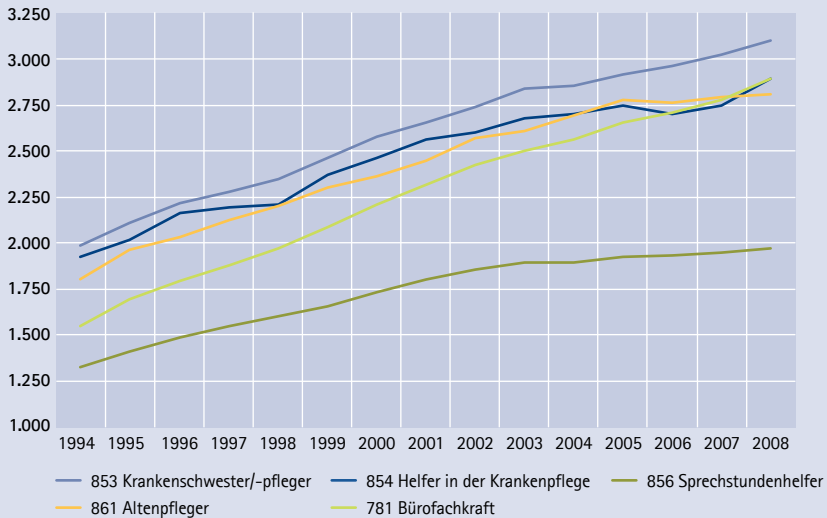
Mit den in Abschnitt 4 beschriebenen Individualdaten wurde auch eine Längsschnittanalyse des Einkommens vorgenommen. Da genaue Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit nicht vorliegen, wurden hierbei nur Vollzeitbeschäftigte herangezogen, deren jeweiliges monatliches Bruttomedianeinkommen⁸ in die Auswertung einging. Das in einem Beruf erzielte Entgelt ist – neben den Arbeitsbedingungen (Schichtarbeit, Umfeld) – ein wichtiges Merkmal bei der Beurteilung von Arbeitszufriedenheit bzw. Attraktivität und somit ein möglicher Erklärungsansatz für häufige Berufswechsel.

Unter den vier ausgewählten Berufen der bayerischen Gesundheitswirtschaft erreichen die Krankenschwestern/-pfleger im Jahr 2008 mit 3.096,72 € das höchste Bruttoeinkommen (vgl. Abbildung 8). Das monatliche Medianeinkommen für die Helfer in der Krankenpflege liegt bei 2.893,84 € und das der Altenpfleger/-helfer bei 2.805,63 €. Das Einkommen der formal niedriger qualifizierten Helfer in der Krankenpflege liegt somit um rund 203 € unter dem der Krankenschwestern/-pfleger. Bei den Altenpflegern/-helfern ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Berufsklassifizierung die Beschäftigten mit dreijähriger Ausbildung nicht von Helfern mit i. d. R. einjähriger Ausbildung getrennt betrachtet werden können. Vor diesem Hintergrund ist überraschend, dass das Einkommensniveau dieser Berufsgruppe unter dem der Helfer in der Krankenpflege liegt. Das mit Abstand niedrigste Entgelt der ausgewerteten Gesundheitsberufe wird für die Sprechstundenhelfer mit 1.972,88 € gemessen. Dies entspricht knapp 64 Prozent des Einkommens der Krankenschwestern/-pfleger. Das Vergleichseinkommen der Bürofachkräfte liegt mit 2.888,52 € im Bereich der Helfer in der Krankenpflege. Grundsätzlich liegt das Einkommen der weiblichen Beschäftigten unter dem der Männer. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen bei Männern wird dies nicht explizit ausgewertet.

8 Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel ist der Median robust gegen hohe oder niedrige Einzelwerte. Dadurch wirkt sich auch die Zensurierung des Einkommens durch die Beitragsmessungsgrenze nicht störend aus.

Abbildung 8

Monatliches Medianeinkommen in Bayern von 1994–2008 in Euro



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende jeweils am 30.06. eines Jahres, nur Vollzeitbeschäftigte.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigtenhistorik (BeH) des IAB.

Im Zeitverlauf ist erkennbar, dass sich das Einkommen der Krankenschwestern/-pfleger im Beobachtungszeitraum um 56,0 Prozent erhöht hat. Den zweitstärksten Zuwachs verzeichneten die Altenpfleger mit 55,5 Prozent, gefolgt von den Helfern in der Krankenpflege mit 50,3 Prozent. Die Sprechstundenhelfer hatten nicht nur das geringste Anfangs- und Endeinkommen, sondern mussten mit einem Plus von 48,9 Prozent auch die geringste Steigerungsrate hinnehmen. Somit vergrößerte sich noch der Abstand zu den anderen Gesundheitsberufen. Dadurch wird das geringe Einkommensniveau und die mäßigen Einkommensperspektiven im Beruf des Sprechstundenhelfers deutlich. Dies mag eine Ursache für die beschriebene geringe Berufstreue der Berufsangehörigen sein. Allerdings ist zu bedenken, dass der hohe Anteil junger Beschäftigter (vgl. Abschnitt 3.4) im Vergleich zu den anderen Berufen das Einkommen etwas nach unten verzerrt, da mit höherem Alter auch das Einkommen steigt. Dies dürfte aber nur marginale Auswirkungen auf das Ergebnis haben. Somit kristallisiert sich der Beruf des Sprechstundenhelfers als der vermeintlich unattraktivste der untersuchten Gesundheitsberufe heraus. Mit einer Ausbildungsquote⁹ von 13,7 Prozent im Jahr 2010 in Bayern (alle Berufe 5,6%) wird deutlich, dass in die-

9 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Ausbildung in Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt.

sem Beruf sehr viel und über dem normalen altersbedingten Ersatzbedarf ausgebildet wird. Viele ausgebildete Kräfte verlassen dann diesen Beruf sehr früh. Dagegen liegen Einkommen und Berufstreue bei den drei anderen untersuchten Berufen im Bereich der Bürofachkräfte oder sogar darüber. Insofern wird das pauschale Negativ-Image der Gesundheitsberufe durch diese Beobachtungen keinesfalls bestätigt.

6 Zusammenfassung

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, d.h. insbesondere Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Arztpraxen, erwies sich in den letzten Jahren als Beschäftigungsmotor. In Bayern stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 2000 bis 2010 um 21,7 Prozent auf 448.600 an. Somit ist etwa jeder zehnte Beschäftigte im Freistaat in der Gesundheitswirtschaft tätig.

Innerhalb Bayerns liegen die regionalen Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft in den Landkreisen Garmisch-Partenkirchen und Bad Kissingen, wo die Konzentration der Gesundheitsbranche doppelt so hoch ist wie im Bundesdurchschnitt. Dagegen ist die Konzentration der Gesundheitsbranche in Regionen mit hoher Arbeitsplatz- bzw. Industriedichte geringer.

Die Struktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist geprägt von hohen Frauen- und Teilzeitanteilen. 81,4 Prozent der Beschäftigten sind weiblich, 38,1 Prozent gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Das Qualifikationsniveau ist überdurchschnittlich: Vier Fünftel der Beschäftigten haben einen Berufsausbildungs- bzw. Hochschulabschluss.

Mit einem Anteil von 41,7 Prozent arbeiten die meisten Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft Bayerns in Krankenhäusern (inkl. Rehabilitationskliniken). Das zweithäufigste Beschäftigungsfeld bilden Arztpraxen (19,5%), gefolgt von Pflegeheimen (14,5%). Der am stärksten besetzte Gesundheitsberuf ist die/der Krankenschwester/-pfleger mit 100.100 Berufsangehörigen. Weitere Schwerpunkte sind Sprechstundenhelfer (81.400), Altenpfleger/-helfer (49.900) sowie Helfer in der Krankenpflege (38.300).

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gibt es noch 62.400 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte in der bayerischen Gesundheitswirtschaft. Dies entspricht einem Anteil von 8,3 Prozent aller ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten in Bayern. Auch hier nahm die Beschäftigtenzahl seit dem Jahr 2000 stark zu, wenngleich der Anstieg im Vergleich zu allen geringfügig Beschäftigten nur leicht überdurchschnittlich ausfiel und in jüngster Vergangenheit sogar ein geringer Rückgang zu beobachten war.

Die Analyse der Berufsverläufe mittels Individualdaten ergab, dass Berufswechsel in Gesundheitsberufen nicht so häufig vorkommen, wie man es vermuten

könnte. Im Vergleich zu den Bürofachkräften liegt die sogenannte Berufstreue bei Krankenschwestern/-pfleger und Helfern in der Krankenpflege deutlich höher. Lediglich bei den Sprechstundenhelfern fällt der Berufsverbleib ab.

Die Sprechstundenhelfer haben mit einem monatlichen Bruttomedianeinkommen von 1.972,88 € das mit Abstand niedrigste Einkommensniveau aller untersuchten Gesundheitsberufe, was möglicherweise die häufigen Berufswechsel erklärt. Auch bei dieser Entgeltanalyse der Vollzeitbeschäftigten zeigt sich für die Krankenschwestern/-pfleger das positivste Bild. Ihr Einkommen liegt mit 3.096,72 € auch spürbar über dem Vergleichswert der Bürofachkräfte (2.888,52 €).

Zukünftig ist mit einem weiteren Beschäftigungsanstieg im Gesundheitssektor zu rechnen. Der demografische Wandel wird dazu führen, dass die Zahl der älteren Menschen – und damit der potenziell Pflegebedürftigen – deutlich zunimmt. In Bayern könnte sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 in Vergleich zu 2007 um ein Drittel erhöhen. Angesichts des rückläufigen Arbeitskräfteangebots könnte sich die schon heute vorhandene Lücke an Fachkräften im Gesundheitsbereich noch weiter vergrößern. Vermehrte Aus- und Weiterbildung sowie Zuwanderung können dieser Fachkräftelücke entgegenwirken. Allerdings ist aufgrund der außergewöhnlichen physischen und psychischen Belastungen in den Gesundheitsberufen eine intensive Eignungs- und Neigungsprüfung erforderlich. Aufgrund der scheinbar unattraktiven Arbeitsbedingungen haftet den Gesundheitsberufen ein eher negatives Image an, das durch die untersuchten Berufsverläufe in dieser Studie nicht bestätigt werden kann. Gleichwohl kann die Attraktivität der Tätigkeiten im Gesundheitswesen noch deutlich verbessert werden.

Literatur

- Baumann, Doris; Böhme, Stefan (2012): Die Gesundheitswirtschaft in Bayern. Eine Analyse des Beschäftigungssystems, IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Bayern, 01/2012, Nürnberg.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2011): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2030, München.
- Böhme, Stefan; Eigenhüller, Lutz (2005): Vergleichende Analyse von Länderarbeitsmärkten. Länderstudie Bayern, IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Bayern, 01/2005, Nürnberg.
- Böhme, Stefan; Eigenhüller, Lutz; Werner, Daniel; Baumann, Doris; Conrads, Ralph; Kistler, Ernst; Kucher, Andreas (2012): Demografie und Arbeitsmarkt in Bayern. Entwicklung, aktuelle Lage und Ausblick, IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Bayern, 02/2012, Nürnberg.

- Bundesärztekammer (2011): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2010, Berlin.
- Bundesagentur für Arbeit (2011a): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2011b): Hintergrundinformation – Aktuelle Fachkräftengpässe, Nürnberg (Online: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Hintergrundinfo-Fachkraeftebedarf-2011-12.pdf>).
- Bundesagentur für Arbeit (1988): Klassifikation der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag (2011): Wirtschaftslage und Erwartungen. Sonderauswertung „Gesundheitswirtschaft“. Ergebnisse der DIHT-Umfrage bei den Industrie- und Handelskammern Frühsommer 2011, Berlin.
- Dietrich, Hans (1995): Pflege als Beruf. Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven des Personals in der Kranken- und Altenpflege. In: Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nr. 1, Nürnberg.
- Helmrich, Robert; Zika, Gerd (2010): Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. Berichte zur beruflichen Bildung, Bielefeld.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2010): Gesundheitswirtschaft in Hessen – Volkswirtschaftliche Potenziale eines Zukunftsmarktes, Wiesbaden.
- Institut für Freie Berufe (2011): Zahlenmäßige Struktur der Selbstständigen in Freien Berufen in Deutschland, Nürnberg.
- Ostwald, Dennis Alexander; Ranscht, Anja (2006): Wachstum und Beschäftigung – Potenziale der Gesundheitswirtschaft in der Rhein-Main-Region, Darmstadt.
- Pohl, Carsten (2011): „Grauer Pflegemarkt“ und professioneller Pflegearbeitsmarkt in Bayern. IAB-Stellungnahme. Ausgewählte Beratungsergebnisse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 7/2011, Nürnberg.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In: Deutscher Bundestag (2012): Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10323.
- Schneider, Markus (2013): Die gesundheitswirtschaftliche Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie in Bayern. Gutachten für eine zukunftsorientierte Standortpolitik unter Mitarbeit von Thomas Krauss und Aynur Köse, Augsburg.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012): Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Wiesbaden. (Online: <http://www.gbe-bund.de>).

Statistisches Bundesamt (2009): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Mit Erläuterungen, Wiesbaden.

Doris Wiethölder, Jeanette Carstensen, Dieter Bogai

E Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg

Abweichend von der bisherigen nach Bundesländern getrennten Darstellungsweise soll die Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg gemeinsam dargestellt werden. Hierfür sprechen vor allem folgende Gründe. Berlin und Brandenburg sind auf dem Arbeitsmarkt durch starke Pendlerverflechtungen miteinander verbunden (Carstensen et al. 2014). Berlin und sein Umland bilden den gemeinsamen Arbeitsmarkt der Hauptstadtregion. Die Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg hat sich 2006 in dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft zusammengeschlossen, das 2012 im Cluster Gesundheitswirtschaft aufgegangen ist und unter dem Namen HealthCapital Berlin-Brandenburg fortgesetzt wird. Beide Bundesländer haben ihren wirtschafts- und innovationspolitischen Schwerpunkt auf eine gemeinsame Förderung des Gesundheitscluster Berlin und Brandenburg gerichtet.

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle, wirtschaftliche und demografische Besonderheiten der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg dargestellt. Im Zentrum der Regionalstudie steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich zwei Erweiterungsbereiche umfasst. Die unterschiedliche regionale Bedeutung der verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung wird auf Ebene der Kreise verdeutlicht. Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und Nationalität werden untersucht. Weitere Analysen richten sich auf die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen sowie die Bedeutung der geringfügig entlohnten Beschäftigten. Anschließend werden anhand einer Längsschnittbetrachtung die Berufsverläufe der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft untersucht. Zum Abschluss werden die Entgelte in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft untersucht.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

In Berlin lebten Mitte 2014 rund 3,5 Mio. Einwohner; mit 3.834 Einwohnern pro km² errechnet sich die höchste Bevölkerungsdichte aller Stadtstaaten Deutschlands. Berlin ist die größte Metropole Deutschlands und wird vom Land Brandenburg umschlossen, von dessen 2,5 Mio. Einwohnern rund eine Mio. im engeren Verflechtungsraum um Berlin und somit im Agglomerationsraum der deutschen Hauptstadt wohnen.

Territorial ist das Bundesland Brandenburg das größte Flächenland Deutschlands mit einer Ausdehnung von 29.479 km² und gut 2,5 Mio. Einwohnern. Als Flächenland ist Brandenburg mit 83 Einwohnern je km² (Deutschland: 225) allerdings

vergleichsweise dünn besiedelt. Das Land Brandenburg ist in 14 Landkreise und drei kreisfreie Städte untergliedert.

Nach siedlungsstrukturellen Typen differenziert verfügt das Land über zwei kreisfreie Großstädte, nämlich Potsdam und Cottbus. Zwei Kreisregionen sind ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen (Oder-Spree/Frankfurt und Barnim). Die restlichen 13 Kreise sind dünn besiedelte ländliche Kreise.

Insbesondere die Gebiete entlang der deutsch-polnischen Grenze zählen zu den strukturschwächsten Regionen Deutschlands. Deutlich wird dies am BIP je Einwohner, das 2012 in der Uckermark bei 22.800 € und im Landkreis Oder-Spree bei 19.900 € lag, und dem unterdurchschnittlichen Arbeitskräftebesatz. Periphere Lage und geringe Besiedlung beeinträchtigen die Standortbedingungen in den Berlin-fernen Regionen.

Betrachtet man zentrale Indikatoren der wirtschaftlichen Leistungskraft wie Wirtschafts- und Beschäftigungsleistung, gehören Berlin und Brandenburg zu den schwächeren Bundesländern. Das Bruttoinlandprodukt je Einwohner lag 2013 in Brandenburg um knapp 29 Prozent unter dem Bundeswert (Berlin: 30.751 €, Deutschland: 33.355 €, Brandenburg: 23.751 €).¹

Ein weiteres Merkmal der Beschäftigungssituation in Brandenburg ist eine vergleichsweise niedrige Arbeitsplatzversorgung vor Ort bei gleichzeitig sehr hohem Pendleraufkommen. Die Arbeitsplatzdichte in Brandenburg ist 2013 mit 485 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort je 1.000 Einwohner im Erwerbsalter deutlich niedriger als in Ostdeutschland insgesamt (Ost: 532). Die Arbeitsplatzdichte² liegt 2013 in Berlin mit 52,2 je 100 Einwohner deutlich unter den vergleichbaren Stadtstaaten (Hamburg: 67,5; Bremen: 63,4; Brandenburg: 43,7).

Der demografische Wandel verläuft in Berlin und Brandenburg sehr unterschiedlich. Während Berlin in den letzten Jahren Zuwanderungsgewinne erzielt und mit einer bis 2030 um ¼ Mio. Personen steigenden Bevölkerung rechnet, wird die Bevölkerung in Brandenburg insbesondere in Regionen jenseits des Berliner Umlands abnehmen. Insgesamt wird die Bevölkerung im engeren Verflechtungsraum um Berlin zwischen 2008 und 2030 um 63.700 Personen oder 7,1 Prozent zunehmen, während die Einwohnerzahl in den Berlin-fernen Regionen in diesem Zeitraum um etwa 358.900 Personen oder rund 22 Prozent weiter stark abnimmt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010).

Insgesamt werden in Brandenburg im Jahr 2030 voraussichtlich 844.000 Menschen leben, die 65 Jahre und älter sind und damit 281.000 Personen (50 %) mehr als im Jahr 2010 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012). Fast die

1 https://www.statistik-bw.de/VolkswPreise/Indikatoren/VW_wirtschaftskraft.asp.

2 Erwerbstätige je 100 Einwohner.

Hälfte aller Senioren wird im Jahr 2030 das 75. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben (413.000 Personen). Der prozentuale Zuwachs der Älteren ab 65 Jahre ist im Berliner Umland erheblich stärker als im weiteren Metropolitanraum (70 % gegenüber 40 %), da im Umland die in der Gegenwart noch deutlich stärker besetzten mittleren Altersjahrgänge (vielfach Zuwanderer aus Berlin) bis 2030 in das Seniorenalter hineinwachsen. Dennoch wird der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2030 im weiteren Metropolitanraum mit rund zwei Fünfteln wahrscheinlich höher ausfallen als im Berliner Umland, wo der Seniorenanteil auf ein Drittel vorausberechnet wird (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012).

Die Zahl der älteren Bürger (ab 65 Jahre) wird in Berlin bis zum Jahr 2030 um 29,9 Prozent zunehmen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin 2009). Im Jahr 2030 werden in Berlin rund 819 Tsd. Menschen leben, die 65 Jahre und älter sind (Ende 2007: 630 Tsd.). Die Einwohner im Alter von 80 und mehr Jahren werden um 87,3 Prozent von 136 Tsd. auf 256 Tsd. Personen (von 4 % auf 7,4 % der Gesamtbevölkerung) ansteigen. Damit wird der Anteil der Hochbetagten in Berlin niedriger sein als in Brandenburg. Dort werden 2030 11 Prozent aller Frauen und Männer 80 Jahre und älter sein.

Nach einem Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ soll sich die Region in den kommenden Jahren als international bedeutsame Gesundheitsregion etablieren. Länder- und ressortübergreifende Netzwerke und Infrastrukturen sollen die Forschung und Krankenversorgung bündeln.³ In der Zusammenarbeit zwischen Berlin und Brandenburg sind ergänzende länderspezifische Schwerpunktsetzungen vorgesehen. Die Schwerpunkte der Hochleistungsmedizin – vor allem die Universitätskliniken – konzentrieren sich auf Berlin, während die Rehabilitation eher im Brandenburger Umland angesiedelt ist.

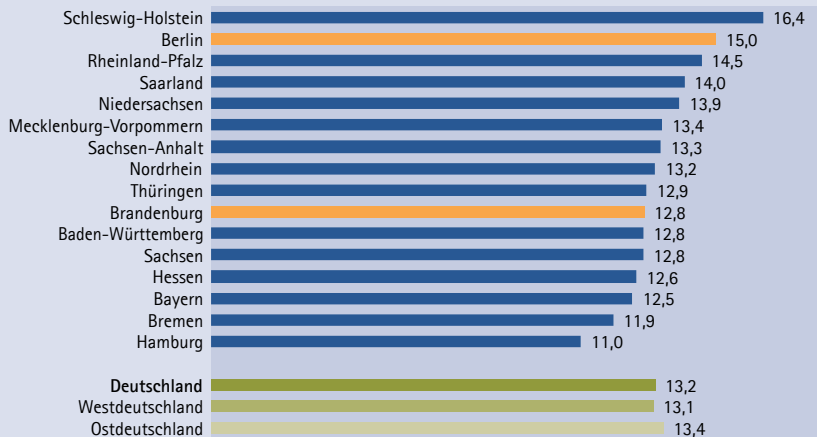
2 Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Berlin und den Regionen Brandenburgs

Berlin verzeichnete 2011 mit 15 Prozent im Bundesländervergleich (absolut: 161.366) nach Schleswig-Holstein (16,4 %) den zweithöchsten Anteil an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft (vgl. Abbildung 1). Die Spannweite der Anteile reicht von Hamburg mit 11 Prozent bis Schleswig-Holstein mit 16,4 Prozent. Brandenburg liegt im Vergleich im mittleren Drittel (12,8 %, absolut: 93.372).

3 <http://www.berlin.de/sen/wirtschaft/abisz/gesundheitsregion.html>.

Abbildung 1

Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten 2011 in Prozent



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist der Kernbereich besonders beschäftigungsintensiv. In Berlin sind rund 81 Prozent der Beschäftigten (absolut: 130.324) hier konzentriert, in Brandenburg sogar 87,5 Prozent (vgl. Deutschland: 83,1 %). In den zwei Erweiterungsbereichen (Handel und Herstellung/Produktion) sind in Berlin jeweils knapp 10 Prozent beschäftigt (vgl. Tabelle 1). In Brandenburg sind die Anteile in den Erweiterungsbereichen deutlich niedriger (E 1: 6,9 % und E 2: 5,6 %).

Innerhalb des Kernbereichs sind die Krankenhäuser mit Abstand die größten Arbeitgeber. In Berlin sind rund 44.100 Personen in diesen Einrichtungen beschäftigt, das ist mehr als ein Drittel des gesamten Kernbereichs (33,8 %).⁴ In Brandenburg ist deren Bedeutung noch größer (36,6 %). Den zweiten Rang nehmen die Beschäftigten bei den niedergelassenen Ärzten ein. Danach folgen die ambulanten sozialen Dienste, Pflegeheime und das sonstige Gesundheitswesen (sonstige Praxen und Rettungsdienste). Während in Berlin die ambulanten sozialen Dienste 15 Prozent der Beschäftigten ausmachen, sind es in Brandenburg 11,8 Prozent.

⁴ Große Krankenhäuser in Berlin: die Charité – Universitätsklinikum Berlin (3.200 Betten), Vivantes Netzwerk für Gesundheit (5.000 Betten), HELIOS Kliniken GmbH (1.700 Betten), Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH (bis zu 1.100 Betten) (Berlin Partner GmbH 2012: 10).

Tabelle 1

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen in Berlin, Brandenburg und Deutschland 2011

	Berlin	Brandenburg	Deutschland	Anteil an jeweiliger Obergruppe		
				Berlin	Brandenburg	Deutschland
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	161.366	93.372	3.514.174	15,0	12,8	13,2
davon:						
Kernbereich	130.324	81.690	2.919.701	80,8	87,5	83,1
86.1 Krankenhäuser	44.092	29.899	1.179.021	33,8	36,6	40,4
86.2 Arzt- und Zahnarztpraxen	23.624	13.440	529.195	18,1	16,5	18,1
86.9 Gesundheitswesen a. n. g. (Sonstige Praxen und Rettungsdienste)	16.643	9.333	246.215	12,8	11,4	8,4
87.1 Pflegeheime	15.640	11.116	458.373	12,0	13,6	15,7
87.2 Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.	36	431	13.043	0,0	0,5	0,4
87.3 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	10.805	7.804	268.596	8,3	9,6	9,2
88.10.1 Ambulante soziale Dienste	19.484	9.667	225.258	15,0	11,8	7,7
Erweiterungsbereich 1 (Handel)	15.338	6.488	311.489	9,5	6,9	8,9
46.18.4 Handelsvermittlung von pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	5.449	452	38.933	35,5	7,0	12,5
46.46 Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	1.768	669	69.668	11,5	10,3	22,4
47.73 Einzelhandel – Apotheken	5.454	3.744	137.850	35,6	57,7	44,3
47.74 Einzelhandel mit mediz. und orthop. Artikeln	1.376	1.065	35.320	9,0	16,4	11,3
47.78.1 Einzelhandel – Augenoptiker	1.291	558	29.718	8,4	8,6	9,5
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)	15.704	5.194	282.984	9,7	5,6	8,1
21 Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	8.209	863	118.947	52,3	16,6	42,0
26.6 Herst. v. Bestrahlungs- und Elektrother.geräten und medizin. Geräten	464	45	14.860	3,0	0,9	5,3
32.5 Herst. v. medizin. und zahnmedizin. Apparaten und Materialien	7.031	4.286	149.177	44,8	82,5	52,7
Alle Wirtschaftszweige	1.079.284	727.707	26.712.501	100,0	100,0	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

In den zwei Erweiterungsbereichen (dem Handel und Herstellung/Produktion) sind in Berlin insgesamt rund 31.000 Menschen beschäftigt. Im Erweiterungsbereich 1 – Handel mit medizinischen Produkten – sind rund 15.300 Personen (9,5% der Gesundheitswirtschaft) tätig. Innerhalb dieses Segments sind die Apotheken und der Handel mit medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen die größten Beschäftigungsbereiche (5.454 bzw. 5.449 Personen). Die übrigen Beschäftigten entfallen auf den Einzel- und Großhandel mit medizinischen oder pharmazeutischen Produkten. Im Erweiterungsbereich 2 – Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Geräten – sind rund 15.700 Personen (9,7% der Gesundheitswirtschaft) beschäftigt. Auf dem Gebiet der Medizinforschung weist Berlin Standortvorteile auf. International agierende Gesundheitsdienstleister,⁵ renommierte medizinische Forschungseinrichtungen⁶ und eine Vielzahl von großen und kleinen Kliniken bieten ein Potenzial, welches Unternehmen zur Herstellung medizinischer Geräte nutzen.

In Brandenburg entfallen auf die zwei Erweiterungsbereiche insgesamt 11.700 Beschäftigte. In diesen Bereichen ist Brandenburg mit 12,5 Prozent an den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft deutlich weniger präsent als Berlin mit fast 20 Prozent. Auf den Erweiterungsbereich 1 – Handel mit medizinischen Produkten – kommen rund 6.500 Beschäftigte (6,9% der Gesundheitswirtschaft). Das Hauptbeschäftigungsfeld ist der Einzelhandel (vor allem Apotheken). Im Erweiterungsbereich 2 – Herstellung von pharmazeutischen Geräten – sind rund 5.200 Personen beschäftigt (5,6% der Gesundheitswirtschaft).

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist regional nicht gleichmäßig verteilt, sondern hat lokale Schwerpunkte. Dabei bestehen Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in einer Region insgesamt, aber auch hinsichtlich der Verteilung zwischen den Kern- und Erweiterungsbereichen. Ein geeignetes Maß, um regionale Schwerpunkte zu identifizieren, ist der sogenannte Lokalisationskoeffizient. Dies ist der Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten in einer Branche in einer Region (Zähler), in Relation zu dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Deutschland (Nenner). Werte über eins stehen für einen überdurchschnittlichen, Werte unter eins für einen unterdurchschnittlichen Branchenanteil. Der Lokalisationskoeffizient ermöglicht eine bessere regionale Einordnung. Dabei wird der Branchenanteil der Gesundheitswirtschaft auf Kreisebene mit dem Branchenanteil von

5 Als global Player sind hier u. a. zu nennen: Pfizer, Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Sanofi, Berlin-Chemie, Dr. Mann Pharma/Bausch & Lomb, Takeda Pharma, Nycomed (ein Unternehmen der Takeda-Gruppe), Haupt Pharma CT-Arzneimittel (Berlin Partner GmbH 2012: 6 f.).

6 Als international bedeutende Forschungseinrichtungen sind hier u. a. zu nennen: die Universitätsklinik Charité. Auch Wissenschaftsinstitute wie das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, das Deutsche Herzzentrum, das Deutsche Rheuma Forschungszentrum Berlin, die Physikalisch-Technische Bundesanstalt, die Fachabteilung Medizinphysik und metrologische Informationstechnik, das Robert Koch Institut für Infektionskrankheiten, die Max-Planck- und Fraunhofer-Institute oder die Technische Universität arbeiten u. a. auf dem Gebiet der Gesundheitsforschung (Berlin Partner GmbH 2012: 9).

Deutschland in Beziehung gesetzt, wodurch die Branchenkonzentration in verschiedenen Regionen miteinander vergleichbar wird.

Der Lokalisationskoeffizient von 1,1 im Kernbereich für Berlin besagt, dass der Anteil der Beschäftigten um zehn Prozent über dem Durchschnitt von Deutschland liegt. In Brandenburg entspricht die Bedeutung des Kernbereichs (1,0) der bundesweiten Versorgung. Aus Karte 1 wird die regionale Konzentration der Beschäftigten in Berlin-Brandenburg im Kernbereich und den beiden Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft deutlich. Die höchsten Werte für den Kernbereich erreichen erwartungsgemäß die kreisfreien Städte, hier ist Brandenburg an der Havel mit einem Koeffizienten von 1,6 Spitzenreiter. Unter den Landkreisen schwankt der Lokalisationskoeffizient zwischen 0,7 im Landkreis Teltow-Fläming und 1,3 im Kreis Barnim. Das Gesundheitswesen (Kernbereich) bildet im Landkreis Barnim einen wichtigen Kompetenzschwerpunkt. Vor allem in Eberswalde und im Raum Bernau haben sich zahlreiche Gesundheitseinrichtungen etabliert.⁷ Tendenziell sind in den nordöstlichen Regionen leicht überdurchschnittliche Konzentrationen des Kernbereichs im Gesundheitswesen festzustellen. In diesen vergleichsweise strukturschwächeren Kreisen mit niedrigerer Arbeitsplatzdichte – wie die Uckermark oder Oberhavel – hat das Gesundheitswesen anteilig eine größere Bedeutung. Die nächsthöchsten Konzentrationen an Beschäftigten in den Landkreisen finden sich in der Ostprignitz und in der Prignitz. Die Ostprignitz-Klinik mit den Standorten Pritzwalk und Wittstock sowie einem Kreiskrankenhaus und die Ruppiner Kliniken sind große Arbeitgeber. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Gesundheitssektor vor allem in Städten und in den nördlichen Landkreisen Brandenburgs überdurchschnittlich vertreten ist.

Die regionalen Unterschiede zwischen den beiden Ländern lassen sich anschaulich am Versorgungsgrad der Bevölkerung mit vollstationären Behandlungsangeboten darstellen. Seit 2000 hat sich der Versorgungsgrad (60 Betten je 10.000 Einwohner) in beiden Ländern nahezu angeglichen.⁸ Im dünn besiedelten Brandenburg stellen sich ganz unterschiedliche Herausforderungen an die medizinische stationäre Versorgung als im dicht besiedelten Berlin. Innerhalb Brandenburgs erzielen erwartungsgemäß die kreisfreien Städte einen überdurchschnittlichen Lokalisationsquotienten, während viele Landkreise unterdurchschnittliche Werte aufweisen (vgl. Karte 1). Kliniken in den kreisfreien Städten erfüllen einen überregionalen Versorgungsauftrag und stellen wichtige regionale Standorte für Gesundheitsleistungen im Land Brandenburg dar. Im Zuge der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft ist das Land Brandenburg

7 Dazu zählen u. a. das Klinikum Barnim, Werner Forßmann Krankenhaus sowie weitere medizinische Einrichtungen. Die Landesklinik Eberswalde ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie mit langer Tradition. Darüber hinaus ist die Bernauer Waldsiedlung bei Wandlitz entstanden, ein relevantes Rehabilitationszentrum in den neuen Bundesländern.

8 In Berlin wird bei fast gleichem Versorgungsgrad eine Fläche von 891 km² versorgt, gegenüber 29.500 km² im Land Brandenburg (Goppold 2011: 56).

in fünf Versorgungsgebiete eingeteilt.⁹ Diese sollen im Wesentlichen den gesamten Bedarf der Bevölkerung an Krankenhausleistungen landesweit decken.

Karte 1

Lokalisationsquotient in den Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft auf Kreisebene in Berlin und Brandenburg 2011

BAR = Barnim, BRB = Brandenburg/Havel, CB = Cottbus, EE = Elbe-Elster, FFO = Frankfurt/Oder, HVL = Havelland, LDS = Dahme-Spreewald, LOS = Oder-Spree, MOL = Märkisch-Oderland, OHV = Oberhavel, OPR = Ostprignitz-Ruppin, OSL = Oberspreewald-Lausitz, P = Potsdam, PM = Potsdam-Mittelmark, PR = Prignitz, SPN = Spree-Neiße, TF = Teltow-Fläming, UM = Uckermark



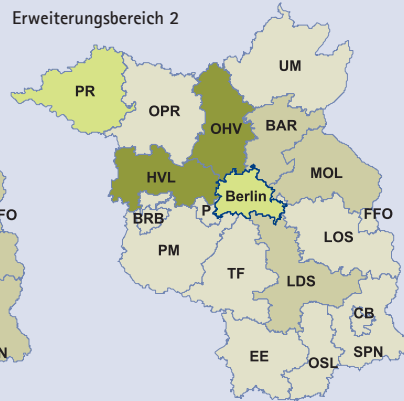
Lokalisationsquotient

unter 0,5 0,5 bis unter 1,0 1,0 bis unter 1,5 1,5 bis unter 2,0 über 2,0

Erweiterungsbereich 1



Erweiterungsbereich 2



Anm.: Lokalisationsquotient = Verhältnis des lokalen Branchenanteils zum bundesweiten Branchenanteil.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

9 Versorgungsgebiet Neuruppin (Planungsregion Prignitz-Oberhavel): Oberhavel, Ostprignitz-Ruppin, Prignitz; Versorgungsgebiet Schwedt (Planungsregion Uckermark-Barnim): Barnim, Uckermark; Versorgungsgebiet Potsdam (Planungsregion Havelland-Fläming): Brandenburg an der Havel, Potsdam, Havelland, Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming; Versorgungsgebiet Cottbus (Planungsregion Lausitz-Spreewald): Cottbus, Dahme-Spreewald, Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz, Spree-Neiße; Versorgungsgebiet Frankfurt (Oder) (Planungsregion Oderland-Spree): Frankfurt (Oder), Märkisch-Oderland, Oder-Spree (Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg 2008).

Während die Beschäftigten in den Erweiterungsbereichen 1 (Handel mit medizinischen Produkten) und 2 (Herstellung von pharmazeutischen Geräten und Erzeugnissen) in Berlin stark konzentriert sind, haben diese in Brandenburg im Vergleich zu Deutschland insgesamt eine geringere Bedeutung. Nur die Landkreise Elbe-Elster und Ostprignitz-Ruppin weisen für den Erweiterungsbereich 1 eine leicht überdurchschnittliche Konzentration auf. Dies erklärt sich in den genannten Landkreisen durch jeweils mittelständische Betriebe im Bereich Handel mit medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen. In den Landkreisen Havelland und Oberhavel hingegen ist der Erweiterungsbereich 2 von besonderer Bedeutung. Für das Havelland konnte vor allem in Rathenow an die Tradition der optischen und feinmechanischen Kompetenz angeknüpft werden (Bogai/Seibert/Wiethölter 2006). Im Landkreis Oberhavel am Standort Hennigsdorf konnten in den letzten Jahren auf dem Technologie-Campus schwerpunktmäßig Unternehmen im Bereich der Biotechnologie (Spezialdiagnostik) und Life Sciences gewonnen werden.¹⁰

3 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat sich seit 2000 in der Region Berlin-Brandenburg deutlich positiver entwickelt als die Gesamtbeschäftigung.¹¹ Zwischen Mitte 2000 und 2011 stieg hier die Zahl der Beschäftigten in Berlin um 20,3 Prozent, eine absolute Zunahme von rund 27.200 Personen (vgl. Abbildung 2). In Brandenburg war das Wachstum mit knapp 30 Prozent (+21.424) noch dynamischer. Die Beschäftigung insgesamt ist dagegen in Berlin nur leicht gestiegen (Berlin: +2,3 %) und war in Brandenburg sogar rückläufig (Brandenburg: -3,9 %). Hier zeigt sich, wie wichtig die Gesundheitsbranche für die Entwicklung der gesamten Beschäftigung ist, sie kompensiert sogar starke Rückgänge in den übrigen Wirtschaftsbereichen.

So stieg in Berlin seit 2000 der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten von 12,7 Prozent (2000) auf 15 Prozent (2011) und in Brandenburg von 9,5 auf 12,8 Prozent.

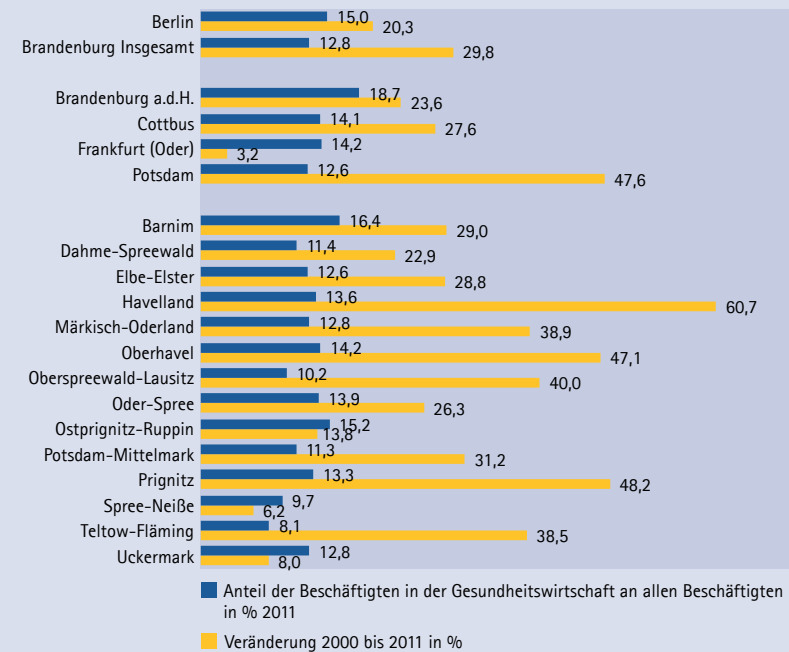
Gliedert man das Beschäftigungswachstum in Berlin und Brandenburg regional, zeigen sich deutliche Unterschiede. Spitzenreiter ist der Landkreis Havelland mit einem Zuwachs von 60,7 Prozent, das geringste Wachstum weist die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) mit 3,2 Prozent auf. Die Spanne zwischen den höchsten und den niedrigsten Wachstumsraten beträgt damit rund 58 Prozentpunkte.

¹⁰ Am Standort Hennigsdorf ist u. a. seit Mitte 2009 das „European Center of Excellence“ für klinische Diagnostik des amerikanischen Konzerns Thermo Fisher Scientific im Hennigsdorfer „Biotechbogen“ ansässig (ILB/ZAB 2012: 24).

¹¹ Aufgrund der veränderten Wirtschaftsklassifikationen im Zeitverlauf (von WZ 1993, über WZ 2003 zu WZ 2008) sind die Daten nicht zu 100 % vergleichbar.

Abbildung 2

Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg nach Kreisen 2000–2011 in Prozent



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Wie sich auch bundesweit zeigt, entwickelte sich seit 2000 innerhalb der Gesundheitswirtschaft der Kernbereich am dynamischsten. In Brandenburg nahm die Beschäftigung in diesem Bereich besonders stark zu. Während in Berlin ein Anstieg um 19,2 Prozent zu verzeichnen ist, konnte in Brandenburg sogar ein Zuwachs von über 30 Prozent (31,8 %) erreicht werden (vgl. Deutschland: 23,5 %).

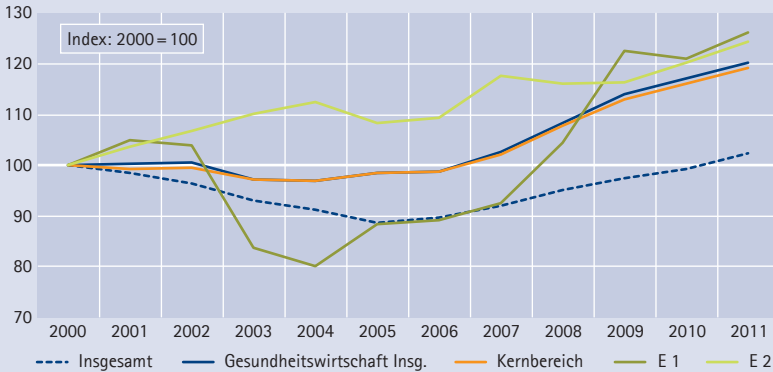
Aber auch in den Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft hat die Beschäftigung seit 2000 stark zugenommen. In Berlin sind in den letzten elf Jahren in dem Erweiterungsbereich 2 (der Produktion) Wachstumsraten von gut 25 Prozent zu beobachten. Die Ursache für die Beschäftigungseinbrüche von 2002 auf 2003 im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) ist in beiden Ländern vor allem in Umstellungen der Zuordnung der Wirtschaftszweige begründet.¹²

¹² Hier insbesondere die Umstellung von der Wirtschaftszweigklassifikation (WZ) 1993 auf WZ 2003: So wurde von der WZ 1993 die Wirtschaftsunterklasse „52.48.4 Einzelhandel mit feinmechanischen, Foto- und optischen Erzeugnissen, Computern und Software“ auf die Wirtschaftsunterklasse „52.49.3 Augenoptiker“ umgestellt (WZ 2003). Das heißt einzelne Bereiche wurden aus der WZ 1993 abgespalten und in der WZ 2003 anderweitig zugeordnet.

Vergleicht man in Berlin die Beschäftigungsentwicklung im reduzierten Handelsbereich zwischen 2004 und 2011, zeigt sich ein Zuwachs von 57,7 Prozent. In Brandenburg konnte der Erweiterungsbereich 1 (Herstellung und Produktion) vor allem ab 2007 wieder an Beschäftigung zulegen.

Abbildung 3

Entwicklung der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen 2000–2011 in Berlin

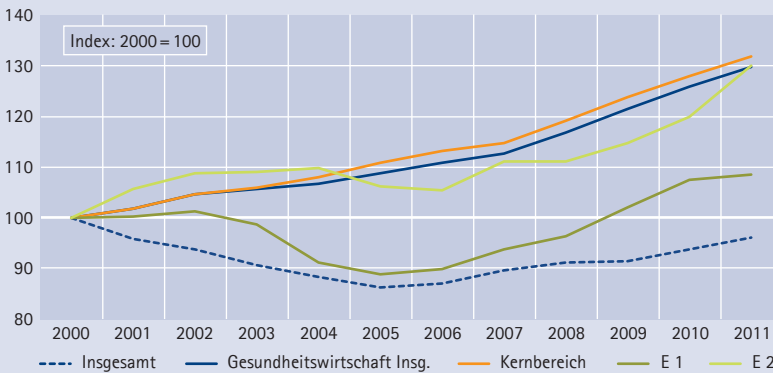


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Abbildung 4

Entwicklung der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen 2000–2011 in Brandenburg



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Differenziert nach den einzelnen Branchen des Kernbereichs¹³ ist in Berlin auffällig, dass die Beschäftigung in den Krankenhäusern deutlich abgenommen hat, während gleichzeitig die ambulanten sozialen Dienste, die Pflege- und Altenheime und die sonstigen Praxen und Rettungsdienste deutlich an Beschäftigung hinzugewinnen konnten. Die eigentliche Umstrukturierung der Berliner Krankenhausinfrastruktur erfolgte in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre bis 2005. Ziel war der Abbau der bestehenden Überversorgung der Bevölkerung mit stationären Behandlungsangeboten. Ursächlich dafür waren die Insellage des damaligen Westteils von Berlin und die im Ostteil mit der Hauptstadtfunction verbundene Umlandversorgung (Goppold 2011: 50). Damit einher ging die Schließung von einzelnen Krankenhäusern sowie auch deren Fusionierung und Neueröffnungen. Darüber hinaus erfolgte der Aufbau von ambulanten und teilstationären Einrichtungen als Alternative zur vollstationären Behandlung in Krankenhäusern. Die Anzahl der Krankenhäuser wurde von 104 (1991) auf 74 im Jahr 2008 reduziert (ebenda: 50).

In Brandenburg ist in den Krankenhäusern eine leichte Beschäftigungszunahme zu verzeichnen, während die anderen Teilbereiche des Kernbereichs nennenswerte Steigerungen erfahren haben. Vor allem die Bereiche Pflege- und Wohnheime und ambulante soziale Dienste konnten hohe Beschäftigungszuwächse verzeichnen. Nach einer bundesweiten Analyse des Pflegerates spiegelt sich in dieser Entwicklung der demografische Wandel und damit verbunden die steigende Nachfrage bei der Versorgung älterer Pflegebedürftiger wider (Simon 2012: 4). Darüber hinaus wurden im Zuge der Umstrukturierung der Brandenburger Krankenhauslandschaft nur wenige Krankenhäuser geschlossen. Hier wurden vor allem auf dem Wege von Fusionierungen bzw. Zusammenführungen von Einrichtungen neue Strukturen aufgebaut. In Vereinbarungen und Kooperationen zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg wurden länderübergreifende Versorgungsschwerpunkte festgelegt. Neben der Neustrukturierung der Brandenburger Krankenhauslandschaft hat sich seit Anfang der 1990er Jahre die Zahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verdreifacht (ebenda: 52 f.).

13 Um eine Vergleichbarkeit aufgrund der veränderten Wirtschaftsklassifikation (WZ 1993 und WZ 2008) zu gewährleisten, wurden die einzelnen Branchen des Kernbereichs zu etwas größeren Gruppen zusammen gefasst. Die beiden in WZ 1993 noch eigenständigen „85.12 Arztpraxen“ und „85.13 Zahnarztpraxen“ befinden sich nun, wie in WZ 2008, in einer Gruppe. Aus den Branchen der WZ 2008 „87.1 Pflegeheime“, „87.2 Stationäre Einrichtungen etc.“ und „87.3 Altenheime etc.“ wurde die Kategorie „Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter“ gebildet. In diese sind auch die Branchen aus WZ 1993 „85313 Altenwohnheime“, „85.31.4 Altenheime“, „85.31.5 Altenpflegeheime“, „85.31.7 Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter“ und „85.31.8 Wohnheime für Behinderte“ eingeflossen. Dabei ist zu beachten, dass dieser Bereich von WZ 1993 auf WZ 2008 nicht ganz deckungsgleich ist, da bei den Pflegeheimen in der WZ 2008 auch die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung berücksichtigt sind, die in der WZ 2003 noch getrennt erfasst wurden.

Tabelle 2

Entwicklung der Beschäftigten in den einzelnen Branchen des Gesundheitskernbereichs
2000–2011

	SV-Beschäftigte		Veränderung 2000 bis 2011	
	2000	2011	absolut	in Prozent
Berlin				
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	109.353	130.324	20.971	19,2
Krankenhäuser	55.186	44.092	-11.094	-20,1
Arzt- und Zahnarztpraxen	19.050	23.624	4.574	24,0
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	9.627	16.643	7.016	72,9
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	17.448	26.481	9.033	51,8
Ambulante soziale Dienste	8.042	19.484	11.442	142,3
Brandenburg				
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	61.976	81.690	19.714	31,8
Krankenhäuser	27.918	29.899	1.981	7,1
Arzt- und Zahnarztpraxen	11.708	13.440	1.732	14,8
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	5.616	9.333	3.717	66,2
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	11.285	19.351	8.066	71,5
Ambulante soziale Dienste	4.919	9.667	4.748	96,5
Deutschland				
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	2.361.319	2.919.701	558.382	23,6
Krankenhäuser	1.122.619	1.179.021	56.402	5,0
Arzt- und Zahnarztpraxen	449.959	529.195	79.236	17,6
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	152.853	246.215	93.362	61,1
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	489.514	740.012	250.498	51,2
Ambulante soziale Dienste	120.948	225.258	104.310	86,2

* Dieser Bereich ist von WZ 1993 auf WZ 2008 nicht ganz deckungsgleich, da bei den Pflegeheimen in der WZ 2008 auch die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung berücksichtigt sind, die in der WZ 2003 noch getrennt erfasst wurden.

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

4 Strukturmerkmale der Beschäftigten

4.1 Geschlecht

Betrachtet man die Beschäftigungsanteile von Frauen und Männern in der Gesundheitswirtschaft, erweist sich diese Branche als starke Frauendomäne. Bundesweit lag 2011 der Anteil der Frauen in der Gesundheitswirtschaft bei 78 Prozent. Von allen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen arbeiten über 20 Prozent allein in dieser Branche (22,4 %). Diese Bedeutung als „weiblicher Beschäftigungsträger“ lässt sich auch für Berlin (21,6 %) und Brandenburg (21,4 %) nachweisen. Gleichzeitig konnten in Berlin und Schleswig-Holstein, wenn auch auf niedrigem Niveau, die höchsten Werte für männliche Beschäftigte ermittelt werden (7,9 und 7,5 %) (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten 2011 in Prozent

	Gesamt	Frauen	Männer
Schleswig-Holstein	16,4	26,1	7,5
Hamburg	11,0	17,8	5,1
Niedersachsen	13,9	24,8	4,9
Bremen	11,9	21,7	4,4
Nordrhein-Westfalen	13,2	23,3	5,2
Hessen	12,6	20,8	5,9
Rheinland-Pfalz	14,5	24,6	6,0
Baden-Württemberg	12,8	21,8	5,6
Bayern	12,5	21,6	4,9
Saarland	14,0	24,9	5,7
Berlin	15,0	21,6	7,9
Brandenburg	12,8	21,4	4,6
Mecklenburg-Vorpommern	13,4	21,1	5,0
Sachsen	12,8	21,3	4,6
Sachsen-Anhalt	13,3	22,0	4,7
Thüringen	12,9	21,5	4,8
Deutschland	13,2	22,4	5,4
Westdeutschland	13,1	22,6	5,4
Ostdeutschland	13,4	21,5	5,3

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

In Berlin sind drei Viertel der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft weiblich (74,5%), das ist deutlich mehr als in der Gesamtwirtschaft (51,6%). Den höchsten Frauenanteil hat dabei der Kernbereich (78,4%), im Groß- und Einzelhandel sind es 67,3 Prozent (Erweiterungsbereich 1). Anders ist die Situation im medizinischen Handwerk und der Industrie (Erweiterungsbereich 2). Hier entspricht der Anteil der weiblichen Beschäftigten ungefähr dem Berliner Landesdurchschnitt (49,3%).

In Brandenburg ist der Frauenanteil in der Gesundheitswirtschaft nochmals deutlich höher als in Berlin. Hier sind 81,4 Prozent der Beschäftigten weiblich (vgl. Gesamtwirtschaft: 48,8%). Auch in den Erweiterungsbereichen ist der Frauenanteil nennenswert höher. Im Groß- und Einzelhandel sind es 80,5 Prozent (Erweiterungsbereich 1) und im medizinischen Handwerk und der Industrie 62,5 Prozent (Erweiterungsbereich 2). Nach einer Studie zu den geschlechterspezifischen Berufsstrukturen in Berlin und Brandenburg konnte gezeigt werden, dass vor allem in Brandenburg nennenswerte Beschäftigungszunahmen in typischen Frauenberufen, vor allem in den Gesundheitsberufen, den Grad der beruflichen Segregation sogar erhöhten (Bogai/Wiethölter/Schönwetter 2011: 43). Mit der Folge, dass frauentypische Berufe im Gesundheitswesen noch stärker dominieren.

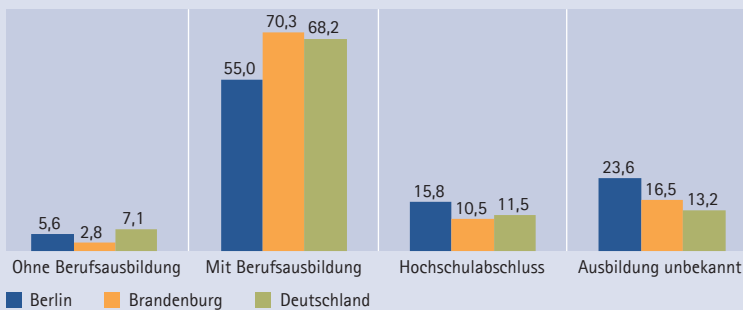
4.2 Qualifikation

Das Qualifikationsniveau ist bei den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft erwartungsgemäß hoch, da eine Ausbildung oftmals Voraussetzung zur Berufsausübung ist. 70,9 Prozent der Beschäftigten haben in Berlin einen Berufsausbildungs- oder Hochschulabschluss, in Brandenburg sogar 80,8 Prozent.¹⁴ Der Durchschnitt aller Beschäftigten in Berlin liegt nur bei 63,6 Prozent (Brandenburg: 73,9 %). Die größte Gruppe setzt sich aus Beschäftigten mit einer betrieblichen bzw. fachschulischen Berufsausbildung zusammen (vgl. Abbildung 5).

Gegenüber der Gesundheitswirtschaft in Berlin hat Brandenburg zwar weniger Hochqualifizierte (10,5 %, vgl. mit Berlin: 15,8 %), aber einen deutlich höheren Anteil an Beschäftigten mit betrieblicher bzw. fachschulischer Berufsausbildung (70,3 %, vgl. mit Berlin: 55 %). Der Anteil der Hochqualifizierten mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss in Berlin und in Brandenburg ist verglichen mit der jeweiligen Gesamtbeschäftigung durchschnittlich. Freiberufler bzw. Selbständige sind hierbei nicht erfasst, wodurch viele Hochqualifiziertere im Gesundheitswesen (z. B. niedergelassene Ärzte) bei dieser Betrachtung nicht berücksichtigt werden. Der Anteil der Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung beträgt in Berlin 5,6 Prozent und 2,8 Prozent in Brandenburg und ist im Vergleich zur jeweiligen Gesamtwirtschaft unterdurchschnittlich (Berlin Insgesamt: 7,1 %; Brandenburg Insgesamt: 4,1 %).

Abbildung 5

Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg 2011 (Anteile in Prozent)

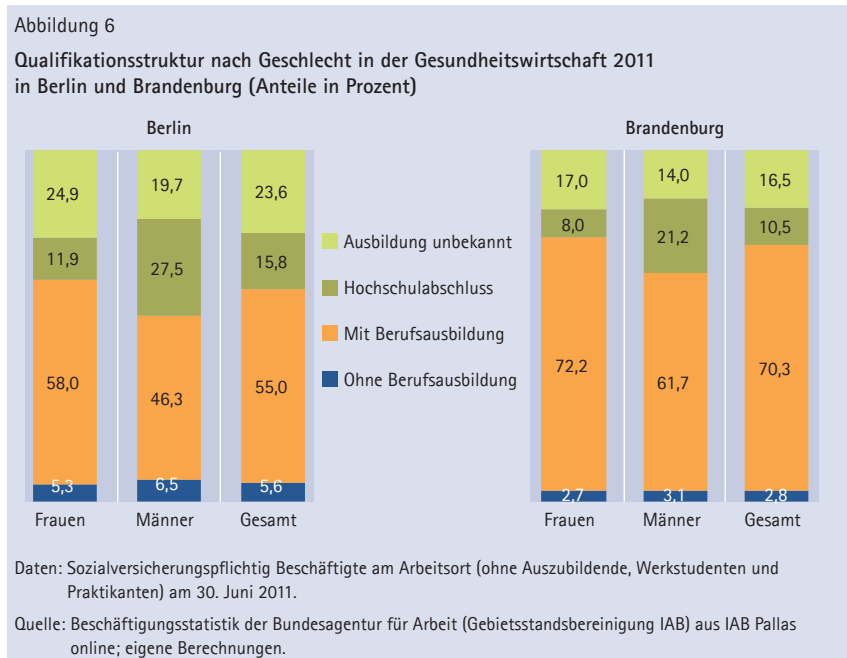


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberingung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

14 Für einen Teil der Beschäftigten liegen in der SVB-Statistik keine Angaben zum Ausbildungsabschluss vor. In Berlin betraf das 2011 im Gesundheitswesen 23,6% und in Brandenburg 16,5% der Beschäftigten.

Auffällig ist, dass unter den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft mehr Männer als Frauen mit akademischer Bildung nachzuweisen sind. Dieses höhere Qualifikationsniveau der Männer zeigt sich sowohl in Berlin wie auch in Brandenburg, nur mit dem Unterschied, dass insgesamt der Anteil der Akademiker in Brandenburg geringer ist (Abbildung 6).



Im klassischen Bereich der Gesundheitswirtschaft, dem Kernbereich, dominieren die Beschäftigten mit Berufsausbildung (Berlin: 56,3 %; Brandenburg: 71,6 %). Da in Berlin die Kategorie „Ausbildung unbekannt“¹⁵ deutlich stärker ausgeprägt ist, dürfte dies einen Teil der unterschiedlichen Ergebnisse für die Beschäftigten mit Berufsausbildung für Berlin und Brandenburg erklären. Im Kernbereich fallen die Anteile der Geringqualifizierten in Berlin (5,6 %) und Brandenburg (2,8 %) insgesamt gering aus. Die Bedeutung der un- und angelernten Beschäftigten ist aber je nach Bereich/Einrichtung innerhalb des Kernbereichs sehr unterschiedlich ausgeprägt. So zeigen sich für Berlin im Bereich der Alten- und Pflegeheime Anteile von rund elf Prozent, während sie in Brandenburg unter fünf Prozent liegen. Diese Struktur lässt sich auch bundesweit beobachten, allerdings mit unterschiedlicher

15 Hohe Anteile in der Kategorie „Ausbildung unbekannt“ verzeichnen vor allem Sprechstundenhelfer, Altenpfleger/-helfer, Helfer in der Krankenpflege und Masseure/Krankengymnasten. In die genannten Berufe dürfte auch ein Quereinstieg möglich sein. Dies könnte ein Erklärungsansatz für den hohen Anteil dieser Qualifikationskategorie sein.

Ausprägung in Ost- und Westdeutschland. Während der Anteil der Hilfskräfte in Westdeutschland in der stationären Pflege bei fast 16 Prozent liegt, zeigt sich diese Struktur für Ostdeutschland so nicht (6,3%). Nach Simon¹⁶ wird sich die Bedeutung von Pflegehilfskräften bundesweit erst in den nächsten Jahren in der Beschäftigungsstruktur niederschlagen. Mit Blick auf die Absolventinnen von Pflegehilfeausbildungen an allen Absolventinnen von Pflegeausbildungen wird erkennbar, dass sich der Anteil der Pflegehilfskräfte bundesweit von 4,7 Prozent (1999) auf 17 Prozent im Jahr 2010 erhöht hat und weiter ansteigen dürfte (Simon 2012: 47).

Der Anteil der Beschäftigten mit akademischem Abschluss im Kernbereich liegt in Berlin bei 13,7 Prozent und damit erwartungsgemäß über dem Wert für Brandenburg (10,3%). In beiden Ländern ist der Akademikeranteil in Krankenhäusern und psychosozialen Einrichtungen am höchsten. Da Berlin über ein hochdifferenziertes Angebot an Fachkrankenhäusern verfügt, liegt der Akademisierungsanteil in diesem Teilbereich annähernd bei 30 Prozent (vgl. Brandenburg: 19,5%).

Im Kernbereich weisen männliche Beschäftigte häufiger als weibliche eine akademische Ausbildung auf. Allerdings zeigt sich bei der Betrachtung der absoluten Zahlen, dass in Berlin mehr Frauen als Männer mit einem akademischen Abschluss im Kernbereich tätig sind. Da Frauen in den nicht akademischen Gesundheitsfachberufen aber deutlich überwiegen, ist ihr Akademikeranteil vergleichsweise gering. In Brandenburg zeigt sich ein ähnliches Bild. Insgesamt sind hier sogar doppelt so viele Frauen wie Männer mit Hochschulbildung beschäftigt. Mit Blick auf den Anteil von hochqualifizierten Frauen halbiert sich allerdings der Wert.

Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) ist der hohe Anteil der Hochqualifizierten bemerkenswert. Rund 23 Prozent (Berlin) bzw. 14 Prozent (Brandenburg) der Beschäftigten verfügen hier über einen Hochschulabschluss. Dies dürfte sich durch den hohen Anteil an Akademikern in der Handelsvermittlung von pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Apotheken erklären. Im Berliner Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – ist der Anteil der Akademiker sogar noch etwas höher (26%), allerdings ist hier auch die Gruppe der Geringqualifizierten leicht überdurchschnittlich vertreten (7,3% ohne Berufsausbildung). Die Brandenburger Beschäftigten im Erweiterungsbereich 2 zeigen jedoch ein anderes Muster. Hier kann für mehr als zwei Drittel der Beschäftigten eine Berufsausbildung nachgewiesen werden, die Hoch- und Geringqualifizierten liegen dagegen unter dem Schnitt Brandenburgs.

16 Der Autor arbeitet auf der Datengrundlage der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik (Simon 2012: 28).

Seit dem Jahr 2000 hat sich das Qualifikationsniveau in der Gesundheitswirtschaft – vor allem gemessen am Beschäftigungszuwachs der Hochqualifizierten – in Berlin-Brandenburg deutlich erhöht. Die Zahl der Fachkräfte erhöhte sich um 5,7 Prozent und die der Hochqualifizierten sogar um 52,6 Prozent. In Brandenburg ist das Bild ähnlich, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung: Die Beschäftigten mit Berufsausbildung nahmen um 20,1 Prozent und die Hochqualifizierten um 33,1 Prozent zu. Die Bedeutung geringqualifizierter Arbeit ist schwer einzuschätzen. Einerseits nahm die Zahl der Beschäftigten ohne Berufsabschluss in Berlin um 22,4 Prozent und in Brandenburg um 5,7 Prozent ab. Andererseits liegen für einen wachsenden Teil der Beschäftigten keine Qualifikationsangaben vor.¹⁷ Als Strategie zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ist in den letzten Jahren vor allem in den Krankenhäusern eine Konzentration auf das eigentliche „Kerngeschäft“ zu beobachten. Im Zuge dieses Outsourcingprozesses sind Krankenhausdienstleistungen, die nicht im engeren Sinne zum „Kerngeschäft“ gehören, wie z. B. Facility Management, ausgliedert worden. Dies könnte letztendlich auch dazu beigetragen haben, dass insbesondere der Anteil der geringqualifizierten Beschäftigten zurückgegangen ist.

4.3 Alter

Mit der Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft und deren Folgen für den künftigen Fachkräftebedarf haben sich ausführlich die LASA und die Health-Capital Studie beschäftigt (Frei/Kampe/Papies 2010). An dieser Stelle wird daher die Altersstruktur der Beschäftigten in Berlin und Brandenburg nur in aller Kürze behandelt. Innerhalb der Gesundheitswirtschaft prägt der Kernbereich aufgrund seiner Dominanz an Beschäftigten weitgehend die Altersverteilung und wird daher in diesem Abschnitt gesondert betrachtet.

Der Anteil der jüngeren Beschäftigten im Kernbereich ist annähernd identisch mit dem Landesdurchschnitt aller Beschäftigten in Berlin und Brandenburg. In Berlin sind 5,6 Prozent der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Kernbereich unter 25 Jahre (Brandenburg: 5,8 %). Auffällig in beiden Bundesländern ist der hohe Anteil junger Beschäftigter in den Arzt- und Zahnarztpraxen, dagegen sind die Anteile in den Altersgruppen ab 45 Jahren und älter in den genannten Praxen deutlich schwächer besetzt.

Der mittleren Altersgruppe zwischen 25 und 54 Jahren gehören in Berlin knapp 80 Prozent der Beschäftigten an. Der entsprechende Anteilswert über alle Branchen ist in Berlin nahezu identisch. In Brandenburg liegt der Anteil dieser Altersgruppe im Kernbereich um 3,6 Prozentpunkte über dem Wert aller Beschäftigten.

¹⁷ Nach Bamming (2007: 8) kann ein Großteil dieser Gruppe zu den Ungelernten gezählt werden.

Nach Branchen innerhalb des Kernbereichs differenziert, ist in beiden Bundesländern vor allem in den Alten- und Pflegeheimen der Anteil der Älteren innerhalb dieser Altersgruppe (45 bis 54 Jahre) deutlich stärker besetzt als im Bereich der Krankenhäuser und Arztpraxen.

Mit einem Anteil von gut 15 Prozent ist die Gruppe der über 54-Jährigen im Kernbereich vergleichbar mit den Werten der Berliner Gesamtwirtschaft. In Brandenburg sind im Kernbereich dagegen deutlich weniger Ältere beschäftigt. Hier liegt der Anteilswert für die Älteren mit 15 Prozent nennenswert unter dem Wert der Brandenburger Wirtschaft (18,3%). Nach Bereichen innerhalb des Kernbereichs differenziert, ist in beiden Ländern im Bereich der Alten- und Pflegeheime der höchste Anteil älterer Pflegekräfte zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund ist nach einer bundesweiten Studie des Deutschen Pflegerats in den nächsten ca. fünf bis zehn Jahren absehbar „dass ein steigender Anteil der älteren Pflegekräfte aufgrund des Erreichens der regulären Altersgrenze aus dem Beruf ausscheiden wird“ (Simon 2012: 50). Vergleicht man die Altersstruktur der Beschäftigten im Kernbereich mit der in Deutschland, sind für Berlin und Brandenburg folgende Unterschiede feststellbar. Die Altersgruppe der unter 25-Jährigen ist in der Region geringer besetzt als im Bundesdurchschnitt. Die Anteilswerte der über 54-Jährigen sind nahezu identisch.

Die Erweiterungsbereiche weisen in Berlin und Brandenburg wenig vergleichbare Altersstrukturen auf. Im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) und Erweiterungsbereich 2 (Herstellung von medizinischen Geräten) sind in Berlin die Anteile der jüngeren Beschäftigten und auch der älteren Beschäftigten geringer besetzt als im Vergleich zu Brandenburg. Dafür ist die mittlere Altersklasse zwischen 25 und 54 Jahren stärker vertreten. Die Anteilswerte der Brandenburger Beschäftigten für die unter 25-Jährigen Beschäftigten folgen weitgehend dem brandenburgischen Durchschnitt. Die Werte der älteren Beschäftigten (über 54 Jahre) in den Erweiterungsbereichen 1 und 2 sind in beiden Ländern im Vergleich zum jeweiligen Durchschnitt aller Beschäftigten schwächer besetzt.

Mit Blick auf die Entwicklung der Altersstrukturen zwischen 2000 und 2011 fällt auf, dass sich bei den Älteren (ab 55 Jahren) in Berlin die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitswirtschaft (Summe des Kernbereichs und der Erweiterungsbereiche 1 und 2) zwischen 2000 und 2011 mit einer Steigerungsrate von 48,4 Prozent deutlich erhöht hat, während bei der Gesamtbeschäftigung der Zuwachs 23,7 Prozent betrug. Die 25- bis unter 55-Jährigen nahmen in dem Zeitraum um 17,3 Prozent zu. In Brandenburg dagegen erhöhte sich die Zahl der älteren Beschäftigten sogar um 80,1 Prozent (alle Beschäftigten: +57,3%), während die mittlere Altersgruppe um 25,6 Prozent zunahm. Die Älteren konnten also vom Beschäftigungsanstieg im Gesundheitsbereich durchaus profitieren. Gleichwohl dürfte der Anstieg haupt-

sächlich demografisch bedingt sein, d. h. die Alterung der Beschäftigten verursacht einen Teil des Zuwachses in der oberen Altersgruppe. Während in Berlin in der Gesundheitswirtschaft bei den Jüngeren (unter 25 Jahre) mit 4,5 Prozent und in Brandenburg mit 2,4 Prozent ein Beschäftigungsanstieg zu verzeichnen war, ist die Zahl der Jüngeren über alle Branchen der Gesamtwirtschaft deutlich zurückgegangen (Berlin: -11,6%, Brandenburg: -17,9%). Hingegen ist im Erweiterungsbereich 1 in beiden Ländern ein deutlicher Rückgang an jüngeren Beschäftigten zu verzeichnen (Berlin: -31,2%, Brandenburg: -37,5%).

Für den Kernbereich, dem quantitativ stärksten Bereich der Gesundheitswirtschaft, lässt sich für beide Bundesländer feststellen, dass die Beschäftigung Jüngerer vor allem in den Krankenhäusern sowie Arzt- und Zahnarztpraxen zurückgegangen ist. Hingegen wurden vergleichsweise viele Jüngere in die Bereiche Alten- und Pflegeheime, ambulante Dienste und im Gesundheitswesen a. n. g.¹⁸ eingestellt. Gleichzeitig ist aber in den zuletzt genannten Bereichen ein überproportionaler Beschäftigungsanstieg an älteren Beschäftigten zu festzustellen.

4.4 Arbeitszeit

Bei der Betrachtung des Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft muss auch nach der Arbeitszeit differenziert werden. Die Arbeitszeiten in der Gesundheitsbranche sind stark teilzeitgeprägt. Dies belegen auch die Beschäftigtenzahlen.

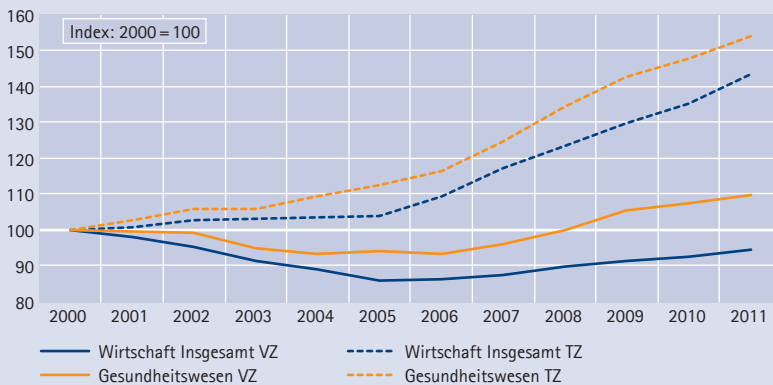
Während über alle Wirtschaftsbranchen betrachtet die Vollzeitbeschäftigung in Berlin in den letzten elf Jahren zurückgegangen ist (-5,7%, absolut rund -50.300 Personen), hat die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stark zugenommen (+43,4%, absolut rund 72.400 Beschäftigte). Seit 2000 hat sich die Teilzeitquote um ca. sechs Prozentpunkte auf 22,2 Prozent (2011) erhöht. In Brandenburg ist diese Entwicklung noch deutlich ausgeprägter zu beobachten. Hier wurden 12,7 Prozent der Vollzeitbeschäftigten reduziert, gleichzeitig hat die Teilzeitbeschäftigung um knapp 60 Prozent hinzugewonnen. Damit liegt die Teilzeitquote bei 20,2 Prozent (2000 bis 2011: +7,9 Prozentpunkte).

In der Gesundheitswirtschaft arbeiteten 2011 bundesweit rund ein Drittel der Beschäftigten in Teilzeit (34,8%), für Berlin und Brandenburg sind es jeweils rund 31 Prozent. Die Teilzeitbeschäftigung betrifft fast nur Frauen, rund 90 Prozent der Teilzeitkräfte sind weiblich (Berlin: 85,3%, Brandenburg: 89,8%).

18 Vor allem Praxen für Psychotherapie, Massagepraxen, Heilpraktikerpraxen, Krankengymnastikpraxen.

Abbildung 7

Beschäftigte Insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich nach Vollzeit (VZ) und Teilzeit (TZ) 2000–2011 in Berlin

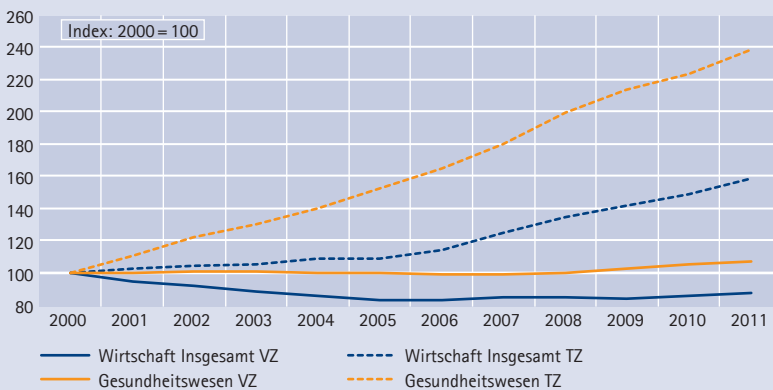


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Abbildung 8

Beschäftigte Insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich nach Vollzeit (VZ) und Teilzeit (TZ) 2000–2011 in Brandenburg



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Werkstudenten und Praktikanten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Nach Gesundheitsbranchen differenziert ist Teilzeitarbeit vor allem im Kernbereich verbreitet und hier vor allem im Bereich der Pflege- und Wohnheime und den ambulanten Diensten, gefolgt von den Krankenhäusern (vgl. Tabelle 4 und Tabelle 5). Nach Simon ist die bundesweite starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in

Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vor allem „ein Instrument der Flexibilisierung des Personaleinsatzes und Reduzierung von Personalkosten und weniger das Ergebnis gewünschter freiwilliger Teilzeit der Beschäftigten“ (Simon 2012: 4). In den Erweiterungsbereichen ist der Teilzeitanteil deutlich niedriger. So liegt in Berlin im Bereich Handel mit medizinischen Produkten der Anteil bei 19,2 Prozent und in Brandenburg bei gut einem Viertel. Im Erweiterungsbereich 2 (medizinisches Handwerk und Industrie) liegen die Anteile in beiden Bundesländern sogar unter zehn Prozent (Berlin: 8,5%, Brandenburg: 8,0%).

Teilzeitbeschäftigung hat seit 2000 in allen Branchen der Gesundheitswirtschaft zugenommen. Dabei ist in beiden Ländern im Kernbereich entgegen dem jeweiligen Landestrend aller Beschäftigten auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten leicht angestiegen. In Brandenburg hat sich die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in den letzten elf Jahren mehr als verdoppelt (+138,8%, absolut rund 17.100 Beschäftigte), die Zahl der Vollzeitbeschäftigten dagegen ist leicht angestiegen (+7,2%, absolut rund 4.300 Beschäftigte). Somit gehen in Brandenburg, über elf Jahre betrachtet, rund 80 Prozent des Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft auf Teilzeitstellen zurück. Daher zeigt sich in allen Teilbranchen ein deutlich stärkeres Wachstum der Teilzeit- als der Vollzeitbeschäftigung. In den Krankenhäusern waren Vollzeitstellen sogar rückläufig: hier konzentrierten sich die Beschäftigungszunahmen ausschließlich auf Teilzeitbeschäftigung (vgl. Tabelle 4).

Auch in Berlin verzeichnet seit 2000 die Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hohe Zuwächse (+53,8%, absolut rund 17.300 Beschäftigte), hier legte die Vollzeitbeschäftigung leicht zu (9,6%, absolut rund 9.800 Beschäftigte). Insgesamt gehen in der Hauptstadt nahezu 64 Prozent des Beschäftigungswachstums auf Teilzeitstellen zurück. Nach Bereichen des Kernbereichs differenziert, sind in Berlin Vollzeitbeschäftigte in Krankenhäusern sogar um rund 30 Prozent gesunken, während gleichzeitig Teilzeitbeschäftigungen an Bedeutung gewonnen haben. Vor allem in Pflege- und Wohnheimen und in den sonstigen Praxen und Rettungsdiensten wurden mehr Teilzeit- als Vollzeitstellen geschaffen. Hingegen in den ambulanten sozialen Diensten und Arzt- und Zahnarztpraxen überwiegt das prozentuale Wachstum der Vollzeitstellen (vgl. Tabelle 5). Nach Simon „resultiert der Beschäftigungszuwachs in Pflegeberufen offenbar überwiegend aus einer starken Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen. Das Gesamt-Arbeitszeitvolumen dürfte – wenn überhaupt nur geringfügig gestiegen sein.“ (Simon 2012: 63).

Tabelle 4

 Entwicklung der Beschäftigten in den Branchen des Gesundheitskernbereichs nach Arbeitszeit
 2000–2011 – Brandenburg

	2000			2011		
	SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:		SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:	
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit
<i>Beschäftigte absolut</i>						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	71.948	59.648	12.298	93.372	63.926	29.363
<i>Kernbereich</i>	61.976	51.048	10.926	81.690	54.429	27.235
Krankenhäuser	27.918	24.486	3.432	29.899	22.042	7.857
Arzt- und Zahnarztpraxen	11.708	9.669	2.039	13.440	10.164	3.265
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	5.616	4.793	821	9.333	7.106	2.221
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	11.285	8.354	2.931	19.351	9.383	9.965
Ambulante soziale Dienste	4.919	3.345	1.574	9.667	5.734	3.927
Wirtschaft Insgesamt	757.296	664.229	92.951	727.707	579.950	147.062
<i>Anteil an SV-Beschäftigte Insgesamt in %</i>						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	100,0	82,9	17,1	100,0	68,5	31,4
<i>Kernbereich</i>	100,0	82,4	17,6	100,0	66,6	33,3
Krankenhäuser	100,0	87,7	12,3	100,0	73,7	26,3
Arzt- und Zahnarztpraxen	100,0	82,6	17,4	100,0	75,6	24,3
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	100,0	85,3	14,6	100,0	76,1	23,8
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	100,0	74,0	26,0	100,0	48,5	51,5
Ambulante soziale Dienste	100,0	68,0	32,0	100,0	59,3	40,6
Wirtschaft Insgesamt	100,0	87,7	12,3	100,0	79,7	20,2
<i>Veränderung 2000 bis 2011</i>						
	<i>absolut</i>			<i>in Prozent</i>		
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	21.424	4.278	17.065	29,8	7,2	138,8
<i>Kernbereich</i>	19.714	3.381	16.309	31,8	6,6	149,3
Krankenhäuser	1.981	-2.444	4.425	7,1	-10,0	128,9
Arzt- und Zahnarztpraxen	1.732	495	1.226	14,8	5,1	60,1
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	3.717	2.313	1.400	66,2	48,3	170,5
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	8.066	1.029	7.034	71,5	12,3	240,0
Ambulante soziale Dienste	4.748	2.389	2.353	96,5	71,4	149,5
Wirtschaft Insgesamt	-29.589	-84.279	54.111	-3,9	-12,7	58,2

* Dieser Bereich ist von WZ 1993 auf WZ 2008 nicht ganz deckungsgleich, da bei den Pflegeheimen in der WZ 2008 auch die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung berücksichtigt sind, die in der WZ 2003 noch getrennt erfasst wurden.

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Tabelle 5

 Entwicklung der Beschäftigten in den Branchen des Gesundheitskernbereichs nach Arbeitszeit
 2000–2011 – Berlin

	2000			2011		
	SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:		SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:	
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit
<i>Beschäftigte absolut</i>						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	134.130	102.005	32.113	161.366	111.845	49.405
<i>Kernbereich</i>	<i>109.353</i>	<i>80.712</i>	<i>28.633</i>	<i>130.324</i>	<i>85.099</i>	<i>45.127</i>
Krankenhäuser	55.186	43.615	11.570	44.092	30.428	13.659
Arzt- und Zahnarztpraxen	19.050	13.763	5.282	23.624	17.169	6.428
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	9.627	6.899	2.726	16.643	11.520	5.099
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	17.448	12.170	5.278	26.481	14.520	11.957
Ambulante soziale Dienste	8.042	4.265	3.777	19.484	11.462	7.984
Wirtschaft Insgesamt	1.055.298	888.361	166.712	1.079.284	838.106	239.119
<i>Anteil an SV-Beschäftigte Insgesamt in %</i>						
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	100,0	76,0	23,9	100,0	69,3	30,6
<i>Kernbereich</i>	<i>100,0</i>	<i>73,8</i>	<i>26,2</i>	<i>100,0</i>	<i>65,3</i>	<i>34,6</i>
Krankenhäuser	100,0	79,0	21,0	100,0	69,0	31,0
Arzt- und Zahnarztpraxen	100,0	72,2	27,7	100,0	72,7	27,2
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	100,0	71,7	28,3	100,0	69,2	30,6
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	100,0	69,8	30,2	100,0	54,8	45,2
Ambulante soziale Dienste	100,0	53,0	47,0	100,0	58,8	41,0
Wirtschaft Insgesamt	100,0	84,2	15,8	100,0	77,7	22,2
<i>Veränderung 2000 bis 2011</i>						
	<i>absolut</i>			<i>in Prozent</i>		
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	27.236	9.840	17.292	20,3	9,6	53,8
<i>Kernbereich</i>	<i>20.971</i>	<i>4.387</i>	<i>16.494</i>	<i>19,2</i>	<i>5,4</i>	<i>57,6</i>
Krankenhäuser	-11.094	-13.187	2.089	-20,1	-30,2	18,1
Arzt- und Zahnarztpraxen	4.574	3.406	1.146	24,0	24,7	21,7
Sonstige Praxen und Rettungsdienste	7.016	4.621	2.373	72,9	67,0	87,1
Pflege- und Wohnheime, Betreuung Behinderter*	9.033	2.350	6.679	51,8	19,3	126,5
Ambulante soziale Dienste	11.442	7.197	4.207	142,3	168,7	111,4
Wirtschaft Insgesamt	23.986	-50.255	72.407	2,3	-5,7	43,4
* Dieser Bereich ist von WZ 1993 auf WZ 2008 nicht ganz deckungsgleich, da bei den Pflegeheimen in der WZ 2008 auch die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung berücksichtigt sind, die in der WZ 2003 noch getrennt erfasst wurden.						
Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) jeweils am 30. Juni.						
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.						

5 Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft

Während im vorherigen Abschnitt die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen untersucht wurde, wird in diesem Abschnitt der ausgeübte Beruf betrachtet. Die Auswahl der Gesundheitsberufe fällt auf stark besetzte nicht akademische Gesundheits- und Pflegeberufe. In Abschnitt 5.2 wird darüber hinaus die Qualifikationsentwicklung von ausgewählten Berufen beleuchtet.

5.1 Beschäftigungsentwicklung nach Berufen

Wie schon die Darstellung der Branchen der Gesundheitswirtschaft gezeigt hat, spielen auch die Gesundheitsberufe in Berlin und Brandenburg eine wichtige Rolle. Nachfolgend wird die Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Gesundheitsfachberufe¹⁹ schwerpunktmäßig für den Kernbereich dargestellt.

Etwa jeder zwölfte Berliner oder Brandenburger ist in einem der hier ausgewählten Gesundheitsberufen tätig (Berlin: 8,2%, Brandenburg: 7,9%). In Deutschland insgesamt sind es etwas weniger (7,2%). Eine besondere Bedeutung für diesen Teilarbeitsmarkt haben die Krankenschwestern/-pfleger. Rund 19 Prozent aller Beschäftigten im Kernbereich in Berlin und 21 Prozent in Brandenburg sind in diesem Beruf tätig. Ebenfalls eine hohe quantitative Bedeutung haben die Sprechstundenhelfer, die Altenpfleger/-helfer²⁰ und die Helfer in der Krankenpflege. Bei den Altenpflegern/-helfern ist auffällig, dass ihr Anteil in Brandenburg deutlich über dem Durchschnitt Deutschlands liegt (11,4%, vgl. mit Berlin: 9,6%, Deutschland: 10,1%).

19 Die Berufsbezeichnung für die Berufsordnung (BO) „861 Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ nach der Berufsklassifizierung der Bundesagentur für Arbeit (Bundesanstalt für Arbeit 1988) wurde in dieser Analyse in „861 Altenpfleger/-helfer“ geändert. Siehe auch Fußnote 20. Außerdem gehören gemäß der Klassifizierung der Berufe die Hebammen mit zur Berufsordnung der Krankenschwestern/-pfleger. Aufgrund von geringen Fallzahlen werden die Hebammen im weiteren Verlauf des Textes nicht zusätzlich aufgeführt. Alle anderen hier verwendeten Berufsbenennungen entsprechen der amtlichen Festlegung.

20 In der Berufsordnung „861 Altenpfleger/-helfer“ sind die examinierten Altenpfleger (in der Regel eine dreijährige Ausbildung) und die Altenpflegehelfer (in der Regel eine einjährige Ausbildung) zusammengefasst und durch die Gliederung der Berufsklassifikation nicht voneinander zu trennen. Außerdem ist eine kleine Gruppe von Sozialarbeitern hinzuzuzählen, die wir trotz Kreuzung mit den entsprechenden Wirtschaftsklassen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nicht gänzlich herausfiltern können.

Tabelle 6

Beschäftigung in ausgewählten Gesundheitsberufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg 2011

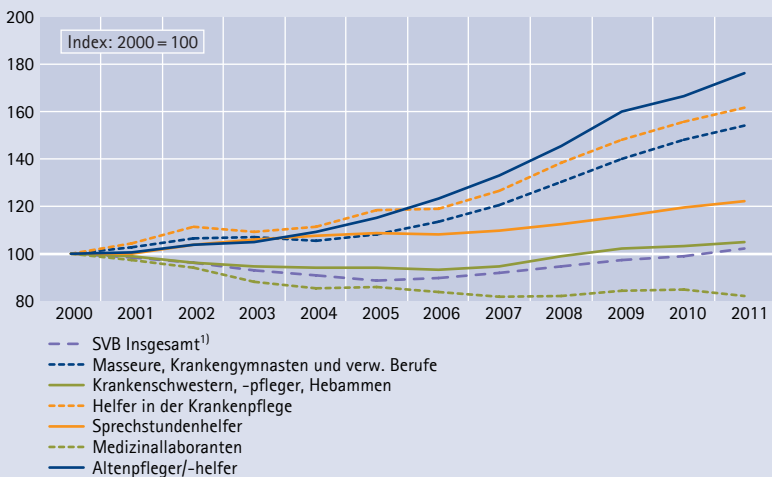
SV-Beschäftigte	Berlin		Brandenburg		Deutschland	
	SV-Beschäftigte	Anteil in %	SV-Beschäftigte	Anteil in %	SV-Beschäftigte	Anteil in %
Kernbereich Insgesamt	130.324	100,0	81.690	100,0	2.919.701	100,0
darunter:						
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	8.069	5,0	5.305	5,7	159.259	4,5
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	30.079	18,6	19.549	20,9	640.318	18,2
854 Helfer in der Krankenpflege	11.651	7,2	8.636	9,2	218.053	6,2
856 Sprechstundenhelfer	19.201	11,9	11.198	12,0	473.273	13,5
857 Medizinallaboranten	3.826	2,4	1.924	2,1	73.439	2,1
861 Altenpfleger/-helfer	15.427	9,6	10.675	11,4	354.177	10,1
Summe der ausgewählten Gesundheitsberufe	88.253	67,7	57.287	70,1	1.918.519	65,7

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichterstattung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Abbildung 9

Beschäftigungsentwicklung in ausgewählten Berufen des Gesundheitskernbereichs 2000–2011 in Berlin



1) Alle Beschäftigten (SVB), ohne Eingrenzung auf eine Branche.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich jeweils am 30. Juni.

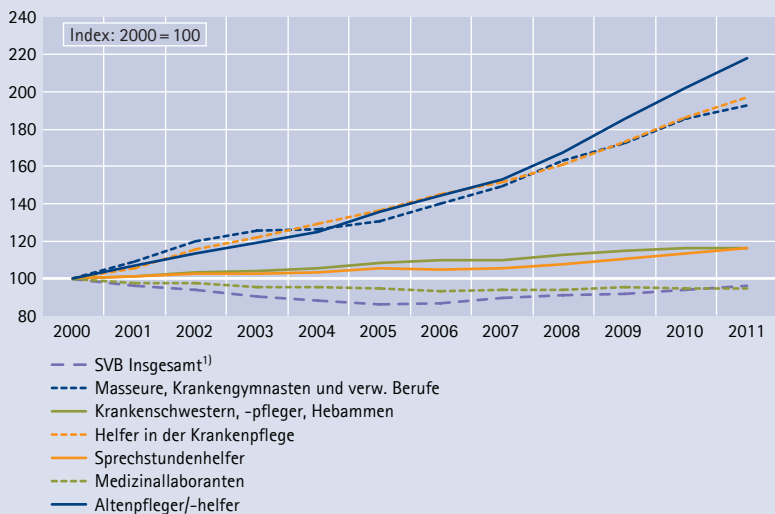
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichterstattung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Mit Ausnahme der Medizinallaboranten konnte sich die Beschäftigungsentwicklung in den Gesundheitsberufen klar vom Landestrend in Berlin und in Branden-

burg absetzen. Während die Beschäftigung insgesamt in den letzten elf Jahren in Berlin um 2,3 Prozent gestiegen ist und in Brandenburg rückläufig war (-3,9%), verzeichnen die Gesundheitsfachberufe teilweise starke Zuwachsraten. Das stärkste Wachstum in Berlin erzielen die Altenpfleger/-helfer mit einem Plus von rund 76 Prozent, in absoluten Zahlen eine Zunahme von rund 6.700 Beschäftigten. Auch die Krankenpflegehelfer (61,6%) sowie die Masseure/Krankengymnasten (54,3%) konnten überdurchschnittliche Beschäftigungsgewinne erzielen. Sprechstundenhelfer verzeichneten eine Zunahme von 22,5 Prozent. Ein vergleichsweise geringes Wachstum zeigen die Krankenschwestern/-pfleger (5,1%). Zwischen 2000 und 2006 zeigen sich hier sogar nennenswerte Rückgänge (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 10

Beschäftigungsentwicklung in ausgewählten Berufen des Gesundheitskernbereichs 2000–2011 in Brandenburg



1) Alle Beschäftigten (SVB), ohne Eingrenzung auf eine Branche.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichterstattung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

In Brandenburg lagen die Zuwächse in den ausgewählten Gesundheitsberufen noch deutlich höher. Hier konnten die Altenpfleger/-helfer Zuwächse von +117,8 Prozent (absolut: +5.774) verzeichnen. Die Krankenpflegehelfer und die Masseure/Krankengymnasten erreichten Zuwächse von über 90 Prozent (97,0% bzw. 92,8%). Im Vergleich dazu entfallen auf die Sprechstundenhelfer (16,1%) und Krankenschwestern/-pfleger (16,5%) eher moderate Beschäftigungsgewinne. Der Medizi-

nallaborant ist in Berlin und Brandenburg der einzige Beruf mit einem Beschäftigungsrückgang (Berlin: -17,5%, Brandenburg: -5,6%). Nach Simon zeichnet sich innerhalb der Pflegeberufe ein Strukturwandel ab: „Der Anteil der Altenpflege und Altenpflegehilfe an der Gesamtzahl der Beschäftigten ist gestiegen und der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gesunken. Dies entspricht zum einen gesellschaftlichen Veränderung wie dem demographischen Wandel und der steigenden Nachfrage bei der Versorgung älterer Pflegebedürftiger, es ist aber auch eine Folge des jahrelangen Stellenabbaus in Krankenhäusern.“ (Simon 2012: 66).

Ergänzend zur Thematik Arbeitszeit nach einzelnen Branchen der Gesundheitswirtschaft (vgl. Abschnitt 4.4) wird anhand von ausgewählten Gesundheitsberufen die Bedeutung der Teilzeitarbeit im Kernbereich nochmals verdeutlicht: Insgesamt ist im Kernbereich der Berliner Gesundheitswirtschaft ein hoher Teilzeitanteil festzustellen (34,6%), der nochmals deutlich über dem Teilzeitanteil aller Beschäftigten liegt. Besonders in den Berufen Krankenpflegehelfer (46,9%) und Altenpfleger/-helfer (44,6%) arbeitete 2011 fast die Hälfte der Beschäftigten in einem Teilzeitmodell. Auch in den letzten elf Jahren ist die Teilzeitbeschäftigung weiter deutlich gestiegen, und somit hat sich deren Anteil kontinuierlich erhöht. Bei den Krankenschwestern ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten sogar rückläufig (-9,2%). In diesem Beruf konzentrierte sich die Zunahme der Beschäftigung ausschließlich auf Teilzeitbeschäftigung (+48,1%).

Tabelle 7

Beschäftigte im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach Berufen und Arbeitszeitformen 2000 und 2011 – Berlin

	2000			2011		
	SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:		SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:	
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit
<i>SV-Beschäftigte absolut</i>						
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	109.353	80.712	28.633	130.324	85.099	45.127
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	5.228	3.384	1.844	8.069	5.024	3.045
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	28.619	21.474	7.145	30.079	19.500	10.579
854 Helfer in der Krankenpflege	7.210	5.067	2.143	11.651	6.185	5.466
856 Sprechstundenhelfer	15.700	11.598	4.102	19.201	14.075	5.126
857 Medizinallaboranten	4.636	3.610	1.026	3.826	2.832	994
861 Altenpfleger/-helfer	8.750	5.094	3.656	15.427	8.546	6.881
SV-Beschäftigung Gesamt¹⁾	1.055.298	888.361	166.712	1.079.284	838.106	239.119

	2000			2011		
	SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:		SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:	
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit
<i>Anteil an SV-Beschäftigte Insgesamt in %</i>						
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	100,0	73,8	26,2	100,0	65,3	34,6
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	100,0	64,7	35,3	100,0	62,3	37,7
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	100,0	75,0	25,0	100,0	64,8	35,2
854 Helfer in der Krankenpflege	100,0	70,3	29,7	100,0	53,1	46,9
856 Sprechstundenhelfer	100,0	73,9	26,1	100,0	73,3	26,7
857 Medizinallaboranten	100,0	77,9	22,1	100,0	74,0	26,0
861 Altenpfleger/-helfer	100,0	58,2	41,8	100,0	55,4	44,6
SV-Beschäftigung Gesamt¹⁾	100,0	84,2	15,8	100,0	77,7	22,2
Veränderung 2000 bis 2011		absolut		in Prozent		
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	20.971	4.387	16.494	19,2	5,4	57,6
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	2.841	1.640	1.201	54,3	48,5	65,1
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	1.460	-1.974	3.434	5,1	-9,2	48,1
854 Helfer in der Krankenpflege	4.441	1.118	3.323	61,6	22,1	155,1
856 Sprechstundenhelfer	3.501	2.477	1.024	22,3	21,4	25,0
857 Medizinallaboranten	-810	-778	-32	-17,5	-21,6	-3,1
861 Altenpfleger/-helfer	6.677	3.452	3.225	76,3	67,8	88,2
SV-Beschäftigung Gesamt¹⁾	23.986	-50.255	72.407	2,3	-5,7	43,4
1) Alle SV-Beschäftigten, ohne Eingrenzung auf eine Branche.						
Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich jeweils am 30. Juni.						
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.						

Das Gleiche gilt für Brandenburg. Allerdings ist hier der Anteil der Teilzeitbeschäftigten insgesamt geringer. Aber auch hier erreichten Altenpfleger/-helfer (46,5%) und Helfer in der Krankenpflege (43,2%) hohe Teilzeitwerte. Die Teilzeitquoten für Krankenschwestern/-pfleger sowie Helfer in der Krankenpflege haben sich in den letzten elf Jahren fast verdoppelt (vgl. Tabelle 8). Wie in Berlin ging das Beschäftigungswachstum der Krankenschwestern/-pfleger ausschließlich zugunsten von Teilzeitbeschäftigten (+179,1%), während die Vollzeitbeschäftigung Rückgänge zu verzeichnen hat (-5,5%).

Tabelle 8

 Beschäftigte im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach Berufen und Arbeitszeitformen
 2000 und 2010 – Brandenburg

	2000			2011		
	SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:		SV-Beschäftigte Insgesamt	darunter:	
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit
<i>SV-Beschäftigte absolut</i>						
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	61.976	51.048	10.926	81.690	54.429	27.235
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	2.751	2.300	451	5.305	3.762	1.543
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	16.809	14.834	1.975	19.549	14.024	5.525
854 Helfer in der Krankenpflege	4.383	3.518	865	8.636	4.906	3.730
856 Sprechstundenhelfer	9.647	8.045	1.602	11.198	8.497	2.701
857 Medizinallaboranten	2.038	1.648	390	1.924	1.370	554
861 Altenpfleger/-helfer	4.901	3.446	1.455	10.675	5.713	4.962
SV-Beschäftigung Gesamt ¹⁾	757.296	664.229	92.951	727.707	579.950	147.062
<i>Anteil an SV-Beschäftigte Insgesamt in %</i>						
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	100,0	82,4	17,6	100,0	66,6	33,3
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	100,0	83,6	16,4	100,0	70,9	29,1
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	100,0	88,3	11,7	100,0	71,7	28,3
854 Helfer in der Krankenpflege	100,0	80,3	19,7	100,0	56,8	43,2
856 Sprechstundenhelfer	100,0	83,4	16,6	100,0	75,9	24,1
857 Medizinallaboranten	100,0	80,9	19,1	100,0	71,2	28,8
861 Altenpfleger/-helfer	100,0	70,3	29,7	100,0	53,5	46,5
SV-Beschäftigung Gesamt ¹⁾	100,0	87,7	12,3	100,0	79,7	20,2
<i>Veränderung 2000 bis 2011</i>						
	<i>absolut</i>			<i>in Prozent</i>		
Kernbereich Gesundheit Insgesamt	19.714	3.381	16.309	31,8	6,6	149,3
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	2.554	1.462	1.092	92,8	63,6	242,1
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	2.740	-810	3.550	16,3	-5,5	179,7
854 Helfer in der Krankenpflege	4.253	1.388	2.865	97,0	39,5	331,2
856 Sprechstundenhelfer	1.551	452	1.099	16,1	5,6	68,6
857 Medizinallaboranten	-114	-278	164	-5,6	-16,9	42,1
861 Altenpfleger/-helfer	5.774	2.267	3.507	117,8	65,8	241,0
SV-Beschäftigung Gesamt ¹⁾	-29.589	-84.279	54.111	-3,9	-12,7	58,2

1) Alle SV-Beschäftigten, ohne Eingrenzung auf eine Branche.

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

5.2 Akademisierungstendenzen in ausgewählten Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Therapie²¹ und Pflegeberufe

In Abschnitt 4.2 wurde die Zunahme vor allem der höherwertigen Qualifikationen bei Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft zwischen 2000 und 2011 dargestellt. Der Anteil der Akademiker hat sich in beiden Ländern deutlich erhöht. Dies erklärt sich im Kernbereich vor allem durch die Zunahme der angestellten Ärzte. Um die Attraktivität der nicht akademischen Gesundheitsfachberufe durch bessere Aufstiegsmöglichkeiten und die Professionalisierung in den jeweiligen Betrieben bzw. Einrichtungen insgesamt zu erhöhen, empfiehlt der Wissenschaftsrat eine Erhöhung des Akademisierungsgrades in den Pflege- und Therapieberufen. Hier sei ein Zielwert von 10 bis 20 Prozent anzustreben (Wissenschaftsrat 2012: 85).²² Nach Greß liegt dieser Anteil derzeit bundesweit deutlich unter der genannten Empfehlung (Greß 2012: 506). Primärqualifizierende Studiengänge für therapiewissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Berufe werden bundesweit erst seit ein paar Jahren angeboten. Beide Bereiche sind aber dynamisch wachsend. Zahlreiche Studiengänge befinden sich im Aufbau (Wissenschaftsrat 2012: 59). Betrachtet man die Entwicklung in der Region Berlin-Brandenburg, sind deutliche Unterschiede im Grad der Akademisierung einzelner nicht akademischer Gesundheitsfachberufe festzustellen. Besonders stark gestiegen ist die Akademikeranzahl beim Altenpfleger/-helfer²³ (+77,6%), deren Anteil 2011 bei knapp acht Prozent lag. Hierzu haben auch spezielle Studiengänge der Pflegewissenschaft und pflegenahen Gesundheitswissenschaften sowie Studiengänge für Therapieberufe beigetragen.²⁴ Bei den Masseurinnen zeigt sich eine Zunahme um 110 Prozent, sodass sich der Anteil immerhin auf nahezu sechs Prozent erhöhte.

Insgesamt zeigt sich in Berlin im Zeitraum 2000 bis 2011 bei den stark besetzten nicht akademischen Berufen zwar eine Erhöhung der Beschäftigten mit Hochschulabschluss. So hat sich die Anzahl der Krankenschwestern/-pfleger (+134,7%) mit Hochschulabschluss mehr als verdoppelt. Bezogen auf den Bestand aller Krankenschwestern/-pfleger hat sich der Anteil der Personen mit

21 Vor allem berufsqualifizierende Abschlüsse in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.

22 Der Wissenschaftsrat empfiehlt „die hochschulischen Qualifizierungsangebote für die hier vorrangig betrachteten Gesundheitsfachberufe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Hebammen und Entbindungspfleger auszubauen“ (Wissenschaftsrat 2012: 78).

23 Siehe Anmerkungen in Fußnote 20.

24 Das Studium des Pflegewissenschaftenmanagements wurde 2011 bundesweit an rund 20 Fachhochschulen und Universitäten angeboten. Die Zahl der Studienabsolventen 2010 in den pflegewissenschaftlichen und pflegenahen Studienbereichen lag bei knapp 3.800. Bezieht man die Zahl der Hochschulabsolventinnen und -absolventen auf die 21.000 Abschlüsse an berufsbildenden Schulen, so ergibt sich ein Verhältnis von 1 zu 30. An 20 weiteren Hochschulen werden Studiengänge für Therapieberufe Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie angeboten mit derzeit rund 800 Absolventen (Wissenschaftsrat 2012: 60 ff.).

akademischem Abschluss allerdings kaum erhöht. Er liegt nach wie vor bei ca. einem Prozent.

In Brandenburg ist die Höherqualifizierung bei Krankenschwestern/-pflegern so nicht zu beobachten. Dagegen sind sozialversicherungspflichtig beschäftigte Masseure mit akademischem Abschluss um 73 Prozent und Altenpfleger/-helfer um fast 90 Prozent gewachsen. Ähnlich wie in Berlin lagen trotz der Zunahmen der genannten Berufe mit akademischem Abschluss die jeweiligen Anteile auf niedrigem Niveau, hier bei rund fünf Prozent.

Tabelle 9

Beschäftigte mit Hochschulabschluss in ausgewählten Gesundheitsberufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg 2011

	2011		Veränderung 2000-2011		
	SVB	Anteil an allen SVB der Berufsordnung	absolut	in %	des Anteils in %-Punkten
<i>Berlin</i>					
Hochschulabschluss Insgesamt	17.910	13,7	5.613	45,6	2,5
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	467	5,8	244	109,4	1,5
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	413	1,4	237	134,7	0,8
854 Helfer in der Krankenpflege	118	1,0	54	84,4	0,1
856 Sprechstundenhelfer	187	1,0	101	117,4	0,4
857 Medizinallaboranten	116	3,0	20	20,8	1,0
861 Altenpfleger/-helfer	1.208	7,8	528	77,6	0,1
<i>Brandenburg</i>					
Hochschulabschluss Insgesamt	8.431	10,3	2.252	36,4	0,4
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	237	4,5	100	73,0	-0,5
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	261	1,3	44	20,3	0,0
854 Helfer in der Krankenpflege	55	0,6	7	14,6	-0,5
856 Sprechstundenhelfer	164	1,5	63	62,4	0,4
857 Medizinallaboranten	25	1,3	-5	-16,7	-0,2
861 Altenpfleger/-helfer	475	4,4	224	89,2	-0,7

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) mit Hochschulabschluss am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

5.3 Beschäftigungsquoten in ausgewählten Gesundheitsberufen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft

Im Folgenden wird die regionale Verteilung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in Berlin und Brandenburg dargestellt. Erwartungsgemäß variiert die Bedeutung der Gesundheitsberufe in den Regionen Brandenburgs in Abhängigkeit von der gesundheitspolitischen Infrastruktur. Auf Karte 2 bis Karte 4 werden die regionalen Unterschiede der Beschäftigtenquoten für ausgewählte Gesundheitsberufe in Berlin und den brandenburgischen Landkreisen und kreisfreien Städten deutlich.

Karte 2

Beschäftigungsquote der Krankenschwestern im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Berlin-Brandenburg 2011



* Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Berufsordnung 853 im Kernbereich je 1.000 Einwohner.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011; Bevölkerung am 31. Dezember 2010.

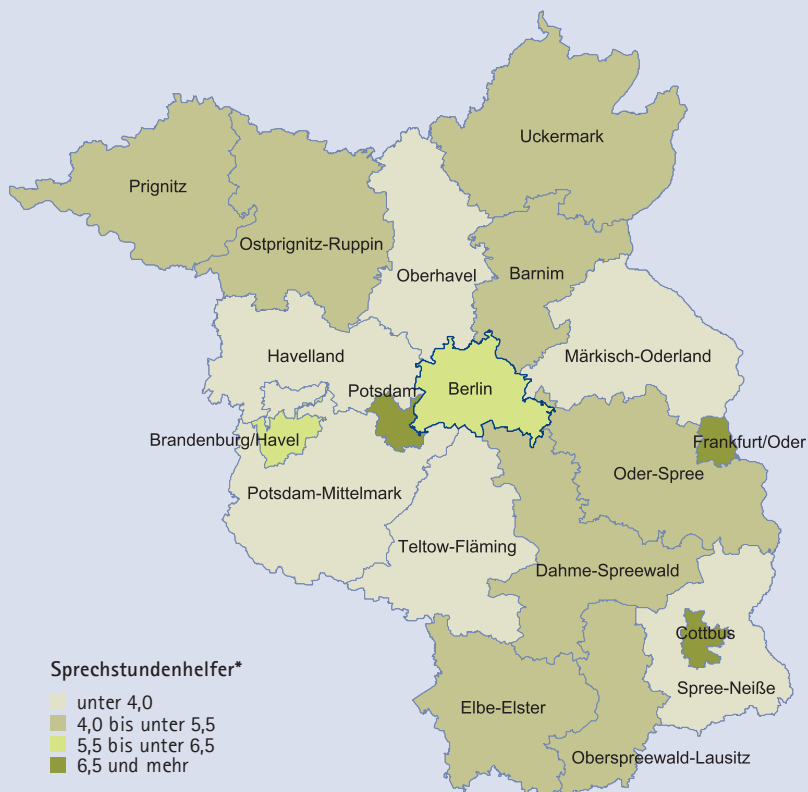
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberingung IAB) aus IAB Pallas online; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Innerhalb des Landes Brandenburg weisen erwartungsgemäß die kreisfreien Städte und auch der Landkreis Ostprignitz-Ruppin eine starke Dichte von Krankenschwestern auf (Karte 2). In der Ostprignitz dürfte sich der hohe Anteil an Krankenschwestern durch die Ruppiner Kliniken in Neuruppin mit über 1.000 Beschäftigten erklären.

Auch die Konzentration der Sprechstundenhelfer zeigt ein vergleichbares regionales Muster. Hier sind es ebenfalls die städtischen Regionen, die hohe Beschäftigungsquoten aufweisen.

Karte 3

Beschäftigungsquote der Sprechstundenhelfer im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Berlin-Brandenburg 2011



* Sprechstundenhelfer: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Berufsordnung 856 im Kernbereich je 1.000 Einwohner.

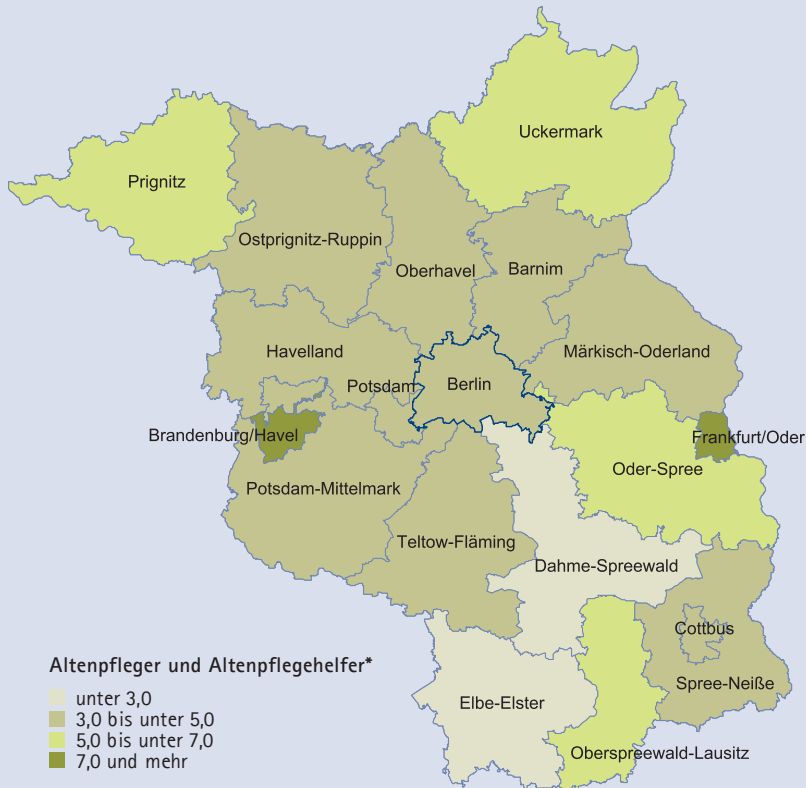
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011; Bevölkerung am 31. Dezember 2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Anders sieht die Beschäftigungsquote für Altenpfleger/-helfer aus. Hier zeigen vor allem die nördlichen Landkreise, Oberspreewald-Lausitz und Brandenburg an der Havel hohe Beschäftigungsquoten.

Karte 4

Beschäftigungsquote der Altenpfleger/-helfer im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Berlin-Brandenburg 2011



* Altenpfleger und Altenpflegehelfer: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Berufsordnung 861 im Kernbereich je 1.000 Einwohner.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011; Bevölkerung am 31. Dezember 2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

5.4 Geringfügig entlohnte Beschäftigte im Gesundheitswesen (Kernbereich)

Neben der „klassischen“ sozialversicherungspflichtigen (SV) Beschäftigung soll darüber hinaus ein Blick auf zwei besondere Beschäftigungsformen geworfen werden. Das ist einerseits die geringfügige Beschäftigung (Minijob), die sich in die kurzfris-

tige Beschäftigung und in die geringfügig entlohnte Beschäftigung untergliedert.²⁵ Wir konzentrieren uns in diesem Kontext auf die ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten, weil wir die hauptsächliche Ausübung einer Tätigkeit näher betrachten wollen. Die zweite Beschäftigungsform, auf die eingegangen wird, ist die Zeitarbeit.

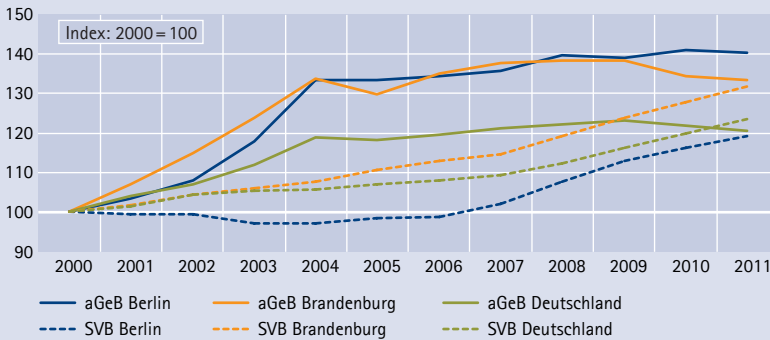
Setzt man die ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten (aGeB) zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ins Verhältnis, so kommen in Berlin und Brandenburg im Juni 2011 auf 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nochmals jeweils 14 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte. Damit liegen beide Länder unter dem Bundesdurchschnitt (18).

Betrachtet man im nächsten Schritt diese Relation bezogen auf den Kernbereich des Gesundheitswesens, so stehen in Berlin 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich 9 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte gegenüber (Brandenburg: 8 auf 100 SV-Beschäftigte). Die Relationen in beiden Bundesländern liegen auch in diesem Bereich deutlich unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt (14 auf 100 SV-Beschäftigte). Im Kernbereich des Gesundheitswesens ist damit die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung etwas geringer vertreten als in allen Branchen. Unter den Erweiterungsbereichen spielt nur der Bereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) eine nennenswerte Rolle, hier ist es erwartungsgemäß vor allem der Einzelhandel, in der diese Beschäftigungsform praktiziert wird (10 auf 100 SV-Beschäftigte). In Brandenburg stellt sich die Verteilung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten ähnlich dar wie in Berlin. In Deutschland ist die Relation doppelt so hoch (21 auf SV-Beschäftigte).

25 Bei der kurzfristigen Beschäftigung ist das entscheidende Kriterium, dass die Beschäftigung nur für eine bestimmte Zeitdauer ausgeübt wird. Bei der geringfügig entlohnten Beschäftigung darf das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400,- € nicht überschreiten (ab 01.01.2013 450,- €). Die geringfügig entlohnte Beschäftigung kann entweder ausschließlich oder als Nebenjob in Kombination mit einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung ausgeübt werden. Geringfügig entlohnte Beschäftigte sind versicherungsfrei, der Arbeitgeber zahlt eine pauschale Abgabe von 30%.

Abbildung 11

Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten (aGeB) und sozialversicherungs-
pflichtigen (SVB) Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft
in Berlin, Brandenburg und Deutschland 2000–2011



Daten: Ausschließlich geringfügig entlohnte und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten) am Arbeitsort im Kernbereich jeweils am 30. Juni.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Während in Berlin und Brandenburg im Kernbereich das Niveau der ausschließlich geringfügig Beschäftigten in Relation zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten unter dem Bundesdurchschnitt liegt, ist die Beschäftigung seit dem Jahr 2000 – auch begünstigt durch Gesetzesänderungen – stark angestiegen. Gut zu erkennen ist in beiden Ländern die dynamischere Entwicklung der ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Vergleich zur SV-Beschäftigung (vgl. Abbildung 11). Von 2009 auf 2011 ist in Brandenburg dann ein leichter Rückgang festzustellen. Gleichwohl ist im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung der geringfügig Beschäftigten die Entwicklungsdynamik in beiden Ländern deutlich intensiver.

Im Jahr 2011 waren in Berlin rund 12.000 und in Brandenburg 6.400 Personen im Kernbereich ausschließlich geringfügig beschäftigt. Die branchenspezifischen Schwerpunkte der geringfügigen Beschäftigung innerhalb der Kernwirtschaft Berlins stellen sich deutlich anders dar als bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (vgl. Tabelle 10). Von allen geringfügig Beschäftigten im Kernbereich in Berlin und Brandenburg sind jeweils rund 40 Prozent in Arzt- und Zahnarztpraxen tätig. Bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt der entsprechende Wert nur rund 17 bis 18 Prozent. Auch im Bereich der ambulanten Dienste ist der Beschäftigungsanteil der ausschließlich geringfügig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg höher.

Hingegen sind in den Pflege- und Altenheimen im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weniger Minijobber vertreten, aber auch hier liegen die Anteile zwischen 11 Prozent in Berlin und 17 Prozent in Brandenburg. Dafür haben in den Krankenhäusern – dem Schwerpunkt bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – Minijobber eine vergleichsweise geringe Bedeutung.

Tabelle 10

Vergleich ausschließlich geringfügig zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Branchen des Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg 2011

	Absolut		Anteil am Kernbereich in Prozent	
	Berlin	Brandenburg	Berlin	Brandenburg
<i>Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte</i>				
Kernbereich	12.049	6.445	100,0	100,0
86.1 Krankenhäuser	1.471	370	12,2	5,7
86.2 Arzt- und Zahnarztpraxen	4.684	2.613	38,9	40,5
86.9 Sonstige Praxen und Rettungsdienste	2.334	1.294	19,4	20,1
87.1 Pflegeheime	912	682	7,6	10,6
87.2 Station. Einr. z. psychosoz. Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.	11	32	0,1	0,5
87.3 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	447	421	3,7	6,5
88.10.1 Ambulante soziale Dienste	2.190	1.033	18,2	16,0
alle Wirtschaftszweige	147.841	100.784	x	x
<i>Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte</i>				
Kernbereich	130.324	81.690	100,0	100,0
86.1 Krankenhäuser	44.092	29.899	33,8	36,6
86.2 Arzt- und Zahnarztpraxen	23.624	13.440	18,1	16,5
86.9 Sonstige Praxen und Rettungsdienste	16.643	9.333	12,8	11,4
87.1 Pflegeheime	15.640	11.116	12,0	13,6
87.2 Station. Einr. z. psychosoz. Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.	36	431	0,0	0,5
87.3 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	10.805	7.804	8,3	9,6
88.10.1 Ambulante soziale Dienste	19.484	9.667	15,0	11,8
alle Wirtschaftszweige	1.079.284	727.707	x	x

Daten: Ausschließlich geringfügig entlohnte und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten) am Arbeitsort im Kernbereich am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die Beschäftigungsart „geringfügig entlohnt“ ist grundsätzlich von einem hohen Frauenanteil gekennzeichnet. 71,6 Prozent aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich in Berlin sind weiblich (vgl. Abbildung 12). Dieser Wert liegt jedoch leicht unter dem Frauenanteil der SV-Beschäftigten im Gesundheitskernbereich insgesamt. In Brandenburg ist der Anteil der ausschließlich geringfügig beschäftigten Frauen im Kernbereich deutlich geringer als unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (71,4% zu 82,7%) (vgl. Abbildung 13). In Berlin besaß 2011 nahezu jeder zehnte Minijobber im Kernbereich eine ausländische Staatsangehörigkeit. Ihr Anteil lag mit 9,2 Prozent weit über dem Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländer (4,8%).

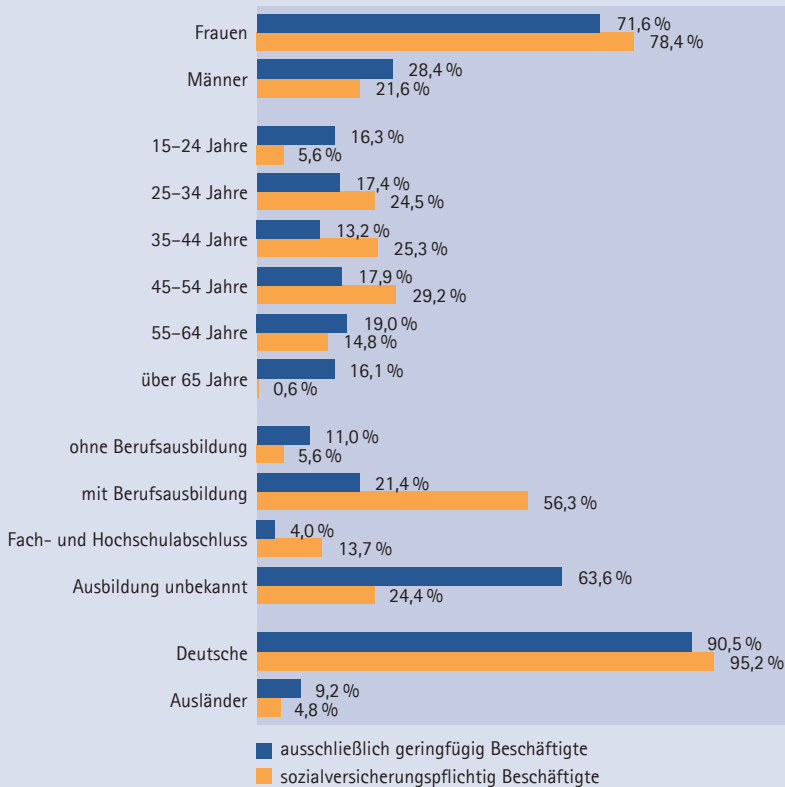
Weitere Unterschiede finden sich in der Altersstruktur: Im Vergleich zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung finden sich unter den geringfügig Beschäftigten im Kernbereich vergleichsweise viele Ältere. In Berlin sind 35,1 Prozent der Minijobber 55 Jahre oder älter, in Brandenburg sind es sogar knapp die Hälfte. Ihr Anteil bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt in Berlin und in

Brandenburg jeweils nur bei rund 15 Prozent. Dabei ist in Berlin jeder sechste und in Brandenburg jeder fünfte geringfügig Beschäftigte über 65 Jahre alt. Diese Werte übersteigen ebenfalls die Anteile in der Gesamtbeschäftigung. Ein Nebenverdienst zur Rente ist im Gesundheitswesen damit keine Ausnahme.

Auffällig sind die geringen Anteile von qualifizierten Beschäftigten. Sowohl die Beschäftigten mit Berufsausbildung als auch mit Hochschulbildung sind unter den geringfügig Beschäftigten deutlich weniger, im Gegenzug sind die ungelerten Beschäftigten stärker vertreten. Insgesamt sind aber die Aussagen zur Qualifikationsstruktur mit großen Unsicherheiten behaftet, weil für über 50 Prozent der Meldungen keine Zuordnung möglich ist.

Abbildung 12

Strukturmerkmale der ausschließlich geringfügig entlohnten und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin 2011

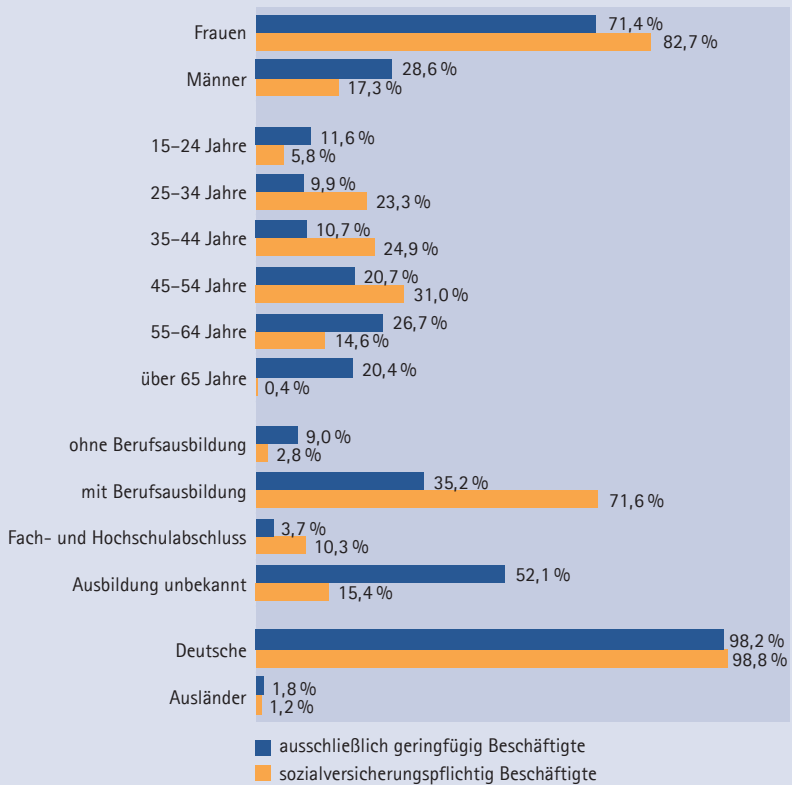


Daten: Ausschließlich geringfügig entlohnte und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten) am Arbeitsort im Kernbereich am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Abbildung 13

Strukturmerkmale der ausschließlich geringfügig entlohnten und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg 2011



Daten: Ausschließlich geringfügig entlohnte und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten) am Arbeitsort im Kernbereich am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Nach den ausgewählten Berufen betrachtet sind in Berlin von allen ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Kernbereich 13,2 Prozent als Sprechstundenhelfer (1.594) tätig. Dies spiegelt den oben erläuterten Branchenschwerpunkt der Arztpraxen wider. Weitere Berufsgruppen sind Helfer in der Krankenpflege mit knapp zehn Prozent und weitere acht Prozent sind als Altenpfleger/-helfer beschäftigt. In Brandenburg zeigt sich eine ähnliche Verteilung, nur ist unter den ausgewählten Berufen die Bedeutung der geringfügigen Beschäftigten noch schwächer. Keiner von den klassischen Gesundheitsberufen erreicht einen Anteil von über zehn Prozent.

5.5 Zeitarbeit in ausgewählten Gesundheitsberufen

Zeitarbeit als flexible Beschäftigungsform ermöglicht es den Betrieben, ihren Personalbedarf an Auftragsschwankungen anzupassen. Üblicherweise ist die Arbeitnehmerüberlassung in der Industrie und in einzelnen Dienstleistungen, die von Bürofachkräften erbracht werden, verbreitet (Bogai/Wesling 2009). Ob auch Zeitarbeit im Gesundheitswesen eine Rolle spielt, wird ebenfalls auf der Datenbasis der Beschäftigungsstatistik betrachtet. In Berlin machte im Juni 2011 der Anteil der Zeitarbeit an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2,9 Prozent aus. In Brandenburg betrug ihr Anteil 2,5 Prozent (vgl. Deutschland insgesamt: 3,2%). In Berlin ist die Zeitarbeit mit einem Anteil von fast sechs Prozent insbesondere bei Helfern in der Krankenpflege verbreitet (vgl. Tabelle 11). Darüber hinaus sind lediglich noch die Krankenschwestern/-pfleger mit zwei Prozent und die Altenpfleger/-helfer mit 1,5 Prozent Zeitarbeitern zu nennen. In Brandenburg werden für keinen der ausgewählten Gesundheitsberufe Werte von über einem Prozent erreicht, deshalb wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Die absoluten Zahlen sind zwar im Vergleich sehr gering, dennoch scheint Zeitarbeit insbesondere in Berlin vor allem in den Pflegeberufen als flexibles Personalinstrument genutzt zu werden. Nach einer bundesweiten Studie der Hans-Böckler-Stiftung wird Zeitarbeit in der Pflege weitgehend nicht zur Kompensation von Auftragsspitzen eingesetzt, sondern eher als letztes Mittel zur Aufrechterhaltung der Versorgung bei zu geringer Personalausstattung (Urlaub, Krankheit oder fehlender Personalrekrutierung) (Bräutigam et al. 2010: 5). Während in der Industrie und anderen Dienstleistungsbranchen oft auf Zeitarbeitnehmer ohne spezielle Qualifikation zurückgegriffen werde, spiele im Pflegebereich eine qualifizierte Ausbildung eine große Rolle.

Tabelle 11

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Zeitarbeit nach ausgewählten Gesundheitsberufen in Berlin 2011

	Wirtschaft Insgesamt	Darunter	
		Zeitarbeit	Anteil Zeitarbeit in %
alle SV-Beschäftigten	1.079.284	31.254	2,9
darunter:			
852 Masseur, Krankengymnasten und verw. Berufe	9.359	45	0,5
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	33.088	654	2,0
854 Helfer in der Krankenpflege	13.962	826	5,9
856 Sprechstundenhelfer	20.373	64	0,3
857 Medizinallaboranten	5.041	31	0,6
861 Altenpfleger/-helfer	27.449	403	1,5

Daten: Sozialversicherungspflichtig (SV) Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberichtigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

6 Verdienste in ausgewählten Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg (Kernbereich)

Datenquelle der Lohnanalyse sind die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden.²⁶ Zur Berechnung wird der Einkommensmedian verwendet. Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.555 € im Jahr 2010 für Berlin besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte in Berlin mehr oder weniger verdienten.²⁷

In der Analyse werden nur die Entgelte von Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) berücksichtigt, weil in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit die Arbeitszeit der Teilzeitkräfte nicht in Stunden ausgewiesen wird.

Unter den ausgewählten Berufen im Kernbereich des Gesundheitswesens haben in Berlin die Medizinallaboranten (2.802 €) und die Krankenschwestern/-pfleger (2.721 €) das höchste Einkommen (siehe Abbildung 14). Während die Medizinallaboranten die kleinste Gruppe unter den ausgewählten Gesundheitsberufen darstellen, sind die Krankenschwestern/-pfleger mit ca. 19.300 Beschäftigten²⁸ mit Abstand die größte Gruppe. Die formal niedriger qualifizierten bzw. geringqualifizierten Helfer in der Krankenpflege erzielen rund 40 Prozent weniger Entgelt (1.602 €) als die Krankenschwestern/-pfleger. Die Entlohnung der Altenpfleger/-helfer beträgt 1.824 €. In dieser Berufsordnung sind die examinierten Altenpfleger (in der Regel eine dreijährige Ausbildung) und die Altenpflegehelfer (in der Regel eine einjährige Ausbildung) zusammengefasst²⁹ und durch die Gliederung der Berufsklassifikation nicht voneinander zu trennen. Die niedrigsten Löhne unter den Gesundheitsberufen wurden für die Sprechstundenhelfer ermittelt. Mit 1.589 € monatlich werden rund 62 Prozent des durchschnittlichen Verdienstes in Berlin erreicht. Dabei handelt es sich um einen Beruf, der nach den Krankenschwestern/-pflegern der zweithäufigste Gesundheitsberuf in Berlin ist.

26 Die Bruttoarbeitsentgelte werden aus der Jahresmeldung der Arbeitgeber zum 31. Dezember eines Jahres generiert und auf einen Monat umgerechnet (Angaben in Euro).

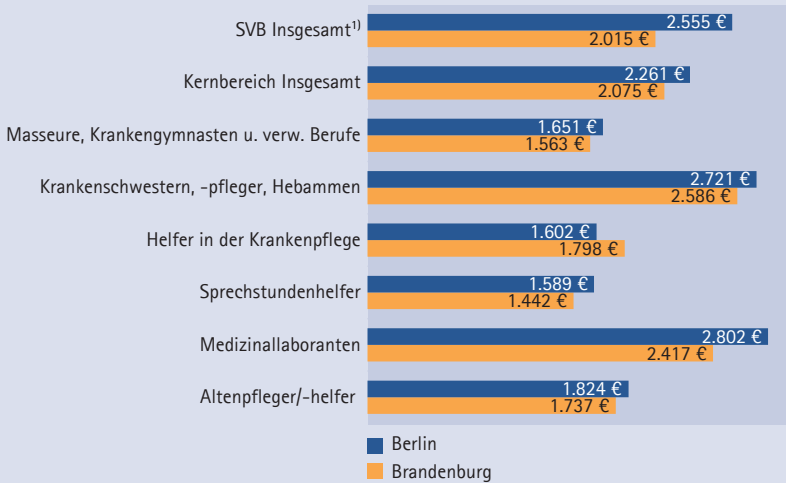
27 Ein Vorteil dieses Lagemaßes ist, dass der Median relativ robust gegen hohe oder niedrige Einzelwerte ist; anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensurierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Das darüber hinausgehende Einkommen unterliegt keiner Meldepflicht. Nähere Informationen zur Berechnung des Medianentgelts veröffentlichte die Bundesagentur für Arbeit in einem Sonderbericht (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2010: 8 f.)

28 Die in Folge dargestellten Fallzahlen bilden die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit (ohne Auszubildende) im Kernbereich des Gesundheitswesens mit einer Angabe zur Höhe des Entgelts ab. D. h. die Kategorie „kein Entgelt“ wurde nicht berücksichtigt.

29 Plus einer kleinen Gruppe von Sozialarbeitern, die wir nicht gänzlich herausfiltern können.

Abbildung 14

Medianlohn ausgewählter Gesundheitsberufe im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg 2010 (in Euro)



1) Alle Beschäftigten (ohne Eingrenzung auf eine Branche).

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Kernbereich am 31. Dezember 2010 (als Jahresdurchschnitt hochgerechnet).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

In Brandenburg ist das Verdienstniveau in den ausgewählten Gesundheitsberufen im Kernbereich zum Großteil niedriger als in Berlin. Die Differenzen zwischen den Gehältern in den jeweiligen Ländern gestalten sich jedoch ähnlich. Unter den Gesundheitsberufen verzeichnen die Krankenschwestern/-pfleger mit 2.586 € das höchste Entgelt. Auch in Brandenburg stellt diese Berufsgruppe mit Abstand die größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen dar. An zweiter Stelle der Verdienstpyramide stehen die Medizinallaboranten mit 2.417 €. Das Vollzeitentgelt der Altenpfleger/-helfer (1.737 €) und der Krankenpflegehelfer (1.798 €) ist wie in Berlin auf fast gleichem Niveau. Für die Sprechstundenhelfer wurde unter den ausgewählten Gesundheitsberufen das niedrigste Gehalt ermittelt (1.442 €).

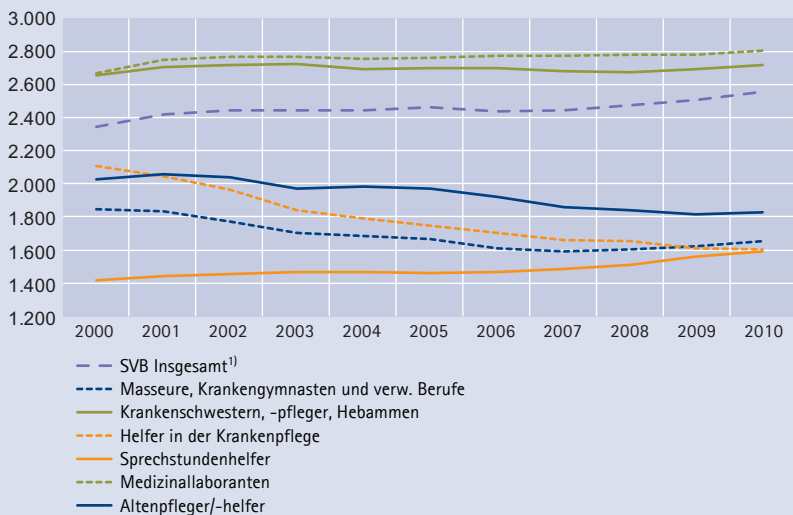
Die Auswertung der Löhne zeigt, dass die Differenzen zwischen Berlin und Brandenburg für die ausgewählten Gesundheitsberufe nicht so hoch sind wie die Differenz bezogen auf alle Beschäftigten. Eine Ausnahme stellt der Helfer in der Krankenpflege dar. In diesem Beruf wird in Brandenburg ein Medianlohn erzielt, der 12 Prozentpunkte über dem Wert für Berlin liegt. Für Medizinallaboranten und Sprechstundenhelfer hingegen wurden deutlich geringere Löhne ermittelt.

Im Zeitverlauf seit 2000 ist erkennbar, dass sich in Berlin der Verdienst der Sprechstundenhelfer im Vergleich der ausgewählten Berufe mit 12,2 Prozent am stärksten erhöht hat. Den zweitstärksten Zuwachs verzeichneten Medizinallabo-

ranten (+5,1%), gefolgt von den Krankenschwestern/-pflegern mit 2,6 Prozent. Hingegen sind vor allem beim Helfer in der Krankenpflege (-23,9%), aber auch bei den Masseuren (-10,5%) und den Altenpflegern/-helfern (-10%) deutliche Entgeltrückgänge festzustellen. Während im Jahr 2000 der Sprechstundenhelfer mit Abstand das geringste Niveau zu verzeichnen hatte, liegen im Jahr 2010 die Löhne des Helfers in der Krankenpflege und des Sprechstundenhelfers auf fast gleichem Niveau (vgl. Abbildung 15). Insgesamt haben sich die Entgelte im Kernbereich um drei Prozent verringert, während sich die Löhne aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten um 9,1 Prozent erhöhten.

Abbildung 15

Entwicklung des Medianlohns ausgewählter Gesundheitsberufe im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin 2000–2010 (in Euro)



1) Alle Beschäftigten (ohne Eingrenzung auf eine Branche).

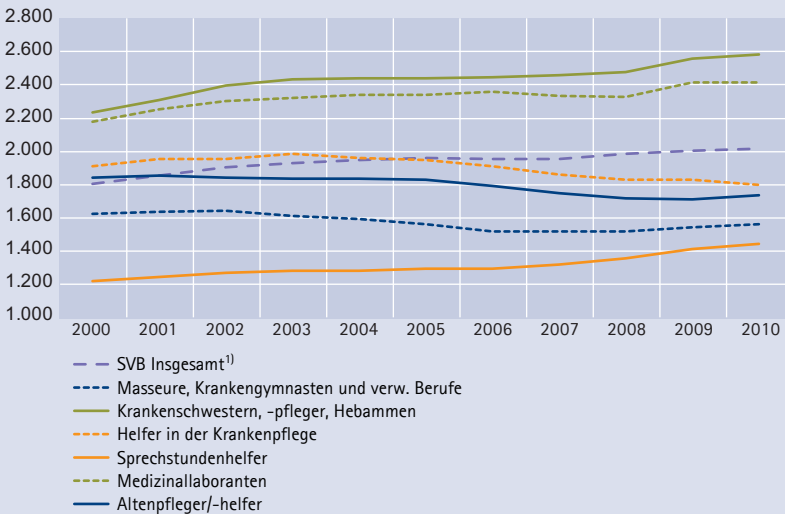
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Kernbereich jeweils am 31. Dezember (als Jahresdurchschnitt hochgerechnet).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Während in Berlin im Kernbereich Verdiensteinbußen festzustellen sind, stiegen in Brandenburg die Löhne der Beschäftigten in diesem Bereich um 6,3 Prozent. Vor allem die Sprechstundenhelfer, Krankenschwestern und Medizinallaboranten konnten zweistellige Zuwächse verzeichnen. Hingegen mussten die Helfer in der Krankenpflege (-5,9%), die Altenpfleger/-helfer (-5,5%) und die Masseure (-3,9%) Rückgänge verbuchen. Gleichwohl verbleiben die Sprechstundenhelfer am unteren Ende der Verdienstskaala im Vergleich der ausgewählten Gesundheitsfachberufe.

Abbildung 16

Entwicklung des Medianlohns ausgewählter Gesundheitsberufe im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg 2000–2010 (in Euro)



1) Alle Beschäftigten (ohne Eingrenzung auf eine Branche).

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Kernbereich jeweils am 31. Dezember (als Jahresdurchschnitt hochgerechnet).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Die hohen Entgeltverluste der Helfer in der Krankenpflege und Altenpfleger/-helfer vor allem in Berlin könnten sich u. a. dadurch erklären, dass 2011 in dieser Berufsordnung 17 Prozent un- und angelernte Kräfte beschäftigt wurden. Seit 2000 hat sich der Prozess der Dequalifizierung weiter verstärkt (+8,2%). Auch in Brandenburg hat sich der Anteil der ungelerten Kräfte sogar um 36,4 Prozent erhöht. Daher dürfte hier wie in Berlin die negative Qualifikationsentwicklung das Sinken der Löhne für Helfer in der Krankenpflege und Altenpfleger/-helfer u. a. erklären. Dies bestätigt auch die Entgeltanalyse im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Danach haben sich bundesweit vor allem die Entgelte der weniger qualifizierten Gesundheitsfachberufe vergleichsweise ungünstig entwickelt (Bellmann et al. 2012: 23 ff.). Auch hier wird der Zuwachs an geringqualifizierten Beschäftigten als Erklärungsansatz herangezogen.

Als weiterer Grund für die Lohneinbußen ist auf die heterogene Zusammensetzung der Berufsordnung „861 Altenpfleger/-helfer“ hinzuweisen. In dieser Berufsordnung sind examinierte Altenpfleger und Altenpflegehelfer, die in der Regel eine einjährige Ausbildung oder keine Ausbildung absolviert haben, zusammengefasst.³⁰

30 In der Berufsordnung „861 Altenpfleger/-helfer“ ist auch noch eine Gruppe von Sozialarbeitern enthalten, die durch Filterung mit den Wirtschaftsklassen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.

Bei statistisch tieferer Analyse der Qualifikationsstruktur kann gezeigt werden, dass sich in Berlin seit 2000 der Anteil der ungelerten Altenpfleger/-helfer um 75 Prozent und in Brandenburg um 100 Prozent erhöht hat.

Bei Sprechstundenhelfern ist zu bedenken, dass ausgebildete Arbeitskräfte im Zeitverlauf zunehmend berufsfremde Tätigkeiten ausüben. Nach einer Studie zur Berufstreue sind 15 Jahre nach Ausbildungsende in Berlin 36 Prozent (Brandenburg: 32 %) der Sprechstundenhelfer berufsfremd tätig (Wiethölter 2012: 26). Darüber hinaus ist anzumerken, dass im Vergleich zu den anderen Berufen unter den Sprechstundenhelfern die Anzahl derer, die unter 30 Jahre alt ist, vergleichsweise hoch ist (siehe auch Abschnitt 4.3). Auch dieser Aspekt könnte das Einkommensniveau leicht nach unten verzerren, da in der Regel mit höherem Alter tendenziell auch das Einkommen steigt. Außerdem erhalten Sprechstundenhelfer aufgrund ihrer vorwiegenden Tätigkeit in Praxen selten Nacht-, Sonntags- und Feiertagszuschläge.

Nach einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung nehmen vor allem die Trägererschaft der Einrichtungen und die Betriebsgröße nennenswerten Einfluss auf die Entgeltentwicklung der Beschäftigten. Danach ist davon auszugehen, dass kleine und mittlere Betriebe (ambulante soziale Dienste, Pflegeheime) tendenziell geringere Löhne zahlen als größere Einrichtungen (Krankenhäuser, Hochschulkliniken). Dies erklärt sich vermutlich mit der geringeren Tarifbindung und dem Organisationsgrad in den jeweiligen Einrichtungen (Bellmann et al. 2012: 17 ff.). So konnte in der erwähnten Studie für Ostdeutschland nachgewiesen werden, dass 2010 bei Krankenschwestern/-pflegern eine Entgeltdifferenz zwischen Hochschulkliniken und den ambulanten sozialen Diensten von 1.128 € zugunsten der Kliniken besteht (ebenda: 20).

7 Pendler in ausgewählten Gesundheitsberufen zwischen Berlin und Brandenburg (Kernbereich)

Inwieweit Pendeln über die jeweilige Landesgrenze gegenwärtig schon zur Realität des Teilarbeitsmarktes im Gesundheitswesen gehört, soll nachfolgend dargestellt werden. Die Landesregierungen der Länder Berlin und Brandenburg haben 2007 in einem Masterplan eine verstärkte Zusammenarbeit auf der Grundlage eines gemeinsamen Gesundheitsclusters beschlossen.³¹ Vor diesem Hintergrund sind wir der Frage nachgegangen, ob sich auch in den Beschäftigtenzahlen anhand von Pendlerverflechtungen ein gemeinsamer Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen abzeichnet.

31 Masterplan „Gesundheitsregion Berlin – Brandenburg“ der ressortübergreifenden Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft sowie der Chefin der Senatskanzlei und des Chefs der Staatskanzlei der Länder Berlin und Brandenburg (Stand: 26. Oktober 2007).

Aufgrund der geografischen Lage des Stadtstaates Berlin inmitten des Landes Brandenburg und des deutlich breiteren Angebots in der Berliner Gesundheitswirtschaft im Vergleich zu Brandenburg, dürften sich vor allem für Brandenburger Einwohner Beschäftigungsmöglichkeiten in Berlin anbieten. Zu den bisher betrachteten nicht akademischen Gesundheitsfachberufen werden die Ärzte und Zahnärzte in die Pendleranalyse mit einbezogen, um auch für diese Berufsgruppen die Pendlerverflechtungen darstellen zu können. Nach Mitteilungen der Landesärztekammer wird die medizinische Versorgung aufgrund des Ärztemangels insbesondere in den ländlichen Gebieten Brandenburgs als problematisch eingestuft.³² Nicht nur niedergelassene Ärzte und Fachärzte fehlen, auch in den brandenburgischen Krankenhäusern fehlen Mediziner.³³ Daher dürfte mit Blick auf die Pendlerdaten der Ärzte interessant sein, ob gewisse berufliche Ausgleichsprozesse aufgrund von mobilen Beschäftigten zu beobachten sind.

Die Daten der hier verwendeten Beschäftigungsstatistik lassen nur Aussagen zu den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten zu, selbständige Ärzte sind in dieser Datenquelle nicht enthalten. Die nachfolgenden Auswertungen konzentrieren sich auf den Kernbereich, weil dieser Bereich das Haupttätigkeitsfeld in der Gesundheitswirtschaft darstellt.³⁴

In Berlin hatten im Juni 2011 von den 130.324 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens 22.821 Personen ihren Wohnort außerhalb der Berliner Stadtgrenzen. Das entspricht einer Einpendlerquote³⁵ von 17,5 Prozent. Gleichwohl liegt damit in Berlin die Quote im Gesundheitsbereich unter der Quote aller Einpendler über alle Branchen (22,0%). Rund 84 Prozent dieser Einpendler haben ihren Wohnort in Brandenburg.

Die Auspendlerquote³⁶ im Kernbereich erreicht mit sechs Prozent einen nur halb so hohen Wert im Vergleich zur Quote der Auspendler insgesamt (14,3%). Eine Erklärung dafür dürfte der expandierende Gesundheitssektor in Berlin sein, der vor allem auch Berlinern Beschäftigungsmöglichkeiten bietet.

In Brandenburg hingegen ist fast ein Viertel der Beschäftigten im Kernbereich außerhalb der Landesgrenze tätig. Zielregion ist erwartungsgemäß mit knapp 90 Prozent vorwiegend Berlin. Aber auch hier liegt die Auspendlerquote im Kernbe-

32 Siehe Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53295/Mehr-Aerzte-in-Brandenburg-Aerztemangel-trotzdem-weiterhin-problematisch>.

33 http://www.aerztezeitung.de/politik_gp_specials/versorgungsgesetz2011/article/678977/brandenburg-nimmt-kampf-aerztemangel-selbst-hand.html.

34 Zum Kernbereich gehören in der Wirtschaftszweigsystematik 2008: „86.1 Krankenhäuser, Hochschulkliniken und Vorsorge- und Rehabilitationskliniken“, „86.2 Arzt- und Zahnarztpraxen“, „86.9 sonstige Praxen und Rettungsdienste“, „87.1 Pflegeheime“, „87.2 Stationäre Einrichtungen der psychosozialen Betreuung“, „87.3 Altenheime“ und „88.10.1 ambulante soziale Dienste“.

35 Definition Einpendler siehe Fußnote 2 in Tabelle 12.

36 Definition Auspendler siehe Fußnote 3 in Tabelle 12.

reich (22,3%) unter der insgesamt hohen Mobilitätsquote (28,5%). Die Einpendlerquote betrug 8,5 Prozent und liegt ebenfalls deutlich unter der Quote der Einpendler über alle Branchen (15,6%).

Tabelle 12

Berufsspezifische Pendlerdaten von ausgewählten Gesundheitsberufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg 2011

	Pendler absolut		Pendlerquoten	
	Einpendler	Auspendler	Einpendler ²⁾	Auspendler ³⁾
Berlin				
Pendler im Kernbereich	22.821	6.856	17,5	6,0
darunter:				
841 Ärzte	1.015	2.413	10,4	21,5
842 Zahnärzte	101	56	14,4	8,5
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	1.026	628	12,7	8,2
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	7.147	736	23,8	3,1
854 Helfer in der Krankenpflege	1.620	335	13,9	3,2
856 Sprechstundenhelfer	3.296	405	17,2	2,5
857 Medizinallaboranten	852	103	22,3	3,3
861 Altenpfleger/-helfer	2.157	404	14,0	3,0
alle Pendler ¹⁾	237.328	140.819	22,0	14,3
Brandenburg				
Pendler im Kernbereich	6.927	21.399	8,5	22,3
darunter:				
841 Ärzte	2.079	926	39,5	22,6
842 Zahnärzte	51	78	27,7	37,0
852 Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	804	1.029	15,2	18,6
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	948	5.849	4,8	23,9
854 Helfer in der Krankenpflege	386	1.715	4,5	17,2
856 Sprechstundenhelfer	494	3.404	4,4	24,1
857 Medizinallaboranten	136	879	7,1	33,0
861 Altenpfleger/-helfer	526	2.185	4,9	17,7
alle Pendler ¹⁾	113.487	245.096	15,6	28,5

1) Pendler Insgesamt (ohne Eingrenzung auf eine Branche).

2) Anteil der Einpendler an der jeweiligen Berufsgruppe am Arbeitsort in Prozent.

3) Anteil der Auspendler an der jeweiligen Berufsgruppe am Wohnort in Prozent.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) im Kernbereich am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsberreinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

Gleichwohl sind in Berlin für quantitativ bedeutsame Gesundheitsfachberufe vor allem bei den Krankenschwestern/-pflegern, Sprechstundenhelfern und Altenpflegern/-helfern hohe Einpendlerquoten zu verzeichnen. Für alle ausgewiesenen Gesundheitsberufe liegt die Quote über zehn Prozent. Danach dürfte Berlin erwartungsgemäß als Beschäftigungsort für Berufsangehörige im Gesundheitskernbereich vor allem für Brandenburger attraktiv sein. Die Einpendlerquoten der

Krankenschwestern/-pfleger (23,8%) und Medizinallaboranten (22,3%) in Berlin liegen dabei über der Einpendlerquote des Kernbereichs in der Gesundheitswirtschaft insgesamt (vgl. Tabelle 12). Das heißt, dass etwa jeder vierte Arbeitsplatz in den genannten Berufen von einem nicht in Berlin wohnenden Beschäftigten besetzt war. Die berufsspezifischen Auspendlerquoten sind dagegen deutlich geringer. Einzig die Quoten für Ärzte (21,5%) sind überraschend hoch. Regional mobile Berliner Ärzte sind vor allem in brandenburgischen Krankenhäusern in den angrenzenden Landkreisen tätig (vgl. Tabelle 12).

Aus Brandenburger Sicht stellt sich die Situation fast spiegelbildlich dar. Unter den Auspendlern zeigen sich für alle ausgewählten Berufe hohe Quoten von mindestens fast 20 Prozent. Dabei dominieren eindeutig Medizinallaboranten mit 33 Prozent. Medizinallaboranten sind vor allem in medizinischen Laboratorien oder in der Diagnostik beschäftigt. Für diese Tätigkeitsbereiche dürfte das Stellenangebot in Berlin vielfältiger als in Brandenburg sein. Aber auch Masseur, Krankenschwestern/-pfleger, Helfer in der Krankenpflege, Sprechstundenhelfer und Altenpfleger/-helfer verzeichnen Auspendlerquoten zwischen 17 und 25 Prozent (vgl. Tabelle 12).

In Brandenburg stehen bei den Einpendlern vor allem Ärzte mit fast 40 Prozent ganz oben in der Rangliste, d. h. fast jeder dritte beschäftigte Arzt wohnt außerhalb der Landesgrenze. Bei den Ärzten zeigen sich damit für beide Richtungen hohe Mobilitätsraten. Darüber hinaus errechnen sich bei den ausgewählten Gesundheitsfachberufen eher geringe Einpendlerquoten.

Abschließend wird zur Analyse der Pendlersituation der Pendlersaldo (Einpendler minus Auspendler) als weiterer Indikator herangezogen. Der berufsspezifische Pendlersaldo kann einerseits das regionale Angebot an Arbeitsplätzen in den Gesundheitsberufen und andererseits den Grad der regionalen Arbeitsmarktverflechtung verdeutlichen. Während Einpendlerüberschüsse (positiver Pendlersaldo) eine hohe regionale Bedeutung des betroffenen Berufs zum Ausdruck bringen, deuten Auspendlerüberschüsse (negativer Pendlersaldo) auf regionale Arbeitsplatzdefizite hin.

Negative berufsspezifische Pendlersalden sind 2011 in Brandenburg für jeden der hier ausgewählten Berufe zu verzeichnen, mit Ausnahme der Ärzte. Gute Arbeitsmarktchancen für Ärzte in Brandenburg dürften den vergleichsweise hohen positiven Pendlersaldo erklären. In Hausarztpraxen, die in dieser Analyse hier als Selbständige nicht erfasst sind, aber auch in Krankenhäusern fehlen derzeit in nennenswertem Umfang Nachfolger für frei gewordene Stellen von Ärzten (Landesärztekammer Brandenburg).³⁷ Hohe negative Pendlersalden verzeichneten in Brandenburg Krankenschwestern/-pfleger, gefolgt von den Sprechstundenhelfern.

37 Siehe den Artikel von Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, zum Ärztemangel in Brandenburg und zur Hilfe durch osteuropäische Kollegen: http://www.laekb.de/50ueberUns/20Beitraege/90Archiv/76Archiv2005/05017_051205.html.

Aber auch Helfer in der Krankenpflege und Altenpfleger/-helfer sind hier zu nennen. Entsprechend sind für Berlin in diesen Berufen hohe Einpendlerüberschüsse festzustellen, vor allem für die Krankenschwestern/-pfleger (vgl. Tabelle 13). Für die genannten Berufsangehörigen scheint Berlin mit seiner hohen Dichte an Gesundheitsdienstleistungen als Beschäftigungsort attraktiv zu sein.

Tabelle 13

Pendlersalden¹⁾ von ausgewählten Gesundheitsberufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg 2011

	Berlin	Brandenburg
Pendlersalden¹⁾ im Kernbereich Insgesamt	15.965	-14.472
darunter:		
841 Ärzte	-1.398	1.153
842 Zahnärzte	45	-27
852 Masseur, Krankengymnasten und verw. Berufe	398	-225
853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	6.411	-4.901
854 Helfer in der Krankenpflege	1.285	-1.329
856 Sprechstundenhelfer	2.891	-2.910
857 Medizinallaboranten	749	-743
861 Altenpfleger/-helfer	1.753	-1.659
Saldo für alle Pendler²⁾	96.509	-131.609

1) Pendlersaldo = Einpendler – Auspendler

2) Pendler Insgesamt (ohne Eingrenzung auf eine Branche)

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende, Praktikanten, Werkstudenten) am 30. Juni 2011.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Gebietsstandsvereinigung IAB) aus IAB Pallas online; eigene Berechnungen.

8 Zusammenfassung

In dieser Studie wurde die Beschäftigungsexpansion in der Gesundheitswirtschaft der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg untersucht, die die Gesundheitswirtschaft als Ziel ihrer gemeinsamen wirtschaftspolitischen Strategie ausgewählt haben. Im Mittelpunkt stand der sogenannte Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, zu dem insbesondere Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Arztpraxen gezählt werden. In Berlin stieg hier die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich von 2000 bis 2011 um knapp 20 Prozent auf 130.000 an. In Brandenburg lag der Zuwachs bei über 30 Prozent (31,8%). Dort waren zuletzt rund 82.000 Personen beschäftigt.

In den zwei Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft – Handel mit und Produktion von medizinischen und pharmazeutischen Erzeugnissen – sind in Berlin insgesamt rund 31.000 Menschen beschäftigt. In Brandenburg entfallen auf

diese zwei Bereiche insgesamt 11.700 Beschäftigte. Damit ist Brandenburg in diesen Bereichen mit 12,5 Prozent an den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft deutlich weniger präsent als Berlin mit fast 20 Prozent. In Berlin sind in den letzten elf Jahren in den beiden Erweiterungsbereichen Wachstumsraten von jeweils gut 25 Prozent zu beobachten. In Brandenburg nahm die Beschäftigung vor allem in der Herstellung von medizinischen und pharmazeutischen Produkten zu. Außer gewöhnliche Beschäftigungszunahmen verzeichnen in beiden Bundesländern die Helfer in der Krankenpflege und die Altenpfleger/-helfer.

Darüber hinaus wird anhand der Strukturdaten deutlich, dass der vorwiegend weiblich geprägte Arbeitsmarkt deutliche Zuwächse in der Teilzeitbeschäftigung zeigt. Vor allem im Kernbereich hat Teilzeitarbeit weiterhin enorm an Bedeutung gewonnen. Neben den Krankenhäusern hat diese Beschäftigungsform insbesondere in den Pflegeheimen überdurchschnittliche Zuwachsraten.

Aktuell haben in Berlin 70,8 Prozent der Beschäftigten im Kernbereich eine Berufsausbildung oder einen Hochschulabschluss (Brandenburg: 80,8%). In der Gesamtbeschäftigung ist der Anteil mit 63,9 Prozent (Brandenburg: 73,9%) deutlich niedriger. In den vergangenen Jahren hat sich das Qualifikationsniveau im Gesundheitsbereich weiter erhöht. Dies trifft sowohl auf Qualifizierte als auch auf Hochqualifizierte zu.

Neben Berlin als Zentrum der Gesundheitswirtschaft stellen in Brandenburg erwartungsgemäß die kreisfreien Städte wichtige regionale Standorte für Gesundheitsleistungen dar. In den nordöstlichen Regionen Brandenburgs ist der Kernbereich des Gesundheitswesens stärker konzentriert. In diesen vergleichsweise strukturschwächeren Kreisen mit niedrigerer Arbeitsplatzdichte – wie die Uckermark oder Oberhavel – hat das Gesundheitswesen anteilig eine größere Bedeutung.

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft gibt es in Berlin neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weitere rund 12.000 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte (Brandenburg: 6.400). Diese Beschäftigungsform weist besondere Schwerpunkte im Gesundheitswesen auf. Von den geringfügig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg sind jeweils rund 40 Prozent in Arzt- und Zahnarztpraxen tätig. Bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt der entsprechende Wert nur rund 17 bis 18 Prozent. Auch im Bereich der ambulanten Dienste sind geringfügig entlohnte Beschäftigte vergleichsweise stark vertreten.

Die weitere Analyse der Beschäftigungsstruktur hat ergeben, dass Zeitarbeit als flexible Beschäftigungsform in absoluten Zahlen im Vergleich zwar sehr gering ist, dennoch scheint Zeitarbeit insbesondere in Berlin vor allem in den Pflegeberufen als flexibles Personalinstrument genutzt zu werden. Da die Personalausstattung in den Einrichtungen häufig eng bemessen ist, werden Zeitarbeitskräfte bei Krankheit bzw. Urlaub des Stammpersonals benötigt.

Berlin scheint mit seiner hohen Dichte an Gesundheitsdienstleistungen als Beschäftigungsort attraktiv zu sein. Dies zeigt sich auch in den Pendlerverflechtungen. Brandenburg verzeichnet hohe Auspendlerüberschüsse für jeden der hier ausgewählten Berufe (Krankenschwestern/-pfleger, Helfer in der Krankenpflege, Sprechstundenhelfer, Medizinallaboranten, Altenpfleger/-helfer). Hohe Einpendlerquoten hingegen zeigen sich allein für die Ärzte. Gute Arbeitsmarktchancen für Mediziner in Brandenburg dürften den vergleichsweise hohen positiven Pendlersaldo erklären. Spiegelbildlich dazu sind für Berlin in den Gesundheitsfachberufen hohe Einpendlerüberschüsse festzustellen, vor allem für die Krankenschwestern/-pfleger.

Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird angesichts der alternden Bevölkerung weiter steigen. Gleichzeitig altern auch die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft, wodurch sich steigende Ersatzbedarfe ergeben.

Die Entgelte unterscheiden sich zwischen den betrachteten Gesundheitsfachberufen deutlich. Das höchste Bruttomedianeinkommen erzielen Krankenschwestern/-pfleger, das niedrigste Sprechstundenhelfer. Der pauschale Vorwurf eines niedrigeren Lohnniveaus in den Gesundheitsfachberufen konnte nicht generell bestätigt werden. Zwischen Berlin und Brandenburg zeigen die Löhne für die ausgewählten Gesundheitsberufe eher moderate Differenzen. Der stark besetzte Beruf „Helfer in der Krankenpflege“ bildet in Brandenburg eine Ausnahme. Hier können die Berufsangehörigen einen nennenswert höheren Medianlohn erzielen als in Berlin.

Literatur

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2012): Tabellenteil der Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2011 bis 2030. Statistischer Bericht, A I 8 –11, Potsdam.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2010): Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2009–2030, Potsdam.

Bär, Nicole; Beckmann, Ralf; Wüllerich, Judith (2011): Gesundheits- und Pflegeberufe. In: Der Arbeitsmarkt in Deutschland, Bundesagentur für Arbeit – Arbeitsmarktberichterstattung, Nürnberg.

Bammig, Ruth (2007): Beschäftigungsanalyse Brandenburg 1998–2005. Grafiken und Tabellen zu Alter, Qualifikationen, Regionen, Branchen und Berufen. Kooperationsprojekt zwischen der Landesagentur für Struktur und Arbeit Brandenburg und dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB-Regional Berlin-Brandenburg.

- Bellmann, Lutz; Grunau, Philipp; Maier, Friederike; Thiele, Günter (2012): Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen – 2004 bis 2008, Abschlussbericht im Auftrag der Hans Böckler-Stiftung.
- Berlin Partner GmbH (2012): Medizintechnik in der Hauptstadtregion. Medizintechnik – Berlin-Brandenburg.
- Bogai, Dieter; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2006): Vergleichende Analyse von Länderarbeitsmärkten. Bericht für den Nordwesten Brandenburgs. Der Arbeitsagenturbezirk Neuruppin mit den Landkreisen Prignitz, Ostprignitz-Ruppin, Oberhavel und Havelland. IAB Regional. Berichte und Analysen. IAB Berlin-Brandenburg, 06/2006, Nürnberg.
- Bogai, Dieter; Wesling, Mirko (2009): Zeitarbeit in Berlin-Brandenburg. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Berlin-Brandenburg, 03/2009, Nürnberg.
- Bogai, Dieter; Wiethölter, Doris; Schönwetter, Stephanie (2011): Berufliche Segregation von Frauen und Männern in Berlin-Brandenburg. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Berlin-Brandenburg, 01/2011, Nürnberg.
- Bogai, Dieter; Wiethölter, Doris; Schönwetter, Stefanie; Luipold, Christiane (2011): Berufliche Perspektiven von Frauen und Männern in Berlin und Brandenburg. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Berlin-Brandenburg, 02/2011, Nürnberg.
- Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeit und Soziales, Arbeitspapier 215, Düsseldorf.
- Bundesanstalt für Arbeit (1988): Klassifizierung der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Stand: September 1988, Nürnberg.
- Carstensen, Jeanette; Lindenblatt, Roland; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2014): Pendlerbericht 2012, IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Berlin-Brandenburg, 02/2014, Nürnberg.
- Dahlbeck, Elke; Dörpinghaus, Sandra; Hilbert, Josef; Cirkel, Michael (2012): Evaluation des Masterplans „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ sowie der Strukturen zur Umsetzung des Masterplans. Im Auftrag der für die Gesundheitswirtschaft zuständigen Ressorts der Länder Berlin und Brandenburg, Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen.
- Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Institut für Arbeit und Technik, Forschung aktuell, Nr. 06/2008, Gelsenkirchen.

- Frei, Marek; Kampe, Carsten; Papies, Udo (2010): Beschäftigtenstrukturanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, LASA-Studie, Nr. 48, 2. Auflage, Teltow.
- Goppold, Nina (2011): Gesundheitswesen: Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft. In: 1990–2010 Berlin und Brandenburg. Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg, 2/2011, S. 50–61.
- Greß, Stefan (2012): Gesundheitsberufe: Akademisierung überfällig. In: Kurz Kommentiert. Wirtschaftsdienst, ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft, Jg. 92, H. 8, S. 504–506.
- Helmrich, Robert; Zika, Gerd; Kalinowski, Michael; Wolter, Marc Ingo; Bott, Peter; Bremser, Felix; Drosdowski, Thomas; Hänisch, Carsten; Hummel, Markus; Maier, Tobias; Schandock, Manuel (2012): Neue Ergebnisse der BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis zum Jahr 2030. In: Engpässe auf dem Arbeitsmarkt: Geändertes Bildungs- und Erwerbsverhalten mildert Fachkräftemangel, BIBB Report 18/12, Bonn.
- Henke, Klaus-Dirk; Georgi, Anja; Bungenstock, Jan; Neumann, Karsten; Baur, Michael; Ottmann, Sabine; Schneider, Markus; Krauss, Thomas; Hoffmann, Uwe (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi). Abschlussbericht 30. November 2009. Technische Universität Berlin und Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS), Augsburg.
- Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB); Zukunftsagentur Brandenburg ZAB (2012): Jahresbericht 2011 zur Wirtschaftsförderung im Land Brandenburg, Potsdam.
- Kotte, Volker (2011): Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Leit- und Zukunftsbranche für den Arbeitsmarkt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Nord, 01/2011, Nürnberg.
- Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg (2008): Dritter Krankenhausplan des Landes Brandenburg, Beschluss der Landesregierung vom 10. Juni 2008. In: Amtsblatt für Brandenburg, Nr. 27, S. 1589–1701.
- Pohl, Carsten (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland. Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 16, H. 1, S. 36–52.
- Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland. Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies, Jg. 35, H. 2, S. 357–378.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

- Schaade, Peter (2013): Gesundheitswesen in Hessen. Die Beschäftigung boomt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Hessen, 01/2013, Nürnberg.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (2009): Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007–2030, Berlin.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 und 2009, Studie für den Deutschen Pflegerat.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2012a): Analytikreport der Statistik. Analyse der gemeldeten Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse), Berlin, Dezember 2012, Berlin.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2012b): Analytikreport der Statistik. Analyse der gemeldeten Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse), Brandenburg, Dezember 2012, Berlin.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2010): Bericht der Statistik der BA. Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte, November 2010, Nürnberg.
- Statistisches Bundesamt (2009): Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2002): Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2003 (WZ 2003), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1996): Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), Wiesbaden.
- Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft; Senatskanzlei Berlin; Senatskanzlei Brandenburg (2007): Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“. Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Health Capital), Berlin.
- Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Berlin-Brandenburg, 03/2012, Nürnberg.
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. In: WR Wissenschaftsrat, Drs. 2411-12, 13 07 2012, Berlin.

Peter Schaade

F Gesundheitswirtschaft in Hessen

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle, wirtschaftliche und demografische Besonderheiten des Bundeslandes Hessen dargestellt. Im Zentrum der Regionalstudie steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft – dem klassischen Gesundheitswesen. Die unterschiedliche regionale Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung wird auf Ebene der Kreise verdeutlicht. Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter, Arbeitszeit und Nationalität werden untersucht. Weitere Analysen richten sich auf die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen sowie die Bedeutung der geringfügig entlohnten Beschäftigten und die Zeitarbeit. Anschließend werden anhand einer Längsschnittbetrachtung die Berufsverläufe der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft untersucht. Der Verbleib der Ausgebildeten ist eine wichtige Information. Zum Abschluss wird die Entwicklung der monatlichen Medianeinkommen in den Hauptberufen der Gesundheitswirtschaft dargestellt.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

Das Bundesland Hessen ist durch eine zentrale Lage inmitten Deutschlands gekennzeichnet. Ende des Jahres 2012 lebten in Hessen 6,016 Mio. Menschen. Die Bevölkerungsdichte liegt bei 285 Einwohnern pro km². In den letzten Jahren war ein leicht positiver Wanderungssaldo zu verzeichnen.

Während Hessen mit Frankfurt, das Zentrum des Rhein-Main-Gebietes, einen wertschöpfungsstarken wirtschaftlichen Schwerpunkt und einen sehr wichtigen Verkehrsknotenpunkt besitzt, verfügt der Norden des Landes über weniger Standortvorteile. Betrachtet man die Siedlungsstruktur in Hessen im Detail, zeigen sich erhebliche Disparitäten. Fünf kreisfreie Großstädte, vier davon im Süden des Bundeslands und 14 städtische Kreise stehen vier ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und drei dünn besiedelten ländlichen Kreisen gegenüber. Mehr als die Hälfte der Fläche Hessens entfällt auf dünn besiedelte ländliche Räume. So zählen die Regierungsbezirke Kassel und Gießen mit Ausnahme der Städte Kassel, Gießen und Marburg und deren angrenzenden Umlandgemeinden fast vollständig zu dieser Raumkategorie. In Südhessen sind es der komplette Odenwaldkreis sowie östlich gelegene Teile des Wetteraukreises und des Main-Kinzig-Kreises (Harsche et al. 2013).

Die zukünftige demografische Entwicklung führt insgesamt in Hessen zu einem sinkenden Bevölkerungsbestand, der sich frühzeitiger und stärker in Nord- und Mittelhessen als in Südhessen auswirkt. Derzeit liegt der Anteil der über 80-jährigen Personen bei 5,2 Prozent. Nach der Prognose des Hessischen Statistischen Landesamtes (2009) wird der Anteil der Hochbetagten auf 13,5 Prozent im Jahr (2050) ansteigen.

Die hessische Wirtschaftsstruktur ist sehr heterogen. So gilt z. B. Frankfurt als das Finanz- und Dienstleistungszentrum, während der Lahn-Dill-Kreis den höchsten Anteil des Verarbeitenden Gewerbes in Hessen aufweist. Auch der Landkreis Kassel und der Main-Kinzig-Kreis sind durch eine hohe Industriedichte gekennzeichnet. Die Landkreise Fulda und Gießen verfügen dagegen eher über eine diversifizierte Wirtschaftsstruktur aus Produktion, Handel, Handwerk, Industrie und Dienstleistung (Burkert et al. 2012).

Die Kennzahlen der hessischen Wirtschaft deuten auf eine überdurchschnittliche Position in Deutschland. Der Arbeitsplatzbesatz lag 2011 in Hessen bei 53 je 100 Einwohner, was im Vergleich der westdeutschen Flächenländer den dritten Rang bedeutet. Das BIP je Einwohner war 2013 mit 72.600 € das höchste der deutschen Flächenländer.

2 Gesundheitswirtschaftliche Kennzahlen für Hessen

Nach den Angaben der Umsatzsteuerstatistik erwirtschafteten im Jahr 2007 rund 7.900 Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft in Hessen einen Umsatz in Höhe von etwa 45,2 Mrd. €. Damit stellte die hessische Gesundheitswirtschaft 3,2 Prozent aller umsatzsteuerpflichtigen Unternehmen (Deutschland: 3,0%) und erwirtschaftete 10,4 Prozent des Gesamtumsatzes in Hessen (Deutschland: 6,1%). Im Bundesvergleich zeichnet sich die hessische Gesundheitswirtschaft insbesondere durch einen überproportional hohen Anteil der Vorleistungsindustrien einschließlich Handel und Gesundheitshandwerk aus. Deren Umsatzanteil an der Gesamtwirtschaft betrug 2007 in Hessen 8,4 Prozent. Der entsprechende Anteilswert für Deutschland lag bei 4,4 Prozent (Gauler et al. 2010).

Rund 40 Prozent des Gesamtumsatzes in der hessischen Gesundheitswirtschaft werden bei der Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen erzielt. Gemessen am Umsatz an zweiter Stelle liegt der Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen und medizinischen Hilfsmitteln mit einem Anteil von knapp 17 Prozent (ebd.).

Die Gesundheitspersonalrechnung weist für 2011 in Hessen 378.700 Beschäftigte aus, davon 171.000 in ambulanten und 138.000 in stationären Einrichtungen. Die Gesundheitsausgaben lagen in dem Bundesland 2011 bei 21,8 Mrd. €, was 9,5 Prozent des hessischen Bruttoinlandsprodukts entsprach.

3 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Hessens

Im Folgenden wird die Beschäftigungslokalisation im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft untersucht. Zunächst werden die regionalen Unterschiede im Gesundheitswesen und die Beschäftigungsentwicklung 2000 bis 2010, anschließend die Beschäftigung nach Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt.

3.1 Regionale Unterschiede im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft

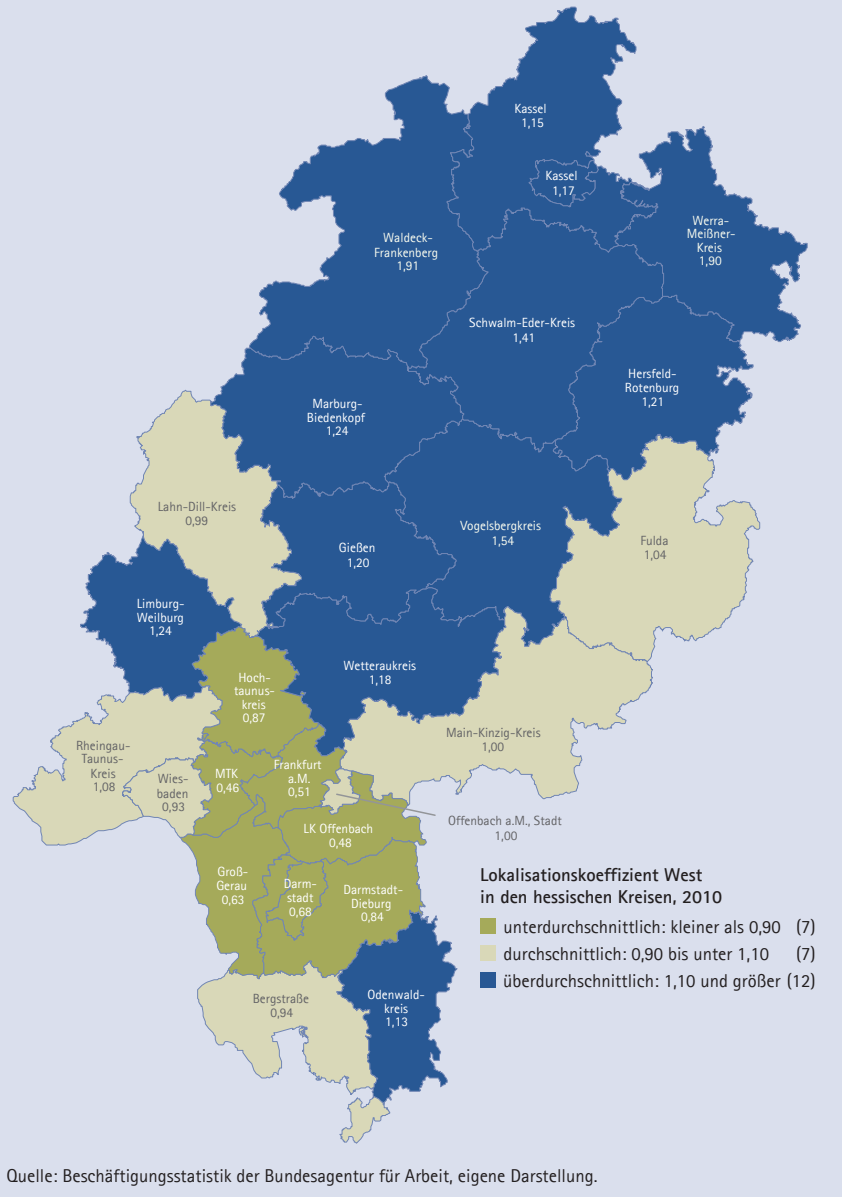
Die Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft – dem Gesundheitswesen – weist erhebliche regionale Unterschiede auf. Bei Betrachtung der 26 hessischen Kreise und kreisfreien Städte zeigen sich bestimmte lokale Schwerpunkte. Um die Bedeutung der Branche zwischen den Kreisen vergleichen zu können, wird der sogenannte Lokalisationskoeffizient West¹ genutzt. Liegt der Lokalisationskoeffizient West genau bei eins, entspricht der Branchenanteil des Gesundheitswesens in der jeweiligen Region dem westdeutschen Durchschnitt. Werte über eins stehen für einen über- und Werte unter eins für einen unterdurchschnittlichen Anteil. Je größer der Wert ist, desto stärker ist folglich die Konzentration des Gesundheitswesens in dieser Region. Der Karte 1 können die regionalen Unterschiede in Hessen entnommen werden.

Für Hessen ergibt sich ein Lokalisationskoeffizient West von 0,90, d. h. der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Gesundheitswesen ist gegenüber Westdeutschland um zehn Prozent niedriger. Innerhalb Hessens ist ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten. Das bedeutet, dass vor allem in Nordhessen, aber auch in Mittelhessen, eine verstärkte Konzentration des Gesundheitswesens vorliegt. Die Kreise Waldeck-Frankenberg und Werra-Meißner weisen mit 1,91 bzw. 1,90 die höchsten Werte aus. Der Beschäftigungsanteil des Gesundheitswesens ist hier doppelt so hoch wie im westdeutschen Durchschnitt. In Südhessen ist das Gesundheitswesen dagegen meist nur schwächer vertreten. Der Main-Taunus-Kreis und der Kreis Offenbach verfügen mit 0,46 bzw. 0,48 über die geringste Konzentration. Lediglich im Odenwald- und im Wetteraukreis ist das Gesundheitswesen im Süden Hessens überdurchschnittlich. Die Konzentration des Gesundheitswesens hängt mit den unterschiedlichen Rahmenbedingungen zusammen. Hierzu gehört beispielsweise die Existenz von Kurorten mit dazugehörigen Kliniken (z. B. Landkreis Waldeck-Frankenberg). Ein weiterer Faktor kann ein überdurchschnittlicher Anteil älterer Wohnbevölkerung sein, der üblicherweise einen erhöhten Gesundheitsbedarf bedeutet (z. B. der Werra-Meißner-Kreis). Das Vorhandensein von Universitätskliniken ist ebenfalls mit einer höheren Branchenkonzentration verbunden (z. B. Landkreise Gießen und Marburg-Biedenkopf). Eine hohe Arbeitsplatzdichte geht dagegen in der Regel mit niedrigeren Konzentrationen im Gesundheitsbereich einher, weil Wachstumszentren eher in anderen Branchen auftreten (z. B. Bankwesen in der kreisfreien Stadt Frankfurt).

¹ Der Lokalisationskoeffizient ist der Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten einer Branche in einer Region (Zähler) und dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in der Vergleichsregion (Nenner). Als Vergleichsregion wird Westdeutschland berücksichtigt, sodass Lokalisationskoeffizienten West ausgewiesen werden.

Karte 1

Lokalisationskoeffizienten West der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) in den hessischen Kreisen und kreisfreien Städten am 30.06.2010

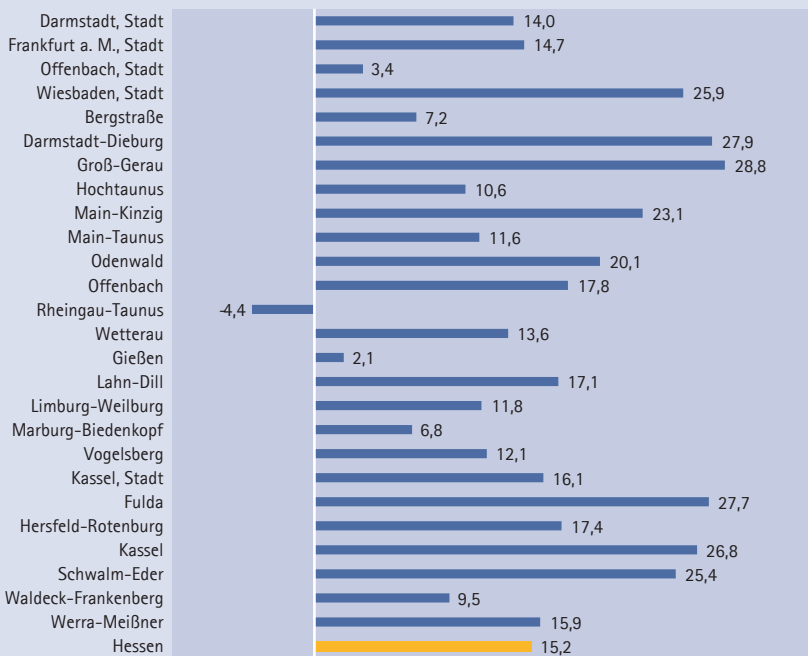


Im Zeitraum von Juni 2000 bis Juni 2010 hat sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Gesundheitswesen in fast allen hessischen Kreisen und kreisfreien Städten deutlich gesteigert. Lediglich im Rheingau-Taunus-Kreis musste ein

leichter Rückgang hingenommen werden. Bei der geringen Steigerung im Landkreis Gießen dürfte sich die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg auswirken, die zu Ausgründungen von Serviceleistungen und der Verschiebung von Beschäftigten aus dem Kernbereich in den Bereich Forschung und Entwicklung führte, auf den wir in unserer Betrachtung nicht näher eingehen. In der Hälfte der Kreise lag der Anstieg allerdings über dem hessischen Durchschnitt von 15,2 Prozent. Sechs Kreise konnten sogar eine Steigerung von über 25 Prozent verzeichnen – wie Abbildung 1 zu entnehmen ist.

Abbildung 1

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) nach hessischen Kreisen und kreisfreien Städten (Arbeitsort), Juni 2010 im Vergleich zu Juni 2000, in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

Obwohl die Kreise Groß-Gerau und Darmstadt-Dieburg eine sehr günstige Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Gesundheitswesen aufweisen, haben sie einen unterdurchschnittlichen Lokalisationskoeffizienten. Dies dürfte daran liegen, dass in diesen Kreisen der Anteil des Gesundheitswesens nicht so ausgeprägt ist und andere Branchen wie z. B. der Fahrzeugbau stärker vertreten sind.

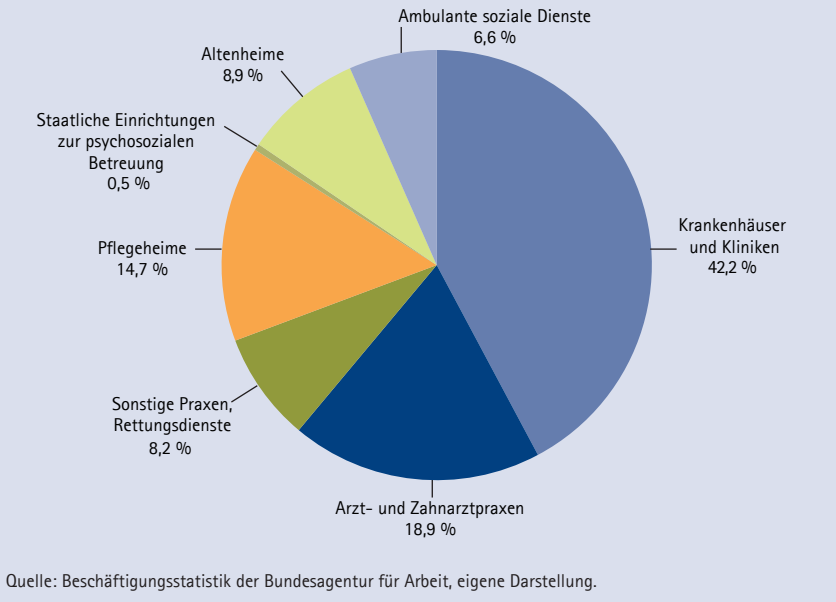
3.2 Beschäftigung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen als Kernbereich der Gesundheitswirtschaft besteht aus verschiedenen Einrichtungen. Von den 199.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt arbeitete 2010 der überwiegende Teil (84.000) in Krankenhäusern, Hochschul- sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Hier bildeten mit über 70 Prozent die klassischen Krankenhäuser den Schwerpunkt. Die zweitgrößte Gruppe an Arbeitgebern stellen dann die Arzt- und Zahnarztpraxen mit 37.600 Beschäftigten. Dabei liegen die Facharztpraxen vor den Zahnarztpraxen und den Arztpraxen für Allgemeinmedizin. Große Beschäftigungsmöglichkeiten bieten auch die Pflegeheime (29.300 Beschäftigte) und mit etwas Abstand die Altenheime (17.700 Beschäftigte). Als weitere Arbeitgeber im Gesundheitswesen fungieren außerdem die Rettungsdienste (Krankentransporte) und die sonstigen Praxen, zu denen u. a. Massage- und Krankengymnastikpraxen sowie Praxen von Psychologen und Heilpraktikern gehören. Diese bieten für 16.300 Personen Arbeitsplätze. Abschließend sind noch die ambulanten sozialen Dienste anzuführen, die über 13.000 Beschäftigte verfügen. Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung spielen quantitativ eine untergeordnete Rolle im Gesundheitswesen (1.000 Beschäftigte). Die Verteilung kann auch aus Abbildung 2 abgelesen werden.

Eine Betrachtung der einzelnen Teilbereiche im Zeitverlauf erweist sich insofern als problematisch, da durch den mehrfachen Wechsel bei der Wirtschaftszweigsystematik ein direkter Vergleich aller Teilbereiche nicht trennscharf möglich ist. Allerdings lassen sich Tendenzen ablesen. So konnten die Bereiche Altenheime, ambulante soziale Dienste und die sonstigen Praxen einschließlich der Rettungsdienste (Krankentransporte) innerhalb der letzten zehn Jahre deutliche Zuwächse verzeichnen. Die Praxen profitierten beispielsweise von neuen Therapieformen in der Physio- und Ergotherapie. Einen Rückgang gab es dagegen bei den Krankenhäusern und Kliniken. Dies dürfte auf kostendämpfende Maßnahmen im Gesundheitswesen wie z. B. die starke Verweildauerverkürzung in der vollstationären Behandlung sowie die Verlagerung von leichten Fällen in den ambulanten Bereich zurückzuführen sein, die hauptsächlich die Krankenhäuser und Kliniken betrafen.

Abbildung 2

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte des Gesundheitswesens (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) mit Arbeitsort Hessen, aufgegliedert nach Teilbereichen am 30.06.2010, in Prozent



3.3 Beschäftigungsentwicklung in ausgewählten Gesundheitsberufen

Während in den bisherigen Ausführungen die Beschäftigung im Gesundheitswesen nach der wirtschaftlichen Zuordnung im Fokus stand, wird nachfolgend der Schwerpunkt auf Berufe gelegt.

Von den Gesundheitsberufen wurden die klassischen, das heißt die, die in der direkten Behandlung und Pflege von Patienten ihren Schwerpunkt haben, zur näheren Betrachtung ausgewählt. Die Krankenschwestern und -pfleger² bilden hierbei mit 46.500 Beschäftigten die größte Berufsgruppe in Hessen. Es folgen dann mit 36.100 Beschäftigten die Sprechstundenhelfer.

Beschränkt man diese Berufe auf das Gesundheitswesen, den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, so ist festzustellen, dass über 80 Prozent dieser Berufsangehörigen insgesamt im Gesundheitswesen tätig sind. Bei dem überwiegenden Teil der klassischen Gesundheitsberufe sind es erwartungsgemäß sogar noch mehr, nämlich über 90 Prozent (vgl. Tabelle 1).

² Die Berufsordnung (BO) 853 der Klassifizierung der Berufe beinhaltet neben den Krankenschwestern und -pflegern auch immer Hebammen. Diese werden im nachfolgenden Text nicht mehr explizit genannt, da die Krankenschwestern/-pfleger innerhalb der BO 853 mit Abstand am stärksten vertreten sind.

Tabelle 1

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) in ausgewählten Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Hessen am 30.06.2010

Ausgewählte Gesundheitsberufe	SVB insgesamt		SVB im Gesundheitswesen		Anteil Spalte 3 an Spalte 1 in %
	absolut	Anteil an allen SVB in %	absolut*	Anteil an allen SVB in %	
	1	2	3	4	5
Ärzte (841)	13.942	0,7	12.812	0,6	91,9
Zahnärzte (842)	863	0,0	810	0,0	93,9
Masseur, Krankengymnasten und verw. Berufe (852)	11.326	0,6	10.446	0,5	92,2
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (853)	46.548	2,3	43.407	2,1	93,3
Helfer in der Krankenpflege (854)	18.890	0,9	15.946	0,8	84,4
Diätassistenten, pharmazeut.-techn. Assistenten (855)	4.424	0,2	614	0,0	13,9
Sprechstundenhelfer (856)	36.086	1,8	34.030	1,7	94,3
Medizinallaboranten (857)	6.050	0,3	4.640	0,2	76,7
Sozialarbeiter, -pfleger (861)**	33.703	1,6	21.873	1,1	64,9
Summe	171.832	8,3	144.578	7,0	84,1

Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

* Werte bei den Berufen wurden wegen fehlerhafter Wirtschaftszweigordnung in Offenbach, Stadt angepasst (Ausnahme: Zahnärzte).

** Durch Kreuzung mit dem Gesundheitswesen wird die Berufsordnung 861 stark in Richtung Altenpfleger/-helfer eingeschränkt.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Von den 199.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im hessischen Gesundheitswesen übten im Juni 2010 damit 144.600 oder knapp 75 Prozent einen klassischen Gesundheitsberuf aus. Die anderen Beschäftigten arbeiten beispielsweise als Verwaltungs- und Büro- oder Reinigungskräfte im Gesundheitswesen. Die 144.600 Personen, die in klassischen Gesundheitsberufen tätig sind, machen sieben Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hessen aus.

In der weiteren Analyse der Gesundheitsberufe konzentrieren wir uns nur noch auf jene Berufe, die schwerpunktmäßig, d. h. zu über 80 Prozent, im Gesundheitswesen zu finden sind. Lediglich die Zahnärzte bleiben aufgrund ihrer geringen Fallzahl unberücksichtigt. Die nachfolgenden Ausführungen werden sich damit auf Sprechstundenhelfer, Krankenschwestern sowie -pfleger, Masseur sowie Krankengymnasten, Ärzte und Helfer in der Krankenpflege beziehen. Ausdrücklich betont sei nochmals, dass wir nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte erfassen. Dies ist vor allem im Hinblick auf Ärzte und Masseur von Bedeutung, bei denen die Selbständigkeit sehr ausgeprägt ist.

Die starke Konzentration dieser Berufe auf das Gesundheitswesen ermöglicht eine Betrachtung unabhängig von der Wirtschaftszweigzugehörigkeit. Dies hat den Vorteil, dass Aussagen über diese Berufe in der Tendenz auch für den Wirtschaftszweig Gültigkeit haben.

Von 2000 bis 2010 konnten diese Berufe deutliche Zuwächse verzeichnen. Die höchsten absoluten Steigerungen gab es bei Krankenschwestern und -pflegern. Hier erhöhte sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hessen um 5.000 (12%), gefolgt von den Sprechstundenhelfern mit 4.500 (14,3%). Die beträchtlichsten Steigerungsraten wiesen die Masseur und Krankengymnasten mit 34,5 Prozent (2.900) und die Ärzte mit 30 Prozent (3.200) auf. Differenziert man die Beschäftigungsentwicklung nach hessischen Regionen, so zeigen sich erhebliche Unterschiede. Diese Entwicklung wird einerseits geprägt durch die Verteilung von Krankenhäusern, Kliniken und Praxen. Andererseits machen sich auch Konzentrationsprozesse – wie die Zusammenlegung von Gesundheitseinrichtungen – bemerkbar. Trotz der beachtlichen Beschäftigungszuwächse in Hessen, fallen die Steigerungsraten im westdeutschen Durchschnitt noch höher aus. Lediglich bei den Helfern in der Krankenpflege übertrifft Hessen mit 21,3 Prozent die westdeutsche Entwicklung (15,1%).

4 Ausgewählte Gesundheitsberufe nach Strukturmerkmalen

Die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen werden anschließend nach strukturellen Merkmalen betrachtet. Hierbei stehen die Merkmale Geschlecht, Arbeitszeit, Alter und Nationalität im Fokus.

4.1 Geschlecht

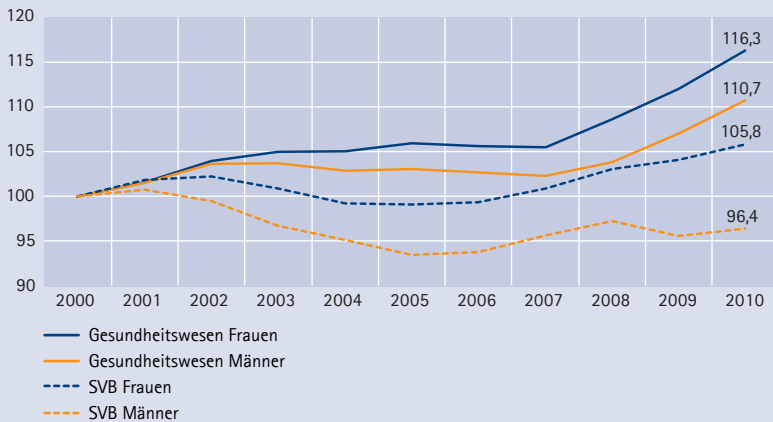
Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung ergibt sich eindeutig, dass das Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) eine Frauendomäne ist. 2010 waren 159.700 oder rund 80 Prozent der Beschäftigten in Hessen weiblich. Dieser hohe Frauenanteil liegt geringfügig unter dem west- bzw. bundesdeutschen Durchschnitt. Differenziert man dagegen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt in Hessen nach Geschlecht, so haben die Frauen lediglich einen Anteil von 45 Prozent.

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre zeigt folgendes Bild: Während sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung der Frauen in Hessen insgesamt um 51.100 oder 5,8 Prozent von Mitte 2000 bis Mitte 2010 steigerte, nahm ihre Beschäftigung im Gesundheitswesen in dieser Zeitspanne um 22.400 oder 16,3 Prozent zu. Bei den Männern muss dagegen ein Rückgang bei der Beschäftigung

insgesamt um 42.200 oder 3,6 Prozent verzeichnet werden. Allerdings konnten die Männer im Gesundheitswesen einen Beschäftigungsanstieg um 3.800 oder 10,7 Prozent erzielen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3

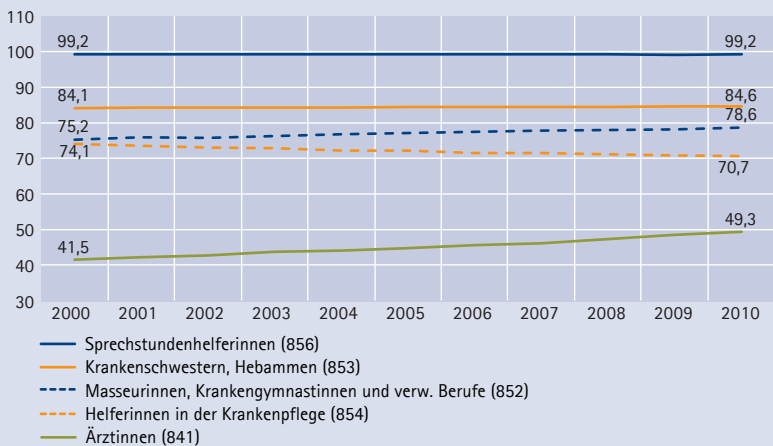
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung insgesamt (SVB) und im Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) nach Geschlecht in Hessen (Arbeitsort) von Juni 2000–Juni 2010, Index: 2000 = 100, in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

Abbildung 4

Frauenanteil unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in ausgewählten Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Hessen von Juni 2000–Juni 2010, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

Die ausgewählten Gesundheitsberufe sind überwiegend eine Frauendomäne. Vor allem der Beruf Sprechstundenhilfe wird fast ausschließlich von Frauen wahrgenommen. Männer sind in der Krankenpflege und Krankengymnastik ebenfalls recht selten anzutreffen. Auch bei den Helfertätigkeiten in der Krankenpflege ist nur jeder dritte Berufsangehörige männlich. Die Ausnahme bilden die Ärzte. Hier ist das Verhältnis der Geschlechter annähernd ausgeglichen. Im Verlauf der letzten zehn Jahre hat sich an dieser Situation in Hessen nicht viel verändert. Die Sprechstundenhelferinnen und die Krankenschwestern sind über die Jahre gleichbleibend stark in ihrem Beruf vertreten. In der Krankengymnastik hat sich der hohe weibliche Beschäftigtenanteil sogar noch leicht erhöht. Unter der Ärzteschaft ist es den Frauen erst in dieser Zeit gelungen mit den Männern gleichzuziehen (vgl. Abbildung 4).

4.2 Arbeitszeit

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Arbeitszeit. Gesundheitsberufe gelten als stark teilzeitgeprägt. Dies belegen auch die Beschäftigtenzahlen. Während der Anteil der Teilzeitkräfte an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hessen insgesamt 20 Prozent beträgt, sind es 35,5 Prozent bei den ausgewählten Gesundheitsberufen. Allerdings gibt es zwischen den einzelnen Berufen deutliche Unterschiede. Sind es bei den Ärzten nur rund 16 Prozent, weisen die Helfer in der Krankenpflege mit 43 Prozent die stärkste Teilzeitneigung auf. Betrachtet man die Entwicklung in den letzten zehn Jahren, so ist festzustellen, dass sich bei allen Berufen der Teilzeitanteil erhöht hat. Die Steigerungsraten variierten von vier bis knapp 13 Prozentpunkte. Auch die Beschäftigungszuwächse betrafen in diesem Zeitraum vor allen den Teilzeitsektor. Bei den Krankenschwestern und den Helfern in der Krankenpflege gab es in der Vollzeitbeschäftigung sogar leichte Rückgänge, wogegen die Teilzeitbeschäftigung hier Steigerungen von 50 und 70 Prozent vorweisen kann (vgl. Tabelle 2).

Der hohe Anteil beschäftigter Frauen korrespondiert mit der im Gesundheitswesen überdurchschnittlich vorhandenen Teilzeitquote. Mit 40,2 Prozent liegt ihr Anteil über der Teilzeitquote aller beschäftigten Frauen in Hessen (38%). Während bei den Ärztinnen jede Vierte teilzeitbeschäftigt ist, gilt dies bei den Helferinnen in der Krankenpflege bereits für jede Zweite. Vergleicht man die Situation im Jahr 2010 mit 2000, so hat sich in allen ausgewählten Gesundheitsberufen die Teilzeitquote der Frauen erhöht – zum Teil um über zehn Prozentpunkte. Bei den Helferinnen in der Krankenpflege und den Sprechstundenhelferinnen hat sich der Teilzeitanteil kontinuierlich jedes Jahr gesteigert. Bei den anderen Gesundheitsberufen gab es zuletzt eine leichte Stagnation (vgl. Abbildung 5).

Tabelle 2

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (SVB) in ausgewählten Gesundheitsberufen nach Arbeitszeit in Hessen (Arbeitsort) am 30.06.2000 und 30.06.2010

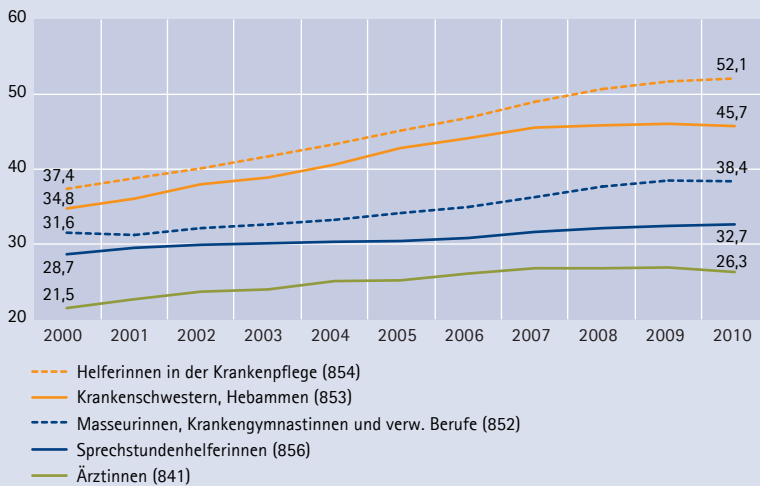
Berufe	Veränderung/Anteile (in %)	Arbeitszeit	
		Vollzeit	Teilzeit
Ärzte (841)	Veränderung SVB 2010 zu 2000	22,5	90,3
	Anteile an insgesamt 2000	88,9	11,1
	Anteile an insgesamt 2010	83,8	16,2
Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe (852)	Veränderung SVB 2010 zu 2000	20,6	72,9
	Anteile an insgesamt 2000	73,4	26,6
	Anteile an insgesamt 2010	65,9	34,1
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (853)	Veränderung SVB 2010 zu 2000	-4,6	50,0
	Anteile an insgesamt 2000	69,6	30,4
	Anteile an insgesamt 2010	59,3	40,7
Helfer in der Krankenpflege (854)	Veränderung SVB 2010 zu 2000	-0,7	71,2
	Anteile an insgesamt 2000	69,4	30,6
	Anteile an insgesamt 2010	56,8	43,2
Sprechstundenhelfer (856)	Veränderung SVB 2010 zu 2000	8,0	30,1
	Anteile an insgesamt 2000	71,4	28,6
	Anteile an insgesamt 2010	67,4	32,6

Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 5

Teilzeitanteil unter den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in ausgewählten Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Hessen von Juni 2000–Juni 2010, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

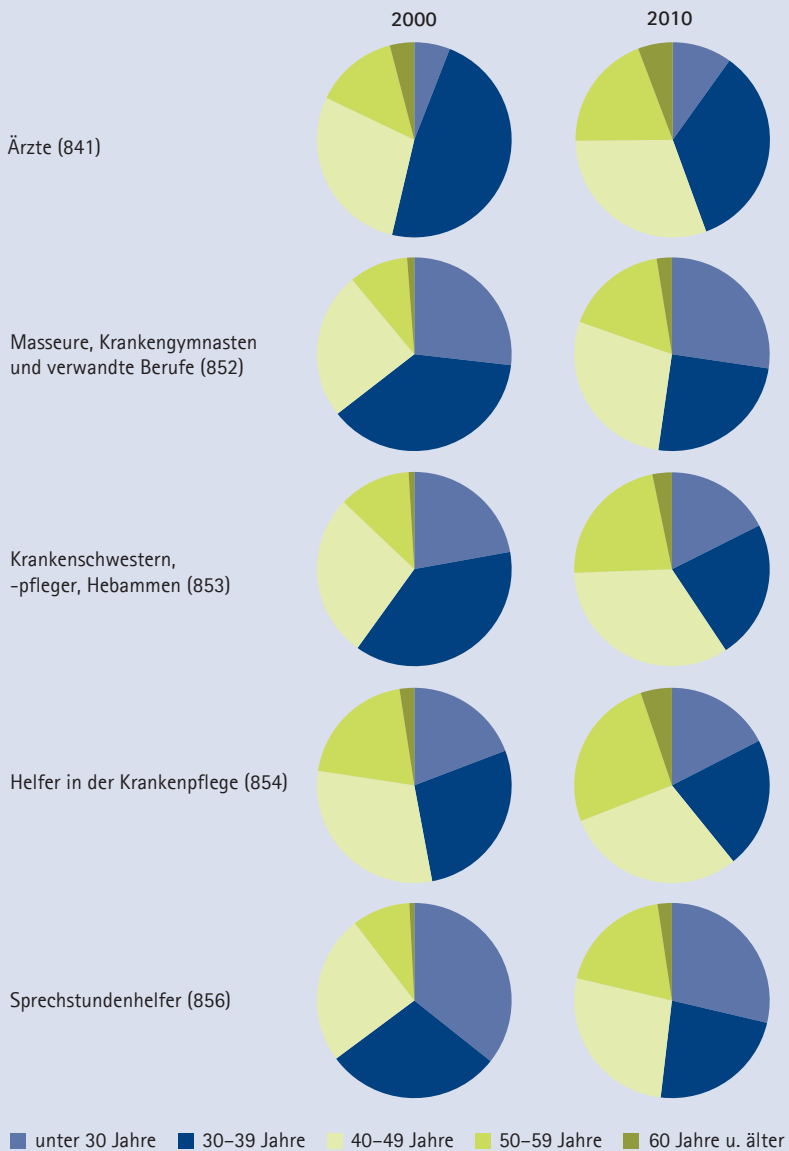
4.3 Alter

Die Altersstruktur der Beschäftigten in den ausgewählten Gesundheitsberufen insgesamt weicht nicht stark vom hessischen Landesdurchschnitt aller Beschäftigten ab. Am deutlichsten ist der Unterschied noch bei den Beschäftigten unter 30 Jahren. Jeder Fünfte in den Gesundheitsberufen gehört 2010 zu dieser Altersgruppe, während der durchschnittliche Anteil bei 16,2 Prozent liegt. In den älteren Altersgruppen (50 bis 59 Jahre bzw. 60 Jahre und älter) sind die Beschäftigten aus den Gesundheitsberufen dagegen etwas weniger vertreten (-1,5 bzw. -1,2 Prozentpunkte). Die stärkere Präsenz der Jüngeren in den Gesundheitsberufen ist durch den hohen Frauenanteil in der Altersgruppe unter 30 Jahre bedingt. Dieser liegt um sieben Prozentpunkte über dem Männeranteil und ist auch deutlich höher als bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen insgesamt in dieser Altersgruppe.

Die Betrachtung der einzelnen Gesundheitsberufe und ein Vergleich der Altersstruktur zwischen den Jahren 2000 und 2010 zeigen einige Auffälligkeiten (vgl. Abbildung 6). Bei den Ärzten ist der geringe Anteil der unter 30-Jährigen aufgrund der längeren Bildungszeit nicht überraschend. Trotzdem hat sich ihr Anteil 2010 gegenüber 2000 erhöht. Die Masseure bzw. Krankengymnasten konnten den Anteil dieser Altersgruppe ebenfalls leicht steigern. Allerdings ist zu beachten, dass durch viele Selbständige in diesen beiden Berufen, der Anteil der Jüngeren unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten überzeichnet sein dürfte. Durch Selbständigkeit, die im Allgemeinen erst später einsetzt, reduziert sich der Anteil der älteren Beschäftigten. Bei den drei verbleibenden Gesundheitsberufen stellte sich dagegen eine rückläufige Entwicklung der Jüngeren ein. Bei den Sprechstundenhelfern betrug der Rückgang sogar sieben Prozentpunkte. Trotzdem scheint sich der demografische Wandel in den Gesundheitsberufen bisher nur abgeschwächt auszuwirken, da die Jüngeren über alle Berufe hessenweit sogar um knapp zehn Prozentpunkte abnahmen. Im Jahr 2000 war fast die Hälfte der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzte im Alter von 30 bis 39 Jahren. 2010 traf dies nur noch für etwas mehr als ein Drittel zu. Auch in den anderen Gesundheitsberufen musste diese Altersgruppe deutliche Rückgänge hinnehmen. Inwieweit sich hier der Wechsel in eine selbständige Tätigkeit auswirkt, kann ohne weitere Untersuchungen nicht gesagt werden. Dagegen sind bei den 50- bis 59-Jährigen deutliche Zuwächse zu verzeichnen. Jeder fünfte Arzt, Krankenpfleger oder Sprechstundenhelfer ist 50 bis 59 Jahre alt. Bei den Helfern in der Krankenpflege sind es bereits über 25 Prozent. Die starke Präsenz der 50- bis 59-Jährigen entspricht allerdings auch dem Hessendurchschnitt aller Beschäftigten und den demografischen Erwartungen.

Abbildung 6

Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in ausgewählten Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Hessen am 30.06.2000 und 30.06.2010, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

4.4 Nationalität

In Hessen besaß 2010 jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte eine ausländische Staatsangehörigkeit. Gegenüber 2000 (10,3%) blieb der Ausländeranteil damit auf gleichem Niveau. Dieses liegt höher als im westdeutschen und bundesdeutschen Durchschnitt (8,1 bzw. 7,0%). Bei den ausgewählten Gesundheitsberufen zeigt sich im Zeitverlauf in Hessen ebenfalls ein nahezu gleichbleibender Ausländeranteil. Allerdings bestehen zwischen den einzelnen Berufen deutliche Unterschiede.

Bei den Masseuren bzw. Krankengymnasten sind ausländische Berufsangehörige kaum vertreten. Ihr Anteil betrug Mitte 2000 lediglich 2,9 Prozent (vgl. Abbildung 7). Im Verlauf von zehn Jahren erhöhte sich die Zahl der beschäftigten Deutschen und Ausländer um jeweils rund ein Drittel, sodass der Ausländeranteil auch 2010 bei 2,8 Prozent stagnierte. Bei den Sprechstundenhelfern sieht die Situation vergleichbar aus. Lediglich 4,1 Prozent verfügten im Jahr 2000 über keine deutsche Staatsangehörigkeit. Obwohl sich die Zahl der beschäftigten Ausländer bis 2010 in diesem Beruf um ein Viertel erhöhte, konnten sie ihren Anteil nur auf 4,5 Prozent steigern. Unter den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten waren Mitte 2000 4,7 Prozent ausländische Ärzte. Während sich die Zahl der deutschen Ärzte bis 2010 um knapp 30 Prozent steigerte, gab es bei ihren ausländischen Berufskollegen sogar eine Zunahme um rund 70 Prozent, sodass sich ihr Anteil auf 6,2 Prozent erhöhte. Bei den Krankenschwestern und -pflegern war eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Obgleich Mitte 2000 noch 7,5 Prozent dieser Berufsgruppe keine deutsche Staatsangehörigkeit besaß, waren es Mitte 2010 nur noch sechs Prozent. Unterdessen sich der Bestand der deutschen Berufsangehörigen in diesen zehn Jahren um 13,7 Prozent vergrößerte, reduzierte er sich bei den Ausländern um fast zehn Prozent. Abschließend folgt noch die Situation der Krankenpflegehelfer. Hier sind Ausländer – wie im hessenweiten Beschäftigtendurchschnitt – mit rund zehn Prozent vorzufinden. Allerdings gab es auch hier eine leichte rückläufige Entwicklung. Ihr Anteil reduzierte sich von 12,0 Prozent im Jahr 2000 auf 10,7 Prozent im Jahr 2010, da sich der Beschäftigungsumfang der Deutschen hier um fast ein Viertel steigerte, wogegen die Zunahme bei den Ausländern unter zehn Prozent lag.

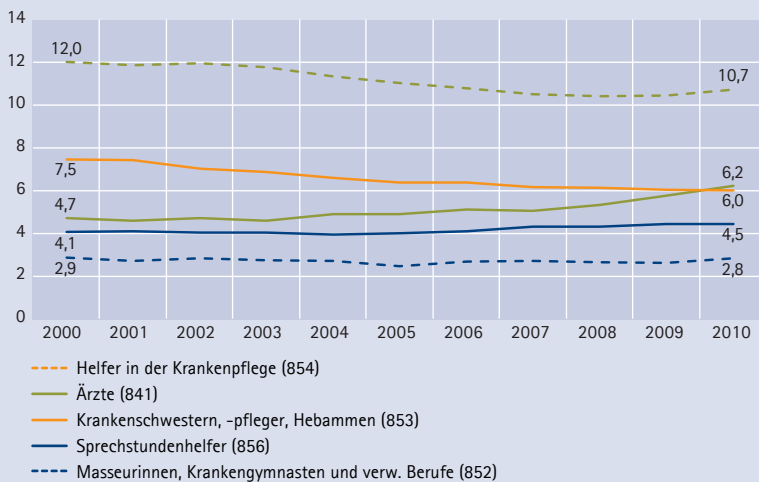
Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass in Gesundheitsberufen stark ausländische Beschäftigte anzutreffen sind, bleibt festzustellen, dass dies für die hier betrachteten Gesundheitsberufe nicht gilt. Selbst unter den Krankenpflegehelfern sind Ausländer nicht überdurchschnittlich vertreten. Es scheinen in diesen Gesundheitsberufen noch Potenziale an Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen mit Migrationshintergrund vorhanden zu sein. Möglicherweise erweisen sich fehlende Deutschkenntnisse und Probleme bei der Anerkennung von

ausländischen Berufsabschlüssen hier als Hemmnisse (vgl. Burkert/Kindermann 2008). Es bleibt abzuwarten, inwieweit die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit für die acht neuen EU-Mitgliedsstaaten und die Fachkräfte-Offensive Änderungen bringen.

Betrachtet man die Herkunftsländer der Beschäftigten in den ausgewählten hessischen Gesundheitsberufen im Jahr 2010, so stammen 70 bis 80 Prozent aus Europa. Insbesondere die Türkei, Kroatien sowie weitere Länder des ehemaligen Jugoslawiens und Polen sind hier zu nennen. Ergänzend spielen noch asiatische Länder wie z. B. die Philippinen eine kleine Rolle.

Abbildung 7

Ausländeranteil unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in ausgewählten Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Hessen von Juni 2000–Juni 2010, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

5 Geringfügige Beschäftigung und Zeitarbeit

Neben der „klassischen“ Beschäftigung in Voll- oder Teilzeit soll nun noch ein Blick auf zwei besondere Beschäftigungsformen geworfen werden.

Das ist einerseits die geringfügige Beschäftigung (Minijob), die sich in die kurzfristige Beschäftigung und in die geringfügig entlohnte Beschäftigung untergliedert. Bei der kurzfristigen Beschäftigung ist das entscheidende Kriterium, dass die Beschäftigung nur für eine bestimmte Zeitdauer ausgeübt wird. Bei der geringfügig entlohnten Beschäftigung darf das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regel-

mäßig im Monat 400,- €³ nicht überschreiten. Die geringfügig entlohnte Beschäftigung kann entweder ausschließlich oder als Nebenjob in Kombination mit einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung ausgeübt werden. Geringfügig entlohnte Beschäftigte sind versicherungsfrei, der Arbeitgeber zahlt eine pauschale Abgabe von 30 Prozent. Wir konzentrieren uns anschließend nur auf die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigten.

Die zweite Beschäftigungsform, auf die nachfolgend eingegangen wird, ist die Zeitarbeit bzw. Arbeitnehmerüberlassung oder Leiharbeit. Sie ist gekennzeichnet durch ein Dreiecksverhältnis zwischen einem Verleiher, einem Arbeitnehmer und einem Entleiher. Damit kommt es zu einer Trennung von Arbeitsvertrag und Beschäftigungsverhältnis. Zur Beschäftigung in der Zeitarbeit geben zum einen die Statistik der Arbeitnehmerüberlassung und zum anderen die Beschäftigungsstatistik Auskunft. Die anschließenden Ausführungen beziehen sich auf die Beschäftigungsstatistik. Hierzu werden Beschäftigte aus Betrieben berücksichtigt, die den wirtschaftsfachlichen Schwerpunkten „Befristete Überlassung von Arbeitskräften“ oder „Sonstige Überlassung von Arbeitskräften“ zugeordnet sind.

5.1 Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte

Setzt man die ausschließlich geringfügig entlohnnten Beschäftigten zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ins Verhältnis, so kommen in Hessen im Juni 2010 auf 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte 18 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte. In Westdeutschland sind es 20.

Betrachtet man im nächsten Schritt diese Relation bezogen auf das Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft), so stehen 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitswesen 16 ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte gegenüber. Dies entspricht auch dem Verhältnis in Westdeutschland. Im Gesundheitswesen ist damit die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung etwas geringer vertreten als über alle Branchen.

Werden anschließend noch die bisher ausgewählten Gesundheitsberufe herangezogen, so zeigt sich, dass bei den Ärzten und den Krankenschwestern bzw. -pflegern die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung keine Rolle spielt. Bei den Masseuren bzw. Krankengymnasten, den Helfern in der Krankenpflege und den Sprechstundenhelfern liegt ihr Umfang im vorstehend genannten Rahmen (vgl. Tabelle 3).

3 Die Verdienstgrenze stieg ab 01.01.2013 auf 450 €.

Tabelle 3

Relation der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SVB) sowie deren Frauenanteil in Hessen (Arbeitsort) am 30.06.2010

	Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte	
	x entfallen auf jeweils 100 SVB	Frauenanteil in %
in allen Branchen	18	66,8
im Gesundheitswesen (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft)	16	82,8
in ausgewählten Gesundheitsberufen		
• Ärzte (841)	2	58,6
• Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe (852)	15	88,4
• Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen (853)	4	90,3
• Helfer in der Krankenpflege (854)	17	77,2
• Sprechstundenhelfer (856)	18	96,1

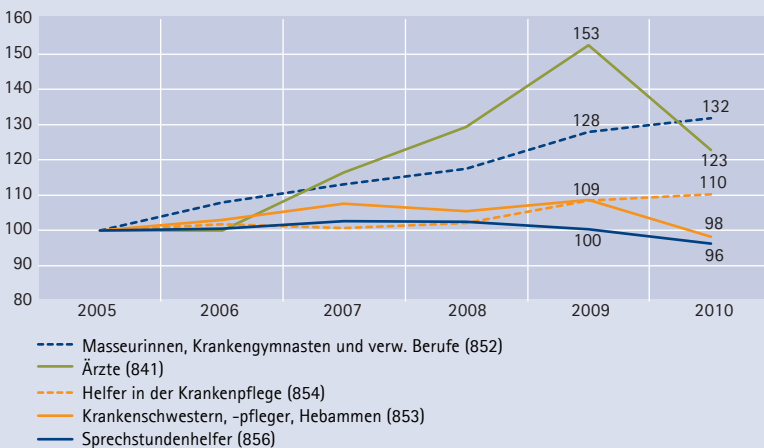
Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle 3 kann außerdem entnommen werden, dass die ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung in den ausgewählten Berufen vor allem die Frauen betrifft. Ihr Anteil ist hier sogar noch ausgeprägter als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Lediglich bei den Sprechstundenhelferinnen ist er geringfügig niedriger.

Abbildung 8

Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigung in ausgewählten Gesundheitsberufen in Hessen (Arbeitsort) von Juni 2005–Juni 2010, Index: 2005 = 100, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung.

Von Interesse ist noch, ob sich die Zahl der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten in den ausgewählten Gesundheitsberufen während der letzten Jahre in Hessen verändert hat. Hierbei wird allerdings nur die Entwicklung zwischen Juni 2005 und Juni 2010 beobachtet, um Verzerrungen durch Gesetzesänderung ab April 2003⁴ möglichst auszuschalten. In diesem Fünfjahreszeitraum sind Steigerungen bei den Masseuren bzw. Krankengymnasten (+32% auf 1.750), den Ärzten (+23% auf 300) und den Krankenpflegehelfern (+10% auf 3.200) zu verzeichnen. Bei den Sprechstundenhilfen (-4% auf 6.450) und den Krankenschwestern bzw. -pflegern (-2% auf 1.650) gab es leichte Rückgänge. Aufgrund der kleinen absoluten Werte darf man die prozentualen Veränderungen – speziell bei den Ärzten – nicht überbewerten (vgl. Abbildung 8).

5.2 Zeitarbeit

Ob Zeitarbeit in den ausgewählten Gesundheitsberufen eine Rolle spielt, wird mittels der Beschäftigungsstatistik für Juni 2010 betrachtet. In Hessen macht der Anteil der Zeitarbeit an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2,5 Prozent aus. In Westdeutschland beträgt ihr Anteil 2,6 Prozent. Bei den Gesundheitsberufen ist in Hessen festzustellen, dass lediglich bei den Helfern in der Krankenpflege ein annähernd vergleichbarer Anteil mit 2,2 Prozent Zeitarbeitern besteht. Die Gesundheitsberufe in Hessen zeigen hierzu folgendes Bild: Die Helfer in der Krankenpflege weisen mit 2,2 Prozent einen annähernd vergleichbaren Anteil an Zeitarbeitern aus. Krankenschwestern bzw. -pfleger haben lediglich 0,6 Prozent. Die Sprechstundenhilfe erreicht keine 0,5 Prozent. Bei den Masseuren bzw. Krankengymnasten und den Ärzten bleibt die Zahl der Zeitarbeiter im zweistelligen Bereich. Die betrachteten Gesundheitsberufe scheinen damit in Hessen überwiegend keine große Rolle für die Zeitarbeit zu spielen.

6 Berufsbindung in ausgewählten Gesundheitsberufen

Im Hinblick auf die Beschäftigungssituation und den erwarteten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein weiterer Aspekt von Interesse: die Berufsbindung von Ausbildungsabsolventen an ihren Beruf. Den Gesundheitsberufen wird oft nachgesagt, dass Berufsangehörige nach kurzer Zeit ihre Tätigkeit wieder aufgeben. Anhand von Individualdaten der Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung soll dies näher betrachtet werden. Die BeH

⁴ Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt wurde sowohl die bisherige Grenze von 15 Arbeitsstunden die Woche aufgehoben als auch die Obergrenze des Arbeitsentgeltes angehoben.

beruht auf der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, die auf den Arbeitgebermeldungen zur Sozialversicherung basiert und damit die Beobachtung von Berufsverläufen über mehrere Jahre ermöglicht. Für die Untersuchung wurde aus der BeH eine spezifische Kohorte gebildet. Hierzu wurden die Beschäftigten in Hessen ausgewählt, die sich am 30.06.1993 noch in einem der drei ausgewählten Gesundheitsberufe (853 Krankenschwestern/-pfleger, 854 Helfer in der Krankenpflege und 856 Sprechstundenhilfe) in Ausbildung befanden und für die ein Jahr später dann eine Sozialversicherungsmeldung für eine Beschäftigung mit abgeschlossener Ausbildung im entsprechenden Gesundheitsberuf vorlag.⁵ In den folgenden Jahren wird bis 2008 jeweils zum Stichtag 30.06. überprüft, ob einerseits überhaupt noch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (Beschäftigungstreue) und andererseits diese noch in einem (oder dem erlernten) Gesundheitsberuf erfolgt (Berufstreue). Damit können Aussagen zur Berufsbindung für einen Zeitraum von 15 Jahren nach Ausbildungsende getroffen werden. Um diese Berufsbindung einordnen zu können, wird ein Vergleich mit einem Referenzberuf vorgenommen. Hierfür werden die Bürofachkräfte (Berufsordnung 781) berücksichtigt. Es handelt sich um einen vergleichbar stark besetzten Ausbildungsberuf, der ebenfalls über hohe Frauen- und Teilzeitanteile verfügt.

Folgende Fallzahlen der Ausgangskohorte 1994 gingen in die Betrachtung ein:

- 1.250 Krankenschwestern/-pfleger,
- 153 Helfer in der Krankenpflege⁶,
- 1.186 Sprechstundenhelfer,
- 3.215 Bürofachkräfte.

Detaillierte Daten zu den einzelnen Jahren können Schaade (2013: 48) entnommen werden.

6.1 Verbleib in Beschäftigung allgemein

Zuerst wird betrachtet, wie viele Personen der jeweiligen Ausgangsgruppe des Jahres 1994 (erstes Jahr der Tätigkeit im erlernten Beruf) im Zeitverlauf bis 2008 überhaupt noch sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Dies wird als Beschäftigungstreue bezeichnet. Der Abbildung 9 ist zu entnehmen, dass jeweils der überwiegende Teil der Berufsangehörigen im gesamten Beobachtungszeitraum einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht. Während der ersten Jahre nimmt die Beschäftigungstreue allerdings deutlich ab. Dies dürfte vor

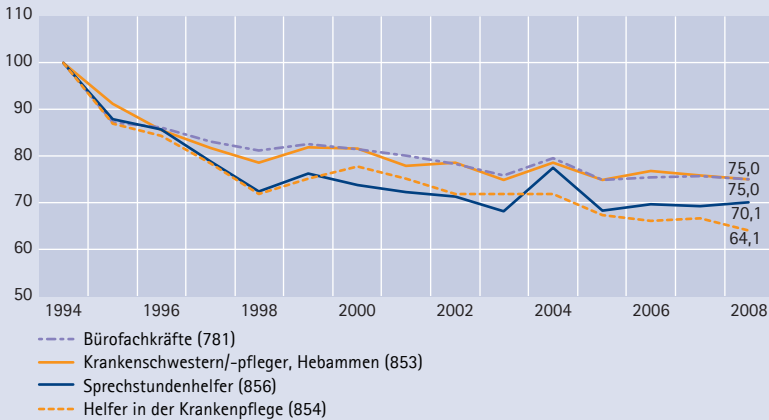
5 So können über das Merkmal „Stellung im Beruf“ die Personen identifiziert werden, die im Anschluss an ihre erfolgreich abgeschlossene Ausbildung den erlernten Beruf ausüben.

6 Die geringe Fallzahl schränkt die Aussagen zu dieser Berufsgruppe allerdings ein.

allem auf Beschäftigungsunterbrechungen aus familiären Gründen (z. B. Kinderbetreuung) zurückzuführen sein. Hier könnte sich der hohe Frauenanteil in den ausgewählten Berufen widerspiegeln. Anschließend festigt sich die Beschäftigung.

Abbildung 9

Verbleib in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (Beschäftigungstreue) in Hessen von Juni 1994–Juni 2008, Index: 1994 = 100, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

Vergleicht man die einzelnen Berufe miteinander, so zeigen sich einige Auffälligkeiten. Die Krankenschwestern/-pfleger weisen unter den ausgewählten Gesundheitsberufen mit 75 Prozent die höchste Beschäftigungstreue auf. Das heißt, dass drei von vier Personen der Ausgangsgruppe 2008 noch bzw. wieder in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sind. Dieser Wert liegt geringfügig über dem Westdeutschlands (74%). Auch die Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte erreicht eine Beschäftigungstreue von 75 Prozent (Westdeutschland: 73,1%). Die etwas niedrigere Beschäftigungstreue der Sprechstundenhelfer entspricht mit 70,1 Prozent allerdings ebenfalls westdeutschem Niveau (69,8%). Lediglich bei den Krankenpflegehelfern stehen nur noch 64,1 Prozent in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Dieses Ergebnis verfehlt um sechs Prozentpunkte den westdeutschen Wert (70,1%).

6.2 Berufstreue

Im nächsten Schritt wird nicht nur die generelle Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung betrachtet, sondern es wird beobachtet, inwieweit es sich hierbei um eine Tätigkeit handelt, die entweder dem Ausbildungsberuf ent-

spricht oder zumindest „verwandt“ mit dem Ausbildungsberuf ist. Für „verwandte“ Tätigkeiten im Bereich Gesundheit wurden die Berufsgruppen 84 und 85 berücksichtigt, im Bereich Büro die Berufsgruppe 78⁷.

Im Gegensatz zur Beschäftigungstreue wird hier nicht der Verlauf der Ausgangsgruppe betrachtet, sondern hierzu wird für jeden Jahrestichtag ermittelt, wie hoch der Anteil der Beschäftigten im ausgewählten Ausbildungsberuf bzw. verwandten Beruf an allen noch sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist.

Beschäftigungen im erlernten Beruf werden als Berufstreue im engeren Sinne und „verwandte“ Beschäftigungen als Berufstreue im weiteren Sinne bezeichnet. Andere Beschäftigungen gelten als berufsfremd.

6.2.1 *Berufstreue im weiteren Sinne*

Abbildung 10 zeigt, dass sowohl Krankenschwestern/-pfleger als auch Helfer in der Krankenpflege eine hohe Berufstreue – zumindest im weiteren Sinne – aufweisen. Diese Aussage gilt für alle Jahre des Beobachtungszeitraums. 2008 arbeiteten noch rund 90 Prozent der 1993 ausgebildeten und in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stehenden Krankenschwestern/-pfleger bzw. Krankenpflegehelfer in einem Gesundheitsberuf. Bei den Krankenpflegehelfern fällt die Berufstreue zwar etwas schneller auf ein niedrigeres Niveau als bei den Krankenschwestern/-pflegern, bleibt aber dann recht konstant. Eine deutlich geringere Berufstreue weisen dagegen die Sprechstundenhelfer auf. Von den 2008 noch Beschäftigten arbeiteten lediglich rund zwei Drittel in einem Gesundheitsberuf. Ihre Berufstreue nimmt über die Jahre kontinuierlich ab. Bei den Bürofachkräften liegt die Berufstreue bei einem Wert von 73,9. Das Ausmaß der Berufstreue im weiteren Sinne in den ausgewählten Berufen entspricht 2008 in Hessen den Werten Westdeutschlands – mit leicht positiver Tendenz (Krankenschwestern/-pfleger: 90,3%, Helfer in der Krankenpflege: 86,2%, Bürofachkräfte: 72,3%, Sprechstundenhelfer: 68,7%).

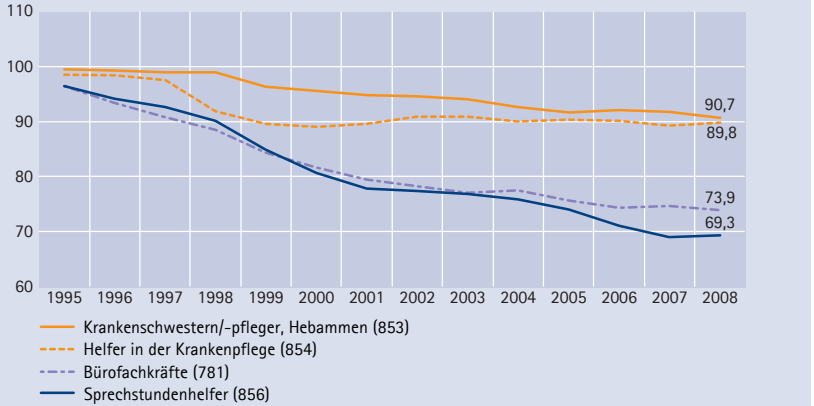
Auffällig ist außerdem, dass bei dem hier betrachteten Personenkreis der Anteil derjenigen, die in Teilzeit arbeiten, stark ansteigt (vgl. Abbildung 11). War ihr Anteil im Anschluss an die Ausbildung noch überwiegend im einstelligen Bereich, so steigerte er sich im Zeitverlauf kontinuierlich. 2008 war annähernd jede zweite Krankenschwester teilzeitbeschäftigt. Dies gilt ebenso für die Sprechstundenhelfer. Bei den Bürofachkräften lag der Anteil der Teilzeitkräfte bei knapp einem Drittel, wobei die höheren Teilzeitraten erst deutlich später einsetzten als bei den Gesundheitsberufen. Auch hier dürfte sich der hohe Frauenanteil auswirken. Eine Fortsetzung der Beschäftigung einerseits und familiäre Bindungen andererseits werden anschei-

⁷ Hierbei ist zu beachten, dass der „Verwandtschaftsgrad“ bei den ausgewählten „verwandten“ Tätigkeiten unterschiedlich stark ausgeprägt ist, d. h. die Berufsgruppen 84 und 85 haben einen anderen Umfang als die Berufsgruppe 78.

gend durch eine Reduzierung der Arbeitszeit in Einklang gebracht. Entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten scheinen diese Berufe zu bieten.

Abbildung 10

Berufstreue im weiteren Sinne (Anteil der jeweiligen Berufsangehörigen in einem Gesundheits- bzw. Büroberuf an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) in Hessen von Juni 1995–Juni 2008, in Prozent

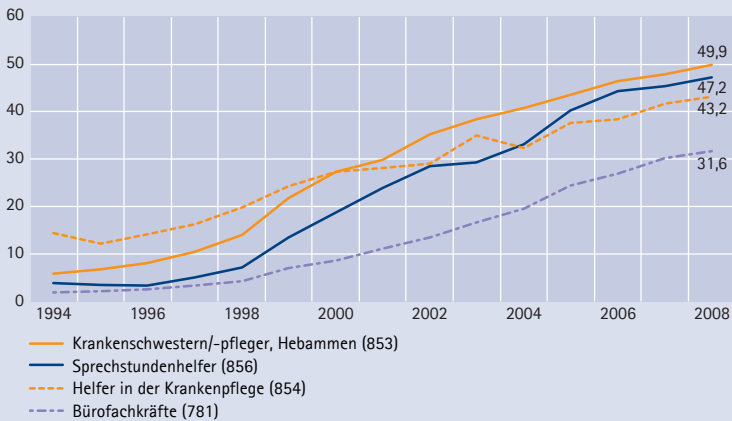


Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

Abbildung 11

Teilzeitquote bei Berufstreue im weiteren Sinne in ausgewählten Berufen in Hessen von Juni 1994–Juni 2008, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

6.2.2 Berufstreue im engeren Sinne

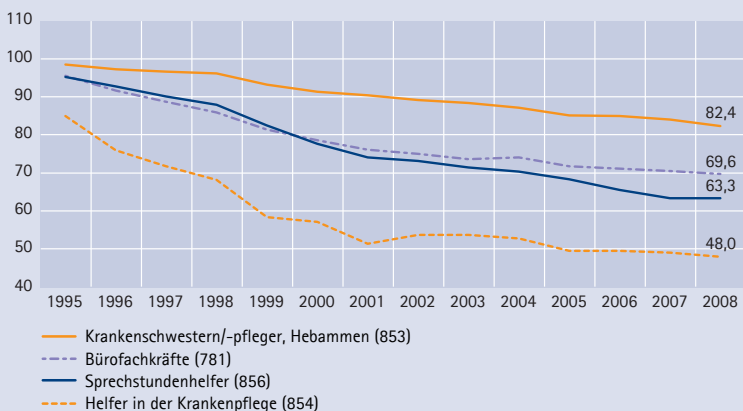
Im nächsten Schritt wird nun betrachtet, wie viele der jeweiligen Berufsangehörigen noch in ihrem Ausbildungsberuf beschäftigt sind. Sie sind ihrem erlernten Beruf also unmittelbar treu geblieben (Berufstreue im engeren Sinne).

Krankenschwestern/-pfleger erzielen in Hessen mit 82,4 Prozent die mit Abstand höchste Berufstreue unter den ausgewählten Berufen (vgl. Abbildung 12). Diese entspricht genau dem Wert Westdeutschlands. 15 Jahre nach ihrer Ausbildung arbeiten also immer noch über 80 Prozent der noch Beschäftigten in ihrem erlernten Beruf. Das bedeutet, wenn sich Krankenschwestern/-pfleger für die weitere Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entscheiden, so verbleiben sie meistens in ihrem Ausbildungsberuf. Bei den Sprechstundenhelfern bleiben knapp zwei Drittel ihrem Beruf treu (Hessen: 63,3%, Westdeutschland: 62,5%). Bei den Helfern in der Krankenpflege bleibt nur annähernd jeder Zweite seinem Ausbildungsberuf verbunden (Hessen: 48,0%, Westdeutschland: 54,8%). Die Bürofachkräfte erzielen einen Wert von fast 70 Prozent (Westdeutschland: 72,3%).

Diese Erkenntnisse entsprechen den Ergebnissen einer Untersuchung von Braun und Müller (2005) über Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern.⁸ Danach sind bei Pflegehelferinnen deutlich häufiger Berufswechsel festzustellen als bei Krankenschwestern.

Abbildung 12

Berufstreue im engeren Sinne (Anteil der jeweiligen Berufsangehörigen im erlernten Beruf an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) in Hessen von Juni 1995–Juni 2008, in Prozent



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

8 Es wurden die Berufsausstiege von Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Sprechstundenhelfern mit denen von Bürofachkräften verglichen. Untersuchungsgruppe waren beschäftigte Frauen.

6.3 Verbleib der Ausgebildeten

Abschließend wird beobachtet, wo die jeweiligen Berufsangehörigen verbleiben, wenn sie ihren Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben. Für jeden ausgewählten Beruf wird differenziert, wo die Beschäftigten der Ausgangsgruppe 1994 im Jahr 2008 verblieben sind. Zunächst wird danach unterschieden, ob sie noch in ihrem Ausbildungsberuf beschäftigt sind oder nicht. Danach werden diejenigen, die nicht mehr im erlernten Beruf tätig sind, weiter nach folgenden Kriterien untergliedert:

- nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt,
- in einem verwandten Beruf beschäftigt,
- berufs fremd beschäftigt.

Bei den Krankenschwestern/-pflegern ist auffällig, dass zwar einerseits der überwiegende Teil im erlernten Beruf bleibt, dass aber andererseits von denen, die nicht mehr im Ausbildungsberuf tätig sein wollen, fast zwei Drittel gar keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgehen (vgl. Tabelle 4). Hier besteht die Gefahr, dass mit einem Ausscheiden aus dem erlernten Beruf viele Kenntnisse und Erfahrungen für den Arbeitsmarkt verloren gehen bzw. nicht voll ausgeschöpft werden. Von den Helfern in der Krankenpflege sind zwar nur rund 30 Prozent noch im Ausbildungsberuf, dafür üben aber von den verbleibenden 70 Prozent noch knapp 40 Prozent einen verwandten Beruf aus. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich anscheinend zahlreiche Helfer zu Krankenschwestern/-pfleger weiterqualifizieren und damit dem Gesundheitswesen erhalten bleiben. Anders sieht die Situation bei den Sprechstundenhelfern aus. Einerseits arbeiten zwar auch noch 44 Prozent im ehemaligen Ausbildungsberuf, aber andererseits wechseln von den Übrigen fast 40 Prozent in eine berufs fremde Tätigkeit. Ob dies tatsächlich immer einen Verlust für das Gesundheitswesen bedeutet, kann nicht eindeutig gesagt werden. Sprechstundenhelfer weisen durchaus eine berufliche Nähe zu weiteren Büroberufen (z. B. Bürofachkraft bei Krankenkassen) oder kaufmännischen Tätigkeiten im Gesundheitsbereich (z. B. Krankenkassen- bzw. Krankenversicherungsangestellter) auf, die aber hier als berufs fremd eingestuft sind. Die Bürofachkräfte weisen ebenfalls einen hohen Anteil aus, der später in einem „fremden“ Beruf arbeitet.

Die Verteilung der Berufsangehörigen aus den Gesundheitsberufen hinsichtlich ihres Verbleibs entspricht in Hessen überwiegend den westdeutschen Ausprägungen.

Tabelle 4

Verbleib der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von Juni 1994 in ausgewählten Berufen für Hessen, in Prozent

Juni 2008	Krankenschwestern/-pfleger (853)	Helfer in der Krankenpflege (854)	Sprechstundenhelfer (856)	Bürofachkräfte (781)
noch im Ausbildungsberuf beschäftigt	61,8	30,7	44,4	52,2
nicht mehr im Ausbildungsberuf beschäftigt	38,2	69,3	55,6	47,8
davon:				
• nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt	65,5	51,9	53,8	52,4
• in einem verwandten Beruf beschäftigt	16,3	38,7	7,6	6,6
• berufsremd beschäftigt	18,2	9,4	38,6	41,0

Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

7 Einkommensentwicklung

Da Berufswechsel u. a. durch Lohnentwicklungen beeinflusst werden (vgl. Nisic/Trübswetter 2012), wird im folgenden Abschnitt für die drei ausgewählten Gesundheitsberufe (Krankenschwestern/-pfleger, Helfer in der Krankenpflege sowie Sprechstundenhilfe) und den Referenzberuf der Bürofachkraft auch die Lohnentwicklung betrachtet. Hierzu wurde anhand der Individualdaten für die ausgewählte Kohorte noch eine Längsschnittanalyse des Einkommens vorgenommen.

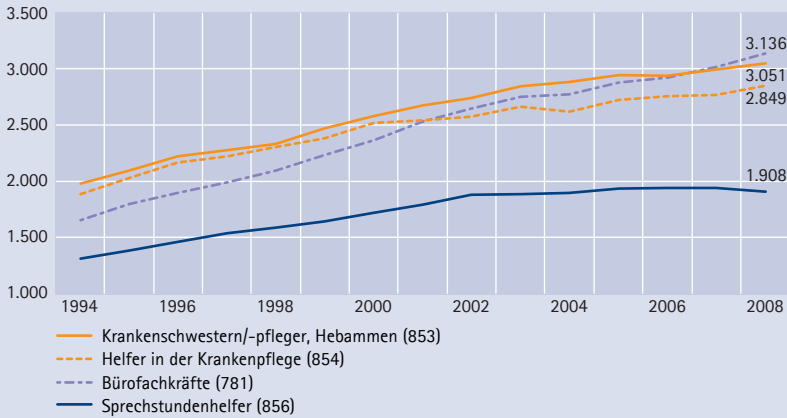
Da exakte Informationen zum Umfang der Arbeitszeit nicht vorliegen, wurden nur Vollzeitbeschäftigte berücksichtigt und von diesen die jeweiligen monatlichen Bruttomedianeinkommen⁹.

Die Krankenschwestern/-pfleger erzielten 2008 in Hessen mit 3.051 € das höchste Einkommen unter den ausgewählten Gesundheitsberufen (vgl. Abbildung 13). Bei den Helfern in der Krankenpflege lag das monatliche Medianeinkommen mit 2.849 € leicht darunter (-6,6%). Deutlich weniger verdienten die Sprechstundenhelfer mit 1.908 €. Damit liegt das Einkommen der Sprechstundenhelfer um 37,5 Prozent unter dem der Krankenschwestern/-pfleger und ist auch noch um ein Drittel niedriger als bei den Krankenpflegehelfern. An der Spitze des Verdienstes lagen allerdings die Bürofachkräfte mit 3.136 €.

⁹ Für das Medianeinkommen ist nicht die Summe der Einkommen entscheidend, sondern deren Verteilung auf die einzelnen Personen. Es ist das Einkommen desjenigen, der genau in der Mitte stünde, wenn sich alle Personen nach ihrem Einkommen sortiert in einer Reihe aufstellen würden. Das Medianeinkommen bildet somit die Verteilung besser ab. Im Vergleich zum arithmetischen Mittel wird der Median so nicht durch alle einzelnen Einkommenswerte bestimmt, vor allem nicht durch sehr niedrige und sehr hohe Einkommen.

Abbildung 13

Monatliches Medianeinkommen in ausgewählten Berufen in Hessen von Juni 1994–Juni 2008, in Euro



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

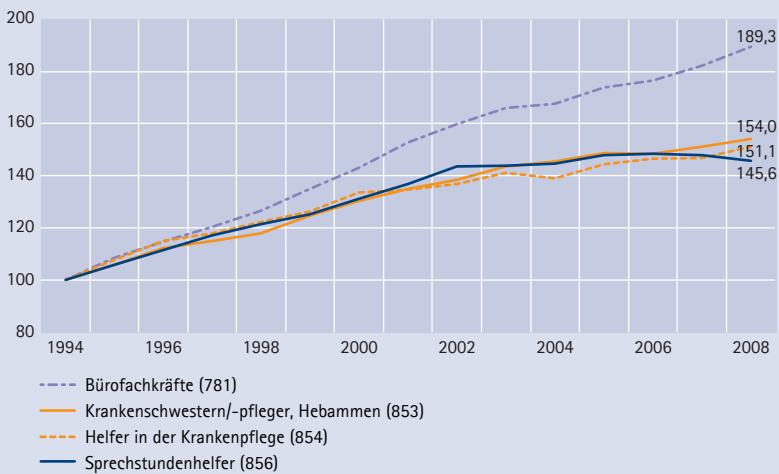
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

Betrachtet man die Entwicklung im Zeitverlauf, so ist festzustellen, dass sich das Einkommen der Krankenpflegehelfer in den ersten Jahren des Beobachtungszeitraums stark dem der Krankenschwestern/-pfleger nähert. Anschließend vergrößert sich die Einkommensspanne zwischen diesen beiden Berufen dann jedoch wieder. Die Sprechstundenhelfer erzielen zwar auch kontinuierlich Einkommenszuwächse, doch fallen sie gegenüber den anderen beiden Gesundheitsberufen nochmals etwas zurück. Eindeutiger Gewinner sind aber die Bürofachkräfte, deren Einkommen sich am deutlichsten steigert. Verdienten die Bürofachkräfte 1994 noch deutlich weniger als die Krankenschwestern/-pfleger und die Krankenpflegehelfer, so gelang es ihnen bis 2008 diese beiden Berufe zu überrunden.

Nimmt man das Jahr 1994 als Ausgangswert und betrachtet die Indexentwicklung, so ist die Einkommenssteigerung noch deutlicher abzulesen (vgl. Abbildung 14). Den Krankenschwestern/-pflegern gelang es, ihr Einkommen bis 2008 um 54 Prozent zu steigern. Auch bei den Krankenpflegehelfern fiel die Steigerung mit 51,1 Prozent nur geringfügig niedriger aus. Selbst die Sprechstundenhelfer konnten ihr Einkommen kontinuierlich erhöhen. Lediglich in den letzten zwei Jahren setzte eine Stagnation ein. Insgesamt war die Entwicklung mit einem Plus von 45,6 Prozent trotzdem schlechter als bei den beiden anderen Gesundheitsberufen. Der Einkommensabstand hat sich zu diesen Berufen damit weiter vergrößert. Besonders eindrucksvoll sind die Einkommenssteigerungen der Bürofachkräfte. Sie konnten bis 2008 ihren Verdienst aus dem Jahr 1994 fast verdoppeln (+89,3%).

Abbildung 14

Monatliches Medianeinkommen in ausgewählten Berufen in Hessen von Juni 1994–Juni 2008, Index: 1994 = 100



Anm.: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifizierung der Berufe (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1988).

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Darstellung.

Das niedrige Einkommensniveau und die verhaltene Einkommensentwicklung könnten bei den Sprechstundenhelfern Gründe dafür sein, dass im Zeitverlauf zunehmend auf berufs fremde Tätigkeiten ausgewichen wird. Allerdings ist zu beachten, dass im Vergleich zu den anderen Berufen unter den Sprechstundenhelfern auch ein größerer Anteil unter 30 Jahre alt ist (vgl. Abschnitt 4.3). Dies könnte das Einkommensniveau leicht nach unten verzerren, da mit höherem Alter auch das Einkommen höher ist.

8 Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen, dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft sind in Hessen mit nahezu 200.000 Beschäftigten fast zehn Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig. Von 2000 bis 2010 erhöhte sich ihre Zahl um 15,2 Prozent oder 26.200, wogegen die Gesamtbeschäftigung in Hessen mit +0,4 Prozent stagnierte. Das Gesundheitswesen erwies sich damit als wichtiger Beschäftigungsmotor in Hessen. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung erscheint es allerdings zweifelhaft, ob diese Steigerungsraten bei den knapper werdenden Nachwuchskräften auch künftig noch erzielt werden können.

In der Beschäftigung im Gesundheitswesen ist innerhalb Hessens ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten. Vor allem in Nordhessen (Kreise Waldeck-Frankenberg und

Werra-Meißner), aber auch in Mittelhessen (Vogelsbergkreis), bestehen räumliche Schwerpunkte des Gesundheitswesens. Dennoch hat sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Gesundheitswesen in fast allen hessischen Kreisen und kreisfreien Städten im Beobachtungszeitraum deutlich gesteigert. Durch die bestehende Konzentration des Gesundheitswesens können regionale Ungleichgewichte hinsichtlich Angebot und Nachfrage entstehen, die durch die demografische Entwicklung noch verstärkt werden dürften.

42,2 Prozent der Beschäftigten arbeiten in Krankenhäusern, Hochschul- sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Die zweitgrößte Gruppe an Arbeitgebern stellen dann die Arzt- und Zahnarztpraxen mit 18,9 Prozent der Beschäftigten, wobei die Facharztpraxen an erster Stelle liegen. Große Beschäftigungsmöglichkeiten bieten außerdem die Pflegeheime für 14,7 Prozent der Beschäftigten.

Von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im hessischen Gesundheitswesen üben knapp 75 Prozent einen klassischen Gesundheitsberuf aus, d. h., der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in der direkten Behandlung und Pflege von Patienten. Die Krankenschwestern und -pfleger bilden mit 46.500 die größte Berufsgruppe. Die anderen Beschäftigten arbeiten beispielsweise als Verwaltungs- und Büro- oder Reinigungskräfte. Von 2000 bis 2010 konnten in den ausgewählten Gesundheitsberufen deutliche Zuwächse verzeichnet werden.

Die Gesundheitsberufe sind eine Frauendomäne. Im Verlauf der letzten zehn Jahre hat sich hieran auch in Hessen nicht viel verändert. Gesundheitsberufe sind außerdem stark teilzeitgeprägt. Dies korrespondiert mit dem hohen Frauenanteil.

Die vergangenen Beschäftigungszuwächse betrafen vor allem den Teilzeitsektor. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass in Gesundheitsberufen ausländische Beschäftigte verstärkt anzutreffen sind, zeigte sich, dass Ausländer in den Gesundheitsberufen nicht überdurchschnittlich vertreten sind. Allerdings erweisen sich möglicherweise fehlende Deutschkenntnisse und Probleme bei der Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen als Hindernisse.

Die Betrachtung der Berufsbindung zeigt, dass Krankenschwestern und -pfleger eine hohe Berufstreue aufweisen. Dies bedeutet, dass sie in ihrem Ausbildungsberuf verbleiben, sofern sie sich für die Fortsetzung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entscheiden.

In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Sprechstundenhelfer mit einem monatlichen Bruttomedianeinkommen von 1.908 € deutlich unter den Verdiensten der anderen betrachteten Gesundheitsberufe liegen. Bei den Krankenschwestern und -pflegern sieht die Situation mit 3.051 € dagegen erheblich besser aus. Auch die Einkommensentwicklung bei den Sprechstundenhelfern konnte mit den Krankenschwestern und -pflegern nicht mithalten.

Literatur

- Braun, Bernhard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege und Gesellschaft*, 03/2005, Duisburg.
- Bundesärztekammer (2011): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.12.2010, Berlin.
- Bundesanstalt für Arbeit (1988): Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1988, Nürnberg.
- Burkert, Carola; Garloff, Alfred; Machnig, Jan (2012): Vom deutschen zum hessischen Arbeitsmarktwunder? Der hessische Arbeitsmarkt vor, in und nach der Finanz- und Wirtschaftskrise. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Hessen, 02/2012, Nürnberg.
- Burkert, Carola; Kindermann, Walter (2008): Integration von Migranten in Hessen. Bildungssystem und Arbeitsmarkt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Hessen, 02/2008, Nürnberg.
- van den Busch, Uwe; Gergana, Dimitrova (2010): Hessen-Report – Prognose zu Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Hessen und seinen Regierungsbezirken bis 2030. Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung, Wiesbaden.
- Gauler, Anja; Lehr, Bosco; Schippers, Björn (2010): Struktur und Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Hessen, Hessenagentur, Wiesbaden.
- Harsche, Johannes; Gergana, Petkova; Bauer, Claus; Frings, Kerstin; Imelli, Birgit; Kuse, Stefan; Müller, Heiko; Otto, Andrea; Piesk, Susanne; Ramsauer, Kathrin; Trabert, Lioba; van den Busch, Uwe (2013): Sozioökonomische Analyse im Hinblick auf EFRE, ESF und ELER in Hessen für die Förderperiode 2014 bis 2020 einschließlich Stärken-, Schwächen-, Chancen-, Risiken-Analyse, HA Hessen Agentur GmbH Wiesbaden.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2010): Gesundheitswirtschaft in Hessen: Volkswirtschaftliche Potenziale eines Zukunftsmarktes, Wiesbaden.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2009): Statistische Berichte. Bevölkerung in Hessen 2060 – Ergebnisse der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 auf der Basis 31.12.2008, Wiesbaden.
- Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main (2011): Gesundheitswirtschaft und demografischer Wandel: Perspektiven für den IHK-Bezirk Frankfurt am Main, Frankfurt a. M.
- Nisic, Natascha; Trübswetter, Parvati (2012): Lohnentwicklung 1994 bis 2008: Berufswechsler in Deutschland und Großbritannien. IAB-Kurzbericht, 01/2012, Nürnberg.
- Schaade, Peter (2013): Gesundheitswesen in Hessen. die Beschäftigung boomt. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB Hessen, 01/2013, Nürnberg.

Volker Kotte

G Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern

Mecklenburg-Vorpommerns Wirtschaft gehört aufgrund dünner Besiedlung, peripherer Lage und geringer industrieller Basis nicht zu den leistungsstärksten in Deutschland. Andererseits begünstigen die naturräumlichen Vorzüge des Bundeslands den Tourismus und die Ansiedlung von Gesundheitseinrichtungen. Beginnend mit einigen Fakten zur Siedlungsstruktur und wirtschaftlichen und demografischen Besonderheiten, werden die räumlichen Schwerpunkte von Kernbereich und drei Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern untersucht. Den Schwerpunkt bildet die regionale Entwicklung der Beschäftigung im vergangenen Jahrzehnt differenziert nach den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft und nach Vollzeit und Teilzeit. Ergänzt wird die Beschäftigungsanalyse durch die Strukturmerkmale der Beschäftigten und die wichtigsten Gesundheitsberufe. Abschließend werden zwei Aspekte der Attraktivität von Gesundheitsberufen in Mecklenburg-Vorpommern untersucht, nämlich die Berufstreue und die Entlohnung.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

Das Land Mecklenburg-Vorpommern umfasst eine Fläche von 23.173 km². Großflächige Waldgebiete und die ausgedehnte Mecklenburger Seenplatte mit einer Gesamtfläche von 743,1 km² prägen wesentlich das Landschaftsbild. Im Norden grenzt das Land mit den zugehörigen Inseln Rügen, Usedom, Poel, Uznam und Hiddensee an die Ostsee, im Osten an Polen und im Süden an das Bundesland Brandenburg. Im Südwesten bzw. Westen sind die westdeutschen Länder Niedersachsen und Schleswig-Holstein die unmittelbaren Nachbarn Mecklenburg-Vorpommerns.

Mecklenburg-Vorpommern untergliedert sich seit September 2011 in sechs Landkreise (Ludwigslust-Parchim, Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald, Vorpommern-Rügen Nordwestmecklenburg, Rostock-Land) und zwei kreisfreie Städte (Rostock und die Landeshauptstadt Schwerin). Rostock ist die einzige kreisfreie Großstadt im Land. Die Landeshauptstadt und der Landkreis Nordwestmecklenburg werden nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBR den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen zugeordnet. Die restlichen Kreise sind dünn besiedelte Landkreise. Insgesamt ist Mecklenburg-Vorpommern das am dünnste besiedelte Bundesland in Deutschland.

Mecklenburg-Vorpommerns Wirtschaft ist durch erhebliche strukturelle Probleme gekennzeichnet. Insbesondere die Gebiete entlang der deutsch-polnischen Grenze zählen zu den strukturschwächsten Regionen Deutschlands. Bei der ökonomischen Bewertung deutscher Arbeitsmarktregionen in Bezug auf besondere

Förderbedürftigkeit sind alle Regionen Mecklenburg-Vorpommern in der Kategorie „strukturschwächste Regionen“ zu finden (Schwengler 2013). Solche Regionen weisen u. a. eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit und geringe Durchschnittseinkommen der Beschäftigten auf. Charakteristisch für die Wirtschaft sind eine geringe industrielle Basis, Strukturprobleme der maritimen Wirtschaft und nur wenige wirtschaftliche Zentren. Gleichzeitig sind die naturräumlichen Gegebenheiten für den Tourismus, der allerdings nicht ganzjährig Arbeitsplätze bietet, und die Ansiedlung von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen hervorragend.

Betrachtet man zentrale Indikatoren der wirtschaftlichen Leistungskraft wie Wirtschafts- und Beschäftigungsleistung, fällt der Rückstand des Bundeslands ins Auge. Das Bruttoinlandprodukt je Einwohner lag 2013 um 31,6 Prozent unter dem Bundeswert.¹ Die Arbeitsplatzdichte ist mit 44,2 je 100 Einwohner nach Sachsen-Anhalt die zweitniedrigste unter den Bundesländern.

Bevölkerungsverlust und -alterung charakterisieren bereits die bisherige demografische Entwicklung. Mecklenburg-Vorpommern hat zwischen Ende 1989 und Ende 2013 18,7 Prozent seiner Einwohner verloren. Das Medianalter ist zwischen 1982 bis 2007 um 53 Prozent bei den Männern und um 41 Prozent bei den Frauen gestiegen (Statistikamt Mecklenburg-Vorpommern 2010).² Am ältesten ist die Bevölkerung in den kreisfreien Städten Wismar, Schwerin, Stralsund und Rostock, am jüngsten in den Landkreisen Bad Doberan und Nordwestmecklenburg. Frauen verlassen im Saldo häufiger als Männer das Land, was zur Verringerung der Frauenanteile in den jüngeren Altersgruppen beiträgt. Für den Zeitraum von 2005 bis 2007 stehen im Alter von 25 bis unter 30 Jahren 100 Frauen 122 Männern gegenüber. Besonders betroffen ist der Landkreis Uecker-Randow mit einem Verhältnis von 100 zu 137 für diese Altersgruppe.

Künftig (bis 2030) wird die Bevölkerung nochmals um 200.000 Menschen von heute 1,65 Mio. auf dann 1,45 Mio. Einwohner sinken (BioCon Valley 2011). Bis auf Greifswald und Rostock wird es überall Bevölkerungsverluste geben, am stärksten im ländlich peripheren Raum. Nur noch rund die Hälfte der Bevölkerung wird 2030 im erwerbsfähigen Alter sein (derzeit: 63 %) Der Anteil der über 65-Jährigen wird von 22 Prozent im Jahr 2010 auf 36 Prozent in 2030 steigen. Der Anteil der über 80-Jährigen (2010) entspricht mit 5,4 Prozent dem Bundeswert, was auf eine relativ geringe Lebenserwartung zurückzuführen ist (Doblhammer u. a. 2008).

Die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern hat mittlerweile ihren Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010 bis zum Jahr 2020

1 https://www.statistik-bw.de/VolkswPreise/Indikatoren/VW_wirtschaftskraft.asp.

2 http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/_downloads/Bevoelkerung/2-Altersstruktur.pdf.

fortgeschrieben (BioCon Valley 2011). Die 7.000 Akteure in der Branche sollen in fünf Feldern ihre Aktivitäten bündeln (Life Science, Gesundheitsdienstleistungen, gesundes Alter(n), Gesundheitstourismus, Ernährung für die Gesundheit). Dazu gehören u. a. Fachkräftesicherung, Marketing und das sogenannte Netzwerkmanagement. Insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation soll die bisherige Spitzenposition in Deutschland gesichert werden.

2 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

In Mecklenburg-Vorpommern spielt die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft eine bedeutende Rolle. Nach Angaben des IAT (BioCon Valley 2011: 19) sind in der umfassend definierten Gesundheitswirtschaft (inkl. Gesundheitstourismus) rund 100.000 Personen beschäftigt. Nach der hier verwendeten Beschäftigungsstatistik sind es 70.000 Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte. Etwa jeder siebte Beschäftigte (14,1 %) ist in Mecklenburg-Vorpommern in der Gesundheitsbranche tätig. Dies ist der höchste Wert der ostdeutschen Flächenländer.

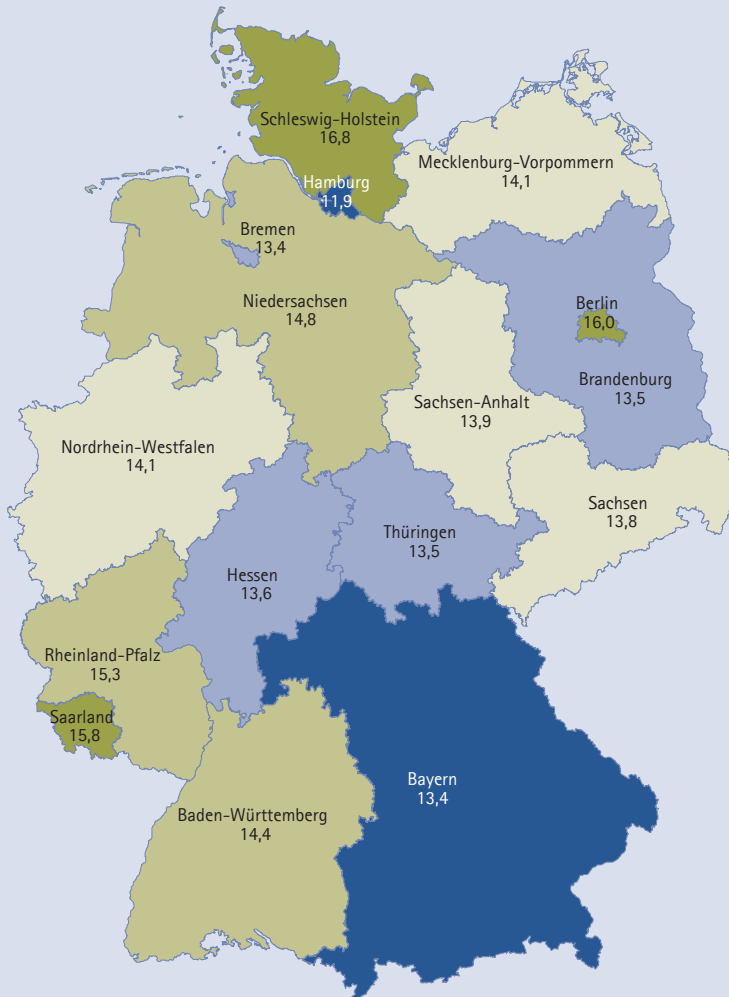
Auch in den benachbarten Bundesländern spielt die Gesundheitswirtschaft eine hohe Bedeutung. Schleswig-Holstein hat mit 16,8 Prozent den höchsten Beschäftigtenanteil, Niedersachsen erreicht den fünften Platz (14,8%), Brandenburg 13,5 Prozent (Rang elf) und Hamburg hat mit 11,9 Prozent den geringsten Anteil. Karte 1 verdeutlicht die Unterschiede zwischen den Ländern.

Die relativ hohe Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung in Mecklenburg-Vorpommern beruht im Wesentlichen auf den Standortvorteilen des Landes (Küstenlage, viele Natur- und Erholungsräume) und der Strukturschwäche der übrigen Wirtschaft (Fehlen altindustrieller Kerne, geringe Siedlungsdichte, keine großen Handelsplätze etc.).

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft entfällt der größte Anteil der Beschäftigten auf den Kernbereich (82,8%, absolut: 57.900 Beschäftigte, Ostdeutschland: 79,2%, vgl. Tabelle 1). Dabei sind die Krankenhäuser und Alten-/Pflegeheime die größten Arbeitgeber. Rund 37.000 Personen sind in diesen Einrichtungen beschäftigt, das ist mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitswirtschaft (52,7%). Das drittgrößte Beschäftigungsfeld in der Gesundheitswirtschaft sind die Beschäftigten bei den niedergelassenen Ärzten (13,8% der Gesundheitswirtschaft, rund 9.600 Beschäftigte). Den Rest des Kernbereichs stellen überwiegend die ambulanten und sozialen Dienste.

Karte 1

Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft insgesamt 2010



Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft
 Anteil je 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
 in der Gesundheitswirtschaft

- > 0,0 – ≤ 13,4 (2)
- > 13,4 – ≤ 13,7 (4)
- > 13,7 – ≤ 14,2 (4)
- > 14,2 – ≤ 15,5 (3)
- > 15,5 – ≤ 20,0 (3)

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende³ (am Arbeitsort) am 30. 06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

³ Auszubildende im Rahmen dieses Berichtes: Personengruppe der Auszubildenden (102), der Praktikanten (105) und der Werkstudenten (106). Die Zahlen in Klammern sind die Schlüsselzahlen für Personengruppen in den Meldungen nach der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV).

In den drei Erweiterungsbereichen (dem Handel, der Herstellung und Produktion sowie dem Bereich Forschung/Entwicklung/private Krankenversicherung) sind insgesamt rund 12.000 Menschen beschäftigt. Auf den Erweiterungsbereich 1 – Handel mit medizinischen Produkten – kommen rund 4.100 Personen (5,9% der Gesundheitswirtschaft). Innerhalb dieses Segments sind die Apotheken der größte Einzelarbeitgeber (rund 2.500 Personen, 3,7% der Gesundheitswirtschaft). Rund 1.600 Beschäftigte entfallen auf den übrigen Einzel- und Großhandel mit medizinischen oder pharmazeutischen Produkten. Auf den Erweiterungsbereich 2 – medizinische Industrie und Handwerk – kommen rund 3.500 Personen (5,1% der Gesundheitswirtschaft). Dabei stellt der Unterbereich Herstellung von medizinischen Geräten mit etwa 2.500 Personen den Hauptteil. Der Erweiterungsbereich 3 – private Krankenversicherung sowie Forschung und Entwicklung – ist mit rund 4.300 Menschen (6,2% der Gesundheitswirtschaft) der größte Erweiterungsbereich in der Gesundheitswirtschaft und unterstreicht die Bedeutung der Forschung und Entwicklung im Land. Der Kernbereich und der Erweiterungsbereich 3 sind für die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft von überdurchschnittlicher Bedeutung.

Tabelle 1

Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft 2010

	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft		
	Mecklenburg-Vorpommern		Ostdeutschland
	absolut	in Prozent	in Prozent
Kernbereich	57.952	82,8	79,2
Erweiterungsbereich 1	4.113	5,9	7,3
Erweiterungsbereich 2	3.536	5,1	7,5
Erweiterungsbereich 3	4.315	6,2	5,0
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	69.916	100,0	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Auch die Anzahl der Betriebe (Betriebsstätten) entspricht dieser Verteilung. Von den rund 47.500 Betrieben in Mecklenburg-Vorpommern, entfallen etwa 5.700 auf die Gesundheitswirtschaft (12,0%).⁴ Der Kernbereich stellt auch hier den größten Teil (4.600), was vor allem auf die große Zahl an niedergelassenen Ärzten zurückzuführen ist. Mit rund 3.000 Betriebsstätten stellen sie mehr als die Hälfte aller

4 Betriebe mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Voll- oder Teilzeit) oder mindestens einem Minijobber. Nicht erfasst sind z. B. Selbständige, Beamte oder mithelfende Familienangehörige.

Arbeitgeber. Entsprechend geringer ist die Zahl der Betriebe in den Erweiterungsbereichen. Auf den Erweiterungsbereich 1 kommen rund 660 Betriebe, auf den Erweiterungsbereich 2 rund 390 Betriebe und auf den Erweiterungsbereich 3 rund 120 Betriebe.

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist regional nicht gleichmäßig verteilt, sondern hat lokale Schwerpunkte. Dabei bestehen Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in einer Region insgesamt, aber auch hinsichtlich der Gewichte zwischen den Kern- und Erweiterungsbereichen.

Ein geeignetes Maß, um regionale Schwerpunkte identifizieren zu können, ist der sogenannte Lokalisationskoeffizient. Der Lokalisationskoeffizient ist der Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten in einer Branche in einer Region (Zähler) in Relation zu dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Ostdeutschland (Nenner). Werte über eins stehen für einen überdurchschnittlichen, Werte unter eins für einen unterdurchschnittlichen Branchenanteil. Der Lokalisationskoeffizient ermöglicht einen besseren regionalen Vergleich, weil die Stärke oder Schwäche des regionalen Arbeitsmarkts berücksichtigt wird. Der Lokalisationskoeffizient von 1,94 für die Hansestadt Greifswald sagt etwa, dass der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft um 94 Prozent über dem Durchschnitt von Ostdeutschland liegt.

In Karte 2 werden die regionalen Unterschiede in Mecklenburg-Vorpommern auf Basis der 2010 noch bestehenden 12 Landkreise und 6 kreisfreien Städte deutlich (vgl. auch Tabelle 2). Aus dem Wert von 14,1 je 100 Beschäftigte errechnet sich für Mecklenburg-Vorpommern ein Lokalisationskoeffizient der Gesundheitswirtschaft von 0,99, d. h. der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft entspricht etwa dem ostdeutschen Niveau. Innerhalb des Landes sind jedoch ausgeprägte Unterschiede auszumachen.

Die Hansestadt Greifswald erreicht mit einem Lokalisationskoeffizienten von 1,94 den höchsten Wert. Hier ist die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Beschäftigung fast doppelt so hoch wie im ostdeutschen Durchschnitt (+94%). Der Wert von 1,94 ist der erste Rang in Ostdeutschland überhaupt, gefolgt von der Stadt Jena (1,81) und der Stadt Brandenburg an der Havel (1,32). In Greifswald spiegelt sich die Bedeutung der Universität sowie der medizinischen Forschungs- und Pflegeeinrichtungen für die Beschäftigung deutlich wider.⁵

An zweiter Stelle folgt der Landkreis Parchim mit einem Wert von 1,17, gefolgt von der Hansestadt Rostock (1,08) und dem Landkreis Güstrow (ebenfalls 1,08). Überdurchschnittlich ist auch die Beschäftigung in der Hansestadt Stralsund mit einem Wert von 1,06. In den übrigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ist die

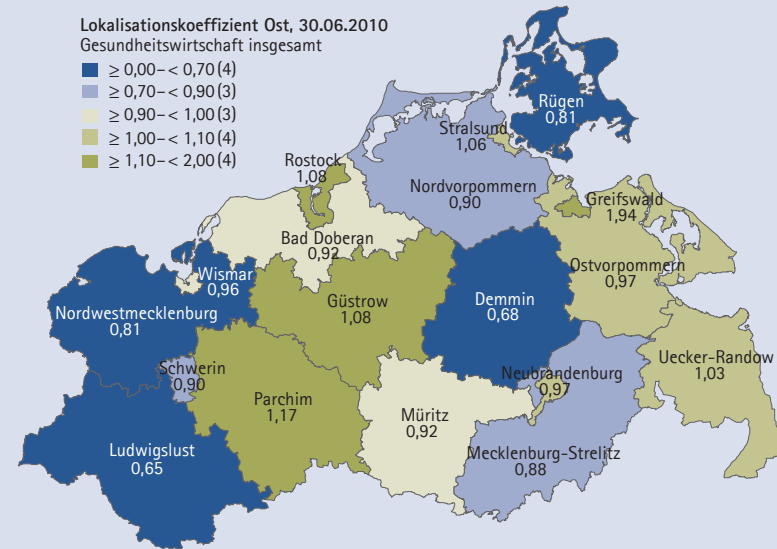
⁵ Selbst in einem bundesweiten Vergleich landet Greifswald auf Rang drei. Bezogen auf Deutschland gesamt erreicht Greifswald einen Lokalisationskoeffizienten von 1,98. Einen höheren Wert erreichen nur Heidelberg (2,09) und der Schwalm-Eder-Kreis in Hessen (2,04).

Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft gegenüber Ostdeutschland und dem Landesdurchschnitt unterdurchschnittlich.

Den niedrigsten Lokalisationskoeffizient hat der Landkreis Ludwigslust (0,65), d. h. hier ist der Anteil der Beschäftigten 35 Prozent unter dem ostdeutschen Niveau. Ähnlich ist das Ergebnis in Demmin (0,68). Die Landkreise Nordwestmecklenburg und Rügen liegen gleichauf (0,81), während Nordvorpommern (0,90), die Landeshauptstadt Schwerin (0,90) und der Landkreis Bad Doberan (0,92) sich dem Durchschnittswert annähern.

Karte 2

Lokalisationskoeffizienten der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern 2010



Anm.: Lokalisationskoeffizient Ostdeutschland: 1,00.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Differenziert man Kern- und Erweiterungsbereiche ergeben sich weitere regionale Muster. Grundsätzlich ist der Kernbereich überall das beschäftigungsstärkste Segment innerhalb der Gesundheitswirtschaft (mit einem Minimum von 68,5% in der Hansestadt Greifswald und einem Maximum von 92,0% im Landkreis Rügen).

Tabelle 2

Lokalisationskoeffizient der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Kern- und Erweiterungsbereichen in den Städten und Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010

Land/ Kreisfreie Stadt/ Kreis	Lokalisationskoeffizient in der Gesundheitswirtschaft				Gesundheits- wirtschaft insgesamt
	Kernbereich	Erweiterungs- bereich 1	Erweiterungs- bereich 2	Erweiterungs- bereich 3	
Mecklenburg-Vorpommern	1,03	0,80	0,67	1,02	0,99
Greifswald	1,68	1,01	1,29	7,40	1,94
Neubrandenburg	0,97	0,92	0,65	1,58	0,98
Rostock	1,08	0,77	0,77	1,94	1,08
Schwerin	0,92	1,04	0,91	0,58	0,91
Stralsund	1,20	1,20	0,30	0,00	1,06
Wismar	0,99	0,78	1,27	0,40	0,96
Bad Doberan	0,87	0,86	0,70	1,97	0,92
Demmin	0,77	0,71	0,28	0,00	0,68
Güstrow	1,13	0,81	0,56	1,34	1,08
Ludwigslust	0,71	0,63	0,42	0,17	0,65
Mecklenburg-Strelitz	1,00	0,92	0,24	0,00	0,88
Müritz	1,06	0,52	0,52	0,01	0,92
Nordvorpommern	1,02	0,68	0,53	0,00	0,89
Nordwestmecklenburg	0,86	0,71	0,96	0,00	0,81
Ostvorpommern	1,11	0,58	0,52	0,18	0,97
Parchim	1,31	0,71	1,07	0,00	1,17
Rügen	0,94	0,53	0,26	0,11	0,81
Uecker-Randow	1,17	0,78	0,34	0,31	1,03

Daten.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Mit entsprechenden Lokalisationskoeffizienten können auch die regionalen Strukturen der Gesundheitswirtschaft verdeutlicht werden. Betrachtet man den Lokalisationskoeffizienten für den Kernbereich, so ist Greifswald mit einem Wert von 1,68 auch in diesem Bereich weit überdurchschnittlich (vgl. Tabelle 2). Überdurchschnittlich ist der Kernbereich auch im Landkreis Parchim (1,31), der Hansestadt Stralsund (1,20) und den Landkreisen Uecker-Randow (1,17) sowie Güstrow (1,13). Am anderen Ende der Skala, d. h. mit unterdurchschnittlichen Beschäftigungsanteilen, stehen die Landkreise Ludwigslust (0,71), Demmin (0,77), Nordwestmecklenburg (0,86) und Bad Doberan (0,87). Da der Kernbereich in allen Regionen den größten Anteil der Beschäftigung ausmacht, sind die Muster zwischen der Gesundheitswirtschaft insgesamt und dem Kernbereich sehr ähnlich (s. o.).

Der Erweiterungsbereich 1 – Handel mit Gesundheitsprodukten – hat für die Beschäftigung in Mecklenburg-Vorpommern eher eine unterdurchschnittliche Bedeutung. Lediglich in der Hansestadt Stralsund (1,20), der Landeshauptstadt

Schwerin (1,04) und der Hansestadt Greifswald (1,01) wird das ostdeutsche Niveau überschritten. In allen anderen Regionen des Landes ist der Wert unter eins. Die geringste Bedeutung hat der Handel für die Beschäftigung im Landkreis Müritz (0,52), dicht gefolgt von Ludwigslust (0,53) und Ostvorpommern (0,58).

Auch der Erweiterungsbereich 2 – Medizinische Industrie und Handwerk – spielt keine überdurchschnittliche Rolle. Überproportional viel Beschäftigte haben die Städte Greifswald (1,29), Wismar (1,27) und der Landkreis Parchim (1,07). Deutlich unterdurchschnittlich ist der Beschäftigtenanteil in den Landkreisen Mecklenburg-Strelitz (0,24), Rügen (0,26) und Demmin (0,28). Dort beträgt der Anteil der Beschäftigten in der medizinischen Industrie und im Handwerk nur rund ein Viertel des ostdeutschen Niveaus.

Im kleinsten Beschäftigungssegment des Erweiterungsbereichs 3 – private Krankenversicherung sowie Forschung und Entwicklung – gibt es die größten regionalen Unterschiede.⁶ Private Krankenversicherungen sowie Forschung und Entwicklung sind stark auf Hochschulstandorte und überregionale Zentren beschränkt. Sechs Regionen haben überhaupt keine Beschäftigten in diesem Bereich. Mit einem Lokalisationskoeffizienten von 7,40 ragt die Hansestadt Greifswald deutlich hervor. Gegenüber Ostdeutschland ist der Beschäftigtenanteil somit 640 Prozent höher. Mit deutlichem Abstand, aber immer noch fast doppelt so hohem Beschäftigtenanteil wie für Ostdeutschland insgesamt, folgen der Landkreis Bad Doberan (1,97) und die Hansestadt Rostock (1,94). Aber auch die Stadt Neubrandenburg (1,58) und der Landkreis Güstrow (1,34) weisen überdurchschnittliche Werte auf.

Am auffälligsten im regionalen Vergleich ist die Hansestadt Greifswald. Hier liegt ein deutlicher Beschäftigungsschwerpunkt in der Gesundheitswirtschaft vor, mit Anteilswerten, die auch bundesweit an der Spitze liegen. Dies ist vor allem auf die örtliche Universität und – für eine Universitätsstadt – geringe Größe (Wohnbevölkerung und Beschäftigte) zurückzuführen. Ebenfalls eine hohe Bedeutung für die Beschäftigung hat die Gesundheitswirtschaft im Landkreis Parchim und in der Hansestadt Rostock.

2.1 Die Beschäftigungsentwicklung zwischen 2000 und 2010

In den letzten Jahren hat sich die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern sehr positiv entwickelt. Zwischen 2000 und 2010 (jeweils am 30.06.) stieg die Zahl der Beschäftigten um 24,3 Prozent, eine absolute Zunahme von rund 13.700 Personen. Dies ist umso erstaunlicher, weil die Beschäf-

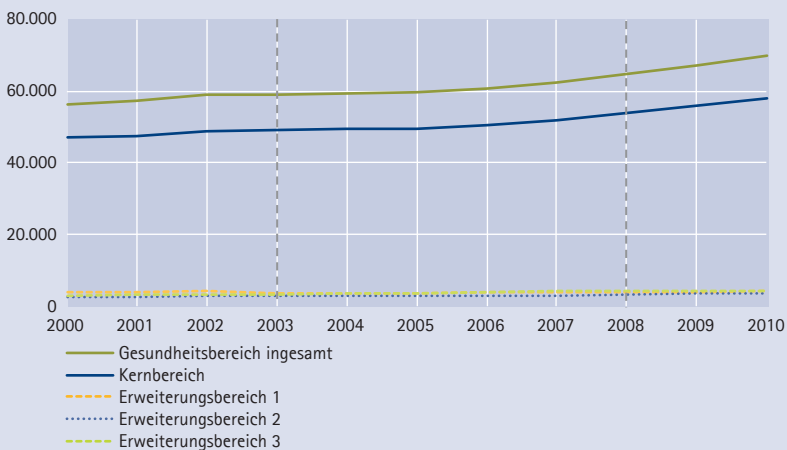
⁶ Kleine Beschäftigungssegmente neigen zu starken Unterschieden und Polarisierungen. In kleinen Populationen wirken sich sehr hohe oder niedrige Einzelwerte oder Gruppenbildungen stärker aus als in großen Populationen. Dies kann die Lage- und Verteilungsmaße leichter beeinflussen.

tigtenzahl in Mecklenburg-Vorpommern im gleichen Zeitraum stark zurückging (-9,3%, absolut: rund 50.300 Personen). Damit konnte sich die Gesundheitswirtschaft klar von der landesweiten Entwicklung absetzen.

Durch das starke Wachstum hat die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für den Arbeitsmarkt zugenommen. So stieg der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft von 10,4 Prozent (2000) auf 14,2 Prozent (2010). Im Kernbereich sind ca. 11.000 Personen mehr beschäftigt als vor zehn Jahren, das sind rund 80 Prozent des Gesamtwachstums in der Gesundheitswirtschaft (vgl. Abbildung 1 und 2). Der Rest des Beschäftigungswachstums verteilt sich auf die drei Erweiterungsbereiche. Im Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – ist das Wachstum am geringsten. Hier waren 2010 rund 200 Menschen mehr beschäftigt als vor zehn Jahren (4,7%). Der Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – zeigt sich sehr dynamisch mit einem Wachstum von rund 1.100 Personen (+45,9%). Im Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung, private Krankenversicherung – hat sich die Beschäftigung fast verdoppelt. Im Jahr 2010 sind dort rund 1.400 Personen mehr tätig als vor zehn Jahren (48,3% bezogen auf den Bereich).

Abbildung 1

Entwicklung der Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, 2000–2010



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2002), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008).⁷

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

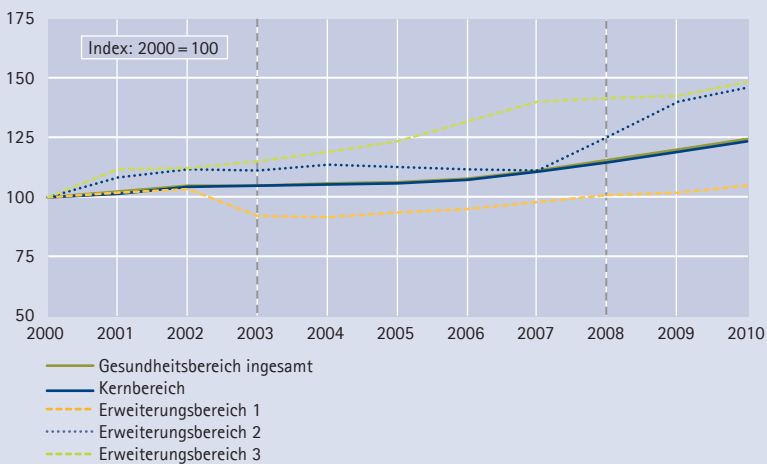
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

⁷ Hinweis: Bei Zeitreihen nach Wirtschaftszweigen ist zu beachten, dass Abweichungen zu vorherigen Stichtagen auch auf Veränderungen des wirtschaftsfachlichen Schwerpunktes und damit einem Wechsel des Wirtschaftszweigs einzelner Betriebe zurückzuführen sein können.

Allerdings müssen die Veränderungsdaten in den Erweiterungsbereichen mit Vorsicht interpretiert werden. Einerseits sind die Bereiche recht klein, andererseits unterlag die Wirtschaftsklassifikation der Betriebe statistischen Änderungen. Durch den dreifachen Wechsel der Wirtschaftszweigsystematik (WZ) sind in den Erweiterungsbereichen z. T. Brüche in den Zeitreihen entstanden. Nicht betroffen von den Änderungen ist der Kernbereich des Gesundheitswesens, der den größten Teil der Beschäftigung stellt (rund 82%).

Abbildung 2

Entwicklung der Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, 2000–2010, Index-Entwicklung



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2002), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008).

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

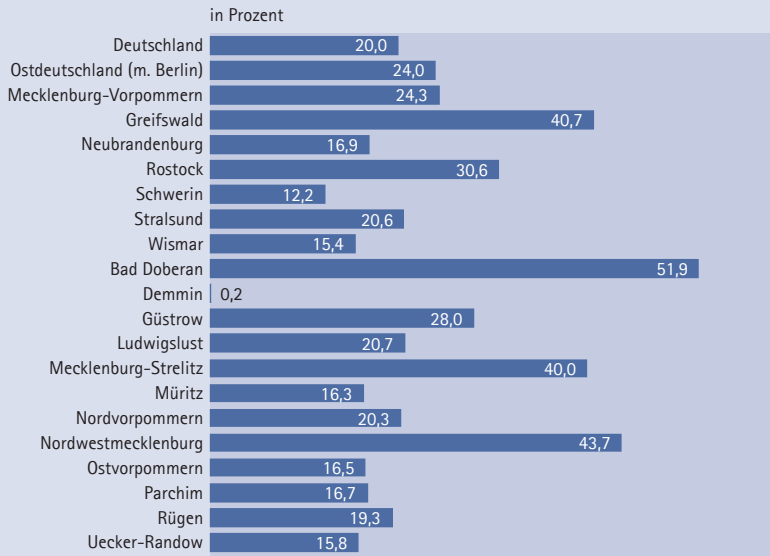
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Verglichen mit Deutschland und Ostdeutschland fällt das Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern (siehe Abbildung 3) etwas stärker aus (Gesundheitswirtschaft insgesamt 2000–2010: Deutschland: 20%, Ostdeutschland mit Berlin: 24,0%).

Gliedert man das Beschäftigungswachstum regional, zeigen sich große Unterschiede. Spitzenreiter ist der Landkreis Bad Doberan mit einem Zuwachs von 51,9 Prozent. Aber auch in Nordwestmecklenburg (+43,7%), der Hansestadt Greifswald (+40,7%) und dem Landkreis Mecklenburg-Strelitz (+40,0%) hat sich die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft sehr günstig entwickelt. Das geringste Wachstum weist der Landkreis Demmin auf. Hier stagnierte die Beschäftigung (+0,2%). In allen anderen Regionen betrug das Wachstum mehr als 12 Prozent. Die Spanne zwischen dem Minimal- und dem Maximalwert ist mit 51,7 Prozentpunkten recht groß.

Abbildung 3

Regionales Beschäftigungswachstum der Gesundheitswirtschaft (insgesamt) in Mecklenburg-Vorpommern, Veränderung 2000–2010

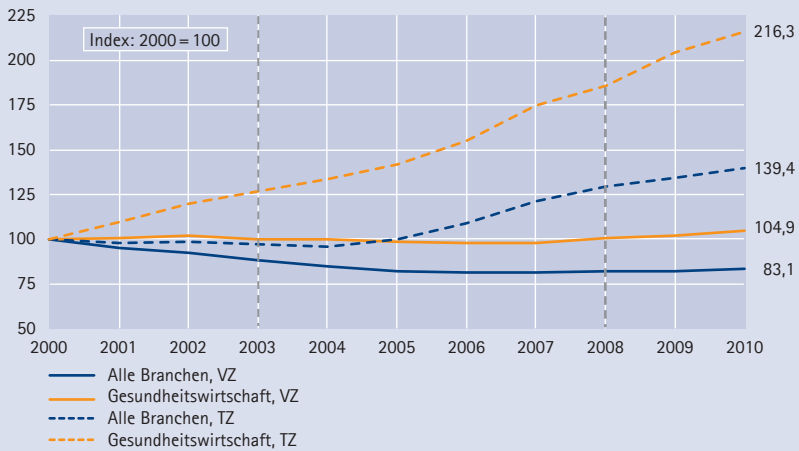


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Abbildung 4

Beschäftigungswachstum nach Arbeitszeit in Mecklenburg-Vorpommern, 2000–2010, Index-Entwicklung



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2003), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008); Abkürzungen: VZ = Vollzeit, TZ = Teilzeit.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Bei der Betrachtung des Beschäftigungswachstums muss nach der Arbeitszeit der Beschäftigten differenziert werden. Während die Zahl der Vollzeitbeschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern stark zurückgegangen ist (-16,9%, absolut: rund 79.200 Personen), hat die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stark zugenommen hat (39,4%, absolut: rund 28.600 Beschäftigte, vgl. Abbildung 4).

In der Gesundheitswirtschaft hat sich die Teilzeitbeschäftigung sogar mehr als verdoppelt (116,3%, absolut: rund 11.400 Beschäftigte), allerdings ist entgegen dem Landestrend auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten angestiegen (4,9%, absolut: rund 2.300 Beschäftigte). Somit beruhen 83,1 Prozent des Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft auf einer Zunahme der Teilzeit.

2.2 Strukturen der Beschäftigung

Neben der Beschäftigungsentwicklung und deren regionale Verteilung sind auch einzelne Strukturmuster interessant. Die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern unterscheiden sich in den soziostrukturellen Merkmalen von der Gesamtheit aller Beschäftigten.

Alter

Die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist jünger als im Landesdurchschnitt. Zwar ist nur jeder Fünfzehnte (6,8%) jünger als 25 Jahre (alle Branchen: 6,7%) – was mit den längeren Bildungszeiten und dem hohen Anteil an Abiturienten in den Gesundheitsberufen erklärt werden kann –, aber der Anteil der Älteren ist deutlich unterdurchschnittlich. Nur 14,4 Prozent der Beschäftigten sind älter als 55 Jahre (Mecklenburg-Vorpommern insgesamt: 17,0%). Auch in der mittleren Gruppe zwischen 25 bis unter 55 Jahre ist die Altersverteilung jünger als im Landesdurchschnitt.

Bei den Männern ist der Anteil der unter 25-Jährigen niedriger als bei den Frauen (Männer: 6,1%, Frauen: 7,0%), der Anteil der über 55-Jährigen hingegen höher (Männer: 15,0%, Frauen: 14,3%). Vergleicht man die Altersstruktur der Beschäftigten mit Ostdeutschland, so liegt der Altersdurchschnitt in der Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommerns etwas höher. Innerhalb der Gesundheitswirtschaft prägt der Kernbereich aufgrund seiner Dominanz weitgehend die Altersverteilung. Der Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – hat einen etwas höheren Altersdurchschnitt, der Erweiterungsbereich 2 – medizinische Industrie- und Handwerk – einen geringeren Anteil jüngerer und älterer Beschäftigter (unter 25 Jahre und über 55 Jahre). Der Erweiterungsbereich 3 – private Krankenversicherung sowie Forschung und Entwicklung – hat den höchsten Altersdurchschnitt. Hier ist fast jeder Fünfte (18,5%) älter als 55 Jahre und nur ein geringer Anteil jünger als 25 Jahre (3,7%).

Geschlecht

Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist die Gesundheitswirtschaft eine Frauendomäne. Rund vier Fünftel der Beschäftigten dort sind weiblich (82,9%), das ist weit mehr als in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt (52,1%). Im Kernbereich sind 83,2 Prozent der Beschäftigten Frauen, den höchsten Anteil erreicht der Handel mit 84,3 Prozent (Erweiterungsbereich 1). Anders ist die Situation im medizinischen Handwerk und der Industrie (Erweiterungsbereich 2: 50,6%) und im Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung sowie private Krankenversicherung – (54,5%). Hier liegt der Frauenanteil näher am Landesdurchschnitt.

Qualifikation

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist überdurchschnittlich. Der Anteil der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung beträgt nur 2,7 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern: 3,3%). Den größten Teil stellen Beschäftigte mit abgeschlossener Berufsausbildung (70,4%), deutlich mehr als der Landesdurchschnitt (67,0%). Positiv abweichend ist auch der Anteil der Hochqualifizierten (mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss). Mit 13,0 Prozent liegt die Gesundheitswirtschaft klar über dem Landesdurchschnitt (9,6%). Gegenüber der Gesundheitswirtschaft in Ostdeutschland hat Mecklenburg-Vorpommern zwar weniger Hochqualifizierte (Ostdeutschland: 14,7%), aber einen höheren Anteil an Beschäftigten mit Berufsausbildung (Ostdeutschland: 67,0%). Im Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – liegt das Qualifikationsniveau nahe am Landesdurchschnitt (2,3% ohne Berufsausbildung, 63,5% mit Berufsausbildung und 13,8 Prozent mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss). Im Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – ist der Anteil der Akademiker unterdurchschnittlich (9,3%, ohne Berufsausbildung: 2,6%, mit Berufsausbildung: 63,1%). Im Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung sowie private Krankenversicherung – ist das Qualifikationsniveau am höchsten, fast die Hälfte der Beschäftigten hat einen Hochschulabschluss (43,9%, ohne Berufsausbildung: 1,4%, mit Berufsausbildung: 45,7%). Im Kernbereich hingegen dominieren die Beschäftigten mit Berufsausbildung (73,2%). Der Anteil der Hochqualifizierten (10,9%) und der Anteil der Geringqualifizierten (2,9%) sind entsprechend geringer.

Nationalität und Arbeitszeit

Die Beschäftigung von Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit spielt in Mecklenburg-Vorpommern nur eine untergeordnete Rolle. Nur ein Prozent der Beschäftigten sind Ausländer, weniger als in Ostdeutschland (2,4%) und deutlich

unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt (7,0%). In der Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommerns sind ebenfalls nur ein Prozent nicht deutscher Nationalität (Branche in Ostdeutschland: 2,0%).

Deutliche Unterschiede zu anderen Branchen bestehen hingegen in der Arbeitszeit. Rund ein Drittel der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit (30,2%), in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt sind es nur 20,6 Prozent. Die Teilzeitbeschäftigung betrifft fast nur Frauen, 90,1 Prozent der Teilzeitkräfte sind weiblich (Mecklenburg-Vorpommern: 83,5%). Der hohe Anteil an (weiblichen) Teilzeitbeschäftigten geht vor allem auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zurück, hier sind 32,5 Prozent teilzeitbeschäftigt. Im Erweiterungsbereich 1 sind es 26,3 Prozent, 5,3 Prozent im Erweiterungsbereich 2 und 23,4 Prozent im Erweiterungsbereich 3.

Will man die Strukturaspekte der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in wenigen Worten zusammenfassen, so sind die Beschäftigten jünger, besser qualifiziert, überproportional häufig Frauen und überdurchschnittlich oft in Teilzeit beschäftigt.

3 Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft

Nach den Wirtschaftsklassen wird in diesem Abschnitt der ausgeübte Beruf in der Gesundheitswirtschaft betrachtet. Während bei der Branchenanalyse ein Teilbereich des Arbeitsmarktes in den Blick genommen wird, stellen Berufe stärker auf die Perspektive des Individuums ab. Der Beruf kennzeichnet eine Gruppe von Beschäftigten, die eine vergleichbare Ausbildung und Qualifikation haben. Berufe sind Identifikations- und Orientierungsmuster für Arbeitgeber und Arbeitnehmer über das fachliche Leistungsvermögen.

Aus Tabelle 3 und Abbildung 5 werden die Größenordnungen der hier betrachteten Berufe deutlich. Wie schon bei der Branchenabgrenzung spielen auch die Gesundheitsberufe in Mecklenburg-Vorpommern eine wichtige Rolle für den Arbeitsmarkt. Etwa jeder Zehnte ist in einem der hier ausgewählten Gesundheitsberufe tätig (9,6%). In Ostdeutschland sind es etwas weniger (9,3%). Eine besondere Bedeutung für den Arbeitsmarkt haben die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen. Rund drei Prozent aller Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern sind in diesem Beruf tätig. Ebenfalls eine hohe quantitative Bedeutung haben die Sprechstundenhelfer, die Altenpfleger/-helfer und die Helfer in der Krankenpflege.

Tabelle 3

**Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft
in Mecklenburg-Vorpommern 2010**

Beruf	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte					
	Deutsch- land	in Prozent	Ost- deutsch- land (m. Berlin)	in Prozent	Mecklen- burg- Vorpom- mern	in Prozent
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (insgesamt)	25.971.285	100,0	4.990.323	100,0	491.748	100,0
Apothekenhelferinnen (685)	37.635	0,1	5.060	0,1	473	0,1
Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe (852)	169.105	0,7	40.867	0,8	3.863	0,8
Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen (853)	674.554	2,6	147.674	3,0	15.305	3,1
Helfer in der Krankenpflege (854)	250.538	1,0	55.016	1,1	5.705	1,2
Diätassistenten, pharmaz.-techn. Assistenten (855)	65.159	0,3	11.451	0,2	1.165	0,2
Sprechstundenhelfer (856)	488.123	1,9	86.127	1,7	8.615	1,8
Medizinallaboranten (857)	85.224	0,3	19.829	0,4	2.043	0,4
Altenpfleger/-helfer (861)	401.526	1,5	99.571	2,0	10.204	2,1
Gesundheitsberufe insgesamt	2.171.864	8,4	465.595	9,3	47.373	9,6

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

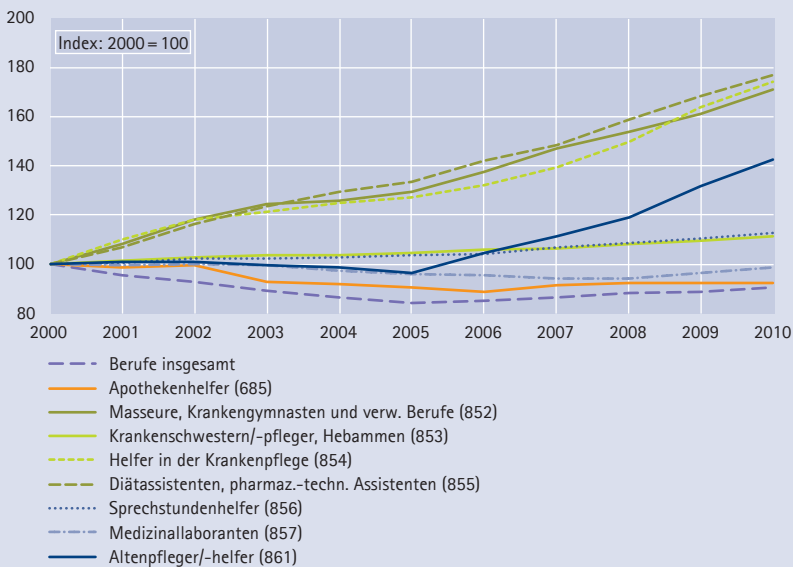
Zwischen 2000 und 2010 hat sich die Beschäftigung in den Gesundheitsberufen, entgegen dem Landestrend, überwiegend positiv entwickelt. Das stärkste Wachstum erzielen die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten mit einem Plus von 77,1 Prozent, allerdings in absoluten Zahlen nur eine Zunahme von rund 510 Personen. Ebenfalls ein hohes Wachstum verzeichnen die Helfer in der Krankenpflege mit 74,1 Prozent (absolut: rund 2.400 Personen). Die Masseure und Krankengymnasten konnten einen Beschäftigungsgewinn von 70,9 Prozent realisieren (absolut: rund 1.600 Personen). Auch die Altenpfleger/-helfer erreichen mit einem Plus von 42,4 Prozent starke Beschäftigungsgewinne (absolut: rund 3.000 Personen). Eher moderate Beschäftigungsgewinne entfallen auf die Berufe Sprechstundenhelfer (11,2%, absolut: rund 970 Personen) und Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen (11,3%, absolut: rund 1.600 Personen). Bei den Medizinallaboranten hat die Beschäftigung stagniert (-1,4%, absolut: 30 Personen). Die Apothekenhelfer sind der einzige Beruf mit einem deutlichen Beschäftigungsrückgang von 7,8 Prozent (absolut: 40 Personen).

Die Gesundheitsberufe – mit Ausnahme der Apothekenhelfer – konnten sich in der Beschäftigungsentwicklung klar vom Landestrend absetzen. Während die Beschäftigung insgesamt um 9,3 Prozent zurückgegangen ist, verzeichnen die Ge-

sundheitsberufe teilweise starke Zuwachsraten. Allerdings fallen die Wachstumsraten der Beschäftigung gegenüber Ostdeutschland etwas schwächer aus. Nur die Helfer in der Krankenpflege sind mit einem Plus von rund 19 Prozentpunkten in Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich expandiert. Auf der anderen Seite ist die Zahl der Altenpfleger/-helfer in Ostdeutschland um rund 24 Prozentpunkte stärker gewachsen. Ebenso bei den Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten (Differenz von rund elf Prozentpunkten zugunsten Ostdeutschlands). In allen anderen Berufen liegen die Veränderungsdaten zwischen Ostdeutschland und Mecklenburg-Vorpommern nah beieinander.

Abbildung 5

Beschäftigungswachstum 2000–2010 in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wie schon in der Branchenbetrachtung zeigt auch die Betrachtung nach Gesundheitsberufen, dass hier überwiegend Frauen tätig sind. Im Landesdurchschnitt sind etwas mehr als die Hälfte aller Beschäftigten weiblich (52,1%), in den Gesundheitsberufen schwankt der Frauenanteil zwischen 66,9 Prozent bei den Krankenpflegehelfern und 98,9 Prozent bei den Sprechstundenhelfern.

Korrespondierend zum hohen Frauenanteil spielt auch die Teilzeitbeschäftigung in den Gesundheitsberufen eine große Rolle. Die Teilzeitquote schwankt zwischen 18,3 Prozent bei den Sprechstundenhelfern und 48,4 Prozent bei den

Altenpflegern/-helfern. Wenn Teilzeitbeschäftigung ausgeübt wird, dann hat sie ein weibliches Gesicht. Im ganzen Land sind 83,5 Prozent der Teilzeitkräfte Frauen, in den Gesundheitsberufen schwankt der Anteil zwischen 87,4 Prozent (Helfern in der Krankenpflege) und 98,9 Prozent (Sprechstundenhelfer).

4 Verdienst in Berufen der Gesundheitswirtschaft

Datenquelle der Analyse sind die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden.⁸ Zur Berechnung wird der Einkommensmedian, statt des arithmetischen Mittels verwendet. Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 1.918 € für Mecklenburg-Vorpommern besagt, dass jeweils gleich viele Beschäftigte in Mecklenburg-Vorpommern mehr oder weniger verdienen, der Einkommenswert von 1.918 € liegt genau in der Mitte aller Einzelwerte. Ein Vorteil dieses Lagemaßes ist, dass der Median relativ robust gegen hohe oder niedrige Einzelwerte ist; anders als das bekanntere arithmetische Mittel.⁹

Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Das darüber hinausgehende Einkommen unterliegt keiner Meldepflicht. Für 2010 betrug die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Bundesgebiet West 5.500 € und für das Bundesgebiet Ost 4.650 €. Insofern ist eine Abweichung des errechneten Mittelwerts von dem tatsächlichen Mittelwert möglich. Der Einkommensmedian kann hingegen korrekt berechnet werden.

In der ausgewerteten Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ist das Entgelt in Klassen à 100 € eingeteilt. Einkommensklassen erschweren, aber verhindern die Medianbildung nicht. Die größtmögliche Abweichung beträgt 49 €.

Unterstellt man eine Gleichverteilung innerhalb der Klassen errechnet sich der Median nach folgender Formel.¹⁰

8 Die Bruttoarbeitsentgelte werden aus der Jahresmeldung der Arbeitgeber zum 31.12. eines Jahres generiert und auf einen Monat umgerechnet. Angaben in Euro (€).

9 Ein Rechenbeispiel kann dies illustrieren: In einer Verteilung von fünf Beschäftigten haben zwei Personen ein monatliches Einkommen von 1.900 €, zwei weitere jeweils einmal 2.000 € und 2.100 € sowie eine Person ein sehr hohes Einkommen von 10.000 €. Das arithmetische Mittel beträgt in diesem Fall 3.580 €, der Median hingegen 2.000 € (jeweils zwei Personen verdienen mehr oder weniger als 2.000 €). Das arithmetische Mittel führt hier zu einer „Überschätzung“ der realen Einkommensverhältnisse, bedingt durch den hohen Einzelwert von 10.000 €.

10 Zur Berechnung siehe Bundesagentur für Arbeit (2010: 40–41).

Berechnung des Medianwertes:

$$MEDIAN = \frac{0,5 * Binsg - BuMKI}{BMKI} * 100 + UGMKI$$

Anm.: Binsg	= Beschäftigte mit Entgeltwerten insgesamt,
BuMKI	= Beschäftigte unterhalb der Klasse des Median,
BMKI	= Beschäftigte in der Klasse des Median,
UGMKI	= untere Grenze der Medianklasse

Quelle: Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2010).

In der Analyse werden nur Vollzeitentgelte berücksichtigt. Die Beschränkung auf Vollzeit erfolgt aus zweierlei Gründen: Zum einen gibt es in der Arbeitsmarktforschung empirische Evidenz, dass Teilzeitbeschäftigten generell einen niedrigeren Stundenlohn haben als Vollzeitstellen. Obwohl de jure nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht zulässig, kommt eine Untersuchung der Hans-Böckler-Stiftung auf diese Differenz von rund 2,50 € pro Stunde für Westdeutschland (Wolf 2010).¹¹ Zum anderen gibt es Datenrestriktionen, die eine Einschränkung auf Vollzeiteinkommen notwendig machen. In der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ist die Arbeitszeit der Teilzeitkräfte nicht in Stunden ausgewiesen. Um die Einkommen miteinander vergleichen zu können, ist eine „Gewichtung“ (Division) mit der Arbeitszeit nötig (Umrechnung auf Stundenlöhne bzw. Vollzeitäquivalente). Die skizzierten Probleme werden durch die Beschränkung auf Vollzeitbeschäftigte umgangen.

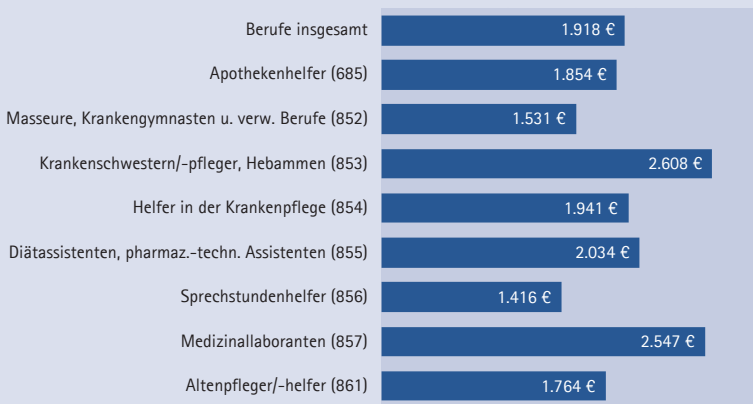
Unter den Gesundheitsberufen hat die Berufsordnung der Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen mit 2.608 € das höchste Einkommen (siehe Abbildung 6). Mit 10.352 Beschäftigten stellt diese Gruppe mit Abstand die größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen. An zweiter Stelle der Einkommenspyramide stehen die Medizinallaboranten mit 2.547 €. Hinter dieser Gruppe stehen die medizinisch-technischen Assistenten, die Röntgenassistenten, die veterinärmedizinischen Assistenten, die psychologisch-technischen Assistenten, die zahnmedizinisch-technischen Assistenten und ähnliche Berufe. In Mecklenburg-Vorpommern sind 1.486 Personen in dieser Gruppe vollzeitbeschäftigt.

11 Die Gründe hierfür können vielfältig sein und sind noch nicht abschließend erforscht. Häufig diskutiert werden folgende Argumente: In Regionen mit ungünstigen Arbeitsmarktbedingungen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten höher als in prosperierenden Räumen. Teilzeit kann insofern nicht freiwillig, sondern durch die örtlichen Arbeitsmarktbedingungen induziert sein (hohes Arbeitskräfteangebot). Für Arbeitgeber kann es unter Umständen günstiger sein, Teilzeit- statt Vollzeitkräfte einzusetzen (betriebliche Flexibilität, Stundenproduktivität der Beschäftigten etc.). Das dürfte einen rückkoppelnden negativen Effekt auf die gezahlten Löhne haben. Teilzeit ist in vielen Fällen auch durch Betreuungs- und Pflegeaufgaben verursacht. Arbeitskräfte sind durch familiäre Bindungen auf bestimmte Orte oder Arbeitszeiten angewiesen. Auch dies kann einen senkenden Einfluss auf das Arbeitseinkommen haben.

Ebenfalls ein überdurchschnittliches Einkommen erzielen Diätassistenten und pharmazeutisch-technische-Assistenten¹² (2.034 €, N=936). Nahe am Medianeinkommen in Mecklenburg-Vorpommern stehen die Helfer in der Krankenpflege mit 1.941 € (n=3.266). Die relativ kleine Gruppe der Apothekenhelfer (n=310) liegt mit einem Medianeinkommen von 1.854 € knapp unter dem Durchschnitt, gefolgt von der großen Gruppe der Altenpfleger/-helfer (n=5.238).

Das Medianeinkommen der Altenpfleger beträgt 1.764 €. In dieser Berufsordnung sind die Altenpfleger (in der Regel eine dreijährige Ausbildung) und die Altenpflegehelfer (in der Regel eine einjährige Ausbildung) zusammengefasst und durch die Gliederung der Berufsklassifikation nicht voneinander zu trennen. Umso überraschender ist, dass das Einkommensniveau in der Altenpflege unter dem der Krankenpflegehelfer liegt.

Abbildung 6
Medianentgelte in Euro in ausgewählten Gesundheitsberufen in Mecklenburg-Vorpommern 2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende¹³ (am Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag: 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die therapeutischen Berufe der Masseure, medizinischen Bademeister, Krankengymnasten, Therapeuten für Sprech- und Hörstörungen, Beschäftigungs- und Kunsttherapeuten etc. liegen im unteren Feld der (ausgewählten) Gesundheitsberufe (1.531 €, n=2.840). Das niedrigste Einkommen unter den Gesundheitsberufen haben die Sprechstundenhelfer. Mit 1.416 € monatlich werden rund 74 Prozent des Landesdurchschnitts erreicht. Ein Beruf, der nach den Krankenschwestern/-pflegern der zweit häufigste Gesundheitsberuf in Mecklenburg-Vorpommern ist (n=7.048).

12 Abgegrenzt über den Einzel- und Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (46.18.4 in der WZ 08).

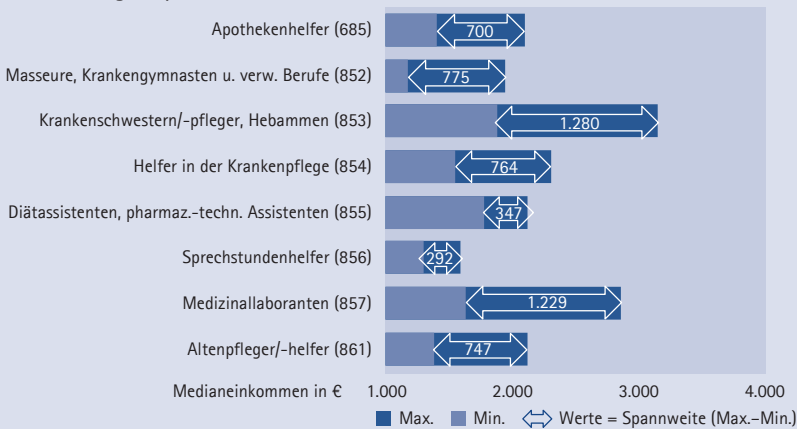
13 In den Abbildungen 7 bis 10 sind u. a. auch die Praktikanten und Werkstudenten enthalten.

Neben den Einkommensunterschieden zwischen den Berufen gibt es auch regional große Unterschiede. Bei den Apothekenhelfern reicht die Spannweite zwischen 2.101 € in Ostvorpommern und 1.401 € im Landkreis Müritz (vgl. Abbildung 7). Bezogen auf das Medianeinkommen dieses Berufes in Mecklenburg-Vorpommern (1.854 €) ist das ein Unterschied von rund 38 Prozent.

Noch höher ist die Einkommensungleichheit bei den Krankengymnasten und Masseuren. Zwischen dem Höchstwert von 1.951 € in Parchim und dem Minimum von 1.176 € in Demmin liegt eine Differenz von 775 €. Bezogen auf den Beruf ist das eine Spannweite von rund 51 Prozent zum Medianeinkommen (1.531 €).

Abbildung 7

Spannweite der Medianentgelte in Euro in ausgewählten Gesundheitsberufen in Mecklenburg-Vorpommern 2010



Anm.: Spannweite = Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten ermittelten Medianentgelt.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Ähnlich ist die Situation bei der großen Gruppe der Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen siehe u. a. Abbildung 8). Hier wird das höchste Einkommen in der Landeshauptstadt Schwerin erzielt. Mit 3.162 € liegt der Verdienst rund 1.280 € höher als im Landkreis Mecklenburg-Strelitz. Bezogen auf den Landesdurchschnitt (Medianeinkommen: 2.608 €) ist das eine Spanne von rund 49 Prozent. Bei den Krankenpflegehelfern schwankt das Medianeinkommen zwischen der Landeshauptstadt Schwerin und Bad Doberan um eine Spanne von 764 €. Bezogen auf den Landesdurchschnitt beträgt die regionale Schwankung rund 39 Prozent (Medianeinkommen: 1.941 €).

Die geringsten regionalen Einkommensunterschiede sind bei den Diätassistenten und den pharmazeutisch-technischen Assistenten zu finden. Zwischen den

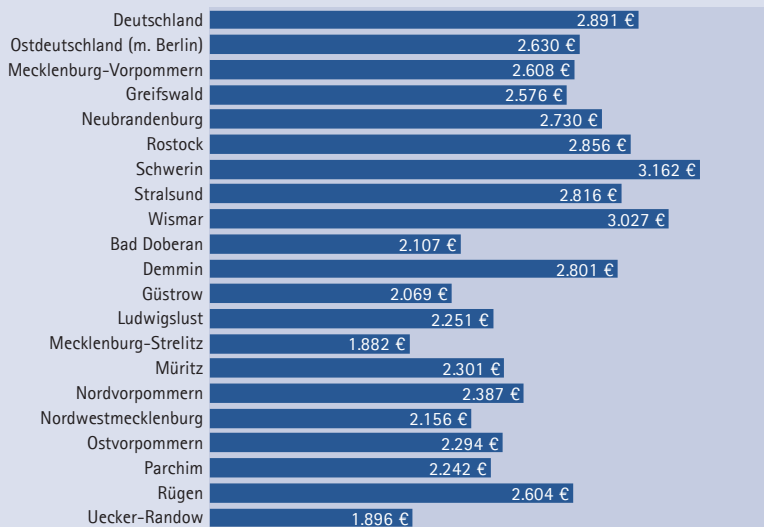
Städten Neubrandenburg und Schwerin mit je 2.126 € und Nordwestmecklenburg mit 1.779 € beträgt der Unterschied 347 €, bezogen auf den Medianwert in Mecklenburg-Vorpommern (2.034 €) eine Spannbreite von rund 17 Prozent.

Ebenfalls gering sind die regionalen Unterschiede bei den Sprechstundenhelfern. Zwischen dem Maximum in der Hansestadt Greifswald (1.586 €) und dem Minimum im Landkreis Demmin (1.294 €) liegt eine Einkommensdifferenz von 292 €. Relativ zum Medianeinkommen (1.416 €) beträgt die Schwankung rund 21 Prozent.

Hohe Einkommensunterschiede finden sich bei den Medizinallaboranten. Hier schwankt das Medianeinkommen zwischen 2.867 € in der Stadt Neubrandenburg und 1.638 € im Landkreis Mecklenburg-Strelitz um 1.229 €. Dies entspricht einer Einkommensvarianz von rund 48 Prozent zum Landesdurchschnitt (2.547 €).

Abbildung 8

Medianentgelte in Euro der Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen in Mecklenburg-Vorpommern 2010



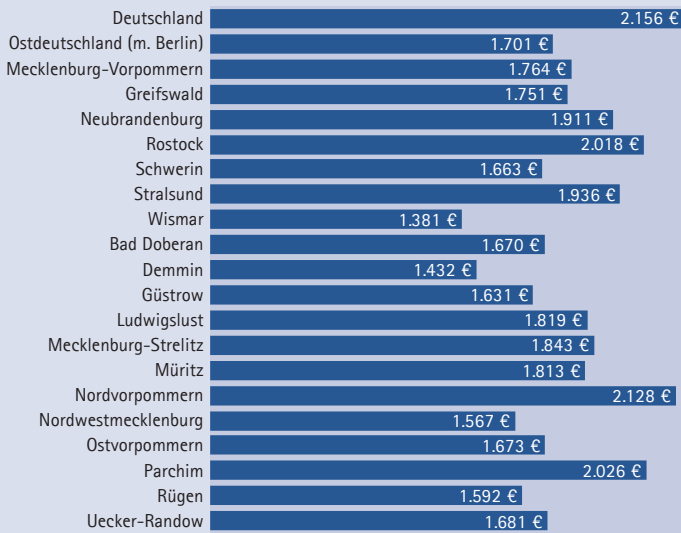
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wie schon erwähnt liegt bei den Altenpflegern (siehe u. a. Abbildung 9) das Problem der unterschiedlichen Qualifikationsstufen vor (Altenpfleger und Altenpflegehelfer). Ignoriert man diese Unschärfe beträgt die Spanne 747 € zwischen dem Landkreis Nordvorpommern (2.128 €) und der Hansestadt Wismar (1.381 €). Bezogen auf das Medianeinkommen in Mecklenburg-Vorpommern (1.764 €) ist dies eine Streuung von rund 42 Prozent.

Abbildung 9

Medianentgelte in Euro der Altenpfleger/-helfer in Mecklenburg-Vorpommern 2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Aus der regionalen Analyse lassen sich zwar große Unterschiede innerhalb eines Berufes, aber kein klares Muster zwischen den Regionen erkennen. Das höchste Einkommen erzielen pflegerische und technische Berufe, die durch einen hohen Beschäftigtenanteil im öffentlichen Dienst gekennzeichnet sind. Unterdurchschnittlich schneidet jedoch die Altenpflege ab; die Altenpfleger und die Altenpflegehelfer erreichen trotz der höheren formalen Qualifikation zusammen ein Einkommensniveau, das unter dem der Krankenpflegehelfer liegt. Ebenfalls unterdurchschnittlich schneiden die Masseure und Krankengymnasten ab. Am unteren Ende der Skala der medizinischen Berufe stehen die Sprechstundenhelfer.

5 Berufsverläufe in Berufen der Gesundheitswirtschaft – der Geburtsjahrgang 1968

Neben der Beschäftigungsentwicklung ist der berufliche Werdegang von Beschäftigten ein wichtiges Thema der Arbeitsmarktforschung. Berufe unterscheiden sich u. a. hinsichtlich der biografischen Verläufe und der Einkommensentwicklung. Zur Untersuchung der Beschäftigungs- und Einkommensentwicklung in den Gesundheitsberufen werden Individualdaten der Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung verwendet. Die BeH enthält die Arbeit-

gebermeldungen zur Sozialversicherung und umfasst in der aktuellen Version rund 36 Mio. Individuen in Deutschland (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Minijobber). Die ältesten Datensätze reichen bis in das Jahr 1975 zurück. Für unsere Analyse wurde aus der BeH eine spezifische Untersuchungskohorte gebildet. Ausgewählt wurden alle im Jahr 1968 Geborenen, die am 30.06.1993 in einem Gesundheitsberuf beschäftigt waren (Voll- oder Teilzeit, Arbeitsort in Mecklenburg-Vorpommern). Anschließend wird bis zum Jahr 2008 jeweils am 30.06. der ausgeübte Beruf, die Arbeitszeit und das Einkommen erfasst. Abgebildet wird der Berufsverlauf zwischen dem 25. und dem 40. Lebensjahr.

Im Gegensatz zu der Querschnittsanalyse des vorherigen Kapitels ist die Analyse auf die Berufe Krankenschwester/-pfleger/Hebammen, Krankenpflegehelfer, Sprechstundenhelfer und Altenpfleger/-helfer beschränkt. In den anderen Berufsordnungen sind die Fallzahlen in der Zeitreihe zu gering, um valide Aussagen zu ermöglichen. Auf die Berufe entfallen folgende Fallzahlen: 432 Krankenschwestern/-pfleger/Hebammen, 81 Altenpfleger/-helfer, 70 Krankenpflegehelfer und 99 Sprechstundenhelfer. In der Summe betrachten wir hier also 682 Personen von insgesamt 9.804 Beschäftigten des Jahrgangs 1968 (mit Arbeitsort am 30.06.1993 in Mecklenburg-Vorpommern).

Zunächst wird der Verbleib in Beschäftigung betrachtet. Aus Abbildung 10 geht hervor, dass der überwiegende Teil der Ausgangsgruppe bis 2008 einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht (in Voll- und Teilzeit, unabhängig vom ausgeübten Beruf). Zunächst ist im Kurvenverlauf in allen Berufen bis etwa zum Jahr 1997 ein starker Rückgang zu beobachten. Neben konjunkturellen Einflüssen dürfte diese Entwicklung vor allem durch Erwerbsunterbrechungen aus familiären Gründen hervorgerufen sein (Kinderbetreuung, Pflege). Ein Indiz dafür ist, dass die Beschäftigungsunterbrechungen fast ausschließlich Frauen betreffen.

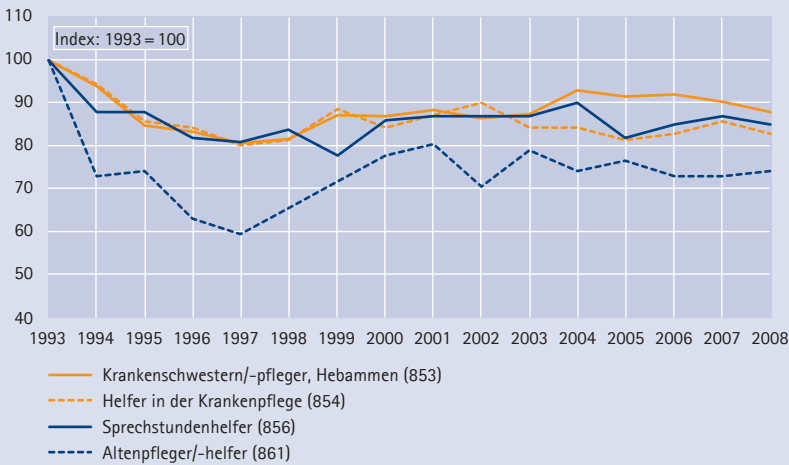
Differenziert man nach Berufen, so haben die Krankenschwestern/-pfleger/Hebammen eine sehr hohe Beschäftigungsquote (87,1%, Stichtag hier und im Folgenden jeweils der 30.06.2008). Der Beschäftigtenanteil der Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen liegt über dem Ostdeutschlands (85,8%) und weit über dem Durchschnitt aller Berufe (Mecklenburg-Vorpommern: 73,4%, Ostdeutschland: 74,1%). Ebenfalls hohe Beschäftigungswerte erreichen die Sprechstundenhelfer (Mecklenburg-Vorpommern: 84,8%, Ost: 82,3%) und die Helfer in der Krankenpflege (Mecklenburg-Vorpommern: 82,9%, Ostdeutschland: 79,2%). Anders die Situation bei den Altenpflegern/-helfern. Hier wird nur knapp der Landesdurchschnitt aller Beschäftigten überschritten (74,1%), wobei die Beschäftigungsrate im Durchschnitt Ostdeutschlands höher ausfällt (Ostdeutschland: 75,8%).

Insgesamt sind die Beschäftigungsverläufe in den untersuchten Gesundheitsberufen besser als der Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern. Mit Ausnahme

der Altenpfleger/-helfer wird der Durchschnittswert für den Verbleib in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis um rund zehn Prozentpunkte überschritten.

Abbildung 10

Verbleib in Beschäftigung (Beschäftigungstreue) der 1968er Geburtskohorte in Mecklenburg-Vorpommern, Index-Entwicklung



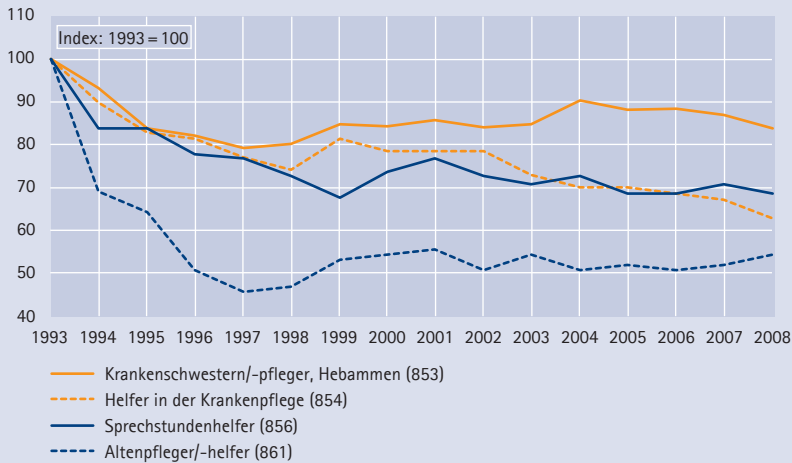
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Arbeitsort), jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Neben der Frage, ob überhaupt noch eine Beschäftigung ausgeübt wird, ist die Frage nach dem ausgeübten Beruf mindestens ebenso interessant. Als berufstreu definieren wir, wer entweder in seinem Ausgangsberuf (am 30.06.1993) oder in einem anderen der hier untersuchten Gesundheitsberufe tätig ist. Der Wechsel von der Kranken- in die Altenpflege und umgekehrt wird in unserer Betrachtung beispielsweise als „berufstreu“ betrachtet. Anders als bei der Beschäftigungstreue werden bei diesem Zuschnitt nur Personen betrachtet, die tatsächlich eine Beschäftigung ausüben, d. h. die Kurvenverläufe zwischen Beschäftigungs- und Berufstreu unterscheiden sich systematisch. Der Kurvenverlauf beschreibt nicht die Beschäftigungsrate der Ausgangsgruppe des Jahres 1993, sondern ob diese Gruppe zu den untersuchten Stichtagen noch in einem Gesundheitsberuf tätig ist (Subgruppe der noch Beschäftigten).

Abbildung 11

Verbleib in Gesundheitsberufen (Berufstreue) der 1968er Geburtskohorte in Mecklenburg-Vorpommern, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (am Arbeitsort), jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Im Gegensatz zur Beschäftigung zeichnet die Berufstreue ein ganz anderes Bild. Bei dieser Betrachtung kommen nur die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen auf einen hohen Wert von 83,8 Prozent (Ostdeutschland: 81,2 Prozent, Stichtag jeweils der 30.06.2008, vgl. Abbildung 11).¹⁴ Bei den Sprechstundenhelfern sind nach 15 Jahren nur noch 68,7 Prozent in den untersuchten Berufen tätig (Ostdeutschland: 66,8%). Knapp unter zwei Drittel beträgt der Anteil der Berufstreue bei den Helfern in der Krankenpflege, in Ostdeutschland sind es rund fünf Prozentpunkte mehr (62,9%, Ostdeutschland: 67,9%). Den niedrigsten Anteil haben die Altenpfleger/-helfer. Mit 54,3 Prozent ist nur noch gut die Hälfte im Ausgangsberuf oder einem der vier anderen Berufe tätig (Ostdeutschland: 58,3%).¹⁵

Die dritte Dimension der Längsschnittanalyse ist das Einkommen. Ein direkter Vergleich mit den aggregierten Einkommensangaben des vorherigen Kapitels ist nicht möglich. Auch ein Vergleich der relativ „nah“ beieinanderliegenden Einkommenswerte vom 30.06.2008 in den Individualdaten und vom 31.12.2010 in den

14 Aufgrund der gewählten spezifischen Definition von „Berufstreue“ ist ein Vergleich mit allen Berufen in Mecklenburg-Vorpommern und Ostdeutschland an dieser Stelle nicht möglich. Sinnvoll ist der Vergleich mit der gleichen Berufsordnung in Ostdeutschland.

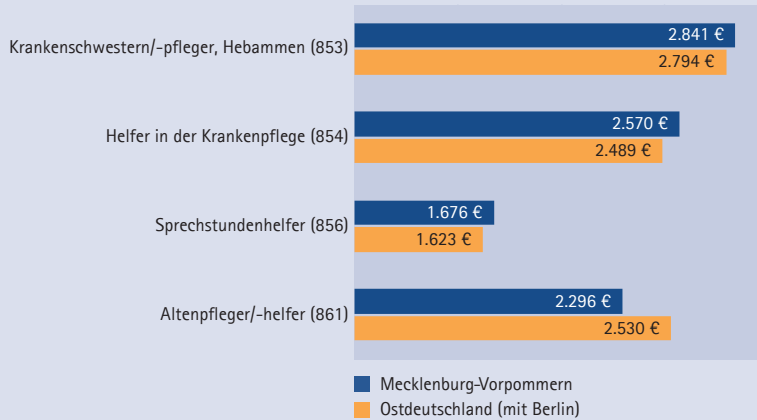
15 Bei den Altenpflegehelfern konnte wegen Datenbeschränkungen im vorliegenden Datensatz die Kreuzung mit dem Wirtschaftsabschnitt Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ nicht vorgenommen werden. Erzieher und Sozialarbeiter, die dadurch in der Aggregatdatenbetrachtung herausgefiltert wurden, sind hier also enthalten. Insofern kann die „Berufstreue“ an dieser Stelle durch den Wechsel von Erziehern und Sozialarbeiter in andere Berufe verzerrt sein.

Querschnittsdaten (Kapitel 4) ist aufgrund der systematischen Unterschiede beider Gruppen nicht möglich.¹⁶

Wie im vorherigen Kapitel ist die Analyse der Gehälter auf Vollzeiteinkommen beschränkt, da auch in der BeH die Angaben zur wöchentlichen Arbeitsstunden bei Teilzeitbeschäftigung ungenau sind (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13).

Abbildung 12

Medianeinkommen in Euro der 1968er Kohorte nach Berufen in Mecklenburg-Vorpommern und Ostdeutschland (mit Berlin) 2008



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (am Arbeitsort), Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende am 30.06.2008.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

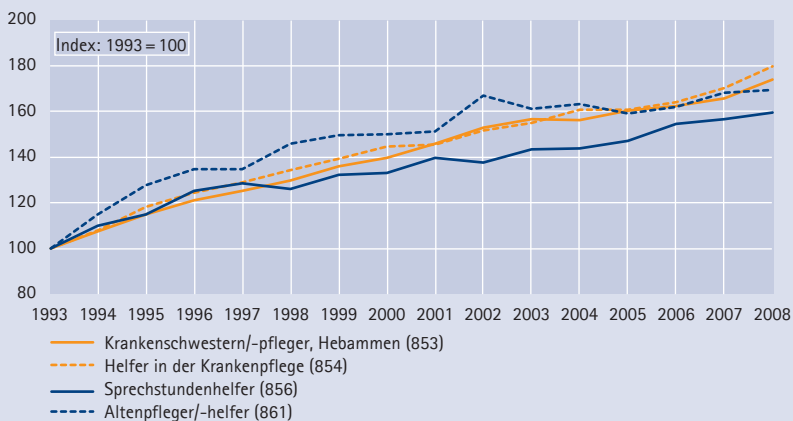
Den höchsten Verdienst auch bei dieser Betrachtung erreichen die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen. Mit 2.841 € liegt das Einkommen deutlich über dem Durchschnittswert Beschäftigten dieser Geburtskohorte in Mecklenburg-Vorpommern (2.157 €) und auch über dem der Berufskollegen in Ostdeutschland (2.794 €). Auch in zeitlicher Perspektive hat sich der Verdienst günstig entwickelt. Zwischen 1993 bis 2008 betrug der Einkommenszuwachs 74,7 Prozent. Damit ist der Lohnzuwachs in Mecklenburg-Vorpommern höher als der Durchschnitt dieser Berufe in Ostdeutschland (70,4%). Die Helfer in der Krankenpflege erreichen einen Verdienst von 2.570 €, das sind fast 200 € mehr als im ostdeutschen Mittel (2.489 €). Der Zuwachs zwischen 1993 und 2008 beträgt 82,7 Prozent, das sind fast zehn Prozentpunkte mehr als in Ostdeutschland (73,5%).

¹⁶ Während im Abschnitt 4 Beschäftigte jeden Alters (15–64 Jahre) zu einem bestimmten Zeitpunkt (am 31.12.2008) betrachtet wurden, wird hier die Einkommensentwicklung des 1968er Geburtsjahrganges zu verschiedenen Stichtagen analysiert. Insofern kommt es zu Abweichungen zwischen den Einkommenswerten beider Kapitel.

Bei den Altenpflegern (Altenpfleger und Altenpflegehelfer) sind der Verdienst und die Verdienstentwicklung schlechter als in Ostdeutschland. Mit 2.296 € wird deutlich weniger als im ostdeutschen Durchschnitt verdient (2.530 €). Auch der Zuwachs ist mit 68,3 Prozent geringer als in Ostdeutschland (81,8%). Wie schon in den Querschnittsdaten erzielen die Sprechstundenhelfer das niedrigste Einkommen. Mit einem Medianwert von 1.676 € wird fast 500 € weniger als im Landesdurchschnitt verdient, andererseits rund 50 € mehr als in Ostdeutschland (1.623 €). Ähnlich verhalten sich die Veränderungsraten. Mit einem Zuwachs von 59,5 Prozent wird der Landesdurchschnitt unterschritten (60,9%), aber der Zuwachs in Ostdeutschland übertroffen (47,9%).

Abbildung 13

Medianeinkommen in Euro in Berufen der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (am Arbeitsort), Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende; jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

6 Fazit

Die Gesundheitswirtschaft hat für den Arbeitsmarkt in Mecklenburg-Vorpommern eine herausragende Bedeutung. In keinem ostdeutschen Flächenland ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft höher. Mit 14,1 Prozent ist etwa jeder Siebte in diesem Bereich tätig (je nach Abgrenzung der Wirtschaftszweige kann der Anteil noch höher ausfallen). Regional fällt die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft höchst unterschiedlich aus. Die Hansestadt Greifswald nimmt bundesweit in den Kennziffern einen der vordersten Plätze ein. Auch in den Hansestädten Rostock und Stralsund sowie den Landkreisen Parchim

und Güstrow sind die Beschäftigungsanteile überdurchschnittlich. Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft sind hingegen in den Landkreisen Ludwigslust und Demmin selten.

Schwerpunkt der Beschäftigung ist der sogenannte Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, d. h. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie die niedergelassenen Ärzte. Rund 82 Prozent aller Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind in diesem Bereich tätig. Ebenfalls überdurchschnittlich ist der Erweiterungsbereich 3 – private Krankenversicherungen sowie Forschung und Entwicklung – vertreten. Der Handel mit Medizinprodukten (Erweiterungsbereich 1) sowie die industrielle und handwerkliche Herstellung von medizinischen Produkten (Erweiterungsbereich 2) sind im Vergleich zu Ostdeutschland unterdurchschnittlich vertreten.

Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsbereich. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 hat die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 24,3 Prozent zugenommen. Auch hier gibt es regional große Unterschiede. Zwischen dem Beschäftigungswachstum der Gesundheitswirtschaft in Bad Doberan (51,9%) und Demmin (0,2%) liegt eine Spanne von rund 52 Prozentpunkten.

Auffallend für die Gesundheitswirtschaft ist der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten. Rund ein Drittel der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit. Wie auch in anderen Bereichen ist Teilzeitbeschäftigung hier eine Frauendomäne, rund 91 Prozent der Teilzeitbeschäftigten sind weiblich. Die Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat zwischen 2000 und 2010 einen enormen Stellenzuwachs erlebt (116,3%). Allerdings hat, entgegen dem Landestrend, auch die Vollzeitbeschäftigung zugenommen (4,9%).

Allgemein ist die Struktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern günstig. Sie sind jünger und besser qualifiziert als der Durchschnitt. Diese Ergebnisse relativieren sich etwas, wenn man die Werte der Gesundheitswirtschaft mit denen Ostdeutschlands vergleicht.

Bei der Analyse der Gehälter von Vollzeitbeschäftigten in den Gesundheitsberufen zeigt sich eine große Einkommensspanne. Die Krankenschwestern/-pfleger/Hebammen, Medizinallaboranten, Diätassistenten sowie pharmazeutisch-technischen Assistenten und die Helfer in der Krankenpflege erzielen ein für Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittliches Einkommen. Bei den Apotheken- und Sprechstundenhelfern, Masseuren und Krankengymnasten sowie den Altenpflegern/-helfern wird das Landesmittel unterschritten. Zwischen den ausgewählten Berufen beträgt die Verdienstspanne rund 1.200 € (Sprechstundenhelfer gegenüber Krankenschwestern/-pflegern, Hebammen). Aber auch innerhalb eines Berufes gibt es große regionale Unterschiede. So ist das Einkommen der Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen in Mecklenburg-Strelitz 1.280 € niedriger als in der Landeshauptstadt Schwerin.

Betrachtet man die typischen Berufsverläufe in einem Beruf des Gesundheitswesens, so ist der Beschäftigungsgrad überdurchschnittlich hoch. Bei den Krankenschwestern/-pflegern/Hebammen, den Sprechstundenhelfern, Helfern in der Krankenpflege sowie den Altenpflegern/-helfern sind zwischen 74 und 87 Prozent im Alter von etwa 40 Jahren in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Dies ist (in der Regel) höher als der Durchschnitt aller Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern und des Berufes in Ostdeutschland. Anders ist das Bild bei der Frage nach dem Verbleib im Beruf. Von den Sprechstundenhelfern ist rund ein Drittel, von den Altenpflegern/-helfern fast die Hälfte nicht mehr im Beruf tätig. Die Einkommensentwicklung zwischen 1993 und 2008 liegt bei Zuwächsen in Höhe von 59,5 Prozent bei den Sprechstundenhelfern bis zu 82,7 Prozent bei den Helfern in der Krankenpflege.

In der Bilanz der Beschäftigungsanalyse zeigen sich positive und negative Aspekte. Der heute schon hohe Beschäftigtenanteil und die Prognosen für steigende Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen deuten auf eine stabile Arbeitskräftenachfrage hin. Auch die Qualifikations- und Altersstruktur ist günstiger als der Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern. Der hohe Anteil an weiblichen Teilzeitbeschäftigten stellt gegenüber anderen Branchen eine potenzielle Ressource an qualifiziertem Personal dar. Eher ungünstig ist die starke Segmentierung der Gesundheitsberufe. In klassischen Berufen wie der Krankenschwester/-pfleger, Hebamme sind die Beschäftigungs- und Entgeltverläufe relativ günstig. In anderen Berufen, wie der Sprechstunden- und Apothekenhelfer, ist die Situation hingegen deutlich ungünstiger – ohne dass dies durch Unterschiede im eingesetzten Humankapital hinreichend erklärt werden kann. Angesichts der Diskussion um einen Mangel an medizinischen Fachkräften gilt es, qualifiziertes Personal in der Branche zu halten und durch attraktive Beschäftigungsperspektiven für neues Personal attraktiv zu sein.

Literatur

- Afentakis, Anja; Tobias Maier (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt Wiesbaden, Reihe Wirtschaft und Statistik, Heft 11/2010, S. 990–1002, Wiesbaden.
- BioCon Valley (2011): Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2020, im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Beschäftigungsstatistik, Nürnberg [http://statistik.arbeitsagentur.de/\(Ladedatum 05.01.2012\)](http://statistik.arbeitsagentur.de/(Ladedatum 05.01.2012)).
- Bundesagentur für Arbeit (2010): Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte, herausgegeben von der Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

- Bundesagentur für Arbeit (1988): Klassifikation der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2008): Schlaglichter der Wirtschaftspolitik, Sonderheft Gesundheitswirtschaft, Berlin.
- Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Forschung aktuell, Nr. 06/2008.
- Doblhammer, Gabriele; Kruse, Anne; Muth, Elena (2008): Lebenserwartung der Deutschen: Analyse, Prognose und internationaler Vergleich. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, Rostock.
- Hackmann, Tobias (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung des künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Verweildauer. In: Sozialer Fortschritt, Heft 9, 2010, S. 235–244.
- Henke, Klaus-Dirk; Georgi, Anja; Bungenstock, Jan; Neumann, Karsten; Baur, Michael; Ottmann, Sabine; Schneider, Markus; Krauss, Thomas; Hoffmann, Uwe (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi). Abschlussbericht 30. November 2009. Technische Universität Berlin und Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) Augsburg.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2010): Beschäftigten-Historik (BeH), Nürnberg. http://fdz.iab.de/de/FDZ_Individual_Data.aspx (Ladedatum 05.01.2011).
- Ostwald, Dennis A.; Erhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG, Frankfurt a.M.
- Schwengler, Barbara (2013): Neue Rangfolge der förderbedürftigen Regionen in Deutschland, IAB-Kurzbericht, 22/2013.
- Statistikamt Mecklenburg-Vorpommern (2010): Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern – Veränderung der Altersstruktur, demografische Alterung und Schrumpfung von 1982 bis 2007, Statistische Hefte, 2/2010, S. 9–19.
- Statistisches Bundesamt (2011): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Datenbank GENESIS-online, Wiesbaden, www.destatis.de (Ladedatum 19.09.2011).
- Statistisches Bundesamt (2009): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Mit Erläuterungen. Wiesbaden.
- Wolf, Elke (2010): Lohndifferenziale zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in Ost- und Westdeutschland, WSI-Diskussionspapier Nr. 174, Düsseldorf.

Georg Sieglen

H Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle und wirtschaftliche und Besonderheiten des einwohnerstärksten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (NRW) dargestellt. Dieses Bundesland ist durch erhebliche Disparitäten von Arbeitsmarkt und Wirtschaft gekennzeichnet. Insbesondere der Strukturwandel im bevölkerungsreichen Ruhrgebiet verläuft schleppend, was sich an anhaltend hohen Arbeitslosenzahlen zeigt (Hirschenauer/Springer 2014). In Nordrhein-Westfalen gibt es aber auch wirtschaftlich prosperierende Regionen, etwa das Münsterland oder Ostwestfalen-Lippe, die dem Vergleich mit Bayern oder Baden-Württemberg durchaus standhalten können. Die Metropolen des Rheinlandes sind zudem wirtschaftlich erfolgreich (Amend/Bauer 2005).

Eine Besonderheit der Gesundheitswirtschaft in NRW sind die sechs sogenannten Gesundheitscluster, die in ihrer Struktur vorgestellt werden. Sie sollen mit unterschiedlicher Spezialisierung die verschiedenen Einrichtungen und Unternehmen der regionalen Gesundheitswirtschaft vernetzen, um so die Gesamtleistung des Sektors zu erhöhen. Diese Cluster umfassen ca. 80 Prozent des Gesundheitspersonals im Bundesland (Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen 2010).

Der demografische Wandel übt einen starken Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus. In einem weiteren Abschnitt werden deshalb die zukünftige Alterung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sowie die bisherige Entwicklung der Pflegebedürftigen- und Patientenzahlen skizziert.

Im Zentrum der Untersuchung steht die sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich und den zwei Erweiterungsbereichen auch den dritten Erweiterungsbereich der Krankenversicherungen und öffentlichen Verwaltung umfasst. Die unterschiedliche regionale Bedeutung der verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung wird auf Ebene der Kreise verdeutlicht. Die Entwicklung der Beschäftigung wird im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zwischen 2000 und 2010 – differenziert nach sozialversicherungspflichtiger Vollzeit und Teilzeit sowie geringfügiger Beschäftigung – für die Einrichtungen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft und ausgewählte Gesundheitsberufe untersucht. Ein weiterer Aspekt ist die regionale Versorgungsdichte mit Gesundheits- und Sozialberufen, die auf der Basis von Vollzeitäquivalenten berechnet wird. In diesem Länderbericht werden abschließend die Arbeitsmarktsituation in den Gesundheitsberufen NRWs anhand der offenen Stellen, Vakanzzeiten und dem Bestand an Arbeitslosen untersucht sowie die Engpässe beim Pflegepersonal beleuchtet.

1 Siedlungsstruktur und wirtschaftliche Merkmale

Mit 17,5 Mio. Einwohnern und einer Bevölkerungsdichte von 515 Einwohner pro km² ist Nordrhein-Westfalen (NRW), abgesehen von den Stadtstaaten, das mit Abstand am dichtesten besiedelte Bundesland. Administrativ ist es in fünf Regierungsbezirke aufgeteilt (Düsseldorf, Köln, Münster, Detmold und Arnsberg) sowie 23 kreisfreie Städte, 31 Kreise und 396 Gemeinden. Besonderes Charakteristikum dieses Bundeslandes ist das Ruhrgebiet, das größte Ballungsgebiet in Deutschland und eines der größten in Europa. Es umfasst die kreisfreien Städte Duisburg, Essen, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Bottrop, Gelsenkirchen, Bochum, Dortmund, Hamm und Herne sowie die Kreise Wesel, Recklinghausen und Unna. Das Ruhrgebiet hat 5,05 Mio. Einwohner, die auf einem Gebiet von 3865,91 km² leben. Die Bevölkerungsdichte beträgt somit 1.140 Einwohner pro km².¹ Gut jeder vierte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Nordrhein-Westfalen arbeitet im Ruhrgebiet.

Nach Siedlungsstrukturtypen betrachtet zeigt sich, dass Agglomerationsräume in NRW dominieren. NRW umfasst 22 kreisfreie Großstädte und 29 städtische Kreise. Lediglich zwei Kreise, nämlich Höxter und das Hochsauerland werden den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen zugerechnet. Dünn besiedelte Kreise fehlen vollständig.

Die wirtschaftlichen Kennziffern Nordrhein-Westfalens im Landesaggregat liegen sehr dicht beim Bundesdurchschnitt. So betrug das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner 2013 33.600 €, was dem Bundeswert von 33.400 € nahezu entsprach. Die Arbeitsplatzdichte lag damit genau im Bereich des deutschen Durchschnittswerts. Das Wachstum des BIPs war allerdings zwischen 1994 und 2008 unterdurchschnittlich im Vergleich zum westdeutschen Durchschnitt, was vor allem auf den schleppenden Strukturwandel im Ruhrgebiet zurückzuführen ist (Sieglent/Pohl/Carl 2011).

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist im Zeitraum 1994 bis 2008 in Nordrhein-Westfalen um nominal 36 Prozent gestiegen. In den einzelnen Regionen in Nordrhein-Westfalen war die Entwicklung sehr unterschiedlich. Das Münsterland lag mit einem nominalen Wirtschaftswachstum von 47 Prozent im gleichen Zeitraum an der Spitze, während das Bergische Land mit 27 Prozent die geringste Zunahme zu verzeichnen hatte. Das Rheinland, das Ruhrgebiet, Ostwestfalen-Lippe sowie Südwestfalen liegen mit 33 Prozent bis 37 Prozent nahezu gleichauf. Auf Kreisebene fallen diese regionalen Unterschiede noch größer aus: Die kreisfreie Stadt Münster, der Rhein-Kreis Neuss sowie Olpe verzeichneten die höchsten Wachstumsraten, im Gegensatz dazu konnten Remscheid und Wuppertal nur ge-

¹ <http://www.metropoleruhr.de/land-leute/daten-fakten/bevoelkerung.html>.

ringe, positive Wachstumsraten erzielen. Insbesondere das Bergische Land und das bevölkerungsreiche Ruhrgebiet weisen gegenüber dem restlichen NRW wirtschaftliche Nachteile auf.

2 Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft in NRW – Clustermanagement

Etwa seit Mitte der 2000er Jahre wird die Gesundheitswirtschaft in NRW unter dem Aspekt der regionalen Wirtschaftsentwicklung gefördert. Hierzu wurde ein sogenanntes Clustermanagement eingerichtet, das für die sechs Gesundheitsregionen (Aachen, Köln/Bonn, Münsterland, Ruhr, Ostwestfalen-Lippe und Südwestfalen) die Vernetzung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten zur Aufgabe hat.

Die Gesundheitsregionen Ruhr und Ostwestfalen-Lippe haben bereits frühzeitig die Förderung der gesundheitswirtschaftlichen Innovations- und Beschäftigungspotenziale als regional- und strukturpolitische Aufgabe betrachtet. Im Jahr 2009 gründeten Köln/Bonn, Münsterland, Südwestfalen und Aachen die Organisationen des Clustermanagements. Teilweise lassen sich die Gesundheitsregionen NRWs durch unterschiedliche Spezialisierungen charakterisieren. So fokussiert sich z. B. die Gesundheitsregion Aachen auf die Medizintechnik, während die Gesundheitsregion Südwestfalen Schwerpunkte in Entwicklung seniorengerechter und behindertengerechter Produkte sowie in der Zulieferindustrie hat.

2008 wurde von der Landesregierung NRW die Einrichtung eines „Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen“ im Ruhrgebiet (Bochum) beschlossen, der u. a. die Gründung der ersten deutschen Gesundheitshochschule vorsieht, aber vornehmlich auf die Ressourcenbündelung in der staatlichen Förderung gerichtet ist. Dieses Projekt wird in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht uneingeschränkt positiv bewertet, denn andere Gesundheitsregionen sehen sich in ihren Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigt (Project Consult 2009).

Ein Schwerpunkt der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen liegt in der medizinischen Rehabilitation. Das Bundesland verfügte mit seinen 136 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und 20.416 Betten im Jahr 2008 über einen der größten stationären Vorsorge- und Rehabilitationssektoren in Deutschland. Hierbei stellt die Region Ostwestfalen-Lippe den bedeutendsten Standort innerhalb NRWs dar (Dörpinghaus 2011).

Nach Angaben der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) der Länder wurden in NRW 2011 1,1 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen gezählt. Dies entspricht einer Gesundheitspersonaldichte von knapp 62 je 1.000 Einwohner.

3 Demografischer Wandel in Nordrhein-Westfalen

Die Alterung der Bevölkerung übt einen starken Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus. Wie Daten der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung und der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts von 2009 zeigen, schrumpft die Bevölkerung in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen nicht nur seit 2003, sondern sie altert auch in zunehmendem Maße und in mehrfacher Hinsicht.

- Aufgrund der Geburtenrückgänge in den zurückliegenden Jahrzehnten und aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung wird der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung deutlich steigen. Der Altenquotient, der das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren zur Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren widerspiegelt, stieg in Nordrhein-Westfalen von rund 28 Prozent im Jahr 2000 auf 34 Prozent im Jahr 2009. Vor allem bedingt durch den bald beginnenden Eintritt der sogenannten „Baby-Boomer“-Generation in die Altersgruppe der über 65-Jährigen wird bis zum Jahr 2030 mit einem starken Anstieg des Altenquotienten auf rund 49 Prozent gerechnet und bis zum Jahr 2060 auf 65 Prozent (s. Abbildung 1).
- Die Altersstruktur der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird sich ebenfalls zu den Älteren hin verschieben: Beim Anteil der 55- bis unter 65-Jährigen unter den 15- bis 65-Jährigen rechnet man in den kommenden Jahren mit einem deutlichen Anstieg von 18 Prozent (2008) bis auf 26 Prozent (2024).
- Die absolute Zahl von Älteren über 65 Jahre wird ebenfalls steigen: Für Nordrhein-Westfalen rechnet man in den kommenden Jahren mit einem Anstieg von rund 3,6 Mio. (2008) auf bis zu etwas über 5 Mio. (2037). Dies entspräche einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 1,12 Prozent. Danach ist wieder mit einer rückläufigen Entwicklung Älterer zu rechnen.
- Mitbedingt durch die tendenziell weiter zunehmende Langlebigkeit wird bei der Zahl der Hochbetagten mit über 80 Jahren mit einem deutlichen Anstieg von rund 888.000 (2008) bis auf rund zwei Mio. (2050) gerechnet.

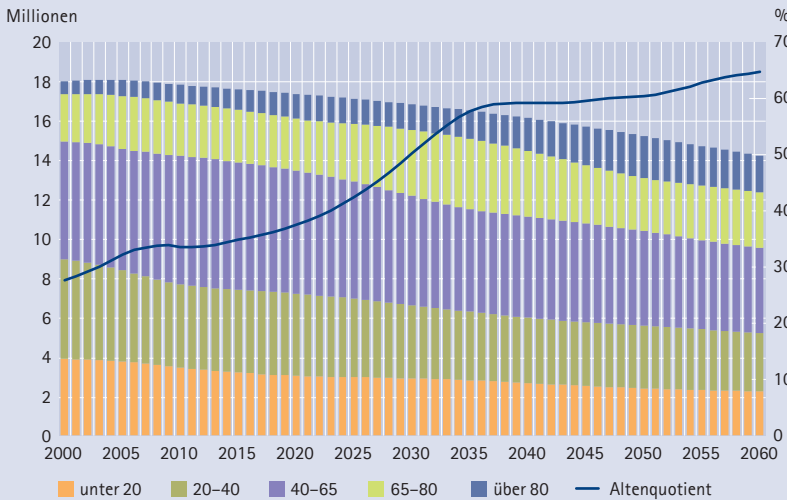
Auf regionaler Ebene offenbaren sich deutliche zeitliche Verschiebungen des demografischen Wandels. So setzte im Bergischen Land und vor allem im Ruhrgebiet bereits ab Anfang der neunziger Jahre eine kontinuierlich rückläufige Bevölkerungsentwicklung ein, während im Gegensatz dazu im Münsterland eine solche bisher noch nicht zu beobachten ist.² Der Altenquotient zeigt die damit einherge-

² Auf Kreisebene vorliegende Daten für Nordrhein-Westfalen wurden für großräumigere regionale Vergleiche zu sechs Regionen zusammengefasst: Rheinland, Ruhrgebiet, Münsterland, Bergisches Land, Südwestfalen und Ostwestfalen-Lippe.

gangenen Alterungstendenzen der Bevölkerung: Während er im Bergischen Land und im Ruhrgebiet 2009 bei über 36 Prozent lag, waren es im Münsterland nur rund 25 Prozent.

Abbildung 1

Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen in Millionen sowie Entwicklung des Altenquotienten in Prozent ab dem Jahr 2000*



* ab 2009 Prognosewerte

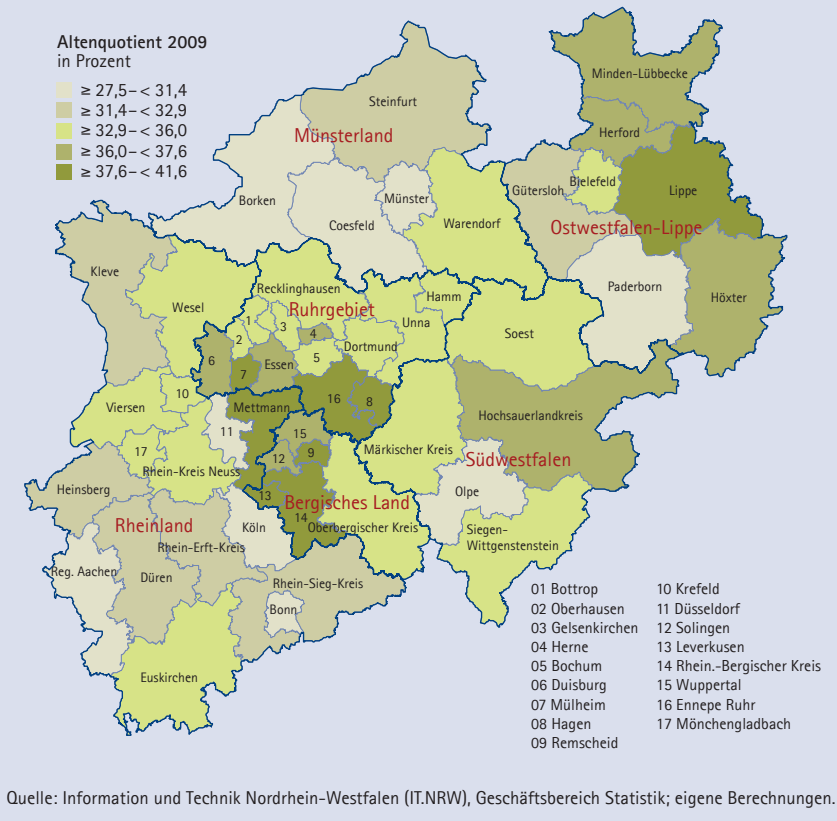
Quelle: Daten bis 2008: Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstands; Daten ab 2009: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1_W1) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder mit Basis 2008; eigene Berechnungen.

Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte reichte die Spanne beim Altenquotienten 2009 von 41,6 Prozent in Mülheim bis zu 27,6 Prozent in Paderborn (vgl. Abbildung 2). Zu den Regionen mit deutlich überdurchschnittlich hohen Anteilen älterer Einwohner gehören neben dem bereits erwähnten Bergischen Land, der Süden des Ruhrgebiets sowie die eher ländlichen Kreise am östlichen Rand des Landes. Relativ niedrige Anteile Älterer finden sich neben Paderborn in den großen Städten der Rheinschiene (Bonn, Köln, Düsseldorf), in Aachen sowie dem Münsterland.

In der Zeit zwischen 2000 und 2009 hat sich die Zahl der 65-Jährigen und Älteren in Nordrhein-Westfalen um rund 19 Prozent bzw. im jährlichen Durchschnitt um 1,74 Prozent erhöht. Dabei hatten Regionen wie das Ruhrgebiet und das Bergische Land, in denen Ältere auch schon 2000 einen relativ hohen Bevölkerungsanteil hatten, nur relativ geringe Zuwächse. In Gelsenkirchen blieb die Zahl Älterer etwa weitgehend unverändert. Deutlich überdurchschnittliche Zuwächse mit bis zu 35,8 Prozent (Rhein-Sieg-Kreis) gab es insbesondere in den an die Rheinschiene-Metropolen angrenzenden Kreisen und im Münsterland.

Abbildung 2

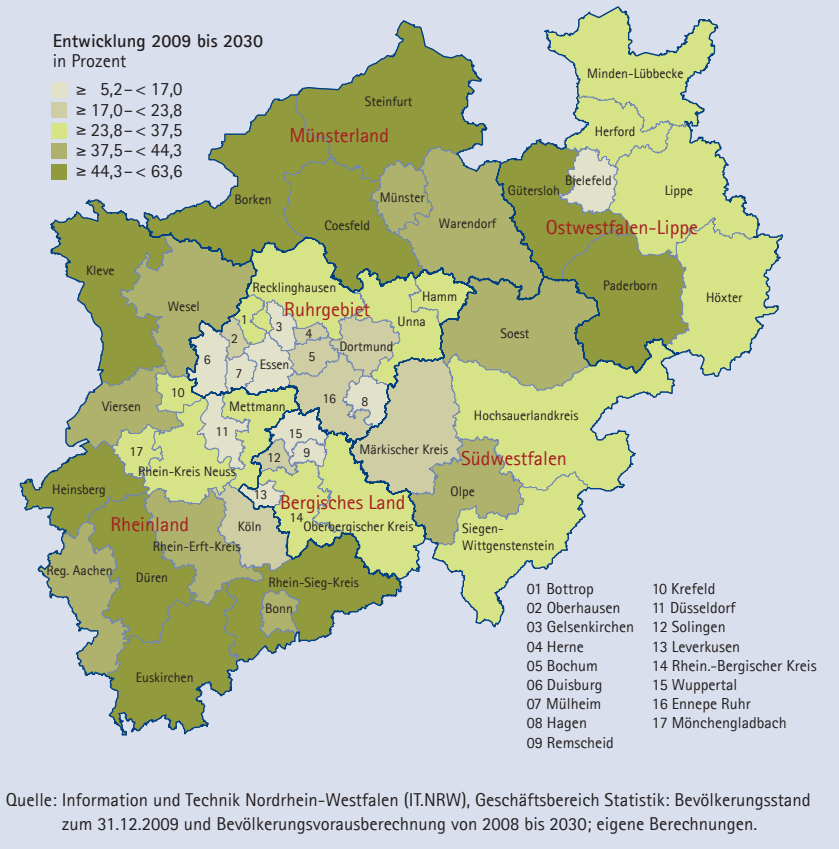
Bevölkerungs-Altenquotienten der Kreise Nordrhein-Westfalens 2009



Nach Berechnungen der amtlichen Statistik (IT.NRW) (vgl. Cicholas/Ströker 2009) ist in den meisten Regionen bis 2030 mit einem Bevölkerungsrückgang zu rechnen. Nur in 12 Kreisen bzw. kreisfreien Städten wird die Bevölkerung weiter zunehmen. Gleichzeitig wird überall die Zahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren wachsen. Für das Land insgesamt wurde ein Anstieg der Zahl Älterer ab 65 Jahren bis 2030 um knapp 30 Prozent vorhergesagt. Coesfeld nimmt mit einer erwarteten Zunahme der älteren Bevölkerung bis 2030 um 63,6 Prozent den Spitzenplatz in Nordrhein-Westfalen ein. Mit starken Zuwächsen der älteren Bevölkerung ist vor allem in den Regionen zu rechnen, in denen der Altenquotient momentan noch relativ niedrig ist, wie etwa dem Münsterland, Ostwestfalen und dem Süden des Landes. In der Städtereion Aachen und den Großstädten entlang der Rheinschiene werden der Altenquotient und die Zahl Älterer gleichwohl weitgehend auf einem relativ niedrigen Niveau bleiben (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3

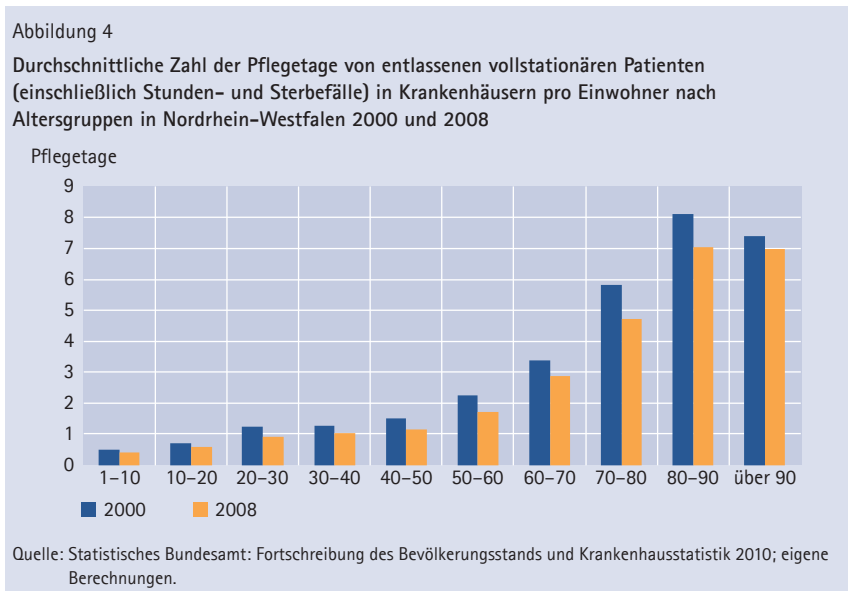
Prognose der Bevölkerungsentwicklung Älterer ab 65 Jahren in den Kreisen Nordrhein-Westfalens von 2009–2030 in Prozent



Diese Alterungsprozesse dürften erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft und insbesondere deren Kernbereich haben, denn das Krankheits- und Pflegerisiko ist stark mit dem Alter korreliert. So dürfte es trotz eines zunehmenden Bevölkerungsrückgangs aufgrund der steigenden Zahl älterer Einwohner zu einer steigenden Nachfrage nach Leistungen im Bereich der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung kommen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRG 2009: 13) kommt zu der Einschätzung, dass „... die mit dem absehbaren demografischen Wandel einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen erfordern. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung“. Hinzu kommt, dass diese demografischen Prozesse

auch Auswirkungen auf die Angebotsseite des Gesundheitswesens haben, als natürlich auch bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu den Älteren zu erwarten ist und damit ein steigender Ersatzbedarf für altersbedingt ausscheidende Fachkräfte.

Für die stationäre medizinische Versorgung in Krankenhäusern und die stationären Pflegeeinrichtungen stehen im Unterschied zu den übrigen Bereichen der Gesundheitswirtschaft altersspezifische Patienten- bzw. Pflegebedürftigenzahlen zur Verfügung, sodass sich hier relativ gut Zusammenhänge zwischen einer alternden Bevölkerung und einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen analysieren lassen.



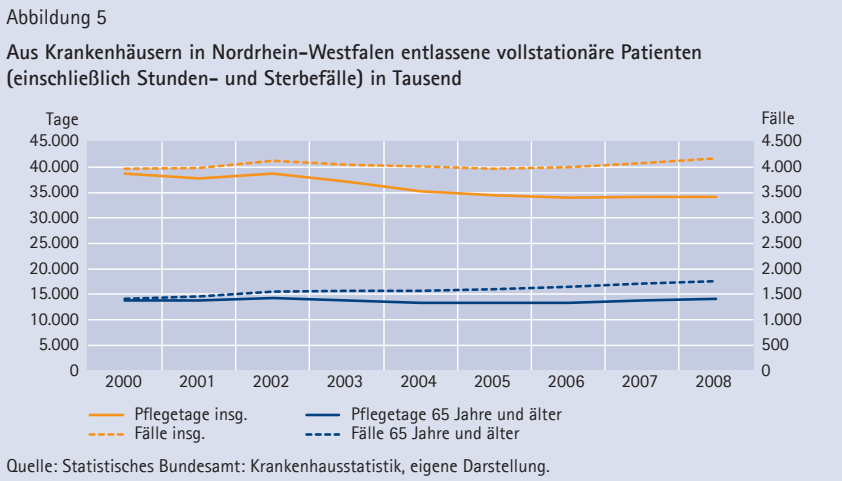
Mit Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik, die neben der Zahl und dem Alter der Patienten unter anderem auch Daten zur Zahl der Pfl egetage und damit Daten zum zeitlichen Volumen der Versorgungsleistungen enthält, lässt sich etwa zeigen, wie stark die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Bereich der Krankenhäuser mit dem Alter zunimmt. Abbildung 4 zeigt, dass auf jeden Einwohner Nordrhein-Westfalens im Alter zwischen 10 und unter 20 Jahren im Jahr 2008 durchschnittlich etwas mehr als ein halber Pfl egetag kam, während dies bei den Einwohnern im Alter zwischen 80 und unter 90 Jahren sieben Tage waren.

Eine Darstellung der Entwicklung der Zahl entlassener Patienten sowie der in Krankenhäusern verbrachten Pfl egetage in Nordrhein-Westfalen (vgl. Abbildung 5) zeigt, dass die Zahl von Krankenhaus-Patienten-Fällen zwischen 2000 und 2008 mit Schwankungen leicht gestiegen ist: von rund 3,89 Mio. auf rund 3,97 Mio. Im

gleichen Zeitraum ging aber die Zahl der von Patienten in Krankenhäusern verbrachten Pflēgetage mit Schwankungen von 38,4 Mio. Tagen auf 33,4 Mio. Tage zurūck.³ Anders ausgedrūckt: Wāhrend die Zahl der Patienten-Fälle um 2,2 Prozent stieg, ging die Zahl der Pflēgetage um 10,4 Prozent zurūck. Dahinter steht eine deutliche Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer in Krankenhäusern in den vergangenen Jahren. Diese sank allein zwischen 2000 und 2008 von 9,9 Tagen auf 8,3 Tage. Dabei waren alle Altersgruppen betroffen (vgl. Abbildung 4). Wāre die durchschnittliche Krankenhausverweildauer im gesamten Zeitraum beim Stand vom Jahr 2000 geblieben, hātte sich die Zahl der Pflēgetage aufgrund gesteigerter Patientenfallzahlen rein rechnerisch um 6,3 Prozent auf rund 40,8 Mio. Tage erhēht. Diese Reduzierung der Krankenhaus-Behandlungszeiten dūrftte in nicht unerheblichem Umfang durch die im Krankenhauswesen ab Mitte der neunziger Jahre vollzogenen Umbrūche hervorgerufen worden sein, wie etwa der schrittweisen Einfūhrung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems ab 2003, die die finanzielle Attraktivitāt langer Patienten-Verweildauern fūr die Krankenhäuser reduzierte. Erheblich begünstigt wurde diese Reduzierung der Behandlungszeiten aber sicherlich auch durch die Erhēhung der ambulanten Leistungen, Verānderungen der Aufnahme- und Belegungssystematik der Krankenhäuser sowie generell den medizinisch-technischen Fortschritt und effizientere Behandlungskonzepte. Zwar ging im gleichen Zeitraum auch die durchschnittliche Verweildauer von Patienten im Alter von 65 und mehr Jahren von 12,4 Tagen auf zehn Tage zurūck, doch da gleichzeitig die Bevōlkerung in dieser Altersgruppe um rund 18 Prozent wuchs und die entsprechenden Patientenzahlen in Krankenhäusern um rund 25 Prozent zunahm und damit deutlich stārker als im Durchschnitt aller Altersgruppen, sank die Zahl der Pflēgetage zwischen 2000 und 2008 nicht, sondern stieg von 13,8 Mio. Tagen auf 14,1 Mio. Tage. Die Rūckgānge der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer der ūber 65-Jāhrigen wurden also durch die stark ansteigenden Fallzahlen mehr als kompensiert, sodass sich zwischen 2000 und 2008 der Anteil von Pflēgetagen in Krankenhäusern von ūber 65-jāhrigen Patienten an der Summe aller Pflēgetage von 45,5 Prozent im Jahr 2000 auf 52,7 Prozent im Jahr 2008 erhēhte. Ergebnisse der Krankenhausstatistik zeigen auch, dass trotz steigender Patientenzahlen das Personal im Pflegedienst im Zeitraum von 2003 bis 2008 um 5,8 Prozent (in Vollzeitäquivalenten) zurūckging. Entsprechend erhēhte sich auch die Zahl der rechnerisch pro Pflege-Vollkraft gepflegten Patienten in Nordrhein-Westfalen im gleichen Zeitraum von 55,1 auf 60,2. Dieser Personalabbau der letzten Jahre ging einher mit einem deutlichen Abbau von Krankenhausbetten und Krankenhäusern (vgl. MAGS NRW 2010). Dennoch lag auch noch 2007 die Bettendichte in Nordrhein-West-

3 Berücksichtigt wurden hier nur Patienten, die älter als ein Jahr waren.

falen, d. h. die Anzahl der Krankenhausbetten bezogen auf die Wohnbevölkerung, deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt.



In einer vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Prognose (Statistisches Bundesamt 2010) der bis 2030 gegenüber 2008 zu erwartenden Veränderung der Krankenhausfälle kommt man in einem Status-quo-Szenario, in dem die alters- und geschlechtsspezifischen Diagnosefallquoten der Jahre 2006 bis 2008 konstant gehalten und mit den alters- und geschlechtsspezifischen Daten der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung⁴ interpoliert wurden, zu dem Ergebnis, dass in Nordrhein-Westfalen bis dahin mit einem Anstieg um 6 Prozent und in Deutschland insgesamt um 8 Prozent zu rechnen ist.

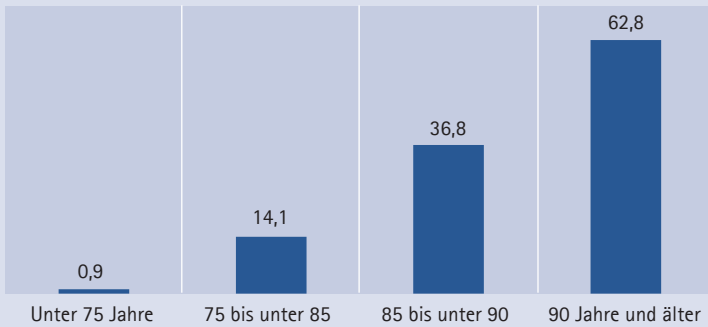
Eine ähnliche Status-quo-Berechnung von Cicholas und Ströker (2010), bei der die Entwicklung der Zahl der Krankenhausfälle in Nordrhein-Westfalen bis 2050 auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung für Nordrhein-Westfalen berechnet wurde, prognostiziert einen noch höheren Anstieg von rund 4,1 Mio. Fällen im Jahr 2008 auf bis zu 4,6 Mio. Fällen im Jahr 2040 bzw. einen Anstieg um 13,5 Prozent. Bei der Zahl der Krankenhausfälle von Patienten im Alter von 75 und mehr Jahren rechnet man sogar mit mehr als einer Verdopplung.

Auch im Bereich der Pflege zeigt sich natürlich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. So steigt der Anteil der Pflegebedürftigen⁵ in den Altersgruppen der über 75-Jährigen deutlich an (vgl. Abbildung 6).

⁴ Variante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“.

⁵ Statistik über die Empfänger von Pflegegeldleistungen. Erfasst sind hier nur die Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Pflegebedürftige, die nicht mindestens der Pflegestufe I zugeordnet sind, bleiben so unberücksichtigt.

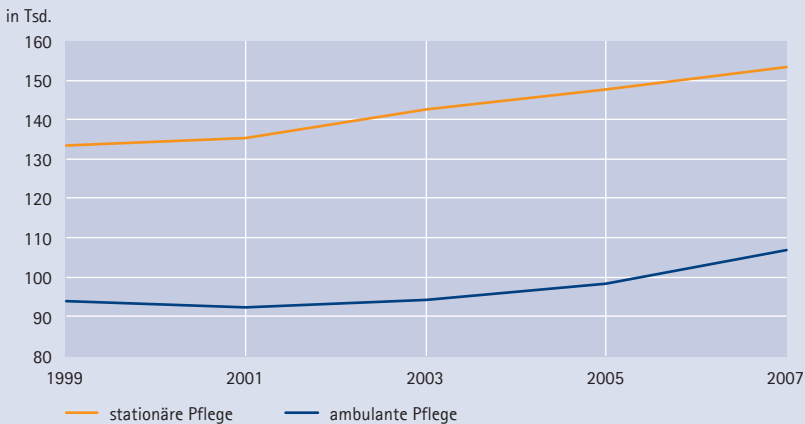
Abbildung 6
 Pflegequoten⁶ nach Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen 2007 in Prozent



Quelle: Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts; eigene Darstellung.

Zwischen 1999 und 2007 hat sich die Zahl der Einwohner im Alter von 75 und mehr Jahren in Nordrhein-Westfalen um rund 22 Prozent erhöht; aufgrund der höheren Pflegequoten dieser Altersgruppe stieg auch entsprechend die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum. Dabei fällt der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um rund 4 Prozent auf rund 485.000 in diesem Zeitraum noch relativ moderat aus, im gleichen Zeitraum stieg aber die Zahl der in stationären Einrichtungen versorgten Pflegebedürftigen um 15 Prozent auf rund 153.000 und der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen um 14 Prozent auf rund 107.000 (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7
 Pflegebedürftige in stationärer und ambulanter Pflege in Nordrhein-Westfalen 1999–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik; eigene Darstellung.

6 Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe.

Ähnlich wie bei den Krankenhausdaten wurde von Cicholas und Ströker (2010) auf der Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung und der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten zwischen 2003 und 2007 eine Status-quo-Berechnung der weiter bis 2050 zu erwartenden Pflegefälle durchgeführt. Danach ist bis 2030 mit einem Anstieg der Pflegefälle im Land gegenüber dem Stand von 2007 um 46 Prozent auf rund 710.000 zu rechnen und bis 2050 gar mit einer Verdopplung auf rund 946.000. Hinzu kommt, dass sich die Altersstruktur der Pflegebedürftigen zu den Älteren hin verschiebt, sodass bis 2050 mit einem Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen im Alter von 80 und mehr Jahren auf 77 Prozent gerechnet wird. Im Hinblick auf die Pflegeart wird im Bereich der stationären Pflege in Heimen mit einem Anstieg der Pflegefälle bis 2030 um 58 Prozent und bis 2050 um 122 Prozent gerechnet, im Bereich der ambulanten Pflege bis 2030 um 51 Prozent und bis 2050 um 111 Prozent und bei der Zahl der Pflegegeldempfänger, d. h. pflegebedürftigen Personen, deren Pflege von Angehörigen übernommen wird, um 69 Prozent. Die auf der Ebene der Kreise von Cicholas und Ströker (2010) durchgeführte Modellrechnung sagt für den Zeitraum von 2007 bis 2030 landesweit eine Zunahme der Pflegebedürftigen um 46,4 Prozent voraus, wobei für die kreisfreien Städte des Landes mehrheitlich mit einer niedrigen relativen Zunahme zu rechnen ist und in den Landkreisen eher mit relativ hohen Zuwächsen bis zu 80 Prozent (Kreis Coesfeld). Bei den Status-quo-Berechnungen bzw. Interpolationen auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung der zu erwartenden Pflegefälle nach Pflegearrangement wurde davon ausgegangen, dass sich die Relation zwischen der Zahl der von Angehörigen und der in Einrichtungen gepflegten Pflegebedürftigen nicht verändert. Da aber Ältere zunehmend in Ein-Personen-Haushalten leben, partnerschaftliche Bindungen im Wandel sind, der Anteil kinderloser Paare steigt, ebenso wie die räumliche Entfernungen zwischen Eltern und Kindern und die Erwerbsquoten der Frauen (die den Großteil der familiären Pflege bewerkstelligen), ist eher eine Abnahme der Pflege im Familienverband zu erwarten. Deshalb wurde von Pohl (2011) ein Alternativszenario berechnet, bei dem der Effekt dieses Trends berücksichtigt wurde. Dazu wurde die Zahl der nicht von Pflegedienstleistern gepflegten Pflegebedürftigen bis 2030 konstant gehalten und der zu erwartende Anstieg voll auf die ambulanten und stationären Pflegedienstleister umgelegt. Danach wäre bis 2030 im Bereich der stationären Pflege landesweit gar mit einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger um 89 Prozent zu rechnen und im Bereich der ambulanten Pflege mit einem Anstieg um 82 Prozent. Obwohl wichtige Rahmenbedingungen der familialen oder nachbarschaftlichen „Fürsorgereserve“ wie die Familien- und Haushaltsstrukturen einem stetigen Wandel unterworfen sind, ist zu berücksichtigen, dass immer noch mehr

als vier Fünftel aller Pflegebedürftigen über 60-Jährigen in Privathaushalten versorgt werden, wobei die familiäre Pflege in etwa einem Viertel der Fälle durch ambulante Dienste unterstützt wird (Voges 2002: 71).

4 Regionale Unterschiede der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen waren 2010 allein im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft rund 613.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und rund 106.000 ausschließlich geringfügig Beschäftigte beschäftigt (Tabelle 1). Dies entspricht einem Anteil von 10,7 Prozent an allen sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig Beschäftigten im Land. Zusammen mit den Erweiterungsbereichen addiert sich der Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft auf 14 Prozent. Dabei liegen die Beschäftigtenanteile in Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen nah am bundesdeutschen Durchschnitt bzw. leicht darüber. Allein der Beschäftigtenanteil im Bereich Pharmazeutische Industrie, Gesundheitshandwerk und Medizintechnik (Erweiterungsbereich 2) ist in Nordrhein-Westfalen mit 0,6 Prozent deutlich niedriger.

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft waren in Nordrhein-Westfalen 2010 nur noch etwas mehr als die Hälfte (53,4%) der Beschäftigten sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte und der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigten lag knapp bei einem Drittel (31,8%) und war damit rund doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft (15,6%). Im Gegensatz dazu belief sich der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten im Bereich der Pharmazeutischen Industrie, dem Gesundheitshandwerk und der Medizintechnik (Erweiterungsbereich 2) in Nordrhein-Westfalen auf 78,1 Prozent. Ausschließlich geringfügige Beschäftigte spielten vor allem im Bereich des Handels mit Gesundheitsprodukten und der Apotheken (Erweiterungsbereich 1) eine wichtige Rolle, während sie in allen anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zum Durchschnitt aller Wirtschaftszweige nur unterdurchschnittlich vertreten waren. Im Bereich der Krankenversicherungen und der öffentlichen Verwaltung stellen sie eher die Ausnahme dar.

Tabelle 1

Sozialversicherungspflichtig* Beschäftigte (SVB) und ausschließlich geringfügig Beschäftigte (aGeB) in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Nordrhein-Westfalen zum 30.6.2010

2010		Kernbereich	Handel (Erweiterungs- bereich 1)	Vorleistungs- industrien (Erweiterungs- bereich 2)	Verwaltung (Erweiterungs- bereich 3)	Alle Wirt- schafts- bereiche
Deutschland						
SVB	Anzahl	2.831.737	307.383	274.230	425.219	25.971.952
aGeB	Anzahl	407.310	68.256	22.496	6.917	4.916.487
SUMME SVB und aGeB	Anzahl	3.239.047	375.639	296.726	432.136	30.888.439
darunter SVB Vollzeit	Anteil %	54,62	63,30	82,45	70,48	67,15
darunter SVB Teilzeit	Anteil %	32,80	18,51	9,97	27,92	16,92
darunter aGeB	Anteil %	12,58	18,18	7,58	1,60	15,92
SUMME SVB aGeB an allen Wirtschaftsbereichen	Anteil %	10,49	1,22	0,96	1,40	100,00
Nordrhein-Westfalen						
SVB	Anzahl	612.718	66.444	34.781	89.111	5.438.406
aGeB	Anzahl	106.130	18.232	5.543	1.711	1.253.265
SUMME SVB und aGeB	Anzahl	718.848	84.676	40.324	90.822	6.691.671
darunter SVB Vollzeit	Anteil %	53,42	62,90	78,13	74,52	65,71
darunter SVB Teilzeit	Anteil %	31,81	15,57	8,12	23,60	15,55
darunter aGeB	Anteil %	14,77	21,54	13,75	1,88	18,74
SUMME SVB aGeB an allen Wirtschaftsbereichen	Anteil %	10,74	1,27	0,60	1,36	100,00

* ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

5 Beschäftigungslokalisation in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft

Die räumliche Verteilung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den einzelnen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen zeigt Abbildung 1 anhand der Lokalisationsquotienten. Der Lokalisationsquotient setzt die Branchenanteile eines Kreises mit den Branchenanteilen im bundesdeutschen Durchschnitt in Beziehung. So zeigt ein Lokalisationsquotient kleiner eins einen unterdurchschnittlichen Beschäftigtenanteil der entsprechenden Branche an und

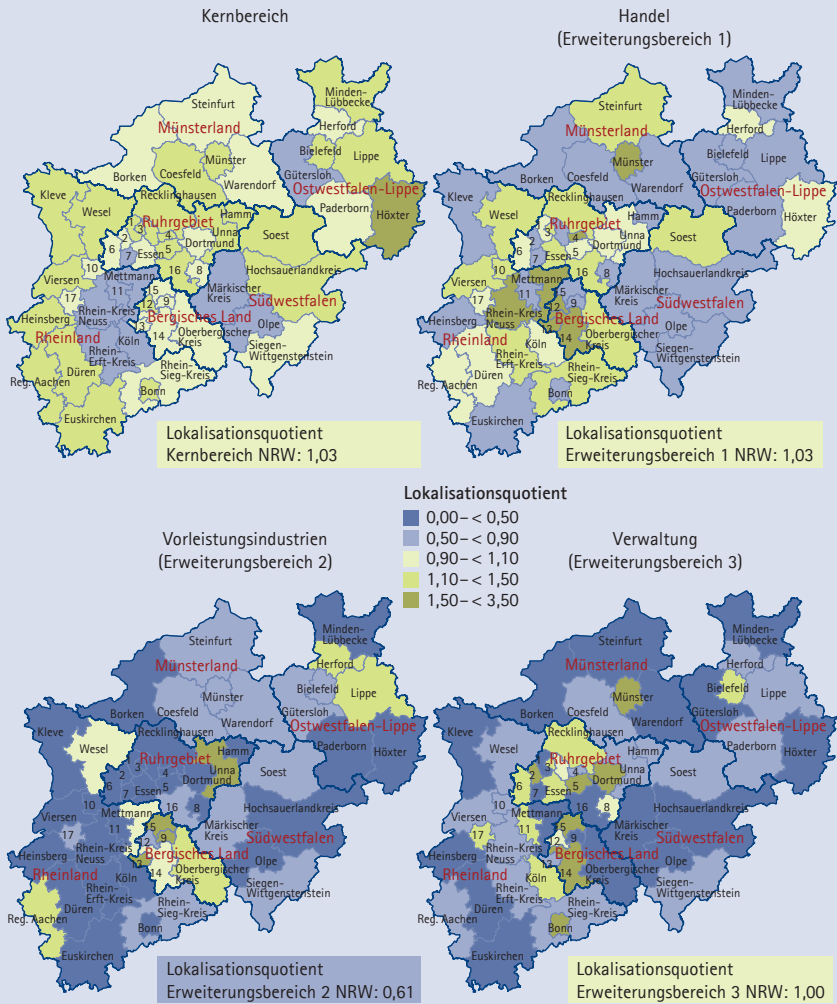
ein Quotient größer eins einen überdurchschnittlichen Branchenanteil. Beim Vergleich der einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft zeigt sich, dass der Anteil der im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten nur relativ geringfügig zwischen den Regionen variiert, während insbesondere die Pharmazeutische Industrie, das Gesundheitshandwerk, die Medizintechnik (Erweiterungsbereich 2) und die Krankenversicherungen und die öffentliche Verwaltung (Erweiterungsbereich 3) stark in einzelnen Regionen konzentriert sind.

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft reichte die Spanne 2010 von Höxter, mit einem Lokalisationsquotienten von 1,6 bzw. einem Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 17,4 Prozent, bis Gütersloh, mit einem Lokalisationsquotienten von 0,6 bzw. einem Beschäftigtenanteil von 6,2 Prozent. In Höxter dürfte die hohe Zahl an Kurseinrichtungen eine wesentliche Ursache dafür sein, dass sich hier allein der Anteil der in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf 13,2 Prozent beläuft. Neben einer überregionalen Bedeutung als Kurregion, wie im Fall des Kreises Höxter, kommt kreisfreien Städten vielfach eine Funktion als Versorgungszentrum für gesundheitliche Dienstleistungen für die umliegenden Kreise zu. Deutlich zu erkennen ist das in Münster und dem Münsterland sowie in Bielefeld und dem Kreis Gütersloh. In den Kreisen und Städten entlang der Rheinschiene nördlich von Bonn ist der Beschäftigtenanteil im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nur unterdurchschnittlich, während er im Münsterland und Ostwestfalen-Lippe etwas über dem Durchschnitt liegt.

Der Teilbereich Groß- und Einzelhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen, Apotheken und Augenoptikern (Erweiterungsbereich 1) hat vor allem in Leverkusen (Lokalisationsquotient 3,1), dem Rhein-Kreis-Neuss, dem Rheinisch-Bergischen Kreis, Solingen, Mettmann, Herne und Münster überdurchschnittlich hohe Beschäftigtenanteile (vgl. Abbildung 8). Die Unterschiede zu den übrigen Regionen des Landes werden aber vor allem durch die Konzentration des Großhandels mit Gesundheitsprodukten sowie der Betriebe im Bereich der Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf auf einzelne Regionen hervorgerufen. In Leverkusen und Solingen ist dies vor allem der Bereich der Handelsvermittlung und in den übrigen genannten Regionen mit hohem Lokalisationsquotient der Großhandel mit Erzeugnissen für das Gesundheitswesen.

Abbildung 8

Lokalisationsquotienten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Kreisen Nordrhein-Westfalens im Kernbereich und den drei Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft 2010



Anm.: 01 Bottrop, 02 Oberhausen, 03 Gelsenkirchen, 04 Herne, 05 Bochum, 06 Duisburg, 07 Mülheim, 08 Hagen, 09 Remscheid, 10 Krefeld, 11 Selsdorf, 12 Solingen, 13 Leverkusen, 14 Rhein.-Bergischer Kreis, 15 Wuppertal, 16 Ennepe Ruhr, 17 Mönchengladbach.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Ein noch höheres Maß an Branchen-Lokalisation zeigt sich in Abbildung 8 für den Bereich Pharmazeutische Industrie, Gesundheitshandwerk, Medizintechnik (Erweiterungsbereich 2). Eine relativ hohe Konzentration dieser Branchen gibt es vor allem im Bergischen Land, einer Region, in der die Pharmazeutische Industrie (Leverkusen und Wuppertal) und die Medizintechnik (Solingen und Oberbergischer Kreis) nicht

nur schon seit Langem eine wichtige Rolle spielten, sondern in der auch in weiteren Bereichen dieser Wertschöpfungskette wie etwa in der Handelsvermittlung von Erzeugnissen dieser Industrien (vor allem in Leverkusen und Solingen) relativ viele Beschäftigte tätig sind. Darüber hinaus finden sich in Herford, Lippe und der Städtereion Aachen überdurchschnittlich hohe Beschäftigtenanteile im Bereich der Medizintechnik und in Unna im Bereich der Pharmazeutischen Industrie. Der Beschäftigungsanteil dieser Branchen liegt in Nordrhein-Westfalen insgesamt nah am bundesdeutschen Durchschnitt. Die Pharmazeutische Industrie und die Medizintechnik sind in Deutschland stark exportorientiert. Nordrhein-Westfalen gehört zu den Bundesländern mit dem höchsten Exportvolumen dieser Branchen, nach den südlichen Ländern (vgl. von Bandemer/Salewski/Schwanitz 2009).

Der relativ weit gefasste Bereich der Versicherungs- und Verwaltungseinrichtungen der Gesundheitswirtschaft konzentriert sich – wie nicht anders zu erwarten – im Wesentlichen auf die kreisfreien Städte des Landes (vgl. Abbildung 8, Erweiterungsbereich 3). Dabei hat Dortmund mit 3,4 den höchsten Lokalisationsquotienten im Land – hier arbeiten relativ viele Beschäftigte bei Krankenversicherungen, in der öffentlichen Verwaltung auf den Gebieten des Gesundheitswesens, Bildung und Kultur, des Sozialwesens und des Sports und bei Sozialversicherungsträgern. Relativ viele Beschäftigte bei Krankenversicherungen gibt es ebenso in Wuppertal und im Bereich der öffentlichen Verwaltung in Bonn.

Fasst man die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft im Kernbereich und den Erweiterungsbereichen zusammen, so zeigt sich, dass insbesondere das Ruhrgebiet und das Bergische Land die Regionen in Nordrhein-Westfalen sind, in denen im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt der Beschäftigtenanteil im Gesundheitswesen leicht überdurchschnittlich ist. Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte liegen Münster, Leverkusen, Wuppertal und Höxter mit einem Lokalisationsquotienten über 1,3 vorn.

Auf Landesebene und in einzelnen Regionen werden von relevanten regionalen Unternehmens-Verbänden und staatlichen Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren zunehmend Initiativen ergriffen, um die Entwicklungschancen der Gesundheitswirtschaft zu nutzen. So bildeten sich ab Ende der neunziger Jahre regionale Branchenverbände und Netzwerkinitiativen der Gesundheitswirtschaft von Ostwestfalen-Lippe, über die Metropole Ruhr, Aachen, Köln-Bonn, Münster bis Südwestfalen.⁷ Auf Landesebene wurde die nordrhein-westfälische Wirtschafts- und Strukturpolitik 2008 um ein eigenständiges Clustermanagement für die Gesundheitswirtschaft ergänzt, das die Netzwerkbildung und

7 Im Bericht zum Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt von 2001 (MFJFG 2001) findet sich eine ausführliche Analyse der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen in den achtziger und neunziger Jahren sowie Regionalstudien zur Gesundheitswirtschaft im Rheinland, in Ostwestfalen-Lippe und im Ruhrgebiet.

Profilbildung in der Gesundheitswirtschaft unterstützen soll.⁸ Neben dem Ausbau von Einrichtungen der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren ist auch die Einrichtung des „Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen“ zu erwähnen, in dem die im Land vorhandenen Kompetenzen aus der gesundheitsbezogenen Forschung und Entwicklung gebündelt werden sollen sowie die neu eingerichtete „Hochschule für Gesundheit“ mit Studiengängen in nicht ärztlichen Heilberufen.

6 Struktur und Entwicklung der Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft

Im Hinblick auf die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen ist zunächst die Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre zu untersuchen.

Dabei beschränkt sich die Analyse auf die Struktur und Entwicklung der Beschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Zum einen, weil sich in diesem der demografische Wandel am direktesten niederschlagen dürfte, zum anderen, weil aufgrund von Veränderungen in der Systematik der zugrundeliegenden Wirtschaftszweigklassifikationen weiter zurückreichende Zeitreihenanalysen für die Erweiterungsbereiche der Gesundheitswirtschaft nur eingeschränkt möglich wären.

Insgesamt ist die Zahl der (sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig) Beschäftigten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen von rund 607.000 im Jahr 2000 auf rund 719.000 im Jahr 2010 gestiegen.⁹ Dies entspricht einer Zunahme um 18,4 Prozent bzw. einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 1,6 Prozent. Diese positive Entwicklung wird kontrastiert durch die Entwicklung der Beschäftigtenzahl in Nordrhein-Westfalen über alle Wirtschaftszweige, denn diese wuchs über den gesamten Zeitraum lediglich um 1,9 Prozent.

Auf der Ebene der Regionen und Kreise in Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass zwischen 2000 und 2010 insbesondere im Münsterland (27,9%) und im Rheinland (23,2%) – beides Regionen in denen es im Zeitraum 2000 bis 2009 noch leichte Bevölkerungszuwächse gab – die Zahl der Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens stark zunahm, während die Zuwächse im Ruhrgebiet (12,1%) und in Südwestfalen (12,9%) – den beiden Regionen mit dem stärksten Bevölkerungsrückgang zwischen 2000 und 2009 – relativ klein waren.

8 Siehe <http://www.gesundheitswirtschaft-nrw.de>.

9 Die im Beobachtungszeitraum wechselnden Wirtschaftszweigklassifikationen, insbesondere der Übergang von der WZ 2003 zur WZ 2008 führt möglicherweise zu kleineren Verschiebungen der Zuordnungen in einzelnen Teilbereichen des Kernbereichs des Gesundheitswesens. So sind bei den Pflegeheimen in der WZ 2008 auch die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung berücksichtigt, die in der WZ 2003 noch getrennt erfasst wurden.

Auf der Ebene der Kreise gab es mit Mülheim a. d. R. (-8,0%) und Remscheid (-4,3%) zwei kreisfreie Städte, in denen die Zahl der Beschäftigten sogar rückläufig war und andererseits mit Heinsberg und Olpe zwei Kreise, in denen die Zunahme knapp über 40 Prozent lag.

Landesweit waren 4,7 Prozent aller Beschäftigten in Krankenhäusern beschäftigt, zwei Prozent in Arzt- und Zahnarztpraxen und 2,9 Prozent in Pflege- und Altenheimen sowie in Alten- und Behindertenwohnheimen. Mehr als die Hälfte (56%) der im Kernbereich des Gesundheitswesens Beschäftigten arbeiten in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen sowie in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

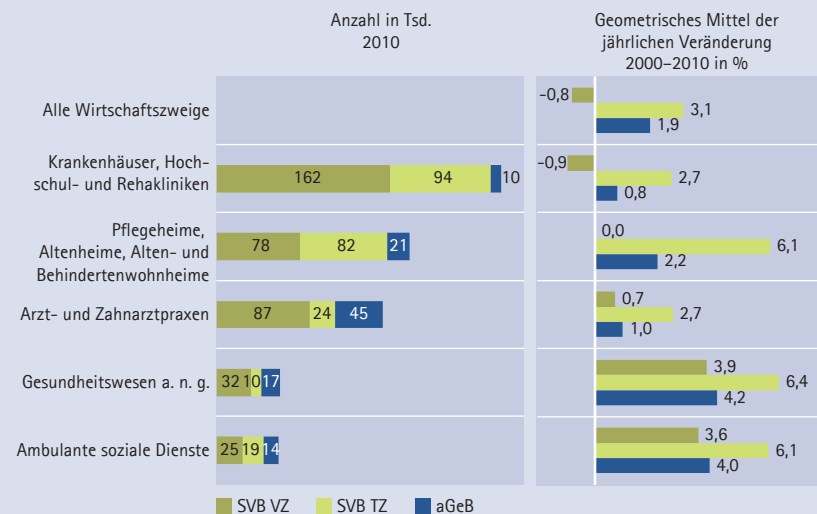
Abbildung 9 zeigt, wie sich die Zahl der Beschäftigten in den Teilbereichen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft nach Arbeitszeitformen zwischen 2000 und 2010 entwickelt hat. Zunächst ist festzustellen, dass es in allen Teilbereichen Beschäftigtenzuwächse gab. In den beiden kleinsten Teilbereichen – dem „Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt“¹⁰ und bei den „ambulanten sozialen Diensten“ lagen diese mit durchschnittlichen jährlichen Veränderungsdaten zwischen 3,6 Prozent und 6,4 Prozent am höchsten. Aber auch in den „Pflegeheimen, Altenheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen“ gab es mit jährlichen Raten von bis zu 6,1 Prozent starke Beschäftigtenzuwächse, wengleich sich diese fast ausschließlich auf Zuwächse der Teilzeitbeschäftigung und der geringfügigen Beschäftigung beschränkten. Dagegen ging im beschäftigungsstärksten Teilbereich der „Krankenhäuser, Hochschul- und Reha-Kliniken“ die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten zwischen 2000 und 2010 um knapp zehn Prozent bzw. rund 18.000 Beschäftigte zurück. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten und der ausschließlich geringfügig Beschäftigten um rund 24.000 Beschäftigte. Damit blieb die Beschäftigungsentwicklung in den Krankenhäusern hinter der Wirtschaft in Nordrhein-Westfalen insgesamt zurück. Allerdings wurde der rückläufige Trend 2008 gestoppt und die Zahl der Vollzeitbeschäftigten steigt auch in diesem Bereich seither wieder, sodass sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig Beschäftigten in „Krankenhäusern, Hochschul- und Reha-Kliniken“ 2010 auf rund 266.000 summierte. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft war der Anteil ausschließlich geringfügig Beschäftigter im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft mit einem Anteil von 14,8 Prozent an der Summe aus sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten 2010 noch unterdurchschnittlich und hat sich gegenüber dem Jahr 2000 mit einer durchschnittlichen jährlichen Rate von 2,2 Prozent auch nur in ähnlichem Umfang wie in der Wirtschaft insgesamt erhöht. In einzelnen

¹⁰ Dazu gehören u. a. Massage- und Krankengymnastikpraxen, Praxen von Hebammen und Entbindungshelfern, Praxen von Heilpraktikern und psychologischen Psychotherapeuten.

Teilbereichen wie den Arzt- und Zahnarztpraxen (28,8%), dem „Gesundheitswesen a. n. g.“ (28,8%) sowie im Bereich der „ambulanten sozialen Dienste“ (24,1%) hatte geringfügige Beschäftigung 2010 aber auch eine größere Bedeutung. In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen spielt geringfügige Beschäftigung dagegen eine relativ untergeordnete Rolle. Der Anteil ausschließlich geringfügig Beschäftigter ist in Nordrhein-Westfalen in allen Teilbereichen etwas höher als im bundesdeutschen Durchschnitt; im Kernbereich insgesamt macht dieses einen Unterschied von rund zwei Prozentpunkten aus.

Abbildung 9

Sozialversicherungspflichtig* Beschäftigte (SVB) und ausschließlich geringfügig Beschäftigte (aGeB) in den Einrichtungen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen sowie die durchschnittliche jährliche Entwicklung der Zahl der Beschäftigten (jeweils 30.06.)



* ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten; VZ=Vollzeit; TZ=Teilzeit

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

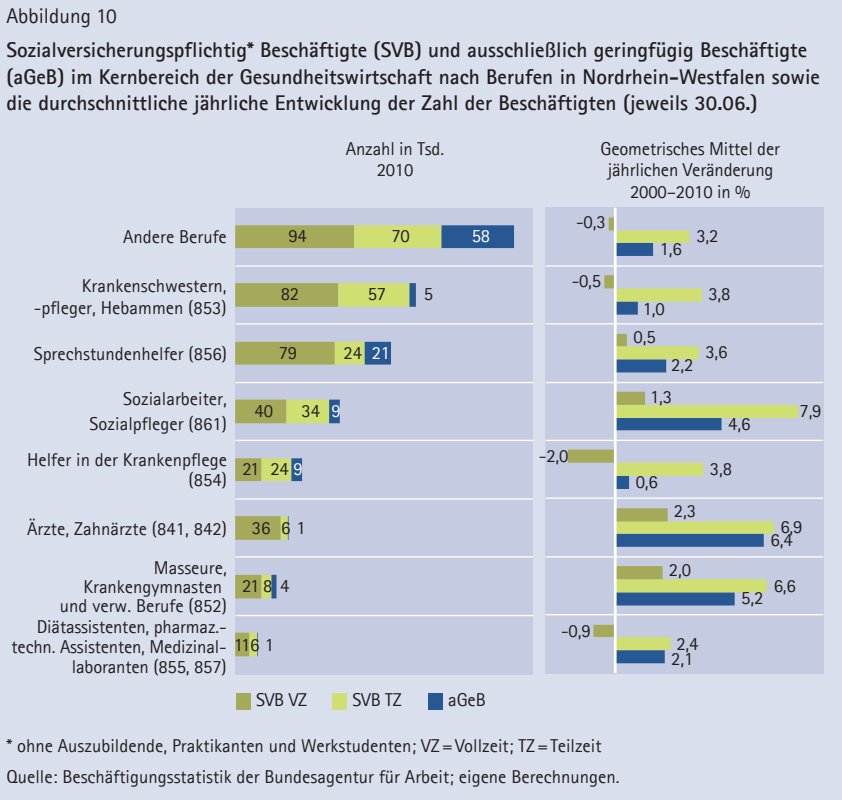
Die Beschäftigtenentwicklung der einzelnen Gesundheitsdienst- und Sozialberufe im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist in den vergangenen Jahren nicht nur deutlich besser verlaufen als in der Wirtschaft insgesamt, sondern die meisten der hier dargestellten Gesundheitsdienst- und Sozialberufe hatten zudem deutlich stärkere Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen als die anderen, nicht zu den Gesundheitsdienst- und Sozialberufen gehörenden Berufe (vgl. Abbildung 10). Die höchsten relativen Beschäftigungszuwächse gab es in den Berufsordnungs-

kategorien der Ärzte¹¹ und Zahnärzte, bei den „Masseuren, Krankengymnasten und verwandten Berufen“ sowie bei den „Sozialarbeitern, Sozialpflegern“¹² mit durchschnittlichen jährlichen Zuwächsen bei den Teilzeitbeschäftigten von bis zu 7,9 Prozent. Die Beschäftigtenentwicklungen der „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ sowie der „Helfer in der Krankenpflege“ war wie die Beschäftigungsentwicklung im Bereich der Krankenhäuser im Beobachtungszeitraum bei den Vollzeitbeschäftigten überwiegend rückläufig bis relativ moderat ansteigend. In allen Berufen wuchs die Zahl der (sozialversicherungspflichtigen) Teilzeitbeschäftigten sowie der ausschließlich geringfügig Beschäftigten deutlich stärker als die der Vollzeitbeschäftigten. Ausschließlich geringfügige Beschäftigung ist bei den „Ärzten und Zahnärzten“, den „Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen“ und den „Diätassistenten, pharmazeutisch-technischen Assistenten und Medizinallaboranten“ mit einem Anteil von weniger als fünf Prozent eine Randerscheinung, während ihr Anteil bei den „anderen Berufen“ 2010 rund ein Viertel der Beschäftigten (26,1%), bei den „Sprechstundenhelfern“ 16,6 Prozent und bei den „Helfern in der Krankenpflege“ 16,2 Prozent erreichte.

Ebenso wie in anderen Wirtschaftsbereichen wächst auch im Gesundheitswesen die Zahl der beschäftigten Leiharbeitnehmer; bezogen auf die hier ausgewerteten Gesundheitsdienstberufe verzehnfachte sich die Zahl der Leiharbeitnehmer seit 2000 auf rund 3.000 im Jahr 2010. Trotz dieser hohen relativen Zuwächse ist ihr Anteil gegenüber den regulär Beschäftigten also noch verschwindend klein. Bei den Helfern in der Krankenpflege sowie den „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“ war ihr Anteil an allen sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig Beschäftigten 2010 mit 1,7 Prozent bzw. 0,9 Prozent noch am höchsten.

11 Zum Vergleich: Nach Angaben der Ärztestatistik der Bundesärztekammer gab es zum 31.12.2009 in Nordrhein-Westfalen rund 70.200 registrierte berufstätige Ärzte, davon rund 36.000 im stationären Bereich. Die Beschäftigungsstatistik weist zum 30.06.2009 eine Summe von rund 42.600 sozialversicherungspflichtig oder ausschließlich geringfügig beschäftigte Ärzte aus. Die Zahl der bei der Ärztekammer gemeldeten, ambulant tätigen Ärzte wuchs danach zwischen 2000 und 2009 im Durchschnitt jährlich um rund 1,6%, die der stationär tätigen Ärzte um rund 1,8%.

12 Zu der Berufsgruppe der „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“ gehören neben Sozialarbeitern und Sozialpädagogen auch „Gesundheitsaufseher und -fürsorger“, „Ehe- und Erziehungsberater“, „Jugendpfleger und -fürsorger“, „Altenpfleger“, „Haus- und Familienpfleger“ sowie andere nicht genannte sozialpflegerische Berufe. Differenziert man die Auswertung der Beschäftigtenzahl der Berufsgruppe der „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“ nach der betrieblichen Branchenzuordnung, so zeigt sich, dass rund 60% dieser Beschäftigten im Bereich der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind und damit überwiegend Pflegekräfte sein dürften.



Wie oben schon mit Bezug zu den Daten aus der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) erwähnt, ist auch in Nordrhein-Westfalen der Anteil der weiblichen Beschäftigten in den Gesundheitsdienstberufen deutlich höher als der der männlichen Beschäftigten. Bezogen auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten lag der Frauenanteil in den vergangenen zehn Jahren in den ausgewerteten Gesundheitsdienst- und Sozialberufen relativ konstant bei rund 83 Prozent. Unter den Ärzten waren die Frauen 2010 mit 47,1 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten noch in der Minderheit und den höchsten Frauenanteil gab es bei den Sprechstundenhelfern mit 99,3 Prozent.

Bei beiden Geschlechtern zeichnete sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Alterungsprozess ab. So gab es zwischen 2000 und 2010 mit einem Zuwachs von rund 135 Prozent mehr als eine Verdopplung der Zahl der in den ausgewerteten Gesundheitsdienst- und Sozialberufen tätigen Beschäftigten im Alter von 50 und mehr Jahren. 2010 erreichte ihr Anteil an allen Beschäftigten rund ein Viertel (25,2%), während die Zahl der Beschäftigten im Alter bis zu 35 Jahren nach einer leicht rückläufigen Entwicklung bei 32,2 Prozent lag. Gleichwohl ist der Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitswesen noch etwas niedriger als im Durch-

schnitt aller Beschäftigter, der bei 28,6 Prozent liegt. Außerdem ging der Anteil jüngerer Beschäftigter im Durchschnitt aller Beschäftigten deutlich stärker zurück. Überdurchschnittlich viele ältere Beschäftigte im Alter von 50 und mehr Jahren mit Anteilen von über 30 Prozent gab es 2010 unter den „Helfern in der Krankenpflege“, den „Medizinallaboranten“ sowie den „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“. In den Pflegeberufen („Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“; „Helfer in der Krankenpflege“; „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“) war der Rückgang bei der Zahl der jungen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bis zu 35 Jahren (ohne Auszubildende) mit 4,6 Prozent überdurchschnittlich hoch und der Beschäftigtenanteil dieser Altersgruppe mit 27,5 Prozent nur unterdurchschnittlich. Allein aufgrund der Altersstruktur und dem relativ hohen Anteil älterer, bald aus dem Berufsleben ausscheidender Beschäftigter ist in den Pflegeberufen in den kommenden Jahren mit einem relativ hohen Ersatzbedarf an Beschäftigten zu rechnen. Bei den Ärzten ist die Entwicklung der Altersstruktur in dieser Hinsicht deutlich weniger problematisch, unter anderem, da die Zahl junger Ärzte bis zu 35 Jahren mit einem Anstieg um 26,1 Prozent auf einen Anteil von 29,7 Prozent deutlich zunahm.

Wie Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen, hat Teilzeitbeschäftigung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft eine relativ große und steigende Bedeutung. Daher ist es sinnvoll, auch die Entwicklung der Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten mit möglichst differenzierten Arbeitszeitangaben der Voll- und Teilzeitbeschäftigten zu betrachten. Aus diesem Grund wurden die Angaben zur durchschnittlich normalerweise geleisteten Wochenarbeitszeit in den einzelnen Gesundheitsdienstberufen aus dem Mikrozensus mit den entsprechenden Zahlen an sozialversicherungspflichtigen Voll- und Teilzeitbeschäftigten sowie ausschließlich geringfügig Beschäftigten aus der BA-Statistik multipliziert.¹³

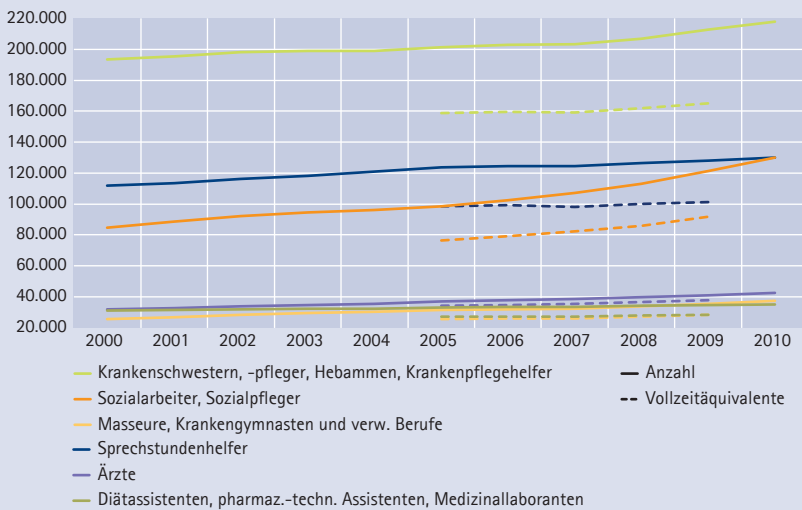
Abbildung 11 zeigt, wie sich die so in (berufsspezifische) Vollzeitäquivalente umgerechnete Beschäftigtenzahlen sowie die Anzahl der sozialversicherungspflichtig oder geringfügig Beschäftigten in den Gesundheitsdienst- und Sozialberufen in den vergangenen Jahren in Nordrhein-Westfalen entwickelt haben. Eine Zunahme gab es insbesondere bei der Berufsgruppe der „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“, bei der zwischen 2005 und 2009 ein durchschnittlicher jährlicher Zuwachs von 4,7 Prozent bzw. ein Zuwachs von rund 76.000 Beschäftigten auf rund 92.000 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten zu verzeichnen war. Im bundesdeutschen Durchschnitt fiel der Zuwachs dieser Berufsgruppe mit 5,1 Prozent sogar noch etwas höher aus. Aber auch bei den Ärzten und der Berufsgruppe der „Masseur, Krankengymnasten und

13 Die mit den Daten des Mikrozensus ermittelten Arbeitszeit-Mittelwerte beziehen sich ausschließlich auf sozialversicherungspflichtig sowie geringfügig Beschäftigte. Aufgrund der Unterschiede bei der Berufsklassifikation zwischen Daten aus dem Mikrozensus (KIdB 92) und Daten der Beschäftigungsstatistik (KIdB 88) gibt es bei den ausgewerteten Berufen kleinere Unterschiede bei der Zuordnung einzelner Berufsbezeichnungen.

verwandten Berufe“ gab es in Nordrhein-Westfalen mit jährlichen Zuwachsraten von 2,4 Prozent und 2,5 Prozent deutlich überdurchschnittliche Beschäftigungszuwächse. Die bundesdeutschen Vergleichswerte waren allerdings auch bei diesen Berufsgruppen etwas höher (3,6% und 2,7%). In den meisten der dargestellten Gesundheitsdienstberufen zeigt sich ab 2007 nochmals eine Steigerung der Beschäftigungszunahme.

Abbildung 11

Sozialversicherungspflichtig* Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte in Nordrhein-Westfalen – Anzahl und Vollzeitäquivalente zwischen 2000 und 2010 in einzelnen Gesundheitsdienstberufen



* ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; Mikrozensus des Statistischen Bundesamts; eigene Berechnungen.

Bei den zwei großen Berufsgruppen, den „Krankenschwestern, -pflegern, Hebammen, und Helfern in der Krankenpflege“ sowie den Sprechstundenhelfern gab es auf der Ebene der Kreise, bis auf einige wenige Ausnahmen, zwischen 2005 und 2009 überwiegend deutlich positive Beschäftigungsentwicklungen. Bei den „Krankenschwestern, -pflegern, Hebammen, und Helfern in der Krankenpflege“ reichte die durchschnittliche jährliche Veränderungsrate zwischen 2005 und 2009 von -0,9 Prozent (Krefeld) bis zu 4,3 Prozent (Recklinghausen), bei den Sprechstundenhelfern von -1,0 Prozent (Mülheim a. d. R.) bis 2,2 Prozent (Bottrop). Bei der Berufsgruppe der „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ gab es ausschließlich Beschäftigungszuwächse – diese lagen zwischen 2,6 Prozent (Gelsenkirchen) und 8,5 Prozent (Olpe). Auf der Ebene der Regionen waren in diesen drei Berufsgruppen zwischen 2005 und 2009 nur Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen.

Setzt man die Zahl der in der Berufsordnungskategorie „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“ Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten in Beziehung zur örtlichen Bevölkerung zeigt sich, dass sich die Zahl an Vollzeitbeschäftigten dieser Berufsgruppe je 1.000 Einwohner in Deutschland von 3,9 im Jahr 2005 auf 4,8 im Jahr 2009 erhöhte. In Nordrhein-Westfalen waren diese Werte etwas höher; sie stiegen von 4,2 im Jahr 2005 auf 5,1 im Jahr 2009. Bei den zusammengefassten Berufsordnungskategorien der „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ und der „Helfer in der Krankenpflege“ stieg diese Quote von 8,8 im Jahr 2005 auf 9,2 im Jahr 2009. Die Werte für Deutschland insgesamt lagen nur geringfügig darüber. Bezogen auf alle in Abbildung 5 ausgewerteten Gesundheitsdienst- und Sozialberufe stieg die Zahl der in diesen Berufen tätigen Vollkräfte pro 1.000 Einwohner von 22,8 im Jahr 2005 auf 25,0 im Jahr 2009. Die höchste relative Versorgungsdichte mit Beschäftigten in Gesundheitsdienst- und Sozialberufen fand sich 2009 in den großen Kernstädten des Landes, allen voran Münster mit 46,0 Vollkräften pro 1.000 Einwohner, die niedrigste in den Landkreisen des Rheinlands und des Münsterlands, allen voran der Rhein-Erft-Kreis mit 16,5 Vollkräften pro 1.000 Einwohner.

Vergleicht man die Versorgungsdichten der Regionen (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13) mit dem Landesdurchschnitt, so zeigt sich aber, dass es im Rheinland sowie im Münsterland nur eine unterdurchschnittliche Zahl an „Krankenschwestern, -pflegern, Hebammen, und Helfern in der Krankenpflege“ pro 1.000 Einwohner gibt, während Südwestfalen die Region mit der höchsten Versorgungsdichte im Land ist.¹⁴ Südwestfalen bildet umgekehrt bei der Versorgungsdichte mit „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“ das Schlusslicht im Regionen-Vergleich, während die Versorgungsdichte im Ruhrgebiet und im Bergischen Land überdurchschnittlich hoch ist.¹⁵ Die relativ hohe Zahl an „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“ inklusive Altenpflegern letzterer beider Regionen ist insoweit nicht verwunderlich, als diese – wie oben gezeigt – auch die Regionen mit dem höchsten Altenquotienten im Land sind. Bezogen auf alle oben ausgewerteten Gesundheitsdienst- und Sozialberufe gibt es mit Bezug zur örtlichen Bevölkerung nur relativ geringfügig Unterschiede zwischen den Regionen: Im Ruhrgebiet kamen 2009 auf 1.000 Einwohner 26,9 Vollkräfte in diesen Gesundheitsdienstberufen, im Rheinland 24,4 und in den übrigen Regionen des Landes um die 25.

Auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens reichte die Spanne 2009 bei den „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“ von 3,5 (Rhein-Kreis Neuss) bis 7,1 (Essen) Beschäftigten je 1.000 Einwohner. Bei den „Krankenschwes-

¹⁴ Münsterland: 8,5; Bergisches Land: 8,6; Rheinland: 8,8; Ostwestfalen-Lippe: 9,7; Ruhrgebiet: 9,9; Südwestfalen: 10,1.

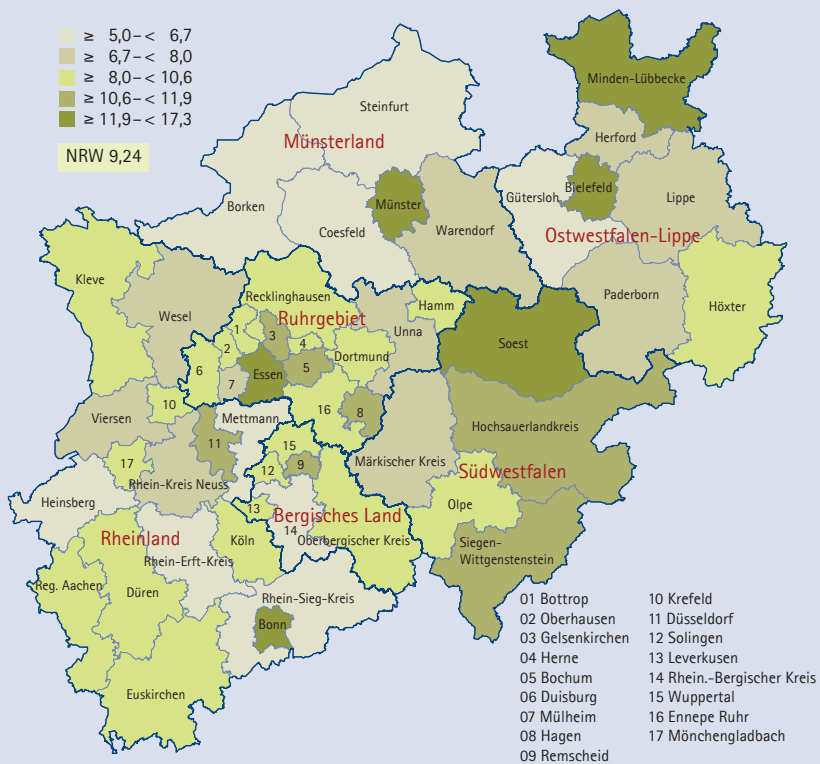
¹⁵ Südwestfalen: 4,7; Rheinland: 4,8; Ostwestfalen-Lippe: 4,9; Münsterland: 5,2; Bergisches Land: 5,5; Ruhrgebiet: 5,7.

tern, -pflegern, Hebammen und Helfern in der Krankenpflege“ reichte die Spanne von 5,1 (Rhein-Erft-Kreis) bis 17,3 (Münster).

Die räumliche Konzentration von Beschäftigten in den Gesundheitsdienst- und Sozialberufen in Relation zur örtlichen Bevölkerung lässt vielerorts eine Versorgungsbeziehung zwischen Zentrum und Umland vermuten, mit einer relativ hohen Zahl an Gesundheitsdienst-Beschäftigten in den Zentren und einer relativ niedrigen im Umland (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13). Dies gilt insbesondere für die Rhein-Metropolen Bonn, Köln und Düsseldorf einerseits und die angrenzenden Kreise andererseits. Ebenso für Münster und die Kreise des Münsterlands sowie Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe.

Abbildung 12

Sozialversicherungspflichtig* Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten je 1.000 Einwohner 2009 – Kreisdaten Nordrhein-Westfalen: Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen, Helfer in der Krankenpflege

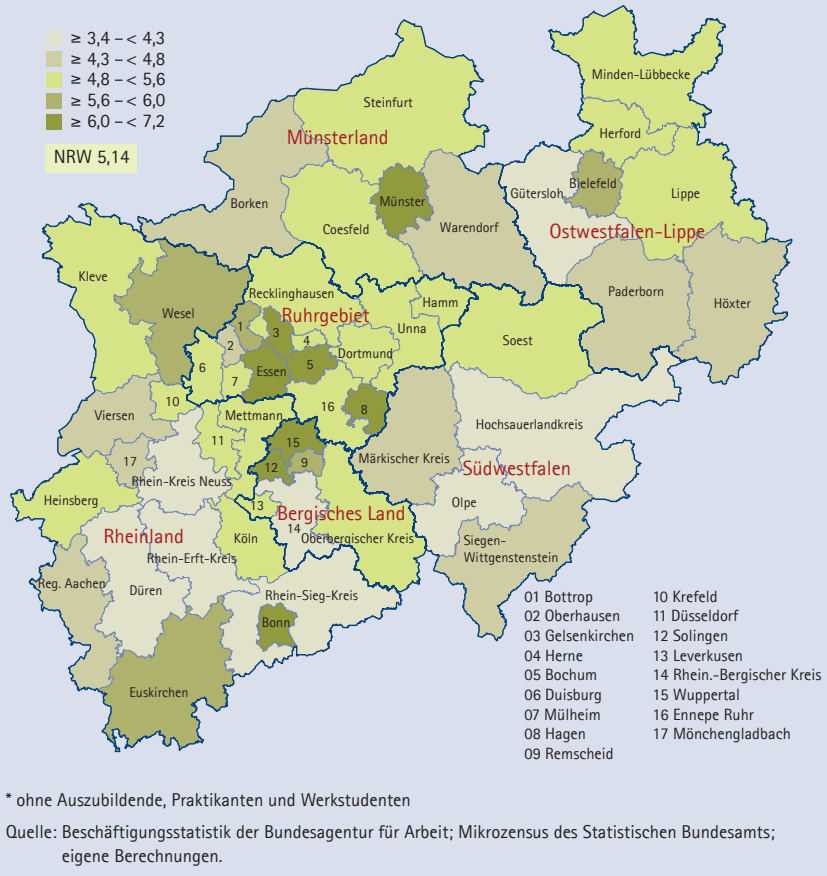


* ohne Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; Mikrozensus des Statistischen Bundesamts; eigene Berechnungen.

Abbildung 13

Sozialversicherungspflichtig* Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten je 1.000 Einwohner 2009 – Kreisdaten Nordrhein-Westfalen: Sozialarbeiter, Sozialpfleger



7 Entwicklung der Angebots-Nachfrage-Relation in Gesundheitsberufen

Aufgrund des demografischen Wandels ist in den nächsten Jahren zunehmend mit einer steigenden Zahl von Patienten und Pfl egetagen in Krankenhäusern und professionell gepflegten Pflegebedürftigen sowie generell einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und -produkten zu rechnen. Dieser Wandel spiegelt sich bereits in den in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Beschäftigtenzahlen in den Gesundheitsdienstberufen wider.

7.1 Offene Stellen in Gesundheitsdienst- und Sozialberufen

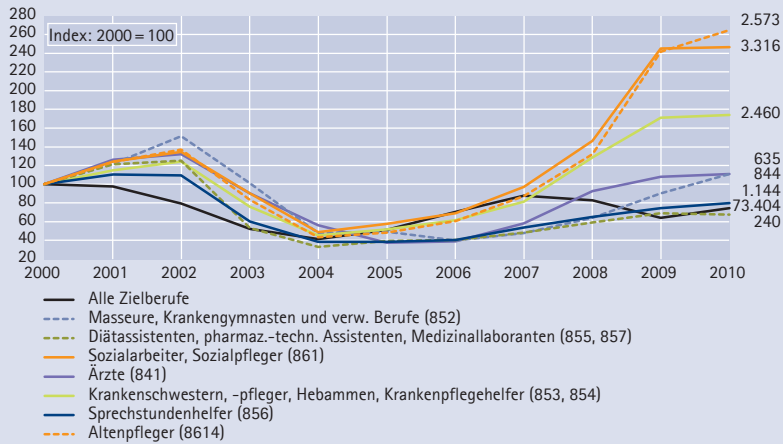
Eine Auswertung der Entwicklung der bei den Arbeitsagenturen gemeldeten offenen Stellen (Abbildung 14) zeigt, dass der jahresdurchschnittliche Bestand gemeldeter Arbeitsstellen, d. h. ungeförderter Stellen am ersten Arbeitsmarkt in vielen Gesundheitsdienst- und Sozialberufen deutlich stärker zunimmt als bei allen Berufen insgesamt. Den stärksten Zuwachs im jahresdurchschnittlichen Bestand offener Arbeitsstellen gab es bei der Berufsordnungskategorie der „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“: Dieser vervünffachte sich zwischen 2004 und 2010. Da die Zielberufe in der Statistik zum Stellenangebot weiter differenzierbar sind, können hier auch die zur Berufsordnungskategorie der „Sozialarbeiter, Sozialhelfer“ gehörenden Altenpfleger ausgewertet werden. In der Berufsgruppe der Altenpfleger kam es zwischen 2004 und 2010 gar zu einer Versechsfachung des jahresdurchschnittlichen Stellenbestands. Außerdem bezogen sich rund 78 Prozent der in der Berufsordnungskategorie gemeldeten Arbeitsstellen auf Altenpfleger. Bei den zusammengefassten Berufsordnungskategorien der „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen“ und der „Helfer in der Krankenpflege“ kam es im gleichen Zeitraum knapp zu einer Vervierfachung im Bestand offener Arbeitsstellen. Unter den in Abbildung 14 dargestellten Gesundheitsdienstberufen blieb allein die Berufsgruppe der „Diätassistenten, pharmazeutisch-technischen Assistenten und Medizinallaboranten“ unter der Entwicklung im Bestand an Arbeitsstellen insgesamt.

Auch die Entwicklung der Vakanzzeiten aller im Bestand befindlichen Arbeitsstellenangebote (vgl. Abbildung 15), also der Zeitraum vom gewünschten Besetzungstermin bis zur tatsächlichen Besetzung der Stelle, deutet bei vielen Gesundheitsdienst- und Sozialberufen darauf hin, dass es in diesen Berufen im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufe zunehmend schwieriger wird, offene Arbeitsstellen zu besetzen. Freilich beziehen sich die hier verwendeten Daten nur auf die bei der Bundesagentur für Arbeit erfassten Arbeitsstellen.¹⁶ So gibt es neben den Ärzten, der Gesundheitsberufsgruppe mit den längsten Vakanzzeiten (196 Tage) im Jahr 2010, in erste Linie bei den Pflegeberufen überdurchschnittlich lange Vakanzzeiten, die in den letzten Jahren auch noch überdurchschnittlich stark stiegen. Selbst bei den Helfern in der Krankenpflege gab es überwiegend überdurchschnittlich lange Vakanzzeiten.

¹⁶ Ein Vergleich mit dem vom IAB erhobenen gesamtwirtschaftlichen Stellenangebot am ersten Arbeitsmarkt ergibt für das vierte Quartal 2010 eine Meldequote von 39% (<http://doku.iab.de/graupepap/2011/os1102.pdf>). Allerdings variiert dieser Wert nicht unerheblich nach Berufen sowie im zeitlichen Verlauf.

Abbildung 14

Bestand (Jahresdurchschnittswerte) an gemeldeten Arbeitsstellen für ausgewählte Gesundheitsdienst- und Sozialberufe sowie alle Zielberufe insgesamt in Nordrhein-Westfalen 2000–2010



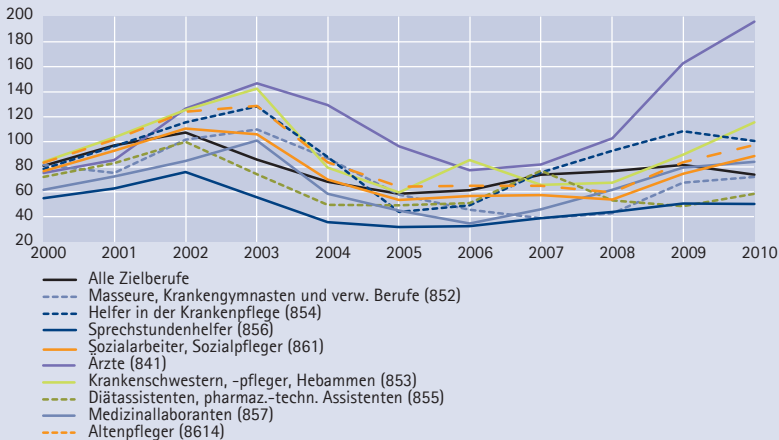
Anm.: Absolutwerte 2010 am rechten Rand.

Anm.: In Klammern BKZ-Nummern der Berufe.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Darstellung.¹⁷

Abbildung 15

Vakanzzeiten des Bestands (Jahresdurchschnittswerte) an gemeldeten Arbeitsstellen für ausgewählte Gesundheitsdienst- und Sozialberufe sowie alle Zielberufe insgesamt in Tagen in Nordrhein-Westfalen 2000–2010



Anm.: In Klammern BKZ-Nummern der Berufe.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Darstellung.¹⁸

17 Es handelt sich hier um ausschließlich der BA gemeldete Stellen; bei den zugelassenen kommunalen Trägern (zKT) gemeldete Stellen sind somit nicht erfasst. Wegen einer Änderung der Erfassung von 260 Berufen (Helfertätigkeiten) in der Fachanwendung der Bundesagentur für Arbeit kam es seit September 2009 zu Verzerrungen in diesen Berufen, aber auch in den Aggregaten (Berufsklasse, Berufsordnung und Berufsgruppe), die diese Berufe enthalten. Unter den hier aufgeführten Berufen wird bei den Helfern in der Krankenpflege von einer Übererfassung des Bestands um 10% ausgegangen.

18 Siehe Fußnote 11.

7.2 Relation von Arbeitslosen zu offenen Stellen

Vergleicht man das Verhältnis des Bestands an Arbeitslosen in den einzelnen Berufen zum gemeldeten Angebot an Arbeitsstellen für diese Berufe, so zeigt sich im Jahresdurchschnitt 2010 bei den Pflegeberufen und den Ärzten ein ähnliches Bild wie bei den Vakanzzeiten. So kamen auf jede gemeldete Arbeitsstelle im Jahresdurchschnitt 2010 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 9,8 Arbeitslose, bei denen Informationen zum Berufswunsch vorliegen. Bei den Ärzten und den „Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen“ belief sich dieses Verhältnis dagegen auf 0,8. Bei den „Sozialarbeitern und Sozialpflegern“ insgesamt gab es mit einer Quote von 4,3 zwar noch deutlich mehr Arbeitslose als gemeldete Arbeitsstellen, doch bei den zu dieser Berufsordnungskategorie gehörenden examinierten Altenpflegern zeigte sich mit einer Quote von 0,6 ebenfalls ein höherer Bestand gemeldeter Stellen als an Arbeitslosen. Im Jahresdurchschnitt 2010 gab es in Nordrhein-Westfalen rund 14.000 Arbeitslose mit einem im Bereich der Berufsordnungskategorie „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ erfassten Zielberuf, rund 9.800 im Bereich der Berufsgruppe „Altenpfleger“, darunter rund 5.000 arbeitslose „Altenpflegehelfer“, aber nur rund 1.100 im Bereich der examinierten Altenpfleger.

Insgesamt ist das Ausmaß an Arbeitslosigkeit unter Ärzten und examinierten Pflegekräften in Nordrhein-Westfalen also relativ klein. Setzt man die Zahl der in einem Gesundheitsdienst- oder Sozialberuf ausgebildeten Arbeitslosen in Beziehung zu den ebenso ausgebildeten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, so zeigt sich, dass der Anteil der Arbeitslosen an der Summe der Arbeitslosen und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei den Ärzten, den „Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen“ und den „Sozialarbeitern, Sozialpflegern“ weniger als ein Prozent beträgt.

Aufgrund einer geringen Relation von Arbeitslosen zu gemeldeten Arbeitsstellen, wie etwa bei den Ärzten oder den „Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen“, kann allerdings nicht direkt auf einen Engpass oder gar ein Unterangebot an Arbeitskräften geschlossen werden. Es muss berücksichtigt werden, dass eine solche Auswertung der gemeldeten Stellen nur einen Teil der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt abbildet.

7.3 Engpässe beim Pflegepersonal

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre sowie die Unterschiede zu anderen Berufen im Hinblick auf den Bestand gemeldeter Arbeitsstellen, die Vakanzzeiten und die Relation von Arbeitslosen zu den gemeldeten Stellen deuten auf eine relativ stark steigende Arbeitsnachfrage insbesondere bei den Ärzten und den Pflegebe-

rufen hin. Im Bereich der Pflegefachkräfte sind Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung auch nicht neu. Hinter dieser steigenden Arbeitsnachfrage scheint das Arbeitsangebot in den vergangenen Jahren etwas zurückgeblieben zu sein. Hinzu kommt, dass es in einzelnen Gesundheitsdienst- und Sozialberufen, insbesondere bei den Altenpflegekräften, im Vergleich zu anderen Berufen einen relativ hohen Bedarf an Stellenneubesetzungen aufgrund relativ geringer durchschnittlicher Weildauern im Beruf bzw. vieler vorzeitiger Berufsabbrüche gibt (vgl. Hackmann 2010). Eine mit Daten des Mikrozensus differenzierte Betrachtung der in Pflegeberufen Beschäftigten nach erlerntem und ausgeübtem Beruf (Afentakis/Maier 2010: 1.000) deutet bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern sowie den Altenpflegern ebenfalls auf Engpässe beim Personalangebot hin. Denn 2005 lag der Anteil von Beschäftigten in diesen Berufen, die einen Pflegeberuf erlernt hatten, bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern gerade mal bei rund 29 Prozent und bei den Altenpflegern bei rund 48 Prozent, während dies bei den Gesundheits- und Krankenpflegern rund 81 Prozent waren. Vermutlich werden also schon jetzt zu einem nicht unerheblichen Teil Personalengpässe in einzelnen Pflegeberufen über die Rekrutierung von Beschäftigten aus fachfremden Berufen kompensiert. Eine Krankenhausbefragung des IAB von 1993 (vgl. Dietrich 1995) ergab, dass schon damals nur etwa zwei Drittel der befragten Einrichtungen aus der Alten- und Krankenpflege in Westdeutschland keine Probleme bei der Besetzung von Pflegestellen hatten.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung hat im Rahmen seiner vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) beauftragten „Landesberichterstattung Gesundheitsdienstberufe Nordrhein-Westfalen 2010“ im Jahr 2009 Erhebungen zur Personal- und Ausbildungssituation sowie zum Personalbedarf in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. In allen genannten Einrichtungsarten zeichnet sich demnach in den letzten Jahren ein Trend zur Erhöhung des Anteils examinierter Pflegenden ab. Die genannten Einrichtungen wurden unter anderem nach den tatsächlich besetzten Stellen 2008 und zu den vorhandenen Planstellen befragt. Diese Relation wurde dann auf die in der amtlichen Statistik erfasste Grundgesamtheit an Einrichtungen hochgerechnet. Der so ermittelte „Sofortbedarf“ belief sich für Nordrhein-Westfalen Anfang 2010 auf 2.008 Vollzeitäquivalente für Altenpflegende und 3.658 offene Stellen in Vollzeitäquivalenten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Zählt man noch die offenen Stellen im Bereich der Kinderkrankenpflege hinzu, ergibt dies insgesamt einen Sofortbedarf von 6.113 offenen Stellen im Pflegebereich. Die Einrichtungsleitungen wurden auch um eine Einschätzung hinsichtlich des notwendigen Mehrbedarfs an examinieren Pflegekräften für eine optimale pflegerische Versorgung, unabhängig von damit verbundenen Finanzierungsfragen, ge-

fragt. Danach besteht in Nordrhein-Westfalen in den stationären Pflegeeinrichtungen ein Mehrbedarf an 1.676 zusätzlichen professionellen (mindestens dreijährige Qualifikation) Pflegekräften in Vollzeitäquivalenten, während dies im Bereich der ambulante Pflege 1.597 und im Krankenhausbereich 2.647 also insgesamt 5.920 Vollkräfte sind. „Dieser Mehrbedarf ist derzeit jedoch nicht entsprechend finanziert und kann somit nicht direkt zum Sofortbedarf addiert werden. Er stellt eine quantifizierte Eingrenzung bezüglich der Frage dar, wie viel Personal in den Einrichtungen selbst fehlt und ob aus den Einrichtungen heraus ein erheblicher oder eher moderater zusätzlicher Bedarf zur Stabilisierung der pflegerischen Versorgung formuliert wird“ (MAGS NRW 2010: 20). Der durch Neugründungen und den Ausbau von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu erwartende Neubedarf wird auf insgesamt 3.920 Vollzeitstellen im Pflegebereich geschätzt.

Teil der Analyse war auch eine Auswertung der Daten zu der zu erwartenden Zahl von Absolventen aus den Ausbildungsstätten für die analysierten Pflegeberufe. Stellt man die zu erwartenden Absolventenzahlen von 2009 bis 2011 dem ermittelten Sofortbedarf sowie dem Neubedarf gegenüber, so offenbart sich, dass die Bedarfe schon kurz- und mittelfristig nicht mit dem zur Verfügung stehenden Ausbildungskontingent gedeckt werden können. So ergibt sich im Bereich der Altenpfleger 2010 eine Unterdeckung von 2.487 examinierten Pflegevollkräften, während im Bereich der Gesundheits- und Krankenpfleger mit 1.198 Vollkräften noch eine leichte Überdeckung prognostiziert wurde. Hinzu kommt, dass dem Bericht zufolge seit 2004 eine Abnahme der Ausbildungskapazitäten über alle dreijährig zu qualifizierenden Pflegeberufe festzustellen ist (MAGS NRW 2010: 125). Ab Mitte der neunziger Jahre gab es bei den Absolventenzahlen an Schulen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen überwiegend eine Trendumkehr hin zu einer rückläufigen Entwicklung: Im Ausbildungsjahr 2006/2007 lag deren Zahl zwar insgesamt 0,9 Prozent über dem Niveau von 1995, gleichwohl ging die Zahl erfolgreicher Teilnehmer an staatlichen Abschlussprüfungen in Krankenpflegeschulen um 11,5 Prozent und im Fachseminar für Altenpflege um acht Prozent zurück (MAGS NRW 2010; vgl. auch MFJFG 2001). Noch stärker rückläufig waren die Zahlen der neu belegbaren bzw. der neu belegten Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens. Im gleichen Zeitraum ist aber auch ein deutlicher Anstieg im Bereich der universitären Ausbildung im Gesundheitswesen zu beobachten: So lag die Zahl der Studienanfänger im Studienfach Medizin 2008 11,3 Prozent über dem Niveau von 1995. Aufgrund der relativ geringen Zahl von Arbeitslosen in den Pflegeberufen kommt man in diesem Bericht (MAGS NRW 2010: 19) auch zu dem Schluss, dass diese nicht als Potenzial für den wachsenden Arbeitskräftebedarf im Pflegebereich in Frage kommen können.

8 Fazit

Die Gesundheitswirtschaft hat im Bundesland NRW eine etwa gleiche Bedeutung für die Beschäftigung wie in Deutschland insgesamt. Lediglich der Bereich Pharmazeutische Industrie, Gesundheitshandwerk und Medizintechnik ist unterdurchschnittlich vertreten. Gemessen an den Lokalisationsquotienten ist der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in den kreisfreien Städte und einigen Kreisen mit Rehabilitationseinrichtungen wie Höxter überdurchschnittlich beschäftigungsrelevant. Fasst man die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft im Kernbereich und den Erweiterungsbereichen zusammen, so zeigt sich, dass insbesondere das Ruhrgebiet und das Bergische Land die Regionen in Nordrhein-Westfalen sind, in denen im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt der Beschäftigtenanteil im Gesundheitswesen leicht überdurchschnittlich ist. Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte liegen Münster, Leverkusen, Wuppertal und Höxter mit einem Lokalisationsquotienten über 1,3 vorn.

Die räumliche Konzentration von Beschäftigten in den Gesundheitsdienst- und Sozialberufen ist auf die Versorgungsbeziehung zwischen Zentrum und Umland zurückzuführen, mit einer relativ hohen Zahl an Gesundheitsdienst-Beschäftigten in den Zentren und einer relativ niedrigen im Umland. Diese Beziehung besteht zwischen Münster und den Kreise des Münsterlands sowie Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe sowie für die Rhein-Metropolen Bonn, Köln und Düsseldorf und die angrenzenden Kreise.

Die längerfristige Beschäftigungsentwicklung zeigt einen Anstieg insbesondere bei Teilzeit und der geringfügigen Beschäftigung, in einigen Gesundheitsberufen wurden Vollzeitarbeitsplätze abgebaut. Die in (berufsspezifische) Vollzeitäquivalente umgerechneten Beschäftigtenzahlen weisen insbesondere bei den Berufsgruppen der „Sozialarbeiter und Sozialpfleger“ und Krankenschwestern eine Zunahme auf, die sich ab 2007 verstärkt hat. Aber auch bei den Ärzten und der Berufsgruppe der „Masseure, Krankengymnasten und verwandten Berufe“ gab es in Nordrhein-Westfalen deutlich überdurchschnittliche Beschäftigungszuwächse. In den meisten der dargestellten Gesundheitsdienstberufe zeigt sich ab 2007 nochmals eine Steigerung der Beschäftigungszunahme.

Abschließend wird die aktuelle Anspannung auf dem Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe an der Entwicklung der offenen Stellen und Vakanzzeiten sowie anhand der Relation von Arbeitslosen und offenen Stellen deutlich gemacht. Besonders problematisch ist die Situation im Pflegebereich, wo u. a. die Ausbildungen in den letzten Jahren zurückgegangen sind.

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 11/2010.
- Amend, Elke; Bauer, Frank (2005): Vergleichende Analyse von Länderarbeitsmärkten – Länderstudie Nordrhein-Westfalen. IAB regional. Berichte und Analysen. IAB Nordrhein-Westfalen, 01/2005, Nürnberg.
- von Bandemer, Stephan; Salewski, Kinga; Schwanitz, Robert (2009): Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft: Was kommt nach Medizintechnik und Pharmaindustrie? Institut für Arbeit und Technik: Forschung Aktuell, Nr. 11/2009 (Online: <http://www.iatge.de/forschung-aktuell/2009/fa2009-11.pdf>).
- Cicholas, Ulrich; Ströker, Kerstin (2010): Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.): Statistische Analysen und Studien, Band 66, Düsseldorf.
- Cicholas, Ulrich; Ströker, Kerstin (2009): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2008 bis 2030/2050. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.): Statistische Analysen und Studien, Band 60, Düsseldorf.
- Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen (2010): Viel Raum für Gesundheit, Bielefeld.
- Dietrich, Hans (1995): Pflege als Beruf. Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven des Personals in der Kranken- und Altenpflege. In: Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nr. 1, Nürnberg.
- Dörpinghaus, Sandra (2011): Rehabilitation in NRW – Ein Trendreport, Gelsenkirchen.
- Hackmann, Tobias (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. In: Sozialer Fortschritt 9/2010. S. 235–244.
- Hirschenauer, Franziska; Springer, Angelina (2014): Vergleichstypen 2014 – Aktualisierung der SGB-III-Typisierung. IAB-Forschungsbericht, 02/2014, Nürnberg. Institut für Landes und Stadtentwicklungsforschung (o. J.): Demografischer Wandel in Deutschland und Nordrhein-Westfalen, Dortmund.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Hrsg.) (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW, Düsseldorf.
- Pohl, Carsten (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnung auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Nordrhein-Westfalen, 02/2011, Nürnberg.
- Project Consult (2009) Die Verlagerung des LIGA.NRW an den Gesundheitscampus in Bochum – Anforderungen an ein innovatives Gesundheitsmanagement aus Arbeitnehmersicht. Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRG) (2009): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Kurzfassung (Online: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>).
- Sezer, Kamuran (2013): Demografischer Wandel IN NRW – Wir werden weniger, älter und multikulturell, Dortmund.
- Sieglen, Georg; Pohl, Carsten; Carl, Birgit (2011): Die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Nordrhein-Westfalen. Eine Analyse auf regionaler Ebene. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Nordrhein-Westfalen, 04/2011, Nürnberg.
- Statistisches Bundesamt (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern (Heft 2). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden.
- Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfelds. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.

Uwe Sujata, Antje Weyh



Gesundheitswirtschaft in Sachsen

Im folgenden Beitrag werden einleitend siedlungsstrukturelle und wirtschaftliche Besonderheiten des Bundeslandes Sachsen dargestellt. Wesentliche Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft hat der demografische Wandel, dessen künftige Entwicklung in Sachsen skizziert wird.

Als Einstieg in den sächsischen Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe wird die Entwicklung der Ausbildung von Medizinerinnen und Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe in ihren Größenordnungen beleuchtet. Im Zentrum steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich und den zwei Erweiterungsbereichen auch den dritten Erweiterungsbereich der Krankenversicherungen und öffentlichen Verwaltung umfasst.

Eine regionale Bundeslandanalyse zeigt auf, welche Bedeutung die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung auf Ebene der Kreise haben. Die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen und die Strukturmerkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter und Teilzeitarbeit werden untersucht. Der Sächsische Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe wird anhand der Entwicklung von Arbeitslosigkeit, offenen Stellen und Vakanzzeiten analysiert. Abschließend wird die Attraktivität von Gesundheitsberufen anhand von Personalfluktuations- und Entgeltstrukturen bewertet.

1 Siedlungsstruktur und wirtschaftliche Merkmale

Das Bundesland Sachsen liegt im Südosten der neuen Bundesländer. Innerhalb Deutschlands hat der Freistaat Sachsen gemeinsame Grenzen mit den Bundesländern Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bayern. Im Süden verläuft die Landesgrenze entlang der Tschechischen Republik und im Osten grenzt Sachsen an Polen – beides Länder, die seit Mai 2004 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind.

In Sachsen wurde zum 01. August 2008 die Kreisgebietsreform umgesetzt. Damit wurden die bisherigen 22 Landkreise auf zehn und die sieben kreisfreien Städte auf drei reduziert. Mit einer Fläche von 18.413,91 km² nimmt der Freistaat einen Anteil von 5,16 Prozent der Fläche Gesamtdeutschlands ein und zählt damit zu den kleineren Flächenstaaten. Zum 31.12.2012 zählte die Bevölkerung Sachsens 4,050 Mio. Einwohner. Die sich daraus ergebende Bevölkerungsdichte von 220 Einwohnern je km² stellt den mit Abstand höchsten Wert unter den ostdeutschen Flächenstaaten dar.

Die Siedlungsstruktur umfasst alle Gebietstypen. Dresden, Leipzig und Chemnitz bilden die drei kreisfreien Großstädte. Der Erzgebirgskreis und Zwickau sind städtische Kreise mit Verdichtungsansätzen, wobei das „Sachsendreieck“ (Leipzig/Halle, Dresden, Chemnitz/Zwickau) als Metropolregion bezeichnet wird. Sechs ländliche

Kreise mit Verdichtungsansätzen überwiegen in der Siedlungsstruktur des Landes. Zudem werden Görlitz und Nordsachsen als dünnbesiedelte Kreise eingestuft.

Sachsen ist mit einem BIP je Einwohner von 24.200 € (2013) das wirtschaftlich stärkste Land Ostdeutschlands. Die Wirtschaft zeichnet sich im ostdeutschen Vergleich durch eine vergleichsweise starke Industriestruktur, hohe Innovationskraft, gute Infrastrukturanbindung und gut ausgebildete Fachkräfte aus (Ragnitz 2012). Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist in Mittelsachsen (Landkreis Leipzig, Landkreis Mittelsachsen) im Landesvergleich überdurchschnittlich hoch. Auf der anderen Seite sind die peripheren grenznahen Kreise strukturschwach, was sich in einer niedrigen Beschäftigungsquote widerspiegelt.

2 Gesundheitswirtschaftliche Eckdaten

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag mit 15,2 Prozent in Sachsen 2010 fast vier Prozentpunkte höher als in Gesamtdeutschland. Einer Studie von Schneider et al. (2012) zufolge hat die Produktion der sächsischen Gesundheitswirtschaft zwischen 2005 und 2010 um jährlich 4,4 Prozent zugenommen und damit stärker als im Bundesschnitt (4,1 %). Die Produktion der sächsischen Gesundheitswirtschaft erreichte im Jahr 2010 einen Wert von 12,41 Mrd. € im Kernbereich und von 3,45 Mrd. € in der erweiterten Gesundheitswirtschaft. Insgesamt wurden im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft rund 9,9 Prozent und im erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft rund 2,4 Prozent der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung erzielt.

2011 weist die Gesundheitspersonalrechnung der Länder für Sachsen 241.900 Beschäftigte im Gesundheitswesen aus. Dies entspricht einer Beschäftigtendichte von 58 je 1.000 Einwohner. Nach der Studie von Schneider et al. (2012) arbeiteten zudem rund 70 Tsd. Beschäftigte in der erweiterten Gesundheitswirtschaft (2010). Sachsen verfügt in Leipzig und Dresden über zwei Unikliniken und wichtige Standorte der Bio- und Medizintechnik (Leipzig, Dresden und Chemnitz).

3 Prognose der Bevölkerungsentwicklung

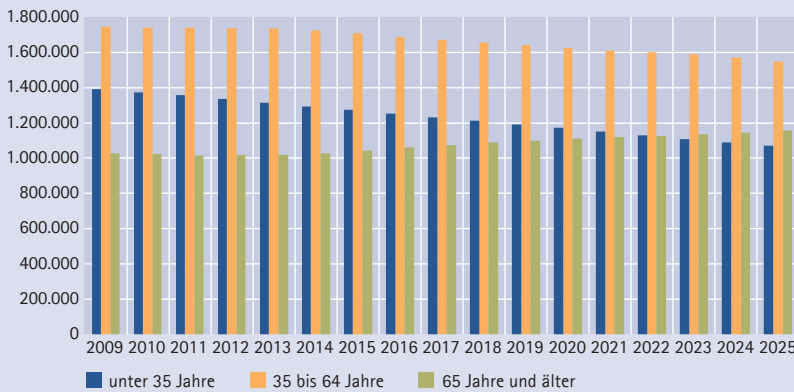
Die Zahl der Einwohner Sachsens wird in Zukunft weiter zurückgehen. Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen geht in seiner 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose¹ für den Zeitraum von 2009 bis 2025 von einem Rückgang um

¹ Für die Betrachtungen wurde die Variante V1 der Prognose genutzt. Dieser liegen folgende Annahmen zugrunde: Die zusammengefasste Geburtenziffer steigt bis zum Jahr 2020 auf 1,45. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt steigt bis zum Jahr 2020 auf 32,7 Jahre an. Die Lebenserwartung erhöht sich bis zum Jahr 2030 auf 81,6 Jahre bei den Männern und auf 86,3 Jahre bei den Frauen. Der Wanderungssaldo beträgt bis zum Jahr 2030 mit dem Ausland +78.000, den alten Bundesländern -137.000 und den neuen Bundesländern +48.000 Menschen.

knapp 400 Tsd. Personen oder 9,4 Prozent auf 3,778 Mio. aus. Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter von 45,9 Jahren im Jahr 2009 auf 49,3 Jahre im Jahr 2025 an. Während der Anteil der Personen im Alter bis 35 Jahre um 23,1 Prozent zurückgeht, steigt laut Prognose der Anteil der Älteren ab 65 Jahre um 12,5 Prozent (vgl. Abbildung 1; detaillierte Ergebnisse in Fuchs/Sujata/Weyh 2011). Da Ältere im Durchschnitt medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen als Jüngere, steigt mit dem Anteil Älterer in der Bevölkerung i. d. R. auch die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen.

Abbildung 1

Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen nach Altersgruppen



Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 5. regionalisierte Bevölkerungsprognose (Variante 1), eigene Berechnungen.

Demzufolge wird in den nächsten Jahren der Gesundheitsbereich voraussichtlich weiterhin Beschäftigung aufbauen. So hat das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen für den Pflegebereich bis zum Jahr 2020 unter Status-quo-Bedingungen einen Anstieg der Zahl der Beschäftigten in der Pflege um 2,6 Prozent prognostiziert. Selbst unter Einbeziehung von möglichen Produktivitätssteigerungen, und wenn eine geringere Pflegebedürftigkeit Älterer durch eine gesündere Lebensweise und medizinisch-technischen Fortschritt unterstellt wird, beträgt die jährliche Steigerung des Mehrbedarfs an medizinischen Pflegepersonal voraussichtlich ein Prozent (vgl. Brenker 2010).

Für die Krankenhäuser in Sachsen rechnet das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen mit einer leichten Erhöhung der Patientenfälle. Zudem wird es voraussichtlich zu einer Verschiebung zwischen einzelnen Diagnoseklassen kommen. Es wird erwartet, dass einerseits mit der Geburt von Kindern verbundene Leistungen in gleichem Maße zurückgehen, wie andererseits Krankheiten des Kreislaufsystems zunehmen werden (Statistisches Landesamt des Freistaates

Sachsen 2010). Es ist davon auszugehen, dass es demzufolge auch beim Personal zu Verschiebungen zwischen einzelnen Diagnoseklassen kommt. Entscheidender für den Anstieg der Patientenfälle ist aber die reine Zunahme der Anzahl Älterer in Sachsen, was eine insgesamt stärkere medizinische Betreuung implizieren dürfte.

Bevor auf die Struktur, die Entwicklung, die räumliche Verteilung und die Berufe im Hinblick auf Angebot und Nachfrage in der sächsischen Gesundheitswirtschaft eingegangen wird, erfolgt zunächst eine Betrachtung des Ausbildungsgeschehens in diesem Bereich. Denn damit lassen sich Aussagen zum potenziellen zukünftigen Angebot an Fachkräften für die Gesundheitswirtschaft ableiten, wenn die Auszubildenden ihre Arbeit dann auch tatsächlich in Sachsen beginnen.

4 Ausbildung in Gesundheitsberufen

Der Großteil der Ausbildung für den Kernbereich des Gesundheitswesens findet in Deutschland an Berufsfachschulen und Universitäten statt (vgl. Tabelle 1). In Sachsen studierten im Wintersemester 2010/11 6.307 Studenten in der Fachrichtung Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften. Gegenüber dem Wintersemester 2000/01 ist dies eine deutliche Steigerung um 52,1 Prozent. Dabei hat die Anzahl der weiblichen Studierenden wesentlich stärker zugenommen. Ausgehend vom Wintersemester 2000/01 zum Wintersemester 2010/11 ist deren Zahl um 73,9 Prozent oder 1.757 auf 4.134 angestiegen. Dadurch hat sich der Anteil der weiblichen Studierenden in der Fachrichtung Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften im betrachteten Zeitraum von 57,3 Prozent auf 65,5 Prozent erhöht. Bei den männlichen Studierenden lag der Zuwachs bei 22,8 Prozent (+403) auf 2.173. Unter den Studierenden insgesamt ist das Verhältnis umgedreht. Dort hat sich die Anzahl der Männer um 35,5 Prozent und die der Frauen um 23,8 Prozent erhöht, wobei die Gesamtstudierendenzahl um knapp 30 Prozent gestiegen ist. Da in der Altersgruppe bis 30 Jahre die räumliche Mobilität besonders hoch ist, richtet sich der Verbleib der angehenden Humanmediziner, wie bei allen Absolventen der Hochschulen, allerdings an der Attraktivität der Arbeitsmöglichkeiten aus.²

2 Siehe Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen; Onlineangebot – Statistik der Studenten; eigene Berechnungen. Vergleiche zur Attraktivität der sächsischen Gesundheitswirtschaft auch Abschnitt 10.

Tabelle 1

Entwicklung der Anzahl der Auszubildenden in den Gesundheitsberufen in sächsischen Ausbildungseinrichtungen

Ausbildungsform	2000	2010	Veränderung	
			absolut	relativ
Studenten Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	4.147	6.307	2.160	52,1
Schüler an Berufsfachschulen in Gesundheitsfachberufen (bundesrechtlich geregelt Ausbildung)	14.254	17.041	2.787	19,6
Auszubildende in der dualen Ausbildung im Gesundheitsberufen	1.892	1.324	-568	-30,0

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

Im Bereich der schulischen Ausbildung für Gesundheitsberufe hat sich zwischen den Jahren 2000 und 2010 die Zahl der Auszubildenden um fast ein Fünftel erhöht (vgl. Tabelle 1). In der jüngeren Vergangenheit, zwischen 2007 und 2010, ist die Anzahl der Schüler an Berufsfachschulen für bundesrechtlich geregelte Ausbildungsberufe jedoch bereits wieder um 2.509 auf 17.041 Auszubildende zurückgegangen. Der Rückgang der Absolventenzahlen der allgemeinbildenden Schulen ist sicherlich ein Grund dafür. Dennoch sanken diese, relativ gesehen, noch stärker als die Bewerberzahlen für Gesundheitsberufe. Der Rückgang der potenziellen Bewerber trifft demzufolge andere Wirtschaftsbereiche härter.

Nur wenige Berufe werden im Gesundheitswesen dual ausgebildet. Die wichtigsten Berufsgruppen sind hier die Augenoptiker, Zahntechniker und Sprechstundenhelfer. In diesen drei Gruppen wurden zum 30.06.2010 1.324 sozialversicherungspflichtige Auszubildende gezählt. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden hat zu diesem Stichtag 89 Prozent betragen. Im Vergleich zum 30.06.2000 ging die Anzahl der Auszubildenden um 568 oder 30 Prozent zurück. Wie schon für die Studierenden stellt sich auch für die Personen in dualer Ausbildung und für die schulisch Ausgebildeten die Frage nach dem Verbleib in Sachsen. Der Bedarf für zukünftige Fachkräfte im Gesundheitswesen Sachsen wäre vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung voraussichtlich weiterhin vorhanden (Brenker 2010).

5 Entwicklung und Struktur der Beschäftigung

Insgesamt arbeiteten zum 30.06.2011 14,7 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Sachsens in der Gesundheitswirtschaft. Im Vergleich zu Ostdeutschland ist dieser Anteil geringfügig niedriger (-0,9 Prozentpunkte), gegenüber Westdeutschland sind kaum Unterschiede vorhanden (+0,2 Prozentpunkte). Damit

positioniert sich Sachsen innerhalb aller Bundesländer im unteren Mittelfeld. In fünf Bundesländern liegt der Anteil der Gesundheitswirtschaft an allen Branchen zum Stichtag 30.06.2011 niedriger als in Sachsen. Einen besonders geringen Branchenanteil hat die Gesundheitswirtschaft in Hamburg (13,1%), einen sehr hohen in Berlin (18,0%) (vgl. Abbildung 2). Der Anteil der Frauen in dieser Branche liegt mit 81,2 Prozent dabei höher als im ostdeutschen (79,4%) oder westdeutschen Schnitt (76,3%).

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Sachsens hat sich zwischen dem 30.06.2007 und dem gleichen Stichtag 2011 um 15,0 Prozent oder um 26.364 auf 202.217 Personen erhöht (vgl. Abbildung 3). Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist damit deutlich stärker gestiegen als die Beschäftigtenzahl im Durchschnitt aller Branchen (+6,9%). 77,2 Prozent des Beschäftigungszuwachses im Gesundheitswesen Sachsens entfällt auf weibliche sozialversicherungspflichtige Beschäftigte. Im Vergleich zum Beschäftigungsanteil in der Branche allgemein (18,8%) sind Männer somit stärker am Anstieg beteiligt gewesen.

Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist mit 21,2 Prozent um 0,1 Prozentpunkte kaum höher als im ostdeutschen Durchschnitt (Westdeutschland 21,0%). Zwischen 2007 und 2011 ist wie im Durchschnitt aller Branchen auch im Gesundheitswesen vor allem die Teilzeitbeschäftigung gestiegen. Während die Teilzeitbeschäftigung um 30,0 Prozent zugenommen hat, verzeichnete die Vollzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen Sachsens nur einen Anstieg um 7,7 Prozent. Nicht überraschend sind in Sachsens Gesundheitswirtschaft 89,8 Prozent aller Teilzeitbeschäftigten weiblichen Geschlechts (vgl. Abbildung 3). Inwiefern es sich um gewünschte oder ungewünschte Teilzeit handelt, ist dabei nicht bekannt. Studien für Deutschland belegen, dass ein großer Teil der Teilzeitbeschäftigung von Frauen unfreiwillig ist. So würde rund die Hälfte der teilzeitbeschäftigten Frauen gern länger arbeiten (vgl. Wanger 2011).

Abbildung 2

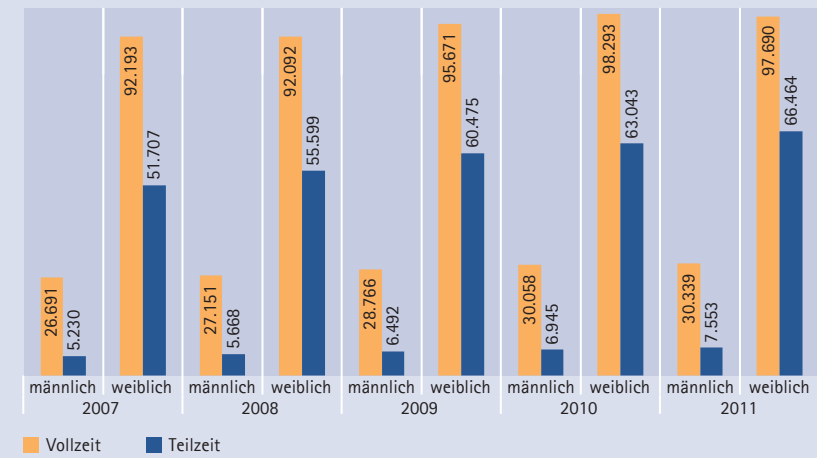
Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft
(Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 3

Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Arbeitszeit in Sachsen (Arbeitsort, Stichtag jeweils 30.06.)



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

8,8 Prozent aller ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten Sachsens sind im Gesundheitswesen tätig. Im Vergleich zum ostdeutschen oder westdeutschen Mittelwert ist der Anteil damit hierzulande etwas geringer. Auch wenn die Beschäftigtenzahlen seit 2007 für diese atypische Beschäftigungsform leicht rückläufig sind, arbeiten immer noch 15.259 Personen (30.06.2011) für maximal 400 € in dieser Wachstumsbranche. Der Großteil (69,9%) dieser ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten ist weiblich (vgl. Tabelle 2). Auch bei dieser Beschäftigungsform wird deutlich, dass das Gesundheitswesen ein typischer Bereich mit einem hohen Frauenanteil ist.

Tabelle 2

Anzahl ausschließlich geringfügig entlohnter Beschäftigter insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft in Sachsen nach Geschlecht (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2007 und 2011)

	2007		2011		Veränderung 2007 zu 2011			
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Insgesamt	73.454	110.709	72.212	101.739	-1.242	-1,7 %	-8.970	-8,1 %
Gesundheitswirtschaft	4.454	11.444	4.642	10.617	188	4,2 %	-827	-7,2 %

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

6 Räumliche Konzentration der Gesundheitswirtschaft

In Sachsen arbeiteten zum Stichtag 30.06.2011 75,6 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft im Kernbereich (Gesundheits- und Sozialwesen) (vgl. Tabelle 3). Der Großhandel mit Gesundheitsprodukten sowie der Fach- und Einzelhandel inklusive Apotheken (Erweiterungsbereich E 1) hat einen Anteil von 6,7 Prozent. Die Pharmazeutische Industrie, das Gesundheitshandwerk und die Medizintechnik, die den Erweiterungsbereich E 2 bilden, haben mit einem Anteil von 4,7 Prozent die wenigsten Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Der Erweiterungsbereich E 3, der die Krankenversicherung sowie die öffentliche Verwaltung und Organisationen der Gesundheitswirtschaft umfasst, hat mit 13,0 Prozent den zweitgrößten Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft Sachsens. Im Vergleich zum ostdeutschen und westdeutschen Durchschnitt hat der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in Sachsen einen höheren Anteil. Auffällig ist der im Vergleich zu den alten Bundesländern deutlich höhere Anteil des Erweiterungsbereiches E 3. Ein Grund könnte sein, dass allgemein andere Wirtschaftszweige, wie z. B. das Verarbeitende Gewerbe, einen geringeren Anteil als in Westdeutschland haben.

Tabelle 3

Bedeutung der Bereiche im Hinblick auf die Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Sachsen	Ostdeutschland	Westdeutschland
Insgesamt	1.376.341	5.161.953	21.818.196
in der Gesundheitswirtschaft	202.217	804.504	3.151.980
im Kernbereich	152.875	588.942	2.357.408
im E 1	13.473	54.203	259.747
im E 2	9.504	46.328	238.066
im E 3	26.365	115.031	296.759

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Innerhalb Sachsens verteilen sich die einzelnen Komponenten der Gesundheitswirtschaft, absolut gesehen, sehr unterschiedlich über die einzelnen Kreise. Bezogen auf die jeweiligen Einwohnerzahlen, sind jedoch nur geringe Unterschiede zwischen den Kreisen feststellbar. Das liegt vor allem auch daran, dass die räumliche Verteilung des Gesundheitswesens an gesetzliche Rahmenbedingungen geknüpft ist, wonach insbesondere der Kernbereich im Notfall für die Bevölkerung schnell erreichbar bzw. in der Nähe zu den Patienten und Kunden gelegen sein muss. Für die Erweiterungsbereiche E 1, E 2 und E 3 sind in größerem Maße wirtschaftliche Entscheidungen für die Standortwahl verantwortlich. Insbesondere für den Erweiterungsbereich E 2 ist davon auszugehen, dass überregionale Firmen die Versorgung ganzer Länder übernehmen können.

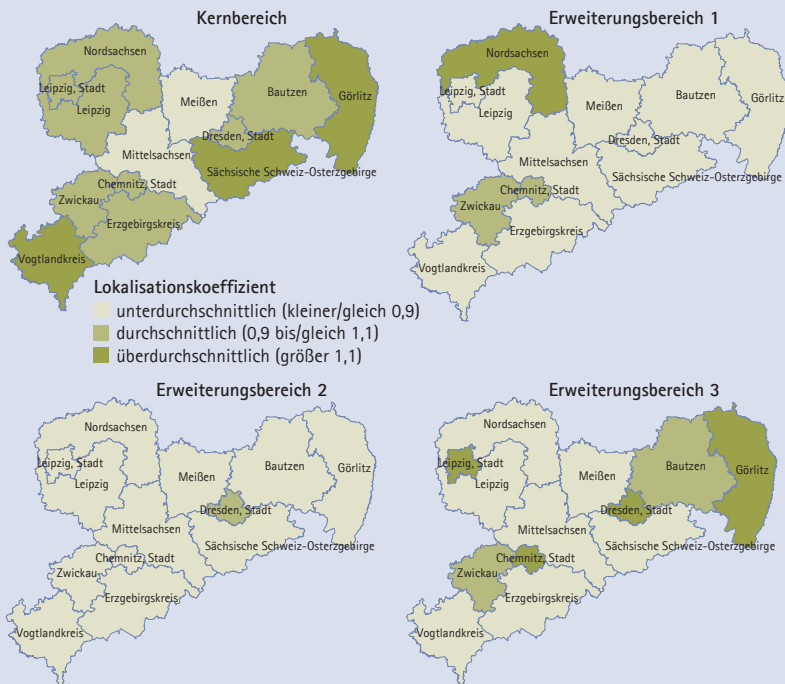
Der hohe Anteil älterer Menschen in einigen Regionen Sachsens lässt vermuten, dass sich die Gesundheitswirtschaft in diesen Regionen konzentriert. Mithilfe des Lokalisationskoeffizienten können solche regionalen Branchenkonzentrationen gezeigt werden. Dabei setzt man Branchenanteile auf Kreisebene mit den jeweiligen Branchenanteilen in Deutschland in Beziehung:

$$\text{Lokalisationskoeffizient} = \frac{\frac{\text{Beschäftigte in Branche } i \text{ in Region } x}{\text{alle Beschäftigten in der Region } x}}{\frac{\text{Beschäftigte in Branche } i \text{ in Deutschland}}{\text{alle Beschäftigten in Deutschland}}}$$

- mit i = Kernbereich des Gesundheitswesens oder
 i = Erweiterungsbereich 1 oder
 i = Erweiterungsbereich 2 oder
 i = Erweiterungsbereich 3

Ist der Lokalisationskoeffizient kleiner eins, so liegt der Branchenanteil unter dem deutschen Durchschnitt, ist er größer als eins, so ist der Branchenanteil höher als im Durchschnitt. In diesem Fall kann man von einer Konzentration ausgehen.

Abbildung 4
 Lokalisationskoeffizienten der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in den sächsischen Kreisen (Stichtag 30.06.2011)



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle 4

Lokalisationskoeffizienten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der sächsischen Gesundheitswirtschaft (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)

	Gesundheits- wesen	Kernbereich	E 1	E 2	E 3
West (ohne Berlin)	0,99	0,99	1,02	1,04	0,89
Ost (einschl. Berlin)	1,06	1,04	0,90	0,85	1,46
Sachsen	1,00	1,02	0,84	0,66	1,26
Chemnitz, Stadt	0,99	0,92	1,04	0,25	1,98
Erzgebirgskreis	0,95	1,04	0,76	0,47	0,83
Mittelsachsen	0,85	0,86	0,75	0,80	0,88
Vogtlandkreis	1,08	1,20	0,71	0,74	0,71
Zwickau	0,91	0,93	0,99	0,58	0,91
Dresden, Stadt	1,11	0,93	0,86	1,07	2,62
Bautzen	0,98	1,02	0,72	0,90	0,93
Görlitz	1,21	1,33	0,77	0,50	1,16
Meißen	0,81	0,88	0,84	0,46	0,48
Sächs. Schweiz- Osterzgebirge	1,22	1,39	0,75	0,87	0,62
Leipzig, Stadt	0,98	1,00	0,79	0,52	1,27
Leipzig	1,00	1,06	0,89	0,62	0,86
Nordsachsen	0,92	1,01	1,11	0,27	0,56

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 4 zeigt, dass die einzelnen Gesundheitsbereiche regional unterschiedlich stark konzentriert sind. Der Kernbereich ist erwartungsgemäß über Sachsen relativ gleichmäßig verteilt. Auch wenn Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, die einen großen Teil des Kernbereiches ausmachen, häufiger in Städten zu finden sind als in dünn besiedelten Regionen, zeigt sich im Lokalisationskoeffizient keine Konzentration. In den kreisfreien Städten hat nämlich nicht nur das Gesundheitswesen viele Beschäftigte, sondern auch in vielen anderen Branchen sind in Städten mehr Personen beschäftigt als in ländlichen Gebieten. In den Landkreisen Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (1,39), Görlitz (1,33) und im Vogtlandkreis (1,20) sind beispielweise höhere Branchenkonzentrationen zu finden als in den kreisfreien Städten. In den genannten Kreisen sind Einrichtungen zur Vorsorge- oder Rehabilitation stark konzentriert. Der Großhandel mit Gesundheitsprodukten sowie der Fach- und Einzelhandel inklusive Apotheken (E 1) konzentriert sich im Kreis Nordsachsen. Der Lokalisationskoeffizient beträgt 1,11. In den anderen sächsischen Kreisen ist dieser Bereich geringer als im deutschlandweiten Durchschnitt vertreten. Noch geringer ist der Erweiterungs-

bereich E 2 sachsenweit konzentriert. Nur in der Stadt Dresden weist der Lokalisationskoeffizient von 1,07 auf eine Branchenkonzentration hin. Insbesondere der Anteil der Pharmaindustrie mit 0,74 Prozent übersteigt den Mittelwert für Deutschland von 0,44 Prozent deutlich. Im E 3, der „Gesundheitsverwaltung“, ist die Konzentration typischerweise auch in den kreisfreien Städten zu verzeichnen. Dieser Bereich ist in Sachsen insgesamt aber sehr stark konzentriert, was der Lokalisationskoeffizient von 1,26 unterstreicht.

7 Berufe in der Gesundheitswirtschaft

In der Gesundheitswirtschaft arbeiten Beschäftigte nahezu aller Berufsordnungen, wenn auch teilweise in sehr geringer Anzahl. Neben den eigentlichen medizinischen Berufen sind vielfach weitere Berufe notwendig, um die Gesundheitsdienstleistungen in den Einrichtungen umfassend zu erbringen. Neben Krankenschwestern/Krankenpflegern, Ärzten/Ärztinnen etc. bilden vor allem die Bürofachkräfte einen wesentlichen Berufszweig innerhalb des Gesundheitswesens. Ihr Anteil an allen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Sachsens beträgt 11,9 Prozent (vgl. Tabelle 5). Die zehn Berufsordnungen mit den höchsten Beschäftigungsanteilen in der Gesundheitswirtschaft erfassen etwa drei Viertel aller Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Die eigentlichen Gesundheitsberufe als größte Berufsgruppe in der Gesundheitswirtschaft sind mehrheitlich im Kernbereich vertreten. Je nach Ausrichtung sind in den Erweiterungsbereichen andere Berufsgruppen häufiger. So z. B. sind 23,3 Prozent aller im E 1 Beschäftigten Diätassistent/Diätassistentin oder pharmazeutisch-technischer Assistent/pharmazeutisch-technische Assistentin. Im E 2 machen Zahntechniker/Zahntechnikerinnen den größten Anteil mit 23,5 Prozent aus. Bürofachkräfte sind die dominierende Berufsordnung (59,7%) im E 3 (Krankenversicherung, öffentliche Verwaltung und Organisationen der Gesundheitswirtschaft).

Die nachfolgenden Analysen zu den Beschäftigungstrends (hier hauptsächlich als Nachfragefaktor betrachtet), Altersverteilung und Arbeitslosigkeit (Angebotsfaktoren) umfassen ausschließlich die Gesundheitsberufe lt. der Berufsklassifikation der Bundesagentur für Arbeit (Kriegbaum 2010). Das heißt, wir beschränken uns ab sofort auf diejenigen Berufsgruppen, die Tätigkeiten umfassen, die auf die eigentliche Pflege und Behandlung der Patienten zielen. Zum Vergleich erfolgt zum Teil die Darstellung der Berufsbereiche.

Tabelle 5

TOP 10 der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Sachsens nach Berufsordnung (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)

Berufsordnung	Gesundheitswirtschaft		Kernbereich		E 1		E 2		E 3	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
alle Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft	202.217	100	152.875	100	13.473	100	9.504	100	26.365	100
Bürofachkräfte	24.115	11,9	6.569	4,3	1.084	8,0	735	7,7	15.727	59,7
Ärzte	9.980	4,9	9.898	6,5	*	0,0	*	0,0	74	0,3
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	11.756	5,8	11.686	7,6	11	0,1	5	0,1	54	0,2
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	36.860	18,2	36.218	23,7	153	1,1	19	0,2	470	1,8
Helfer in der Krankenpflege	11.666	5,8	10.837	7,1	8	0,1	6	0,1	815	3,1
Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten	3.442	1,7	264	0,2	3.133	23,3	38	0,4	7	0,0
Sprechstundenhelfer	20.859	10,3	20.754	13,6	29	0,2	18	0,2	58	0,2
Medizinallaboranten	4.806	2,4	4.701	3,1	22	0,2	67	0,7	16	0,1
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	22.661	11,2	21.846	14,3	12	0,1	*	0,0	801	3,0
Heimleiter, Sozialpädagogen	3.598	1,8	3.317	2,2	*	0,0	0	0,0	280	1,1
Summe der TOP 10 in der Gesundheitswirtschaft	149.743	74,1	126.090	82,5	4.459	33,1	892	9,4	18.302	69,4

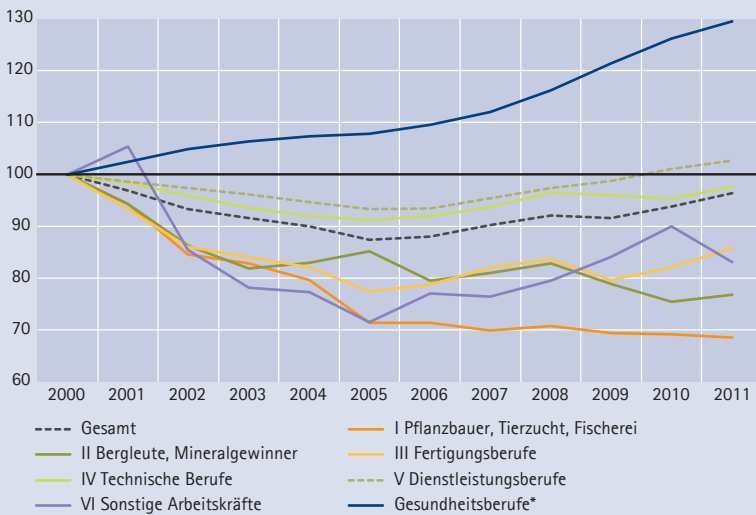
* Werte kleiner als drei wurden aus Datenschutzgründen durch * ersetzt.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Wie Abbildung 5 zeigt, hat sich die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den meisten Berufsgruppen zwischen dem 30.06.2000 und dem 30.06.2011 verringert. Nur die Zahl der Beschäftigten in den Dienstleistungsberufen ist gegenüber dem Ausgangsjahr leicht um 2,6 Prozent oder 21.706 Personen gestiegen. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitsberufe, die teilweise zu den Dienstleistungsberufen gehören, kräftige Beschäftigungszuwächse verzeichneten. Die Anzahl der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen hat sich im Beobachtungszeitraum um 32.826 Personen oder 29,6 Prozent erhöht. Der Anstieg erfolgte dabei über die Jahre hinweg recht kontinuierlich, was vermutlich den stetig wachsenden Bedarf im Zuge der demografischen Veränderungen widerspiegeln dürfte.

Abbildung 5

Entwicklung der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den einzelnen Berufsgruppen in Sachsen (jeweils 30.06., Index: 2000 = 100)



* Zu den Gesundheitsberufen wurden folgende Berufsordnungen zusammengefasst: Zahntechniker, Augenoptiker, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Heilpraktiker, Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe, Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen, Helfer in der Krankenpflege, Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten, Sprechstundenhelfer, Medizinallaboranten und Sozialarbeiter, Sozialpfleger.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Die Steigerung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitsbereich ist nahezu für alle untersuchten Berufsordnungen zu beobachten (vgl. Tabelle 6). Nur die Anzahl der Zahntechniker und Apotheker ging leicht zurück. Dieser Befund ist jedoch vorsichtig zu bewerten, da viele Apotheker aus der abhängigen Beschäftigung in die Selbständigkeit wechseln und somit in der Beschäftigungsstatistik nicht (mehr) erfasst werden. Der Rückgang könnte also zumindest teilweise auf eine Strukturveränderung zwischen selbständiger Tätigkeit und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zurückzuführen sein. Dafür spricht auch, dass sich die Anzahl der öffentlichen Apotheken zwischen dem 31.12.2000 und dem 31.12.2010 um 63 auf 1.001 in Sachsen³ erhöht hat. Der Rückgang bei den Zahntechnikern könnte auch darauf zurückzuführen sein.

Betrachtet man die Veränderung nach Geschlecht differenziert, so zeigt sich, dass, in absoluten Zahlen gemessen, die weiblichen Beschäftigten stärker vom Beschäftigungsaufbau profitiert haben als die männlichen. Allerdings ist der prozentuale Beschäftigungszuwachs für Männer höher. Folglich hat sich der Anteil der

3 Quelle: Onlineangebot des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen – Statistik der Berufe des Gesundheitswesens.

Männer in den Gesundheitsberufen von 12,7 Prozent im Jahr 2000 auf 14,9 Prozent im Jahr 2011 erhöht.

Tabelle 6

Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in der Gesundheitswirtschaft in Sachsen und Veränderung vom 30.06.2000 zum 30.06.2011

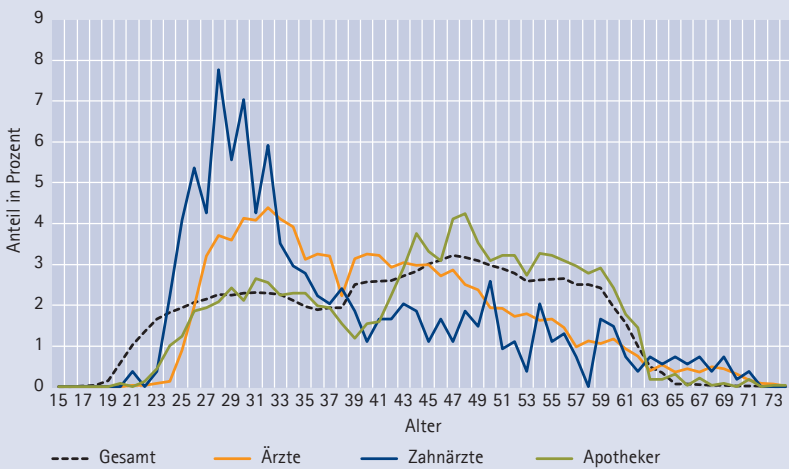
Berufsordnung	30.06.2011			Veränderung 2000 zu 2011 (absolut und relativ)					
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Alle Berufsordnungen	1.376.341	696.982	679.359	-52.010	-3,6	-43.981	-5,9	-8.029	-1,2
Zahntechniker	2.637	590	2.047	-5	-0,2	51	9,5	-56	-2,7
Augenoptiker	1.297	259	1.038	188	17,0	17	7,0	171	19,7
Ärzte	10.346	4.895	5.451	2.749	36,2	881	21,9	1.868	52,1
Zahnärzte	540	124	416	203	60,2	52	72,2	151	57,0
Apotheker	2.264	142	2.122	-360	-13,7	-3	-2,1	-357	-14,4
Heilpraktiker	277	44	233	37	15,4	10	29,4	27	13,1
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	12.532	1.477	11.055	5.653	82,2	809	121,1	4.844	78,0
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	38.207	3.451	34.756	2.942	8,3	1.598	86,2	1.344	4,0
Helfer in der Krankenpflege	13.531	4.270	9.261	4.920	57,1	1.353	46,4	3.567	62,6
Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten	3.644	157	3.487	1.843	102,3	122	348,6	1.721	97,5
Sprechstundenhelfer	21.684	256	21.428	2.534	13,2	99	63,1	2.435	12,8
Medizinallaboranten	5.241	302	4.939	271	5,5	110	57,3	161	3,4
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	31.580	5.459	26.121	11.851	60,1	2.290	72,3	9.561	57,7
Gesundheitsberufe	143.780	21.426	122.354	32.826	29,6	7.389	52,6	25.437	26,2

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Der Großteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Sachsens ist vergleichsweise jung. Während das Durchschnittsalter aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Sachsen bei 42,6 Jahren liegt, sind die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen im Schnitt 40,4 Jahre alt. In Abbildung 6, Abbildung 7 und Abbildung 8 sind die Altersverteilungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den einzelnen Berufsgruppen des Gesundheitswesens für verschiedene Bildungsabschlüsse dargestellt. Als Referenzgröße wurde jeweils die Altersverteilung aller Beschäftigten mit eingezeichnet.

Abbildung 6

Altersverteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsberufen mit Hochschulabschluss in Sachsen (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)



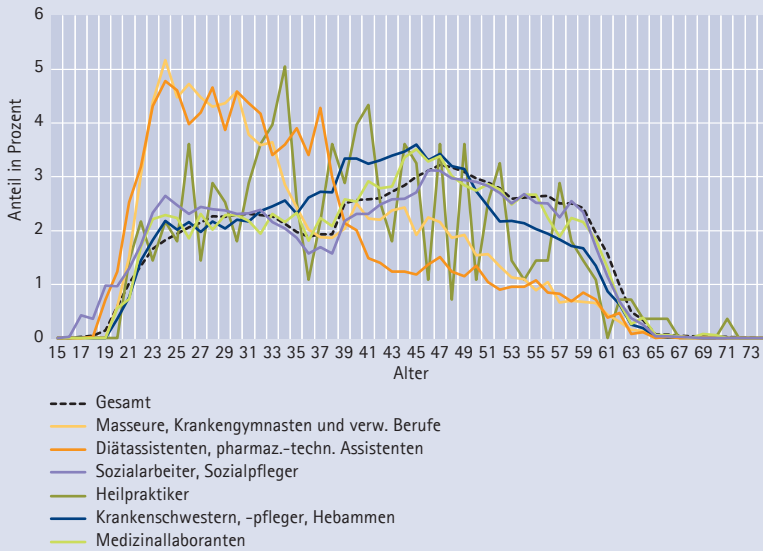
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Für die drei Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die einen Hochschulabschluss voraussetzen, unterscheidet sich die Altersverteilung sehr deutlich. Die Altersverteilung der Apotheker ist der Altersverteilung über alle Berufe hinweg noch am ähnlichsten. Der starke Anstieg des Beschäftigtenanteils ab dem 40. bis zum 44. Lebensjahr bei den Apothekern geht wahrscheinlich auf relativ starke Ausbildungskohorten in diesen Jahrgängen zurück. Besonders auffällig sind bei den Ärzten und Zahnärzten die recht hohen Anteile der Beschäftigten in der Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen. Insbesondere bei den Zahnärzten liegen die Anteile in den älteren Altersgruppen sehr viel niedriger als bei anderen Dienstleistungsberufen, was vermutlich auf einen Wechsel in die Selbständigkeit zurückgeführt werden kann. Dieses Muster zeigt sich in abgeschwächter Form auch für die Altersverteilung in der Berufsgruppe der Ärzte.

Abbildung 7 zeigt die Altersverteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Gesundheitsberuf, für den eine Berufsfachschulabschluss vorausgesetzt wird. Auch hier sind die jungen Jahrgänge im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufsgruppen meist stärker besetzt. Bei den Masseuren und Krankengymnasten sind in den Alterskohorten ab ca. 40 Jahre deutlich weniger Personen enthalten. Auch hier ist vermutlich der wesentliche Grund der Wechsel in eine selbständige Tätigkeit. Für die Berufsgruppe der Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten ist eine ähnliche Altersverteilung zu erkennen. Die Verteilung der Altersgruppen für Krankenschwestern, Krankenpflegern und Hebammen ähnelt der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Abbildung 7

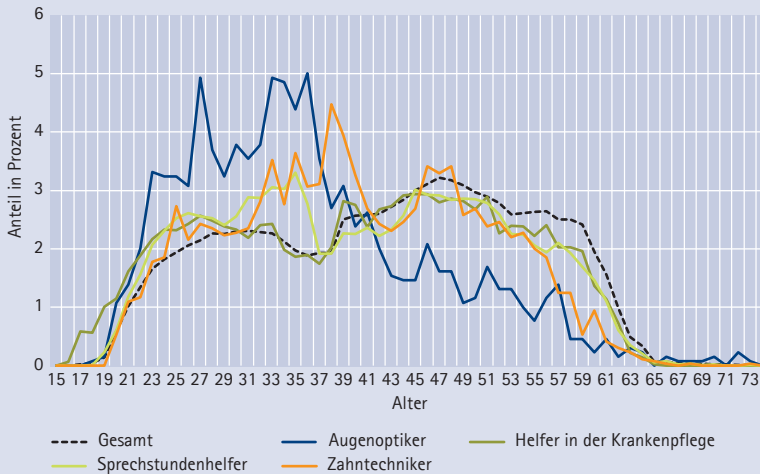
Altersverteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsberufen mit Berufsfachschulabschluss in Sachsen (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 8

Altersverteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsberufen mit dualer Ausbildung oder ohne Ausbildung in Sachsen (Arbeitsort, Stichtag 30.06.2011)



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Unter den dual ausgebildeten Gesundheitsberufen und den Helfern in der Krankenpflege, für die keine geregelte Ausbildung erforderlich ist, fällt insbesondere die Berufsgruppe der Augenoptiker auf (vgl. Abbildung 8). Der Anteil der Älteren ist

deutlich niedriger als der der Jüngeren in diesem Beruf. Zum Teil spielt auch hier sicherlich der Schritt in die Selbständigkeit eine Rolle, aber vielleicht entscheiden sich auch einige Augenoptiker für alternative Beschäftigungsmöglichkeiten.

Neben dem Abgang in die Selbständigkeit sind wahrscheinlich noch weitere Faktoren verantwortlich dafür, dass in einigen Berufen des Gesundheitswesens nur wenige Ältere zu finden sind. Möglicherweise wird insbesondere dann häufiger der Beruf gewechselt, wenn dieser überwiegend körperlich und emotional belastende Tätigkeiten umfasst.⁴

8 Arbeitslosigkeit

Die demografischen Rahmenbedingungen und Beschäftigungstrends ließen und lassen auch weiterhin auf ein Beschäftigungswachstum der Gesundheitswirtschaft schließen. Dennoch sind im Jahresdurchschnitt 2011 6.913 Arbeitslose in Sachsen gezählt worden, die einen Gesundheitsberuf ausüben möchten. Im Vergleich zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Gesundheitsberuf (über 140.000) und Arbeitslosenzahlen in anderen Berufen ist diese Zahl aber eher als gering einzustufen.

Abbildung 9

Anzahl Arbeitsloser nach Berufsgruppen in Sachsen und Veränderung der Arbeitslosenzahlen von 2000 zu 2011 (Jahresdurchschnitte, Angaben in Prozent)



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

4 Vergleiche zur Attraktivität der Branche auch Abschnitt 10.

Gegenüber 2000 ist in Sachsen die Arbeitslosigkeit in den Gesundheitsberufen zwar um 22,2 Prozent zurückgegangen (vgl. Abbildung 9). Im Vergleich zu den Fertigungsberufen oder den technischen Berufen fällt der Rückgang zunächst relativ gering aus. Aber für einen großen Rückgang der Arbeitslosenzahlen in den Gesundheitsberufen bestand bereits 2000 kaum Potenzial. Die berufsspezifische Arbeitslosenquote⁵ lag 2000 in den Gesundheitsberufen bei nur 7,4 Prozent. Im Bereich Fertigungsberufe und technischen Berufe waren die Quoten mit 24,1 Prozent bzw. 17,9 Prozent mehr als dreimal bzw. doppelt so hoch.

Tabelle 7

Anzahl der Arbeitslosen nach Berufsordnung in der Gesundheitswirtschaft in Sachsen (Jahresdurchschnitt 2010 und Veränderung zwischen 2000 und 2011)

Berufsordnung	Gesamt		Männlich		Weiblich	
	Jahresdurchschnitt 2011	Veränderung 2000 zu 2011	Jahresdurchschnitt 2011	Veränderung 2000 zu 2011	Jahresdurchschnitt 2011	Veränderung 2000 zu 2011
Gesamt	226.863	-161.005	120.488	-63.647	106.375	-97.359
Zahntechniker	102	-247	30	-50	72	-197
Augenoptiker	42	-49	14	-8	28	-41
Ärzte	116	-218	43	-91	73	-127
Zahnärzte	19	-37	5	-10	14	-28
Apotheker	30	-38	8	0	22	-38
Heilpraktiker	62	39	16	10	46	30
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	843	-87	180	51	663	-138
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	303	-1.142	30	-44	272	-1.098
Helfer in der Krankenpflege	487	-860	158	-183	329	-676
Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten	215	-24	25	17	189	-41
Sprechstundenhelfer	739	-500	17	4	722	-504
Medizinallaboranten	98	-220	17	0	82	-220
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	3.859	1.409	678	329	3.181	1.080
Gesundheitsberufe	6.913	-1.972	1.221	24	5.693	-1.997

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle 7 zeigt, dass nicht in allen Gesundheitsberufen die Zahl der Arbeitslosen seit 2000 gesunken ist. Generell sind aber die Arbeitslosenzahlen in den meisten Gesundheitsberufen recht niedrig. Insgesamt haben die Arbeitslosen mit einem Zielberuf in der Gesundheitswirtschaft in 2011 nur einen Anteil von drei Prozent an

5 Da keine nach Berufen differenzierten Arbeitslosenquoten aus der amtlichen Statistik vorliegen, wurden berufsspezifische Arbeitslosenquoten berechnet aus der Anzahl der Arbeitslosen in der Berufsgruppe geteilt durch die Summe der Arbeitslosen und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Wohnort, ohne Auszubildende) in der Berufsgruppe mal 100. Diese Quote ist nicht mit anderen Quoten, die durch die Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht werden, vergleichbar.

allen Arbeitslosen im Bestand. Gestiegene Arbeitslosenzahlen sind für die Berufe Heilpraktiker sowie für Sozialarbeiter/Sozialpfleger festzustellen.

Die insgesamt relativ niedrigen Arbeitslosenzahlen bei vielen Gesundheitsberufen deuten aber darauf hin, dass in diesen Bereichen fast nur friktionelle bzw. Sucharbeitslosigkeit vorhanden sein dürfte. Vergleicht man die Entwicklung in diesen Berufen mit der Veränderung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Tabelle 6), so überwiegt der Beschäftigungsaufbau. Da viele ihre Tätigkeit in den Gesundheitsberufen in Selbständigkeit ausüben, kann hinter der Arbeitslosigkeit auch ein Wechsel zwischen den Beschäftigungsformen (Selbständigkeit und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) stehen.

9 Stellenzugänge und Vakanzenzeiten der gemeldeten offenen Stellen

Die Seite der Arbeitsnachfrage kann zum Teil über die bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten offenen Stellen abgebildet werden. Selbst wenn nur ein Teil aller offenen Stellen von den Unternehmen der Bundesagentur bekannt sind (nach Hartmann und Reimer 2011: 25,4 % für Deutschland insgesamt) und auch der Einschaltungsgrad der Bundesagentur für Arbeit vom Qualifikationsniveau abhängt, welches eine Stelle voraussetzt, ist diese Statistik die einzige ihrer Art, die detaillierte Aussagen zu offenen Stellen nach Berufen auf kleinräumiger Ebene erfasst.

Ähnlich wie ein Rückgang bei der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 2000 und 2011 festzustellen ist, nahmen die bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten offenen Stellen deutlich ab. Dabei war die Zahl bis 2004 besonders stark rückläufig, während danach sich wieder ganz leichte Aufwärtstrends zeigten. Bis 2011 hat sich die Anzahl der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten offenen Stellen nahezu halbiert. In fast allen betrachteten Gesundheitsberufen lag die Zahl der gemeldeten offenen Stellen 2011 niedriger als in 2000, allerdings fiel der Rückgang in vielen Gesundheitsberufen weniger stark aus als insgesamt (vgl. Abbildung 10).

Neben der tatsächlichen Anzahl der gemeldeten offenen Stellen kann auch deren Vakanzdauer Aufschluss über eine mögliche Steigerung bei der Arbeitsnachfrage im entsprechenden Beruf geben. Im Beobachtungszeitraum 2000 bis 2011 ist im Durchschnitt aller Berufe die abgeschlossene Dauer der Vakanzeit⁶ in Sachsen um 23 auf 48 Tage gestiegen. Für Stellen im Gesundheitsbereich hat die Vakanzdauer von 26 auf 50 Tage zugenommen. Besonders stark war dabei der Anstieg der

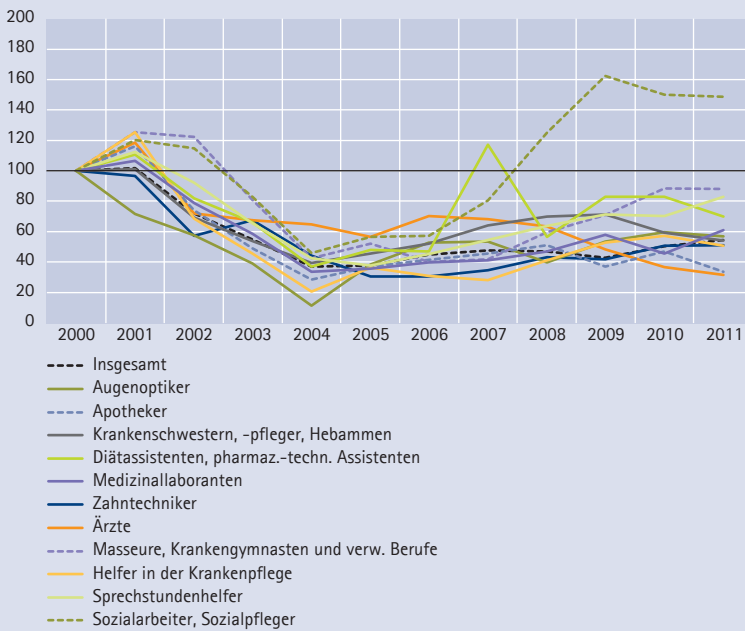
6 Die abgeschlossene Dauer der Vakanzeit berechnet sich aus dem frühestmöglichen und dem tatsächlichen Besetzungstermin (Hartmann/Reimer 2011).

Vakanzzeit der offenen Stellen für Ärzte. Im Jahr 2011 war jede gemeldete offene Stelle für Ärzte etwa 241 Tage vakant. Bei Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten hat sich die Vakanzdauer dagegen kaum verändert (plus einen Tag).

Einerseits ist damit die Anzahl der gemeldeten offenen Stellen für Gesundheitsberufe weniger stark zurückgegangen als bei allen Berufen. Andererseits hat sich die abgeschlossene Dauer der Vakanzzeit bei Gesundheitsberufen etwas stärker erhöht als im Durchschnitt aller Berufe. Gleichzeitig stieg die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Gesundheitsberuf im Beobachtungszeitraum um 29,6 Prozent, was deutlich macht, dass viele Arbeitgeber im Gesundheitswesen häufig andere Wege der Stellenbesetzung wählen. Durch eine relativ geringe Anzahl Arbeitsloser im Vergleich zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Gesundheitsberuf (vgl. Abschnitte 7 und 8) bietet sich bei der Bundesagentur für Arbeit auch kaum Potenzial für geeignete Arbeitskräfte in diesem Bereich.

Abbildung 10

Entwicklung der Zugänge der gemeldeten Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit in Sachsen (Jahressummen, 2000 = 100)



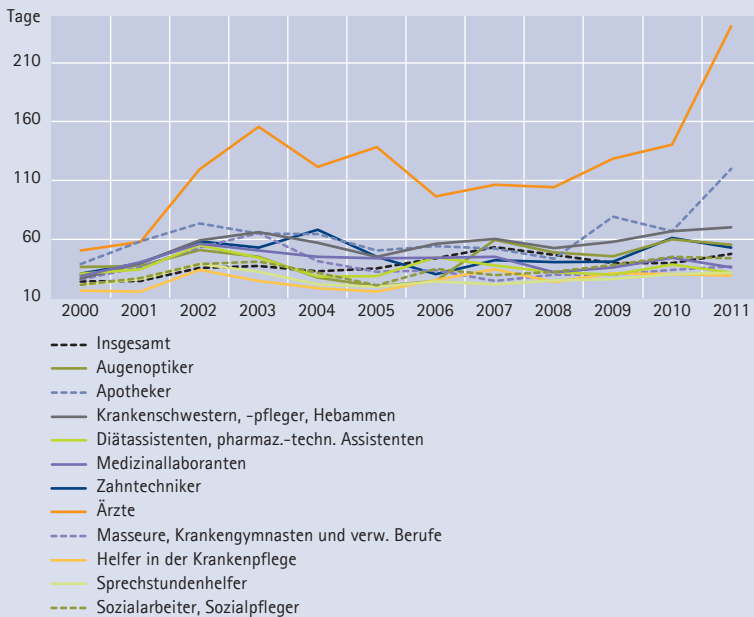
Die Anzahl der gemeldeten Stellen für Zahnärzte und Heilpraktiker sind so gering, dass keine aussagekräftigen Werte abgeleitet werden können.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass das Gesundheitswesen in den letzten Jahren eine Wachstumsbranche in Sachsen war und in Zukunft vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung vermutlich auch bleiben wird. Im Hinblick auf die doch recht niedrigen Arbeitslosenzahlen in diesem Bereich und steigender Vakanzdauer offener Stellen bleibt abzuwarten, ob in Zukunft genügend medizinisches Personal und Pflegekräfte für die (alternde) Bevölkerung Sachsens vorhanden sein werden.

Abbildung 11

Entwicklung der abgeschlossenen Vakanzzeit in Sachsen bei den gemeldeten Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit (Jahresdurchschnitt 2011)



Die Anzahl der gemeldeten Stellen für Zahnärzte und Heilpraktiker sind so gering, dass keine aussagekräftigen Werte abgeleitet werden können.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

10 Attraktivität von Gesundheitsberufen

Die Attraktivität eines Berufes oder einer Tätigkeit hängt für jeden Einzelnen von mehreren Faktoren ab. Dazu zählen u. a. das Ansehen des Berufes in der Bevölkerung, der zu erzielende Verdienst, die Arbeitsaufgabe, die Lage des Arbeitsplatzes und die Gestaltung der Arbeitszeiten. Insbesondere die Arbeitszeiten in der Gesundheitswirtschaft erfordern zum Teil eine hohe Kompromissbereitschaft der Beschäftigten und deren Familien. Schichtdienste sind für viele sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft die Regel.

Inwiefern die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft, aufgrund dieser Rahmenbedingungen, mehr oder weniger zufrieden mit ihrem Beruf sind, lässt sich z. B. anhand der Berufswechsel feststellen. Die Überlegung, die dahinter steht, ist, wenn jemand mit seinem Beruf unzufrieden ist, wird sich diese Person eher nach Alternativen umschaun als diejenigen, die zufrieden mit ihrer Tätigkeit sind. Diese Vorgehensweise kann natürlich nur eine Näherung sein. Ein Berufswechsel kann auch andere Gründe haben, wie z. B. familiärer, gesundheitlicher Art oder es fehlt die räumliche Mobilität.

Wechseln Beschäftigte der Gesundheitswirtschaft häufiger ihren Beruf als andere? Um diese Frage zu beantworten, bietet es sich an, den Stellenumschlag und die Personalfluktuations⁷ in den Betrieben der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zu Betrieben anderer Branchen zu analysieren. Primäres Ziel der beiden Konzepte ist zwar, die Dynamik von Branchen zu analysieren, jedoch basiert die gemessene Dynamik auf Einstellungen und Entlassungen von Beschäftigten⁸ in den Betrieben. Für die Berechnung des Stellenumschlages werden die Betriebe in Gründungen, expandierende Betriebe, schrumpfende Betriebe und Schließungen eingeteilt. Die entsprechenden Veränderungen werden dabei, um eine sektorale oder regionale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, zumeist als Raten ausgedrückt. Hierfür dividiert man die absoluten Veränderungen in der Zahl der Beschäftigten zwischen zwei Zeitpunkten (hier 30.06. eines jeden Jahres) durch die durchschnittliche Beschäftigung in diesem Zeitraum. Die Rate des Stellenumschlages ergibt sich also aus der Summe der Stellenentstehung in Gründungen und expandierenden Betrieben und der Stellenvernichtung in schrumpfenden und geschlossenen Betrieben. Die Personalfluktuations als Bestandteil des Stellenumschlages, ergibt sich aus der Summe der Zu- und Abgänge von Beschäftigten in einem Betrieb zwischen den zwei Zeitpunkten. Eine entsprechende Rate errechnet sich auch hier durch den Bezug auf die durchschnittliche Beschäftigung.

Eine solche Analyse des Stellenumschlages und der Personalfluktuations⁹ in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zum Durchschnitt aller Branchen zeigt, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen seltener ihren Arbeitsplatz wechseln (vgl. Tabelle 8). Der Stellenumschlag lag mit 12,06 Prozent 2009 im sächsischen Gesundheitswesen deutlich niedriger als der Stellenumschlag im Schnitt aller Branchen (21,71 %). Auch die Personalfluktuations war mit 60,11 Prozent wesentlich geringer (alle Branchen: 84,15 %).

7 Vgl. zum Thema Stellenumschlag auch Fuchs/Ludewig/Weyh (2011).

8 Die Zahl der Beschäftigten wird dabei als Vollzeitäquivalent betrachtet, das heißt eine geringfügige Beschäftigung zählt als 0,2 Vollzeitäquivalente und eine Teilzeitbeschäftigung geht mit 0,5 Vollzeitäquivalenten in die Berechnung ein.

9 Ein hoher Stellenumschlag und eine hohe Personalfluktuations können natürlich auch entstehen, wenn eine Branche stark wächst. Verschiedene Analysen nationaler und internationaler Literatur zeigen allerdings, dass die Unterschiede zwischen Stellenentstehung und Stellenvernichtung relativ gering sind (vgl. z. B. Fuchs/Weyh 2010).

Tabelle 8

Stellenumschlag und Personalfuktuation insgesamt und im Gesundheitswesen in Sachsen pro Jahr (Angaben in Prozent)

Jahr	Alle Branchen		Gesundheitswesen	
	Stellenumschlag	Personalfuktuation	Stellenumschlag	Personalfuktuation
2001	26,50	92,70	13,06	58,03
2002	25,00	91,49	11,56	58,28
2003	24,81	92,38	14,83	61,94
2004	21,78	85,55	12,38	55,68
2005	22,64	86,54	15,82	57,27
2006	21,40	84,33	11,97	54,60
2007	20,41	82,43	16,99	60,41
2008	19,39	81,73	11,66	57,35
2009	21,71	84,15	12,06	60,11

Quelle: Beschäftigtenhistorik des IAB, eigene Berechnungen.

Zur besseren Interpretation bildet man jeweils den Kehrwert des hälftigen Stellenumschlags bzw. der hälftigen Personalfuktuation. Damit ist es dann möglich, die konkrete Dauer eines Arbeitsplatzes sowie die Dauer eines Beschäftigungsverhältnisses zu bestimmen. Im sächsischen Gesundheitswesen bestand im Schnitt der Jahre 2001 bis 2009 ein Arbeitsplatz etwa 15 Jahre. Hingegen war die Lebensdauer eines Arbeitsplatzes im Schnitt aller Branchen mit 8,8 Jahren deutlich kürzer. Ein Beschäftigungsverhältnis hält im sächsischen Gesundheitswesen etwa 3,4 Jahre, während im Schnitt aller Branchen die Lebensdauer mit 2,3 Jahren viel geringer ist. Die Beschäftigungsverhältnisse in der Gesundheitswirtschaft scheinen also tatsächlich stabiler zu sein. Das kann zum einen damit zusammenhängen, dass wie auch im Verarbeitenden Gewerbe die Marktzutrittsbarrieren höher oder die Beschäftigungsalternativen geringer sind. Es kann aber andererseits auch sein, dass die Beschäftigten tatsächlich zufriedener mit der Arbeit sind und somit seltener freiwillig ihren Job wechseln.

Der Lohn bestimmt vermutlich erheblich die Attraktivität eines Berufes. Betrachtet man den Median der monatlichen Bruttoarbeitnehmerentgelte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten¹⁰ in Sachsen, so zeigt sich, dass diese von 1.752 € im Jahr 2000 auf 1.955 € im Jahr 2010 gestiegen (+11,6 %) sind. Für die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen ist eine gegenläufige Entwicklung zu erkennen. In diesem Bereich ist das Medianentgelt um 1,2 Prozent gesunken (2000: 1.913 €, 2010: 1.891 €).¹¹ Innerhalb der Gesundheitsberufe gibt es

10 Es wurden nur Vollzeitbeschäftigte und keine Auszubildenden mit einem sächsischen Arbeitsort in den Auswertungen berücksichtigt.

11 Im selben Zeitraum hat sich deutschlandweit der Verbraucherpreisindex um 15,8 Prozentpunkte erhöht, womit deutliche Kaufkraftverluste verbunden sind. Der Einkommensverlust ist somit real noch höher als die 22 €.

wiederum Berufsgruppen, die besonders hohe Entgelteinbußen zu verzeichnen hatten. Dazu zählen die Sozialarbeiter und Sozialpfleger (-15,5%), Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe (-3,0%) sowie die Helfer in der Krankenpflege (-1,5%). Deutliche Einkommenszuwächse gab es hingegen bei Ärzten (+27,6%), Apothekern (+24,7%), Sprechstundenhelfern (+18,0%) und Augenoptikern (+16,1%).

Die Entwicklung der Medianentgelte in den Gesundheitsberufen in Westdeutschland ist gegenläufig. Im Vergleich zu 2000 haben sich dort die Entgelte um 7,3 Prozent erhöht (von 2.309 € im Jahr 2000 auf 2.478 € im Jahr 2010). Damit liegt das Medianentgelt in der Gesundheitswirtschaft auch unterhalb des Medianentgeltes für alle westdeutschen sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten (2.835 €).

Innerhalb Sachsens bestehen auch starke Unterschiede was die Verdienstmöglichkeiten in den einzelnen Berufen des Gesundheitswesens betrifft. Eher kleine regionale Unterschiede sind in den Verdiensten der Ärzte feststellbar. Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen hingegen verdienen in Chemnitz über 700 € mehr als im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge. Medizinallaboranten verdienen in Nordsachsen über 1.000 € mehr als im Erzgebirgskreis. Regionale Unterschiede die bei über 1.000 € liegen, zeigen sich auch bei Zahnärzten und Heilpraktikern, wobei hier die regionalen Fallzahlen eher klein sind. Auffällig ist auch, dass, wie im Durchschnitt aller Berufe, bei vielen Gesundheitsberufen das niedrigste Entgelt im Erzgebirgskreis gezahlt wird. Ein Zahntechniker im Erzgebirgskreis verdient damit durchschnittlich nur etwa 62 Prozent von dem, was im Durchschnitt ein Kollege in den alten Bundesländern erhält.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft Sachsens verdienen im Schnitt fast 600 € weniger als ihre westdeutschen Kollegen und Kolleginnen, was allerdings für die meisten anderen Wirtschaftsbereiche in Sachsen in ähnlicher Art und Weise gilt. Selbst wenn der Lohnabstand zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Sachsen geringer ist als in den alten Bundesländern, so existiert im Vergleich zu Westdeutschland zudem ein negativer Trend bei der Lohnentwicklung. Neben Schichtsystem, körperlich und emotional belastender Arbeit sind in Sachsen auch die finanziellen Anreize und deren Entwicklung im Vergleich zu anderen Regionen niedriger. Die höhere Dauer eines Beschäftigungsverhältnisses in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufe könnte jedoch als Indiz dafür gewertet werden, dass Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft mit ihrer Tätigkeit zufrieden sind.

11 Zusammenfassung

Insgesamt arbeiten in Sachsen 15 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Davon sind knapp drei Viertel im Kernbereich also im eigentlichen Gesundheitswesen tätig. In den Bereichen Handel mit Produkten der Gesundheitswirtschaft (6,7 %), Pharmazeutische Industrie und Herstellung von medizinischen Apparaten und Hilfsmitteln (4,7 %) sowie in der Verwaltung des Gesundheitswesens (13,0 %) arbeiteten zusammen genommen ein Viertel der Beschäftigten dieser Branchen. 81,2 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind weiblich.

In Sachsen ist die Gesundheitswirtschaft ein wachsender Wirtschaftsfaktor. In den letzten Jahren wurde beständig Personal aufgebaut und die Bruttowertschöpfung ist gestiegen. Vom Mitte 2007 bis Mitte 2011 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Bereich um 15 Prozent erhöht. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen gibt es vergleichsweise wenig Arbeitslose in Gesundheitsberufen. 2011 war der berufsspezifische Arbeitslosenquotient (Anzahl der Arbeitslosen im Verhältnis zu den Arbeitslosen plus den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) mit knapp fünf Prozent deutlich niedriger als im Durchschnitt aller Berufe (ca. 14 %). Die Anzahl der gemeldeten offenen Stellen ist im Gesundheitswesen Sachsens weniger stark zurückgegangen als im Durchschnitt aller Berufe. Die abgeschlossene Dauer der Vakanzzeit zeigt stärkere Anstiege im Gesundheitswesen als bei allen Berufen. Trotz vergleichsweise geringer Verdienste sind die Beschäftigungsverhältnisse in der Gesundheitswirtschaft stabiler als im Rest der Wirtschaft.

Literatur

- Brenker, Inga (2010): Auswirkungen des demografischen Wandels im Pflegebereich – Schätzung der zu erwartenden Beschäftigungspotentiale im Jahr 2020. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. Statistik in Sachsen 4/2010, Kamenz.
- Fuchs, Michaela; Weyh, Antje (2010): The determinants of job creation and destruction – plant-level evidence for Eastern and Western Germany. In: *Empirica. Journal of European Economics*, Vol. 37, No. 4, S. 425–444.
- Fuchs, Michaela; Ludewig, Oliver; Weyh, Antje (2011): Gegen den Strom – In Regionen mit geringer Arbeitsplatzdynamik entstehen unterm Strich mehr Stellen. *IAB-Forum*, 2/2011, Nürnberg, S. 74–81.
- Fuchs, Michaela; Sujata, Uwe; Weyh, Antje (2011): Herausforderungen des demografischen Wandels für den Arbeitsmarkt in Sachsen. *IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz*. IAB Sachsen, 01/2011, Chemnitz.

- Hartmann, Michael; Reimer, Kim (2011): Möglichkeiten und Grenzen einer statistischen Engpassanalyse nach Berufen. Methodenbericht der Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- Kriegbaum, Susanne (2010): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- Ragnitz, Joachim (2012): Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Sachsen – Zahlen, Daten und Fakten zum aktuellen Stand, Dresden.
- Schneider, Markus; Hofmann, Uwe; Krauss, Thomas; Köse, Aynur; Karmann, Alexander; Werblow, Andreas; Fiala, Oliver; Weinhold, Ines (2012): Gesundheitswirtschaft Sachsen. Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Augsburg, Dresden (<http://www.basys.de/aktuelles/2013/gw-sachsen-studie.pdf>).
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2010): Statistisch betrachtet – Vorausberechnung der Krankenhausbehandlungsfälle bis 2020. Kamenz.
- Wanger, Susanne (2011): Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit – Viele Frauen würden gerne länger arbeiten. IAB-Kurzbericht, 9/2011, Nürnberg.

Volker Kotte

J Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein

Der folgende Beitrag leitet mit einigen Fakten über siedlungsstrukturelle, wirtschaftliche und demografische Besonderheiten des Bundeslandes Schleswig-Holstein ein, die den besonderen Stellenwert der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein verdeutlichen. Im Zentrum der Regionalstudie steht die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, die neben dem Kernbereich und den zwei Erweiterungsbereichen auch den dritten Erweiterungsbereich der Krankenversicherungen und öffentlichen Verwaltung umfasst. In einer regionalen Analyse wird gezeigt, welches Gewicht für die Beschäftigung die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Schleswig-Holsteins haben. Strukturmerkmale der Beschäftigten in der schleswig-holsteinischen Gesundheitswirtschaft wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und Nationalität werden untersucht. Weitere Analysen richten sich auf die Beschäftigungsentwicklung nach Berufen und die Bedeutung der geringfügig entlohnten Beschäftigten. Ein wichtiger Aspekt für die Attraktivität der Berufe sind die erzielten Entgelte, wobei die Lohnunterschiede in den Gesundheitsberufen aufgezeigt werden. Abschließend werden anhand einer Längsschnittbetrachtung die Berufsverläufe von Beschäftigten mit Gesundheitsberufen untersucht.

1 Siedlungsstruktur, wirtschaftliche und demografische Merkmale

Schleswig-Holstein, das nördlichste Bundesland Deutschlands, wird geprägt durch seine Lage zwischen Nord- und Ostsee. Insgesamt besitzt Schleswig-Holstein eine Küstenlänge von mehr als 800 km (vgl. Statistikamt Nord 2004). Schleswig-Holstein untergliedert sich in elf Landkreise (Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg, Segeberg, Steinburg und Stormarn) und vier kreisfreie Städte (die Landeshauptstadt Kiel, Flensburg, Lübeck und Neumünster). 2.819.000 Einwohner leben in dem Bundesland. Mit einer Bevölkerungsdichte von 179 Einwohnern je km² zählt Schleswig-Holstein gemeinsam mit Niedersachsen und Bayern zu den dünnsten besiedelten Ländern in Westdeutschland.

Trotz der relativ geringen Bevölkerungsdichte ist die Siedlungsstruktur des Landes äußerst differenziert. Entlang der Nordseeküste dominieren ländliche Räume mit teilweise sehr niedriger Einwohnerdichte, während im Osten des Landes vorwiegend verstädterte Räume zu finden sind. Die Zentren der verstädterten Räume an der Ostseeküste sind die kreisfreien Städte Kiel und Lübeck. In deren Umland finden sich sowohl verdichtete als auch ländliche Kreise. Der südliche Landes- teil wird geprägt durch die Metropolregion Hamburg. Aufgrund ihrer Nähe zum Ballungszentrum Hamburg sind die Kreise im Hamburger Umland – das Herzog-

tum Lauenburg, Pinneberg, Segeberg und Stormarn – dem Agglomerationsraum Hamburg zuzuordnen. Hinsichtlich der Besiedlungsdichte bestehen im nördlichen Hamburger Umland allerdings beträchtliche Unterschiede. Es gibt sowohl ländlich geprägte Regionen im Herzogtum Lauenburg als auch hochverdichtete Gebiete im Kreis Pinneberg.

Prognosen zufolge wird der Anteil der Hochbetagten (im Alter von 80 Jahren und mehr) in Schleswig-Holstein bis zum Jahr 2025 stetig ansteigen (DSN 2008). Derzeit sind ca. 4,8 Prozent der schleswig-holsteinischen Gesamtbevölkerung hochbetagt. Dieser Anteil wird sich bis zum Jahr 2025 auf 8,9 Prozent erhöhen, sodass dann mit gut 245.000 nahezu doppelt so viele Personen im hochbetagten Alter sein werden. Dieser Trend wird in den Flächenkreisen deutlich sichtbar sein. Die Zahl der Hochbetagten wird sich hier um rund drei Viertel erhöhen. Die stärksten Zuwachsraten mit rund 100 Prozent werden in den Hamburger Randkreisen zu erwarten sein.

Die schleswig-holsteinische Wirtschaft weist nur einen geringen Anteil des Verarbeitenden Gewerbes auf, sein gewichtiger Dienstleistungssektor wird von öffentlichen Dienstleistungen, vom Tourismus und vom teilweise touristisch ausgerichteten Handel geprägt. Der schleswig-holsteinische Dienstleistungssektor ist durch eine relativ geringe Wertschöpfungskraft der Arbeitsplätze gekennzeichnet; die Ausnahme bildet der öffentliche Dienst (Bickenbach et al. 2008). Suburbanisierungsvorteile für die nahe an Hamburg gelegenen Kreise Schleswig-Holsteins sind zwar vorhanden; sie können aber auf Bundeslandebene nicht die Wirtschaftsschwäche des Landes ausgleichen, denn das BIP je Einwohner liegt in Schleswig-Holstein insgesamt unter dem Bundesdurchschnitt. Es ist in den kreisfreien Städten deutlich höher und im Hamburger Umland geringer als in den ländlich geprägten Kreisen. Dies ist v. a. auf die Pendlerverflechtungen zwischen den Umland Hamburgs und der Hansestadt zurückzuführen. Betrachtet man das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte, so liegen die kreisfreien Städte unter den Werten der Hamburger Umlandkreise. In den ländlich geprägten Gebieten weisen alle Kreise ein unter dem Landesdurchschnitt liegendes verfügbares Einkommen der privaten Haushalte auf (Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein 2006).

Die Wirtschaftsleistung je Einwohner liegt an letzter Stelle der westdeutschen Bundesländer. Auch in der Arbeitsplatzdichte liegt das Land auf einem hinteren Platz. Die Defizite der Standortbedingungen in den Bereichen Forschung und Entwicklung, Verkehrsanbindung und Marktnähe sowie der Ausstattung mit dynamischen Wachstumsbranchen spiegeln sich in der unterdurchschnittlichen Wirtschaftskraft des Landes wider (Niebuhr/Kotte 2005).

Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Situation und erheblichen regionalen Disparitäten hat die Landesregierung die Gesundheitswirtschaft relativ

frühzeitig entdeckt (DSN 2000). Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein prägen nach Angaben des IAT zwei wesentliche Elemente: Medizintechnik und Gesundheitstourismus (Hilbert et al. 2009). Schleswig-Holstein gehört zu den drei Bundesländern mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten in der Medizintechnik. Außerdem ist das Land hinter Bayern und auf gleicher Höhe mit Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern die beliebteste Destination des Gesundheitstourismus (Hilbert et al. 2009).

2 Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft und deren Lokalisation in Schleswig-Holstein

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft entfällt der größte Anteil der Beschäftigten auf den Kernbereich (rund 78 %, absolut: 100.600 Beschäftigte; Westdeutschland: 76,9 %; vgl. Tabelle 1). Dabei sind die Krankenhäuser und Alten-/Pflegeheime die größten Arbeitgeber. Rund 68.000 Personen sind in diesen Einrichtungen beschäftigt, das ist mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitswirtschaft (52,5 %). Das drittgrößte Beschäftigungsfeld in der Gesundheitswirtschaft sind die Beschäftigten bei den niedergelassenen Ärzten (13,5 % der Gesundheitswirtschaft, rund 17.000 Beschäftigte). Den Rest des Kernbereichs stellen überwiegend die ambulanten und sozialen Dienste. In den drei Erweiterungsbereichen (dem Handel, der Herstellung und Produktion sowie dem Bereich Forschung/Entwicklung/private Krankenversicherung) sind insgesamt rund 42.000 Menschen beschäftigt. Auf den Erweiterungsbereich 1 – Handel mit medizinischen Produkten – kommen rund 11.200 Personen (8,7 % der Gesundheitswirtschaft). Innerhalb dieses Segments sind die Apotheken der größte Einzelarbeitsgeber (rund 4.900 Personen, 3,8 % der Gesundheitswirtschaft). Rund 6.300 Beschäftigte entfallen auf den übrigen Einzel- und Großhandel mit medizinischen oder pharmazeutischen Produkten. Auf den Erweiterungsbereich 2 – medizinische Industrie und Handwerk – kommen rund 14.200 Personen (10,9 % der Gesundheitswirtschaft). Dabei liegen die Unterbereiche Herstellung von pharmazeutischen Produkten und die Herstellung von medizinischen Geräten mit jeweils etwa 6.000 Personen gleichauf. Der Erweiterungsbereich 3 ist mit rund 2.900 Menschen (2,3 % der Gesundheitswirtschaft) der kleinste Bereich der Gesundheitswirtschaft. In der Summe sind der Kernbereich und der Erweiterungsbereich 2 für die Beschäftigung in Schleswig-Holstein von besonderer Bedeutung.

Tabelle 1

Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft 2010

	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft		
	Schleswig-Holstein		Westdeutschland
	absolut	in Prozent	in Prozent
Kernbereich	100.593	78,0	76,9
Erweiterungsbereich 1	11.233	8,7	8,7
Erweiterungsbereich 2	14.158	10,9	9,4
Erweiterungsbereich 3	2.912	2,3	4,9
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	128.886	100,0	100,0

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

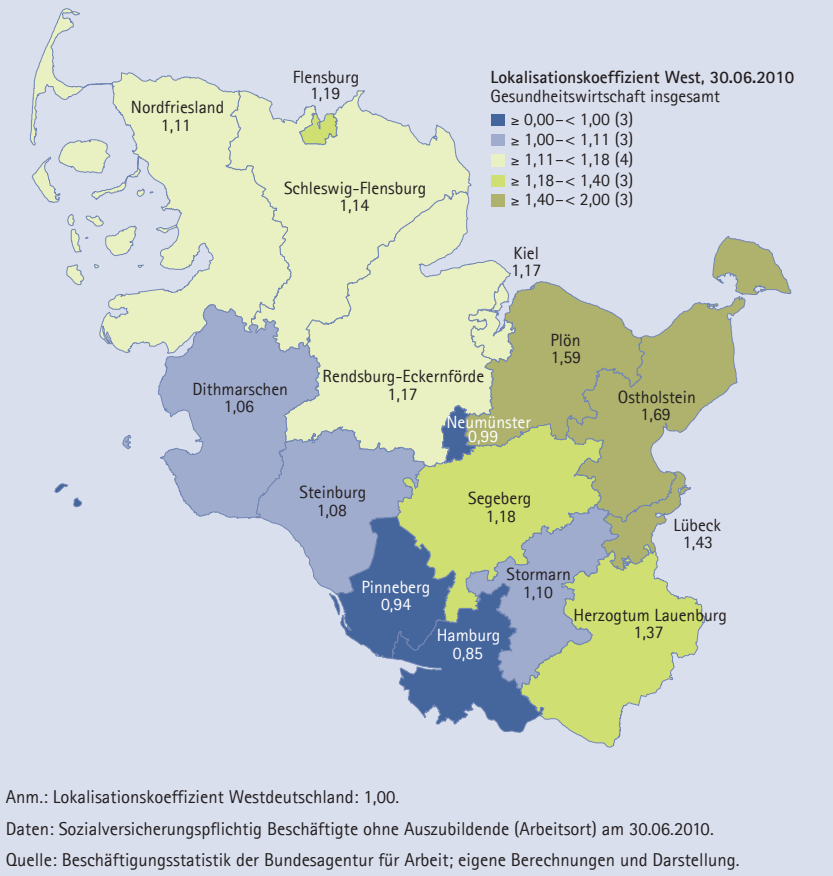
Auch bei der Anzahl der Betriebe (Betriebsstätten) dominiert der Kernbereich. Von den rund 75.600 Betrieben in Schleswig-Holstein, entfallen etwa 9.000 auf die Gesundheitswirtschaft (11,9%).¹ Der Kernbereich stellt auch hier den größten Teil (7.000), was vor allem auf die große Zahl an niedergelassenen Ärzten zurückzuführen ist. Mit 4.200 Betriebsstätten stellen sie mehr als die Hälfte aller Arbeitgeber. Entsprechend geringer ist die Zahl der Betriebe in den Erweiterungsbereichen. Auf den Erweiterungsbereich 1 kommen rund 1.300, auf den Erweiterungsbereich 2 rund 500 und auf den Erweiterungsbereich 3 rund 100 Betriebe.

Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist regional nicht gleichmäßig verteilt, sondern hat lokale Schwerpunkte. Dabei bestehen Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in einer Region insgesamt, aber auch hinsichtlich der Gewichte zwischen den Kern- und Erweiterungsbereichen. Ein geeignetes Maß, um regionale Schwerpunkte identifizieren zu können, ist der sogenannte Lokalisationskoeffizient. Der Lokalisationskoeffizient ist der Quotient aus dem Anteil der Beschäftigten in einer Branche in einer Region (Zähler), in Relation zu dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Westdeutschland (Nenner). Werte über eins stehen für einen überdurchschnittlichen, Werte unter eins für einen unterdurchschnittlichen Branchenanteil. Der Lokalisationskoeffizient ermöglicht einen besseren regionalen Vergleich, weil die Stärke oder Schwäche des regionalen Arbeitsmarkts berücksichtigt wird. Der Lokalisationskoeffizient von 1,69 für den Kreis Ostholstein sagt etwa, dass der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Ostholsteins um 69 Prozent über dem Durchschnitt von Westdeutschland liegt.

¹ Betriebe mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Voll- oder Teilzeit) oder mindestens einen Minijobber. Nicht erfasst sind z. B. Selbständige, Beamte oder mithelfende Familienangehörige.

Karte 1

Lokalisationskoeffizienten der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft
in Schleswig-Holstein und Hamburg 2010



In Karte 1 werden die regionalen Unterschiede in Schleswig-Holstein deutlich (vgl. auch Tabelle 2). Aus dem Wert von 16,8 je 100 Beschäftigte errechnet sich für Schleswig-Holstein ein Lokalisationskoeffizient der Gesundheitswirtschaft von 1,20, d. h. der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist gegenüber Westdeutschland 20 Prozent höher. Innerhalb des Landes ist ein Ost-West-Gefälle auszumachen. An der Westküste schwankt der Lokalisationskoeffizient zwischen 0,94 im Kreis Pinneberg und 1,11 im Kreis Nordfriesland. In der Landesmitte und im Norden liegen die Werte zwischen 0,99 in der Stadt Neumünster und 1,19 in der Stadt Flensburg. Beschäftigungsschwerpunkte sind die östlichen Landesteile. Der Kreis Herzogtum Lauenburg liegt rund 37 Prozent über dem westdeutschen Durchschnitt (Lokalisationskoeffizient 1,37) und die Hansestadt Lübeck 43 Prozent (1,43). Die mit Abstand höchsten Werte erreichen die Kreise Plön (1,59) und Ost-

holstein (1,69). Ostholstein hat nach dem Schwalm-Eder-Kreis in Nordhessen und dem Landkreis Mainz-Bingen die dritthöchste Beschäftigtenkonzentration eines Kreises in Westdeutschland überhaupt. Selbst wenn man die Städte hinzunimmt, liegt Ostholstein auf Rang elf (Westdeutschland). Allerdings ist die Beschäftigung in einem Flächenkreis nicht mit der Beschäftigung in Universitätsstädten (z. B. Heidelberg, Tübingen) oder Kurorten (z. B. Bad Kissingen, Garmisch-Partenkirchen) zu vergleichen.

Differenziert man Kern- und Erweiterungsbereiche ergeben sich weitere regionale Muster (vgl. auch Tabelle 2). Grundsätzlich ist der Kernbereich überall das beschäftigungstärkste Segment innerhalb der Gesundheitswirtschaft (mit einem Minimum von 58,3 Prozent im Kreis Pinneberg und einem Maximum von 89,0 Prozent im Kreis Dithmarschen). Das trifft auch auf den Kreis Ostholstein zu. Gegenüber Westdeutschland ist der Lokalisationskoeffizient des Kernbereichs 84,0 Prozent höher. Ebenfalls überproportional vertreten ist der Kernbereich im Kreis Herzogtum Lauenburg (1,47), dem Kreis Plön (1,46) und der Hansestadt Lübeck (1,41). Einen unterdurchschnittlichen Anteil haben die Kreise Segeberg (0,98), Stormarn (0,98) und Pinneberg (0,71). Dafür ist in diesen Kreisen der Erweiterungsbereich 1 – Handel mit Gesundheitsprodukten – stark überdurchschnittlich vertreten. Insbesondere in den Kreisen Pinneberg (1,94), Stormarn (1,75), Segeberg (1,55), aber auch in Plön (1,52) hat der Handel mit medizinischen Produkten eine überdurchschnittliche Bedeutung. Unterdurchschnittlich vertreten ist der Erweiterungsbereich 1 in den Kreisen Dithmarschen (0,73), Nordfriesland (0,78), Rendsburg-Eckernförde (0,83) und im Herzogtum Lauenburg (0,84). Der Erweiterungsbereich 2 – medizinische Industrie und Handwerk – konzentriert sich besonders stark auf die Hansestadt Lübeck (2,54), den Kreis Segeberg (2,76) und den Kreis Plön (3,19). In Plön ist der Anteil der Beschäftigten rund 2,2-mal höher als in Westdeutschland. Hier ist ein klarer Beschäftigungsschwerpunkt in Schleswig-Holstein zu erkennen. Unterdurchschnittliche Beschäftigungsanteile in Industrie und Handwerk hat die Stadt Flensburg (0,34), die Kreise Dithmarschen und Lauenburg mit je 0,42 sowie Nordfriesland mit 0,30. Der kleinste Teilbereich Forschung und Entwicklung einschließlich privater Krankenversicherung (Erweiterungsbereich 3) spielt mit Ausnahme der Kreise Nordfriesland (1,01) und dem Herzogtum Lauenburg (2,45) in Schleswig-Holstein nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings ist diese Aussage aufgrund der geringen Größe des Bereichs und ohne die gesetzliche Krankenversicherung nur eingeschränkt interpretierbar. Will man die regionalen Unterschiede in Schleswig-Holstein zusammenfassen, ist die starke Stellung des Kernbereichs in den östlichen Landesteilen auffallend (Plön, Ostholstein, Lübeck, Herzogtum Lauenburg). Die Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzte, Pflegeeinrichtungen und Heime haben hier eine hohe Bedeutung für den Arbeitsmarkt. Ein zweites auffallendes Muster ist die

Konzentration des medizinischen Handwerks und der Industrie im östlichen Raum (Lübeck, Plön und Hamburger Rand). Hier liegt ein regionaler Beschäftigungsschwerpunkt vor.

Tabelle 2

Lokalisationskoeffizient der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Kern- und Erweiterungsbereichen in den Kreisen Schleswig-Holsteins 2010

Land/ Kreisfreie Stadt/ Kreis	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft				
	Kernbereich	Erweiterungs- bereich 1	Erweiterungs- bereich 2	Erweiterungs- bereich 3	Gesundheits- wirtschaft Insgesamt
Schleswig-Holstein	1,22	1,22	1,42	0,54	1,20
Flensburg	1,34	1,38	0,34	0,10	1,19
Kiel	1,29	1,01	0,76	0,28	1,17
Lübeck	1,41	1,05	2,54	0,20	1,43
Neumünster	1,00	1,42	1,09	0,00	0,99
Dithmarschen	1,23	0,73	0,42	0,32	1,06
Herzogtum Lauenburg	1,47	0,84	0,42	2,45	1,37
Nordfriesland	1,26	0,78	0,30	1,01	1,11
Ostholstein	1,84	1,02	1,94	0,06	1,69
Pinneberg	0,71	1,94	2,23	0,38	0,94
Plön	1,46	1,52	3,19	0,90	1,59
Rendsburg-Eckernförde	1,32	0,83	0,55	0,53	1,17
Schleswig-Flensburg	1,28	0,94	0,49	0,42	1,14
Segeberg	0,98	1,55	2,76	0,75	1,18
Steinburg	1,06	1,20	1,40	0,70	1,08
Stormarn	0,98	1,75	1,75	0,69	1,10

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

3 Die Entwicklung in den 2000er Jahren

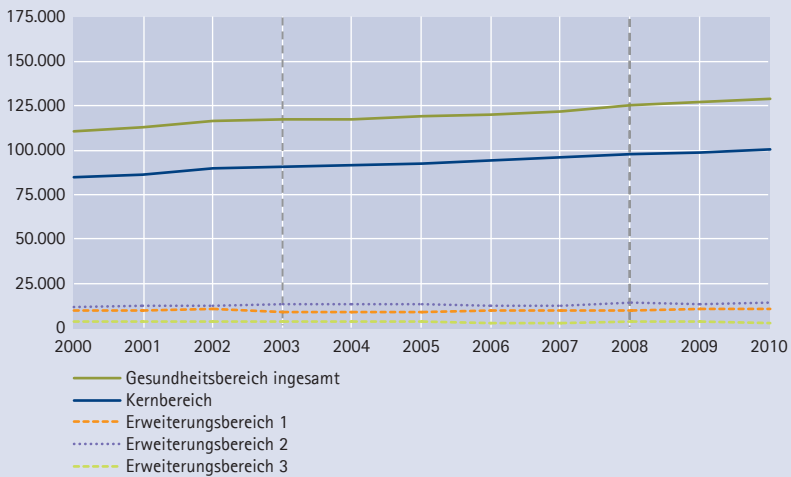
In den letzten Jahren hat sich die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft sehr positiv entwickelt. Zwischen 2000 und 2010 (jeweils am 30.06.) stieg die Zahl der Beschäftigten um 16,4 Prozent, eine absolute Zunahme von rund 18.100 Personen. Dies ist umso erstaunlicher, weil die Beschäftigtenzahl in Schleswig-Holstein im gleichen Zeitraum stagnierte (+0,3%). Damit konnte sich die Gesundheitswirtschaft klar von der landesweiten Entwicklung absetzen.

Durch das starke Wachstum hat die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für den Arbeitsmarkt zugenommen. So stieg der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft von 14,5 Prozent (2000) auf 16,8 Prozent (2010). Am stärksten davon profitierten der Kernbereich, also Krankenhäuser, Pflege- und Altenheime, Arztpraxen und ambulante soziale Dienste. Hier ist die Beschäftigung um rund

15.600 Personen gewachsen, das sind rund 86 Prozent des Wachstums der Gesundheitswirtschaft. Innerhalb des Kernbereichs beträgt die Zunahme zwischen 2000 und 2010 sogar 18,4 Prozent (vgl. Abbildung 1 und Abbildung 2). Die Entwicklung verläuft dabei nahezu linear, die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft reagiert also nicht auf konjunkturelle Schwankungen.

Abbildung 1

Entwicklung der Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein, 2000–2010



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2002), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008).²

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

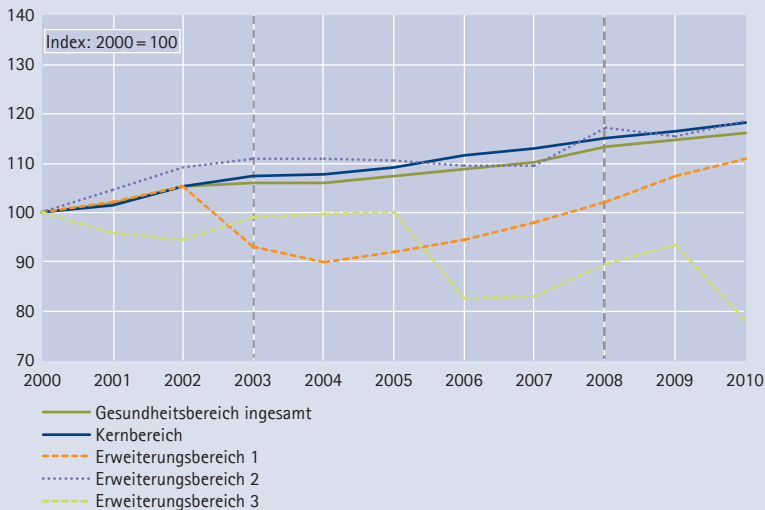
Quantitativ weniger bedeutsam ist das Beschäftigungswachstum in den drei Erweiterungsbereichen (rund 14% des Wachstums der Gesundheitswirtschaft). Im Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – waren 2010 rund 1.100 Menschen mehr beschäftigt als vor zehn Jahren (+10,8%). Der Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – hatte ein Wachstum von rund 2.200 Personen (+18,5%). Im kleinsten Teilbereich dem Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung, private Krankenversicherung – war die Beschäftigung sogar rückläufig. Im Jahr 2010 sind dort rund 800 Personen weniger tätig als vor zehn Jahren (-22%). Die Veränderungsraten der Erweiterungsbereiche müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Einerseits sind die Erweiterungsbereiche recht klein, andererseits

² Hinweis: Bei Zeitreihen nach Wirtschaftszweigen ist zu beachten, dass Abweichungen zu vorherigen Stichtagen auch auf Veränderungen des wirtschaftsfachlichen Schwerpunktes und damit einem Wechsel des Wirtschaftszweigs einzelner Betriebe zurückzuführen sein können.

rerseits unterlag die Wirtschaftsklassifikation der Betriebe in den Erweiterungsbereichen statistischen Änderungen. Durch den dreifachen Wechsel der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 bis 2002, WZ 03 ab 2003 und der WZ 08 ab 2008³, sind in den Erweiterungsbereichen z. T. Brüche in den Zeitreihen entstanden. Nicht betroffen ist der Kernbereich.

Abbildung 2

Entwicklung der Beschäftigung in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein, 2000–2010, Index-Entwicklung



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2003), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008).

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

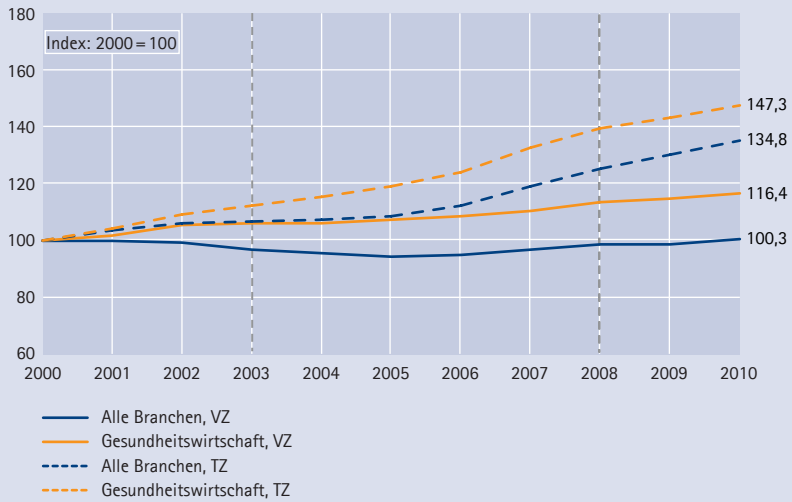
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die Beschäftigungsentwicklung in Schleswig-Holstein ist durch die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung geprägt. Während die Zahl der Teilzeitbeschäftigten in der Gesamtwirtschaft stark zugenommen hat (+34,8 %, absolut: rund 46.000 Beschäftigte, vgl. Abbildung 3), ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um sieben Prozent zurückgegangen (absolut: rund 44.000 Beschäftigte). In der Gesundheitswirtschaft hingegen hat die Teilzeitbeschäftigung deutlich stärkere Wachstumsraten als die Gesamtbeschäftigung (47,3 %, absolut: rund 14.000 Beschäftigte), allerdings ist entgegen dem Landestrend auch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten angestiegen (5,1 %, absolut: rund 4.100 Beschäftigte). Somit gehen 76,9 Prozent des Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft auf Teilzeit zurück.

³ Jeweils bezogen auf den 30.06.

Abbildung 3

Beschäftigungswachstum nach Arbeitszeit in Schleswig-Holstein, 2000–2010, Index-Entwicklung



Anm.: Aggregat aus ausgewählten Wirtschaftsordnungen der Wirtschaftszweigsystematik (WZ), WZ 93 (bis 2003), WZ 03 (ab 2003) und WZ 08 (ab 2008); VZ = Vollzeit, TZ = Teilzeit.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Abbildung 4

Regionales Beschäftigungswachstum der Gesundheitswirtschaft (insgesamt) in Schleswig-Holstein, Veränderung 2000–2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Verglichen mit Deutschland und Westdeutschland fällt das Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein (Abbildung 4) etwas schwächer aus (Gesundheitswirtschaft insgesamt 2000–2010 Deutschland: +20 %, West: +19 %). Allerdings ist Schleswig-Holstein von einem relativ hohen Beschäftigungsniveau aus gestartet.

Gliedert man das Beschäftigungswachstum regional, zeigen sich deutliche Unterschiede. Spitzenreiter ist der Kreis Plön mit einem Zuwachs von 34,7 Prozent, das geringste Wachstum weist Segeberg mit 6,1 Prozent auf. Die Spanne beträgt rund 28,6 Prozentpunkte.

4 Strukturen der Beschäftigung

Neben der Beschäftigungsentwicklung und deren regionaler Verteilung sind auch einzelne Strukturmuster interessant. Die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft unterscheiden sich in den soziostrukturellen Merkmalen von der Gesamtheit aller Beschäftigten in Schleswig-Holstein.

4.1 Alter

Die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist jünger als im Landesdurchschnitt. Zwar ist nur jeder Sechszehnte (6,2 %) jünger als 25 Jahre (alle Branchen: 6,4 %) – was mit längeren Bildungszeiten und dem hohen Anteil an Abiturienten in den Gesundheitsberufen erklärt werden kann – aber der Anteil der Älteren ist deutlich unterdurchschnittlich. Nur 13,6 Prozent der Beschäftigten sind älter als 55 Jahre (Schleswig-Holstein insgesamt: 14,7 %). Auch in der Mittelgruppe zwischen 25 bis unter 55 Jahre ist die Altersverteilung jünger als im Landesdurchschnitt. Zurückzuführen ist diese Struktur auf den Altersdurchschnitt der Frauen. 6,8 Prozent der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind unter 25 Jahre (Schleswig-Holstein: 6,7 %) und nur 13,1 Prozent älter als 55 Jahre (Schleswig-Holstein: 14,3 %). Bei den Männern ist die Verteilung zwischen jung und alt genau umgekehrt: Weniger Junge, mehr Ältere als im Landesdurchschnitt. Vergleicht man die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft mit der in Westdeutschland, schneidet Schleswig-Holstein allerdings etwas ungünstiger ab. Innerhalb der Gesundheitswirtschaft prägt der Kernbereich aufgrund seiner Dominanz weitgehend die Altersverteilung. Der Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – hat eine etwas jüngere Altersstruktur, der Erweiterungsbereich 3 – private Krankenversicherung sowie Forschung und Entwicklung – eine leicht überdurchschnittliche Altersstruktur. Der Erweiterungsbereich 2 – medizinische Industrie und Handwerk – folgt weitgehend dem Durchschnitt.

4.2 Geschlecht

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung, ist die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft eine Frauendomäne. Drei Viertel der Beschäftigten sind weiblich, das ist deutlich mehr als in Schleswig-Holstein insgesamt (47,7 %). Dies entspricht dem Niveau in Westdeutschland (Westdeutschland: 74,8 %). Den höchsten Frauenanteil hat dabei der Kernbereich (85,5 %), im Handel und in den Apotheken sind es 72,9 Prozent (Erweiterungsbereich 1). Anders ist die Situation im medizinischen Handwerk und der Industrie (Erweiterungsbereich 2: 46,2 %) und im Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung sowie private Krankenversicherung – (45,7 %). Hier entspricht der Frauenanteil ungefähr dem Landesdurchschnitt aller Beschäftigten.

4.3 Qualifikation

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist überdurchschnittlich. Der Anteil der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung beträgt nur 6,7 Prozent (Schleswig-Holstein: 7,9 %). Den größten Teil stellen Beschäftigte mit abgeschlossener Berufsausbildung (64,2 %), deutlich mehr als der Landesdurchschnitt (60,0 %). Positiv abweichend ist auch der Anteil der Hochqualifizierten (mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss). Mit 10,7 Prozent liegt die Gesundheitswirtschaft klar über dem Landesdurchschnitt (7,1 %). Gegenüber Westdeutschland ist das Qualifikationsniveau in der Gesundheitswirtschaft etwas niedriger. Insbesondere bei den Hochqualifizierten (Westdeutschland: 12,4 %) und bei den Beschäftigten mit Berufsausbildung (67,5 %) fällt Schleswig-Holstein etwas zurück. Im Erweiterungsbereich 1 – Handel und Apotheken – ist der hohe Anteil der Hochqualifizierten auffallend. Rund 14,5 Prozent der Beschäftigten verfügen hier über einen Hochschulabschluss. Im Erweiterungsbereich 2 – medizinisches Handwerk und Industrie – ist der Anteil der Akademiker sogar noch etwas höher (15,0 %), allerdings ist hier auch die Gruppe der Geringqualifizierten überdurchschnittlich vertreten (10,7 % ohne Berufsausbildung). Im Erweiterungsbereich 3 – Forschung und Entwicklung sowie private Krankenversicherung – ist das Qualifikationsniveau am höchsten, fast die Hälfte der Beschäftigten hat einen Hochschulabschluss (41,4 %). Im Kernbereich hingegen dominieren die Beschäftigten mit Berufsausbildung (65,9 %). Der Anteil der Hochqualifizierten (9,8 %) und der Anteil der Geringqualifizierten (6,6 %) sind entsprechend geringer.

4.4 Nationalität und Arbeitszeit

Die Beschäftigung von Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit spielt in Schleswig-Holstein nur eine untergeordnete Rolle. Nur 3,9 Prozent der Beschäftigten sind Ausländer, deutlich weniger als in Westdeutschland (8,1 %). In der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins sind sogar nur 2,4 Prozent nicht deutscher Nationalität (West: 5,0 %). Deutliche Unterschiede bestehen hingegen in der Arbeitszeit. Rund ein Drittel der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit (33,7 %), für Schleswig-Holstein insgesamt sind es nur 23,2 Prozent. Die Teilzeitbeschäftigung betrifft fast nur Frauen, 90,9 Prozent der Teilzeitkräfte sind weiblich (Schleswig-Holstein: 83,7 %). Der hohe Anteil an (weiblichen) Teilzeitbeschäftigten geht vor allem auf den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zurück, hier sind 38,2 Prozent teilzeitbeschäftigt. Im Erweiterungsbereich 1 sind es 24,8 Prozent, 11,5 Prozent im Erweiterungsbereich 2 und 21,8 Prozent im Erweiterungsbereich 3. Will man die Strukturaspekte der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in wenigen Worten zusammenfassen, so sind die Beschäftigten jünger, besser qualifiziert, überproportional häufig Frauen und überdurchschnittlich oft in Teilzeit beschäftigt.

5 Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft

Während der vorherige Abschnitt die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Wirtschaftsklassen untersucht hat, wird in diesem Abschnitt der ausgeübte Beruf betrachtet. Bei der Branchenbetrachtung wird die Beschäftigung eines Teilbereichs des Arbeitsmarktes in den Blick genommen. Berufe stellen stärker auf die Perspektive des Individuums ab. Der Beruf steht dabei für eine Gruppe von Beschäftigten, die eine vergleichbare Ausbildung und Qualifikation haben. Berufe sind wichtige Identifikations- und Orientierungsmuster für Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Aus Tabelle 3 wird das Mengengerüst der hier betrachteten Berufe deutlich. Wie schon bei der Branchenabgrenzung spielen auch die Gesundheitsberufe in Schleswig-Holstein eine wichtige Rolle. Etwa jeder zehnte Schleswig-Holsteiner ist in einem der hier ausgewählten Gesundheitsberufe tätig (10,1 %). In Westdeutschland sind es etwas weniger (8,1 %). Eine besondere Bedeutung für den Arbeitsmarkt haben die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen. Rund drei Prozent aller Beschäftigten in Schleswig-Holstein sind in diesem Beruf tätig. Ebenfalls eine hohe quantitative Bedeutung haben die Sprechstundenhelfer, die Altenpfleger/-helfer und die Helfer in der Krankenpflege. Bei den Krankenpflegehelfern ist auffällig, dass ihr Anteil deutlich über dem Durchschnitt Westdeutschland liegt (Schleswig-Holstein: 1,4 %,

Westdeutschland: 0,9 %). Dies trifft auch für die Altenpfleger/-helfer zu (Schleswig-Holstein: 1,9 %, Westdeutschland: 1,4 %).

Tabelle 3

Beschäftigung in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein 2010

Beruf	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte					
	Deutschland	in Prozent	Westdeutschland (o. Berlin)	in Prozent	Schleswig-Holstein	in Prozent
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (insgesamt)	25.971.285	100,0	20.980.962	100,0	766.013	100,0
Apothekenhelfer (685)	37.635	0,1	32.575	0,2	1.313	0,2
Masseur, Krankengymnasten und verw. Berufe (852)	169.105	0,7	128.238	0,6	6.574	0,9
Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen (853)	674.554	2,6	526.880	2,5	21.925	2,9
Helfer in der Krankenpflege (854)	250.538	1,0	195.522	0,9	11.063	1,4
Diätassistenten, pharmaz.-techn. Assistenten (855)	65.159	0,3	53.708	0,3	2.178	0,3
Sprechstundenhelfer (856)	488.123	1,9	401.996	1,9	16.656	2,2
Medizinallaboranten (857)	85.224	0,3	65.395	0,3	2.972	0,4
Altenpfleger/-helfer (861)	401.526	1,5	301.955	1,4	14.412	1,9
Gesundheitsberufe insgesamt	2.171.864	8,4	1.706.269	8,1	77.093	10,1

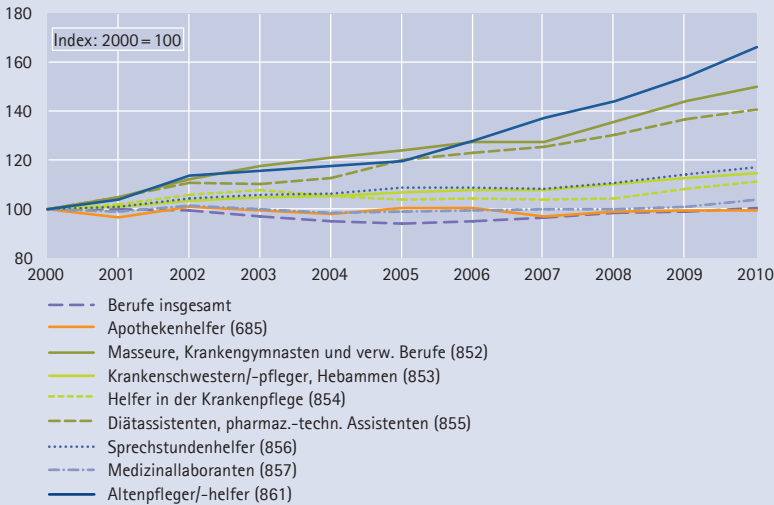
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

In den vergangenen elf Jahren (2000–2010) hat sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in den Gesundheitsberufen stark unterschiedlich entwickelt. Das stärkste Wachstum erzielten die Altenpfleger/-helfer mit einem Plus von 66,3 Prozent, in absoluten Zahlen eine Zunahme von rund 5.800 Personen. Auch die Masseur und Krankengymnasten haben ein Wachstum von 50,2 Prozent erzielten können (absolut: rund 2.200 Personen). Die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten haben ebenfalls ein überdurchschnittliches Wachstum von 41,7 Prozent (absolut: 630 Personen). Eher moderate Beschäftigungsgewinne entfallen auf die Berufe Sprechstundenhelfer (17,3 %, absolut: rund 2.500 Personen) und Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen (14,9 %, absolut: rund 2.900 Personen) und Krankenpflegehelfer (11,4 %, absolut: rund 1.100 Personen). Bei den Medizinallaboranten hat die Beschäftigung nahezu stagniert (3,8 %, absolut: rund 110 Personen). Die Apothekenhelfer sind der einzige Beruf mit einem Beschäftigungsrückgang (-0,5 %). Mit Ausnahme der Masseur und Krankengymnasten liegen die Veränderungsrate der einzelnen Berufe nahe am Durchschnitt Westdeutschlands. Die Wachstumsrate der Masseur und Krankengymnasten ist in Schleswig-Holstein um 10,5 Prozentpunkte höher als in Westdeutschland).

Abbildung 5

Beschäftigungswachstum 2000–2010 in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort) am 30.06. des jeweiligen Jahres.
 Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wie schon in der Branchenbetrachtung ergibt auch der Blick auf die Gesundheitsberufe überdurchschnittliche Frauenanteile. Der Frauenanteil schwankt zwischen 76,4 Prozent bei den Krankenpflegehelfern und 99,2 bei den Sprechstundenhelfern.

6 Verdienst in Berufen der Gesundheitswirtschaft

Datenquelle der Analyse sind die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden.⁴ Zur Berechnung wird der Einkommensmedian, statt des arithmetischen Mittels verwendet. Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.517 € für Schleswig-Holstein besagt, dass jeweils gleich viele Schleswig-Holsteiner mehr als diesen Wert oder weniger verdienen, der Einkommenswert von 2.517 € liegt genau in der Mitte aller Einzelwerte. Ein Vorteil dieses Lagemaßes ist, dass der Median relativ robust gegen hohe oder niedrige Einzelwerte ist; anders als das bekanntere arithmetische Mittel.⁵ Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommens-

4 Die Bruttoarbeitsentgelte werden aus der Jahresmeldung zum 31.12. eines Jahres generiert und auf einen Monat umgerechnet. Angaben in Euro (€).

5 Ein Rechenbeispiel kann dies illustrieren: In einer Verteilung von fünf Beschäftigten haben zwei Personen ein monatliches Einkommen von 1.900 €, zwei weitere jeweils einmal 2.000 € und 2.100 € sowie eine Person ein sehr hohes Einkommen von 10.000 €. Das arithmetische Mittel beträgt in diesem Fall 3.580 €, der Median hingegen 2.000 € (jeweils zwei Personen verdienen mehr oder weniger als 2.000 €). Das arithmetische Mittel führt hier zu einer „Überschätzung“ der realen Einkommensverhältnisse, bedingt durch den hohen Einzelwert von 10.000 €.

medians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Das darüber hinausgehende Einkommen unterliegt keiner Meldepflicht. Für 2010 betrug die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Bundesgebiet West 5.500 € und für das Bundesgebiet Ost 4.650 €. Insofern ist eine Abweichung des errechneten Mittelwerts von dem tatsächlichen Mittelwert möglich. Der Einkommensmedian kann hingegen korrekt berechnet werden. In der ausgewerteten Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ist das Entgelt in Klassen á 100 € eingeteilt. Unterstellt man eine Gleichverteilung innerhalb der Klassen errechnet sich der Median nach folgender Formel.⁶

Berechnung des Medianwertes:

$$MEDIAN = \frac{0,5 * Binsg - BuMKI}{BMKI} * 100 + UGMKI$$

Anm.: Binsg = Beschäftigte mit Entgeltwerten insgesamt,
 BuMKI = Beschäftigte unterhalb der Klasse des Median,
 BMKI = Beschäftigte in der Klasse des Median,
 UGMKI = untere Grenze der Medianklasse

Quelle: Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2010).

Der so ermittelte Median kann selbst unter ungünstigsten Umständen um maximal 49 € vom tatsächlichen Median abweichen. In der Analyse werden nur Vollzeitentgelte berücksichtigt. Die Beschränkung auf Vollzeit erfolgt aus zweierlei Gründen: Zum einen gibt es in der Arbeitsmarktforschung empirische Evidenz, dass Teilzeitbeschäftigungen generell einen niedrigeren Stundenlohn haben als Vollzeitstellen. Obwohl de jure nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht zulässig, kommt eine Untersuchung der Hans-Böckler-Stiftung auf diese Differenz von rund 2,50 € pro Stunde für Westdeutschland (Wolf 2010).⁷ Zum anderen gibt es Datenrestriktionen, die eine Einschränkung auf Vollzeiteinkommen notwendig machen. In der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ist die Arbeitszeit der Teilzeitkräfte nicht in Stunden ausgewiesen. Um die Einkommen miteinander vergleichen zu können, ist eine „Gewichtung“ (Division) mit der Arbeitszeit nötig (Umrechnung auf

6 Zur Berechnung siehe Bundesagentur für Arbeit (2010: 40–41).

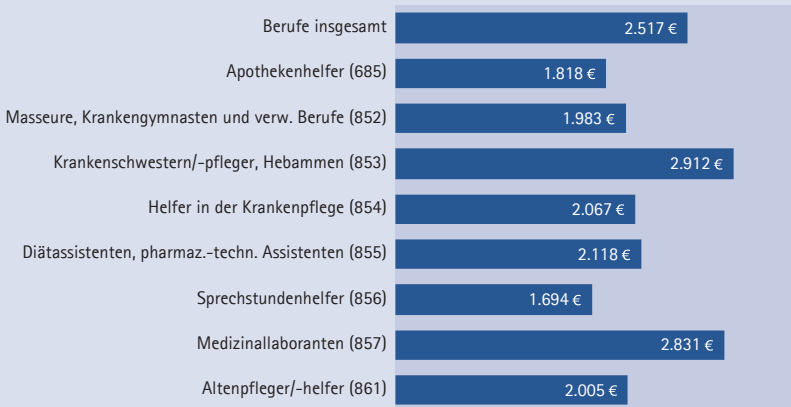
7 Die Gründe hierfür können vielfältig sein und sind noch nicht abschließend erforscht. Häufig diskutiert werden folgende Argumente: In Regionen mit ungünstigen Arbeitsmarktbedingungen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten höher als in prosperierenden Räumen. Teilzeit kann insofern nicht freiwillig, sondern durch die örtlichen Arbeitsmarktbedingungen induziert sein (hohes Arbeitskräfteangebot). Für Arbeitgeber kann es unter Umständen günstiger sein, Teilzeit- statt Vollzeitkräfte einzusetzen (betriebliche Flexibilität, Stundenproduktivität der Beschäftigten etc.). Das dürfte einen rückkoppelnden negativen Effekt auf die gezahlten Löhne haben. Teilzeit ist in vielen Fällen auch durch Betreuungs- und Pflegeaufgaben verursacht. Arbeitskräfte sind durch familiäre Bindungen auf bestimmte Orte oder Arbeitszeiten angewiesen. Auch dies kann einen senkenden Einfluss auf das Arbeitseinkommen haben.

Stundenlöhne bzw. Vollzeitäquivalente). Die skizzierten Probleme werden durch die Beschränkung auf Vollzeitbeschäftigte umgangen.

Unter den (ausgewählten) Berufen der Gesundheitswirtschaft haben die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen mit 2.912 € das höchste Einkommen. Mit fast 13.000 Vollzeitbeschäftigten ($n = 12.628$) handelt es sich um einen sehr bedeutenden Einzelberuf. An zweiter Stelle folgt die Berufsordnung der Medizinallaboranten mit 2.831 €. Hinter dieser Gruppe stehen die medizinisch-technischen Assistenten, die Röntgenassistenten, die veterinärmedizinischen Assistenten, die psychologisch-technischen Assistenten, die zahnmedizinisch-technischen Assistenten und ähnliche Berufe. In Schleswig-Holstein sind 1.891 Personen in dieser Gruppe vollzeitbeschäftigt. Die übrigen Gesundheitsberufe liegen unter dem Median des Landes. Die formal niedriger qualifizierten Helfer in der Krankenpflege erreichen rund ein Drittel weniger Einkommen (2.067 €, $n = 5.741$) als die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen.

Abbildung 6

Medianentgelte in Euro in ausgewählten Gesundheitsberufen in Schleswig-Holstein 2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende⁸ (Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag: 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die Gruppe der Altenpfleger/-helfer kommt auf einen ähnlichen Einkommenswert (2.005 €, $n = 9.187$). Allerdings sind in dieser Berufsordnung die Altenpfleger (in der Regel eine dreijährige Ausbildung) und die Altenpflegehelfer (in der Regel eine einjährige Ausbildung) zusammengefasst und durch die Gliederung der Berufsklassifikation nicht voneinander zu trennen. Umso überraschender ist, dass

⁸ In den Abbildungen 7 bis 10 sind u. a. auch die Praktikanten und Werkstudenten enthalten.

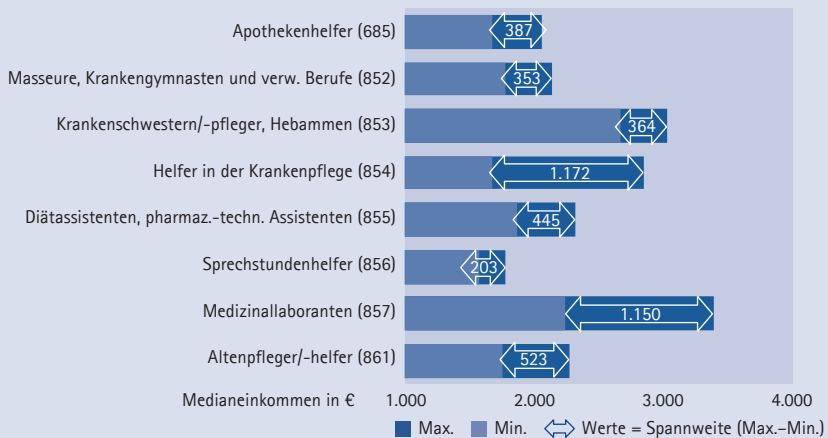
das Einkommensniveau in der Altenpflege unter dem der Krankenpflegehelfer liegt.

Die therapeutischen Berufe der Masseure, medizinischen Bademeister, Krankengymnasten, Therapeuten für Sprech- und Hörstörungen, Beschäftigungs- und Kunsttherapeuten etc. liegen innerhalb der (ausgewählten) Gesundheitsberufe im unteren Einkommensdrittel (1.983 €, n = 4.341).

Im Bereich des Handels mit Arzneimitteln (Apotheken) wird ein niedriges Einkommen erzielt. Während die pharmazeutisch-technischen Assistenten (circa 84 % der Berufsordnung)⁹ und die Diätassistenten/Ernährungsberater (circa 16 % der Berufsordnung) noch rund 84 Prozent des Medianwertes in Schleswig-Holstein verdienen (2.118 €, n = 1.379), erreichen die vollzeitbeschäftigten Apothekenhelfer (1.818 €, n = 824) nur rund 72 Prozent.

Abbildung 7

Spannweite der Medianentgelte in Euro in ausgewählten Gesundheitsberufen in Schleswig-Holstein 2010



Anm.: Spannweite = Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten ermittelten Medianentgelt.

Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

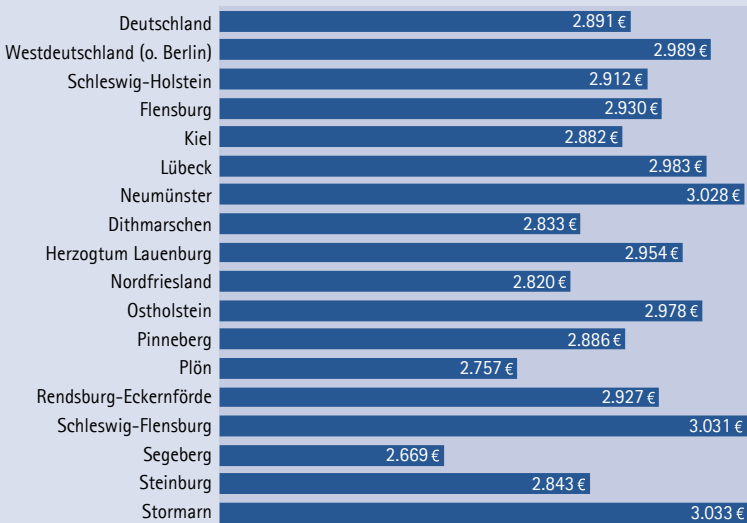
Das niedrigste Einkommen in den Gesundheitsberufen haben die Sprechstundenhelfer. Mit 1.694 € monatlich werden rund 67 Prozent des Landesmedians erreicht. Ein Beruf, der nach den Krankenschwestern/-pflegern der zweit häufigste Gesundheitsberuf in Schleswig-Holstein ist (n = 11.110).

9 Abgegrenzt über den Einzel- und Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (46.18.4 in der WZ 08).

Neben den Einkommensunterschieden zwischen den Berufen gibt es auch regional große Unterschiede. Bei den Apothekenhelfern beispielsweise beträgt die Spannweite zwischen 1.676 € in Plön und 2.063 € in Neumünster rund 387 € (vgl. Abbildung 7). Bezogen auf das Medianeinkommen dieses Berufes in Schleswig-Holstein (1.818 €) eine Spannweite von rund 21 Prozent. Ähnlich ist die Einkommenssituation bei den Krankengymnasten und Masseuren. Zwischen dem Höchstwert von 2.136 € in Nordfriesland und dem Minimum von 1.783 € in Schleswig-Flensburg liegt eine Differenz von 353 €. Bezogen auf den Beruf eine Spanne von rund 18 Prozent zum Medianeinkommen (1.983 €).

Abbildung 8

Medianentgelte in Euro der Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen in Schleswig-Holstein 2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

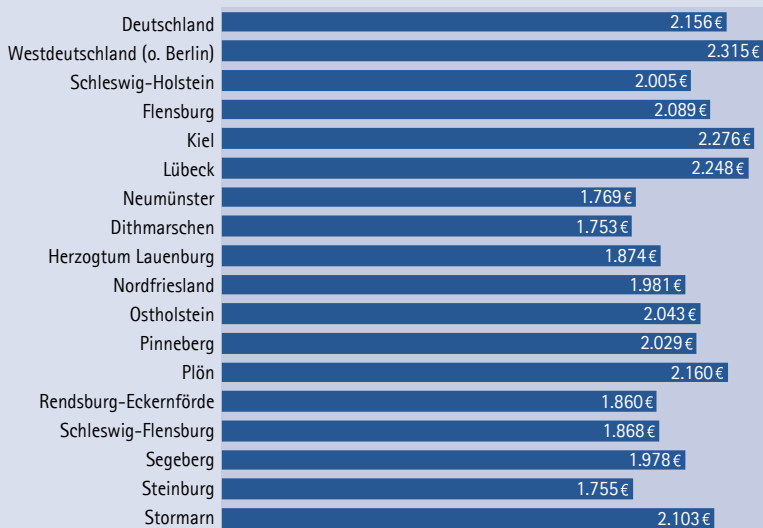
Bei der großen Gruppe der Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen (siehe auch Abbildung 8) wird das höchste Einkommen im Kreis Stormarn erzielt. Mit 3.033 € liegt der Verdienst rund 364 € höher als im Kreis Segeberg (2.669 €). Bezogen auf den Landesdurchschnitt (Medianeinkommen: 2.912 €) eine Spanne von rund 13 Prozent. Die größte regionale Heterogenität besteht bei den Krankenpflegehelfern. Zwischen dem höchsten Wert von 2.852 € in Dithmarschen und dem niedrigsten von 1.680 € in Steinburg liegt eine Spanne von 1.172 €. Bezogen auf den Landesdurchschnitt beträgt die regionale Schwankung rund 57 Prozent (Medianeinkommen: 2.067 €).

Eher im Mittelfeld liegen die regionalen Einkommensunterschiede bei den pharmazeutisch-technischen Assistenten und den Diätassistenten. Zwischen Nordfriesland mit 2.321 € und Neumünster mit 1.876 € beträgt der Unterschied 445 €, bezogen auf den Medianwert in Schleswig-Holstein (2.118 €) eine Spannweite von rund 21 Prozent. Gering sind die regionalen Unterschiede hingegen bei den Sprechstundenhelfern. Zwischen dem Maximum in der Hansestadt Lübeck (1.785 €) und dem Minimum im Kreis Plön (1.582 €) liegt eine Einkommensdifferenz von 203 €. Relativ zum Medianeinkommen (1.694 €) beträgt die Schwankung rund 12 Prozent.

Die zweitgrößte Einkommensspanne haben die Medizinallaboranten. Zwischen dem Höchstwert von 3.388 € in der Stadt Neumünster und dem Minimum mit 2.238 € im Herzogtum Lauenburg beträgt die Differenz 1.150 €. Dies entspricht einer Einkommensspanne von rund 41 Prozent zum Landesdurchschnitt (2.831 €).

Abbildung 9

Medianentgelte in Euro der Altenpfleger/-helfer in Schleswig-Holstein 2010



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort); nur Vollzeitbeschäftigte; Stichtag 31.12.2010.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wie schon erwähnt liegt bei den Altenpflegern (siehe auch Abbildung 9) das Problem der unterschiedlichen Qualifikationsstufen vor (Altenpfleger und Altenpflegehelfer). Ignoriert man diese Unschärfe, beträgt die Spanne zwischen der Landeshauptstadt Kiel (2.276 €) und dem Kreis Dithmarschen (1.753 €) 523 €. Bezogen auf das Medianeinkommen in Schleswig-Holstein (2.005 €) ist dies eine Varianz von rund einem Viertel (26,1 %).

Aus der regionalen Analyse lassen sich zwar große Unterschiede innerhalb eines Berufes, aber kein klares Muster erkennen. Als Ursache sind regionale Besonderheiten anzunehmen. An der Spitze stehen pflegerische und technische Berufe, die durch einen hohen Beschäftigtenanteil im öffentlichen Dienst gekennzeichnet sind. Nur in der Krankenpflege und bei den Medizinallaboranten wird das Durchschnittseinkommen von Schleswig-Holstein überschritten. Unterdurchschnittlich schneidet die Altenpflege ab. Altenpfleger und Altenpflegehelfer erreichen zusammen ein Einkommen, das unter dem der Krankenpflegehelfer liegt. Auch der Handel mit pharmazeutischen Produkten (Apotheken) liegt im unteren Drittel der untersuchten Berufe. Am unteren Ende der Skala der medizinischen Berufe stehen die Sprechstundenhelfer.

7 Berufsverläufe in Berufen der Gesundheitswirtschaft – der Geburtsjahrgang 1968

Neben der Beschäftigungsentwicklung ist der berufliche Werdegang von Beschäftigten ein wichtiges Thema der Arbeitsmarktforschung. Berufe unterscheiden sich u. a. hinsichtlich der biografischen Verläufe und der Einkommensentwicklung. Zur Untersuchung der Beschäftigungs- und Einkommensentwicklung in den Gesundheitsberufen werden Individualdaten der Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung verwendet. Die BeH enthält die Arbeitgebermeldungen zur Sozialversicherung und umfasst in der aktuellen Version rund 36 Mio. Individuen in Deutschland (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Minijobber). Die ältesten Datensätze reichen bis in das Jahr 1975 zurück. Für unsere Analyse wurde aus der BeH eine spezifische Untersuchungskohorte gebildet. Ausgewählt wurden alle im Jahr 1968 Geborenen, die am 30.06.1993 in einem Gesundheitsberuf beschäftigt waren (Voll- oder Teilzeit). Anschließend wird bis zum Jahr 2008 jeweils am 30.06. der ausgeübte Beruf, die Arbeitszeit und das Einkommen erfasst. Abgebildet wird der Berufsverlauf zwischen dem 25. und dem 40. Lebensjahr.

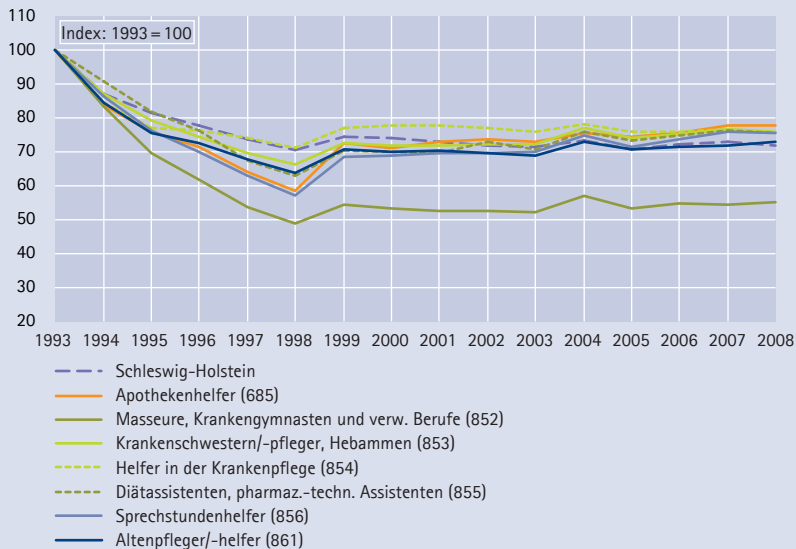
Wie schon in der Querschnittsanalyse aller Beschäftigten sind rund zehn Prozent der 1968er Geburtskohorte am 30.06.1993 in Schleswig-Holstein in einem Gesundheitsberuf tätig. Auf die einzelnen Berufe entfallen folgende Fallzahlen: 533 Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen, 111 Altenpfleger/-helfer, 164 Krankenpflegehelfer, 648 Sprechstundenhelfer, 101 Masseur/Krankengymnasten, 86 Diätassistenten/pharmazeutisch-technische Assistenten und 64 Apothekenhelfer. In der Summe 1.707 Personen, von insgesamt 17.134 Beschäftigten des Jahrgangs 1968 (die am 30.06.1993 einen Arbeitsort in Schleswig-Holstein hatten).

Aus Abbildung 10 geht hervor, dass der überwiegende Teil der Ausgangsgruppe im Beobachtungszeitraum einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung

nachgeht (unabhängig vom jeweiligen Beruf). Zunächst ist im Kurvenverlauf in allen Berufen bis etwa zum Jahr 1998 ein starker Rückgang zu beobachten. Neben konjunkturellen Einflüssen dürfte diese Entwicklung vor allem durch Erwerbsunterbrechungen aus familiären Gründen hervorgerufen sein (Kinderbetreuung, Pflege). Ein Indiz dafür ist, dass die Beschäftigungsunterbrechungen fast ausschließlich Frauen betreffen.

Abbildung 10

Verbleib in Beschäftigung (Beschäftigungstreue) der 1968er Geburtskohorte in Schleswig-Holstein, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort), jeweils am 30.06. eines Jahres.
Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

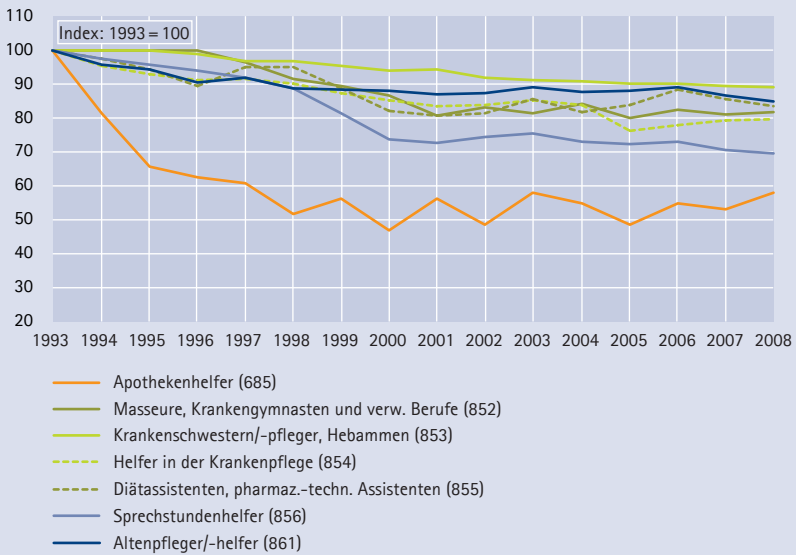
Differenziert man nach Berufen, so haben die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen mit fast 80 Prozent eine sehr hohe Beschäftigungsquote (78,4%, Stichtag im Folgenden jeweils der 30.06.2008). Im Durchschnitt aller Berufe liegt diese Rate deutlich niedriger (71,9%, Westdeutschland: 74,8%). Ebenfalls recht hohe Beschäftigungswerte erreichen die Krankenpflegehelfer (Schleswig-Holstein: 75,0%, West: 75,6%) und die Sprechstundenhelfer (Schleswig-Holstein: 74,5%, Westdeutschland: 75,5%). Bei den Altenpflegern/-helfern ist die Beschäftigungsquote niedriger (Schleswig-Holstein: 71,2%, Westdeutschland: 72,8%). Ein ganz anderes Bild bei den Masseuren und Krankengymnasten. Hier beträgt der Verbleib im Beschäftigungssystem nur 54,5 Prozent in Schleswig-Holstein (55,1% in Westdeutschland). In diesem Beruf muss allerdings die hohe Rate an Selbständigen berücksichtigt werden. Die Diätassistenten/pharmazeutisch-technischen Assistenten sind zu 70,9 Pro-

zent in einer Beschäftigung. Die höchste Verbleibsrate im Beschäftigungssystem erreichen die Apothekenhelfer, hier sind 79,7 Prozent in Schleswig-Holstein (Westdeutschland: 77,7%) weiterhin in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Im Ergebnis ist die Beschäftigungsrate in den Gesundheitsberufen – noch unabhängig von dem ausgeübten Beruf – höher als der Durchschnitt aller Berufe. Dies deutet tendenziell auf konstante Beschäftigungsverläufe hin. Einzige Ausnahme sind die Masseur und Krankengymnasten, wobei hier berufsspezifische Besonderheiten (Selbständigkeit) eine Rolle spielen können.

Neben der Frage, ob überhaupt noch eine Beschäftigung ausgeübt wird, ist die Frage nach dem ausgeübten Beruf ebenso wichtig. Als berufstreu definieren wir, wer entweder in seinem Ausgangsberuf (am 30.06.1993) oder in einem anderen der hier untersuchten Gesundheitsberufe tätig ist. Die Berufstreu zeigt sich als linearer Verlauf. Anders als in der vorherigen Betrachtung werden bei diesem Zuschnitt nur Personen beobachtet, die tatsächlich eine Beschäftigung ausüben, d. h. die Kurvenverläufe zwischen Beschäftigungs- und Berufstreu unterscheiden sich systematisch. Der Kurvenverlauf beschreibt nicht die Ausgangsgruppe des Jahres 1993, sondern die Berufstreu der an den Stichtagen jeweils Beschäftigten. In dieser Betrachtung kommen die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen auf eine Berufstreu von fast 90 Prozent (Schleswig-Holstein: 89,0 %, Westdeutschland: 89,3 %, Stichtag jeweils der 30.06.2008, vgl. Abbildung 11). Auch die Altenpfleger/-helfer haben eine hohe Berufstreu (Schleswig-Holstein: 84,8 %, Westdeutschland: 79,7 %). Die Krankenpflegehelfer sind nach 15 Jahren zu etwas weniger als 80 Prozent in einem Gesundheitsberuf tätig (Schleswig-Holstein: 79,7 %, Westdeutschland: 78,0 %). Auffallend ist die Situation der Sprechstundenhelfer. Diese Gruppe verbleibt zwar überdurchschnittlich häufig im Beschäftigungssystem, aber zu weniger als 70 Prozent in einem Gesundheitsberuf (Schleswig-Holstein: 69,9 %, Westdeutschland: 70,9 %). Hier hat eine starke Abwanderung in andere Berufsfelder stattgefunden. Umgekehrt die Gruppe der Masseur und Krankengymnasten. Hier war der Verbleib im Beschäftigungssystem am niedrigsten. Von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind aber über 80 Prozent in einem Gesundheitsberuf tätig (Schleswig-Holstein: 81,8 %, Westdeutschland: 81,3 %). Ebenfalls zu einem hohem Grad berufstreu sind die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten (Schleswig-Holstein: 83,6 %, Westdeutschland: 74,6 %). Das auffallendste Verlaufsmuster haben die Apothekenhelfer. Sie erreichen zwar den konstantesten Beschäftigungsverlauf aller Gesundheitsberufe, sind allerdings nur noch gut zur Hälfte in einem Gesundheitsberuf tätig (Schleswig-Holstein: 57,7 %, Westdeutschland: 53,7 %). Hier erfolgt eine starke Abwanderung in andere Berufe und Branchen, jeder zweite Apothekenhelfer verlässt die Gesundheitswirtschaft.

Abbildung 11

Verbleib in Gesundheitsberufen (Berufstreu) der 1968er Geburtskohorte in Schleswig-Holstein, Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende (Arbeitsort), jeweils am 30.06. eines Jahres.
Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Die dritte Dimension der Längsschnittanalyse ist das Einkommen. Ein direkter Vergleich mit den aggregierten Einkommensangaben des vorherigen Abschnitts ist nicht möglich. Während im fünften Kapitel Beschäftigte jeden Alters (15–64 Jahre) zu einem bestimmten Zeitpunkt (31.12.2009) betrachtet wurden, wird hier die Einkommensentwicklung des 1968er Geburtsjahrganges analysiert. Insofern sind Abweichungen zwischen den Einkommenswerten beider Kapitel zu erwarten.

Wie im vorherigen Abschnitt ist die Analyse der Gehälter auf Vollzeiteinkommen beschränkt. Auch in der BeH fehlen die genauen Angaben zu wöchentlichen Arbeitsstunden bei Teilzeitbeschäftigung. Differenziert man nach Geschlecht ist ein ausgeprägter „Gender-Wage-Gap“ zu finden, d. h. Frauen verdienen im selben Beruf bei gleicher Arbeitszeit weniger als Männer (vgl. im Folgenden Abbildung 12, Abbildung 13 und Abbildung 14).

Das höchste Einkommen erreichen die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen. Mit 3.352 € bei den Männern und 2.950 € bei den Frauen liegt das Einkommen deutlich über dem Durchschnittswert aller Berufe in Schleswig-Holstein. Gegenüber dem Berufskollegen in Westdeutschland fällt der Rückstand mit jeweils rund 100 € relativ gering aus. Im Zeitverlauf hat sich der Verdienst günstig entwickelt. Zwischen 1993 bis 2008 beträgt der Einkommenszuwachs bei den Män-

nen rund 68 Prozent, bei den Frauen sind es rund 45 Prozent (Westdeutschland: Männer 63 %, Frauen 47 %). Der Lohnzuwachs ist höher als in Schleswig-Holstein insgesamt (Männer: 49 %, Frauen: 41 %) und auf ähnlichem Niveau wie der der Berufskollegen in Westdeutschland.

Bei den Altenpflegern (Altenpfleger und Altenpflegehelfer) erzielen die Frauen ein geringfügig höheres Einkommen als Männer – ein umgekehrter „Gender-Wage-Gap“ – aber gegenüber Westdeutschland gibt es einen deutlichen Einkommensrückstand von rund 800 € bei den Männern und rund 500 € bei den Frauen. Die Einkommensentwicklung der letzten Jahre ist ungünstig. Bei den Männern beträgt der Zuwachs 38 Prozent, bei den Frauen 25 Prozent. Das ist deutlich weniger als der Durchschnitt aller Berufe in Schleswig-Holstein und weniger als bei den Berufskollegen in Westdeutschland (Männer: +71 %, Frauen: +45 %). Die Löhne sind in jüngster Zeit sogar rückläufig, bei den Männern seit 2006 und bei den Frauen seit 2003.

Krankenpflegehelfer erzielen mit 2.890 € bei den Männern und 2.698 € bei den Frauen einen überdurchschnittlichen Lohn für Schleswig-Holstein. Die weiblichen Krankenpflegehelfer verdienen sogar mehr als die Berufskollegen in Westdeutschland. Im Zeitverlauf konnten die Krankenpflegehelfer einen deutlichen Lohnzuwachs erzielen. Zwischen 1993 und 2008 ist das Einkommen bei den Männern um rund 66 Prozent gestiegen, bei den Frauen rund 50 Prozent (Westdeutschland: Männer 66 %, Frauen 46 %).

Auf der anderen Seite des Lohnspektrums findet man die Sprechstundenhelfer. Hier können mangels ausreichender Fallzahlen nur die weiblichen Einkommen untersucht werden. Mit 1.843 € liegt das Einkommen um fast 1.000 € unter dem Durchschnitt aller Berufe in Schleswig-Holstein. Verglichen mit dem Verbraucherpreisindex haben die Sprechstundenhelfer sogar Einkommensverluste hinnehmen müssen. Zwar ist das Entgelt von 1993 bis 2008 nominell um 24 Prozent gestiegen (Westdeutschland: 27 %), allerdings bleibt dieser Zuwachs deutlich hinter der Entwicklung der Verbraucherpreise zurück (+28 %). Seit 2005 ist der Lohn auch nominell rückläufig (Rückgang zwischen 2005 und 2008: 8 %).

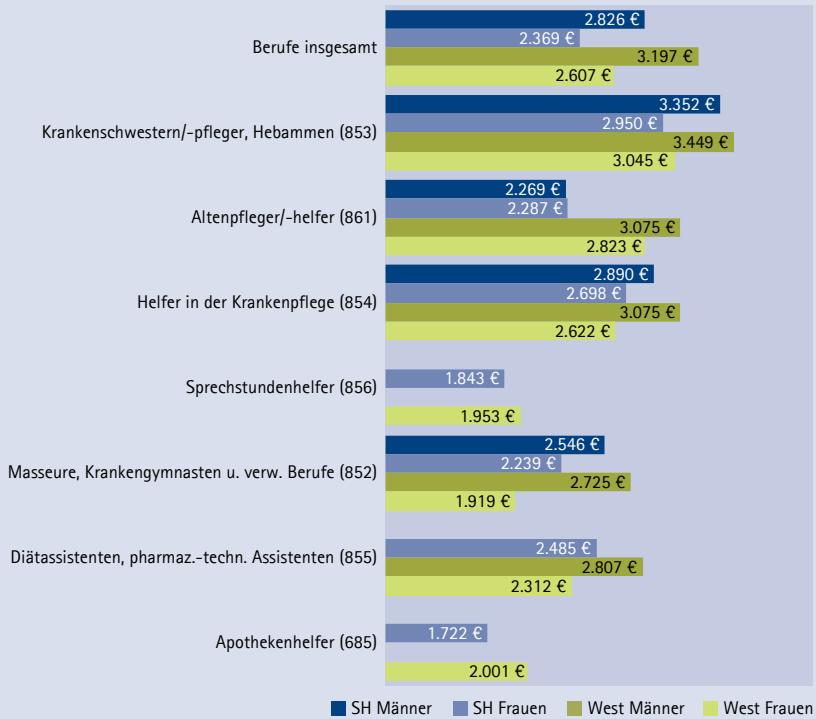
Unterdurchschnittlich ist das Einkommen der Masseure und Krankengymnasten in Schleswig-Holstein. Dies betrifft Männer stärker als Frauen. In der zeitlichen Perspektive hat sich das Entgelt zwischen 1993 und 2008 bei den Männern um 53 Prozent und bei den Frauen um 30 Prozent erhöht. Auch in dieser Berufsordnung wurde das nominal höchste Einkommen bereits 2003 bzw. 2005 erzielt.

Bei den Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten können wie bei den Sprechstundenhelfern mangels Fallzahlen nur die Löhne der weiblichen Beschäftigten ausgewertet werden. Mit 2.485 € liegt der Lohn über dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein. In den vergangenen 15 Jahren hat sich ihr Entgelt um rund 49 Prozent erhöht, das ist der zweithöchste Zuwachs bei den Frauen in

Gesundheitsberufen. Auch gegenüber Westdeutschland (+37 %) fällt die Einkommensentwicklung positiv aus.

Abbildung 12

Medianeinkommen in Euro der 1968er Kohorte nach Berufen in Schleswig-Holstein (SH) und Westdeutschland ohne Berlin (West), 2008



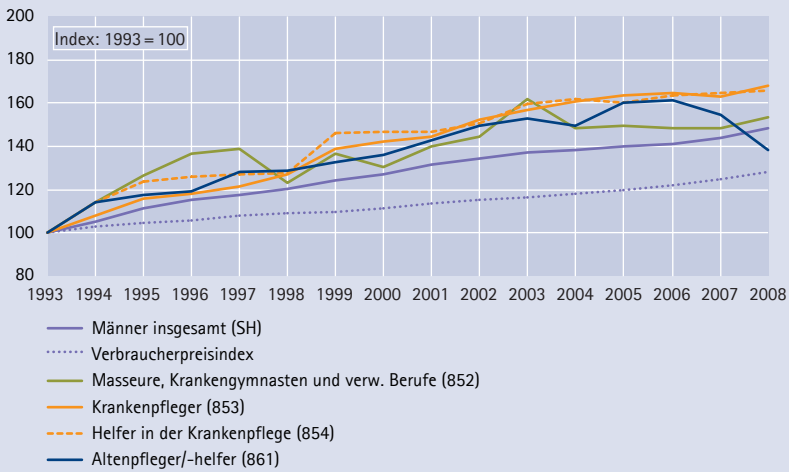
Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Arbeitsort), Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, Stand 30.06.2008.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Wiederum am ungünstigsten ist die Situation bei den Apothekenhelfern. Auch hier können mangels Fallzahlen nur die weiblichen Beschäftigten ausgewertet werden. Mit 1.722 € liegt das Einkommen rund 650 € unter dem Durchschnitt Schleswig-Holsteins und ist das niedrigste aller untersuchten Gesundheitsberufe. Die Apothekenhelfer in Schleswig-Holstein verdienen fast 300 € weniger als ihre Kollegen in Westdeutschland. Auch in der zeitlichen Perspektive zwischen 1993 und 2008 ist die Einkommensentwicklung ungünstig. Mit rund 28 Prozent liegt der Einkommenszuwachs knapp unter dem Anstieg der Verbraucherpreise. Preisbereinigt liegt der Lohn der Apothekenhelfer unter dem Niveau von 1993. Auch nominal ist die Einkommensentwicklung seit 2005 rückläufig.

Abbildung 13

Medianeinkommen der Männer in Euro in Gesundheitsberufen in Schleswig-Holstein (SH), Index-Entwicklung

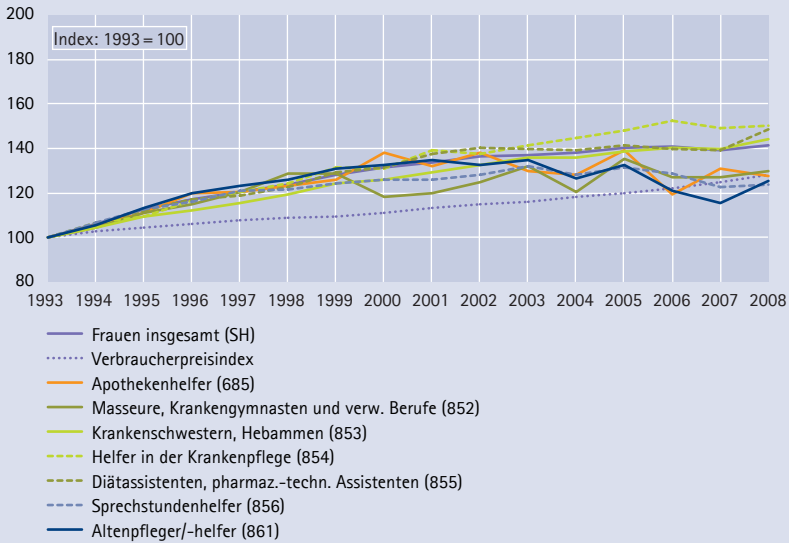


Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Arbeitsort), Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Abbildung 14

Medianeinkommen der Frauen in Euro in Gesundheitsberufen in Schleswig-Holstein (SH), Index-Entwicklung



Daten: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Arbeitsort), Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, jeweils am 30.06. eines Jahres.

Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

8 Fazit

Schleswig-Holstein kann – zumindest für den Arbeitsmarkt – zu Recht den Anspruch erheben, das „Gesundheitsland“ in Deutschland zu sein. In keinem anderen Bundesland ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft höher. Mit 16,8 von 100 Beschäftigten ist etwa jeder sechste Schleswig-Holsteiner in diesem Bereich tätig (je nach Abgrenzung der Wirtschaftszweige kann der Anteil höher oder niedriger ausfallen). Insbesondere die östlichen Landesteile sind ein regionaler Beschäftigungsschwerpunkt. Das Fehlen industrieller Kerne und die günstigen naturräumlichen Voraussetzungen sind (u. a.) Ursachen für diese Spezialisierung am Arbeitsmarkt. Angesichts des demografischen Wandels und der allgemein zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen lässt diese Ausprägung tendenziell eine steigende Arbeitsnachfrage erwarten.

Schwerpunkt der Beschäftigung ist der sogenannte Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, d. h. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie die niedergelassenen Ärzte. Rund 78 Prozent aller Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft sind in diesem Bereich tätig. Ein weiterer Schwerpunkt ist die industrielle und handwerkliche Herstellung von medizinischen Produkten (Erweiterungsbereich 2) mit rund elf Prozent. Beide Bereiche haben gegenüber Westdeutschland überdurchschnittliche Beschäftigtenanteile. Unterdurchschnittlich vertreten sind der Handel (Erweiterungsbereich 1) und der Bereich private Krankenversicherung sowie Forschung und Entwicklung (Erweiterungsbereich 3). Auch regional zeigen sich deutliche Unterschiede. In den östlichen Landesteilen, insbesondere in den Kreisen Ostholstein, Plön, der Hansestadt Lübeck und dem Herzogtum Lauenburg, sind weit überdurchschnittliche Beschäftigungsanteile zu finden. In Ostholstein ist der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft rund 69 Prozent höher als in Westdeutschland. Damit liegt die Region auf dem dritten Rang aller Kreise in Westdeutschland.

Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsbereich. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 hat die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um rund 16 Prozent zugenommen, im Kernbereich sogar um rund 18 Prozent. Dies ist vor allem auf die starken Beschäftigungsgewinne in der Altenpflege zurückzuführen, zwischen 2000 und 2010 hat sich die Zahl der Altenpfleger/-helfer um rund 66 Prozent erhöht. Auffallend für die Gesundheitswirtschaft ist der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten. Rund ein Drittel der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit. Allerdings ist Teilzeitbeschäftigung eine Frauendomäne, rund 91 Prozent der Teilzeitbeschäftigten sind weiblich. Entgegen dem Landestrend hat auch die Vollzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft zwischen 2000 und 2010 zugenommen, allerdings entfällt rund acht Zehntel des Wachstums auf Teilzeitstellen.

Bei der Analyse der Gehälter in den Gesundheitsberufen zeigt sich eine große Spanne. Während die Krankenpfleger und Medizinallaboranten ein für Schleswig-Holstein überdurchschnittliches Einkommen erzielen, liegen Apotheken- und Sprechstundenhelfer am anderen Ende der Skala und unter dem Landesdurchschnitt. Zwischen den ausgewählten Berufen beträgt die Verdienstspanne rund 1.140 € (Medizinallaboranten und Sprechstundenhelfer). Aber auch innerhalb eines Berufes gibt es große regionale Unterschiede. So ist das Einkommen der Helfer in der Krankenpflege im Kreis Dithmarschen über 1.170 € höher als im Herzogtum Lauenburg.

Betrachtet man die typischen Berufsverläufe einer Geburtskohorte, so ist der Beschäftigungsgrad in den Gesundheitsberufen überdurchschnittlich hoch. Mit Ausnahme der Masseur/Krankengymnasten sind im Alter von etwa 40 Jahren noch über 70 Prozent in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Anders bei der Berufstreu. Von den Sprechstundenhelfern ist rund ein Drittel, bei den Apothekenhelfern fast die Hälfte nicht mehr in einem Beruf des Gesundheitswesens tätig. Auch die Einkommensentwicklung ist in diesen beiden Berufen negativ. Zwischen 2000 und 2010 liegt ihr Einkommenszuwachs unter dem Wachstum der Verbraucherpreise. Eine überdurchschnittlich hohe Berufstreu haben die Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen mit fast 90 Prozent.

In der Bilanz der Beschäftigungsanalyse zeigen sich positive und negative Aspekte. Der heute schon hohe Beschäftigtenanteil und die Prognosen für steigende Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen deuten auf eine stabile Arbeitskräftenachfrage hin. Auch die Qualifikations- und Altersstruktur ist günstiger als der Durchschnitt in Schleswig-Holstein. Der hohe Anteil an weiblichen Teilzeitbeschäftigten stellt gegenüber anderen Branchen eine potenzielle Ressource an qualifiziertem Personal dar. Allerdings gibt es hier hinsichtlich der Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen auf der einen Seite und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf der anderen Seite noch Optimierungsbedarf.

Nachteilig ist die starke Segmentierung der Gesundheitsberufe. In klassischen Berufen wie Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen sind die Beschäftigungs- und Entgeltverläufe relativ günstig. In anderen Berufen, wie Sprechstunden- und Apothekenhelfer, ist die Situation weniger günstig – ohne dass dies durch Unterschiede im eingesetzten Humankapital hinreichend erklärt werden kann. Angesichts der Diskussion um einen Mangel an medizinischen Fachkräften gilt es, qualifiziertes Personal in der Branche zu halten und durch günstige Beschäftigungsperspektiven für neues Beschäftigungspotenzial attraktiv zu sein. Insbesondere bei den Sprechstunden- und Apothekenhelfern existiert eine erhebliche Abwanderung in nicht medizinische Berufsfelder.

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt Wiesbaden, Reihe Wirtschaft und Frank Statistik, Heft 11/2010, S. 990–1002, Wiesbaden.
- Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein (2006): Weiterentwicklung der EU-Programme für ländliche Räume, Umwelt und Landwirtschaft, Schleswig-Holstein Landtag, Drucksache 16/826.
- Bickenbach, Claus; Laaser, Friedrich; Schrader, Klaus; Sichelschmidt, Henning; Soltwedel, Rüdiger; Wolf, Hartmut (2008): Neue Wege der Kooperation – Schleswig-Holstein und Hamburg in einer gemeinsamen Wirtschaftsregion, Kiel.
- Bundesagentur für Arbeit (2010): Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte, herausgegeben von der Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (1988): Klassifikation der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2008): Schlaglichter der Wirtschaftspolitik, Sonderheft Gesundheitswirtschaft, Berlin.
- Dahlbeck, Elke; Hilbert, Josef (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Forschung aktuell, Nr. 06/2008.
- DSN Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft (2000): Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein – Potenziale und Chancen aus wirtschaftspolitischer Sicht, Kiel.
- DSN Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft (2008): Schleswig-Holstein 2025 – Demographie-Report regional, Kiel.
- Hackmann, Tobias (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung des künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Verweildauer. In: Sozialer Fortschritt, Heft 9, S. 235–244.
- Henke, Klaus-Dirk; Georgi, Anja; Bungenstock, Jan; Neumann, Karsten; Baur, Michael; Ottmann, Sabine; Schneider, Markus; Krauss, Thomas; Hoffmann, Uwe (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi). Abschlussbericht 30. November 2009. Technische Universität Berlin und Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) Augsburg.

- Hilbert, Josef; Dahlbeck, Elke; Cirkel, Michael; Scharfenorth, Karin (2009): Gesundheit ist Zukunft „Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ – Entwicklungsfelder und Handlungsempfehlungen, Gelsenkirchen.
- Hilbert, Josef (2010): Gesundheit als Zukunftstreiber: Baustellen und Chancen in Schleswig-Holstein. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig Holstein: Vernetzte Gesundheit – mehr Gesundheit: Gesundheitsland Schleswig-Holstein; Jahrbuch 2009/2010.
- Kotte, Volker; Meier, Henning; Stöckmann, Andrea (2010): Demografischer Wandel: Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt in Schleswig-Holstein. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Nord, 04/2010, Nürnberg.
- Niebuhr, Annekatriin; Kotte, Volker (2005): Vergleichende Analyse von Länderarbeitsmärkten. Länderstudie Schleswig-Holstein. IAB-Regional. Berichte und Analysen. IAB Nord, 02/2005, Nürnberg.
- Ostwald, Dennis A.; Erhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG, Frankfurt a.M.
- Statistikamt Nord (2004): Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2004, Hamburg, Kiel.
- Statistisches Bundesamt (2011): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Datenbank GENESIS-online, Wiesbaden (www.destatis.de).
- Statistisches Bundesamt (2009): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Mit Erläuterungen. Wiesbaden.
- Wolf, Elke (2010): Lohndifferenziale zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in Ost- und Westdeutschland, WSI-Diskussionspapier Nr. 174, Düsseldorf.

Dieter Bogai, Günter Thiele

K Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege

1 Einleitung

In den bisherigen Beiträgen dieses Bands lag der Schwerpunkt auf der quantitativen Untersuchung der Beschäftigung in den einzelnen Zweigen und Berufen der Gesundheitswirtschaft. Die arbeitsmarktpolitische Diskussion hat neben den zahlenmäßigen Entwicklungen insbesondere in der Kranken- und Altenpflege die Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen, die allgemein als sehr belastend eingestuft werden und die wesentliche Ursache des flächendeckenden Fachkräftemangels sind (Bundesagentur für Arbeit 2014).

Zum Einstieg in die Thematik werden grundsätzliche Überlegungen zu den verschiedenen Dimensionen der Arbeitsqualität vorgestellt, die unabhängig vom hier untersuchten Pflegeberuf einen Bewertungsrahmen von Arbeitsqualität in entwickelten Volkswirtschaften bilden können. Eng verbunden mit der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen ist der Wandel der Erwerbsformen hin zu solchen mit weniger Rechten der Arbeitnehmer, der im Zusammenhang mit der Entwicklung der Pflegebeschäftigung dargestellt wird. Die Pflegeprofession unterscheidet sich nicht nur von der Industriearbeit, sondern auch von anderen Dienstleistungstätigkeiten. Dem besonderen Charakter der Arbeit in der Kranken- und Altenpflege wird die Vorstellung von Interaktionsarbeit zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen eher gerecht. Auf dieser Basis können auch die Bedingungen für eine erfolgreiche Pflegearbeit adäquater bestimmt werden. Im Zentrum dieses Beitrags stehen die empirischen Befunde zu den Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, die für drei Phasen des Erwerbslebens – Berufseinstieg, Berufsausübung und Beendigung der Berufslaufbahn – dargestellt werden. Die Hauptergebnisse unterschiedlicher Studien zu den Arbeitsbedingungen von Kranken- und Altenpflegern in Krankenhäusern werden erläutert und abschließend Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gegeben.

2 Qualität der Arbeitsbedingungen – mehrdimensionale Ansätze

Fragen der Arbeitsqualität werden seit dem letzten Jahrzehnt im internationalen wie nationalen Rahmen zunehmend diskutiert. Nicht zuletzt betont die Europäische Beschäftigungsstrategie in den gemeinsamen Richtlinien die Aspekte „Verbesserung der Qualität der Arbeit“, „soziale Kohäsion“ und „Steigerung der Beschäftigung“ als gleichrangige Ziele der Beschäftigungspolitik. Bei den Kriterien nimmt die Kommission Bezug auf diejenigen, die die International Labor Organisation (ILO) mit ihrem Konzept der „decent work“ (menschenwürdige Arbeit) beschreibt. Im Einzelnen sind dies für die ILO Zugang zum Arbeitsmarkt, Einkommen, Rechte, Mitsprachemöglichkeiten, Anerkennung, Familienstabilität, persönliche Entwicklung,

Fairness sowie Gleichstellung der Geschlechter. Auch die EU-Kommission hat ein Bündel von Qualitätskriterien für Arbeit entwickelt, das zusätzlich institutionelle Aspekte sowie gesamtwirtschaftliche Leistungen und Produktivität umfasst.

Tabelle 1

Qualitätskriterien von Arbeit in der EU

- Arbeitsplatzqualität (Arbeitszufriedenheit, qualifikationsgerechte Anforderungen, Arbeitseinkommen)
- Qualifikation, lebenslanges Lernen, berufliche Entwicklung
- Gleichstellung der Geschlechter
- Arbeitsschutz
- Flexibilität und Sicherheit
- Eingliederung und Zugang zum Arbeitsmarkt
- Arbeitsorganisation, Vereinbarkeit Arbeit/Leben
- Sozialer Dialog und Arbeitnehmermitbestimmung
- Diversifizierung und Nichtdiskriminierung
- Gesamtwirtschaftsleistung und Produktivität

Quelle: COM 2003.

Diese Ansätze der ILO und der EU sind auf internationaler Ebene zu einem Indikatorenrahmen zur Qualität der Arbeit weiterentwickelt worden. Dazu wurde im Jahr 2007 bei der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa unter Beteiligung der ILO sowie dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften eine Task Force eingesetzt, die Anfang 2010 ihren Abschlussbericht vorgelegt hat. „Grundlegendes Ziel war es, objektive, international vergleichbare Informationen aus der Perspektive der Erwerbstätigen, insbesondere der abhängig Beschäftigten darzustellen, die alle relevanten Aspekte der Qualität der Arbeit umfassen“ (Körner/Puch/Wingerter 2010: 829). Ergebnis der Task Force war die Festlegung von sieben Dimensionen, die die Qualität der Arbeit erfassen sollen.

Dimension 1 – Sicherheit am Arbeitsplatz und ethische Aspekte,

Dimension 2 – Einkommen und indirekte Arbeitgeberleistungen,

Dimension 3 – Arbeitszeit und Ausgleich beruflicher und privater Belange,

Dimension 4 – Beschäftigungssicherheit und soziale Sicherung,

Dimension 5 – Arbeitsbeziehungen,

Dimension 6 – Qualifikation und Weiterbildung,

Dimension 7 – Zusammenarbeit und Beziehungen am Arbeitsplatz.

Die Dimensionen der Arbeitsqualität wurden nach dem Ansatz der Maslow'schen Bedürfnispyramide strukturiert, wobei die Dimension 1 von der Sicherheit ausgeht und die letzten Dimensionen das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung beinhalten (vgl. ebenda: 830). Diese sieben Dimensionen der Qualität der Arbeit werden durch insgesamt 66 Indikatoren, beginnend mit der Quote tödlicher Arbeitsunfälle bis zur

Arbeitszufriedenheit, konkretisiert. Ein wichtiger Aspekt insbesondere für die Kranken- und Altenpflege ist die Lage der Arbeitszeit, die häufig Nacht-, Schicht- oder Wochenendarbeit umfasst.

Die deutsche Bundesregierung hat im Jahre 2001 die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) ins Leben gerufen, an der Tarifparteien, Sozialversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Vertreter der Länder und des Bundes sowie einzelne Betriebe beteiligt sind. Ihre zentrale Aufgabe ist die praktische Implementierung von Maßnahmen in den Bereichen Sicherheit, Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit in den Betrieben. Die aus Sicht der Beschäftigten besonders relevanten Aspekte der Arbeitsqualität wurden im Rahmen von INQA durch eine repräsentative Erhebung festgelegt (Fuchs 2006). „Gute Arbeit“ ist nach diesen empirischen Befunden, „ein festes, verlässliches Einkommen zu erhalten, unbefristet beschäftigt zu sein, die fachlichen und kreativen Fähigkeiten in die Arbeit einbringen und entwickeln zu können, Anerkennung zu erhalten und soziale Beziehungen zu entwickeln“ (Fuchs 2006: 8). Positiv wird Arbeit bewertet, wenn ausreichend Ressourcen vorhanden sind, z. B. Entwicklungs-, Qualifizierungs- und Einflussmöglichkeiten und gutes soziales Klima zu den Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen herrscht. Eine weitere wichtige Bedingung ist, dass das Anforderungsniveau der Arbeit nicht zu stark als belastend empfunden wird (Fuchs 2006: 8).

Die Untersuchung ermittelte allerdings ernüchternde Befunde über die Verbreitung von guter Arbeit in Deutschland: Nur drei Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hatten demnach 2004 einen Arbeitsplatz, der den Kriterien guter Arbeit vollständig entspricht, d. h. der ein Einkommen von mindestens 2.000 €, ein geringes Fehlbelastungs- und ein hohes Ressourcenniveau beinhaltet. 13 Prozent der Arbeitsplätze hatten gute, ausbaufähige Grundlagen: sie boten ebenfalls ein existenzsicherndes Einkommen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten und soziale Einbindung (Ressourcen) – aber das Spektrum der Fehlbelastungen war zu hoch. 84 Prozent der Arbeitsplätze von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern waren entweder durch extrem geringe Ressourcen und/oder durch ein bedenklich hohes Fehlbeanspruchungsniveau gekennzeichnet oder/und sie boten kein existenzsicherndes Einkommen.

Schließlich soll mit Blick auf die breite Palette an Dimensionen guter Arbeit der zusammengesetzte Qualitätsindikator der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) vorgestellt werden. Konzeptionell lehnt sich dieser Indikator an den Index „Gute Arbeit“ des DGB (2007), eine 2005 in 31 Ländern durchgeführte Personenerhebung, an. Beim „DGB-Index Gute Arbeit“ (vgl. Institut DGB-Index Gute Arbeit 2014) handelt es sich um eine Repräsentativumfrage bei den Beschäftigten zu 42 Einzelfragen zur Arbeitsqualität. Die Fragen werden zu den folgenden elf Kriterien der Arbeitsqualität gebündelt: Gestaltungsmöglichkeiten, Entwick-

lungsmöglichkeiten, Betriebskultur, Sinn der Arbeit, Arbeitszeitlage, emotionale Anforderungen, körperliche Anforderungen, Arbeitsintensität, Einkommen, betriebliche Sozialleistungen und Beschäftigungssicherheit.

Datengrundlage des HBS-Indikators ist die vierte Europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen (European Foundation 2007). Im Rahmen der Erhebung werden EU-weit verschiedene Formen der Arbeitszeitflexibilität (Gleitzeit und Arbeitszeitkontensysteme, Teilzeitarbeit, Überstunden und Sonderarbeitszeiten) untersucht, Fragen zur Anwendung befristeter Arbeitsverhältnisse (externe Flexibilität) und zu Flexibilitätsaspekten bei der Vergütung gestellt sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Einsatzfähigkeit der Belegschaft in unterschiedlichen Aufgabenfeldern (funktionale Flexibilität) ergründet (Seifert/Tangian 2009).

Der Gesamtindikator basiert auf 15 Teilindikatoren für einzelne Aspekte der Arbeitsbedingungen: (1) Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, (2) Möglichkeiten für Kreativität, (3) Aufstiegsmöglichkeiten, (4) Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, (5) Informationsfluss, (6) Führungsqualität, (7) Betriebskultur, (8) Kollegialität, (9) Sinngehalt der Arbeit, (10) Arbeitszeitgestaltung, (11) Arbeitsintensität, (12) körperliche Anforderungen, (13) emotionale Anforderungen, (14) berufliche Zukunftsaussichten/Arbeitsplatzsicherheit und (15) Einkommen.

Bei der Qualitätsdiskussion von Arbeit ist zu berücksichtigen, dass atypische Beschäftigungsverhältnisse international und national an Bedeutung gewinnen. Hierzu zählen vor allem befristete, geringfügige und Teilzeitbeschäftigung sowie Leiharbeit. Diese Beschäftigungsformen erweitern einerseits das Flexibilitätspotenzial der Betriebe. Andererseits weisen sie im Vergleich zu Normalarbeitsverhältnissen vor allem im Hinblick auf das Einkommen, die Beschäftigungsstabilität oder in Hinblick auf die Möglichkeiten, an beruflicher Weiterbildung teilnehmen zu können Nachteile auf (OECD 2006).

Die vorgestellten Ansätze versuchen, die qualitativen Arbeitsbedingungen in ihren verschiedenen Dimensionen aus der Perspektive des Erwerbstätigen zu messen. Die Indikatoren basieren entweder auf amtlichen Statistiken (z. B. über Arbeitsunfälle) oder repräsentativen Befragungsergebnissen, d. h. subjektiven Einschätzungen. Nicht berücksichtigt werden dabei die Besonderheiten von bestimmten Wirtschaftszweigen oder Berufen. Diese Besonderheiten des Berufes sowie des Arbeitsplatzes im Wirtschaftszweig Gesundheitswirtschaft, der spezifischen Humandienstleistungen, werden am Beispiel des Pflegeberufes im übernächsten Abschnitt erläutert. Zunächst soll als ein Aspekt veränderter Arbeitsbedingungen und -qualität „der Wandel der Erwerbsformen in der Pflege“ skizziert werden.

3 Wandel der Erwerbsformen in der Pflege

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Formen der Erwerbsarbeit zunehmend ausdifferenziert. Neben dem unbefristeten Vollzeitarbeitsverhältnis, das lange Zeit als „Normalarbeitsverhältnis“ angesehen wurde, haben sich das befristete Arbeitsverhältnis, die geringfügige Beschäftigung, die Teilzeitbeschäftigung einschließlich geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse und die Zeitarbeit auch in der Gesundheitswirtschaft verbreitet.

Eine Untersuchung von Oschmianski (2013) kommt auf Basis des Mikrozensus zu dem Ergebnis, dass zwischen 1999 und 2007 die unbefristete Vollzeitbeschäftigung in der Altenpflege deutlich zurückging und neben der Anzahl der Teilzeitbeschäftigten mit einer höheren Stundenzahl auch die Zahl der befristet und geringfügig Beschäftigten kräftig wuchs. Stärker noch als im allgemeinen Arbeitsmarkt für Frauen war die unbefristete Vollzeitbeschäftigung bei den Altenpflegern/Altenpflegerinnen rückläufig. Dagegen haben die befristete Beschäftigung und die Teilzeitbeschäftigung bei den Altenpflegerinnen stärker als bei allen weiblichen Erwerbstätigen an Bedeutung gewonnen. Dagegen war der Zuwachs bei den geringfügig Beschäftigten der Altenpflegerinnen deutlich geringer als bei allen weiblichen Erwerbstätigen.

Nach einer Untersuchung der Personalentwicklung in den allgemeinen Krankenhäusern sind bereits seit Mitte der 1990er Jahre zahlreiche Stellen für Pflegearbeitskräfte weggefallen (Isfort et al. 2014). Seit der Abschaffung der Pflege-Personalregelung als verbindliches Instrument der Personalbemessung der Krankenhäuser im Jahr 1995 ist das Personal – gerechnet in Vollzeitäquivalenten – im Pflegedienst¹ bis 2013 um insgesamt 33.150 sogenannte Vollkräfte reduziert worden (Statistisches Bundesamt 2015). Prozentual entspricht dies einem Personalarückgang im Pflegedienst der Krankenhäuser um 9,5 Prozent. Die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten, wiederum in Vollzeitkräften gemessen, hat sich in diesem Zeitraum um 40,15 Prozent erhöht. Im Jahr 2013 arbeiteten circa 42.700 mehr hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern als im Jahr 1995. In diesem Zeitraum sind die Belegungstage in den Krankenhäusern durch kürzere Verweildauern der Patienten von 181,7 Mio. auf 141,3 Mio. um 22,2 Prozent und damit wesentlich stärker als der Personaleinsatz gesunken. Allerdings hat die jährliche Patientenzahl zwischen 1995 und 2013 von 15,9 Mio. um 18,2 Prozent auf 18,8 Mio. zugenommen. Der hierdurch ausgelöste Zuwachs der besonders arbeitsintensiven Aufnahme- und Entlassungstage überwiegt die Entlastung durch kürzere Liegezeiten der Patienten und trägt zur Arbeitsverdichtung im Pflegedienst bei (Braun 2014).

¹ Der Pflegedienst umfasst die Pflegekräfte unmittelbar am Patienten (Dienst am Krankenbett). Daneben gibt es weiteres Krankenpflegepersonal in den Funktionsdiensten (Operationsdienst, Ambulanz, Funktionsdiagnostik und Weitere).

In den Pflegeeinrichtungen – den Heimen und den ambulanten Diensten – hat sich der Personalbestand bei steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen wie folgt entwickelt. Zwischen 1999 und 2013 ist die Gesamtzahl der Beschäftigten in den Pflegeheimen um 244.507 bzw. 55,5 Prozent, in den ambulanten Diensten um 136.295 bzw. 74,2 Prozent gestiegen (Tabelle 2). Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten war jedoch in diesem Zeitraum in den Pflegeheimen leicht rückläufig, sodass der Beschäftigungszuwachs in diesem Bereich ausschließlich auf mehr Teilzeit zurückzuführen ist. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten hat sich zwischen 1999 und 2013 mehr als verdoppelt. In Vollzeitäquivalenten gerechnet hat der Personalbestand in der stationären Pflege in diesem Zeitraum um gut ein Drittel (37 %) zugenommen. Die Zahl der in Heimen untergebrachten Pflegebedürftigen stieg in diesem Zeitraum um eine halbe Mio. Personen, was einem prozentualen Wachstum von 43,3 Prozent entsprach. Der Zuwachs an Pflegebedürftigen führte somit nicht zur proportionalen Ausweitung des Personals. Bei gleicher Personalausstattung wie 1999 müssten aktuell rechnerisch 22.500 Vollkräfte zusätzlich in den Pflegeheimen tätig sein, was rund 40.000 fehlenden Pflegekräften entspricht.

Tabelle 2

Personal in Pflegeeinrichtungen

Beschäftigte	Jahr							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009*	2011	2013
<i>Pflegeheime absolut</i>								
Insgesamt	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.391	661.179	685.447
Vollzeit	211.544	218.898	216.510	208.201	202.764	207.126	212.416	203.715
<i>Ambulante Pflegedienste absolut</i>								
Insgesamt	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.890	290.714	320.077
Vollzeit	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964	79.755	85.866

* Die Daten für das Jahr 2009 wurden für Bremen nachträglich aufgenommen, ohne dass das Ergebnis für Deutschland geändert wurde. Die Daten für Deutschland 2009 enthalten somit weiterhin nur geschätzte Ergebnisse für das Bundesland Bremen.

Quelle: Pflegestatistik, Gesundheitsberichterstattung (GBE) (abgerufen am 02.06.2015).

In den Pflegediensten der Krankenhäuser wurde die Teilzeitbeschäftigung nicht so stark wie in den Pflegeeinrichtungen ausgeweitet: zwischen 2002 und 2013 hat sie sich um rund ein Viertel erhöht. Für das Vordringen der Teilzeitarbeit in der Pflege lassen sich verschiedene Gründe anführen. Nach Angaben des Mikrozensus 2013 kommt Teilzeitbeschäftigung im Westen Deutschlands weiblichen Pflegekräften entgegen, die persönliche oder familiäre Gründe einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf nennen (vgl. Bogai et al. 2015). Allerdings arbeitet in Ostdeutschland ein deutlich höherer Anteil unfreiwillig in einer Teilzeitbeschäftigung.

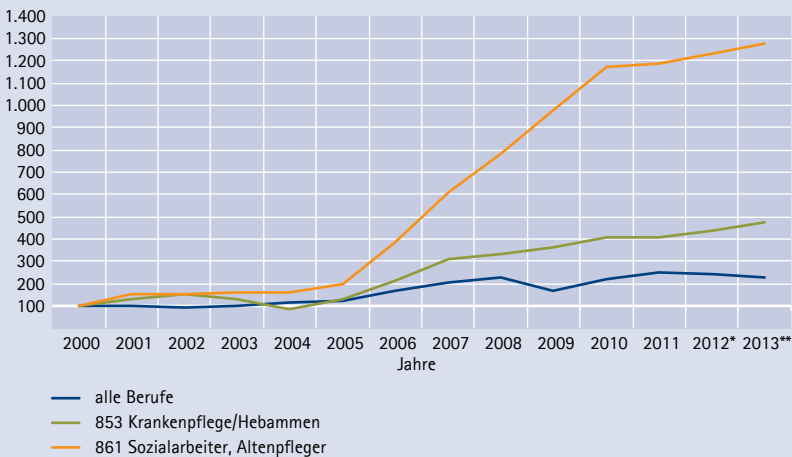
Besonders häufig ist dies bei den Helfern in der Krankenpflege (41 %) sowie bei Fachkräften (46 %) und Helfern in der Altenpflege (55 %).

Simon (2012) sieht als zentralen Grund für die Ausweitung der Teilzeitarbeit Kostensenkungsstrategien der Betriebe, die eine Optimierung ihres Personaleinsatzes anstreben. Zum Schutz der eigenen Gesundheit erwogen 2009 circa 25 Prozent der befragten Pflegekräfte in Krankenhäusern (hochgerechnet entspricht dies circa 120.000 Pflegekräften in den Krankenhäusern) die individuelle Arbeitszeitreduzierung. Das Belastungsargument für die zunehmende Verbreitung von Teilzeitarbeit in der Pflege wird auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht bestätigt (Glaser/Höge 2005).

Die Leiharbeit nimmt sowohl in den Krankenhäusern als auch im Altenpflegebereich an Bedeutung zu, wenngleich sie anteilmäßig noch eine geringe Rolle spielt. Nach der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2000 rund 480 Personen als Leiharbeiter/Leiharbeiterin tätig, die zu der Berufsordnung 861 (BO 861) zählen, die im Wesentlichen Altenpfleger/Altenpflegerinnen umfasst. Leiharbeit dürfte bei den Sozialarbeitern kaum eine Rolle spielen, sodass die überproportionalen Zuwachsraten dem Altenpflegebereich zuzuordnen sind.

Abbildung 1

Leiharbeit in der Kranken- und Altenpflege, Index: 2000 = 100



* Für 2012 sind keine Daten zur Tätigkeit nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010 bzw. der KldB 1988) vorhanden. Der Datenpunkt wurde mithilfe eines Mittelwerts von 2011 und 2013 erzeugt.

** Aufgrund der immensen Unterschiede zwischen der KldB 2010 und der KldB 1988 wurde anhand der jeweiligen Beschreibungen eine manuelle Zuordnung vorgenommen. Diese ist trotzdem mit Unsicherheiten verbunden und wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht die reale Situation der Leiharbeit in der Pflege darstellen.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit.

Bis zum Jahr 2010 ist die Zahl der Leiharbeitskräfte in der Berufsordnung 861 auf rund 5.600 Personen gestiegen und hat sich damit um den Faktor 12 erhöht, während die Gesamtzahl der Leiharbeiter/Leiharbeiterinnen von 300.000 auf 850.000 stieg, also knapp verdreifacht hat. Bei den Krankenpflegern ist seit 2005 ein kontinuierlicher Zuwachs des Personalleasings zu beobachten. Gegenüber dem Jahr 2000 hat sich die Bedeutung der Leiharbeit fast verfünffacht. Mitte 2013 waren in der Altenpflege 6.000 Arbeitskräfte in der Arbeitnehmerüberlassung tätig, in der Krankenpflege rund 8.000, davon mehr als die Hälfte als examinierte Fachkraft.

Als altenpflegespezifisches Motiv für den Einsatz von Leiharbeitskräften führen Bräutigam et al. (2010: 5) die Fachkräftequote in den Pflegeheimen an. Nach dem Heimrecht müssen mindestens 50 Prozent der im Bereich Pflege und Betreuung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Fachkräfte sein. Um diese Quote zu erreichen, wird bei Personalausfällen auf Fachkräfte der Leiharbeitsfirmen zurückgegriffen.

Erst seit dem Jahr 2005 liegen auch Angaben zu der Zahl der selbständigen Altenpfleger/Altenpflegerinnen u. a. vor: Knapp 9.000 und damit zwei Prozent aller Altenpfleger/Altenpflegerinnen u. a., waren 2011 selbständig erwerbstätig, davon waren 7.000 Frauen. Quantitativ spielt diese Gruppe bisher nur eine geringe Rolle.

Nach Oschmianski (2013) hat der Einsatz geringfügig Beschäftigter bei allen Trägern in der Altenpflege seit Ende der 1990er Jahre zugenommen. In der ambulanten Pflege war er deutlich höher als in der stationären Pflege. Zwischen 1999 und 2007 zeigte sich, dass vor allem die privaten Träger die geringfügige Beschäftigung in der ambulanten Pflege (+85 %) wie auch in der stationären Pflege (+61 %) stark ausgeweitet haben. Bei den freigemeinnützigen Trägern in der stationären Pflege wurde die geringfügige Beschäftigung um rund ein Drittel ausgeweitet.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Pflege bereits in den 1990er Jahre durch einen hohen Anteil an „atypischen Erwerbsformen“ gekennzeichnet war, deren Verbreitung im vergangenen Jahrzehnt zunahm (Oschmianski 2013). Der große Zuwachs an Pflegekräften (in Personen gerechnet) beruhte vor allem auf vermehrter Teilzeit und wurde von einem relativen Rückgang der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse begleitet. Dabei war der Zuwachs bei den „atypischen Erwerbsformen“ im Altenpflegebereich zum Teil ausgeprägter als im Gesamtarbeitsmarkt der Frauen. Geringfügige Beschäftigung in der ambulanten Altenpflege sowie befristete Beschäftigung bei den Altenpflegern/Altenpflegerinnen haben im vergangenen Jahrzehnt überdurchschnittlich zugenommen. In der stationären Altenpflege sieht Oschmianski (2013: 229) „einen ‚Prekarisierungstrend‘ hin zu instabilen Erwerbsformen, obwohl der Anteil der potentiell stabileren Erwerbsformen (Vollzeit und ‚lange‘ Teilzeit) in der stationären Pflege immer noch deutlich höher als in der ambulanten Pflege ist“. Dort bestehe die Tendenz zur Polarisierung: zum einen haben

die relativ instabilen, prekären Erwerbsformen – geringfügige und befristete Beschäftigung – an Bedeutung gewonnen. Zum anderen sind auch die eher stabileren Erwerbsformen ‚Vollzeitbeschäftigung‘ und ‚lange Teilzeit‘ gewachsen. Differenziert nach Trägern von Pflegeeinrichtungen stellt Oschmianski (2013) fest, dass auch bei den privaten Trägern im Vergleich zu den freigemeinnützigen eine eher polarisierte Struktur der Erwerbsformen besteht, da die Anteile sowohl von Vollzeitbeschäftigten als auch von geringfügig Beschäftigten höher als bei freigemeinnützigen Trägern sind.

4 Pflegearbeit und Pflegequalität: Interaktionsarbeit als Kernelement der pflegerischen Arbeit

Die Arbeit der Pflege im Krankenhaus konzentriert sich auf die pflegerische Versorgung akut Erkrankter sowie auch vielfach auf ärztliche Assistenzfunktionen. Im Pflegeheim werden vor allem pflegerische Leistungen erbracht, die sich an der (langfristigen) Pflegebedürftigkeit des Bewohners orientieren. Vom ambulanten Pflegedienst werden Hilfen zur Pflege und Lebensführung gegeben sowie ärztlich verordnete Maßnahmen umgesetzt.

Zur Beurteilung der qualitativen Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege sind die besonderen Eigenschaften der Pfl egetätigkeit hervorzuheben. „Pflege bewegt sich in zu identifizierenden Dimensionen, die miteinander vernetzt sind: Gesundheit und Krankheit, die Lebensspanne von Geburt bis zum Tod, der Grad von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, der Abstand zu den Lebensgewohnheiten und der Lebenssituation, die soziale Integration oder Isolierung sowie die Komplexität der zu bewältigenden Probleme. Pflegerisches Handeln ist im Kern eine Interaktion zwischen einem Pflegenden und einem, der Pflege benötigt, ist helfend und unterstützend in der Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstpflegekompetenz sowie bei der Begleitung im Sterben“ (Robert Bosch Stiftung 1996: 10 f.). Dieser Grundsatz des pflegerischen Handelns wird bei der Grund- und Behandlungspflege angewendet.

In den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft wird Interaktionsarbeit zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen geleistet. Dabei stellt sich die Frage, wie die pflegerische Arbeit am Kranken, am Pflegebedürftigen zu gestalten ist. Es handelt sich dabei um eine personenbezogene Dienstleistungsarbeit unter besonderen Umständen. „In der personenbezogenen Dienstleistung nimmt die Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten einen direkten, bisweilen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Arbeit. Interaktion ist ein wechselseitiger Prozess und in hohem Maße situativ geprägt. Die Klienten müssen hierbei als mehr oder weniger eigenständig handelnde Subjekte verstanden werden bzw. dürfen umgekehrt

keinesfalls als „Objekte“ der Dienstleistungsarbeit missverstanden werden – eine Gefahr wie sie bei bloßer Übertragung von etablierten Konzepten der Arbeitsforschung auf die personenbezogene Dienstleistung besteht.“ (Böhle/Glaser/Büssing 2006: 29). Diese Interaktionsarbeit bezieht sich auf die pflegerische Arbeit z. B. zwischen dem Pflegenden und der Pflegekraft und wird mit drei Komponenten umschrieben: der Emotionsarbeit, der Gefühlsarbeit und dem subjektivierenden Arbeitshandeln. Die Emotionsarbeit wird von der Pflegekraft geleistet. Die professionelle Pflegekraft hat gelernt, im Rahmen der pflegerischen Arbeit mit ihren eigenen Emotionen umzugehen. Die Gefühlsarbeit bezieht sich auf die Arbeit mit den Pflegebedürftigen. Die professionelle Pflegekraft arbeitet mit den Gefühlen des Pflegebedürftigen. Das subjektivierende Arbeitshandeln bezieht sich auf den Umstand, dass jeder Pflegebedürftige anders ist und diese individuelle Situation immer zu beachten ist. Damit diese Interaktionsarbeit gelingen kann, sind hinreichende strukturelle Voraussetzungen zu schaffen. Dazu zählt z. B. die ausreichende Ressourcenausstattung der Pflegeheime. Daneben sind auch die entsprechenden Arbeitsbedingungen durch die Organisation der Interaktionsarbeit zu etablieren. Auch individuelle Faktoren wie die Kompetenz der Pflegenden zählen zu den Rahmenbedingungen für die Interaktionsarbeit. Pflegerische Arbeit verstanden als Interaktionsarbeit stellt somit besondere Anforderungen an die Qualität der Arbeitsbedingungen.

5 Empirische Befunde zu den Arbeitsbedingungen der beschäftigten Pflegekräfte

Bei den Arbeitsbedingungen sind die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, die organisatorische Arbeitsgestaltung sowie die technologische Gestaltung zu unterscheiden (Berthel/Becker 2010: 509 ff.). Die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung stellt u. a. ab auf die Gestaltung der Arbeitstätigkeit unter Einbeziehung von arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen. Für die Pflege Tätigkeit ist z. B. der Einsatz von Patientenhebern wichtig, um den Rücken der Pflegekraft bei der Bewegung des Patienten zu schonen. Die Gestaltung des PC-Arbeitsplatzes oder das Tragen von Sicherheitskleidung zum eigenen Schutz sind weitere Aufgaben. Im Mittelpunkt der organisatorischen Arbeitsplatzgestaltung stehen die Fragen nach dem Aufgabenzuschnitt der Arbeitstätigkeit sowie die Arbeitszeitgestaltung. Diese organisatorischen Aspekte sind von besonderer Relevanz bei der pflegerischen Tätigkeit. Dies gilt bislang noch nicht für die technologische Gestaltung des pflegerischen Arbeitsplatzes. Der Grad der Mechanisierung dieses Arbeitsplatzes ist dabei von Bedeutung. Gegenwärtig gibt es Ansatzpunkte, auf diesem Gebiet die pflegerische Arbeit durch den Einsatz von Maschinen zu erleichtern bzw. zu ersetzen. Bereits

diese drei Felder der möglichen Arbeitsplatzgestaltung zeigen, wie facettenreich die Arbeitsbedingungen gestaltet werden können.

In den konventionellen Ansätzen zur Erfassung der Arbeitsbedingungen wird von einer Mensch-Maschine-Beziehung ausgegangen, wie sie für die Industriegesellschaft prägend war (Böhle et al. 2006: 25 f.). Von den Arbeitsbedingungen ausgehend ist bei der pflegerischen Arbeit zu beachten, dass eine besondere Art der Arbeit geleistet wird, die Interaktionsarbeit. In der Pfleger-Patient-Beziehung steht die „Arbeit am Menschen“ im Mittelpunkt. Es geht um die Mensch-Mensch-Beziehung. Dieser Mensch ist für die Pflegekraft entweder krank und/oder pflegebedürftig und damit nicht voll handlungsfähig. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen bedeutet dies, dass nicht nur die erwerbstätige Pflegekraft betrachtet werden muss, sondern auch der Dienstleistungsempfänger, der Kranke, der Pflegebedürftige. Die Qualität der Arbeitsbedingungen beeinflusst das Arbeitsergebnis, d. h. die Qualität der Pflege und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen. So zeigte sich am Beispiel des Krankenhauses z. B. Folgendes: „Die Ergebnisse der international beachteten „RN4Cast“-Studie verweisen u. a. darauf, dass zwischen der Qualität der Arbeit und der Versorgungsqualität in Krankenhäusern statistisch signifikante Zusammenhänge bestehen. Krankenhäuser mit guten Arbeitswelten erzielen international signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich des Outcome, der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Wirtschaftlichkeit als Krankenhäuser mit unzureichenden Arbeitswelten.“ (Bräutigam et al. 2014: 15).

Im Folgenden werden empirische Studien vorgestellt, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus sowie in den Pflegeeinrichtungen untersuchen. Die Darstellung der Studien erfolgt anhand der Phasen: Eintritt in den Pflegeberuf, langjährige Pflege-Berufsausübung und Übergang in die Rente.

Nach der Pflege-Berufsausbildung beginnen die jungen Pflegekräfte ihre Berufsausübung zumeist im Krankenhaus, dem Alten- bzw. Pflegeheim oder einem ambulanten Dienst. Studien belegen, dass in der jüngeren Vergangenheit einzelnen Gruppen unter den jungen Pflegekräften kaum existenzsichernde Beschäftigungsverhältnisse angeboten werden, sondern dass sie auf die sich zunehmend verbreitenden Nichtnormalarbeitsverhältnisse vor allem die Teilzeitarbeit verwiesen werden. Nach einer Untersuchung von Ver.di (2012) wurden Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege schriftlich in der Zeit vom Februar 2012 bis Juli 2012 befragt. Die Übernahme durch den Ausbildungsbetrieb erfolgte für 25,5 Prozent der Auszubildenden in der Pflege. 66,5 Prozent konnte die Frage der Übernahme nach dem Ende

2 Registered Nurse Forecasting ist ein längerfristiges internationales Forschungsprojekt in 12 Ländern, im Rahmen dessen in Deutschland Pflegekräfte an bundesweit 51 Krankenhäusern befragt wurden.

der Ausbildung nicht sicher beantworten (vgl. Ver.di 2012: 53 f.). Eine deutlich höhere Übernahmequote von 37,6 Prozent wurde für Auszubildende der Altenpflege gegenüber 17,3 Prozent bei denen in der Krankenpflege ermittelt. Dies könnte eine Reaktion der Betriebe auf den stärkeren Fachkräftemangel in der Altenpflege sein.

Im Hinblick auf die Frage nach der Übernahme in ein befristetes bzw. unbefristetes Arbeitsverhältnis sowie in eine Vollzeit- oder Teilzeitstelle hat die Untersuchung folgende Unterschiede ermittelt (Tabelle 3).

Tabelle 3
Art der angebotenen Beschäftigungsverhältnisse nach der Übernahme (3. Ausbildungsjahr) in Deutschland* 2012, Angaben in Prozent

nach Befristung	
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	
unbefristete Übernahme	66,1
befristete Übernahme	33,9
Altenpflege	
unbefristete Übernahme	54,8
befristete Übernahme	45,2
nach der Arbeitszeit	
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	
Vollzeit	91,1
Teilzeit	8,9
Altenpflege	
Vollzeit	56,2
Teilzeit	43,8

* ohne Berlin und Saarland
Quelle: Ver.di (2012).

Insgesamt liefert diese Befragung Hinweise darauf, dass die Auszubildenden in der Altenpflege trotz höherer Übernahmequote nach ihrer Ausbildung in erheblichem Umfang in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig sind.

In einer weiteren Studie von Ver.di (2013) werden die Auswirkungen der organisatorischen Änderungen in der Arbeitsplatzgestaltung auf die Arbeitssituation von Pflegekräften untersucht. In der Studie gaben 87 Prozent der befragten Pflegekräfte an, dass sie seit Jahren in der gleichen Zeit immer mehr leisten müssen und sich bei ihrer Arbeit gehetzt fühlen. Die Hälfte von ihnen kann zwar die Arbeit selbständig planen, aber sie können dabei auf ihr Arbeitspensum kaum Einfluss nehmen. Ebenfalls gab die Hälfte an, dass sie aufgrund dieser Situationen qualitative Abstriche bei der pflegerischen Arbeit vornehmen müssen. In Bezug auf die Auswirkungen der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung gaben drei Viertel der Befragten an, dass sie körperliche Schwerarbeit leisten müssen. Zudem erfahren die

Pflegekräfte oft noch mangelnde Wertschätzung durch ihre Vorgesetzten. Bei gut drei Viertel der Pflegekräfte kam es vor, dass sie an einem Tag gearbeitet haben, obwohl sie sich krank gefühlt haben.

Die Studie liefert Hinweise darauf, dass Arbeitsschutzbestimmungen offenbar in den hier betrachteten Einrichtungen nicht hinreichend beachtet werden. So konnten nur ein Viertel der Befragten berichten, dass ihre Arbeit einer Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz unterzogen wurde, wonach der Arbeitgeber verpflichtet ist, den Gesundheitsschutz der Beschäftigten zu gewährleisten.

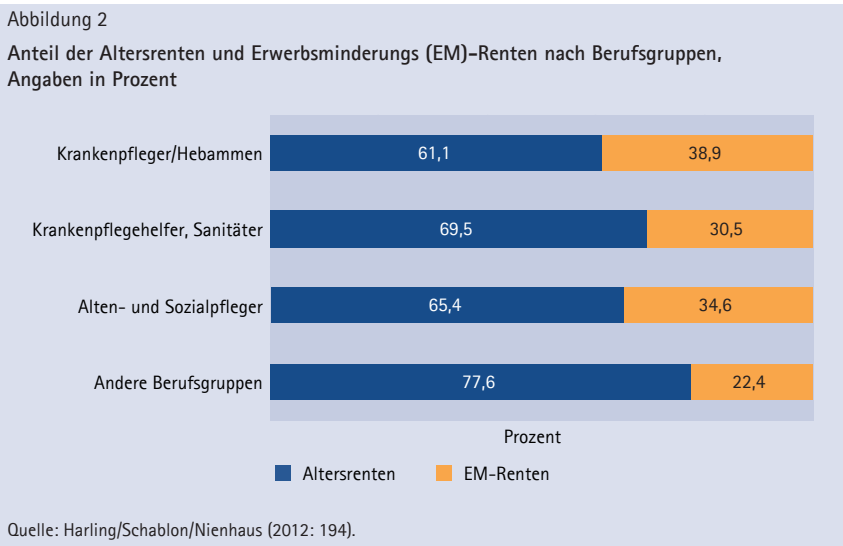
Eine Untersuchung von Braun (2014) bewertet die Arbeitssituation von Pflegekräften im Krankenhaus, die sich als Folge der Einführung von Fallpauschalen stark verändert hat. Die Einführung des DRG-Systems (diagnosis related groups) basiert auf unangemessen mechanistischen Vorstellungen, um die Effizienz von Krankenhäusern zu erhöhen. „Dies schließt mit der Vorstellung eines theoretischen Ansatzes, der der Komplexität und Performance des organisatorischen und qualitativen Wandels eines derart großen sozialen Systems wie des Krankenhauses angemessener ist als viele Vorstellungen, die „das Krankenhaus“ als eine Art Automat verstehen, der nach Einwurf eines Gesetzes eine neue Leistung nach der anderen liefert.“ (Braun 2014: 92). Mit diesem „theoretischen Ansatz“ werden dann insbesondere die subjektiven Bedingungen der pflegerischen Arbeit vernachlässigt. Durch die Einführung der Fallpauschalen und die unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal hat sich in die Dienstleistung am Patienten verschlechtert. Dies lässt sich an einer Reihe von Pfl egetätigkeiten festmachen, die von den Pflegekräften in geringerem Umfang ausgeführt werden können. Insgesamt haben die soziale und emotionale Zuwendung und psychosoziale Versorgung vonseiten der Pflegekräfte durch steigende berufliche Anforderungen und zunehmenden Zeitdruck abgenommen (Braun 2014: 107).

Die unzureichenden Arbeitsbedingungen in der Pflege wirken sich nachweisbar auf die Gesundheit der Pflegebeschäftigten aus. Im Mikrozensus 2007, der eine Sondererhebung zu gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz enthält, gaben von den befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpflegern 16 Prozent an, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem hatten (Afentakis 2009). Bei den Beschäftigten in übrigen Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft liegt der Anteil mit 6,4 Prozent bzw. 6,5 Prozent deutlich niedriger. Gesundheitsbeschwerden konzentrieren sich bei den meisten Beschäftigten auf den Rückenbereich. Der Arbeitsausfall war bei den betroffenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpflegern in den letzten zwölf Monaten mit durchschnittlich 38,1 Fehltagen deutlich länger als bei Beschäftigten mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft (28,3 beziehungsweise 21,8 Fehltag).

„Schwierige Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten“ sowie „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“ wurden als Hauptbelastungsfaktoren aller Befragten genannt. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger leiden deutlich häufiger unter „schwierigen Körperhaltungen, Bewegungsabläufen oder Hantieren mit schweren Tätigkeiten“ (35 %) sowie unter „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“ (33 %) als die Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen (15 % und 24 %) und in der Gesamtwirtschaft (7 % und 15 %).

Mit zunehmendem Alter nehmen Erkrankungen von Pflegekräften durch Beschwerden der Hals- und Lendenwirbelsäule zu, die häufig zum frühzeitigen Rentenbezug führen. Medizinische Rehabilitationsleistungen bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes haben in Pflegeberufen nicht den gewünschten langfristigen Erfolg, da durch die Arbeitsbedingungen erneut Belastungen im Bereich des muskulo-skelettalen Systems entstehen und trotz Rehabilitation eine Erwerbsminderungs-Rente bezogen wird (Harling/Schablon/Nienhaus 2012: 197). Mit dieser empirischen Studie sollte u. a. die Frage geklärt werden, ob Beschäftigte aus den Pflegeberufen häufiger eine Erwerbsminderungs-Rente beziehen als Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen (vgl. ebenda: 189)³.

Wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist, beziehen Angehörige von Pflegeberufen (z. B. Krankenpfleger, Hebammen: 38,9 %) häufiger eine Erwerbsminderungs-Rente als die Angehörigen anderer Berufsgruppen (22,4 %). Dabei sind Frauen stärker als Männer vom vorzeitigen Rentenbezug betroffen.



3 Zur Beantwortung dieser Frage wurde auf den Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation 2006“ sowie auf den Fernrechenatensatz „Versichertenrentenzugang 2007“ zurückgegriffen.

Zudem wurde in dieser Studie ermittelt, dass Krankenpfleger zu mehr als zwei Dritteln (68,6 %) in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Erwerbsminderungs-Rente mindestens eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (vgl. ebenda: 196). Bei den anderen Berufsgruppen lag dieser Anteil bei der Hälfte (47,1 %).

Die Ergebnisse der Studien machen ungünstige Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte in den unterschiedlichen Phasen des Erwerbslebens deutlich. Während des Berufseinstiegs erzeugen die prekären Erwerbsformen per se Unsicherheit und schlechte Arbeitsbedingungen. Die Hauptphase, die mittel- bis langfristigen Berufsjahre der Pflegekräfte, ist gegenwärtig sowohl im Krankenhaus wie in den Pflegeeinrichtungen durch belastende Arbeitsbedingungen gekennzeichnet, die sich angesichts der Unterausstattung der Einrichtungen mit Personal und Hilfsmitteln immer weiter verschlechtern. Der Ausstieg aus dem Beruf wie der Übergang in die Rente der Pflegekräfte erfolgt teilweise als Folge der nachteiligen Arbeitsbedingungen in den vorangegangenen Jahren bzw. Jahrzehnten häufig vorzeitig. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes werden als Hauptdiagnosen für die Erwerbsminderungs-Renten von ehemaligen Pflegekräften anerkannt.

6 Schlussfolgerungen

In diesem Beitrag wurden die verschiedenen Dimensionen der Arbeitsqualität untersucht, die unabhängig vom hier untersuchten Pflegeberuf einen Bewertungsrahmen von Arbeitsqualität bilden können. Hierzu gehören z. B. ein ausreichendes Einkommen, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und die Vermeidung einer Überbeanspruchung. Bereits diese Indikatoren sind für die meisten Pflegebeschäftigten nicht erfüllt. Hierzu hat auch der Wandel der Erwerbsformen in der Pflegebeschäftigung beigetragen. So ist die zunehmende Verbreitung von Teilzeitarbeit in der Regel nicht vereinbar mit angemessenen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. In dieser Studie wird die These vertreten, dass die Tätigkeit von Pflegekräften besondere Anforderungen an die Qualität der Arbeitsbedingungen stellt, wenn erkannt wird, wie humanbezogene Interaktionsarbeit zu gestalten ist. Ein derartiges Verständnis von Pflegearbeit trägt auch zur besseren Pflegequalität bei. In einigen empirischen Studien wird dieser Interaktionsarbeit mehr Bedeutung zuerkannt. Die Ergebnisse der Studien zeigen über die drei Phasen hinweg deutlich nachteiligere Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte als für die Beschäftigten im Durchschnitt.

Abschließend wird aufgezeigt, wie die Qualität der Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte verbessert werden kann. Dazu gehören die unternehmerische Offenlegungsfrist der Arbeitsbedingungen und die Sanktionierung negativer Arbeitsbedingungen. „Aufgrund struktureller Schwächen der Rechtsdurchsetzung mangelt

es den Arbeitnehmerschutzvorschriften des Arbeitsrechts an Effektivität – und zwar häufig gerade dort, wo sie am wichtigsten wären, nämlich in Betrieben und Unternehmen, die gewerkschaftlich schwach organisiert sind und in denen es keine betriebliche Vertretung gibt“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012: 8). Tendenziell ist davon auszugehen, dass vor allem die Pflegeeinrichtungen nicht ausgeprägt stark gewerkschaftlich organisiert sind. Dies gilt auch für die dort tätigen Pflegekräfte. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wird ohne stärkere kollektive Interessenvertretung nur schwer zu erreichen sein.

Ein weiterer Ansatzpunkt resultiert aus dem Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Interaktionsarbeit. In dem oben erwähnten Zitat wurde das Arbeitsrecht angesprochen. Geht es um die pflegerische Arbeit und deren Bedingungen, so ist neben dem Arbeitsrecht auch das Sozialrecht zu erörtern. So ist z. B. die Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen durch Rahmenverträge nach § 75 SGB XI geregelt. Dies führt dazu, dass unterschiedliche Rahmenverträge eine differierende Personalausstattung regeln. Damit werden dann natürlich in den Pflegeeinrichtungen auch unterschiedliche Arbeitsbedingungen geschaffen. In der erwähnten Studie zu den Pflegeeinrichtungen wird darauf nicht eingegangen. Für Krankenhäuser gelten unterschiedliche Landesbasisfallwerte und damit im Zusammenhang stehend von Bundesland zu Bundesland jährlich unterschiedliche Budgethöhen für die Krankenhäuser. Damit stehen dann auch differierende Mittel für die Personalbemessung auch der Pflege zur Verfügung. Diese wenigen Beispiele zeigen, dass es notwendig ist, im Rahmen der Betrachtung der Arbeitsbedingungen sowohl das Arbeits- wie das Sozialrecht zu beachten.

Für die Zukunft ist davon auszugehen, dass massiv weitere Pflegekräfte für die steigende Zahl der Pflegebedürftigen benötigt werden (vgl. Bogai 2014). Die Versorgung und Behandlung der Kranken und Pflegebedürftigen ist eine öffentliche Aufgabe und die Wahrnehmung dieser staatlichen Aufgabe genießt im Rahmen der Gesundheits- und Pflegepolitik gegenwärtig eine hohe Priorität. Weitere Pflegekräfte lassen sich für diese öffentliche Aufgabe wohl auch nur gewinnen, wenn die qualitativen Arbeitsbedingungen auch sehr wirksam positiv verändert werden. Es geht dabei nicht nur um mehr finanzielle Mittel, sondern auch sind die Voraussetzungen zu schaffen, damit die erwähnte Interaktionsarbeit gelingen kann.

Literatur

- Afentakis, Anja (2009): Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. Statistisches Bundesamt, STATmagazin, Gesundheit, 18. August 2009 (URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF2009_08.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 04.06.2015).
- Auth, Diana (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: WSI-Mitteilungen, 6/2013, S. 412–422.
- Berthel, Jürgen; Becker, Fred G. (2010): Personal-Management. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit. 9. Auflage, Stuttgart.
- Birken, Thomas; Dunkel, Wolfgang (2013): Dienstleistungsforschung und Dienstleistungspolitik. Eine Bestandsaufnahme internationaler Literatur zu service science und service work. Düsseldorf.
- Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen; Büssing, Andre (2006): Interaktion als Arbeit – Ziele und Konzept des Forschungsverbundes. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Wiesbaden.
- Bogai, Dieter (2014): Perspektiven des Arbeitsmarktes für Pflegekräfte. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 83, H. 4, S. 107–122.
- Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris; Hell, Stefan; Ludewig, Oliver (2015): Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin.
- Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeit und Soziales, Arbeitspapier 215, Düsseldorf.
- Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeit und Soziales, Arbeitspapier, 306, Düsseldorf.
- Braun, Bernard (2014): Auswirkungen der DRG's auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra; Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden, S. 91–113.
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse – Dezember 2014, Nürnberg.
- Comission Of The European Communities (COM) (2003): Improving quality in work: A review of recent progress. COM(2003), 728 final (URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003DC0728&from=EN>, abgerufen am 04.06.2015).
- Dunkel, Wolfgang; Wehrich, Margit (2012): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden.

- European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (2007): Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation, Dublin.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2012): Verantwortung braucht Transparenz. Die rechtliche Verankerung unternehmerischer Pflichten zur Offenlegung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. Bonn.
- Fuchs, Tatjana (2006): Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen. Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung. Initiative Neue Qualität der Arbeit, 19, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Glaser, Thomas; Höge, Jürgen (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Baua – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Harling, Melanie; Schablon, Anja; Nienhaus, Albert (2012): Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. In: Hofmann, F.; Reschauer, G.; Stöbel, U. (Hrsg.): Freiburger Symposien Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Band 25, Freiburg im Breisgau, S. 188–199.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2014): DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2013. Berlin.
- Isfort, Michael; Klostermann, Jutta; Gehlen, Danny; Siegling, Bianca (2014): Im Fokus: Demenz im Krankenhaus. Pflege-Thermometer 2014: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 53, H. 8, S. 740–749.
- Körner, Thomas; Puch, Katharina; Wingerter, Christian (2010): Qualität der Arbeit – ein international vereinbarter Indikatorenrahmen. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 9/2010, S. 827–845.
- Kurz-Scherf, Ingrid (2005): Qualitätskriterien von Arbeit. In: WSI-Mitteilungen, 4/2005, S. 193–198.
- OECD (2006): OECD Employment Outlook 2006, Paris.
- Oschmianski, Heidi (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung. Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel, Berlin.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift, Gerlingen.
- Seifert, Hartmut; Tangian, Andranik (2009): Index „Qualität der Arbeit“: Nordische Länder und Deutschland im Vergleich. In: WSI-Mitteilungen, 1/2009, S. 52–57.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 und 2009, Studie für den Deutschen Pflegerat, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2015): Krankenhausstatistik – Nichtärztliches Personal, Bonn.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Gesundheit – Personal, 2011. Fachserie 12, Reihe 7.3.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): Gesundheit – Personal, Lange Reihe 2000 bis 2008, Fachserie 12, Reihe 7.3.2, Wiesbaden.
- Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bereich Innovation und Gute Arbeit (Hrsg.) (2013): DGB-Index Gute Arbeit 2012. Sonderauswertung der bundesweiten Repräsentativumfrage. Beschäftigte in Pflegeberufen – So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen. Berlin.
- Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesverwaltung (Hrsg.) (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. Berlin.

Kurzfassung

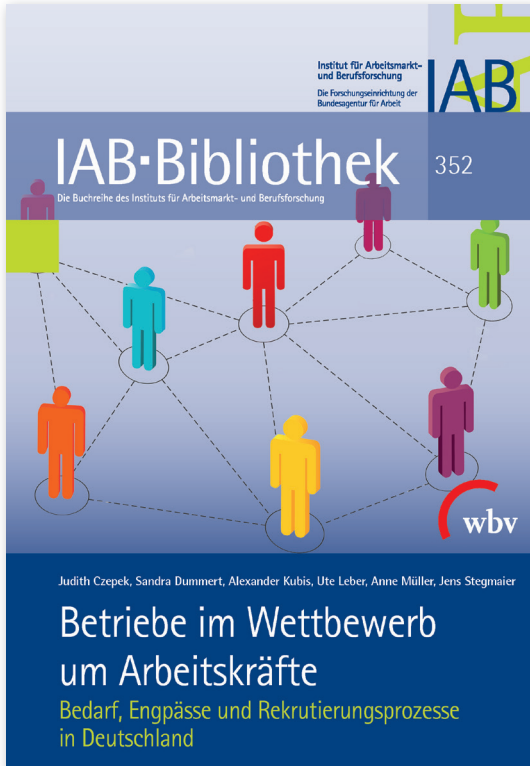
In diesem Band wird die Gesundheitswirtschaft in ihrer regionalen beschäftigungspolitischen Bedeutung untersucht. Der einleitende Beitrag skizziert die Besonderheiten des Marktes für Gesundheitsleistungen, institutionelle Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems und Bewertungsprobleme von Gesundheitsleistungen. Die Aufwertung der Gesundheitswirtschaft vom Kostenfaktor zur wachstumsstarken Querschnittsbranche wird verdeutlicht, die durch die verschiedenen Elemente der gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung konkretisiert wird. Schließlich werden Hypothesen zur räumlichen Verteilung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten diskutiert.

Den Hauptteil dieses Sammelbands bilden empirische Analysen zur Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach dem Schichtenmodell, das die Gesundheitswirtschaft in einen Kernbereich (dem klassischen Gesundheitswesen), den Handel und die medizinische Industrie differenziert. Ein Eingangsbeitrag ermittelt die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen und Bundesländern Deutschlands sowie einzelne sektorale und berufliche Beschäftigungsentwicklungen. Die Beschäftigungsentwicklung in den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft bezieht sich auf den Zeitraum von 2008 bis 2013, da differenziertere Informationen nach den Wirtschaftszweigen erst ab 2008 vorliegen. Neben Strukturmerkmalen der Beschäftigten wie Alter und Geschlecht werden die unterschiedlichen Beschäftigungsformen der sozialversicherungspflichtigen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung, geringfügige Beschäftigung und Leiharbeit in ausgewählten Gesundheitsberufen untersucht. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die Qualifikation und betrieblichen Anforderungsniveaus der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Ein wesentlicher Aspekt einer Arbeitsmarktanalyse der Gesundheitswirtschaft sind die Entgelte der Beschäftigten nach betrieblichem Anforderungsniveau. Aufgrund des hohen Frauenanteils in den Gesundheitsberufen sind die Entgelt Differenzen zwischen Frauen und Männern von besonderem Interesse.

Nach einer flächendeckenden Analyse für alle Bundesländer schließen sich Berichte für ausgewählte Bundesländer an. Dies sind von den alten Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein sowie von den neuen Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen. Diese Berichte ergänzen die Beschäftigungsanalyse teilweise durch weitere Aspekte des Arbeitsmarktes. Gegenstand des abschließenden Beitrags ist die Qualität der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen. Ausgehend von einer Diskussion der Qualitätskriterien und der besonderen Merkmale der Pflgetätigkeit werden Studienergebnisse zu den Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege diskutiert und Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gemacht.

Arbeitskräftenachfrage am deutschen Arbeitsmarkt

➔ wbv.de/arbeitsmarkt



■ Aktuelle Arbeitskräftenachfrage und Engpässe in Deutschland

Welche Arbeitskräfte werden in Deutschland gesucht? Gibt es bereits Schwierigkeiten, den Bedarf zu decken? Wenn ja, welche Branchen und Regionen sind betroffen? Und: In welchen Berufen sind Fachkräfte besonders knapp?

Der Band gibt einen Überblick über die aktuelle Arbeitskräftenachfrage und bestehende Engpässe am deutschen Arbeitsmarkt. Dabei steht der betriebliche Fachkräftebedarf im Fokus. Außerdem greifen Schwerpunktkapitel wesentliche Aspekte des Fachkräftethemas auf.

Judith Czepek, Sandra Dummert, Alexander Kubis, Ute Leber, Anne Müller, Jens Stegmaier

Betriebe im Wettbewerb um Arbeitskräfte

Bedarf, Engpässe und Rekrutierungsprozesse in Deutschland

IAB-Bibliothek, 352

2015, 210 S., 32,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-4091-2
Als E-Book bei wbv.de

Langfristige Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen für Deutschland

➤ wbv.de/arbeitsmarkt



■ Ergebnisse der 3. Welle des QuBe-Projekts

Der Band präsentiert die Modellierung sowie die Ergebnisse der ersten regional-spezifischen BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen (QuBe). Unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede wird nach sechs Regionen differenziert.

Gerd Zika, Tobias Maier (Hg.)
**Qualifikation und Beruf in
Deutschlands Regionen bis 2030**
Konzepte, Methoden und Ergebnisse
der BIBB-IAB-Projektionen
IAB-Bibliothek, 353

2015, 206 S., 32,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-4093-6
Als E-Book bei wbv.de



Der Gesundheitssektor gehört zu den wenigen Wirtschaftsbereichen, in denen die Beschäftigung – dank des demografischen Wandels – auch künftig kräftig wachsen dürfte. Immer mehr Regionen versuchen, sich als „Gesundheitsregionen“ zu etablieren, um vom wachsenden Gesundheitsmarkt auch ökonomisch zu profitieren.

In dem Sammelband wird die Beschäftigungsentwicklung in den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft – das „klassische“ Gesundheitswesen, der Handel sowie die medizinische Industrie – detailliert analysiert. Neben einer flächendeckenden Analyse für alle Bundesländer finden sich auch Einzelberichte für ausgewählte Bundesländer. Der abschließende Beitrag thematisiert den Wandel der Erwerbsformen im Pflegebereich und die Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege.



W. Bertelsmann Verlag

