

Institut für Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung

Die Forschungseinrichtung der
Bundesagentur für Arbeit

IAB

IAB-Regional

Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz

1/2013

Gesundheitswesen in Baden-Württemberg

Struktur und Entwicklung der Beschäftigung

Carmen Pilger
Daniel Jahn

ISSN 1861-2245

IAB Baden-Württemberg
in der Regionaldirektion

Baden-
Württemberg

Gesundheitswesen in Baden-Württemberg

Struktur und Entwicklung der Beschäftigung

Carmen Pilger (IAB Baden-Württemberg)

Daniel Jahn (IAB Baden-Württemberg)

IAB-Regional berichtet über die Forschungsergebnisse des Regionalen Forschungsnetzes des IAB. Schwerpunktmäßig werden die regionalen Unterschiede in Wirtschaft und Arbeitsmarkt – unter Beachtung lokaler Besonderheiten – untersucht. IAB-Regional erscheint in loser Folge in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit und wendet sich an Wissenschaft und Praxis.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
1 Einleitung	11
2 Reformen im Politikfeld Gesundheit	12
3 Datengrundlage und methodisches Vorgehen	15
4 Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen	18
4.1 Beschäftigungsentwicklung in Deutschland und in einzelnen Bundesländern	18
4.2 Beschäftigungsentwicklung auf Kreisebene: Regionale Besonderheiten	20
4.3 Beschäftigungsstruktur nach Personengruppen	24
4.4 Wirtschaftszweige im Kernbereich des Gesundheitswesens	26
4.5 Gesundheitsberufe	28
4.6 Geringfügig entlohnte Beschäftigte	35
5 Berufsverläufe im Gesundheitswesen	38
5.1 Beschäftigungstreue im weiteren Sinne	41
5.2 Beschäftigungstreue im engeren Sinne	43
5.3 Berufstreue	45
6 Einflussfaktoren	48
6.1 Entlohnung in den Gesundheitsberufen	48
6.2 Wanderungen	51
7 Fazit und Ausblick	55
Literatur	58
Anhang	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schichtenmodell des Gesundheitswesens	16
Abbildung 2:	Entwicklung sozialversicherungspflichtige Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, 2000 – 2011, Index 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.	19
Abbildung 3:	Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im Kernbereich des Gesundheitswesens im Verhältnis zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Prozent, Stichtag 30.06.2011	20
Abbildung 4:	Lokalisationskoeffizienten im Kernbereich des Gesundheitswesens und den Erweiterungsbereichen in den baden-württembergischen Kreisen, Stichtag 30.06.2011	22
Abbildung 5:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg nach Personengruppen, Anteile in Prozent am 30.06.2011	26
Abbildung 6:	Beschäftigungsanteile in den Hauptbereichen der Gesundheitsbranche und detailliert für den Kernbereich in Baden-Württemberg, in Prozent, Stichtag 30.06.2011	27
Abbildung 7:	Entwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe im Kernbereich in Baden-Württemberg, 2000-2011 (Index 2000 = 100 Prozent), Stichtag 30.06.	32
Abbildung 8:	Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg, Anteile in Prozent, 30.06.2011	34
Abbildung 9:	Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, Index 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.	36
Abbildung 10:	Beschäftigungstreue i.w.S. der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.2008	42
Abbildung 11:	Entwicklung der Beschäftigungstreue i.w.S. der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, Index 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.	43
Abbildung 12:	Beschäftigungstreue i.e.S. der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.2008	44
Abbildung 13:	Beschäftigungstreue i.e.S. der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, Index 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.	45
Abbildung 14:	Berufstreue der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) in Prozent, Stichtag 30.06.2008	46
Abbildung 15:	Berufstreue der Ausbildungskohorte 1993 in den Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, Index 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.	47
Abbildung 16:	Monatliches Bruttomedianeinkommen in ausgewählten Berufen in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, in Euro, Stichtag 31.12.	50

Abbildung 17:	Monatliches Medianeinkommen nach Geschlecht in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin), 2008 in Euro, Stichtag 31.12.2008	51
Abbildung 18:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus der Ausbildungskohorte nach ausgewählten Berufen mit Arbeitsort Baden-Württemberg, 1994 bis 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.	53
Abbildung 19:	Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Ausbildungskohorte, Beschäftigungstreue i.w.S. (2008) und Beschäftigungstreue i.w.S. bezogen auf Baden-Württemberg (2008), Absolutzahlen, Stichtag 30.06.....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beschäftigungswachstum innerhalb des Kernbereichs des Gesundheitswesens nach Wirtschaftsgruppen und -unterklassen, Veränderungen absolut und in Prozent (Werte in Klammern), 2008/2011	28
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	30
Tabelle 3:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Gesundheitsberufen im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg nach ausgewählten Merkmalen, Anteile in Prozent, Stichtag 30.06.2011	33
Tabelle 4:	Struktur der Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg, Ausbildungskohorte 1993, Absolute Werte und prozentuale Anteile (Werte in Klammern)	41

Anhangsverzeichnis

Tabelle A 1:	Wichtige gesetzliche Änderungen im Bereich der Krankenversicherung seit 1977	60
Tabelle A 2:	Wichtige gesetzliche Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung seit 1995	61
Tabelle A 3:	Chronologie wichtiger Gesundheitsreformgesetze, 1988 bis 2009	62
Tabelle B 1:	Anteile der Gesundheitsbranche insgesamt und ihrer Teilbereiche an der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der jeweiligen Region, in Prozent, Stichtag 30.06.2011.....	63
Tabelle B 2:	Lokalisationskoeffizient der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der gesamten Gesundheitsbranche und den Teilbereichen Kernbereich und Erweiterungsbereiche, Stichtag 30.06.2011	64
Tabelle B 3:	Anteile der Teilbereiche im Kernbereich auf Kreisebene in Baden-Württemberg, in Prozent, Stichtag 30.06.2011	65
Tabelle C 1:	Struktur der Gesundheitsberufe in Westdeutschland (ohne Berlin), Ausbildungskohorte 1993, Absolute Werte und prozentuale Anteile (Werte in Klammern)	66

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen stellt aus volkswirtschaftlicher Sicht eine der bedeutendsten Wachstumsbranchen dar. Dabei trägt die Branche nicht nur zur Wertschöpfung bei, sondern führt darüber hinaus zu positiven Beschäftigungseffekten. Auch in Baden-Württemberg fungierte die Branche in den vergangenen Jahren als 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.

Die Bedeutung des Gesundheitswesens wird vermutlich auch zukünftig weiter zunehmen. Demografischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt werden aller Voraussicht nach zu einem weiteren Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit verbunden zu einem Anstieg der Beschäftigung führen. Damit könnte die Deckung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen zukünftig noch schwieriger werden, denn bereits aktuell verbleibt ein geringerer Teil der ursprünglichen Gesundheitsbeschäftigten in ihrem Beruf als in der Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte. Die Häufigkeit der Berufswechsel ist allerdings je nach Gesundheitsberuf sehr unterschiedlich. Die höchste Berufstreue haben Krankenschwestern/-pfleger.

Laut Modellrechnung des Statistischen Landesamtes wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 um gut 43 Prozent steigen (Gölz/Weber 2012: 22). Unter der Annahme eines gleichbleibenden Pflegerisikos wären demnach 57.000 zusätzliche Pflegekräfte zur Deckung des wachsenden Bedarfs notwendig (Demel 2012: 26). Sowohl Struktur- als auch Verbleibsanalyse der vorliegenden Studie zeigen auf, in welchen Bereichen u. a. zusätzliche

Beschäftigungspotenziale aktiviert werden können. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Förderung einzelner Personengruppen, wie beispielsweise Ausländer und Frauen, als auch Bestrebungen zum Erhalt des bestehenden Fachkräfteangebots.

Keywords:

Baden-Württemberg, Berufstreue, Beschäftigung, Gesundheitsberufe, Gesundheitswesen

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen des IAB für hilfreiche Anregungen und Unterstützung bei der Umsetzung dieses Projekts. Unser besonderer Dank gilt Antje Weyh, Silke Hamann, Stefan Böhme und Rüdiger Wapler für wertvolle inhaltliche Hinweise. Speziellen Dank möchten wir zudem an Klara Kaufmann, Andrea Stöckmann und Stefan Hell richten, die uns bei der Datengewinnung und der formalen Gestaltung des Berichts eine große Hilfe waren.

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen wird heute in der Öffentlichkeit zum einen unter reinen Kostenaspekten betrachtet, mit dem Ergebnis, dass dieser Sektor als einer der größten Kostenfaktoren im öffentlichen Bereich gilt. Zum anderen wird im Gesundheitswesen eine Zukunfts- und Wachstumsbranche gesehen (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 15; Straubhaar et al. 2006: 5). Bis zum Erscheinen eines Sondergutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahre 1997 wurde sowohl die öffentliche Wahrnehmung als auch die akademische Diskussion durch das Thema Kostendämpfung im Gesundheitswesen bestimmt. Erst das Sondergutachten änderte dies und stellte die Bedeutung des Gesundheitswesens als wichtigen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor heraus (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 6). Demnach trägt das Gesundheitswesen nicht nur zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bei, sondern führt außerdem zu positiven Beschäftigungseffekten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 77).

Auch Baden-Württemberg konnte in den vergangenen Jahren vom Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen profitieren. Wie in anderen Bundesländern ist diese Entwicklung regional sehr unterschiedlich verlaufen: Eine hohe Konzentration von Gesundheitsbeschäftigten weisen deutschlandweit insbesondere regionale Standorte von Universitätskliniken und der Zulieferindustrie auf (Dahlbeck/Hilbert 2008: 8). Findet sich dieses Muster auch in Baden-Württemberg wieder? Im ersten Teil der vorliegenden Studie werden die Beschäftigungsstruktur im Gesundheitswesen und die Unterschiede in der regionalen Verteilung in Baden-Württemberg untersucht, denn bislang liegen hierzu noch keine detaillierten empirischen Studien vor.¹

Es ist davon auszugehen, dass die Bedeutung des Gesundheitswesens auch zukünftig zunehmen wird. Gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Wandel sowie technologischer Fortschritt werden aller Voraussicht nach zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit verbunden zu einem Anstieg von Beschäftigung führen (Gewiese/Leber/Schwengler 2003: 151).² Wie kann im Hinblick auf die steigende Nachfrage der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen gedeckt werden? Diesem bislang auf Landesebene noch wenig untersuchten Teilaspekt widmet sich der zweite Teil der vorliegenden Analyse.

Die berufliche Verbleibsdauer in Gesundheitsberufen wird im Vergleich zu anderen Tätigkeitsfeldern als gering angenommen (Flenreiss/Rümmele 2008: 108; Nowak/Haufe/Ritter-Lempp 2007: 387). Geringe Verbleibsdauern können Fachkräfteengpässe durch die damit verbundene Verknappung des Arbeitskräfteangebots verschärfen, deshalb wird im Hinblick auf mögliche Strategien zur Bedarfsdeckung von Fachkräften, eine Verbleibsanalyse für

¹ Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg veröffentlicht jährlich „Gesundheitsökonomische Indikatoren“ auf Kreisebene, die jedoch keine detaillierte Beschreibung der Beschäftigungsentwicklung darstellen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012a).

² Vgl. auch Straubhaar et al. (2006) und Stanowsky/Schmax/Sandvoß (2004). Für Projektionen zur Bedarfsentwicklung bei der Pflege siehe Pohl (2010) und Afentakis/Maier (2010).

ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg durchgeführt und diese Annahme deskriptiv überprüft.

Die Untersuchung gliedert sich in die folgenden Kapitel: Zunächst wird in Kapitel 2 zur thematischen Einbettung auf die Reformen im Politikfeld Gesundheit eingegangen. Kapitel 3 bietet einen Überblick über die Datenbasis und das methodische Vorgehen. Eine ausführliche Betrachtung der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen erfolgt in Kapitel 4. Kapitel 5 untersucht die Berufsverläufe in ausgewählten Gesundheitsberufen im Hinblick auf den Verbleib in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Ausbildungsberuf. Darauf aufbauend befasst sich Kapitel 6 mit den Aspekten Entlohnung und Wanderungsbewegungen. Schließlich fasst Kapitel 7 die wichtigsten Ergebnisse zusammen und gibt einen Ausblick auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

2 Reformen im Politikfeld Gesundheit

Das Gesundheitswesen gilt als stark staatlich regulierter Sektor, in dem institutionelle Rahmenbedingungen einen großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben. Die durch Reformen vielfach angepassten Wettbewerbs- und Regulierungsmechanismen sind wichtige Einflussfaktoren auf das Wachstum in diesem Bereich (vgl. dazu Straubhaar et al. 2006: 16). Aus diesem Grund widmet sich der folgende Abschnitt den Gesundheitsreformen und bietet so den Ausgangspunkt für die nachfolgenden Analysen. Im ersten Teil des Kapitels werden Hintergründe der Gesundheitspolitik und die Entstehungsgeschichte des modernen Gesundheitswesens beschrieben. Im zweiten Teil werden die wichtigsten Reformschritte seit den 1970er Jahren erläutert.

Übergeordnetes Ziel der staatlichen Gesundheitspolitik ist es, für die gesamte Bevölkerung die entsprechende Versorgung für einen jeweiligen Gesundheits- oder Krankheitszustand bereitzustellen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung auch tatsächlich zu ermöglichen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen des Einzelnen sollen – soweit dies ethisch vertretbar und praktisch durchführbar ist – verhindert und im Falle des Eintretens entsprechend behandelt werden (Uexküll/Wesiack 1988). Wegen der anhaltenden Finanzierungsprobleme ist das oberste Ziel der Gesundheitspolitik seit den späten 1970er Jahren die Beitragssatzstabilität bzw. die Kostendämpfung. Knappe Ressourcen setzen das Gesundheitssystem unter andauernden politischen und ökonomischen Reformdruck. Mit keiner der vielzähligen bisherigen Reformen ist es gelungen, die anhaltenden Finanzierungsprobleme des zentralen Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu begrenzen.³

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die wichtigsten Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens in Deutschland.⁴

³ Laut der Gesundheitsausgabenrechnung entfallen 57,5 Prozent der Nachfrage nach medizinischen Leistungen auf den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (Statistisches Bundesamt 2010).

⁴ Für eine Übersicht der wichtigsten gesetzlichen Änderungen, siehe Anhang Tabelle A 1 und Tabelle A 2.

Gesundheitssystem im Wandel

Bereits seit Ende der 70er Jahre wurde eine Reihe von Gesundheitsreformen mit dem Ziel der Kostendämpfung auf den Gesetzesweg gebracht. Sie führten insgesamt zu einer Mäßigung des Ausgabenwachstums und zu einer Stabilisierung des Anteils der Krankenkassenkosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) (Busse/Riesberg 2005: 220). In der öffentlichen Diskussion wurde diese Stabilität jedoch nicht als Entlastung wahrgenommen, da trotz der Reformbemühungen die Beitragssätze weiter angestiegen sind.⁵

Am 1. Januar 1989 trat das **Gesundheitsreformgesetz (GRG)** in Kraft. Als Geltungsbereich war noch die alte Bundesrepublik vorgesehen, das Gesetz legte jedoch den Grundstein für die nachfolgenden gesamtdeutschen Reformen (vgl. Tabelle A 3). Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention rückten stärker in den Vordergrund (Busse/Riesberg 2005: 224; Steffen 2009: 58). Im Jahr 1990 wurde die Krankenversicherung der DDR durch das System der Bundesrepublik abgelöst (Busse/Riesberg 2005: 10). Hauptziele der Gesundheitspolitik sind seit der Wiedervereinigung: Ausgabenkontrolle und Erhöhung technischer Effizienz durch (geregelten) Wettbewerb, ohne nachteilige Auswirkungen auf die Grundsätze der Gleichheit und Qualität (Busse/Riesberg 2005: 31). Wettbewerbselemente wurden verstärkt durch das **Gesundheitsstrukturgesetz 1992** vorangetrieben.

Mit der Einführung des **Ersten und Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz 1997** kam es zu einer Kursänderung innerhalb der Gesundheitspolitik. Das primäre Ziel der Kostendämpfung wurde um die folgenden Eckpunkte erweitert: Die Beitragsleistung der Arbeitgeber wurde begrenzt sowie markt- und wettbewerbswirtschaftliche Elemente weiter gestärkt. Gleichzeitig wurde der Anteil privater Finanzierungsanteile erhöht (Busse/Riesberg 2005: 227).⁶ Im Juni 1999 legte die Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen ein umfangreiches Reformwerk vor, das in abgewandelter Form im Dezember 1999 verabschiedet wurde (**Gesundheitsreform 2000**). Die Gesundheitsreform setzte u. a. an der Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen in Krankenhäusern an.

Der Erfolg bei der Bundestagswahl 2002 leitete eine neue Phase rot-grüner Gesundheitspolitik ein. Nach einer einjährigen Verhandlungsphase wurde 2003 das **Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)** mit breiter Unterstützung von Regierungs- und Oppositionsparteien verabschiedet. Ziel des Modernisierungsgesetzes war es, den Anstieg der Beitragssätze zu bremsen und damit die Lohnnebenkosten einzudämmen. Auch offensichtliche Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung sollten behoben und die Wirtschaftlichkeit verbessert werden (Busse/Riesberg 2005: 234).

Erfolgreich waren die Maßnahmen zur Absenkung des Beitragssatzes: Im zweiten Halbjahr 2005 ist dieser von 14,2 auf 13,3 Prozent gesunken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010).

⁵ Zwischen 1975 und 2004 ist der Beitragssatz von 10,4 Prozent auf 14,2 Prozent angestiegen (Busse/Riesberg 2005: 221).

⁶ Ein Großteil der Änderungen wurde mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz der rot-grünen Regierung 1998 wieder zurückgenommen.

Die nächste Gesundheitsreform folgte im Jahr 2007, nachdem bei der Bundestagswahl die rot-grüne Koalition durch eine große Koalition aus CDU/CSU und SPD abgelöst wurde. Nach langwierigen Verhandlungen und dem Versuch beide Standpunkte (CDU/CSU: Vorschlag einer Gesundheitsprämie; SPD: Vorschlag Bürgerversicherung) miteinander zu vereinbaren, trat am 1. April 2007 das **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung** in Kraft. Kern der Reform war die Einrichtung eines Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009. Dieser Fonds sollte die Finanzströme bündeln. Erstens die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge sowie – neu hinzugekommen – Steuermittel. Für jeden gesetzlich Versicherten erhalten die gesetzlichen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen pauschalen Betrag, dessen Höhe je nach Alter, Geschlecht und Krankheitsmerkmalen (Morbidity) variiert (Gerlinger/Schmucker 2007). Das Wettbewerbsstärkungsgesetz veränderte die Strukturen des Gesundheitssystems in bislang nicht erreichtem Maße. Gleichzeitig erzeugte das Gesetz an manchen Stellen neue Regelungsbedarfe, z. B. die Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung betreffend oder die Finanzierung von Krankenhäusern (Beschneidung der Länderkompetenzen). Die Diskussion um die Nachbesserung der Reform wird aller Voraussicht nach auch weiterhin die gesundheitspolitische Agenda bestimmen.⁷

Reformen verändern und gestalten die institutionellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Durch sie wird maßgeblich bestimmt inwieweit das Wachstums- und Beschäftigungspotenzial des Gesundheitswesens ausgeschöpft werden kann. Laut den Autoren Straubhaar et al. führen Fehlanreize, die beispielsweise durch die Beschränkung der Wettbewerbsfreiheit gesetzt werden dazu, dass diese Entwicklungspotenziale ungenutzt bleiben und so Wachstum und Beschäftigungsaufbau behindert werden (2006: 18). Inwieweit einzelne Reformen positive oder negative Beschäftigungseffekte nach sich ziehen ist ein bislang noch wenig untersuchter Teilaspekt dieses Themas. Der grundsätzliche Zusammenhang scheint jedoch aufgrund der engen institutionellen Verflechtungen in diesem Bereich durchaus plausibel. Im weiteren Verlauf der Studie werden die Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsreformen dennoch keine zentrale Rolle einnehmen. Die obigen Ausführungen sollen vielmehr zu einem grundsätzlichen Verständnis der Wirkungszusammenhänge in diesem Bereich beitragen und als Hintergrundwissen dienen. Das folgende Kapitel widmet sich der begrifflichen Abgrenzung und erläutert das weitere methodische Vorgehen der vorliegenden Studie.

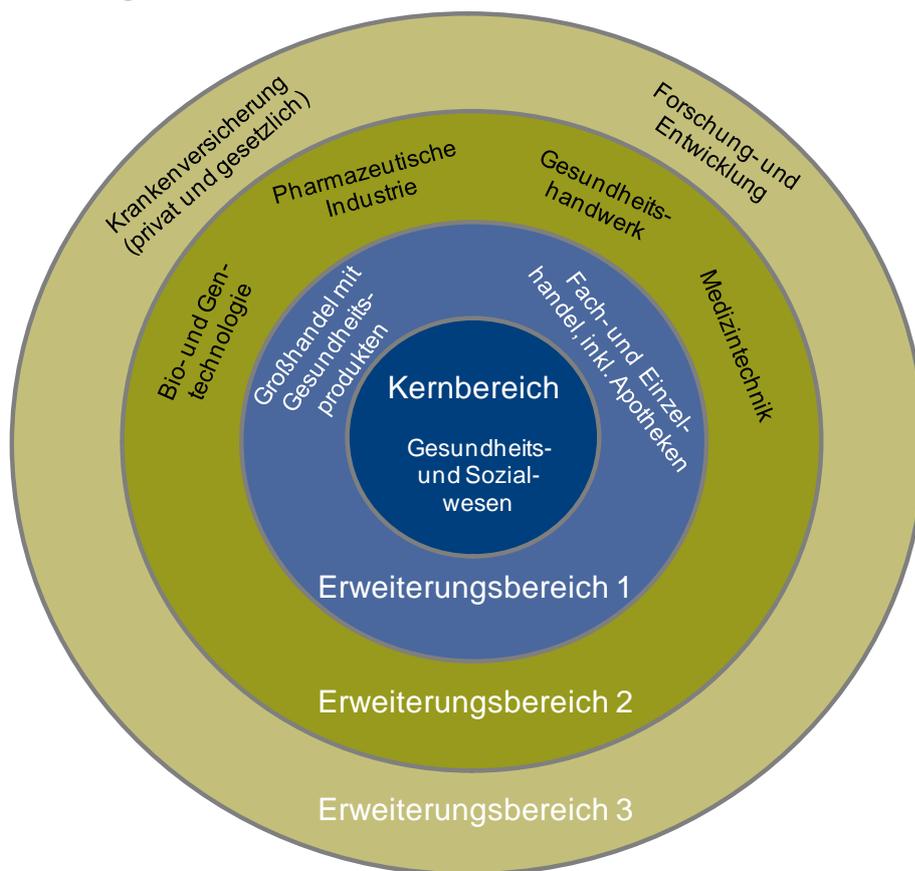
⁷ Zur Chronologie der Gesundheitsreformgesetze vgl. Tabelle A 3 im Anhang.

3 Datengrundlage und methodisches Vorgehen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits verschiedene Aspekte des Themas Gesundheit aufgegriffen, ohne jedoch eine genaue inhaltliche Begriffsbestimmung oder Abgrenzung vorzunehmen. Umgangssprachlich werden die Bezeichnungen Gesundheitsbranche, Gesundheitswesen, Gesundheitssektor oder Gesundheitswirtschaft häufig synonym verwendet. Auch die Fachsprache bietet keine eindeutigen und allgemeingültigen Definitionen. In der Gesundheitssystemforschung wurde ursprünglich eine institutionelle Gliederung des Gesundheitswesens verwendet. Diese Systematik unterscheidet ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen sowie ambulante und stationäre Einrichtungen und ordnet sie den Hauptsäulen Prävention, Kuration und Rehabilitation zu (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 3 f.). Dabei beschränkt sich die traditionelle Systematik auf den Kernbereich des Gesundheitssystems ohne assoziierte Wirtschaftsbereiche (z. B. Medizintechnik, Pharmazeutische Industrie) einzubeziehen. Das Institut für Arbeit und Technik (IAT) entwickelte ein weiter gefasstes sogenanntes Schichtenmodell des Gesundheitssystems („IAT-Gesundheitszwiebel“, vgl. Abbildung 1). Durch die Erweiterung werden wirtschaftliche Verflechtungen mit angrenzenden Bereichen berücksichtigt und der volkswirtschaftlich produktive Charakter des Gesundheitswesens betont (Dahlbeck/Hilbert 2008: 2; Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 3 f.).

Betriebe des Gesundheitswesens werden im IAT-Schichtenmodell aufgrund ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess verschiedenen Ebenen zugeordnet. Der Kernbereich des Gesundheitswesens fasst diejenigen Wirtschaftszweige zusammen, deren Tätigkeitsschwerpunkt die direkte Versorgung von Patienten darstellt. Hierzu zählen die stationäre und die ambulante Gesundheitsversorgung in Kliniken und Krankenhäusern, bei niedergelassenen Ärzten und in nicht-ärztlichen Praxen sowie Pflegeeinrichtungen. Ein weiterer Bereich umfasst die Vorleistungs- und Zulieferindustrie, zu der die Pharmazeutische Industrie, die Bio- und Gentechnologie sowie die Medizin- und Gerontotechnik zählen. Als Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens gelten: Gesundheitstourismus, Wellness sowie gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 4 f.). In der vorliegenden Studie wird zur Beschreibung des Gesundheitswesens ebenfalls ein Schichtenmodell mit einem Kern- und drei Erweiterungsbereichen verwendet (vgl. Abbildung 1). Die Erweiterungsbereiche fassen wir jedoch etwas enger und klammern z. B. die Bereiche Sport und Freizeit sowie Tourismus aus. Die Systematisierung dient einer nach wirtschaftlichem Tätigkeitsschwerpunkt differenzierten Betrachtung der Beschäftigtenstruktur. Hierfür werden den beschriebenen Kern- und Erweiterungsbereichen des Gesundheitswesens die korrespondierenden Abschnitte aus der Klassifikation der Wirtschaftszweige zugeordnet. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Schichten detailliert beschrieben.

Abbildung 1: Schichtenmodell des Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die „IAT-Gesundheitszwiebel“ (Dahlbeck/Hilbert 2008).

Zum Kernbereich (stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung) gehören die folgenden Wirtschaftsgruppen (3-Steller) und Wirtschaftsunterklassen (5-Steller)⁸: Krankenhäuser (861), Arzt- und Zahnarztpraxen (862), Gesundheitswesen a.n.g. (sonstige Praxen und Rettungsdienste) (869), Pflegeheime (871), stationäre Einrichtungen der psychosoziale Betreuung (872), Altenheime (873) und ambulante soziale Dienste (88101).

Vorleistungen und Zulieferindustrie erstrecken sich über die Erweiterungsbereiche 1 und 2. Zum ersten Erweiterungsbereich zählt die Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf (46184), der Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen (4646), Apotheken (4773), der Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln (4774), sowie die Augenoptiker (47781).

Der Erweiterungsbereich 2 umfasst folgende Wirtschaftsabteilungen (2-Steller), Wirtschaftsgruppen (3-Steller) und Wirtschaftsklassen (4-Steller): Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (21), Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektro-

⁸ Die angegebenen Ziffern beziehen sich exemplarisch auf die aktuelle Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008). Es werden jeweils unterschiedliche Ebenen (Abteilungen, Wirtschaftsgruppen, Wirtschaftsklassen und Unterklassen) verwendet.

medizinischen Geräten (266), Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien (325), Installation von Maschinen und Ausrüstungen (332), Reparatur von elektronischen und optischen Geräten (3313), Reparatur von elektrischen Ausrüstungen (3314).

Randbereiche und Nachbarbranchen werden im Erweiterungsbereich 3 zusammengefasst. Dieser enthält: Krankenversicherungen (65121), Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin (721), Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen (8412), Sozialversicherung (843) sowie Interessenvertretungen und Vereinigungen (94999).

Das Schichtenmodell bildet den analytischen Rahmen für die vorliegende Untersuchung. Es wird sowohl für die Deskription der Beschäftigungsentwicklung (vgl. Kapitel 4) als auch für die Beschreibung der Berufsverläufe (vgl. Kapitel 5) verwendet. Die Studie konzentriert sich überwiegend auf den Kernbereich, da dessen Bedeutung für die Gesamtbeschäftigung im Gesundheitswesen besonders hoch ist.

Desweiteren werden in der vorliegenden Studie Analysen auf Berufsebene durchgeführt. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden hauptsächlich nicht-akademische Gesundheits- und Heilberufe wie Masseur und Krankengymnasten (852)⁹, Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen (853)¹⁰, Krankenpflegehelfer (854), Diätassistenten und pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) (855), Sprechstundenhelfer (856), Medizinlaboranten (857) und Altenpfleger/-helfer (und Sozialarbeiter) (861)¹¹ betrachtet. Während sich die Analyse der Berufsverläufe (vgl. Kapitel 5) ausschließlich auf ausgewählte nicht-akademische Berufe stützt, wird bei der Beschreibung des Gesundheitswesens (vgl. Abschnitt 4.5) zudem die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen von Ärzten und Zahnärzten beschrieben.

Die Datengrundlage für den ersten Teil unserer Analyse ist die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. In der Beschäftigungsstatistik enthalten sind Informationen aus den Arbeitgeberrmeldungen, die im Zuge des Meldeverfahrens zur Sozialversicherung erhoben werden. Es werden sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort und geringfügig Beschäftigte erfasst.¹² Die vorliegende Analyse bezieht sich hauptsächlich (Abschnitte 4.1 bis 4.5) auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Allerdings werden einzelne Gruppen bei der Betrachtung ausgeklammert. Hierzu zählen Auszubildende, Praktikanten und Werksstudenten. Die Beschäftigungsformen selbständig oder freiberuflich sowie Beamte und

⁹ Die Ziffern in den Klammern beziehen sich auf die Berufsordnungen (3-Steller) der Klassifikation der Berufe 1988 (Bundesagentur für Arbeit).

¹⁰ Gemäß der Klassifikation der Berufe gehören die Hebammen mit zur Berufsordnung der Krankenschwestern/-pfleger. Aufgrund von geringen Fallzahlen werden die Hebammen im weiteren Verlauf des Textes nicht zusätzlich aufgeführt.

¹¹ Die Berufsordnung 861 enthält neben den Altenpflegern/-helfern auch die Sozialarbeiter und andere sozialpflegerische Berufe. Durch die Kreuzung vom Wirtschaftszweig Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ mit der genannten Berufsordnung, können Sozialarbeiter weitgehend herausgefiltert werden. Die Mehrheit der Sozialarbeiter findet sich im Wirtschaftsabschnitt P „Erziehung und Unterricht“.

¹² Von einer geringfügigen Beschäftigung oder einem Minijob wird gesprochen, wenn das Arbeitsentgelt nicht mehr als 400 Euro monatlich beträgt oder wenn das Beschäftigungsverhältnis nur von kurzer Dauer ist. Midijobs sind sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse deren Verdienst zwischen 400 und 800 Euro liegt.

Soldaten sind nicht in der Beschäftigungsstatistik enthalten und können deshalb nicht berücksichtigt werden. Dies schlägt sich zum Teil deutlich bei den akademischen Gesundheitsberufen, wie z. B. Ärzten und Zahnärzten, nieder (vgl. Abschnitt 4.5). Im Abschnitt 4.6 werden ergänzend ausschließlich geringfügig Beschäftigte betrachtet. Der Beobachtungszeitraum im ersten Teil der Studie reicht von 2000 bis 2011.¹³ Es werden Stichtagsdaten – jeweils zum 30. Juni jeden Jahres – verwendet.

4 Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen

Im Kernbereich des Gesundheitswesens sind in Deutschland 2.919.700 (2011) Menschen beschäftigt.¹⁴ Dies entspricht einem Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) von 10,9 Prozent. Bundesweit zählt damit etwa jeder Neunte zu diesem Wirtschaftszweig, im Jahr 2000 war es noch knapp jeder Elfte. In dem positiven Beschäftigungstrend spiegelt sich auch der wirtschaftliche Bedeutungsgewinn der Branche wider.

In diesem Kapitel soll die Beschäftigung im Gesundheitswesen eingehender betrachtet und die Besonderheiten und Unterschiede auf regionaler Ebene herausgearbeitet werden: Inwieweit profitieren die Beschäftigten in Baden-Württemberg vom Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen? Wie gestaltet sich die Entwicklung in den Kreisen? Darüber hinaus wird die Beschäftigungsstruktur anhand ausgewählter soziodemografischer Merkmale wie z. B. Geschlecht, Alter und Qualifikation analysiert. Anschließend werden Wirtschaftszweige und Berufsgruppen betrachtet und abschließend ausschließlich geringfügig entlohnter Beschäftigung.

4.1 Beschäftigungsentwicklung in Deutschland und in einzelnen Bundesländern

In den vergangenen Jahren fungierte das Gesundheitswesen als Beschäftigungsmotor sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Während zwischen den Jahren 2000 und 2011 die gesamte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung „nur“ moderat gestiegen ist und in einigen Bundesländern sogar rückläufig war, ist die Zahl der Beschäftigten des Kernbereichs im Gesundheitswesen dagegen 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 %).

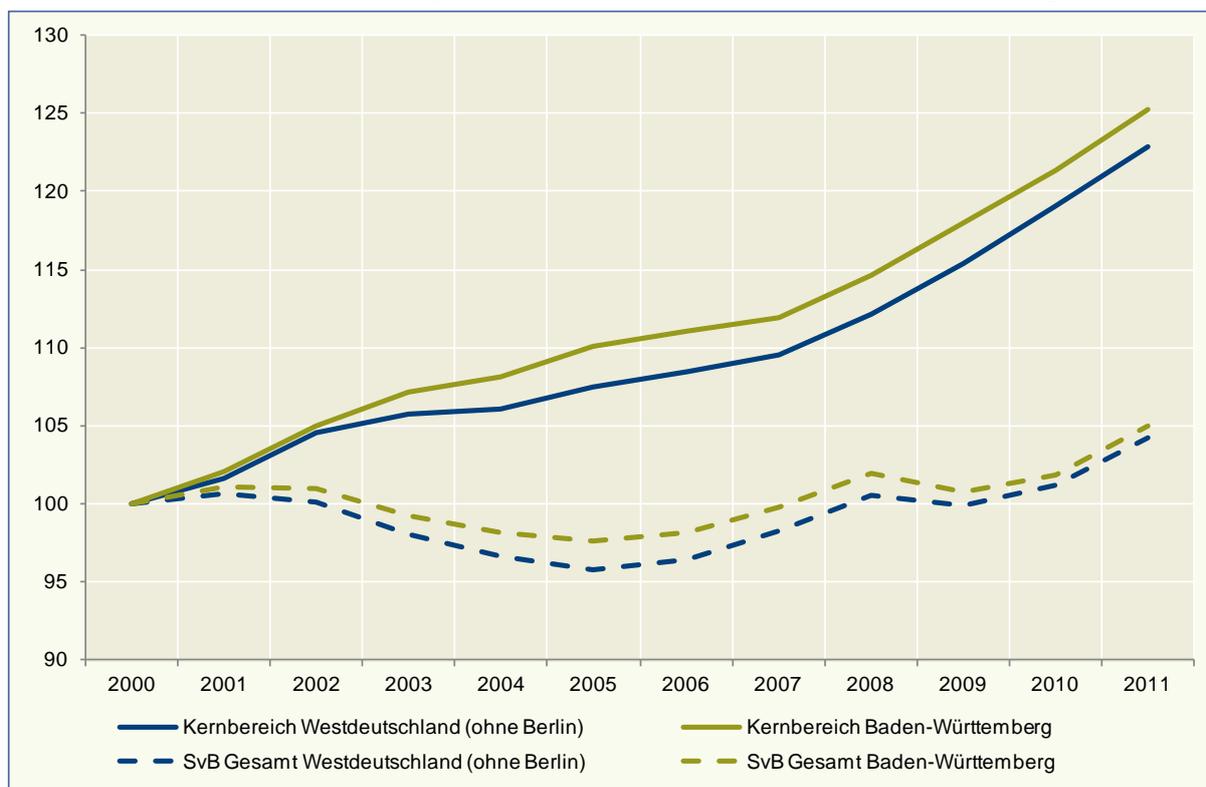
Abbildung 2 stellt die Beschäftigungsentwicklung im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland und Baden-Württemberg dar. Während der Kernbereich in beiden Vergleichsregionen seit dem Jahr 2000 wächst, zeigen sich indessen branchenübergreifend Beschäftigungsrückgänge. Ab 2007 legte das Gesundheitswesen besonders stark zu. Selbst

¹³ Aktuellere Daten lagen zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieser Studie noch nicht vor.

¹⁴ Zur einfacheren Lesbarkeit werden absolute Zahlen auf Hundert gerundet.

die konjunkturelle Dämpfung während der Wirtschafts- und Finanzkrise ab dem Jahr 2009 hat den Anstieg der Beschäftigung im Gesundheitswesen nicht gebremst, während die Gesamtbeschäftigung deutlich zurückgegangen ist.

Abbildung 2: Entwicklung sozialversicherungspflichtige Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesen in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, 2000 – 2011, Index 2000 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

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 3). 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 %).

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 so genannte Arbeitsplatzdichte.¹⁵ Tatsächlich ist die Arbeits-

¹⁵ Sie errechnet sich wie folgt: Anzahl der Erwerbstätigen am Arbeitsort / Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter x 1000 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2011a).

platzdichte 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.

Abbildung 3: 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.

4.2 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.¹⁶ 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 20. 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

¹⁶ Die komplette Übersicht der prozentualen Beschäftigtenanteile der Gesundheitsbranche und seiner Teilbereiche befindet sich in Anhang Tabelle B 1.

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 so genannte Lokalisationskoeffizient betrachtet. Der Quotient errechnet sich aus dem Beschäftigtenanteil einer Branche in einer Region (Zähler), im Verhältnis zum Beschäftigtenanteil der Branche in Westdeutschland¹⁷ (Nenner). Als Branche können die verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitssektors eingesetzt werden: Kernbereich, Erweiterungsbereiche und das Gesundheitswesen insgesamt.

Definition Lokalisationskoeffizient

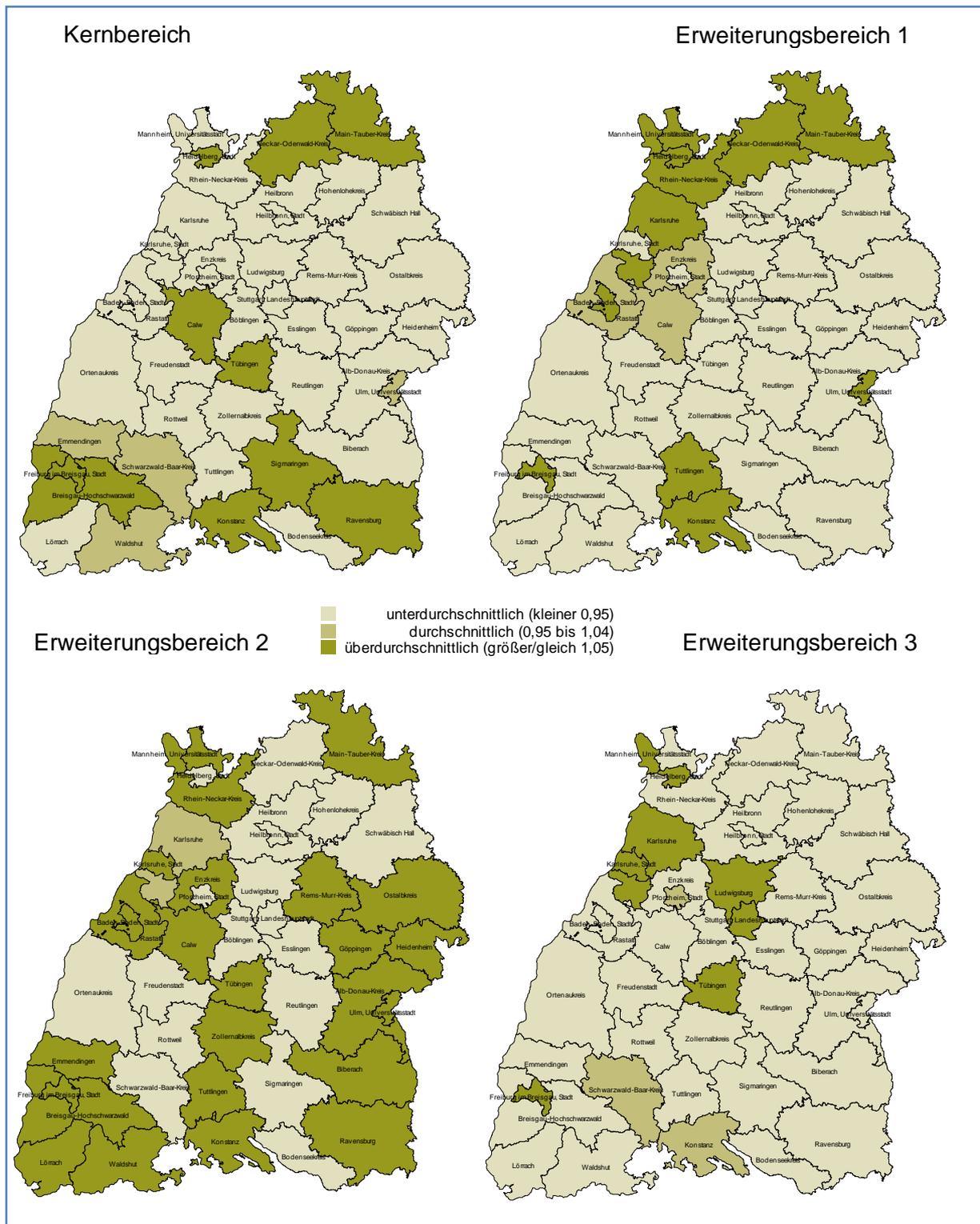
$$\text{Lokalisationskoeffizient} = \frac{\frac{\text{Beschäftigte Branche i, Region x}}{\text{Beschäftigte insgesamt, Region x}}}{\frac{\text{Beschäftigte in Branche i, Westdeutschland}}{\text{Beschäftigte insgesamt, Westdeutschland}}}$$

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 4 stellen die Lokalisationskoeffizienten für den Kernbereich und die Erweiterungsbereiche dar. Kreise mit unterdurchschnittlicher Konzentration sind hell eingefärbt, Kreise mit überdurchschnittlicher Konzentration dunkel.¹⁸

¹⁷ 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.

¹⁸ Die Lokalisationskoeffizienten finden sich auch in Tabellenform im Anhang Tabelle B 2.

Abbildung 4: Lokalisationskoeffizienten im Kernbereich des Gesundheitswesens und den Erweiterungsbereichen in den baden-württembergischen Kreisen, Stichtag 30.06.2011



Lesehilfe: Der Lokalisationskoeffizient wird mit Hilfe des Farbmusters dargestellt.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Welche regionalen Beschäftigungsmuster zeigen sich für den Kernbereich des Gesundheitswesens? In 10 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 4.1) 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 (siehe Kapitel 3) wurden ebenfalls in die Kreisübersicht in Abbildung 4 aufgenommen, um die 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 häufig vorhanden 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 geographische Verteilung deutlich. Die Unterschiede hängen vermutlich auch mit den Standortentscheidungen, die in den Erweiterungsbereichen – stärker als im Kernbereich – durch wirtschaftliche Faktoren bestimmt werden, zusammen.

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.

4.3 Beschäftigungsstruktur nach Personengruppen

Die Arbeitsmarktpräsenz 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 5).

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 5 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 5,0 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 (2011) Beschäftigten, 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.¹⁹ 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 Selbstständige oder Freiberufler tätig sind und somit nicht in die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit einfließen (vgl. Kapitel 3). Der Anteil der Hochqualifizierten an allen Erwerbstätigen im Kernbereich wird deshalb tendenziell unterschätzt.

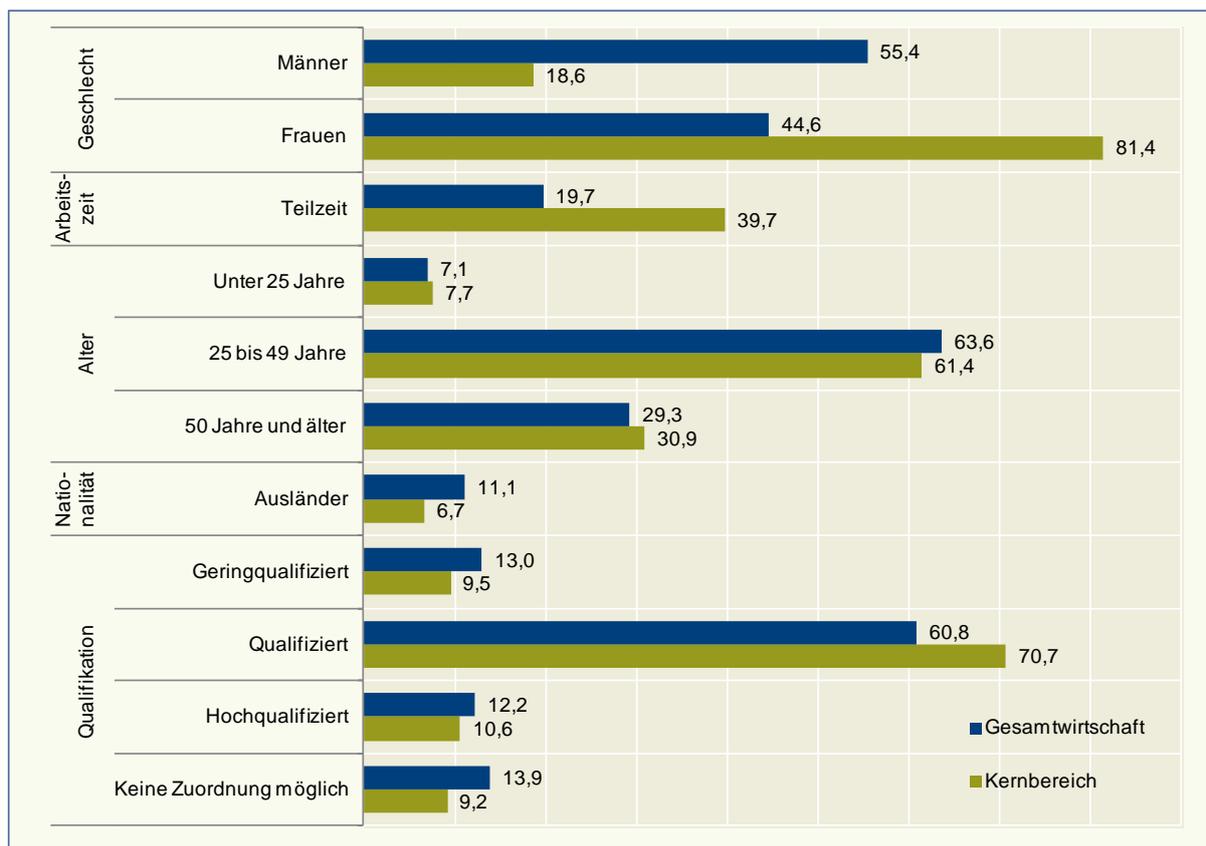
Im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 ist die Zahl der Beschäftigten ohne Berufsausbildung²⁰ um knapp 2 Prozent gesunken, während die Zahl der Beschäftigten mit Berufsausbildung

¹⁹ 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 11,0 Prozent.

²⁰ Im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg weisen 9,2 Prozent der Beschäftigten das Merkmal Qualifikation unbekannt auf (Gesamtwirtschaft: 13,9 %).

(+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. Kapitel 4.5).

Abbildung 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg nach Personengruppen, Anteile in Prozent am 30.06.2011



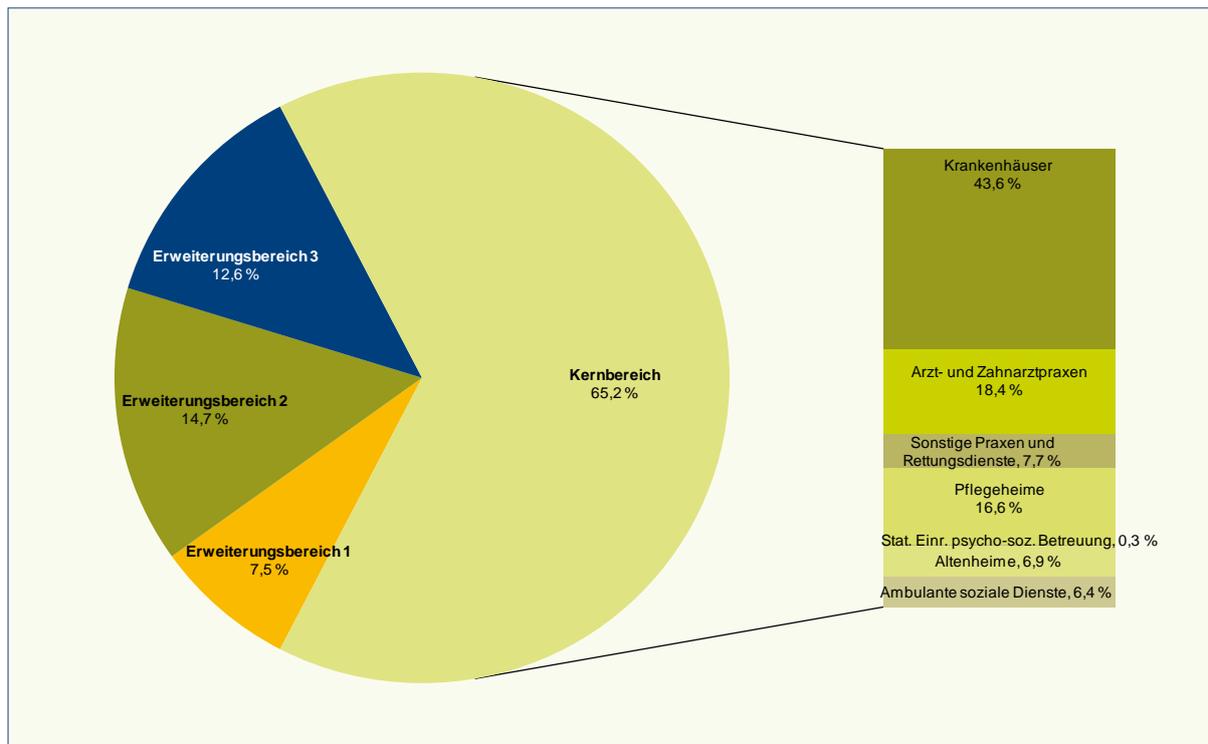
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

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.

4.4 Wirtschaftszweige im Kernbereich des Gesundheitswesens

Der Kernbereich des Gesundheitswesens fasst diejenigen Wirtschaftszweige zusammen, deren Tätigkeitsschwerpunkt die direkte Versorgung von Patienten darstellt. Abbildung 6 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 6, Säulendiagramm). Damit hat dieser Sektor in Baden-Württemberg, auch im Vergleich zu Westdeutschland und den anderen Bundesländern, einen verhältnismäßig hohen Stellenwert.

Abbildung 6: 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.

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.²¹ Dabei bewegen sich die Veränderungen jeweils etwa auf westdeutschem Niveau. Trotz Wirtschafts- und Finanzkrise verzeichnete der Krankenhaussektor einen Beschäftigungsgewinn von 8.400 Mitarbeitern (+5,5 %). Auch in den übrigen Bereichen gab es Beschäftigungszuwächse (vgl. Tabelle 1).

²¹ 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.

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 Ret- tungs- dienste	Pflege- heime	Stat. Einr. psycho- soz. Be- treuung	Altenhei- me	Augen- optiker
Westdeutsch- land (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.²²

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.

4.5 Gesundheitsberufe

Innerhalb des Gesundheitswesens findet sich neben den Gesundheitsberufen im engeren Sinne (vgl. Kapitel 3), 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 et-

²² Für die Übersicht der Anteile auf Kreisebene siehe Tabelle B 3 im Anhang.

wa 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.²³ Dazu zählen: Ärzte und Zahnärzte, Masseur und Krankengymnasten, Krankenschwester/-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.²⁴

²³ Für eine Erläuterung dieser Abgrenzung von Gesundheitsberufen, siehe Kapitel 3.

²⁴ 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 (vgl. Kapitel 3).

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
Masseure, Krankengymnasten	19.622	3,5	19.492	5,3	29	0,1	51	0,1	50	0,1
Krankenschwester/-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	9	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	*	*	*	*	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 Top10	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.

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.²⁵

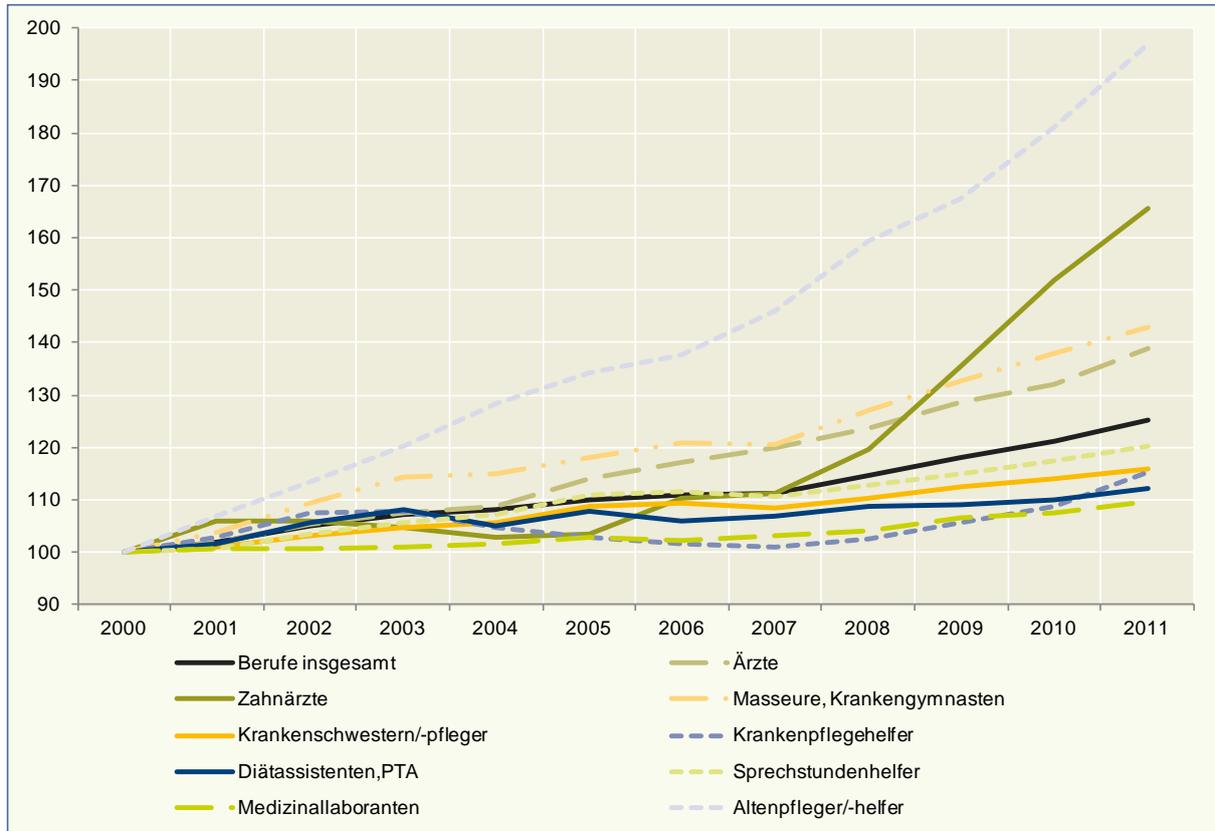
Abbildung 7 stellt die Entwicklung bis 2011 in den einzelnen Berufen und für alle Beschäftigten im Kernbereich, ausgehend vom Jahr 2000, dar. Bei den meisten Gesundheitsberufen zeigt sich ein anhaltender Aufwärtstrend, der seit 2007 noch an Dynamik gewinnt. Auffallend ist auch hier das ausgeprägte Wachstum 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 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.²⁶ 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.²⁷

²⁵ Die Zahl der Hebammen ging allerdings in den vergangenen Jahren u. a. aufgrund der steigenden Versicherungskosten zurück. Detaillierte Zahlen liegen nicht vor.

²⁶ Es liegen derzeit keine aktuelleren Daten der Landesärztekammern vor (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2011b).

²⁷ Der hier betrachtete Kernbereich umfasst 97,1 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Ärzte und 98,7 Prozent der Zahnärzte (2011).

Abbildung 7: 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.

Nachfolgend werden die Gesundheitsberufe in ihrer Zusammensetzung nach ausgewählten Merkmalen wie Geschlecht, Arbeitszeit und Alter betrachtet (vgl. Abschnitt 4.3). 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 selbstständigen Ärzte gilt, kann nicht beantwortet werden.

Neben der Frauenbeschäftigung ist im betrachteten Zeitraum ebenfalls die Bedeutung von Teilzeitbeschäftigung gestiegen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten erhöhte sich in den

Gesundheitsberufen von 27,3 Prozent im Jahr 2000, auf 37,8 Prozent in 2011.²⁸ Die Geschlechterverteilung innerhalb der Arbeitszeitmodelle 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 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.

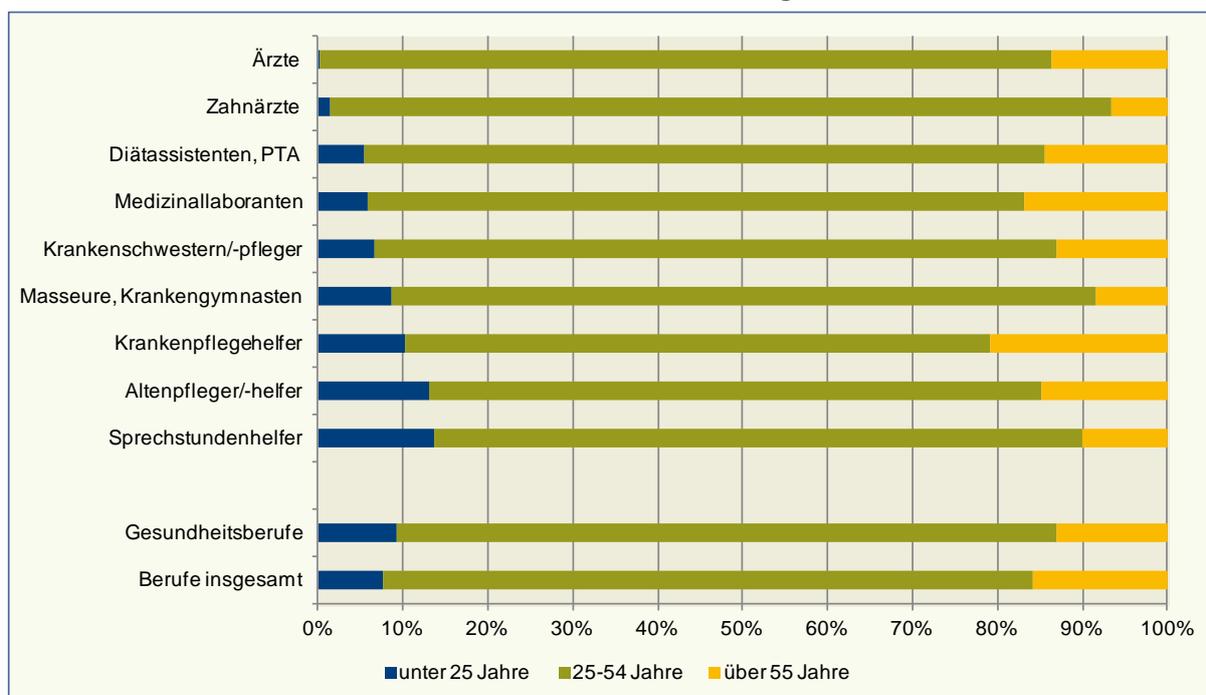
Im Zuge der Fachkräftesicherung im Gesundheitsbereich wird in der Öffentlichkeit unter anderem die Möglichkeit der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte diskutiert. Bislang spielen ausländische Arbeitnehmer in Gesundheitsberufen sowohl in Baden-Württemberg als auch in Westdeutschland eine untergeordnete 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.

²⁸ 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.²⁹ 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 8).

Jüngere sind dagegen leicht überdurchschnittlich vertreten. Ihr Anteil an den Beschäftigten in allen Gesundheitsberufen liegt bei 9,3 Prozent. Jüngere stellen über alle Berufe und Wirtschaftszweige hinweg 7,1 Prozent³⁰ der Beschäftigten. Der höchste Anteil Jüngerer findet sich bei den Sprechstundenhelfern mit 13,7 Prozent. Bei Ärzten und Zahnärzten ist das Gewicht der unter 25-Jährigen aufgrund der langen Ausbildungszeiten sehr gering.

Abbildung 8: Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg, Anteile in Prozent, 30.06.2011



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 ge-

²⁹ Dies könnte auch daran liegen, dass das Ausscheiden aus dem Berufsleben, aufgrund der hohen Belastung, früher einsetzt (vgl. dazu Kapitel 5).

³⁰ Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten werden nicht mitgezählt (vgl. Kapitel 3).

wählten Berufsfeld oder in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verbleiben (vgl. Kapitel 5).

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.

4.6 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 Euro 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 (siehe einleitend Kapitel 3). In diesem Abschnitt wird zur Ergänzung die ausschließlich geringfügige Beschäftigung nach ausgewählten Merkmalen betrachtet.

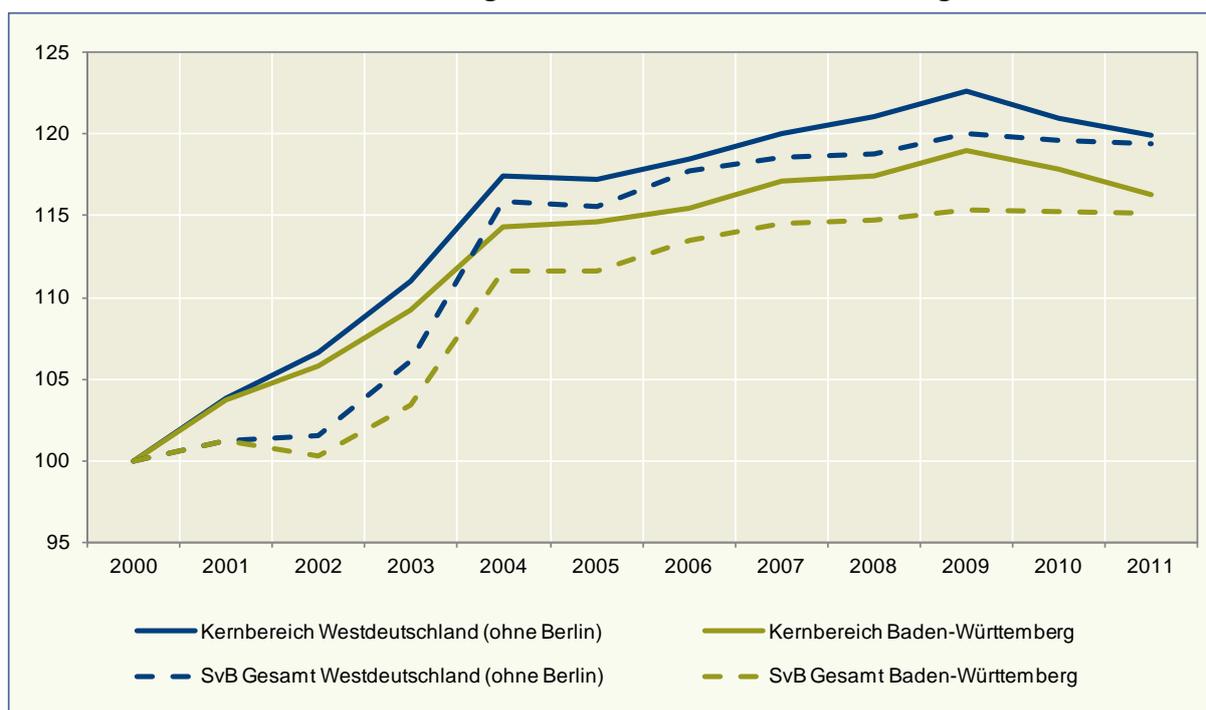
Von 3.746.700 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Baden-Württemberg sind im Jahr 2011 695.800 ausschließlich geringfügig beschäftigt, dies entspricht einem Anteil von 18,6 Prozent (Westdeutschland 19,6 %). Im Vergleich dazu ist der Anteil der ausschließlich geringfügig Beschäftigten (GeB) im 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 GeB in Baden-Württemberg im Kernbereich; in Westdeutschland beläuft sich der Anteil auf 8,4 Prozent.

Abbildung 9 stellt die Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens für Baden-Württemberg und Westdeutschland graphisch dar. Gut zu erkennen ist die relativ betrachtet dynamischere Entwicklung der ausschließlich GeB im Kernbereich im Vergleich zur Gesamtwirtschaft. Die ausschließlich GeB 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 GeB erkennbar. Bezogen auf den Kernbereich sind die Zahlen zwischen 2009 und 2011 sogar rückläufig. Da im gleichen Zeitraum die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Kernbereich angestiegen ist, könnte der Rückgang darauf zurückzuführen sein, dass ausschließlich GeB in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse umgewandelt worden sind. Eine weitere Ursache für den Rückgang, könnte in Zusammenhang mit der veränderten Vergabep Praxis bei Arbeitsgelegenheiten stehen. Arbeitsgelegen-

heiten werden ebenfalls als geringfügige Beschäftigung im Rahmen der Beschäftigungsstatistik erfasst. Sinkende Förderzahlen könnten den Abwärtstrend ebenfalls erklären.³¹

Mehr als vier Fünftel der ausschließlich GeB 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 GeB weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

Abbildung 9: Entwicklung der ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigung insgesamt und im Kernbereich des Gesundheitswesens in Westdeutschland (ohne Berlin) und Baden-Württemberg, 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 GeB entfallen auf diesen Teilbereich. Das entsprechende Beschäftigungsgewicht aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt 18,4 Prozent. In Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sind dagegen lediglich 11,3 Prozent aller ausschließlich GeB 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 sozialversiche-

³¹ Siehe IAB-Kurzbericht 19/2011, Seite 4.

rungspflichtig beschäftigter Älterer im Kernbereich liegt bei 30,9 Prozent. Der Beschäftigungsanteil Älterer ist damit bei ausschließlich GeB 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 GeB, die in diesem Gesundheitsberuf arbeiten, um 15,9 Prozent gestiegen. Den zweithöchsten Anteil stellen Altenpfleger und -helfer mit 4.200 ausschließlich GeB (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 in Bezug auf die 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 Beschäftigungskapazitäten 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 unterschiedliche 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).³² Die Problematik ist in anderen westlichen Industrieländern ähnlich jener in Deutschland. Auf europäischer Ebene wird deshalb die Untersuchung des Arbeitsrahmens im Pflegebereich durch die so genannte NEXT-Studie unterstützt.³³

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 so genannten Beschäftigten-Historik (BeH) verwendet.³⁴ Betrachtet werden vier der bereits beschriebenen Gesundheitsberufe. Hierzu zählen: Krankenschwes-

³² Die Frühberentungsquote drückt den Anteil der durch gesundheitliche Probleme aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedener an allen Berentungen aus.

³³ 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).

³⁴ 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.

tern/-pfleger, Krankenpflegehelfer, Sprechstundenhelfer und Altenpfleger/-helfer³⁵. 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.

Zur Betrachtung der Berufsverläufe liegt damit eine Zeitreihe vor, die mit der Beschäftigtenmeldung im ausgewählten Gesundheitsberuf 1994 beginnt und bis zum Jahr 2008 reicht.³⁶ 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.

³⁵ Hierbei konnte nicht wie bei der Betrachtung der Beschäftigtenstatistik nach Sozialpädagogen gefiltert werden.

³⁶ 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.

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.³⁷ 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.³⁸

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.

³⁷ In diesem Teil der Studie werden keine Rundungswerte bei Absolutzahlen verwendet, um die tendenziell niedrigeren Fallzahlen nicht zu verzerrern.

³⁸ Die Struktur der Gesundheitsberufe für Westdeutschland befindet sich im Anhang Tabelle C 1.

Tabelle 4: Struktur der Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg, Ausbildungskohorte 1993, Absolute Werte und prozentuale Anteile (Werte in Klammern)

		Krankenschwestern/-pfleger	Krankenpflegehelfer	Sprechstundenhelfer	Altenpfleger/-helfer	Bürofachkräfte
Ausbildungskohorte (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 %)
Staatsangehörigkeit	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 Beschäftigungstreue im weiteren Sinne

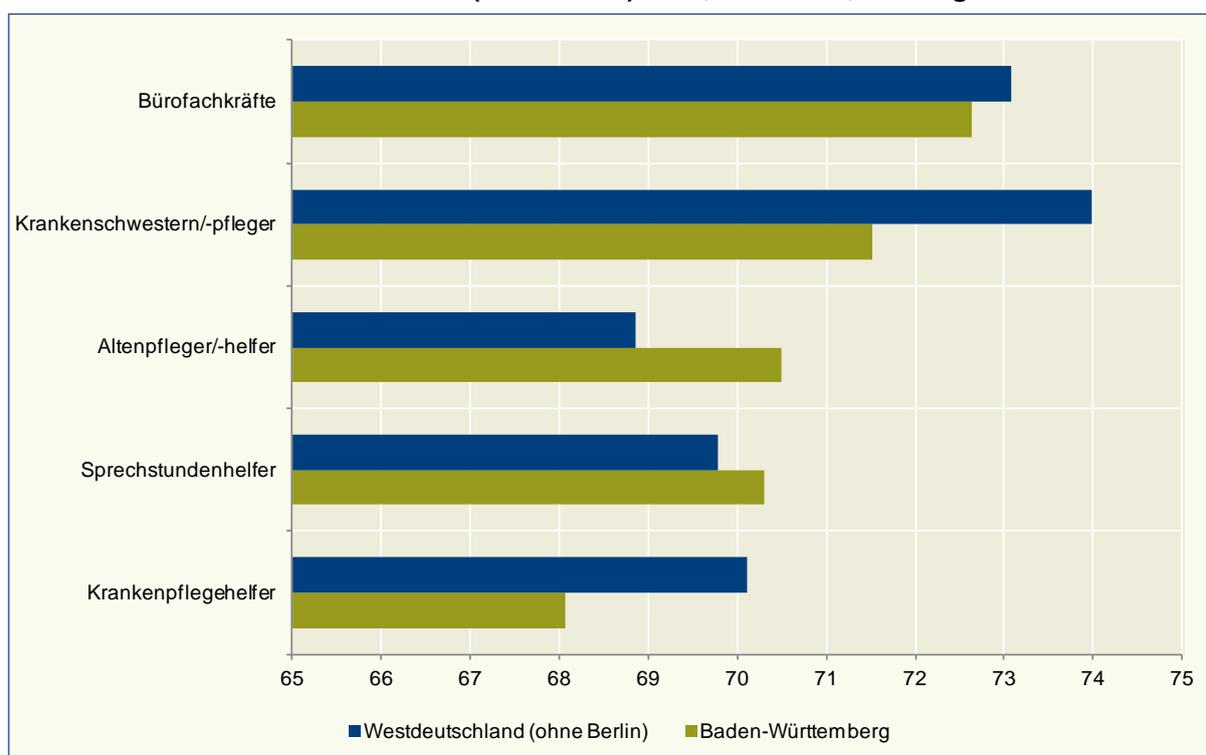
Zum Einstieg in die Verbleibsanalyse wird in diesem Abschnitt zunächst der Frage nachgegangen, wie viele der Personen aus der ursprünglichen Ausbildungskohorte – unabhängig von Beruf oder Tätigkeitsbereich – im Zeitverlauf überhaupt sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Demnach werden in diesem 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 10). 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 Be-

schäftigungstreue 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.

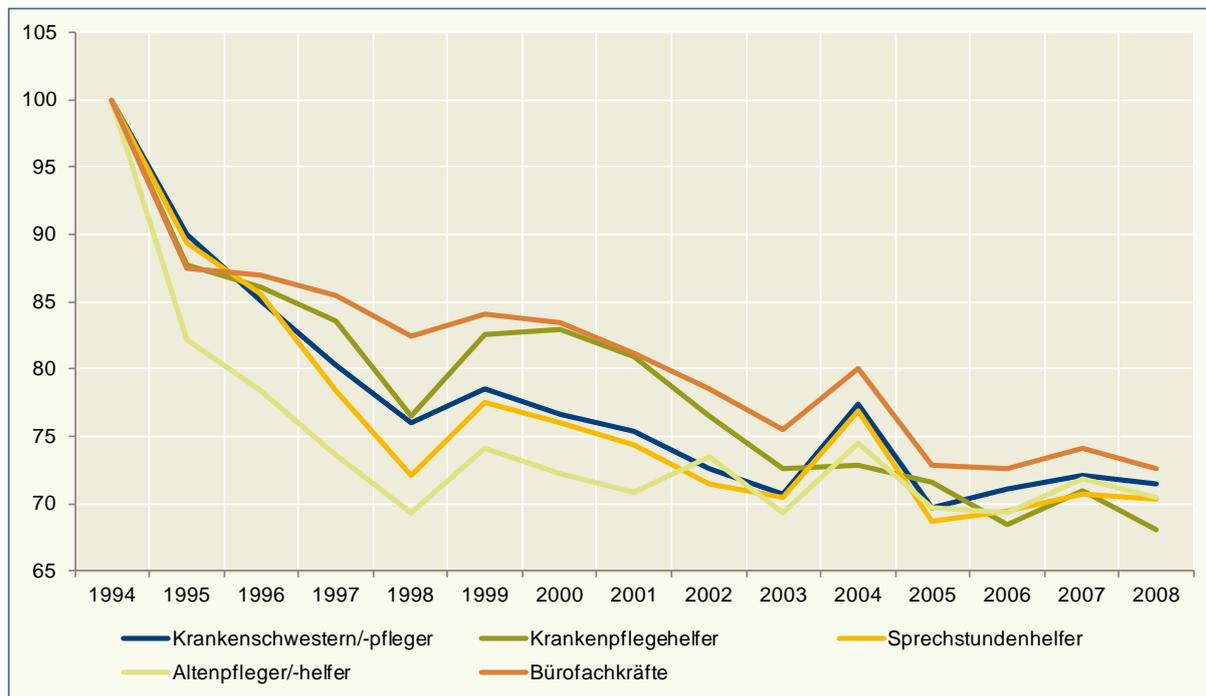
Abbildung 10: Beschäftigungstreue i.w.S. der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.2008



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

Im Zeitverlauf nimmt die Beschäftigungstreue i.w.S. über alle Berufe hinweg ab (vgl. Abbildung 11). 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 11 Entwicklung der Beschäftigungstreue i.w.S. der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994 bis 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 Selbstständigkeit 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.

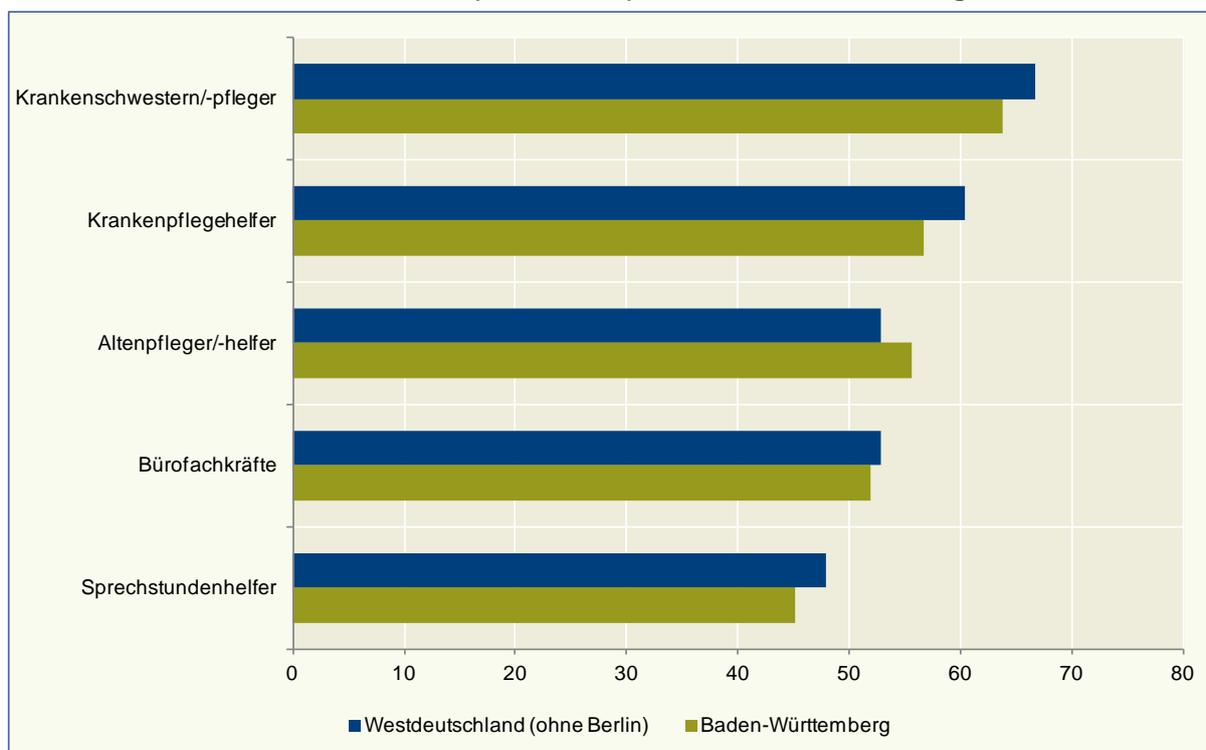
5.2 Beschäftigungstreue im engeren Sinne

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 12). 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 ihrem Berufsfeld tätig.

Abbildung 12: Beschäftigungstreue i.e.S. der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.2008



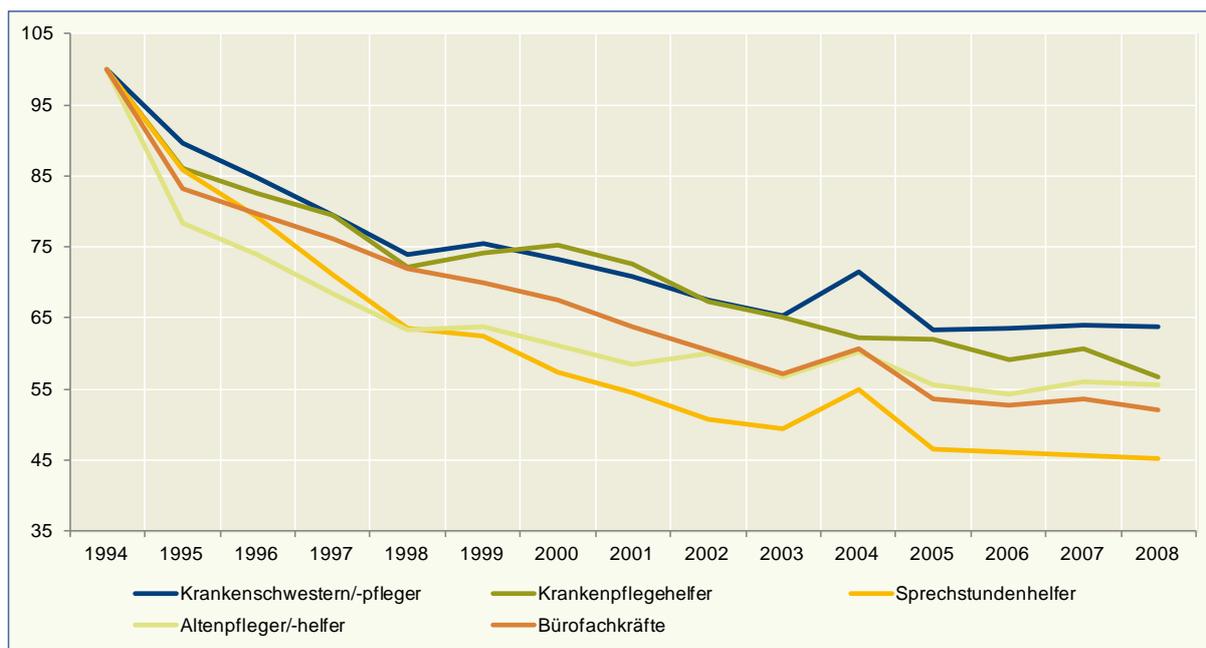
Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Insgesamt verbleiben die baden-württembergischen Beschäftigten in nahezu allen ausgewählten Berufen seltener in dem ursprünglichen Berufsfeld als im Vergleich zu Westdeutschland (vgl. dazu Kapitel 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 13). 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 13: Beschäftigungstreue i.e.S. der Ausbildungskohorte 1993, ausgewählte Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, Index 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



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

5.3 Berufstreue

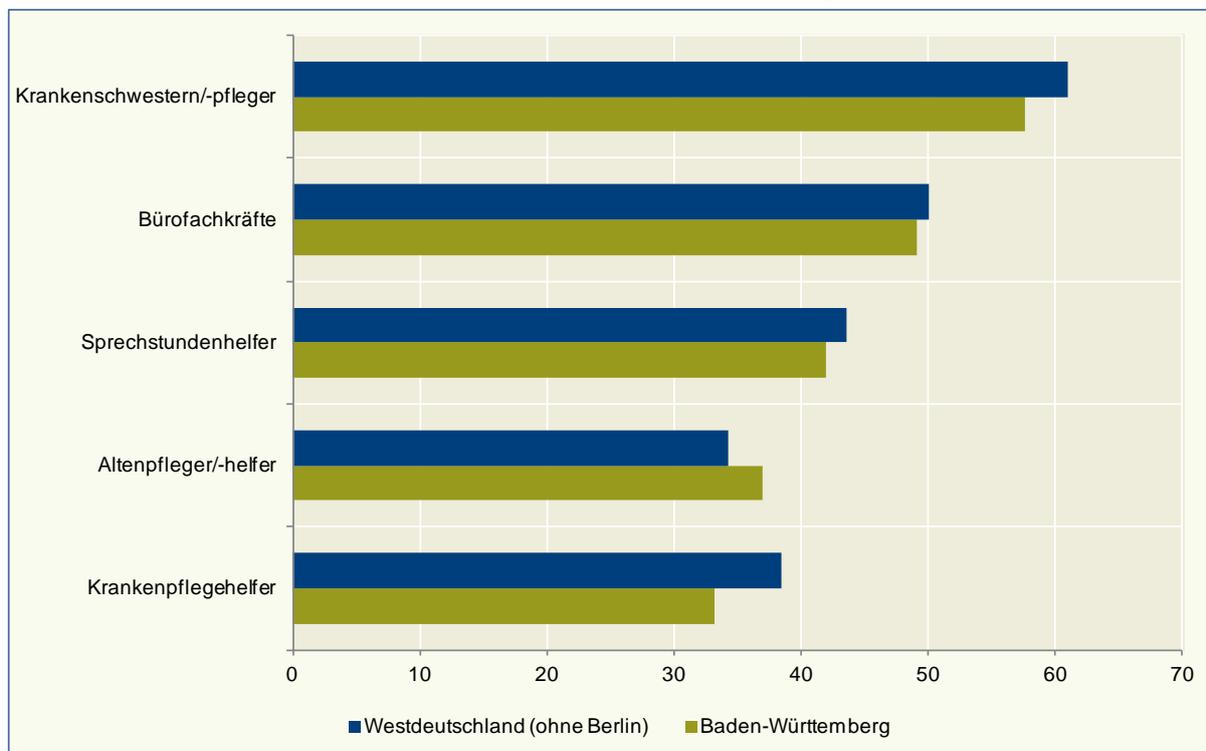
Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Kern des Themas Fachkräftesicherung. Er zeigt auf wie hoch der Anteil jener Personen ist, die im Verlauf ihres Erwerbslebens noch im erlernten Beruf beschäftigt sind. Die Berufstreue ist die am engsten gefasste der drei vorliegenden Abgrenzungen.

Auch 15 Jahre nach Abschluss der Ausbildung sind noch 57,6 Prozent der Ausbildungskohorte weiterhin als Krankenschwester/-pfleger beschäftigt (Abbildung 14). 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 14: Berufstreue der Ausbildungskohorte 1993 in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin) in Prozent, Stichtag 30.06.2008



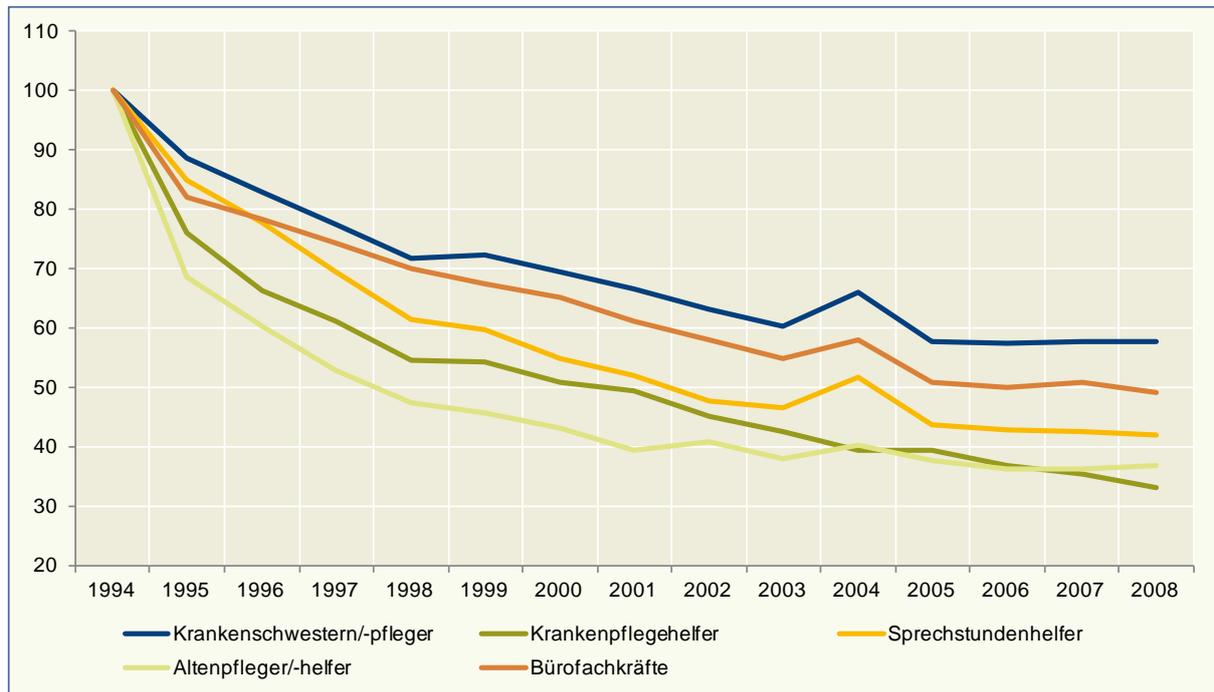
Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

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 Erwerbsbiographie 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 15). Am deutlichsten erkennbar ist der Rückgang beim Übergang von Ausbildung in Beschäftigung.

Abbildung 15: Berufstreue der Ausbildungskohorte 1993 in den Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, Index 1994 = 100 Prozent, Stichtag 30.06.



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

Dieses Kapitel 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 Beschäftigungstreue 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 und Ausbildungskohorten 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 Beschäftigungstreuern 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 Kapitel detailliert eingegangen.

6 Einflussfaktoren

Bereits im Verlauf des vorherigen Kapitels 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 Kapiteln 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 Lohnniveau zu wechseln. Analog zum vorherigen Kapitel 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 Bruttomedianeinkommen³⁹ 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 Euro das höchste monatliche Bruttomedianeinkommen in Baden-Württemberg (Abbildung 16).⁴⁰ Sie übertreffen damit sogar leicht die Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte; hier liegt der Verdienst bei 3.124,70 Euro. An dritter Stelle folgen die Altenpfleger/-helfer mit einem Einkommen von 2.910,57 Euro.⁴¹ Es folgen die Krankenpflegehelfer, sie erzielen ein Einkommen von 2.858,25 Euro. Das Einkommen der Sprechstundenhelfer ist mit deutlichem Abstand das Niedrigste im vorliegenden Vergleich. In 2008 beläuft es sich auf 2.018,45 Euro. Der Lohnabstand zwischen Sprechstundenhelfern und Krankenschwestern/-pflegern liegt damit bei 1.113,71 Euro 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.

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

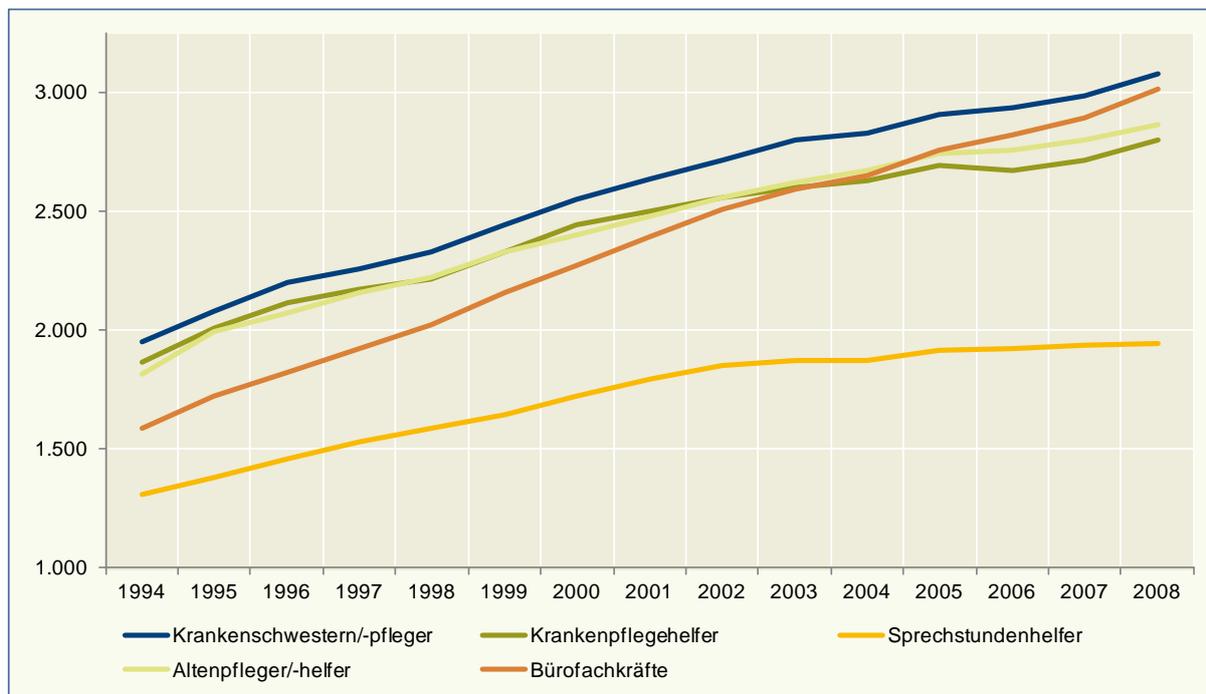
³⁹ Das monatliche Bruttomedianeinkommen wird auf Grundlage des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts berechnet. Die Daten zu den Entgelten stammen aus dem Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Dabei bietet sich die Verwendung des Medians als Durchschnittswert an, da im Rahmen des Meldeverfahrens eine Zensurierung des Einkommens durch die Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Der Mittelwert einer Verteilung wird durch diese Zensurierung 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.

⁴⁰ Hierbei ist zu beachten, dass in diesem Zusammenhang nicht für weitere wichtige Einflussgrößen wie Arbeitsmarkterfahrung oder Geschlecht kontrolliert wird.

⁴¹ 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.

lässt keine genaue Zuordnung zu. Der vermutete Zusammenhang zwischen Beschäftigungstreue und Lohnniveau kann somit nicht eindeutig bestätigt werden.

Abbildung 16: Monatliches Bruttomedianeinkommen in ausgewählten Berufen in Baden-Württemberg von 1994 bis 2008, in Euro, Stichtag 31.12.

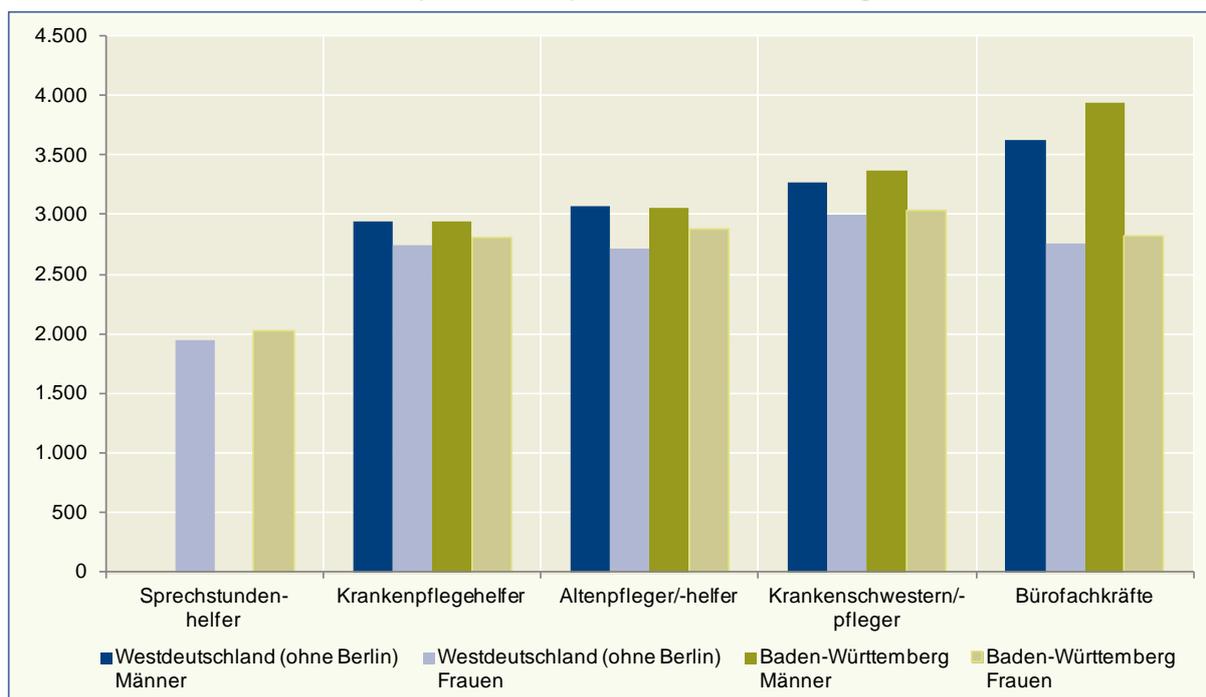


Quelle: Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, eigene Berechnungen.

Abbildung 17 stellt das geschlechtsspezifische Einkommen für Baden-Württemberg und Westdeutschland für die ausgewählten Berufe dar.⁴² 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.

⁴² Aus Gründen des Datenschutzes wurde der monatliche Bruttomedianlohn nicht für Sprechstundenhelfer ausgewertet.

Abbildung 17: Monatliches Medianeinkommen nach Geschlecht in Baden-Württemberg und Westdeutschland (ohne Berlin), 2008 in Euro, Stichtag 31.12.2008



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

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 so genannte 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; 2012b: 8).

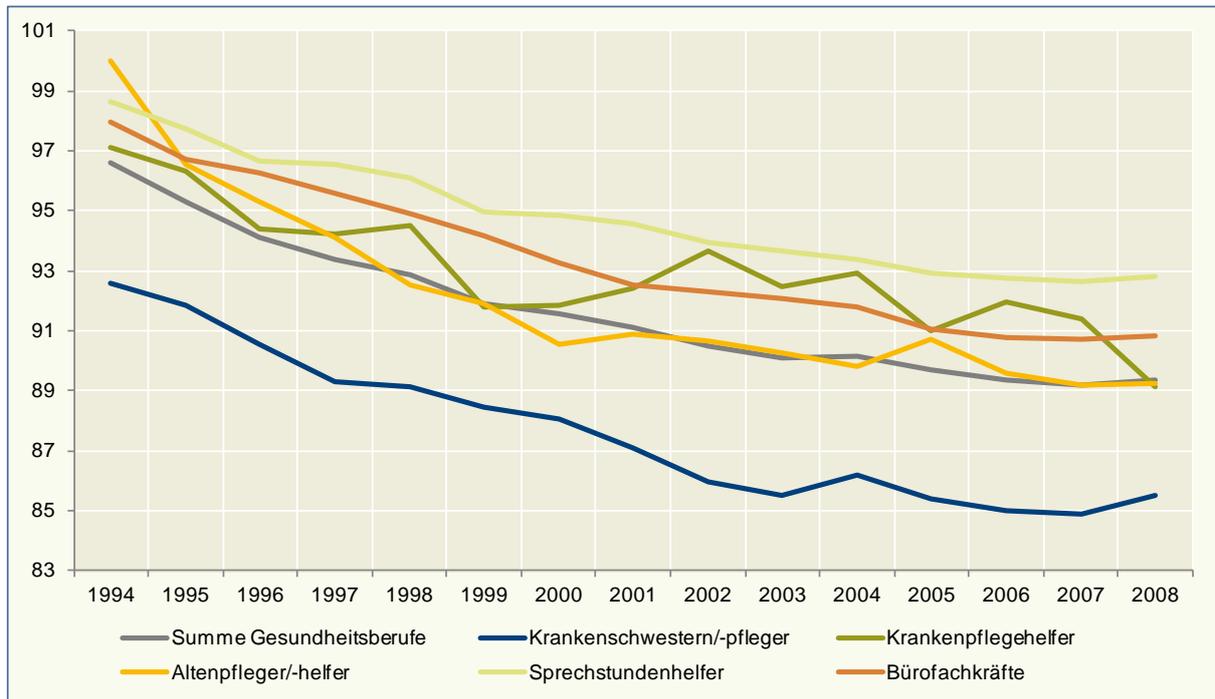
Während die Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg Wanderungen der Bevölkerung abbilden, also auch von Rentnern und Kindern, die nicht primär arbeitsmarktbezogen sind, können mit den Daten des IAB die Wanderungen von Arbeitskräften, d. h. der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 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 18). 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.⁴³

Aufgeschlüsselt nach Berufen zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Mobilitätsneigung der Beschäftigten. Abbildung 18 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 14. bzw. 7,2 Prozent in ein anderes Bundesland ab. In der 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.

⁴³ 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.

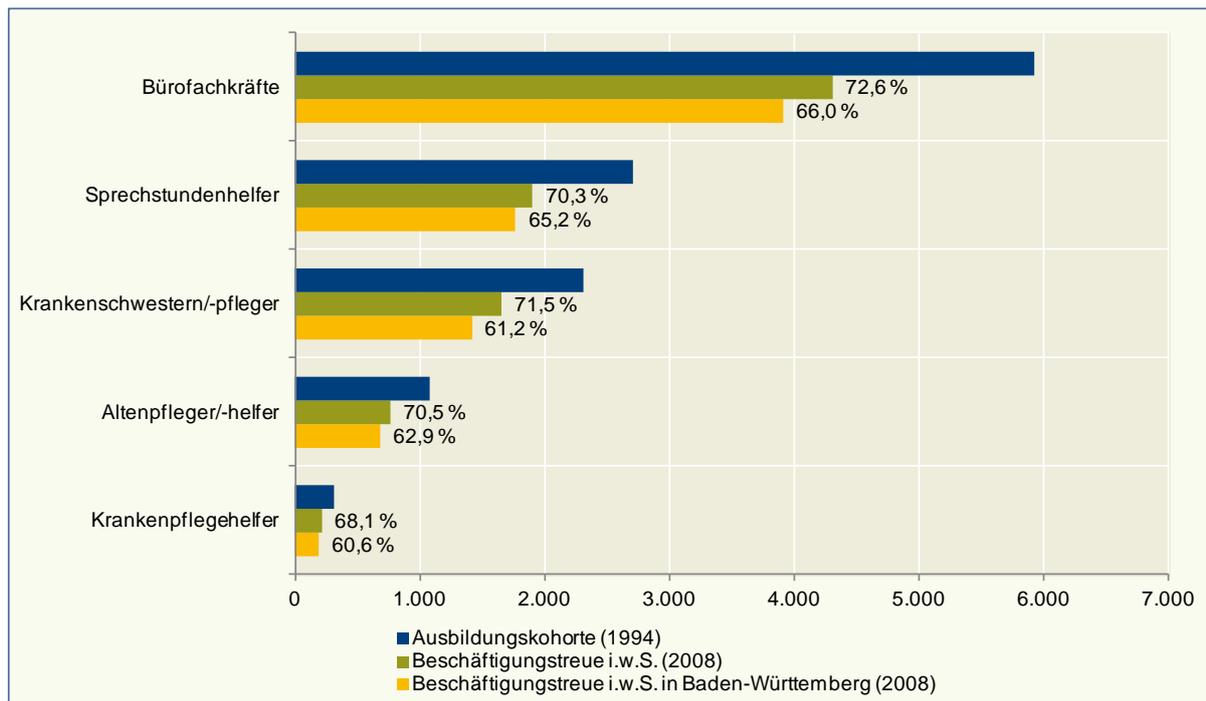
Abbildung 18: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus der Ausbildungskohorte nach ausgewählten Berufen mit Arbeitsort Baden-Württemberg, 1994 bis 2008, in Prozent, Stichtag 30.06.



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 19 die Verbleibsstruktur den Ausgangsdaten der Ursprungskohorte gegenüber. Die blauen Balken 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. Kapitel 5) noch im Jahr 2008 sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, zeigen die grünen Balken. Die gelben 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 19: Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Ausbildungskohorte, Beschäftigungstreue 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 Fazit und Ausblick

Das Gesundheitswesen stellt aus volkswirtschaftlicher Sicht eine der bedeutendsten Wachstumsbranchen dar. Dabei trägt die Branche nicht nur zur Wertschöpfung bei, sondern führt darüber hinaus zu positiven Beschäftigungseffekten. Auch in Baden-Württemberg nahm das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren eine wichtige Rolle als Beschäftigungsmotor ein. Zwischen 2000 und 2011 stieg die Zahl der Beschäftigten im Kernbereich des Gesundheitswesens um 25,2 Prozent, die der Gesamtbeschäftigung um 4,9 Prozent. Aktuell ist gut jeder Zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in dieser Branche tätig. Die Bedeutung des Gesundheitswesens wird vermutlich auch zukünftig weiter zunehmen. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungsprozesse sowie der technologische Fortschritt werden aller Voraussicht nach zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit verbunden zu einem Anstieg der Beschäftigung führen. Als wichtige Ursache für die Entwicklungen im Gesundheitswesen gilt der demografische Wandel. Die Alterung der Bevölkerung führt zu einem Anstieg der Patientenzahlen und zu einer Veränderung der Morbidität: Der Bedarf an kurativen Leistungen geht zurück und pflegerische Leistungen werden häufiger nachgefragt.

Die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften in Verbindung mit dem geforderten Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheitswesen führt zu einem steigenden Fachkräftebedarf. Aktuell haben 70,7 Prozent der Beschäftigten im Kernbereich Baden-Württembergs einen Berufsabschluss. In der Gesamtbeschäftigung ist der Anteil mit 60,8 Prozent deutlich niedriger. In den vergangenen Jahren hat sich das Qualifikationsniveau in diesem Bereich weiter erhöht. Dies trifft sowohl auf Qualifizierte als auch auf Hochqualifizierte zu.

Vor dem Hintergrund des steigenden Fachkräftebedarfs wurde im Rahmen der vorliegenden Studie zunächst die aktuelle Situation eingehend beleuchtet. Dazu wurde die Struktur und Entwicklung von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Gesundheitswesen sowie von Berufsverläufen ausgewählter Gesundheitsberufe untersucht. In diesem Zusammenhang wurde auch auf mögliche Potenziale zur Fachkräftesicherung hingewiesen.

Innerhalb des Kernbereichs des baden-württembergischen Gesundheitswesens 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 Kernbereichs 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.

Wichtige Hinweise zum Thema Fachkräftesicherung bietet die Strukturanalyse nach personenbezogenen Merkmalen: Der Kernbereich des Gesundheitswesens ist eine ausgesprochene Frauendomäne. Vier von fünf Beschäftigten im Kernbereich Baden-Württembergs sind weiblich (81,4 %). Gleichzeitig ist der Teilzeitanteil unter diesen Frauen höher als innerhalb der weiblichen Gesamtbeschäftigung (45,2 vs. 37,9 %). Die Ausweitung der Arbeitszeit böte

hier ein deutliches Aufholpotenzial. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den geringfügig Beschäftigten (GeB). 8,1 Prozent aller ausschließlich GeB Baden-Württembergs arbeiten im Kernbereich des Gesundheitswesens, dies entspricht einer Anzahl von 56.100 Personen. Hier wäre ebenfalls eine Aktivierung zusätzlicher Beschäftigungspotenziale durch eine Aufstockung der Arbeitszeit bzw. eine Umwandlung in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse denkbar.

Auch Ausländer sind im Kernbereich des Gesundheitswesens, im Vergleich zur baden-württembergischen Gesamtbeschäftigung, unterrepräsentiert. Sie konnten vom Beschäftigungsaufbau in den vergangenen Jahren nicht in gleichem Maße profitieren wie ihre deutschen Kollegen. Eine weitere Strategie zur Fachkräftesicherung könnte deshalb die gezielte Förderung der ausländischen Beschäftigung im Gesundheitswesen sein.

Positiv zu vermerken ist, dass die Gruppe der über 50-Jährigen in den vergangenen Jahren am stärksten, im Vergleich der Altersgruppen, vom Beschäftigungsaufbau im Kernbereich profitieren konnte. Ihre Beschäftigtenzahl hat sich zwischen 2000 und 2011 mehr als verdoppelt. Dies gilt nicht in gleichem Maße für die Gesamtbeschäftigung, deshalb kann diese Entwicklung nicht allein auf den demografischen Wandel zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse geben damit mögliche Hinweise auf die Erhöhung des Fachkräfteangebots durch die Steigerung des Arbeitskräfteangebots einzelner Personengruppen (z. B. Ausländer, Frauen). Der zweite Teil der Studie geht der Frage nach, ob das bereits vorhandene Fachkräfteangebot im Gesundheitswesen durch den niedrigen Verbleib in Beschäftigung und Beruf gemindert wird. Es wurden dafür drei Verbleibsarten untersucht: Beschäftigungstreue im weiteren und im engeren Sinne sowie Berufstreue.

Für die ausgewählten Gesundheitsberufe wurde die Annahme bestätigt, dass der Anteil derjenigen, die überhaupt in Beschäftigung (Beschäftigungstreue i.w.S) verbleiben, niedriger ist als bei der Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte. Der Verbleib im erlernten Beruf (Berufstreue) gestaltet sich dagegen in den einzelnen Gesundheitsberufen sehr unterschiedlich. Die höchste Berufstreue haben Krankenschwestern/-pfleger. Sie wechseln seltener den Beruf als die Vergleichsgruppe der Bürofachkräfte (49,2 %). Kritisch soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass für ein differenzierteres Bild noch weitere Vergleichsberufe herangezogen werden sollten.

Gründe für eine geringere Berufstreue können vielfältig sein: Auf individueller Ebene können Arbeitszufriedenheit und die berufliche Belastungssituation ausschlaggebend sein. Auch die Lohnhöhe kann sich auf Erwerbsentscheidungen auswirken. Darüber hinaus können sowohl die betrachteten Beschäftigungstreuen als auch die Berufstreue durch Mobilität beeinflusst werden, beispielsweise durch den Umzug in ein anderes Bundesland. Löhne und Wanderungsbewegungen wurden aus diesem Grund als wichtige Einflussfaktoren eingehend untersucht.

Während sich Wanderungsbewegungen direkt auf den regionalen Verbleib auswirken, kann sich das Lohnniveau bzw. können sich die Lohndifferenzen zu anderen Berufen und Regionen als Push- oder Pullfaktor sowohl auf den Verbleib in Beschäftigung und Beruf als auch auf den Verbleib in der Region auswirken.

Zur Betrachtung der Wanderungsbewegungen wurden nur jene Personen aus der Ausbildungskohorte als Beschäftigte einbezogen, die weiterhin am Arbeitsort Baden-Württemberg tätig sind. Von den insgesamt 6.408 Personen, die in Baden-Württemberg im Jahr 1993 eine Ausbildung in einem ausgewählten Gesundheitsberuf abgeschlossen haben, waren im Jahr 2008 noch 4.528 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die entsprechende Quote beläuft sich auf 89,4 Prozent. Nach einzelnen Berufen aufgeschlüsselt zeigt sich, dass die Abwanderungsquote bei Krankenschwestern/-pflegern am höchsten und bei Sprechstundenhelfern am niedrigsten ist. Hier besteht vermutlich ein Zusammenhang mit dem Lohnniveau. Wanderungen sind mit sozialen und wirtschaftlichen Kosten verbunden. Bei entsprechend geringem Verdienst lohnt sich ein Umzug in ein anderes Bundesland vermutlich nicht.

Die Abwanderungen von Fachkräften in andere Bundesländer werden in Baden-Württemberg durch Zuzüge mehr als kompensiert. Bei den betrachteten Gesundheitsberufen herrscht demnach ein positiver Wanderungssaldo. Das vorhandene Fachkräfteangebot wird im Falle Baden-Württembergs nicht zusätzlich durch Wanderungsbewegungen gemindert.

Der vermutete Zusammenhang zwischen Beschäftigungstreue und Lohnniveau konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Die Bruttomedianeinkommen unterscheiden sich deutlich zwischen den betrachteten Berufen. Das höchste Einkommen erzielen Krankenschwestern/-pfleger, das niedrigste Sprechstundenhelfer. Der pauschale Vorwurf eines niedrigeren Lohnniveaus in den Gesundheitsberufen, wird für Baden-Württemberg nicht durch die vorliegenden Daten gestützt. Das Augenmerk sollte hier auf den einzelnen Berufen liegen.

Laut Modellrechnung des Statistischen Landesamtes wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 um gut 43 Prozent steigen (Gölz/Weber 2012: 22). Unter der Annahme eines gleichbleibenden Pflegerisikos wären demnach 57.000 zusätzliche Pflegekräfte zur Deckung des wachsenden Bedarfs notwendig (Demel 2012: 26). Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf zwei mögliche Strategien zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen hin. Zum einen auf die Aktivierung zusätzlicher Beschäftigungspotenziale bei einzelnen Personengruppen. Und zum anderen auf den Erhalt des bestehenden Fachkräfteangebots. Mit Hilfe der Verbleibsanalyse konnte gezeigt werden, wie hoch die Rückgänge der Beschäftigtenzahlen im Zeitverlauf ausfallen. In Bezug auf Baden-Württemberg ergäben sich dadurch nennenswerte zusätzliche Beschäftigungspotenziale. Eine gesellschaftliche Aufwertung der Gesundheitsberufe könnte sich dabei positiv auf den Verbleib im Gesundheitswesen auswirken. Hierzu würde auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. berufsabhängig auch die Erhöhung der Löhne zählen.

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.

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.

Gerlinger, Thomas; Schmucker, Rolf (2007): Die Gesundheitsreform und die Beteiligung wichtiger Gesundheitspolitischer Akteure - Überblick. http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?lt=AAA530#AAB503 (17.12.2010).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010): *Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung*. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8862 (16.12.2010).

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*.

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.

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.

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 Bundesamt (2010): Gesundheitsausgaben. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Content50/Ausgabentraeger,templateId=renderPrint.psm1> (02.12.2010).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012a): Gesundheitsökonomische Indikatoren für Baden-Württemberg. <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/806212003.asp> (30.01.13).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012b): 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.

Steffen, Johannes (2011): Sozialpolitische Chronik. Die wesentlichen Änderungen in der Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei der Sozialhilfe (HLU) und bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende - von den siebziger Jahren bis heute. <http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/> (21.05.2012).

Steffen, Johannes (2009): Sozialpolitische Chronik. Die wesentlichen Änderungen in der Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei der Sozialhilfe (HLU) und bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende - von den siebziger Jahren bis heute. <http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/> (21.10.2010).

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.

Anhang

Tabelle A 1: Wichtige gesetzliche Änderungen im Bereich der Krankenversicherung seit 1977

Jahr der Verabschiedung	Gesetzesname
1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1982	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1983	Haushaltsbegleitgesetz 1983
1984	Haushaltsbegleitgesetz 1984
1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
1992	Gesetz zur Reform der GRV (RRG 1992)
	2. SGB V-ÄndG
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
1995	3. SGB V-ÄndG
	4. SGB V-ÄndG
1996	5. SGB V-ÄndG
	6. SGB V-ÄndG
	Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
	7. SGB V-ÄndG
1997	Beitragsentlastungsgesetz
	GKV-Neuordnungsgesetz
	GKV-Neuordnungsgesetz
1998	Gesetz zur sozialen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen
	GKV-Finanzstärkungsgesetz
1999	9. SGB V-ÄndG
	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung
	SGB III-Änderungsgesetz
	Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse
2000	Haushaltssanierungsgesetz
	GKV-Gesundheitsreform 2000
	Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV
	Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse
2001	Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz
	Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG)
	Festbetrags-Anpassungsgesetz (FBAG)
	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)
2001/2002	Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte
2002	Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte
	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV
	10. SGB V-Änderungsgesetz

Jahr der Verabschiedung	Gesetzesname
2003 ff	Fallpauschalengesetz – FPG
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
2005	Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
	Verwaltungsvereinfachungsgesetz
2006	5. Gesetz zur Änderung des SGB III und anderer Gesetze
	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AWVG)
	Haushaltbegleitgesetz 2006
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
2009	GKV-Beitragsatzverordnung
	Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland („Konjunkturpaket II“)

Quelle: Steffen (2009).

Tabelle A 2: Wichtige gesetzliche Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung seit 1995

Jahr der Verabschiedung	Gesetzesname
1995	Pflege-Versicherungsgesetz
	Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur soz. Abs. des Risikos der Pflegebedürftigkeit
1996	SGB XI-ÄndG
1998	Gesetz zur sozialen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen
	3. SGB XI-ÄndG
1999	Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse
	SGB XI-ÄndG
2000	Haushaltssanierungsgesetz
	GKV-Gesundheitsreform 2000
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)
	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfiEG)
2005	Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG)
	Verwaltungsvereinfachungsgesetz
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
2008	Pflege Weiterentwicklungsgesetz

Quelle: Steffen (2009).

Tabelle A 3: Chronologie wichtiger Gesundheitsreformgesetze, 1988 bis 2009

Jahr der Verabschiedung	Gesetzesname
1988	Gesundheitsreformgesetz 1989
1992	Gesundheitsstrukturgesetz 1993
1994	Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)
1996	Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz
1997	1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
1998	Solidaritätsstärkungsgesetz
1999	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
2000	Infektionsschutzgesetz
2001	Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
	Festbetragsanpassungsgesetz
	Arzneimittelbudgetablösungsgesetz
	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV
	Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
	Fallpauschalengesetz
	Beitragssatzsicherungsgesetz
	Pflegeversicherungsqualitätssicherungsgesetz
2003	12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz
	1. Fallpauschalen-Änderungsgesetz
	GKV-Modernisierungsgesetz
2004	Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
	2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz
	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV-WSG)
2009	GKV-Beitragssatzverordnung
2011	Haushaltbegleitgesetz 2011 und GKV-Finanzierungsgesetz

Quellen: Busse/Riesberg (2005); Steffen (2009); Steffen (2011).

Tabelle B 1: Anteile der Gesundheitsbranche insgesamt und ihrer Teilbereiche an der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der jeweiligen Region, in Prozent, Stichtag 30.06.2011

	Gesundheitsbranche	Kernbereich	Erweiterungsbereich 1	Erweiterungsbereich 2	Erweiterungsbereich 3
Westdeutschland (ohne Berlin)	15,5	10,8	1,2	1,3	2,2
Ostdeutschland (einschl. Berlin)	17,0	11,5	1,1	1,1	3,4
Deutschland	15,8	10,9	1,2	1,3	2,4
Baden-Württemberg	15,1	9,8	1,1	2,2	1,9
Stuttgart, Landeshauptstadt	12,0	7,6	0,8	0,2	3,3
Böblingen	8,3	5,8	0,7	0,9	0,8
Esslingen	10,4	7,4	0,9	1,0	1,1
Göppingen	13,8	10,2	0,8	1,7	1,1
Ludwigsburg	15,0	8,1	1,0	1,1	4,8
Rems-Murr-Kreis	13,9	9,5	1,1	2,1	1,3
Heilbronn, Stadt	12,7	9,5	0,8	0,5	1,9
Heilbronn	9,2	7,6	0,7	0,4	0,5
Hohenlohekreis	6,8	5,5	0,6	0,3	0,4
Schwäbisch Hall	11,4	9,3	0,8	0,6	0,7
Main-Tauber-Kreis	16,7	12,7	1,3	1,4	1,3
Heidenheim	13,6	8,6	0,9	3,2	0,9
Ostalbkreis	15,5	10,1	0,7	3,1	1,7
Baden-Baden, Stadt	15,5	9,7	1,6	3,1	1,1
Karlsruhe, Stadt	18,2	9,2	0,8	4,5	3,7
Karlsruhe	14,6	8,3	1,5	1,3	3,5
Rastatt	8,4	4,9	1,2	1,8	0,5
Heidelberg, Stadt	31,4	23,0	1,4	0,6	6,4
Mannheim, Universitätsstadt	17,7	8,5	2,4	4,1	2,7
Neckar-Odenwald-Kreis	17,3	14,6	1,4	0,5	0,7
Rhein-Neckar-Kreis	13,4	8,8	1,5	1,7	1,4
Pforzheim, Stadt	14,5	10,2	1,1	1,1	2,1
Calw	19,5	15,2	1,2	1,9	1,2
Enzkreis	14,5	7,3	1,2	5,5	0,5
Freudenstadt	11,6	9,7	0,9	0,4	0,6
Freiburg im Breisgau, Stadt	27,3	17,6	2,8	2,5	4,5
Breisgau-Hochschwarzwald	16,7	13,0	0,9	2,5	0,4
Emmendingen	16,4	11,2	1,1	2,1	2,0
Ortenaukreis	12,3	10,1	0,8	0,7	0,7
Rottweil	12,2	9,2	1,0	1,0	1,0
Schwarzwald-Baar-Kreis	14,4	10,7	0,6	0,9	2,1
Tuttlingen	26,2	5,3	2,8	17,3	0,8
Konstanz	19,3	12,3	1,3	3,5	2,2
Lörrach	17,4	10,0	1,0	5,3	1,1
Waldshut	15,5	11,3	0,7	3,0	0,5
Reutlingen	12,6	9,9	0,8	0,8	1,1
Tübingen	27,0	21,8	1,0	1,9	2,3
Zollernalbkreis	14,3	7,6	1,1	4,8	0,8
Ulm, Universitätsstadt	17,7	11,2	2,4	2,3	1,8
Alb-Donau-Kreis	11,9	8,0	1,0	2,6	0,2
Biberach	22,4	9,5	0,7	11,6	0,7
Bodenseekreis	12,3	9,9	0,7	1,0	0,7
Ravensburg	19,6	14,1	0,9	3,3	1,3
Sigmaringen	13,4	11,4	0,7	0,5	0,8

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle B 2: Lokalisationskoeffizient der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der gesamten Gesundheitsbranche und den Teilbereichen Kernbereich und Erweiterungsbereiche, Stichtag 30.06.2011

	Gesundheitsbranche	Kernbereich	Erweiterungsbereich 1	Erweiterungsbereich 2	Erweiterungsbereich 3
Westdeutschland (ohne Berlin)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ostdeutschland (einschl. Berlin)	1,10	1,06	0,88	0,83	1,56
Deutschland	1,02	1,01	0,98	0,97	1,11
Baden-Württemberg	0,97	0,91	0,94	1,67	0,86
Stuttgart, Landeshauptstadt	0,77	0,71	0,70	0,18	1,49
Böblingen	0,53	0,54	0,55	0,71	0,38
Esslingen	0,67	0,68	0,77	0,76	0,48
Göppingen	0,89	0,94	0,66	1,31	0,48
Ludwigsburg	0,96	0,75	0,84	0,86	2,17
Rems-Murr-Kreis	0,90	0,88	0,91	1,56	0,58
Heilbronn, Stadt	0,82	0,88	0,65	0,37	0,88
Heilbronn	0,60	0,70	0,60	0,34	0,22
Hohenlohekreis	0,44	0,51	0,47	0,26	0,18
Schwäbisch Hall	0,73	0,86	0,67	0,43	0,34
Main-Tauber-Kreis	1,08	1,18	1,06	1,06	0,60
Heidenheim	0,88	0,79	0,79	2,45	0,40
Ostalbkreis	1,00	0,93	0,61	2,31	0,76
Baden-Baden, Stadt	1,00	0,90	1,35	2,32	0,50
Karlsruhe, Stadt	1,17	0,85	0,70	3,38	1,69
Karlsruhe	0,94	0,77	1,22	0,95	1,60
Rastatt	0,54	0,46	1,02	1,33	0,24
Heidelberg, Stadt	2,02	2,13	1,16	0,44	2,91
Mannheim, Universitätsstadt	1,14	0,79	2,02	3,12	1,22
Neckar-Odenwald-Kreis	1,11	1,35	1,20	0,41	0,31
Rhein-Neckar-Kreis	0,86	0,81	1,26	1,27	0,63
Pforzheim, Stadt	0,94	0,94	0,93	0,87	0,96
Calw	1,26	1,40	1,03	1,47	0,55
Enzkreis	0,93	0,67	0,97	4,19	0,22
Freudenstadt	0,75	0,90	0,77	0,27	0,25
Freiburg im Breisgau, Stadt	1,76	1,62	2,37	1,89	2,02
Breisgau-Hochschwarzwald	1,08	1,20	0,78	1,85	0,18
Emmendingen	1,06	1,03	0,93	1,62	0,90
Ortenaukreis	0,80	0,93	0,68	0,55	0,32
Rottweil	0,78	0,85	0,82	0,76	0,45
Schwarzwald-Baar-Kreis	0,93	0,99	0,52	0,70	0,96
Tuttlingen	1,69	0,49	2,33	13,06	0,38
Konstanz	1,25	1,14	1,13	2,63	1,01
Lörrach	1,12	0,93	0,86	4,02	0,50
Waldshut	1,00	1,04	0,61	2,24	0,25
Reutlingen	0,81	0,91	0,68	0,63	0,48
Tübingen	1,74	2,02	0,82	1,45	1,06
Zollernalbkreis	0,92	0,71	0,88	3,66	0,36
Ulm, Universitätsstadt	1,14	1,04	1,98	1,76	0,81
Alb-Donau-Kreis	0,76	0,74	0,86	1,99	0,09
Biberach	1,44	0,88	0,55	8,74	0,33
Bodenseekreis	0,79	0,92	0,59	0,77	0,32
Ravensburg	1,27	1,30	0,79	2,50	0,60
Sigmaringen	0,86	1,05	0,58	0,41	0,37

Quelle: Beschäftigungsstatistik Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle B 3: Anteile der Teilbereiche im Kernbereich auf Kreisebene in Baden-Württemberg, in Prozent, Stichtag 30.06.2011

	Kranken- häuser	Arzt- und Zahnarzt- praxen	Sonstige Praxen und Ret- tungsdien- ste	Pflege- heime	Stat. Einr. psycho-soz. Betreuung	Altenhei- me	Ambulante soziale Dienste
Stuttgart, Landes- hauptstadt	52,4	17,1	5,8	6,8	0,0	8,9	8,9
Böblingen	26,8	24,8	9,9	19,1	0,0	7,7	11,7
Esslingen	34,7	25,7	11,4	14,0	0,1	7,2	6,9
Göppingen	39,7	19,9	6,8	21,7	0,0	4,7	7,3
Ludwigsburg	35,6	23,2	10,5	12,9	0,2	12,3	5,2
Rems-Murr-Kreis	25,5	20,5	5,9	40,7	0,2	1,1	6,2
Heilbronn, Stadt	41,3	19,8	7,5	15,3	0,0	7,1	9,1
Heilbronn	42,2	19,9	4,7	16,1	0,0	10,4	6,7
Hohenlohekreis	23,0	23,0	8,6	32,0	0,0	8,1	5,3
Schwäbisch Hall	25,6	17,6	5,8	23,9	0,0	14,6	12,4
Main-Tauber-Kreis	52,8	14,8	4,6	16,8	1,4	5,5	4,2
Heidenheim	34,4	21,5	7,5	23,7	0,0	5,0	7,9
Ostalbkreis	26,3	18,1	15,5	26,3	0,1	7,5	6,1
Baden-Baden, Stadt	33,5	18,1	17,0	16,8	1,0	8,7	4,9
Karlsruhe, Stadt	54,1	16,6	8,9	12,3	0,2	3,4	4,5
Karlsruhe	31,5	22,1	10,5	20,7	0,9	6,0	8,3
Rastatt	9,9	31,7	16,3	22,5	2,5	9,3	8,0
Heidelberg, Stadt	74,9	9,1	5,2	6,1	0,1	1,5	3,2
Mannheim, Univ.Stadt	51,5	17,4	7,3	12,6	0,0	5,3	5,9
Neckar-Odenwald-Kr.	19,2	14,1	3,9	50,1	0,0	5,5	7,3
Rhein-Neckar-Kreis	26,6	27,8	8,2	22,3	0,8	6,0	8,3
Pforzheim, Stadt	41,3	24,1	8,7	18,1	0,0	2,0	5,7
Calw	53,0	15,2	6,3	15,1	0,5	5,1	4,7
Enzkreis	23,5	23,7	8,1	24,6	0,0	9,3	10,9
Freudenstadt	35,7	16,0	6,5	28,2	3,1	3,7	6,7
Freiburg im Br., Stadt	64,3	12,5	5,7	5,3	0,1	8,6	3,5
Breisgau-Hochschw.	49,2	16,4	7,8	9,1	0,8	7,1	9,7
Emmendingen	47,8	21,9	6,0	13,3	0,0	2,1	8,9
Ortenaukreis	44,2	18,2	8,0	16,6	0,0	6,3	6,7
Rottweil	43,9	19,1	7,7	10,7	0,0	13,4	5,2
Schwarzwald-Baar-Kr.	50,5	14,7	8,9	15,8	0,0	4,6	5,4
Tuttlingen	28,6	25,2	12,8	20,0	0,0	8,1	5,2
Konstanz	47,2	19,5	8,4	12,6	0,0	7,2	5,1
Lörrach	31,3	19,5	6,6	32,5	0,8	4,2	5,0
Waldshut	41,7	20,1	7,9	17,0	1,6	7,1	4,7
Reutlingen	37,5	18,6	7,1	23,8	0,7	6,0	6,2
Tübingen	70,1	9,7	5,9	7,8	0,2	2,2	4,1
Zollernalbkreis	27,5	23,4	8,7	24,9	0,0	7,1	8,4
Ulm, Universitätsstadt	53,6	17,2	9,9	8,6	0,0	6,9	3,8
Alb-Donau-Kreis	27,4	25,9	7,5	17,5	0,0	10,1	11,6
Biberach	48,9	15,6	3,7	15,7	0,3	10,1	5,7
Bodenseekreis	27,6	22,8	4,3	21,9	0,9	16,0	6,4
Ravensburg	49,2	13,2	7,0	16,3	0,5	8,9	5,0
Sigmaringen	39,5	15,6	7,2	15,5	0,2	15,2	6,8

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle C 1: Struktur der Gesundheitsberufe in Westdeutschland (ohne Berlin), Ausbildungskohorte 1993, Absolute Werte und prozentuale Anteile (Werte in Klammern)

		Krankenschwestern/-pfleger	Krankenpflegehelfer	Sprechstundenhelfer	Altenpfleger/-helfer	Bürofachkräfte
Ausbildungskohorte (1993)	Fallzahlen (1994)	14.839	1.833	15.998	6.464	37.598
Geschlecht	Männer	2.282 (15,4 %)	372 (20,3 %)	9 (0,1 %)	1.346 (20,8 %)	8.622 (22,9 %)
	Frauen	12.557 (84,6 %)	1.461 (79,7 %)	15.989 (99,9 %)	5.118 (79,2 %)	28.976 (77,1 %)
Staatsangehörigkeit	Deutsche	13.975 (94,2 %)	1.585 (86,5 %)	14.304 (89,4 %)	6.068 (93,9 %)	35.826 (95,3 %)
	Ausländer	864 (5,8 %)	248 (13,5 %)	1.694 (10,6 %)	396 (6,1 %)	1.772 (4,7 %)
Schulbildung	Abiturienten	1.277 (8,6 %)	36 (2,0 %)	149 (0,9 %)	437 (6,8 %)	4.995 (13,3 %)
Arbeitszeit	Teilzeit (1994)	737 (5,0 %)	224 (12,2 %)	401 (2,5 %)	1.002 (15,5 %)	650 (1,7 %)
	Teilzeit (2008)*	5.290 (53,4 %)	480 (43,3 %)	3.430 (44,7%)	1.598 (46,8 %)	4.848 (29,4 %)

* 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.

In der Reihe IAB-Regional Baden-Württemberg sind zuletzt erschienen:

Nummer	Autoren	Titel
01/2009	Hamann, Silke, Hohberg, Maïke	Ausbildung und Beschäftigung von Frauen in MINT-Berufen in Baden-Württemberg
02/2009	Wapler, Rüdiger; Lehmann Stefanie	Integration von Migranten in Baden-Württemberg
01/2010	Buch, Tanja, Hamann, Silke; Niehbuhr, Annekatriin	Qualifikationsspezifische Wanderungsbilanzen deutscher Metropolen
02/2010	Bösch, Nicole	Frauen und Männer am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt in Baden-Württemberg
01/2011	Pilger, Carmen, Meindl, Marion, Hamann, Silke	Grenzüberschreitender Arbeitsmarkt Straßburg-Ortenau, 1999 und 2007, Entwicklung und Struktur der Einpendlerzahlen nach Deutschland

Eine vollständige Liste aller Veröffentlichungen der Reihe „IAB-Regional“ finden Sie [hier](#):

<http://www.iab.de/de/publikationen/regional.aspx>

Impressum

IAB-Regional. IAB Baden-Württemberg
Nr. 01/2013

Herausgeber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
der Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Rechte

Nachdruck - auch auszugsweise - nur mit
Genehmigung des IAB gestattet

Website

<http://www.iab.de>

Bezugsmöglichkeit

http://doku.iab.de/regional/BW/2013/regional_bw_0113.pdf

Eine vollständige Liste aller erschienenen Berichte finden
Sie unter
[http://www.iab.de/de/publikationen/regional/baden-
wuerttemberg.aspx](http://www.iab.de/de/publikationen/regional/baden-wuerttemberg.aspx)

ISSN 1861-2245

Rückfragen zum Inhalt an:

Carmen Pilger
Telefon 0711.941 1455
E-Mail carmen.pilger@iab.de

Daniel Jahn
Telefon 0711.941 1452
E-Mail daniel.jahn@iab.de