



INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT- UND
BERUFSFORSCHUNG

Die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit

IAB-REGIONAL

Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz

1|2022 IAB Baden-Württemberg

Die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg

Christian Faißt, Silke Hamann, Daniel Jahn, Rüdiger Wapler, Anja Willke

Die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg

Christian Faißt (IAB BW), Silke Hamann (IAB BW), Daniel Jahn (IAB BW),
Rüdiger Wapler (IAB BW), Anja Willke (Universität Münster)

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	5
1 Einleitung	7
2 Abgrenzung und Datengrundlage	8
3 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft.....	11
3.1 Bedeutung und Struktur der Gesundheitswirtschaft	11
3.2 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft.....	16
3.3 Strukturmerkmale der Beschäftigten	19
3.4 Geringfügige Beschäftigung	23
4 Berufsstruktur in der Gesundheitswirtschaft, Engpassanalyse und Arbeitskräftebedarf...25	
4.1 Berufsstruktur in der Gesundheitswirtschaft.....	25
4.2 Engpassanalyse.....	28
4.3 Arbeitslosigkeit	32
4.4 Entgelt	34
5 Beschäftigungs- und Berufsverbleib in ausgewählten Gesundheitsberufen	38
5.1 Daten und Abgrenzungen	39
5.2 Dauer von Beschäftigungen im Gesundheitsbereich	41
5.2.1 Verweildaueranalyse.....	41
5.2.2 Einflussfaktoren auf die Verweildauer in Berufen im Gesundheitsbereich.....	43
5.3 Erwerbsverläufe nach Beginn einer Beschäftigung im Gesundheitsbereich.....	47
5.3.1 Berufliche Mobilität innerhalb des Gesundheitsbereichs.....	49
5.3.2 Dauer und Art der Unterbrechung zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen im Gesundheitsbereich	50
5.4 Beschäftigungsverbleib	51
6 Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege	54
6.1 Methodik.....	54
6.1.1 Vorgehensweise	55
6.1.2 Aussagekraft der Modellrechnungen.....	57
6.1.3 Datengrundlage.....	57
6.2 Altersbedingter Ersatzbedarf.....	59
6.3 Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf	61
6.3.1 Demografischer Wandel in Baden-Württemberg.....	61
6.3.2 Zahl der Pflegebedürftigen	62
6.3.3 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigten	64

6.4 Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in Baden-Württemberg.....	65
7 Zusammenfassung und Fazit	67
Literatur	71
Anhang	75

Zusammenfassung

Die Gesundheitswirtschaft ist einer der beschäftigungsstärksten Bereiche in Baden-Württemberg. Zum Stichtag 30.06.2021 waren dort knapp 700.000 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Das entspricht mehr als 15 Prozent aller Beschäftigten. Innerhalb der Gesundheitsbranche werden Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege im Bundesland am häufigsten ausgeübt. Es folgen die Altenpfleger*innen und die medizinischen Fachangestellten. Den stärksten Zuwachs seit 2013 erfuhr mit 38 Prozent die Beschäftigung in der Altenpflege. Dies ist im Hinblick auf den demografisch bedingten zunehmenden Bedarf an Arbeitskräften in diesem Beruf positiv zu bewerten.

Die Beschäftigungsstruktur zeichnet sich durch einen sehr hohen Frauenanteil (fast 75 %) und einen hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigung (fast 50 %) aus. Hier bestehen offensichtlich noch Potenziale zur Gewinnung zusätzlicher Arbeitszeit. Die Analysen geben jedoch auch Hinweise, dass sich dies als schwierig gestalten könnte.

In den letzten Jahren sind die Löhne und Gehälter in der Pflegebranche stärker gestiegen als im Branchendurchschnitt. Somit erzielen inzwischen neben den Fachkräften (in Vollzeit) in der Krankenpflege auch jene in der Altenpflege höhere Entgelte als Fachkräfte im Durchschnitt. Auch für die Helfer*innen in der Altenpflege ist der Lohnabstand zu anderen Helferberufen stark geschrumpft, allerdings wird dort immer noch unterdurchschnittlich verdient. In der Krankenpflege werden Helfertätigkeiten hingegen überdurchschnittlich entlohnt.

Ein Berufsabschluss wirkt sich in mehrfacher Hinsicht günstig für die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen aus. Die Beschäftigungsdauern von Qualifizierten sind zum Beispiel länger und der Anteil der Personen, die nach einer Beschäftigungsunterbrechung wieder in den ursprünglich ausgeübten Beruf zurückkommen, ist höher. Auch zehn Jahre nach Berufsbeginn sind die Anteile in Beschäftigung im Gesundheitsbereich für examinierte Beschäftigte deutlich höher als für Personen in Helfertätigkeiten.

Hinsichtlich der zukünftigen zu erwartenden Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und des demografischen Wandels sind das Halten von Fachkräften und die Rekrutierung von weiterem Personal unabdingbar. In der ambulanten Pflege müssten bis zum Jahr 2040 zwischen 43.000 und 58.500 vollzeitäquivalente Stellen wieder bzw. neu besetzt werden, um die voraussichtlich altersbedingt ausscheidenden Beschäftigten zu ersetzen und den Betreuungsschlüssel angesichts der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten. In der stationären Pflege sind es zwischen 52.200 und 70.700 vollzeitäquivalente Stellen.

Keywords

Arbeitsmarkt, Baden-Württemberg, Beschäftigungsentwicklung, Gesundheitswirtschaft, Prognose

Danksagung

Im Rahmen der vorliegenden Studie haben uns verschiedene Personen und Institutionen wesentlich unterstützt. Neben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit hat das Statistische Landesamt Baden-Württemberg wichtige Daten geliefert. Ein besonderer Dank geht an die Kolleg*innen im IAB Sachsen-Anhalt-Thüringen und Nord, die mit ihren Länderberichten (Fuchs 2019; Fuchs/Fritzsche 2019; Kotte/Stöckmann 2021) eine konzeptionelle Vorlage erstellt haben, die wir freundlicherweise verwenden durften. Wir danken Michaela Fuchs und Stefan Böhme für wertvolle inhaltliche Hinweise sowie Andrea Stöckmann für die redaktionelle Bearbeitung.

1 Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft gehört zu den Wachstumsbereichen in Deutschland. Bereits seit vielen Jahren zeigt sich eine steigende Tendenz ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und auch der Zahl der in ihr Beschäftigten (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWi) 2020). Die Zahl der Erwerbstätigen erhöhte sich auch in 2020 gegenüber dem Vorjahr (+1,9 %), womit die Gesundheitswirtschaft zu den wenigen Wirtschaftsbereichen zählte, die im Jahr 2020 eine positive Entwicklung der Erwerbstätigkeit aufwiesen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2021).

Es gibt mehrere Gründe für die dynamische Entwicklung der Gesundheitswirtschaft. Ein wichtiger Faktor ist der demografische Wandel (vgl. Bogai 2015; Fuchs/Weyh 2018a). Die Alterung der Bevölkerung und die steigende Zahl älterer Menschen führen nicht nur zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen, sondern auch nach medizinischer Versorgung und Pflegekräften. Neben der demografischen Entwicklung ermöglicht der technologische Fortschritt neue Methoden zur Behandlung von Krankheiten und Alterserscheinungen in immer größerem Umfang und vermutlich sind im Zuge der Entwicklung und Anwendung der neuen Technologien die Beschäftigungsmöglichkeiten in diesen Bereichen gewachsen.

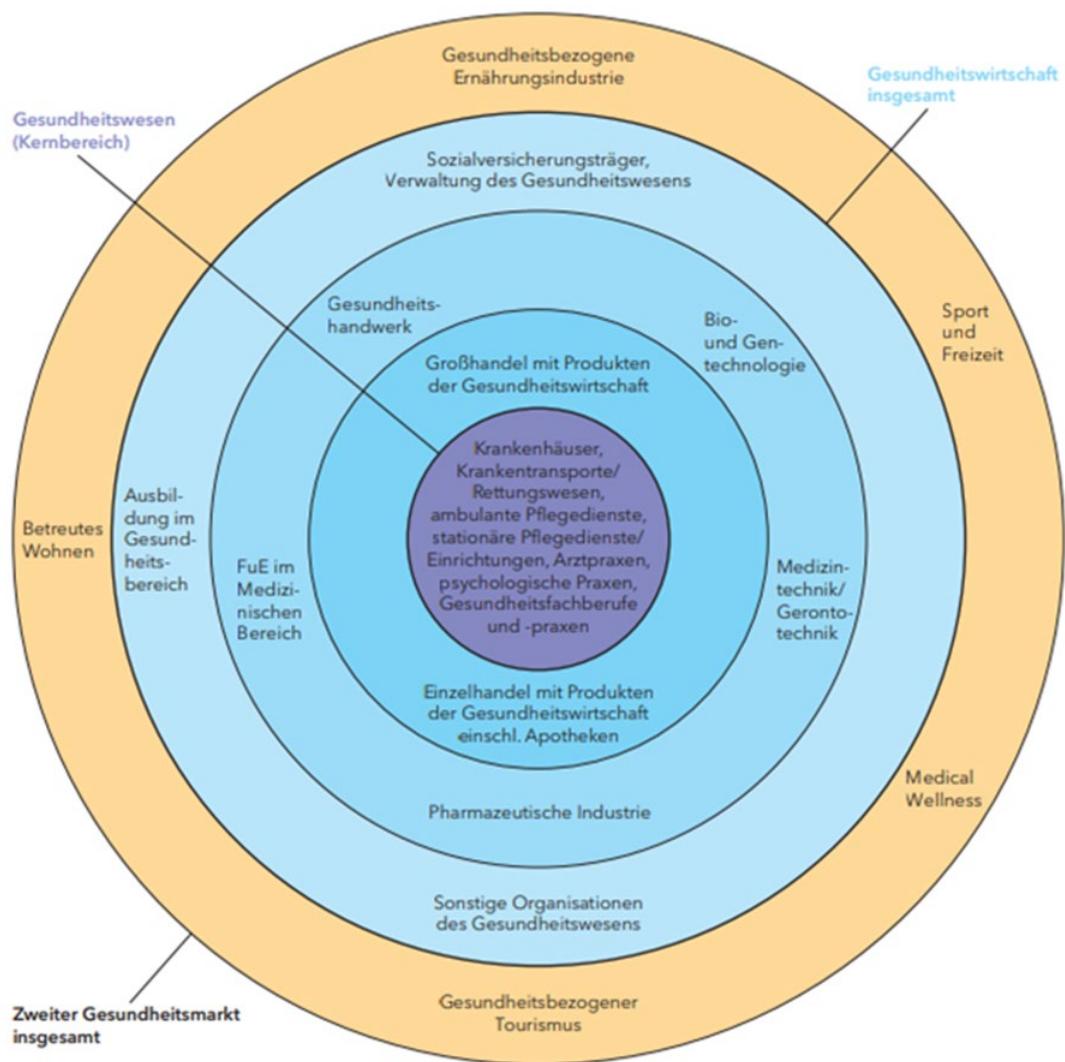
Angesichts des anhaltenden Wachstums und der demografisch bedingten auch zukünftig weiter steigenden Bedeutung der Gesundheitswirtschaft stellt sich die Frage, ob und wie der sich daraus ergebende Bedarf an Arbeitskräften zu decken sein wird. Bereits aktuell sind Fachkräfte in Gesundheitsberufen beinahe flächendeckend knapp. Vor diesem Hintergrund beleuchtet die vorliegende Studie den Arbeitsmarkt in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg sehr umfassend. Nach der definitorischen Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft in Kapitel 2, die in Anlehnung an verschiedene Veröffentlichungen u. a. von Fuchs/Fritzsche (2019); Fuchs/Weyh (2018b); Kotte/Stöckmann (2021) erfolgt, nehmen wir in Kapitel 3 Struktur, Entwicklung und regionale Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den Blick. Kapitel 4 analysiert die Arbeitsmarktsituation in den wichtigsten Berufen in der Gesundheitswirtschaft, beziffert vorhandene Engpässe und stellt mit den Entgelten einen wichtigen Orientierungspunkt für die (Steigerung der) Attraktivität von Pflegeberufen vor. Günstig für eine ausreichende Versorgung des Arbeitsmarktes mit Arbeitskräften kann sich zudem auswirken, wenn diese möglichst lange in ihrem Beruf verbleiben. Daher widmet sich Kapitel 5 der Analyse des Beschäftigungs- und Berufsverbleibs in ausgewählten Gesundheitsberufen und der sie beeinflussenden Faktoren. Einen Eindruck davon, wie viele der aktuell Beschäftigten in den Gesundheitsberufen zukünftig zu ersetzen sind und welcher Mehrbedarf sich aus der Alterung der Bevölkerung ergeben könnte, vermitteln die Ergebnisse der Projektion des Beschäftigungsbedarfs in der ambulanten und stationären Pflege bis 2040, die im 6. Kapitel vorgenommen wird. Die Studie schließt mit einer Zusammenfassung und dem Fazit in Kapitel 7.

2 Abgrenzung und Datengrundlage

Die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft von anderen Bereichen der Volkswirtschaft ist schwierig, da sie mit einer Vielzahl weiterer Branchen verflochten ist. Die Gesundheitswirtschaft kann daher als ein Querschnittsbereich der Wirtschaft angesehen werden und bildet den Oberbegriff für alle Wirtschaftszweige, die mit Gesundheitsleistungen in Verbindung stehen. Die statistische Abgrenzung gemäß der Wirtschaftszweigklassifikation wird von der jeweils gewählten Definition des Gesundheitsbegriffs bestimmt (vgl. Frie/Muno/Speich 2011: 41). Im Rahmen dieser Analyse orientieren wir uns an den Definitionen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die OECD definiert Gesundheitsdienstleistungen als Aktivitäten, die von Einrichtungen oder Einzelpersonen zu bestimmten gesundheitlichen Zwecken unter Verwendung von medizinischem oder pflegerischem Wissen oder Technologien durchgeführt werden (vgl. OECD 2000: 42). Die WHO geht noch einen Schritt weiter und beschreibt in ihrer Verfassung Gesundheit als einen „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946: 1).

Die hier verwendete statistische Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft basiert auf einem Schichtenmodell, das die einzelnen Teilaggregate der Gesundheitswirtschaft in Anlehnung an die Definitionen der OECD und der WHO systematisiert (vgl. Hessisches Statistisches Landesamt 2010). Dieses Schichtenmodell hat als Zentrum den Kernbereich des klassischen Gesundheitswesens, zu dem vor allem Krankenhäuser, das Rettungswesen, Arztpraxen und ambulante Pflegedienste gehören (vgl. Abbildung 1). Um diesen Kernbereich schließt sich eine weitere Schicht mit dem Bereich an, der für die Versorgung des Kernbereichs mit Produkten und Dienstleistungen erforderlich ist. Dazu gehören der gesundheitsbezogene Groß- und Einzelhandel einschließlich der Apotheken. Diese Schicht wird im Folgenden als Erweiterungsbereich 1 (E 1) bezeichnet. Die zweite Schicht (E 2) umfasst kapital- und technologieintensive Vor- und Zuliefererindustrien, wie z. B. Pharmazeutik, Medizintechnik, Biotechnologie oder das Gesundheitshandwerk. Die dritte Schicht (E 3) beinhaltet private und gesetzliche Krankenkassen, Pflegeversicherungen, Teile der Unfallversicherung sowie die öffentliche Verwaltung im Bereich der Gesundheitswirtschaft.

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt (2010: 10).

Diese drei Erweiterungsbereiche bilden zusammen mit dem Kernbereich die Gesundheitswirtschaft, die im Wesentlichen mit der Definition der OECD übereinstimmt und auch für diese Analyse maßgeblich ist. Nach der weiter gefassten Definition der WHO wird auch die in Abbildung 1 dargestellte äußerste Schicht einbezogen. Sie enthält Rand- und Nachbarbereiche der Gesundheitswirtschaft wie gesundheitsbezogene Aktivitäten, Produkte und Dienstleistungen in Tourismus, Sport, Freizeit und Ernährung. Diese Bereiche werden in der folgenden Analyse nicht berücksichtigt, da sie (z. B. der gesundheitsbezogene Tourismus) anhand der uns vorliegenden Beschäftigtendaten nicht eindeutig abzugrenzen sind.

Ausgehend von der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ) 2008 in der amtlichen Statistik können die Branchen identifiziert werden, die den Kernbereich und die drei Erweiterungsbereiche bilden und in ihrer Summe die Gesundheitswirtschaft von der restlichen Wirtschaft abgrenzen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nach der WZ 2008

	Bezeichnung
Kernbereich (Gesundheitswesen)	
86.1	Krankenhäuser
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen
86.9	Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt (sonstige Praxen und Rettungsdienste)
87.1	Pflegeheime
87.2	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung und Ähnliches
87.3	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
88.10.1	Ambulante soziale Dienste
Erweiterungsbereich 1 (Handel)	
46.18.4	Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf
46.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen
47.73	Apotheken
47.74	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln
47.78.1	Augenoptiker*innen
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)	
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
26.6	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten
32.5	Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Geräten
Erweiterungsbereich 3 (Forschung und Entwicklung und Verwaltung)	
65.12.1	Krankenversicherungen, nur private Versicherungen ohne gesetzliche Krankenkassen
72.1	Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin*
84.12	Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen*
84.3	Sozialversicherung*

*Nur teilweise zum Gesundheitssektor zugehörig.

Quelle: Fuchs/Fritzsche (2019: 9) auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2008). © IAB

Datengrundlage der vorliegenden Studie ist die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA), die alle sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten in Deutschland erfasst. Nicht in der Beschäftigungsstatistik enthalten sind Informationen über Selbstständige, Beamte oder Soldaten. Zudem werden Auszubildende in unserer Analyse nicht berücksichtigt, da aufgrund der hohen Bedeutung der schulischen Ausbildung im Gesundheitswesen nur ein Teil von ihnen sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist.

Um die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen abzuschätzen, die nicht in der Beschäftigungsstatistik der BA erfasst sind, bietet sich ein Vergleich mit den Daten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (vgl. AG GGRdL 2021) an, die in ihrer Gesundheitspersonalplanung die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen ausweist. In Baden-Württemberg waren demnach zum Stichtag 31.12.2019 insgesamt rund 784.500 Personen im Gesundheitswesen tätig (vgl. AG GGRdL 2021). Zum Jahresende 2019 waren in den Beschäftigtendaten der BA rund 683.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im

Gesundheitswesen gemeldet, was einem Anteil von 87,1 Prozent aller in den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen enthaltenen Personen entspricht. Die Nichterfassung der Selbstständigen in der BA-Statistik wird besonders bei den Erwerbstätigen in den Arzt- und Zahnarztpraxen deutlich, wo der entsprechende Anteil 59,7 Prozent beträgt. Diese Nachteile der Beschäftigtendaten werden jedoch durch die Vorteile wettgemacht. So können anhand der Daten der BA tiefergehende soziodemografische Merkmale der Beschäftigten ausgewertet werden. Darüber hinaus erlauben die Daten eine regional differenzierte Analyse auf der Ebene der Kreise. Damit ist es möglich, eine umfassende Bestandsaufnahme der sozialversicherungspflichtigen und geringfügigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg und seinen Regionen durchzuführen.

3 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

In diesem Kapitel wird die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung in Baden-Württemberg und seinen Regionen aufgezeigt und nach den einzelnen Bereichen differenziert. Darüber hinaus wird die Beschäftigungsentwicklung seit dem Jahr 2013 betrachtet. Schließlich wird auf die arbeitsmarktrelevanten Merkmale der Beschäftigten wie Geschlecht, Alter, Qualifikation und Arbeitszeit eingegangen.

3.1 Bedeutung und Struktur der Gesundheitswirtschaft

Zum Stichtag 30. Juni 2021 waren bundesweit 5.213.500 Personen (ohne Auszubildende) im Gesundheitsbereich sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Damit sind 16,1 Prozent aller Beschäftigten in dieser Branche tätig. In Baden-Württemberg umfasste die Gesundheitswirtschaft rund 699.700 Personen, was einem Anteil an der Gesamtbeschäftigung von 15,3 Prozent entspricht.

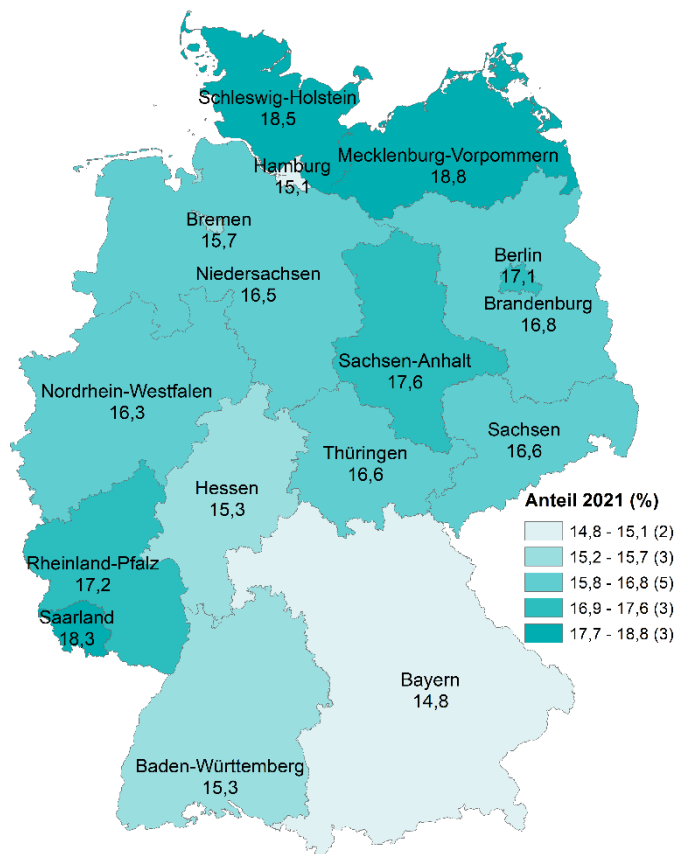
Der Vergleich Baden-Württembergs mit Deutschland offenbart einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede in der Bedeutung der einzelnen Bereiche für die Gesundheitswirtschaft (vgl. Tabelle A 1 im Anhang). So ist das Beschäftigungsgewicht im Kernbereich in Baden-Württemberg etwas geringer als in Deutschland insgesamt (68,0 % gegenüber 73,1 %). Nur in den Krankenhäusern liegt die Beschäftigung ganz leicht über dem Bundesdurchschnitt (27,4 % gegenüber 26,9 %); In den anderen Einrichtungen sind die Beschäftigungsanteile teils deutlich geringer. So sind bundesweit beispielsweise 6,9 Prozent des Personals in der Gesundheitswirtschaft in Altenheimen beschäftigt; in Baden-Württemberg sind es nur 5,0 Prozent. Der Beschäftigtenanteil des Erweiterungsbereichs 1 (Handel) hat in Baden-Württemberg und Gesamtdeutschland mit jeweils 7,2 Prozent der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft die gleiche Größe. In diesem Bereich besitzt in Baden-Württemberg der Großhandel mit medizinischen Produkten ein etwas größeres Gewicht als im Bundesdurchschnitt, die Apotheken sowie der Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln weisen dagegen ein geringfügig geringeres Gewicht auf. Einen fast doppelt so hohen Anteil wie im nationalen Durchschnitt hat der Erweiterungsbereich 2

(Herstellung und Produktion): Er umfasst 12,5 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg im Vergleich zu 6,9 Prozent auf nationaler Ebene. In diesem Bereich weisen vor allem die Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (5,7 % vs. 3,0 %) sowie die Herstellung von zahnmedizinischen Geräten (6,5 % vs. 3,7 %) ein größeres Gewicht auf. Der Erweiterungsbereich 3 (Forschung und Entwicklung (F&E) sowie die Verwaltung) insgesamt hat für Baden-Württemberg eine ähnlich große Bedeutung wie für Gesamtdeutschland (12,4 % vs. 12,8%), wobei sich für F&E alleine höhere Anteile (6,5 % vs. 4,6 %) und für die öffentliche Verwaltung und Sozialversicherungen geringere Anteile (0,5 % vs. 1,7 % bzw. 4,9 % vs. 5,9 %) zeigen.

Die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Beschäftigung variiert zwischen den Bundesländern (vgl. Bogai/Thiele/Wiethölter 2015). Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, besitzt sie in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein mit einem Anteil von jeweils über 18 Prozent an der Gesamtbeschäftigung die größte Bedeutung. In Hamburg und Bayern macht sie dagegen nur 15,1 bzw. 14,8 Prozent aus (vgl. Tabelle A 2 im Anhang).

Abbildung 2: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in den Bundesländern

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021, Anteile in Prozent

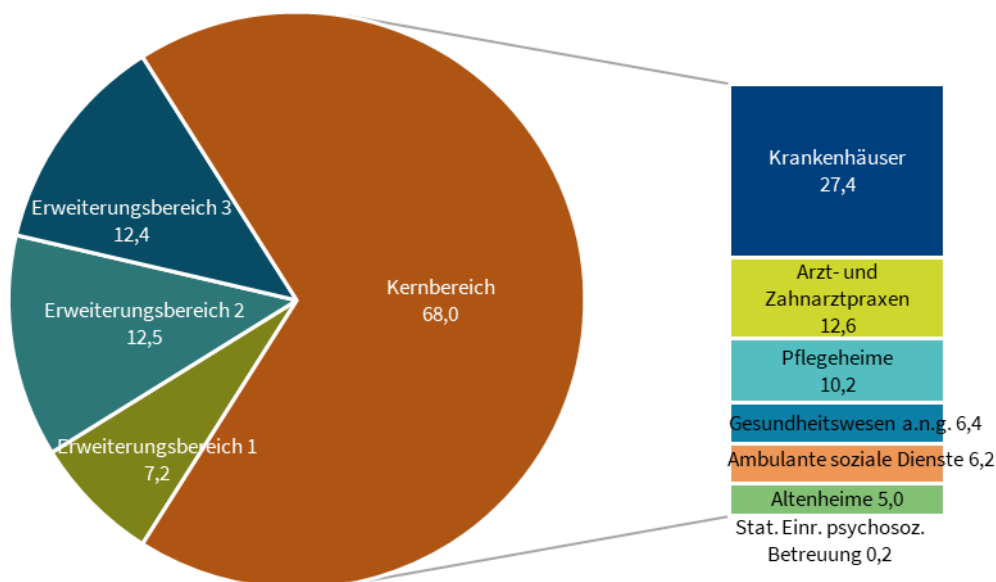


Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Werden die einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg betrachtet, wird die große Bedeutung des Kernbereichs für die Beschäftigung deutlich. Hier konzentrieren sich über zwei Drittel der Beschäftigten (vgl. Abbildung 3). Innerhalb des Kernbereichs sind die

Krankenhäuser mit Abstand die größten Arbeitgeber. Dort sind in Baden-Württemberg 191.616 Personen beschäftigt, was mehr als einem Viertel (27,4 %) der Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft entspricht (vgl. dazu im Detail Tabelle A 2 im Anhang). Es folgen die Arzt- und Zahnarztpraxen (12,6 %) und die Pflegeheime (10,2 %).

Abbildung 3: Beschäftigte in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021, Anteile in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Im Erweiterungsbereich 1 (Handel) sind 50.200 Personen tätig. Das entspricht etwa sieben Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft. Der Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion) umfasst mit 87.200 Personen 12,5 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft und der Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung) hat mit 86.600 Beschäftigten in Baden-Württemberg eine ähnlich große Bedeutung.

Innerhalb Baden-Württembergs ist die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nicht gleichmäßig verteilt, sondern hat lokale Schwerpunkte. Regionale Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft insgesamt, sondern auch hinsichtlich der Gewichte zwischen dem Kern- und den Erweiterungsbereichen. Ein geeignetes Maß, um diese regionalen Schwerpunkte zu identifizieren, ist der sogenannte Lokalisationsquotient. Er setzt den Anteil der Beschäftigten in einer Branche (Zähler) in Relation zu dem jeweiligen Beschäftigtenanteil in Deutschland (Nenner). Werte über eins stehen für einen – im Vergleich zur nationalen Bedeutung – überdurchschnittlichen, Werte unter Eins für einen unterdurchschnittlichen Branchenanteil in der Region. Der Lokalisationsquotient ermöglicht damit eine bessere regionale Einordnung und einen direkten Vergleich der branchenspezifischen Beschäftigtenanteile in verschiedenen Regionen.

Lokalisationsquotient

$$= \frac{\text{Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Region } x}{\text{Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland}}$$

Abbildung 4 stellt die Lokalisationsquotienten¹ für den Kernbereich und die drei Erweiterungsbereiche für die Kreise Baden-Württembergs dar. Der höchste Wert des Lokalisationsquotienten für den Kernbereich von 2,02 für Heidelberg besagt, dass der Anteil der Beschäftigten um 102 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Der Lokalisationsquotient für Tübingen weist mit 1,86 den zweithöchsten Wert nach Heidelberg auf. Damit existiert in Heidelberg und Tübingen ein ausgeprägter Beschäftigungsschwerpunkt im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, was sich vermutlich darin begründen lässt, dass es sich um Standorte von Universitätskliniken handelt. Weitere Kreise mit einem überdurchschnittlichen Beschäftigungsanteil im Kernbereich sind u. a. Freiburg im Breisgau (1,53), Calw (1,40) und Baden-Baden (1,33). Weniger als halb so stark vertreten wie im Bundesdurchschnitt ist der Kernbereich im Hohenlohekreis (0,47). In der Landeshauptstadt Stuttgart liegt die Beschäftigung im Kernbereich mit einem Lokalisationsquotienten von 0,65 somit 35 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Gründe für regionale Unterschiede können an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Eine maßgebliche Rolle spielen jedoch gesetzliche Rahmenbedingungen, wodurch die Standortwahl von Betrieben beeinflusst wird. Dabei werden Standortentscheidungen der öffentlichen Hand u. a. auf Grundlage von Versorgungsaspekten, wie etwa der Notfallversorgung, getroffen. Zudem werden stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime auch kreisübergreifend genutzt, weshalb Kreise mit hoher Konzentration oft neben jenen mit niedriger Konzentration liegen. Außerdem können Standorte von Universitätskliniken weitere verknüpfte Bereiche, z. B. Zulieferer, anziehen (vgl. Pilger/Jahn 2013: 23).

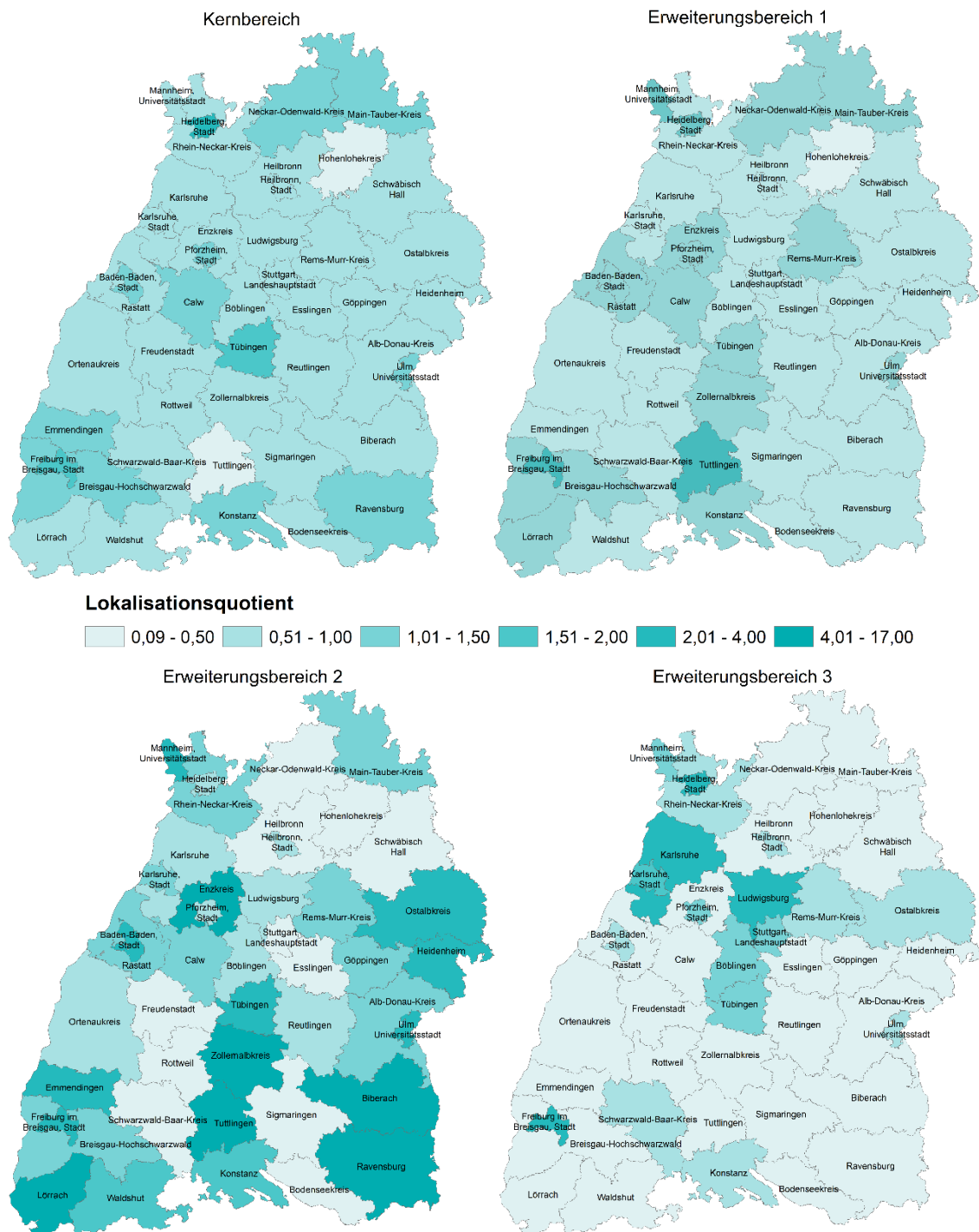
Auch für die Erweiterungsbereiche unterscheidet sich die geografische Konzentration der Beschäftigung deutlich. So sticht beispielsweise im Erweiterungsbereich 1 (Handel mit medizinischen Produkten) Freiburg im Breisgau mit einem Lokalisationsquotienten von 2,26 heraus, was hauptsächlich durch den Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Produkten begründet werden kann. Noch deutlichere regionale Disparitäten zeigen sich für den Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion): Hier existiert eine besonders starke Konzentration der Beschäftigung in Tuttlingen, das diesbezüglich einen Lokalisationsquotienten von 16,78 aufweist, was auf das lokale Medizintechnik-Cluster zurückgeführt werden kann. Auch in Biberach (10,04) und im Zollernalbkreis (4,93) sticht die besonders hohe Konzentration der Beschäftigung hervor. Im Gegensatz dazu weisen die Landeshauptstadt Stuttgart mit einem Lokalisationsquotienten von 0,19, der Hohenlohekreis mit 0,11 und der Bodenseekreis mit 0,09 die geringsten Werte auf. Innerhalb des Erweiterungsbereichs 3 (F&E und Verwaltung) treten Heidelberg (3,43), Karlsruhe (3,20) und Ludwigsburg (2,06) besonders hervor. Für Heidelberg erklärt sich der hohe Wert anhand ihrer Bedeutung als bedeutender Forschungsstandort im Gesundheitsbereich, der eng mit der Universität und weiteren Forschungseinrichtungen verwoben ist. Der Neckar-Odenwald-Kreis

¹ Aufgrund der kleinen Werte der Lokalisationsquotienten werden diese zur besseren Unterscheidung mit zwei Nachkommastellen angegeben.

(0,23), Breisgau-Hochschwarzwald (0,10) und der Alb-Donau-Kreis (0,09) weisen hingegen eine stark unterdurchschnittliche Konzentration der Beschäftigung im Erweiterungsbereich 3 auf.

Abbildung 4: Relative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbereiche in den Kreisen Baden-Württembergs

Lokalisationsquotient auf Basis der Sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021



Legende: Lokalisationsquotient = Verhältnis des lokalen Beschäftigtenanteils zum bundesweiten Anteil pro Branche.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

3.2 Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft

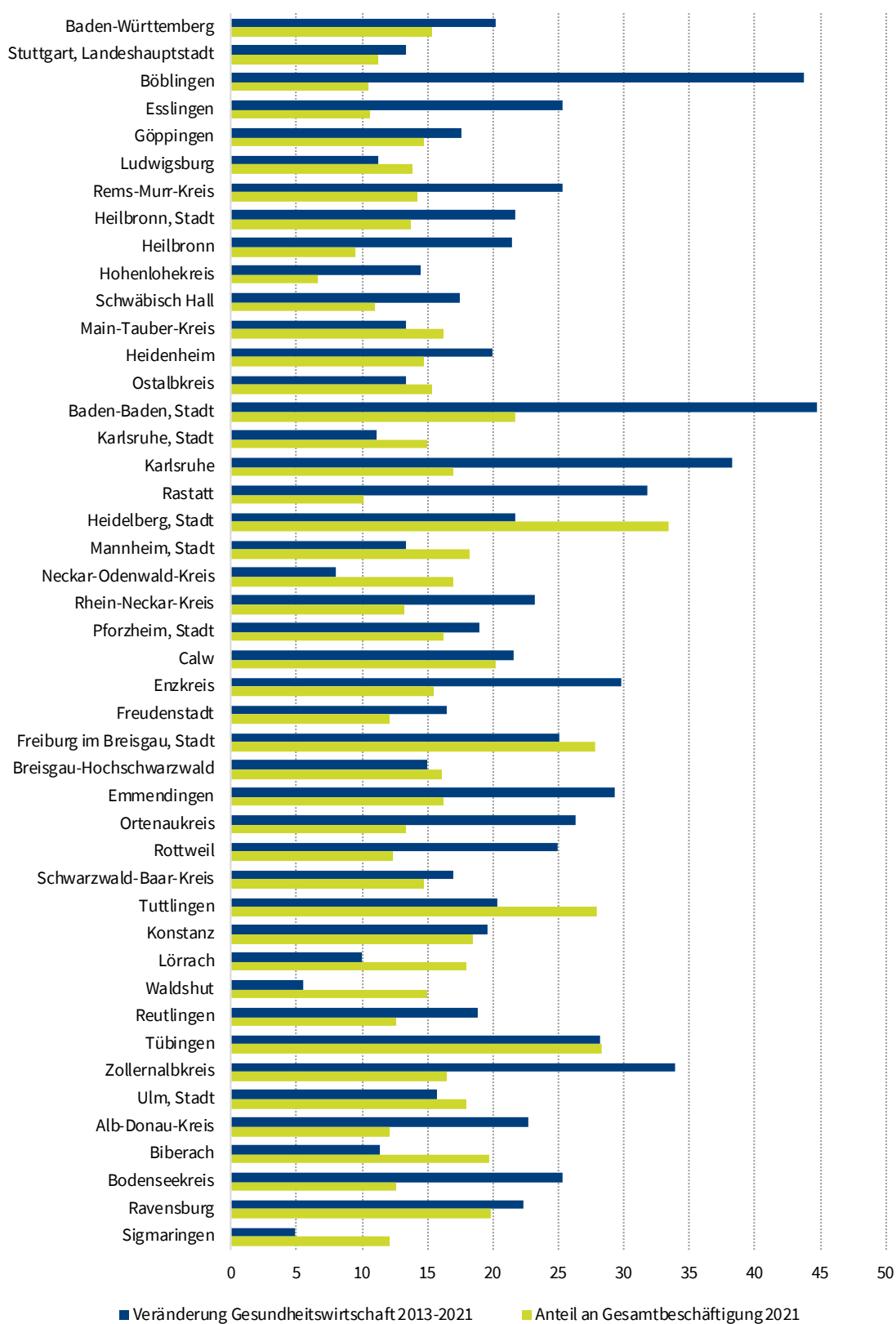
Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren deutlich besser entwickelt als die Gesamtbeschäftigung. Zwischen 2013 und 2021 stieg hier die Zahl der Beschäftigten um 20,2 Prozent, was einer absoluten Zunahme um rund 117.600 Personen entspricht (vgl. Abbildung 5).² Zum Vergleich: Die Beschäftigung insgesamt ist um 15,2 Prozent gestiegen. Der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an allen Beschäftigten erhöhte sich von 14,7 Prozent im Jahr 2013 auf 15,3 Prozent im Jahr 2021.

Wird das Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft auf Kreisebene betrachtet, zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Am stärksten fiel der Zuwachs in Baden-Baden aus, wo sich die Beschäftigung zwischen 2013 und 2021 um 44,8 Prozent erhöhte. Einen großen Anteil daran hat die Beschäftigungszunahme im Kernbereich von 2.770 auf 4.680. Dieser Zuwachs ist insbesondere auf die steigende Beschäftigung in Krankenhäusern zurückzuführen. An zweiter Stelle steht Böblingen (+43,7 %). Dieser Zuwachs geht auf den Bereich F&E zurück, dessen Beschäftigtenzahlen sich beinahe um den Faktor 8 vervielfacht haben (2013: 330 Beschäftigte; 2021: 2.550 Beschäftigte). Der Kreis Karlsruhe folgt mit einem Plus von 38,3 Prozent. Einerseits ist hier die Beschäftigung in manchen Bereichen rückläufig, wie etwa in der Herstellung von pharmazeutischen Produkten sowie in der Handelsvermittlung mit medizinischen Produkten. Diese Rückgänge werden jedoch andererseits durch hohe Zuwächse in Forschung und Entwicklung, der Beschäftigung in Altenheimen und ambulanten sozialen Diensten deutlich überkompensiert. Das geringste Wachstum fand im Neckar-Odenwald-Kreis (+8,0 %), Waldshut (+5,5 %) und in Sigmaringen (+4,8 %) statt.

² Aufgrund einer Umstellung im Meldeverfahren zur Sozialversicherung ist zu beachten, dass Arbeitgeber im Zuge der Umstellung die Angaben zur Arbeitszeit ihrer Beschäftigten häufig korrigiert haben. Aufgrund dessen hat sich der Anteil Teilzeitbeschäftigter deutlich erhöht – bundesweit um rund 4 Prozentpunkte (vgl. Fuchs/Fritzsche 2019: 19). Aus Konsistenzgründen wird deshalb die Beschäftigungsentwicklung ab dem Jahr 2013 betrachtet.

Abbildung 5: Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Baden-Württembergs

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) 2013 und 2021, Stichtag 30.06., Angaben in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist der Beschäftigungszuwachs im Erweiterungsbereich 3 mit einem Plus von 26,1 Prozent während des Betrachtungszeitraums am größten (vgl. Abbildung 6). Lag der Zuwachs bis 2014 noch unterhalb des Durchschnitts der Gesamtwirtschaft, ist seit 2015 eine kontinuierliche Expansion der Beschäftigung zu verzeichnen. Diese Entwicklung wird durch das außerordentlich starke Beschäftigungswachstum in F&E bestimmt, die im Betrachtungszeitraum ein Plus von 54,3 Prozent verzeichnete. Auf Kreisebene entfällt der größte Beschäftigungszuwachs des Erweiterungsbereichs 3 auf Böblingen (+226,2 %), Karlsruhe (+112,9 %) und Biberach (+67,8 %).

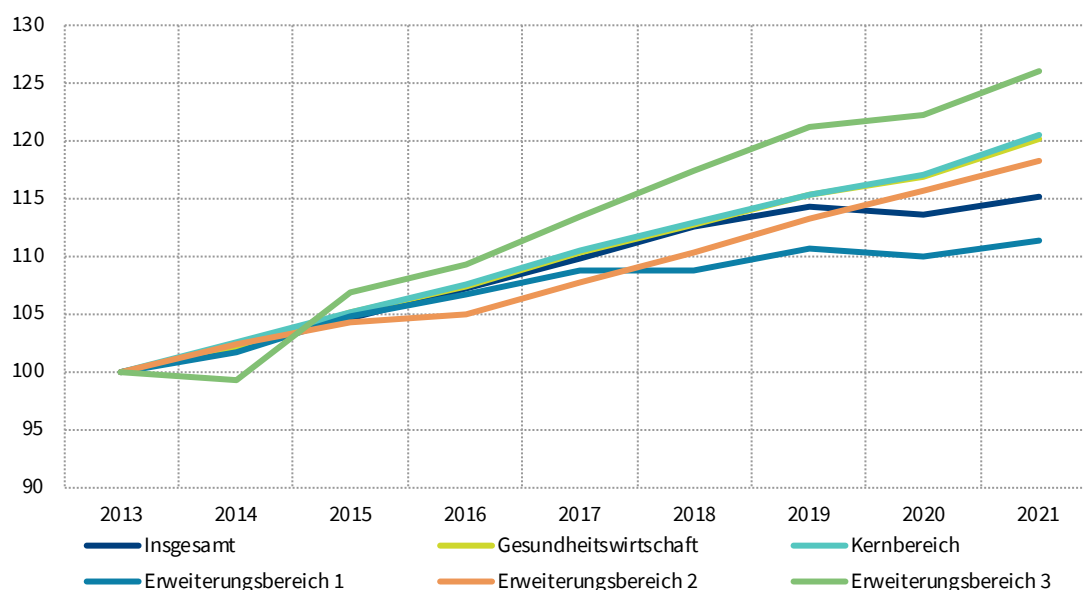
Im Kernbereich entspricht der Beschäftigungsanstieg mit 20,1 Prozent in etwa dem Anstieg in der gesamten Gesundheitswirtschaft. Die Altenpflege prägt im Wesentlichen diese Zunahme. So erhöhten etwa die ambulanten sozialen Dienste ihre Beschäftigung um rund 60,0 Prozent. Aber auch die Einrichtungen, die unter dem anderweitig nicht genannten Gesundheitswesen erfasst werden, verzeichnen einen deutlichen Beschäftigungsaufbau um 44,7 Prozent.

Der Erweiterungsbereich 2 ist um 18,3 Prozent gewachsen. Hier ist die Zunahme der Beschäftigung in der Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen mit 22,5 Prozent am größten. Während die Beschäftigung im Erweiterungsbereich 2 in einigen Kreisen gesunken ist, wie etwa im Bodenseekreis (-27,0 %), in Waldshut (-24,1 %) oder Rastatt (-18,8 %), verzeichnen andere Kreise mitunter hohe Zuwächse, darunter die Stadt Heidelberg (+80,5 %), der Ortenaukreis (+61,7 %) und Ravensburg (+60,0 %).

Der geringste Anstieg der Beschäftigung zeigt sich im Erweiterungsbereich 1 mit 11,3 Prozent. Hier geht die Beschäftigung in der Handelsvermittlung mit medizinischen und orthopädischen Produkten um 13,7 Prozent zurück; in den übrigen Bereichen des Erweiterungsbereichs 1 steigt sie leicht an (vgl. Tabelle A 3 im Anhang).

Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigung 2013–2021 in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende), Stichtag 30.06., Index 2013 = 100



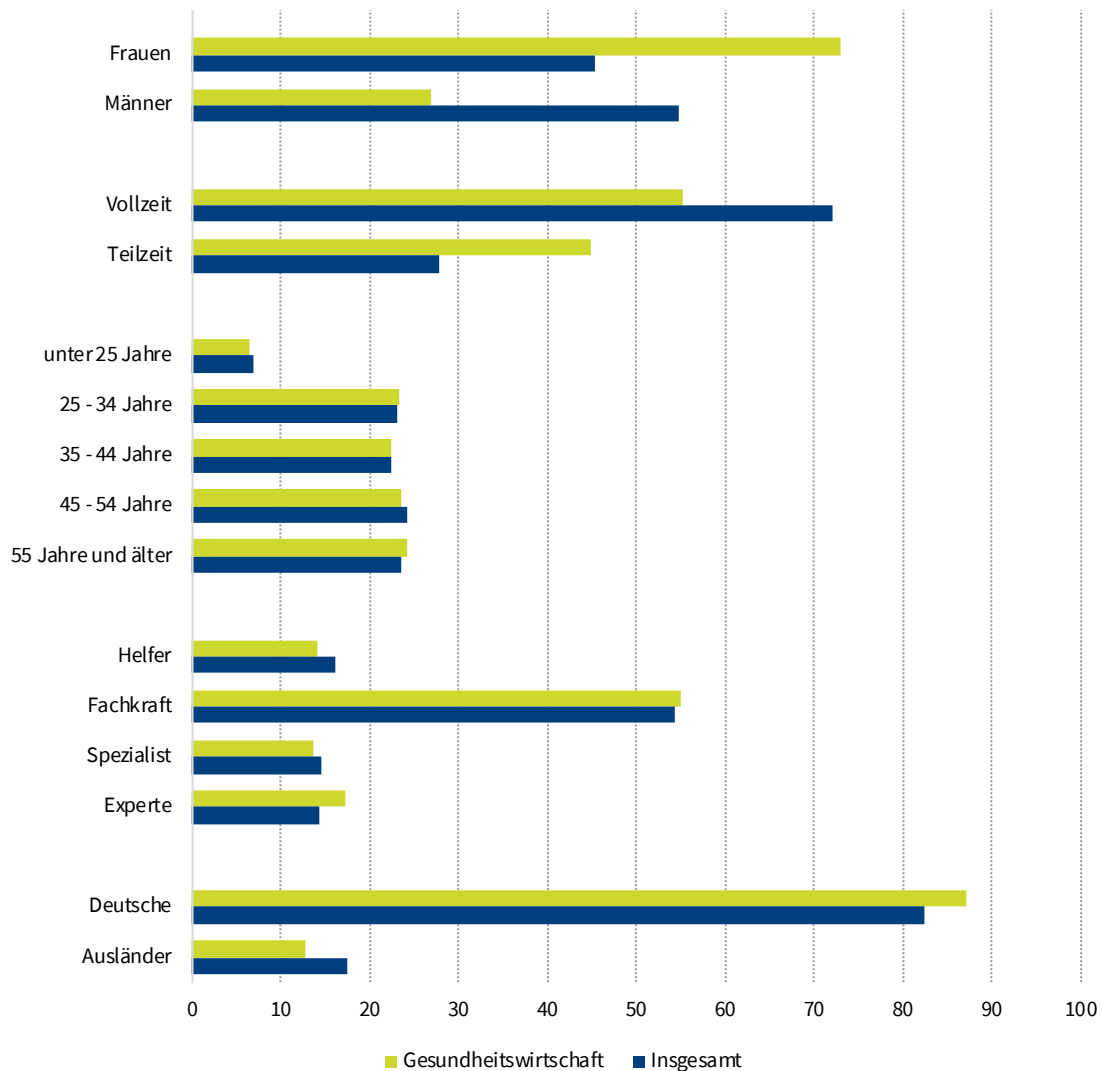
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

3.3 Strukturmerkmale der Beschäftigten

Die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft weisen in ihren individuellen Merkmalen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede im Vergleich zu der Gesamtheit aller Beschäftigten in Baden-Württemberg auf. Einen Überblick hierzu gibt Abbildung 7.

Abbildung 7: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs nach soziodemografischen Merkmalen

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021, Anteile in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Geschlecht

Während auf dem Arbeitsmarkt insgesamt in Baden-Württemberg knapp über die Hälfte der Beschäftigten Männer (54,6 %) sind, stellt die Gesundheitswirtschaft eine Frauendomäne dar. Der Anteil der Frauen umfasst mit 73,1 Prozent fast dreiviertel (vgl. Abbildung 7) aller Beschäftigten. Den höchsten Frauenanteil haben dabei der Kernbereich (81,0 %) und der Erweiterungsbereich 2 (72,0 %). Der Kernbereich ist durch Berufe mit einem typischerweise hohen Frauenanteil wie der

der Krankenpfleger*in oder der Altenpfleger*in geprägt. Anders stellt sich die Situation in den Erweiterungsbereichen 2 und 3 dar. Im Erweiterungsbereich 3 sind 54,3 Prozent der Beschäftigten in Baden-Württemberg weiblich. Im Erweiterungsbereich 2 schließlich, der dem verarbeitenden Gewerbe angehört, sind mit 49,2 Prozent weniger als die Hälfte der Beschäftigten Frauen (vgl. Tabelle A 4 im Anhang).

Insgesamt hat die Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung von Frauen eine wesentlich größere Bedeutung als für die Männer. In Baden-Württemberg arbeiten 24,7 Prozent aller sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in dieser Branche, aber nur knapp 7,6 Prozent aller Männer.

Arbeitszeit

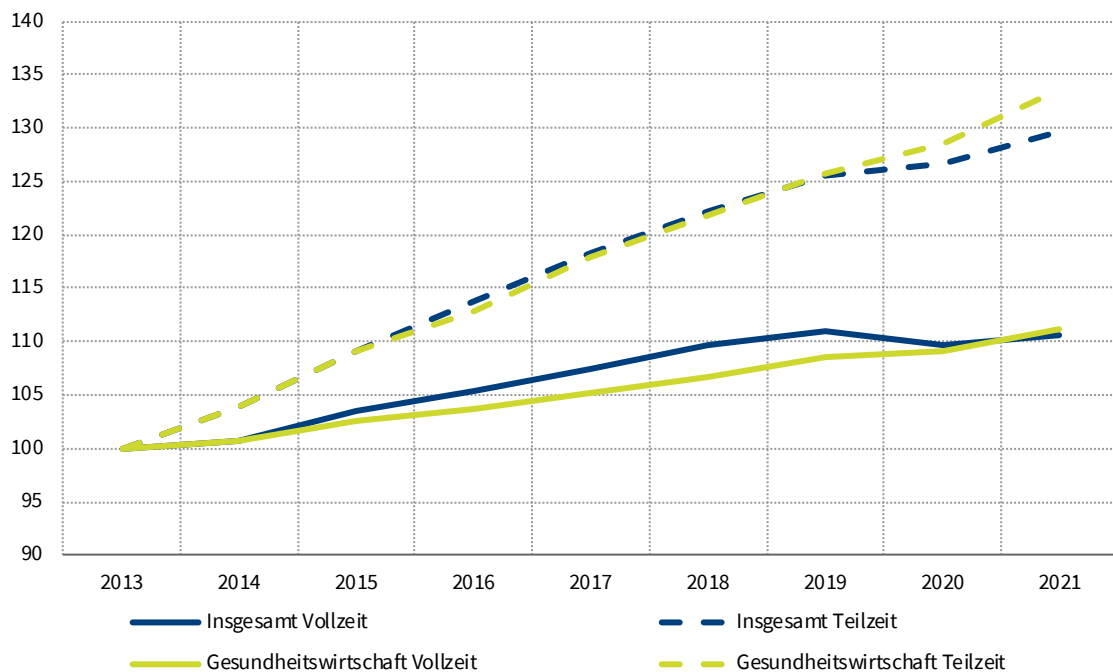
In der Gesundheitswirtschaft spielt Teilzeitbeschäftigung eine größere Rolle als in anderen Branchen. Während in Baden-Württemberg insgesamt 27,9 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit arbeiten, ist es in der Gesundheitswirtschaft mit einem Anteil von 44,8 Prozent fast die Hälfte (vgl. Abbildung 7). Die Teilzeitbeschäftigung betrifft dabei ganz überwiegend Frauen: 81,0 Prozent der Teilzeitkräfte in der Gesamtwirtschaft Baden-Württembergs sind weiblich, in der Gesundheitswirtschaft sind es 89,0 Prozent.

Differenziert nach den einzelnen Teilbereichen ist Teilzeitarbeit vor allem im Kernbereich verbreitet (52,7 %) und hier vor allem in der Altenpflege: Unter den Beschäftigten der ambulanten sozialen Dienste beträgt die Teilzeitquote 67,0 Prozent, in den Pflegeheimen 63,2 Prozent und in den Altenheimen sowie den Alten- und Behindertenwohnheimen 62,7 Prozent. Dabei muss Teilzeitarbeit nicht immer nur auf den Wunsch der Beschäftigten zurückgehen, denn sie ist nach Simon (2012: 4) auch aus Arbeitgebersicht attraktiv, da sie ein „Instrument der Flexibilisierung des Personaleinsatzes und Reduzierung von Personalkosten“ darstellt. In den Erweiterungsbereichen ist die Teilzeitquote deutlich niedriger: Im Erweiterungsbereich 1 (Handel) sind es 38,6 Prozent, im Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung) 30,9 Prozent und im Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion) 18,2 Prozent (vgl. Tabelle A 4 im Anhang).

Die Entwicklung der Arbeitszeitstruktur in der Gesundheitswirtschaft folgt im Wesentlichen derjenigen auf dem gesamten Arbeitsmarkt in Baden-Württemberg (vgl. Abbildung 8). So nahm in der Gesamtwirtschaft die Vollzeitbeschäftigung um 10,7 Prozent und die Teilzeitbeschäftigung um 29,6 Prozent zu; in der Gesundheitswirtschaft sogar um 11,2 bzw. 33,6 Prozent.

Abbildung 8: Beschäftigte insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg nach der Arbeitszeit

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) 2013 bis 2021; Stichtag 30.06., Index 2013 = 100



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Alter

Die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft weisen im Schnitt ungefähr die gleiche Altersstruktur auf wie die Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft Baden-Württembergs. Wie Abbildung 7 zeigt, sind 6,5 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft jünger als 25 Jahre (insgesamt: 6,9 %). Sowohl in der Gesundheitswirtschaft als auch in der Gesamtwirtschaft sind rund 23 Prozent zwischen 25 und 34 Jahren alt; 22 Prozent sind zwischen 35 und 44 Jahren alt. Jeweils 24 Prozent gehören den Altersgruppen der 45- bis 54-Jährigen sowie der über 55-Jährigen an. Somit fällt in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg der Anteil der Jüngeren etwas geringer aus.

Die Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich etwas zwischen den Geschlechtern. So sind beispielsweise 25,6 Prozent der männlichen Beschäftigten zwischen 25 und 34 Jahren alt, aber nur 22,5 Prozent der weiblichen Beschäftigten. Mit 24,6 Prozent ist jede vierte Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft 55 Jahre und älter, von den männlichen Beschäftigten trifft das nur auf 22,8 Prozent zu. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur finden sich auch in der Gesamtbeschäftigung wieder, wenngleich auch in einem geringeren Ausmaß.

Die Altersstruktur unterscheidet sich zwischen den einzelnen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft. Der Kernbereich weist mit 7,2 Prozent an unter 25-Jährigen zwar den größten Anteil an jungen Beschäftigten auf, allerdings mit 25,5 Prozent auch den größten Anteil an über 54-Jährigen. Dagegen verfügt der Erweiterungsbereich 3 über eine vergleichsweise junge

Beschäftigungsstruktur: Dort sind 28,1 Prozent zwischen 25 und 35 Jahre und nur 19,5 Prozent mindestens 55 Jahre alt.

Anforderungsniveau

Unterschiede in der Struktur des Anforderungsniveaus zwischen der Gesundheitswirtschaft und der Beschäftigung insgesamt ergeben sich an den beiden Polen des Spektrums, das heißt bezüglich des Anteils von Helfer*innen und Experte*innen. Abbildung 7 zeigt, dass 14,1 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Helfertätigkeiten ausüben, gegenüber 16,1 Prozent in der Gesamtwirtschaft. Mit 17,3 Prozent gibt es in der Gesundheitswirtschaft einen höheren Anteil an Experte*innen als in der Gesamtwirtschaft (14,6 %); dagegen aber einen leicht geringeren Anteil an Spezialist*innen (13,7 % vs. 14,6 %). Der Anteil an Fachkräften deckt sich fast genau mit demjenigen in der Gesamtwirtschaft (14,2 % vs. 14,3 %).

Die einzelnen Teilbereiche unterscheiden sich hinsichtlich der Verteilung der Anforderungsniveaus. So weist der Kernbereich den größten Anteil an Helfer*innen auf, darunter insbesondere in Alten- und Behindertenwohnheimen (34,7 %) und Pflegeheimen (39,1 %). Fachkräfte stellen in allen Teilbereichen den überwiegenden Anteil dar und machen zwischen 45,8 Prozent (Erweiterungsbereich 3) und 58,7 Prozent (Erweiterungsbereich 1) der Beschäftigten aus. Experte*innen sind am stärksten im Erweiterungsbereich 3 vertreten, insbesondere im Bereich der F&E (56,2 %).

Nationalität

Der Anteil an Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit beträgt in der Gesamtwirtschaft Baden-Württembergs 17,5 Prozent. In der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg haben 12,8 Prozent der Beschäftigten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Dabei sind die Anteile ausländischer Beschäftigter in Pflegeheimen (25,7 %), Altenheimen sowie Alten- und Behindertenwohnheimen (22,0 %) und ambulanten sozialen Diensten (21,6 %) am größten. Die geringsten Ausländeranteile weisen Sozialversicherungen (4,3 %), stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung (6,0 %) und Krankenversicherungen (6,2 %) auf.

Zusammenfassend sind die Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft überproportional häufig Frauen und in Teilzeit beschäftigt. Zudem ist unter diesen ein größerer Prozentsatz als unter den Männern mindestens 55 Jahre alt. Damit wird eine relativ große Gruppe der Beschäftigten demnächst das Rentenalter erreichen. Weiterhin sind relativ viele Beschäftigte als Experte*innen und seltener als Spezialist*innen oder als Helfer*innen tätig verglichen mit der Gesamtwirtschaft. In Teilbereichen wie den Alten- und Pflegeheimen, die häufig unter Arbeitskräftemangel leiden (siehe auch Kapitel 4.2), finden sich hingegen überdurchschnittlich viele Helfer*innen und gleichzeitig auch Beschäftigte ausländischer Nationalität. In der Gesundheitswirtschaft sind Helfer*innen im Durchschnitt hingegen seltener vertreten als in der Gesamtwirtschaft Baden-Württembergs.

3.4 Geringfügige Beschäftigung

Neben der sozialversicherungspflichtigen (Teilzeit-)Beschäftigung spielt in der Gesundheitswirtschaft auch die geringfügige Beschäftigung eine erhebliche Rolle.³ Rund 70.000 Personen arbeiteten 2021 in Baden-Württemberg als ausschließlich geringfügige Beschäftigte (aGeB) in der Gesundheitswirtschaft, was einem Anteil an den Beschäftigten in diesem Bereich von 9,1 Prozent entspricht (vgl. Tabelle 2). In der Gesamtwirtschaft haben die aGeB mit einem Anteil von 11,6 Prozent einen etwas höheren Stellenwert.

Tabelle 2: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach ihrer Beschäftigungsart in Baden-Württemberg

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) und ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte (aGeB) am 30.06.2021

		Insgesamt	SvB ohne Auszubildende	aGeB	
				Absolut	Anteil an insgesamt
Gesamtwirtschaft		5.163.594	4.562.579	601.015	11,6
Gesundheitswirtschaft		769.850	699.626	70.224	9,1
Kernbereich		529.050	475.629	53.421	10,1
86.1	Krankenhäuser	199.044	191.616	7.428	3,7
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen	106.431	88.106	18.325	17,2
86.9	Sonstige Praxen und Rettungsdienste	55.882	44.735	11.147	19,9
87.1	Pflegeheime	77.042	71.441	5.601	7,3
87.2	Stationäre Einrichtungen	1.678	1.540	138	8,2
87.3	Altenheime	37.678	35.058	2.620	7,0
88.10.1	Ambulante soziale Dienste	51.295	43.133	8.162	15,9
Erweiterungsbereich 1 (Handel)		59.339	50.210	9.129	15,4
46.18.4	Handelsvermittlung von pharm. etc. Produkten	5.130	4.855	275	5,4
46.46	Großhandel mit pharm. etc. Produkten	15.726	14.835	891	5,7
47.73	Apotheken	25.710	19.370	6.340	24,7
47.74	Einzelhandel mit med. und orth. Artikeln	6.586	5.763	823	12,5
47.78.1	Augenoptiker*innen	6.187	5.387	800	12,9
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)		90.386	87.228	3.158	3,5
21.0	Herstellung v. pharmazeutischen Erzeugnissen	39.892	39.635	257	0,6
26.6	Herstellung v. Bestrahlungs- u. ä. Geräten	2.360	2.299	*	2,6
32.5	Herstellung v. med. und zahnmed. Geräten	48.134	45.294	2.840	5,9
Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung)		91.100	91.075	86.559	4.516
65.12.1	Krankenversicherungen	3.246	3.239	*	0,2
72.1	Forschung und Entwicklung	49.364	45.414	3.950	8,0
84.12	Öffentliche Verwaltung	3.810	3.350	460	12,1
84.3	Sozialversicherung	34.655	34.556	99	0,3

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

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

³ Wir betrachten im Folgenden nur diejenigen Personen, die ausschließlich geringfügig beschäftigt sind. Insgesamt üben ca. 127.000 einen Minijob aus, davon ca. 45 Prozent im Nebenjob, also zusätzlich zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft unterscheiden sich hierbei deutlich. Der Erweiterungsbereich 1 hat mit 15,4 Prozent den höchsten Anteil (v. a. geprägt durch die Apotheken); der Erweiterungsbereich 2 mit 3,5 Prozent den niedrigsten Anteil. Im Kernbereich arbeiten insbesondere in den Arzt- und Zahnarztpraxen, den sonstigen Praxen und Rettungsdienste, sowie den ambulanten sozialen Diensten überdurchschnittlich viele aGeB.

Unter den geringfügig Beschäftigten waren in der Vergangenheit Frauen, Schüler*innen, Studierende und Rentner*innen überdurchschnittlich vertreten (vgl. Hohendanner/Stegmaier 2012). Der Anteil weiblicher Beschäftigter in der Gesundheitswirtschaft, die in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind, entspricht ihrem Anteil an allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in diesem Bereich (SvB: 73,1 % vs. aGeB: 73,0 %). Im Erweiterungsbereich 3 liegt der Anteil weiblicher Beschäftigter in geringfügiger Beschäftigungsform leicht darunter (SvB: 54,3 % vs. aGeB: 43,4 %); im Erweiterungsbereich 2 leicht darüber (SvB: 49,2 % vs. aGeB: 59,0 %).

Tabelle 3 zeigt, dass die Zahl der aGeB in der Gesundheitswirtschaft zwischen 2013 und 2021 um 5,0 Prozent gesunken ist und damit deutlich weniger stark als in der Gesamtwirtschaft (-17,0 %). In den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft hat sich die aGeB sehr unterschiedlich entwickelt. Im Erweiterungsbereich 1 ist sie nur schwach zurückgegangen (-2,1 %), im Kernbereich mit -7,9 Prozent fast viermal so stark, am deutlichsten jedoch im Erweiterungsbereich 2 (-18,5 %). Demgegenüber ist die aGeB im Erweiterungsbereich 3 sogar um 64,5 Prozent gewachsen.

Tabelle 3: Entwicklung der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs

Ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte 2013 und 2021 (jeweils zum 30.06.)

	aGeB		Veränderung 2013–2021 (in %)
	2013	2021	
Gesamtwirtschaft	724.333	601.015	-17,0
Gesundheitswirtschaft	73.928	70.224	-5,0
Kernbereich	57.985	53.421	-7,9
Erweiterungsbereich 1	9.321	9.129	-2,1
Erweiterungsbereich 2	3.876	3.158	-18,5
Erweiterungsbereich 3	2.746	4.516	64,5

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

4 Berufsstruktur in der Gesundheitswirtschaft, Engpassanalyse und Arbeitskräftebedarf

Während im vorherigen Kapitel die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen und verschiedenen Merkmalen untersucht wurde, rücken in diesem Kapitel die in der Gesundheitswirtschaft ausgeübten Berufe in den Vordergrund. Zunächst folgt ein Überblick über die wichtigsten Berufe in der Gesundheitswirtschaft und im Kernbereich. Danach wird anhand einer Engpassanalyse betrachtet, ob und in welchen Gesundheitsberufen Fachkräfte knapp sind.

4.1 Berufsstruktur in der Gesundheitswirtschaft

In der Gesundheitswirtschaft arbeiten Beschäftigte nahezu aller Berufsordnungen, wenn auch in teilweise sehr geringer Anzahl. Neben den eigentlichen medizinischen Berufen – also Berufen, die in direktem Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Patienten stehen – sind vielfach weitere Berufe notwendig, um die Gesundheitsdienstleistungen in den verschiedenen Einrichtungen umfassend zu erbringen. Am häufigsten sind die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege vertreten, die unter anderem die Krankenpfleger*innen umfassen: sie werden von 12,4 Prozent aller Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ausgeübt (vgl. Tabelle 4). Es folgen Berufe in der Altenpflege mit einem Beschäftigungsanteil von 8,4 Prozent. Auf die drittstärkste Gruppe der medizinischen Fachangestellten entfällt ein Anteil von 6,8 Prozent, gefolgt von Büro- und Sekretariatskräften (4,0 %) und zahnmedizinischen Fachangestellten (3,7 %). Die weiteren Berufe sind alle deutlich schwächer vertreten: Jeweils unter drei Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft arbeiten in Berufen der Sozialverwaltung und -versicherung (2,7 %), als Arzt oder Ärztin oder in der Physiotherapie (je 2,6 %), in der Hauswirtschaft (2,3 %) oder in Berufen der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (1,9 %).⁴

Insgesamt erfassen die zehn Berufsuntergruppen mit den höchsten Beschäftigungsanteilen in der Gesundheitswirtschaft knapp die Hälfte (47,6 %) aller Beschäftigten in dieser Branche. Hierunter sind die eigentlichen Gesundheitsberufe wie Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege mehrheitlich im Kernbereich vertreten. Die Verteilung der Berufe in den jeweiligen Erweiterungsbereichen unterscheidet sich allerdings teilweise deutlich von der im Kernbereich.

⁴ Da in der Beschäftigungsstatistik u. a. Selbstständige nicht erfasst werden, bedeutet das, dass niedergelassene Ärzt*innen, selbstständige Apotheker*innen oder freiberuflich tätige Krankenpfleger*innen nicht in den Daten enthalten sind.

Tabelle 4: Die zehn am stärksten besetzten Berufe in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021

	Gesundheitswirtschaft		Kernbereich		Erweiterungsbereich 1		Erweiterungsbereich 2		Erweiterungsbereich 3	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft	699.626	100,0	475.629	100,0	50.210	100,0	87.228	100,0	86.559	100,0
Berufe Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.)	86.965	12,4	86.525	18,2	295	0,6	32	0,0	113	0,1
Berufe in der Altenpflege (o. S.)	58.827	8,4	58.754	12,4	39	0,1	4	0,0	30	0,0
Medizinische Fachangestellte (o. S.)	47.673	6,8	47.392	10,0	154	0,3	29	0,0	98	0,1
Büro- und Sekretariatskräfte (o. S.)	28.137	4,0	13.718	2,9	2.849	5,7	5.141	5,9	6.429	7,4
Zahnmedizinische Fachangestellte	26.140	3,7	26.010	5,5	*	*	79	0,1	43	0,0
Berufe Sozialverwaltung, -versicherung	19.167	2,7	49	0,0	*	*	18	0,0	19.098	22,1
Ärzt*innen (o. S.)	18.456	2,6	18.248	3,8	9	0,0	15	0,0	184	0,2
Berufe in der Physiotherapie	17.892	2,6	17.811	3,7	*	*	70	0,1	8	0,0
Berufe in der Hauswirtschaft	16.211	2,3	16.115	3,4	14	0,0	12	0,0	70	0,1
Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik	13.217	1,9	13.132	2,8	0	0,0	0	0,0	85	0,1
Summe der Top-10 in der Gesundheitswirtschaft	332.685	47,6	297.754	62,6	3.373	6,7	5.400	6,2	26.158	30,2

Anmerkung: o. S. bedeutet ohne Spezialisierung; dieser Zusatz wird im Folgenden nicht mehr ausgewiesen.

*Aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte von 1 oder 2 und Daten, aus denen rechnerisch auf einen solchen Zahlenwert geschlossen werden kann, anonymisiert.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

Für die fünf wichtigsten Berufe im Kernbereich stellt Tabelle 5 weitere Informationen hinsichtlich sozio-demografischer Merkmale bereit⁵. Alle diese Berufe werden in noch stärkerem Ausmaß von Frauen besetzt, als es in der Gesundheitswirtschaft ohnehin der Fall ist. So sind unter den zahnmedizinischen Fachangestellten 99,5 Prozent der Beschäftigten weiblich; unter den medizinischen Fachangestellten 98,9 Prozent. Mit 76,7 Prozent weisen Berufe in der Physiotherapie unter den Top-5-Berufen den niedrigsten Frauenanteil auf. Hinsichtlich der Teilzeitbeschäftigung besitzt die Altenpflege die höchste Teilzeitquote (59,7 %), während von den zahnmedizinischen Fachangestellten weniger als die Hälfte (44,6 %) in Teilzeit tätig ist. Im Durchschnitt des gesamten Kernbereichs arbeitet mehr als jede/r Zweite in Teilzeit. Auch hinsichtlich der Altersstruktur gibt es berufsspezifische Unterschiede. Deutlich jünger als der Durchschnitt sind insbesondere zahnmedizinische Fachangestellte, die unter den zentralen Berufen über den höchsten Anteil an unter 25-Jährigen (13,1 %) und den geringsten Anteil an über 55-Jährigen (13,0 %) verfügen. Bei der Betrachtung der Berufsabschlüsse fällt auf, dass der Anteil der Beschäftigten in der Altenpflege, die keinen Berufsabschluss haben, mit 12,7 Prozent

⁵ Der Beruf Ärzt*innen stehen an fünfter Stelle in der Top-5 der Berufe im Kernbereichs, werden hier aber aufgrund des hohen Anteils an selbstständigen und freiberuflich tätigen Ärzten nicht berücksichtigt. An dieser Stelle werden hier die Berufe in der Physiotherapie aufgenommen.

deutlich über dem Durchschnitt aller Berufe im Kernbereich (8,2 %) liegt. In den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege bewegt sich dieser Anteil mit 7,9 Prozent um den Durchschnitt; in den restlichen Berufen ist der Anteil dieser Beschäftigten deutlich niedriger. Den größten Anteil an Beschäftigten mit einem akademischen Berufsabschluss haben mit 20,5 Prozent Beschäftigte in Berufen der Physiotherapie.

Tabelle 5: Beschäftigte in den fünf zentralen Berufen des Kernbereichs in Baden-Württemberg nach ausgewählten Merkmalen

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021

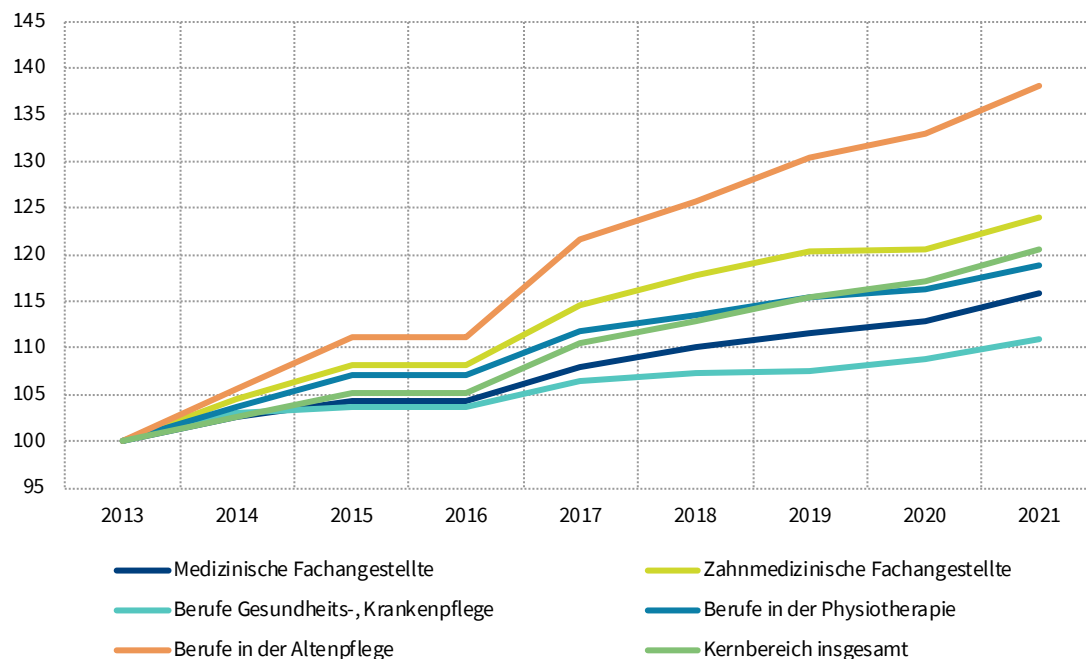
Berufshauptgruppe	Absolut SvB 2021	Anteile in Prozent							
		Frauen	Teilzeit	unter 25 Jahre	25 bis 54 Jahre	55 Jahre und älter	ohne Berufsabschluss	Anerkannter Berufsabschluss	Akademischer Berufsabschluss
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	86.525	85,4	52,1	9,3	65,6	25,1	7,9	84,4	5,4
Berufe in der Altenpflege	58.754	84,7	59,7	7,3	68,5	24,3	12,7	77,7	4,9
Medizinische Fachangestellte	47.392	98,9	52,5	9,4	69,3	21,3	2,4	92,7	2,6
Zahnmedizinische Fachangestellte	26.010	99,5	44,6	13,1	73,9	13,0	2,8	93,2	1,7
Berufe in der Physiotherapie	17.811	76,7	53,5	6,6	73,2	20,2	1,4	75,1	20,5
Beschäftigte im Kernbereich insgesamt	475.629	81,0	52,9	6,4	67,3	25,5	8,2	71,0	17,7

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Die Beschäftigung entwickelte sich in allen fünf zentralen Berufen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zwischen 2013 und 2021 sehr positiv, aber durchaus mit Unterschieden in der Zunahme (siehe Abbildung 9). Die Berufe in der Altenpflege verzeichneten mit einem Plus von 38,1 Prozent den stärksten Zuwachs. Verhaltener fiel hingegen die Zunahme in den Berufen der Physiotherapie (+18,8 %) und bei den medizinischen Fachangestellten (+15,9 %) aus. Eine relativ schwache Dynamik zeigte sich schließlich in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege mit einem Plus von 11,0 Prozent.

Abbildung 9: Beschäftigungsentwicklung in den wichtigsten Berufen des Kernbereichs in Baden-Württemberg

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) 2013 bis 2021, Stichtag 30.06., Index 2013 = 100



Anmerkung: Angaben zu den Beschäftigten nach der KldB 2010 sind erst ab 2013 verfügbar.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

4.2 Engpassanalyse

Die Analyse zur Identifikation von Fachkräfteengpässen in den Gesundheitsberufen orientiert sich am Vorgehen, das die BA für ihre statistische Engpassanalyse verwendet (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2020). Weil Engpässe nicht allein anhand eines Kriteriums abzugrenzen sind, werden hierbei verschiedene Indikatoren mit teilweise eigenen Grenzwerten berücksichtigt. Ihre Gesamtbetrachtung erlaubt es dann, Aussagen zu möglichen Engpässen in den einzelnen Bereichen des Arbeitsmarktes zu treffen.

Als ein zentraler Indikator dient die durchschnittliche abgeschlossene Vakanzzeit der bei der BA gemeldeten Arbeitsstellen in Tagen. Die Vakanzzeit bezeichnet die Zeit, die eine gemeldete Stelle über den gewünschten Besetzungstermin hinaus noch nicht besetzt ist. Hinweise auf einen Engpass gibt es z. B., wenn die Besetzung einer freien Stelle länger dauert als „üblich“ bzw. als von den Betrieben für vertretbar gehalten wird; oder wenn die Suche mangels Erfolgsaussichten aufgegeben wird. Demnach weisen Abweichungen in einzelnen Berufen von 30 bzw. 40 Prozent über dem Referenzwert (Vakanzzeit im Durchschnitt aller Berufe) auf deutliche Fachkräfteengpässe in dem Beruf hin (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018a).

Ein weiteres Maß, das in der Engpassanalyse Anwendung findet, ist die Arbeitssuchenden-Stellen-Relation. Je mehr potenzielle Bewerber für die Besetzung gemeldeter Stellen zur Verfügung stehen, desto leichter können die freien Stellen besetzt werden. Umgekehrt zeigt eine kleine Arbeitssuchenden-Stellen-Relation Stellenbesetzungsschwierigkeiten an.

Darüber hinaus wird die berufsspezifische Arbeitslosenquote herangezogen. Diese errechnet sich aus der Zahl der Arbeitslosen geteilt durch die Summe aus Arbeitslosen und Beschäftigten ohne Auszubildende im entsprechenden Beruf. Eine niedrige Arbeitslosenquote geht tendenziell mit einem hohen Fachkräfteengpass einher; umgekehrt dürfte bei einer hohen Arbeitslosenquote nicht von einem Fachkräfteengpass zu sprechen sein. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten liegen die Daten nur auf Ebene der Berufsgruppen (3-Steller der KldB 2010) in Kombination mit den Anforderungsniveaus vor. Für die Berufsgattungen (4-Steller + Anforderungsniveau) werden daher in der Engpassanalyse der Wert der jeweils übergeordneten Berufsgruppe und das jeweilige Anforderungsniveau herangezogen.

Ein zusätzliches Maß zur Identifikation von Engpässen ist die Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Ausländern. Hier wird angenommen, dass in Berufen mit Engpässen der Anteil der ausländischen Beschäftigung überdurchschnittlich steigen dürfte.

Die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit ist ein weiterer Indikator, den die BA zur Analyse von Engpässen verwendet. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit ab, in einem bestimmten Zielberuf im Folgemonat die Arbeitslosigkeit zu beenden. Die Chance, die Arbeitslosigkeit zu beenden, dürfte für Personen, die eine Beschäftigung in einem Engpassberuf suchen, sehr hoch sein. Umgekehrt dürfte es in Berufen mit geringen Abgangschancen auch kaum Engpässe geben.⁶

Tabelle 6 enthält die Ergebnisse der Engpassanalyse in den fünf zentralen Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg und Deutschland. Für die Berufe der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der der Physiotherapie weisen alle Indikatoren auf deutliche Fachkräfteengpässe für Deutschland und für Baden-Württemberg hin. Die durchschnittliche abgeschlossene Vakanzzeit weicht mit weit über 40 Prozent vom Referenzwert (Insgesamt) ab. Der berufsspezifische Arbeitslosenquotient liegt mit Werten zwischen 0,6 und 1,4 deutlich unter dem Grenzwert von 3 und zeigt, dass es in diesen Berufen sehr wenige arbeitslos gemeldete Fachkräfte gibt. Auch die Relation aus Arbeitssuchenden und Arbeitsstellen weist eine deutliche Abweichung nach unten vom Referenzwert auf. Bei den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege kommen demnach auf 100 gemeldete Arbeitsstellen, sogar nur 50 arbeitssuchende Fachkräfte. Die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit in Beschäftigung ist überdurchschnittlich hoch. Auch die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von Fachkräften mit ausländischer Nationalität gestaltete sich in den hier beschriebenen Gesundheitsberufen deutlich besser als im Durchschnitt; für die Berufe der Altenpflege stieg sie sogar mehr als sechsfach so stark im Vergleich zum Durchschnitt über alle Berufe.

Für die Berufe der medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten lassen sich die o. g. Befunde überwiegend ebenfalls bestätigen. Sowohl die berufsspezifischen Arbeitslosenquotienten, die Abgangsrate, die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowie die Arbeitssuchenden/Arbeitsstellen-Relation weisen auf einen Fachkräfteengpass im jeweiligen Berufsfeld hin. Einzig die Vakanzzeit erfüllt das Kriterium, so wie es die Statistik der BA bis 2020 verwendet hat, nicht. In Anlehnung an die neue

⁶ Weitergehende Informationen zur Methodik der Engpassanalyse und den Indikatoren, insbesondere deren Berechnungen, sind dem Methodenbericht der Bundesagentur für Arbeit (2020) zu entnehmen.

Methodik („Punktesystem“) kann man dennoch zumindest für den Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten von einem Fachkräfteengpass sprechen (Bundesagentur für Arbeit 2021b: 15).⁷

In der Gesamtbetrachtung gibt es demnach zumindest für vier der fünf hier analysierten zentralen Gesundheitsberufe auch im Jahr 2021 deutliche Anzeichen für einen Fachkräfteengpass. Zudem ist kaum zu erwarten, dass sich die angespannte Fachkräftesituation in den nächsten Jahren verbessern wird. So gehen Hummel et al. (2021: 8) davon aus, dass auch 2040 die Fachkräftesituation in den Gesundheitsberufen angespannt sein wird. Da sich den Projektionen zufolge die Suchdauern bis zur erfolgreichen Besetzung einer Stelle in einem Gesundheitsberuf bis 2040 weiter erhöht, könnten sich vorhandene Fachkräfteengpässe noch weiter verschärfen.

⁷ Bei Betrachtung auf 3-Steller-Ebene für die Berufsgruppe „Arzt- und Praxishilfe (811)“, in der die medizinischen Fachangestellten (8110) subsummiert sind, kommt die Statistik der BA ebenfalls auf einen Engpass (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2021a: 4).

Tabelle 6: Engpassindikatoren in den zentralen Gesundheitsberufen 2021 (Fachkraft-Anforderungsniveau)

Berufshauptgruppe	Arbeitsstellen		Beschäftigung		Arbeitslosigkeit			
	Bestand Gemeldete Arbeitsstellen	Durchschnittliche abgeschlossene Vakanzeit in Tagen	Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (ohne Auszubildende)	Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Ausländern (ohne Auszubildende)	Bestand Arbeitsuchende	Relation Arbeitsuchende/ Arbeitsstellen	Berufsspezifische Arbeitslosenquote	Abgangsrate
	2021		2019–2021		2021			
Baden-Württemberg								
Insgesamt	49.947	122	-0,4	4,7	130.306	2,6	2,7	23,7
Medizinische Fachangestellte	1.245	101	6,4	17,1	1.588	1,3	1,9*	31,5
Zahnmedizinische Fachangestellte	887	135	4,1	20,3	993	1,1	1,9*	32,9
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	1.518	222	2,7	28,8	807	0,5	0,6	31,8
Berufe in der Physiotherapie ¹⁾	707	204	2,9	22,6	655	0,9	1,4*	35,2
Berufe in der Altenpflege	1.159	217	4,5	30,2	587	0,5	0,9	32,1
Deutschland								
Insgesamt	407.158	131	-0,3	7,8	1.336.609	3,3	3,5	21,5
Medizinische Fachangestellte	8.397	92	5,3	22,2	15.029	1,8	2,0*	30,4
Zahnmedizinische Fachangestellte	5.435	125	3,0	22,8	8.153	1,5	2,0*	30,7
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	11.623	197	3,0	31,1	8.802	0,8	0,7	31,4
Berufe in der Physiotherapie ¹⁾	5.801	201	2,8	18,8	7.049	1,2	1,8*	32,4
Berufe in der Altenpflege	12.423	228	4,4	29,0	5.826	0,5	1,1	33,6

Anmerkung: Für die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten liegen die Daten nur auf Ebene der Berufsgruppen (3-Steller der KldB 2010) vor. Für die Berufsgattungen (4-Steller) wird daher in der Engpassanalyse der Wert der jeweils übergeordneten Berufsgruppe herangezogen. *: Wert für „Insgesamt“.

¹⁾ Werte beziehen sich auf die Summe der Fachkräfte, Spezialisten und Expert*innen.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit.

4.3 Arbeitslosigkeit

Im Folgenden sollen auch die Arbeitslosen in den Blick genommen werden, die einen der fünf ausgewählten Berufe als Zielberufe angegeben haben. Mit Zielberuf ist die Erwerbstätigkeit gemeint, die von Arbeitssuchenden primär angestrebt wird. Im Unterschied zur Engpassanalyse werden hier auch Helfer- und Anlern Tätigkeiten berücksichtigt, die ebenfalls als ein weiteres Potenzial zur Deckung des Arbeitskräftebedarfs in Frage kommen.

Im Jahresdurchschnitt 2021 waren in Baden-Württemberg insgesamt rund 247.800 Personen arbeitslos gemeldet, darunter fanden sich allerdings nur knapp 6.000 (2,4 %), die als Zielberuf einen der Top-5 im Gesundheitsbereich angaben. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit zwischen 2013 und 2021 verlief in Baden-Württemberg auffallend anders als in Gesamtdeutschland. Während dort die Arbeitslosigkeit in allen zentralen Berufen der Gesundheitswirtschaft zurückgegangen ist, zeigt sich für Baden-Württemberg, dass zwar die Arbeitslosigkeit von medizinischen Fachangestellten (-18,8 %) und in den Berufen der Physiotherapie (-8,2 %) gesunken, in den anderen zentralen Berufen jedoch gestiegen ist – allerdings jeweils ausgehend von einem sehr geringen Niveau. So sind unter den Top-5-Berufen mit Abstand die meisten Arbeitslosen in den Berufen der Altenpflege registriert. Dies waren in 2021 aber nur knapp 2.800 Personen (1,1 % aller Arbeitslosen; vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Arbeitsmarktstrukturelle Merkmale der Arbeitslosen

Zielberuf	Bestand 2021 (Jahresdurchschnitt)	Veränderung 2013–2021 in %	Veränderung 2019–2021 in %	SGB III (Anteil am Bestand 2021 in %)
Baden-Württemberg				
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	831	10,2	31,0	60,9
Berufe in der Altenpflege	2.768	7,9	27,7	45,2
Medizinische Fachangestellte	949	-18,8	22,4	76,6
Zahnmedizinische Fachangestellte	669	3,7	27,4	77,7
Berufe in der Physiotherapie	347	-8,2	25,1	59,4
Insgesamt	247.774	5,9	25,8	50,2
Deutschland				
Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	9.215	-7,9	11,2	47,9
Berufe in der Altenpflege	34.995	-4,7	16,1	33,2
Medizinische Fachangestellte	8.489	-26,1	10,1	68,0
Zahnmedizinische Fachangestellte	5.179	-14,3	20,3	69,2
Berufe in der Physiotherapie	3.332	-26,6	23,0	53,9
Insgesamt	2.613.489	-11,4	15,3	38,2

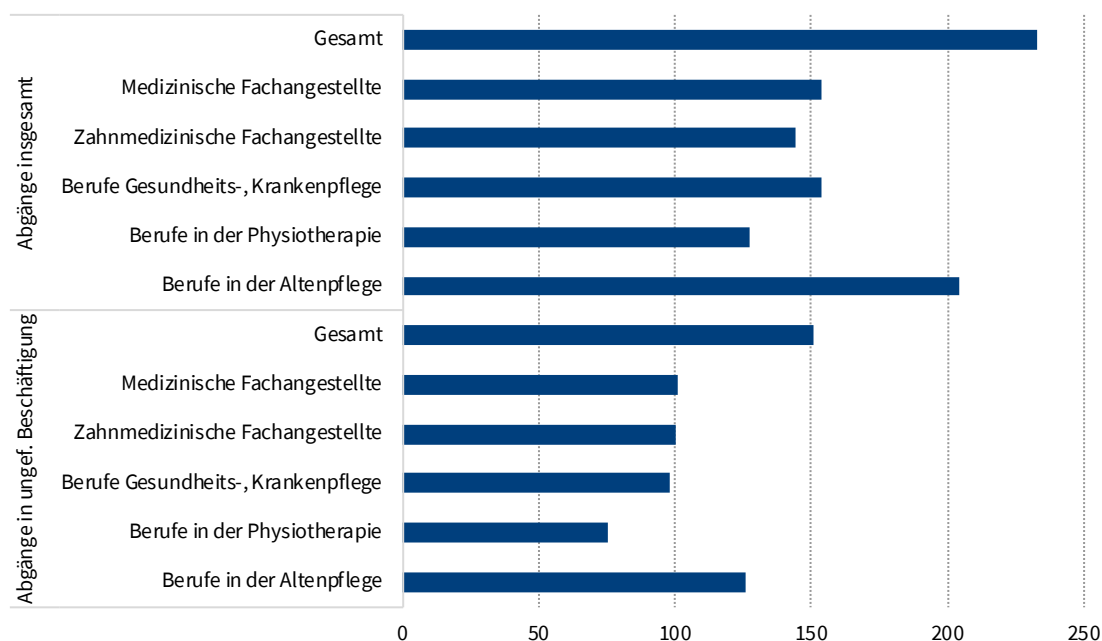
Quelle: Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Auffallend ist auch, dass Arbeitslose, die Beschäftigung in einem Gesundheitsberuf suchen, mit einem höheren Anteil im SGB III geführt werden als die Arbeitslosen insgesamt. Zum Rechtskreis des SGB III gehören Arbeitslose, die dem Arbeitsmarkt in der Regel näherstehen als die SGB II Arbeitslosen und die meist erst seit kurzer Zeit arbeitslos sind. Im Jahr 2021 betrug der Anteil der Arbeitslosen im Rechtskreis SGB III an allen Arbeitslosen in Baden-Württemberg 50,2 Prozent. In den zentralen Gesundheitsberufen fällt dieser Anteil, mit Ausnahme der Altenpflege, deutlich

höher aus. So beträgt der SGB-III-Anteil beispielsweise bei zahnmedizinischen Fachangestellten und in den Berufen der Physiotherapie 77,7 Prozent; die Altenpflege weist dagegen einen SGB-III-Anteil von 45,2 Prozent auf. Dieser geringe Anteil wird durch die Situation im Helferbereich geprägt. Dort liegt der SGB-III-Anteil bei 41,4 Prozent, unter den Fachkräften hingegen bei 72,3 Prozent.⁸

Dass Arbeitslose mit einem Zielberuf aus den Top-5-Berufen dem Arbeitsmarkt besonders nah stehen, zeigt sich auch daran, dass für diese die Zeiten in der Arbeitslosigkeit deutlich kürzer sind als für andere Arbeitslose. Während die durchschnittliche Dauer bei Beendigung einer Arbeitslosigkeit in 2021 233 Tage beträgt, liegt sie für die Top-5-Berufe zwischen 127 (Berufe in der Physiotherapie) und 204 (Berufe in der Altenpflege) Tagen. Werden nur die Abgänge in ungeforderte Beschäftigung betrachtet, sinken die Dauern nochmals deutlich (siehe Abbildung 10). Im Durchschnitt liegt für diese Abgangsart der Wert bei 151 Tagen. Der höchste Wert unter den Arbeitslosen mit einem Top-5-Zielberuf beträgt für die Altenpfleger*innen auch nur 126 Tage. Für die anderen Berufe fallen die Werte teilweise noch deutlich geringer aus.

Abbildung 10: Dauer bei Abgang aus Arbeitslosigkeit, Baden-Württemberg 2021
in Tagen



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es sich in rund 50 Prozent der Fälle von Arbeitslosigkeit in den Top-5 Gesundheitsberufen vermutlich eher um „Sucharbeitslose“ handelt, die schnell wieder Eingang in den Arbeitsmarkt finden und somit für den Gesundheitsbereich als Arbeitskräfte nutzbar sind. Die andere Hälfte der Arbeitslosen, die als Zielberuf einen der fünf zentralen Gesundheitsberufe angeben, konzentriert sich hingegen auf Helfertätigkeiten in der

⁸ Siehe Bundesagentur für Arbeit (2022) für eine ausführlichere Darstellung der Strukturmerkmalen von Arbeitslosen mit Zielberuf Altenpflege.

Altenpflege mit höheren Anteilen im arbeitsmarktfremeren SGB-II-Bereich. Allerdings fallen auch für die Arbeitslosen mit angestrebten Helfertätigkeiten in der Altenpflege die Dauern der Arbeitslosigkeit relativ gering aus.

4.4 Entgelt

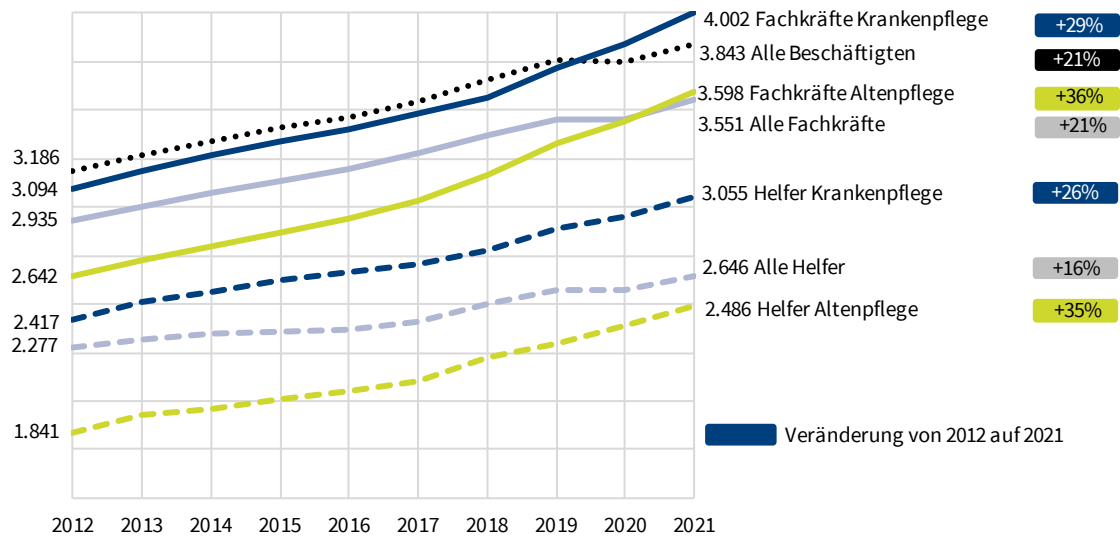
Das berufliche Entgelt beeinflusst zum einen die Attraktivität eines Berufs, und zum anderen ist die Entwicklung des Entgelts ein weiterer Indikator für mögliche Engpässe in einem Beruf. Steigt die Nachfrage nach Arbeitskräften bei zunächst gleichbleibendem Angebot, sollte nach der ökonomischen Theorie der Preis für Arbeit, d. h. der Lohn, steigen, sofern er frei verhandelbar ist und die Differenz zwischen Angebot und Nachfrage auf lokalen Arbeitsmärkten nicht entscheidend durch regionale Mobilität der Arbeitskräfte ausgeglichen wird. Wie die Engpassanalyse ergeben hat, sind insbesondere in den Berufen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege und damit in den beiden beschäftigungsstärksten Berufen in der Gesundheitswirtschaft überregional deutliche Fachkräfteengpässe festzustellen. Im Folgenden werden daher die Entgelte von Pflegekräften in Baden-Württemberg und in Deutschland auf Grundlage der Analysen von Carstensen/Seibert/Wiethölter (2021) dargestellt.

Die Entlohnung von Pflegekräften wird anhand der sozialversicherungspflichtigen Bruttomonatsentgelte aus der Beschäftigtenstatistik der BA ermittelt. Die Auswertungen beziehen sich auf das Entgelt zum Stichtag 31. Dezember eines Jahres. Dieses umfasst alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, also auch Sonderzahlungen, Schichtzuschläge oder sonstige Zulagen. Die statistischen Auswertungen über Entgelte werden durchgehend auf sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende) eingeschränkt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2012a), da in der Beschäftigungsstatistik der Stundenumfang der Arbeitszeit nicht erfasst wird. Es findet lediglich eine Einteilung in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung statt, sodass eine Berechnung der Stundenlöhne nicht möglich ist. Das Entgelt der Beschäftigten wird als Medianentgelt ermittelt.⁹

⁹ Der Median ist definiert als der Wert (hier des Entgelts) für den gilt, dass 50 Prozent der Beschäftigten weniger und die anderen 50 Prozent mehr verdienen. Er ist aussagekräftiger als eine Durchschnittsbetrachtung, die stärker auf Extremwerte an den Rändern der Verteilung reagiert. Zudem müssen die Arbeitgeber Entgeltangaben nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die Renten- und Arbeitslosenversicherung angeben. Diese lag 2021 bei einem monatlichen Bruttoentgelt von 7.100 Euro in Westdeutschland und 6.700 Euro in Ostdeutschland. Übersteigt das sozialversicherungspflichtige Entgelt für den Meldezeitraum diese Grenze, gibt der Arbeitgeber gemäß den Melderegeln lediglich den Entgeltbetrag der Bemessungsgrenze an. Das Entgelt ist damit „zensiert“ und es ist keine Durchschnittsberechnung möglich (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2010: 9). Für die Entgelte in den Pflegeberufen spielt die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze kaum eine Rolle.

Abbildung 11: Entwicklung der monatlichen Bruttoentgelte in ausgewählten Pflegeberufen in Baden-Württemberg, 2012 bis 2021

Jeweils 31.12. Entgelte in Euro, Veränderung in Prozent



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Abbildung 11 verdeutlicht, dass in den Pflegeberufen, in denen Arbeitskräfte laut Engpassanalyse besonders knapp sind, die Entgelte in Baden-Württemberg seit 2012 überdurchschnittlich stark gestiegen sind. Das gilt für die Fachkräfte in der Krankenpflege (+29 %) und mehr noch für jene in der Altenpflege mit einem Zuwachs von 36 Prozent. Auch für die Helfer*innen in Kranken- und Altenpflege ergeben sich ähnlich große Entgelterhöhungen.

Das Medianeinkommen der Fachkräfte in der Krankenpflege übersteigt in Baden-Württemberg das Einkommen aller Beschäftigten, die in Fachkraftberufen arbeiten um ca. 450 Euro (siehe auch Tabelle 8). Eine qualifizierte Tätigkeit in Vollzeit als Krankenpfleger*in ist in finanzieller Hinsicht also vergleichsweise attraktiv. Dies gilt in Baden-Württemberg umso mehr, da das mittlere Einkommen der Krankenpfleger*innen hier mit 4.002 Euro sogar noch um 135 Euro höher ausfällt als im westdeutschen Durchschnitt (Tabelle 8).

Aufgrund der hohen Lohnsteigerungen für die Fachkräfte in der Altenpflege in Baden-Württemberg wird dort inzwischen ein Medianeinkommen erzielt, das das mittlere Einkommen aller Fachkraftberufe noch übertrifft. 2012 hatten die Fachkräfte in der Altenpflege noch rund 300 Euro (11 %) weniger verdient als der Durchschnitt, also nur 2.642 Euro. Gleichwohl ergibt sich zwischen dem Medianentgelt von Fachkräften in der Krankenpflege und der Altenpflege in 2021 immer noch eine Differenz von ca. 400 Euro.

Tabelle 8: Monatliche Bruttoentgelte für Fachkräfte nach Bundesländern, 31.12.2021
in Euro

	Fachkräfte Krankenpflege	Fachkräfte Altenpflege	Alle Fachkraftberufe	Alle Beschäftigten
Deutschland	3.807	3.344	3.259	3.516
Westdeutschland	3.867	3.405	3.372	3.626
Ostdeutschland	3.578	3.111	2.758	3.007
01 Schleswig-Holstein	3.781	3.267	3.118	3.254
02 Hamburg	3.808	3.474	3.475	3.962
03 Niedersachsen	3.713	3.205	3.200	3.366
04 Bremen	3.904	3.409	3.388	3.668
05 Nordrhein-Westfalen	3.886	3.405	3.358	3.566
06 Hessen	3.825	3.306	3.458	3.799
07 Rheinland-Pfalz	3.824	3.347	3.312	3.449
08 Baden-Württemberg	4.002	3.598	3.551	3.843
09 Bayern	3.875	3.491	3.352	3.663
10 Saarland	4.048	3.343	3.416	3.514
11 Berlin	3.797	3.428	3.178	3.631
12 Brandenburg	3.426	3.111	2.728	2.878
13 Mecklenburg-Vorpommern	3.517	3.057	2.634	2.785
14 Sachsen	3.556	2.983	2.619	2.857
15 Sachsen-Anhalt	3.522	2.955	2.714	2.855
16 Thüringen	3.584	3.145	2.703	2.807

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Tabelle 9: Monatliche Bruttoentgelte für Helfer*innennach Bundesländern, 31.12.2021
in Euro

	Helfer innen Krankenpflege	Helfer*innen Altenpflege	Alle Helferberufe	Alle Beschäftigten
Deutschland Gesamt	2.867	2.352	2.426	3.516
Westdeutschland	2.945	2.408	2.492	3.626
Ostdeutschland	2.572	2.221	2.167	3.007
01 Schleswig-Holstein	2.672	2.327	2.343	3.254
02 Hamburg	3.101	2.497	2.358	3.962
03 Niedersachsen	2.742	2.254	2.401	3.366
04 Bremen	2.823	2.452	2.417	3.668
05 Nordrhein-Westfalen	2.964	2.550	2.464	3.566
06 Hessen	2.790	2.296	2.420	3.799
07 Rheinland-Pfalz	3.016	2.319	2.455	3.449
08 Baden-Württemberg	3.055	2.486	2.646	3.843
09 Bayern	2.982	2.474	2.536	3.663
10 Saarland	2.848	2.424	2.532	3.514
11 Berlin	2.745	2.292	2.251	3.631
12 Brandenburg	2.513	2.186	2.149	2.878
13 Mecklenburg-Vorpommern	2.337	2.155	2.116	2.785
14 Sachsen	2.471	2.194	2.183	2.857
15 Sachsen-Anhalt	2.594	2.178	2.163	2.855
16 Thüringen	2.604	2.190	2.125	2.807

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Für die Krankenpflegehelfer*innen in Baden-Württemberg (Tabelle 9) zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie für die Fachkräfte in diesem Berufsfeld: das mittlere Entgelt liegt deutlich – um über 400 Euro – höher als im Mittel der Helfertätigkeiten insgesamt. In Baden-Württemberg fällt der Lohn für die Helfer*innen im regionalen Vergleich zudem ohnehin besonders hoch aus. Für die Helfer*innen in der Altenpflege ergibt sich trotz der ausgeprägten Lohnsteigerungen der letzten Jahre hingegen eine nach wie vor relativ ungünstige finanzielle Situation: es wird dort (2.486 Euro) 160 Euro weniger verdient als im Durchschnitt der Helferberufe. Der Lohnabstand beträgt somit etwas mehr als 6 Prozent. In 2012 lag er allerdings noch bei 19 Prozent.

Aufgrund der teilweise unterschiedlichen Entwicklung der Entgelte hat sich in den letzten Jahren die finanzielle Anreizstruktur für die Berufsausbildung ebenfalls verändert: in 2012 erzielten Vollzeit-Fachkräfte in der Altenpflege ein Medianentgelt, das nur 8 Prozent über dem Verdienst der Helfer*innen in der Krankenpflege lag, eine qualifizierte Ausbildung in der Altenpflege zahlte sich also damals nur wenig aus. In 2021 beträgt der so gemessene Unterschied im mittleren Entgelt immerhin 15 Prozent. Es lohnt sich folglich finanziell etwas stärker als in der Vergangenheit, in eine Ausbildung in der Altenpflege zu investieren.¹⁰ Wie eine erst kürzlich veröffentlichte Studie von Kugler (2022) zeigt, stellt das erwartete Einkommen einen wichtigen Faktor für die Entscheidung dar, eine Ausbildung als Pflegefachkraft zu beginnen.¹¹ Für die mittleren Entgelte von Helfer*innen und Fachkräften insgesamt ergibt sich noch eine größere relative Lohnlücke von über 25 Prozent, hier fallen die Anreize für eine Ausbildung also noch stärker aus.

Löhne in der Pflege unterscheiden sich nicht nur nach dem konkreten Pflegeberuf, sondern in Abhängigkeit von der Pflegeeinrichtung. Für alle Pflegeberufe gilt, dass in Krankenhäusern in Deutschland die höchsten Entgelte erzielt werden und in der ambulanten Pflege die geringsten (Tabelle 10). Die Unterschiede betragen teilweise bis zu 850 Euro (vgl.

Carstensen/Seibert/Wiethölter 2021). Diese ausgeprägten Differenzen sind in den unterschiedlichen Versicherungssystemen (Krankenversicherung vs. Pflegeversicherung) zu verorten, aber auch in der Betriebsgröße – und der damit verbundenen unterschiedlichen Tarifbindung. So profitieren Gesundheits- und Krankenpfleger in den Krankenhäusern von Nacht-, Wochenend- und Feiertagszuschlägen (vgl. Fuchs/Fritzsche 2019: 35). Schließlich hat häufig auch die Trägerschaft der Einrichtung (privat, gemeinnützig, öffentlich) einen Einfluss.

¹⁰ Zum 01.01. 2020 wurde die Pflegeausbildung reformiert. An die Stelle der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen und der Altenpfleger*innen tritt mit der Pflegefachkraft eine generalistische Ausbildung in Kraft, die erst im dritten Ausbildungsjahr eine Spezialisierung vorsieht. Aufgrund der Neuregelung kommt es zukünftig zu statisch bedingten Verzerrungen in der Differenzierung von Fachkräften in der Kranken- und der Altenpflege. In den vorliegenden Auswertungen spielen diese Ungenauigkeiten noch keine Rolle, weil die Auswirkungen erst ab Ende des Ausbildungsjahres 2022/23 zu sehen sein werden.

¹¹ Allerdings spielt – vor allem für Hauptschüler*innen – auch das Image des Berufs eine sehr große Rolle – siehe Ebbinghaus (2022).

Tabelle 10: Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften nach Art der Pflegeeinrichtung, 31.12.2021
in Euro

	Krankenhäuser	Stationäre Pflege ¹⁾	Ambulante Pflege	Wirtschaft Insgesamt
Deutschland				
Fachkräfte Krankenpflege	3.938	3.193	3.088	3.807
Fachkräfte Altenpflege	3.694	3.375	3.038	3.344
Helfer*innen Krankenpflege	3.099	2.636	2.331	2.867
Helfer*innen Altenpflege	2.974	2.383	2.263	2.352
Westdeutschland				
Fachkräfte Krankenpflege	3.984	3.234	3.134	3.867
Fachkräfte Altenpflege	3.732	3.421	3.078	3.405
Helfer*innen Krankenpflege	3.170	2.735	2.406	2.945
Helfer*innen Altenpflege	3.012	2.416	2.319	2.408
Ostdeutschland				
Fachkräfte Krankenpflege	3.759	3.070	2.961	3.578
Fachkräfte Altenpflege	3.534	3.148	2.921	3.111
Helfer*innen Krankenpflege	2.912	2.285	2.233	2.572
Helfer*innen Altenpflege ²⁾	2.804	2.238	2.213	2.221

Anmerkung: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit im Jahr 2021.

¹⁾ Summe aus 871 Pflegeheime und 873 Altenheime; Alten- u. Behindertenwohnheime (WZ 2008).

²⁾ Entgelte für die Krankenhäuser sind aufgrund von zu geringen Fallzahlen ungenau.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

5 Beschäftigungs- und Berufsverbleib in ausgewählten Gesundheitsberufen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde anhand von Querschnittsdaten gezeigt, wie sich die Berufsstruktur und die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg darstellen. Aussagen darüber, wie lange Personen tatsächlich im Beruf oder in Beschäftigung verbleiben und welche Faktoren einen Einfluss auf die Dauer von Beschäftigungsverhältnissen nehmen, können damit nicht getroffen werden. Sie sind aber speziell vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Fachkräftesicherung von enormer Bedeutung. Analysen zu Berufs- und Beschäftigungsverläufen helfen Hinweise darauf zu bekommen, wie Fachkräfteengpässen im Gesundheitsbereich zu entgegnen ist, bzw. wie potenzielle Fachkräfte (zurück) gewonnen werden können. Kurze Beschäftigungsverhältnisse, häufige Wechsel des Berufs, lange Unterbrechungen können Anzeichen für ungünstige Beschäftigungsbedingungen sein, die dazu führen, dass es zunehmend schwieriger wird, Beschäftigte langfristig im Gesundheitsbereich zu halten und/oder neues Personal zu rekrutieren.

Als Datengrundlage für die folgenden Darstellungen verwenden wir Individualdaten, deren Analyse entsprechende Aussagen über Erwerbsverläufe zulassen. Struktur und Aufbereitung der

Daten werden im nächsten Kapitel erläutert. In den Analysen wird zunächst der Frage nachgegangen, wie lange Personen im jeweiligen Gesundheitsberuf arbeiten (Verweildauer), bevor es zu einem Beschäftigungsende kommt und welche Faktoren die Verweildauer im Beruf beeinflussen. Wir untersuchen dabei die Dauer eines Beschäftigungsverhältnisses in einem Beruf und nicht den Verbleib in Beschäftigung im Gesundheitsbereich insgesamt. Daran anschließend analysieren wir, wie der weitere Erwerbsverlauf einer Person aussieht, die eine Beschäftigung im Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg begonnen hat.

Abschließend wird über einen 10-Jahres Zeitraum im Rahmen einer Verbleibsanalyse untersucht, wie lange Personen im Gesundheitsbereich verblieben sind: zum einen speziell in ihrem Beruf und zum anderen grundsätzlich im Gesundheitsbereich (unabhängig vom Beruf).

5.1 Daten und Abgrenzungen

Für die folgenden Analysen greifen wir auf vollständige historisierte Prozessdaten der BA, die Integrierten Erwerbsbiografien (IEB), zurück. Die IEB führen Datensätze aus unterschiedlichen Verfahren zusammen, enthalten somit tagesgenaue Angaben u. a. zu sozialversicherungspflichtiger und geringfügiger Beschäftigung, zum ausgeübten Beruf, Wirtschaftszweig, Zeiten der Arbeitslosigkeit, Entgelt, Arbeitsort, Alter, Geschlecht, Nationalität und weitere Merkmale, so dass Erwerbsverläufe auf Personenebene nachvollzogen werden können. Nicht enthalten sind demnach Daten für Selbständige und Beamte.

Im Hinblick auf unsere Frage nach dem Beschäftigungs- und Berufsverbleib wurde die Untersuchungspopulation wie folgt in den Daten identifiziert: Personen, die in Baden-Württemberg im Gesundheitsbereich (siehe Kapitel 2) sozialversicherungspflichtig (ohne Auszubildende) beschäftigt sind.¹² In den Analysen zur „Berufstreue“, also der Frage danach, wie lange Personen im Gesundheitsbereich in ihrem Beruf tätig bleiben, beschränken wir uns auf Beschäftigte, die einen der in Kapitel 4.1 aufgeführten Top-5-Gesundheitsberufe ausüben. Es werden dabei nur jene Personen berücksichtigt, die ein Beschäftigungsverhältnis im Gesundheitsbereich innerhalb des Zeitraums vom 01.01.2000 – 31.12.2010 in Baden-Württemberg begannen und die zum Beginn der Beschäftigung mindestens 18 Jahre und höchstens 52 Jahre alt waren. Da der Datenrand der aktuellen IEB bis Ende 2020 reicht, können wir somit den Erwerbsverlauf von Personen für mindestens zehn Jahre beobachten. Aufgrund der Altersbeschränkung von 52 Jahren sollten somit Beendigungen von Beschäftigung aufgrund des Erreichens der gesetzlichen Altersrente, die die Dauern der Beschäftigungsverhältnisse künstlich verkürzen würden, kaum eine Rolle spielen.

Mit Blick auf den langen Beobachtungszeitraum ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es im Zuge der Umstellung der KldB 1988 zur KldB 2010 umfangreiche Neuerungen der Zuordnungen/Struktur der Berufe und deren Berufsbezeichnungen gab. Diese können ggf. statistische Ungenauigkeiten bei den Analysen auf Berufsebene hervorrufen, wenn es aufgrund von fehlenden Meldungen in der Umstellungsphase zu künstlichen Unterbrechungen/Beendigungen kommt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2012b). Um diese

¹² Sollten mehrere Beschäftigungen im selben Zeitraum vorliegen, wurde jeweils die Hauptbeschäftigung genommen. Ist eine Person gleichzeitig sozialversicherungspflichtig und geringfügig beschäftigt, so wird erstere als Hauptbeschäftigung betrachtet. Bei mehreren zeitgleichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen wird das Beschäftigungsverhältnis mit dem höchsten Entgelt als Hauptbeschäftigung definiert.

statistischen Artefakte möglichst zu vermeiden bzw. zu reduzieren, haben wir analog zum Vorgehen der Statistik der BA (Bundesagentur für Arbeit 2012b: 9) für alle Beschäftigungsverhältnisse in dem betroffenen Zeitraum, für die keine Daten gemeldet wurden, den vorher gemeldeten Beruf verwendet.

Da einige Berufe wie z. B. Bürokräfte und die medizinischen und zahnmedizinischen Fachassistent*innen in der neuen KldB anders abgegrenzt sind als zuvor, sind Beschäftigtenzahlen und -dauern über die Klassifikationen hinweg nicht vergleichbar. Daher haben wir die Abgrenzungen der Berufe jeweils getrennt nach der Gültigkeit der jeweiligen KldB vorgenommen. D. h. bis 31.12.2011 nach der KldB 1988 und ab 01.01.2012 nach der KldB 2010.¹³

Zudem ist anzumerken, dass die Altenpfleger*innen in der KldB 1988 nicht eindeutig identifiziert werden können, da sie in der Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen/Sozialpfleger*innen geführt werden. Daher werden bis Ende 2011 nur jene Beschäftigten im genannten Beruf berücksichtigt, die auch im Gesundheitsbereich arbeiten. Wir unterstellen also in Anlehnung an Fuchs/Fritzsche (2019), dass Altenpfleger*innen zum größten Teil auch im Gesundheitsbereich arbeiten, während Sozialarbeiter*innen typischerweise in anderen Branchen (z. B. Wohlfahrtspflege/Jugendhilfe, Erwachsenenbildung, Eingliederung und Pflege von Behinderten) beschäftigt sind. Um zu analysieren, ob sich die Verweildauer von Beschäftigungsverhältnissen im Gesundheitsbereich substantiell von solchen in anderen Wirtschaftsbereichen unterscheidet, wurden als Vergleichsgruppen die Bürokräfte, Beschäftigte in Handwerksberufen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014) und Erzieher*innen herangezogen.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Abgrenzung unserer Untersuchungspopulation. Bei der Berechnung der Dauern der Beschäftigungs- und in unserem Fall vor allem der Berufsverhältnisse orientieren wir uns am Vorgehen der Statistik der BA (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018b): Zum einen werden Unterbrechungen aufgrund von Erziehungszeiten und Krankengeldbezug dann nicht berücksichtigt, wenn die Person wieder im selben Beruf arbeitet wie vor der Unterbrechung. Zum anderen werden Unterbrechungen bis zu 62 Tagen als unschädlich betrachtet. Im Kontext des gesamten Erwerbsverlaufs einer Person sind solche kurzen Unterbrechungszeiten zwischen Beschäftigungen nicht unüblich und spielen eine untergeordnete Rolle. Darüber hinaus werden nur Beschäftigungszeiten für Berufe berücksichtigt, die mindestens 7 Tage dauern.

Das bedeutet somit, dass Beschäftigungen mit einer Unterbrechung (unter 62 Tagen), in der der Betrieb gewechselt bzw. das formale Beschäftigungsverhältnis beendet wird, aber anschließend im selben Beruf weitergearbeitet wird, als Beschäftigungen im gleichen Beruf betrachtet werden. Der Wechsel unterbricht die Dauerberechnung aber nicht. Auf der anderen Seite werden Beschäftigungsverhältnisse, die zwar formal im selben Betrieb fortbestehen, aber innerhalb dessen der Beruf gewechselt wird (z. B. von Helfer-Krankenpflege auf Krankenpfleger*innen; Hebammen), als zwei Beschäftigungsverhältnisse berücksichtigt, für die die Dauern getrennt berechnet werden.

¹³ Der Umsteigeschlüssel kann über Bundesagentur für Arbeit (2013) abgerufen werden.

Tabelle 11: Abgrenzung der Untersuchungspopulation

Gesundheitsbereich	Kernbereich, E1 – E3 (siehe Tabelle 1)
Gesundheitsberufe nach KldB 1988 // KldB 2010	853: Krankenpfleger*innen, Hebammen // 81302: Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten
	861: Sozialarbeiter*innen, Sozialpfleger*innen (Personen, die auch in der Gesundheitsbranche tätig sind = Altenpfleger*innen) // 8210: Berufe in der Altenpflege (o. S.)
	856: Sprechstundenhelfer // 8111, 8110: (Zahn-) medizinische Fachangestellte
	854: Helfer*innen in der Krankenpflege // 81301 - Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.) – Helfer/Anlernertätigkeiten
	852: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe // 8171: Berufe in der Physiotherapie
Vergleichsberufe ¹⁴	781: Bürofachkräfte
	Berufsaggregat Handwerk
	864 - Erzieher*innen // 8311: Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung
Zugangsbetrachtung	Zeitraum 01.01.2000 – 31.12.2010
Alter	Mindestens 18 Jahre, maximal 52 Jahre bei Beginn der Beschäftigung
Arbeitsort	Baden-Württemberg
Beschäftigung	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ohne Ausbildungsverhältnisse
Unterbrechungen	Bis 62 Tage und bei Beendigung aufgrund von Erziehungszeit und Krankengeld unschädlich, sofern nach der Unterbrechung derselbe Beruf ausgeübt wird

5.2 Dauer von Beschäftigungen im Gesundheitsbereich

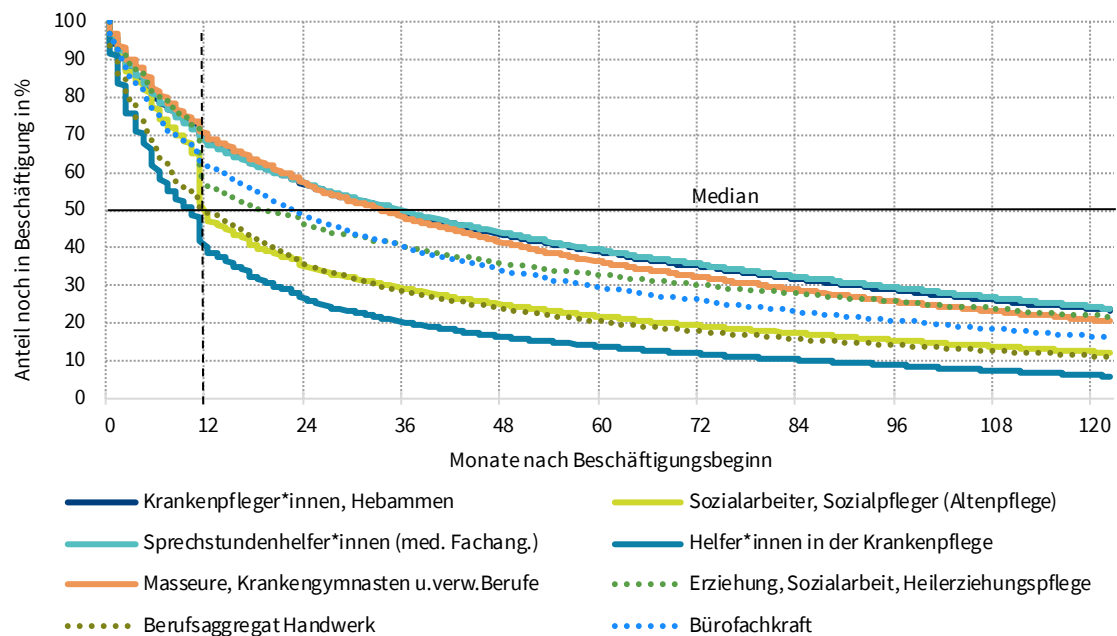
Im Rahmen einer Verweildaueranalyse wird untersucht, wie lange eine Person in einem Beruf im Gesundheitsbereich tätig ist, bevor es zu einem Berufswechsel bzw. einer Unterbrechung kommt. Die Ergebnisse für die Top-5-Berufe im Gesundheitsbereich werden mit jenen für die Beschäftigten in Handwerksberufen, Bürokräften und Erzieher*innen verglichen.

5.2.1 Verweildaueranalyse

Abbildung 12 gibt einen Überblick über die entsprechenden Verweildauern in den genannten Berufen. Die horizontale Achse zeigt die einzelnen Monate nach Beschäftigungsbeginn an; die vertikale Achse den Anteil der Beschäftigten, die noch im Beruf arbeiten. Zunächst können wir über alle Berufsgruppen feststellen, dass die Kurve v. a. in den ersten zwölf Monaten nach dem jeweiligen Beschäftigungsbeginn steiler abfällt als im weiteren Verlauf. Das heißt, die Beschäftigung in allen betrachteten Berufen wird deutlich häufiger im ersten Jahr der Beschäftigung beendet als zu einem späteren Zeitpunkt.

¹⁴ Die Bürokräfte nach KldB 1988 verteilen sich in der KldB 2010 auf folgende 5-Steller: 71402, 21112, 42312, 53322, 61312, 63122, 71302, 71382, 71412, 71512, 71522, 73112, 73162, 73202, 73212, 73222, 73232, 73242, 73252, 73282, 73312. Folgende Handwerksberufe (3-Steller) wurden ausgehend vom Berufsaggregat Handwerk (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014) in der KldB 1988 identifiziert und umgeschlüsselt: 081, 091, 101, 131, 134, 135, 121, 144, 512, 183, 184, 503, 634, 837, 173, 163, 270, 284, 291, 286, 281, 282, 283, 313, 314, 312, 306, 354, 341, 331, 361, 351, 356, 492, 371, 374, 372, 378, 422, 421, 432, 391, 401, 442, 441, 452, 453, 466, 461, 462, 463, 465, 483, 511, 482, 451, 485, 261, 262, 484, 263, 252, 804, 934, 931, 901, 902, 304, 303, 491, 182, 514, 102, 232, 834, 305.

Abbildung 12: Verweildauer von Beschäftigten im Gesundheitsbereich nach Beruf



Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

Zwischen den Berufen gibt es teils deutliche Unterschiede hinsichtlich der Dauer der Beschäftigungen. So sind nach 12 Monaten nur noch ca. 40 Prozent der Krankenpflegehelfer*innen in ihrem Beruf tätig.¹⁵ Unter den examinierten Krankenpfleger*innen sind es hingegen noch 70 Prozent. Dieser Unterschied bleibt bestehen, wenn der Median betrachtet wird, also der Wert, der den Zeitpunkt angibt, zu dem genau die Hälfte der begonnenen Beschäftigungen wieder beendet sind. Demnach sind nach 35 Monaten (also nach knapp drei Jahren) 50 Prozent der examinierten Kräfte noch in ihrem ursprünglich ausgeübten Beruf tätig, bei den Helfer*innen liegt der Median bei nur 10 Monaten. Für die Berufe in der Krankenpflege zeigen die deskriptiven Ergebnisse, dass die formale Qualifikation einen deutlichen positiven Einfluss auf die Beschäftigungsdauer im Beruf zu haben scheint. Dies gilt auch für die Sprechstundenhelfer*innen und Masseur*innen, die eine ähnlich hohe Verweildauer im Beruf haben und deren Ausübung im Regelfall eine Ausbildung voraussetzt. Beschäftigte in der Altenpflege wechseln demgegenüber früher den Beruf bzw. die Dauer im Beruf ist im Vergleich zu den o. g. deutlich kürzer. So ist ca. die Hälfte der Altenpfleger*innen nach zwölf Monaten (für mindestens 62 Tage) nicht mehr im Beruf tätig. Bemerkenswert ist dies auch verglichen mit den anderen Berufen. So sind Erzieher*innen und Bürokräfte nach 12 Monaten noch zu ca. 57 bzw. 62 Prozent durchgehend im Beruf tätig. Bei den Handwerker*innen sind es dagegen wie bei den Altenpfleger*innen nur ca. 50 Prozent; also ebenfalls deutlich weniger im Vergleich zu dem examinierten Krankenpfleger*innen, Masseur*innen und Sprechstundenhelfer*innen. Diese Unterschiede zeigen sich größtenteils auch nach zehn Jahren.

¹⁵ Insbesondere bei Helfer*innen in der Krankenpflege und Personen in der Altenpflege sinkt der jeweilige Anteil der weiterhin Beschäftigten nach zwölf Monaten stark ab. Für Personen in beiden Berufen gilt, dass sie anschließend überwiegend zunächst nicht beschäftigt sind. Der Anteil in Nicht-Beschäftigung beträgt bei Helfer*innen (Personen in der Altenpflege) nach einem Monat 83 (86) Prozent. Auch sechs Monate später sind noch 75 (78) Prozent nicht beschäftigt. Die weiteren Erwerbsverläufe werden in Kapitel 5.3.2 noch eingehender analysiert.

Krankenpfleger*innen und Sprechstundenhelfer*innen sind weiterhin am längsten im ursprünglich ausgeübten Beruf tätig im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen. Knapp 25 Prozent arbeiten demnach nach zehn Jahren noch im selben Beruf. Bei den Krankenpflegehelfer*innen sind es hingegen nur noch ca. sechs Prozent. Die Beschäftigten in den (qualifizierten) Gesundheitsberufen scheinen somit eine deutlich längere Verweildauer im Beruf zu haben als in den Vergleichsberufen bzw. als die Krankenpflegehelfer*innen und die Altenpfleger*innen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit Analysen von Krocze (2021).

5.2.2 Einflussfaktoren auf die Verweildauer in Berufen im Gesundheitsbereich

Mögliche Ursachen für die in Abbildung 12 aufgezeigten Unterschiede sollen nun näher analysiert werden. Daher untersuchen wir mittels einer Regressionsanalyse, welchen Einfluss soziodemografische, berufliche und weitere Faktoren auf die Dauer von beruflichen Beschäftigungsverhältnissen von Personen im Gesundheitsbereich nehmen. Die in Tabelle 12 enthaltenen „marginalen Effekte“ geben jeweils an, um wie viel länger oder kürzer die durchschnittliche Verweildauer einer Person im Beruf im Vergleich zu der jeweiligen Basiskategorie ist.¹⁶ Bspw. dauern die Beschäftigungsverhältnisse von Frauen (unter Berücksichtigung aller anderen Faktoren, die in der Regressionsanalyse aufgenommen wurden) ca. 208 Tage länger als die der Männer (Basiskategorie), deren durchschnittliche Verweildauer bei ca. 1.648 Tagen liegt.¹⁷ Anhand des jeweiligen Wertes des marginalen Effektes lässt sich die Stärke des Einflusses der einzelnen Variablen (z. B. Geschlecht, Alter usw.) auf die Beschäftigungsdauer auch unmittelbar vergleichen.

Demnach sind wie beschrieben die Chancen im jeweiligen Beruf zu verweilen für Frauen größer als für Männer. Unterbrechungen von Erwerbsbiographien aufgrund von Elternzeit sind für Frauen von größerer Bedeutung, wurden in unseren Analysen aber nicht als Unterbrechung berücksichtigt, sofern bei der Anschlussbeschäftigung derselbe Beruf und dieselbe Arbeitszeit ausgeübt wird. Der Zusammenhang zwischen der Verweildauer und Kindern im Haushalt ergibt, dass Personen mit Kindern kürzere Beschäftigungen im Vergleich zu Personen ohne Kinder haben. Dieser Effekt verstärkt sich noch, wenn das jüngste Kind unter drei Jahre alt ist. In diesem Fall beträgt der Unterschied zu den Kinderlosen 66 Tage.

Als weitere Faktoren wurden die Arbeitszeit, die Höhe des Entgelts, die Berufserfahrung und Zeiten der Arbeitslosigkeit (beides gemessen in Tagen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn einer Beschäftigung) und auch die Arbeitszeit berücksichtigt. Hier zeigt sich, dass Teilzeitbeschäftigte deutlich länger in ihrem Beruf verweilen als Vollzeitbeschäftigte. Die Arbeitszeit hat in unseren Analysen demnach den dritthöchsten marginalen Effekt auf den Verbleib im Beruf. Über 1,5 Jahre dauern die Teilzeit-Beschäftigungsverhältnisse länger als die von Vollzeitbeschäftigten. Möglicherweise wird Teilzeitbeschäftigung bewusst gewählt, weil sich Vollzeitbeschäftigung nicht realisieren lässt und die gewählten Berufe Teilzeitbeschäftigung ermöglichen. Teilzeitbeschäftigung wird zum überwiegenden Teil von Frauen ausgeübt, häufig

¹⁶ Zu der Interpretation und Berechnung der marginalen Effekte siehe Williams (2021).

¹⁷ Weil relativ viele Beschäftigungen schon nach kurzer Zeit beendet werden, gleichzeitig aber die restlichen Beschäftigungsverhältnisse sehr lange dauern, ist die Verteilung der Beschäftigungsdauern sehr ungleich. Dies führt dazu, dass der Durchschnittswert sich stark vom Median unterscheidet, weil bei letzterem nur betrachtet wird, wie lange es dauert, bis die Hälfte aller Beschäftigungen beendet wird. Wie lange die restlichen Beschäftigungen dauern, spielt bei der Berechnung des Medians keine Rolle, beeinflusst aber sehr wohl den Durchschnittswert.

als Folge der Übernahme von Betreuungspflichten. Insbesondere in den Pflegeberufen spielt aber auch eine wichtige Rolle, dass Vollzeitarbeit als zu stressig empfunden wird (vgl. Becka/Evans/Öz 2016; Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). Laut Auffenberg et al. (2022) schließen aber auch knapp 70 Prozent der Teilzeitbeschäftigten im Pflegebereich eine Stundenerhöhung nicht aus.

Einen deutlich positiven Einfluss auf den Verbleib im Beruf hat das Alter (zu Beginn einer Beschäftigung). Personen zwischen 30 und 39 Jahren haben im Vergleich zur Basisgruppe der 18- bis 29-Jährigen eine höhere Wahrscheinlichkeit einer längeren Beschäftigung im Beruf. Noch deutlicher wird das für die Altersgruppe der 40- bis 52-Jährigen. Fast 2,5 Jahre dauern die Beschäftigungen in dieser Altersgruppe länger als für die Jüngsten. Ältere, die eine Beschäftigung beginnen, bleiben also im Durchschnitt länger in dem gewählten Beruf, vermutlich auch weil mit steigendem Alter die berufliche Orientierungsphase abgeschlossen ist, während Berufseinsteiger häufiger wechseln, bevor die berufliche Passung erreicht ist. Das Alter hat im Vergleich aller unabhängigen Variablen den höchsten Einfluss auf die Beschäftigungsdauer. Dieses Ergebnis, dass Beschäftigungsverhältnisse mit zunehmendem Alter seltener beendet werden, wird auch durch Analysen von Bödeker/Moebus (2020) bestätigt, die in ihren Analysen zur beruflichen Mobilität auf ein dreifach höheres Risiko der unter 30-Jährigen (im Vergleich zu den über 50-Jährigen) ihren Beruf zu wechseln kommen.

Für den Einfluss der Staatsangehörigkeit ergibt sich, dass ausländische Beschäftigte, insbesondere Personen aus Drittstaaten (d. h. einer Staatsangehörigkeit eines Landes außerhalb der EU) ein signifikant höheres Risiko haben den Beruf früher zu wechseln als deutsche Beschäftigte. Knapp ein halbes Jahr kürzer sind die Beschäftigungsverhältnisse dieser Personen im Vergleich zu Beschäftigten von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Einen positiven Zusammenhang mit der beruflichen Beschäftigungsdauer hat auch die vorherige Berufserfahrung. Auffallend ist hierbei, dass kürzere Berufserfahrung von maximal einem Jahr im Gesundheitsbereich zu deutlich längeren Beschäftigungsdauern führt, als wenn Berufserfahrung bis zu einem Jahr in anderen Bereichen gewonnen wurde. Für längere Berufserfahrung dreht sich dieser Zusammenhang allerdings um: Berufserfahrung außerhalb des Gesundheitsbereich geht mit längeren Beschäftigungsdauern einher als längere Erfahrung innerhalb des Bereichs. Somit scheint die Bereitschaft von Personen, die schon viel Berufserfahrung im Gesundheitssektor haben, erneut (länger) in diesem Bereich zu arbeiten, geringer zu sein als für Personen, die früher in anderen Teilen der Wirtschaft gearbeitet haben.

Unsere Analysen zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen Zeiten der Arbeitslosigkeit und der Verweildauer im Beruf, der auch von Krocze (2021) dokumentiert wird. Je länger eine Person innerhalb der letzten fünf Jahren arbeitslos war, desto kürzer ist ihre nächste Beschäftigungsdauer. Bereits Arbeitslosigkeitszeiten von bis zu 6 Monaten verringern die individuelle Verweildauer im Beruf im Schnitt um rund ein halbes Jahr. Für Personen, die länger als ein Jahr arbeitslos gemeldet waren, sind es sogar 305 Tage im Vergleich zu Personen ohne Zeiten der Arbeitslosigkeit.

Die deskriptiven Ergebnisse zu den Beschäftigungsdauern in den verschiedenen Berufen (siehe Abbildung 12) werden durch die Regressionsanalysen untermauert (siehe Tabelle 12). Altenpfleger*innen und Krankenpflegehelfer*innen beenden im Vergleich zu dem examinierten Krankenpfleger*innen früher eine Beschäftigung in ihrem Beruf. Die Verweildauer ist also

deutlich kürzer. Diese beiden Berufsvariablen stehen für die höchsten (gemessen an den marginalen Effekten) negativen Einflüsse auf die Beschäftigungsdauern. So arbeiten Helfer*innen in der Krankenpflege im Schnitt über zwei Jahre kürzer in ihrem Beruf als examinierte Krankenpfleger*innen. Da die Berufsgruppe der Altenpfleger*innen in unseren Daten sowohl examinierte Kräfte als auch Beschäftigte ohne Ausbildung beinhaltet, wurde hier noch zusätzlich die Ausbildung berücksichtigt; hier zeigt sich sehr deutlich der Einfluss der Ausbildung auf die Dauer der Beschäftigung. So dauern die Beschäftigungsverhältnisse von Altenpfleger*innen mit Ausbildung signifikant länger (800 Tage) als für die Vergleichsgruppe der Altenpfleger*innen ohne Ausbildung. Für die Sprechstundenhelfer*innen und Masseur*innen, beides Berufe, die im Regelfall ebenfalls eine Ausbildung voraussetzen, zeigen sich sogar deutlich längere Beschäftigungsdauern im Vergleich zu dem examinierten Krankenpfleger*innen. Hier könnte sich also auch unabhängig von der qualifikatorischen Komponente die Attraktivität des jeweiligen Berufs widerspiegeln.

Der Einfluss der jeweiligen Institution, also der Art der Beschäftigungsstätte, korrespondiert letztendlich mit den Ergebnissen auf Berufsebene. Das bedeutet, dass zusätzlich zum Effekt, dass der Beruf der examinierten Krankenpfleger*innen mit längeren Verweildauern einhergeht als der der Altenpfleger*innen, ein positiver Effekt der Institution dazukommt: berufliche Verweildauern in Krankenhäusern sind länger als in den anderen Einrichtungen des Gesundheitsbereichs: verglichen mit Dauern in Pflege- bzw. Altenheimen über 200 Tage länger. Inwieweit möglicherweise unterschiedliche Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Institutionen oder die in Tabelle 10 aufgeführten Lohndifferenzen diesbezüglich von Einfluss sind, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Dass Unterschiede in der Entlohnung von erheblicher Relevanz sind, ist allerdings festzustellen, denn der Einfluss des individuellen Einkommens ist bemerkenswert. Zudem zeigt die Analyse von Kugler (2022), dass das erwartete Einkommen einen wichtigen Faktor für die Entscheidung darstellt, eine Ausbildung als Pflegefachkraft zu beginnen. So führt theoretisch eine Steigerung des Tagesentgelts um einen Euro/Tag zu einer um rund drei Wochen längerer Beschäftigung im Beruf. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die marginalen Effekte für einen durchschnittlichen Verdienst im Gesundheitsbereich berechnet wurden. Der Zusammenhang zwischen Entgelt und Verweildauer kann je nach Höhe des Entgelts deutlich von diesem Durchschnittswert abweichen.

Die auffallenden Unterschiede zwischen den Berufsdauern von examinierten Krankenpfleger*innen und Altenpfleger*innen, die sich auch in früheren Studien zur Verweildauer fanden (Krocze 2021; Hackmann 2009), zeigen, dass die Fachkräftesicherung speziell im Altenpflegeberufen verbessert werden könnte, wenn es gelänge, die Verweildauer im Beruf der Altenpflege annähernd auf das Niveau in den examinierten Krankenpflegeberufen zu heben (Hackmann 2009). Zudem könnten für die Fachkräftesicherung Maßnahmen hilfreich sein, die die Dauer von Vollzeitbeschäftigungsverhältnissen erhöhen. Es ist zu vermuten, dass aufgrund der physischen/psychischen Belastung in den Pflegeberufen, aber evtl. auch lediglich aufgrund der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Beschäftigten eher zu einer Teilzeit-Beschäftigung tendieren. Stichprobenbefragungen im Gesundheitsbereich haben ergeben, dass mit 41 Prozent der Anteil der Beschäftigten in Pflegeberufen, die einen Vollzeitjob in ihrem Beruf als zu stressig empfinden, doppelt so hoch ist wie unter den Beschäftigten in anderen Gesundheitsberufen (Becka/Evans/Öz 2016).

Tabelle 12: Regressionsanalyse: Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsdauer im Beruf

Durchschnittliche Verweildauer im Beruf in Tagen und marginale Effekte

	durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	marginale Effekt	Signifikanzniveau
Geschlecht			
Basis: Männer	1.648		
Frauen		208	0,000***
Alter			
Basis: 18 – 29 Jahre	1.541		
30 – 39		172	0,000***
40 – 52		860	0,000***
Staatsangehörigkeit			
Basis: Deutsch	1.833		
EU-Ausland		-42	0,001**
Nicht-EU-Ausland/unbekannt		-169	0,000***
Berufsauswahl			
Basis: Krankenpfleger*innen	1.975		
Sozialarbeiter*innen, Sozialpfleger (Altenpflege)		-813	0,000***
Sprechstundenhelfer*innen (med. Fachang.)		573	0,000***
Helfer in der Krankenpflege		-816	0,000***
Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe		258	0,000***
Basis: Altenpflege ohne Berufsausbildung	1.718		
mit Berufsausbildung/Studium		800	0,000***
Berufserfahrung im Gesundheitsbereich			
Basis: 0 Tage	1.781		
weniger als 1 Jahr		280	0,000***
1–2 Jahre		186	0,000***
mehr als 2 Jahre		1	0,925
Berufserfahrung außerhalb des Gesundheitsbereichs			
Basis: 0 Tage	1.792		
weniger als 1 Jahr		36	0,002**
1–2 Jahre		241	0,000***
mehr als 2 Jahre		235	0,000***
Zeiten der Arbeitslosigkeit			
Basis: 0 Tage	1.907		
weniger als 6 Monate		-182	0,000***
6 Monate – 1 Jahr		-217	0,000***
LZA		-305	0,000***
Anzahl der vorherigen sv-Beschäftigungsverhältnisse			
Basis: keine	1.829		
Kinder		-17	0,048**
jüngstes Kind unter 3		-66	0,000***
Arbeitszeit			
Basis: Vollzeit	1.653		
Teilzeit		586	0,000***
Tagesentgelt			
Basis: Krankenhäuser	1.886		
Pflege- bzw. Altenheime		-208	0,000***
Sonstige		-15	0,208
Arbeitslosenquote			
Basis: Agglomerationsräume	1.811		
Verstädterte Räume		32	0,000***
Anzahl Beobachtungen		6.711.312	
Anzahl Personen		275.165	

*** Signifikant auf dem 1 %-Niveau; ** Signifikant auf dem 5 %-Niveau

Anmerkung: Der marginale Effekt beschreibt die Differenz der durchschnittlichen Verweildauer im Vergleich zur jeweiligen Basiskategorie. Bei den Analysen wird auch dafür kontrolliert, dass sich Effekte über die Zeit ändern können (Piecewise-Constant-Ansatz). Die Werte für die durchschnittliche Verweildauer sind alle hochsignifikant (0,000), weshalb auf eine explizite Darstellung dieser Signifikanzwerte verzichtet wurde.

Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

5.3 Erwerbsverläufe nach Beginn einer Beschäftigung im Gesundheitsbereich

Bislang wurde in diesem Kapitel untersucht, wie lange ein Beschäftigungsverhältnis dauert und welche Faktoren diese Dauer beeinflussen. Wenn ein Beschäftigungsverhältnis endet, bedeutet das aber nicht automatisch, dass die beschäftigte Person nicht weiterhin im Gesundheitsbereich arbeitet. Im Hinblick auf die Fachkräftesituation im Gesundheitsbereich ist daher entscheidend, ob eine Person, die eine Beschäftigung im Gesundheitsbereich beendet, später wieder eine neue Beschäftigung – möglicherweise in einem anderen Beruf ebenfalls im Gesundheitsbereich – anfängt oder aber den Bereich dauerhaft verlässt. Deswegen wird in den folgenden Kapiteln die Zeit nach Beendigung einer ersten Beschäftigung im Gesundheitsbereich (in Baden-Württemberg) näher beleuchtet. Diesbezügliche Analysen können helfen, Strategien/Handlungsfelder für eine längerfristige Fachkräftesicherung zu definieren.

Wir betrachten daher für jede Person, die zwischen dem 01.01.2000 und dem 31.12.2010 ein Beschäftigungsverhältnis im Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg begonnen hat, ihren weiteren Erwerbsverlauf bis einschließlich zum 31.12.2020. In den Daten werden nach dieser Abgrenzung die Erwerbsverläufe von rund 610.700 Personen identifiziert, für die wir zwischen sechs Fallkonstellationen unterscheiden:

1. Verbleib: die Beschäftigung bleibt bis zum Ende unserer Betrachtung (31.12.2020) bestehen.
2. Rückkehr: die ursprüngliche Beschäftigung im Gesundheitsbereich wird beendet. Die Person arbeitet aber zu einem späteren Zeitpunkt im Untersuchungszeitraum (01.01.2000–31.12.2020) wieder im Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg.
3. Wechsel: die ursprüngliche Beschäftigung wird beendet. Die Person arbeitet zu einem späteren Zeitpunkt wieder in Baden-Württemberg, allerdings außerhalb des Gesundheitsbereichs.
4. Rückzug vom Arbeitsmarkt: die ursprüngliche Beschäftigung wird beendet und keine weitere Beschäftigung in oder außerhalb von Baden-Württemberg begonnen, obwohl die Person zum Ende des Beobachtungszeitraums noch nicht 62 Jahre alt ist.
5. Rente: wie Fall 4 mit dem Unterschied, dass die Person zum Ende des Beobachtungszeitraums mindestens 62 Jahre alt ist. In diesem Fall wird vermutet, dass sie in Rente gegangen ist.¹⁸
6. Wegzug: die ursprüngliche Beschäftigung wird beendet und keine weitere Beschäftigung in Baden-Württemberg, aber in einem anderen Bundesland aufgenommen.

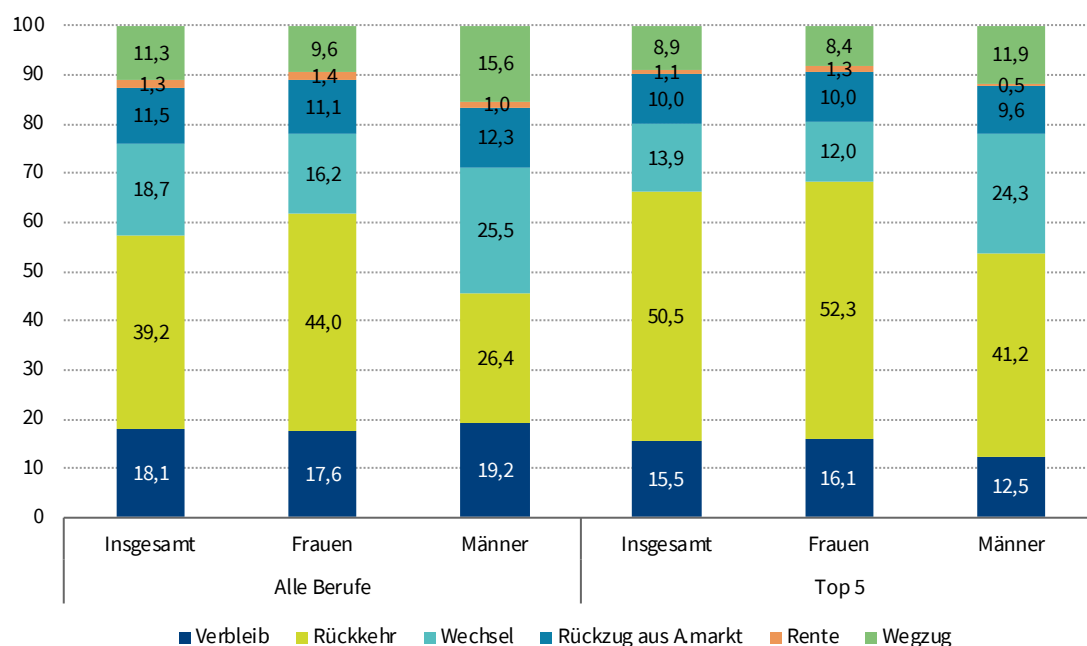
Bei einer Betrachtung des Gesundheitsbereichs insgesamt fallen ca. 18 Prozent in die Konstellation 1 (Verbleib): sie sind durchgehend, also ohne Unterbrechung bzw. Wechsel, bis zum Ende unseres Betrachtungszeitraums (31.12.2020) im Gesundheitsbereich beschäftigt (siehe linker Teil der Abbildung 13). Ca. 39 Prozent der Beschäftigten kehren nach einer Unterbrechung wieder in den Gesundheitsbereich zurück (Rückkehr). Hierbei wird (zunächst) noch nicht unterschieden, ob sie im gleichen Beruf zurückkommen oder einen anderen Beruf im

¹⁸ Laut Deutsche Rentenversicherung (2021) entspricht 62 Jahre dem durchschnittlichen Renteneintrittsalter.

Gesundheitsbereich ausüben. Fast jede fünfte Beschäftigte verlässt den Gesundheitsbereich, wechselt in eine andere Branche und kommt bis zum Ende des Beobachtungszeitraums nicht mehr in den Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg zurück (Wechsel). Der Anteil fällt mit 18,7 Prozent ähnlich hoch aus wie der der durchgehend Beschäftigten. Knapp 12 Prozent ziehen sich vom Arbeitsmarkt komplett zurück (dies können bspw. Zeiten der Familienpause, Selbständigkeit, Auslandsaufenthalt oder Minijob-Beschäftigung sein) und üben keine weitere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mehr aus. Bei gut einem Prozent wird ein Übergang in Rente unterstellt. Bemerkenswert ist der Anteil des Wegzugs. Mehr als jede zehnte Beschäftigte im Gesundheitsbereich wechselt in ein anderes Bundesland und arbeitet dort sozialversicherungspflichtig weiter. Weitergehende Auswertungen dieser Personengruppe zeigen, dass der größte Teil (ca. 94 %) auch weiterhin im Gesundheitsbereich arbeitet. Welcher Anteil dieser Abwanderungen individuell beruflich motiviert ist oder in Kombination mit beruflichen Entscheidungen von Partner*innen oder auch aus ganz anderen Motiven (Pflege von entfernt lebenden Eltern, günstigerer Wohnraum) erfolgt, kann hier nicht beantwortet werden.

Abbildung 13: Weiterer Erwerbsverlauf nach Beginn einer Beschäftigung im Gesundheitsbereich nach Geschlecht

Angaben in Prozent



Anmerkung: Die Bezeichnungen Verbleib, Rückkehr, Wechsel, Rückzug aus dem Arbeitsmarkt, Rente und Wegzug werden auf Seite 47 erläutert.

Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

Für die Geschlechter zeigen sich teils deutliche Unterschiede in der Verteilung. Fast jede zweite Frau kehrt nach Beendigung und Unterbrechung wieder in den Gesundheitsbereich (in Baden-Württemberg) zurück. Von den Männern ist es nur ca. jeder Vierte. Dagegen wechseln Männer häufiger den Bereich als Frauen. Gut ein Viertel der Männer gegenüber etwa 16 Prozent der Frauen wechselt die Branche und kehrt nicht mehr in den Gesundheitsbereich zurück.

Werden nun die weiteren Erwerbsverläufe speziell in den Top-5-Berufen (ca. 282.900 Personen) betrachtet (siehe rechter Teil der Abbildung 13), ergibt sich, dass der Rückkehr eine deutlich größere Bedeutung zukommt und – zumindest bei Frauen – den Wechseln eine geringere verglichen mit den Erwerbsverläufen im Gesundheitsbereich insgesamt. Für Männer in einem der Top-5-Berufe spielt die Rückkehr in den ursprünglichen Beruf verglichen mit der Mobilität im gesamten Bereich eine erheblich größere Rolle. Insgesamt kommt ca. die Hälfte der Beschäftigten nach einer Unterbrechung wieder zurück, während nur ca. 14 Prozent die Branche wechseln.

5.3.1 Berufliche Mobilität innerhalb des Gesundheitsbereichs

Wie aus dem vorherigen Kapitel hervorgeht, kehren nach Ende ihrer ersten Beschäftigung rund 40 Prozent (bei den Top-5-Berufen sogar über 50 %) wieder in den Gesundheitsbereich zurück. In diesem Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, welchen Beruf sie bei dieser Folgebeschäftigung ausüben. Kehren sie zurück in ihren ursprünglich ausgeübten Beruf oder wechseln sie in einen anderen Beruf.

Tabelle 13 stellt die berufliche Mobilität für diese ca. 239.200 Personen dar. Wie bereits bei der Verweildauernanalyse sehen wir einen deutlichen Bruch zwischen den Berufen der qualifizierten Krankenpflege, den Sprechstundenhelfer*innen und den Masseur*innen auf der einen Seite und den Helfer*innen in der Krankenpflege und den Berufen in der Altenpflege auf der anderen Seite hinsichtlich der Berufstreue der Rückkehrenden (also identischer Herkunfts- und Zielberuf). Ca. 78 Prozent der Krankenpfleger*innen arbeiten nach einer Unterbrechung wieder in ihrem Beruf. Knapp acht Prozent wechseln in die Altenpflege. Für die Altenpfleger*innen ergibt sich ein deutlich niedrigerer Wert. „Nur“ ca. 56 Prozent arbeiten wieder in ihrem ursprünglich ausgeübten Beruf, bleiben ihm also treu. Zwölf Prozent wechseln hingegen in einen Fachkraftberuf als Krankenpfleger*innen. Es bleibt aber – auch wenn die neun Prozent der Wechsler*innen in die Helfer-Krankenpflege berücksichtigt werden – ein berufsspezifischer „Verlust“ von ca. 23 Prozent der Rückkehrenden, die zwar im Gesundheitsbereich verbleiben, aber eben keinen pflegerischen Beruf mehr ausüben. Unter den examinierten Krankenpfleger*innen findet sich mit zwölf Prozent ein deutlicher geringerer Anteil, der nicht mehr in einem klassischen Pflegeberuf arbeitet. Weiterhin scheint es insbesondere unter den Helfer*innen in der Krankenpflege einem beträchtlichen Teil zu gelingen, sich zu qualifizieren. Ca. 13 Prozent der Helfer*innen in der Krankenpflege wechselt nach der Rückkehr in einen Fachkraftberuf in der Krankenpflege und mehr als 26 Prozent in einen in der Altenpflege. Dennoch wechseln auch hier über 21 Prozent aller Rückkehrer*innen in einen anderen Beruf im Gesundheitsbereich.

Tabelle 13: Berufliche Mobilität von Beschäftigten im Gesundheitsbereich

Angaben in Prozent bzw. Anzahl Personen

Herkunftsberuf (im Gesundheitsbereich)	Zielberuf (im Gesundheitsbereich)						Anzahl Personen im Herkunfts- beruf
	Kranken- pfleger* innen; Hebammen	Sozial- arbeiter, Sozial- pfleger (Alten- pflege)	Sprech- stunden- helfer ([zahn]med. Fachang.)	Helfer in der Kranken- pflege	Masseure, Kranken- gymnasten und verw. Berufe	Sonstige	
Krankenpfleger*innen; Hebammen	77,8	7,6	2,7	2,6	0,9	8,4	33.738
Sozialarbeiter, Sozialpfleger (Altenpflege)	12,1	56,4	1,6	8,9	1,9	19,1	26.763
Sprechstundenhelfer ([zahn]med. Fachang.)	3,3	2,3	79,5	1,4	0,7	12,8	35.818
Helfer*innen in der Krankenpflege	12,7	26,4	2,4	35,1	2,1	21,4	21.008
Masseure, Krankengymnasten u. verw. Berufe	1,2	2,3	1,5	0,8	83,6	10,5	9.870
Sonstige	2,1	5,3	3,4	2,0	1,4	85,9	112.014
Anzahl Personen im Zielberuf	35.735	30.184	34.275	13.414	11.328	114.275	239.211

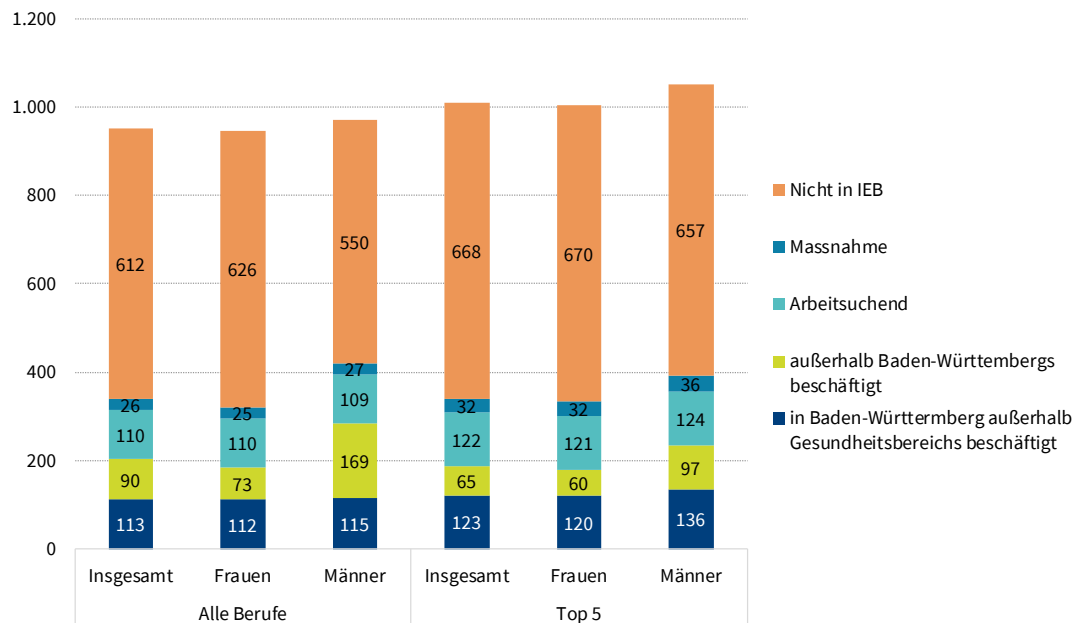
Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

5.3.2 Dauer und Art der Unterbrechung zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen im Gesundheitsbereich

Im vorherigen Kapitel wurde betrachtet, ob eine Person, die eine Beschäftigung im Gesundheitsbereich beendet, wieder zurück in ihren ursprünglichen Beruf kehrt. Dabei wurde außer Acht gelassen, wie lang die Unterbrechung zwischen diesen beiden Beschäftigungen war und welchen Arbeitsmarktstatus die Person in dieser Phase hatte. Diese Aspekte sind Gegenstand dieses Kapitels.

Je länger eine Unterbrechung dauert, desto mehr (berufsspezifisches) Humankapital geht möglicherweise verloren. Abbildung 14 gibt daher einen Überblick über die durchschnittliche Dauer und Struktur der Lücken zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen. Insgesamt beläuft sich die durchschnittliche Unterbrechungsdauer auf 954 Tage (Frauen: 950; Männer: 974), d. h. auf über 2,5 Jahre. Für einen Großteil dieser Zeiten finden wir keine erwerbsbiografischen Informationen in den Daten. Bei diesen Lücken kann es sich bspw. um Zeiten in Selbständigkeit, Tätigkeiten als Beamt*innen, Familienpausen oder um einen grundsätzlichen Rückzug vom Arbeitsmarkt handeln. In der restlichen Zeit waren die Personen im Durchschnitt 110 Tage arbeitslos oder arbeitssuchend; an 113 Tagen wurde eine Tätigkeit in Baden-Württemberg außerhalb des Gesundheitsbereichs ausgeübt, an 90 Tagen eine Tätigkeit außerhalb Baden-Württembergs, und an 26 Tagen wurde eine arbeitsmarktliche Maßnahme der aktiven Arbeitsmarktpolitik besucht. Männer waren im Vergleich zu Frauen etwas länger außerhalb des Gesundheitsbereichs und deutlich länger außerhalb von Baden-Württemberg beschäftigt.

Abbildung 14: Dauer und Struktur der Unterbrechungen zwischen zwei Beschäftigungen im Gesundheitsbereich nach Geschlecht in Tagen



Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

Werden nur die Top-5-Berufe betrachtet, zeigt sich eine sehr ähnliche Struktur und die entsprechenden Anteile unterscheiden sich nur geringfügig: Insgesamt ist die durchschnittliche Dauer der Lücke größer (1.013 Tage; Frauen: 1.007; Männer: 1.054). Dafür sind Personen in den Top-5-Berufen eher länger in Baden-Württemberg außerhalb des Gesundheitsbereichs beschäftigt und weniger Tage außerhalb Baden-Württembergs. Des Weiteren verbringen sie mehr Zeit zwischen diesen Beschäftigungen als arbeitsuchend.

5.4 Beschäftigungsverbleib

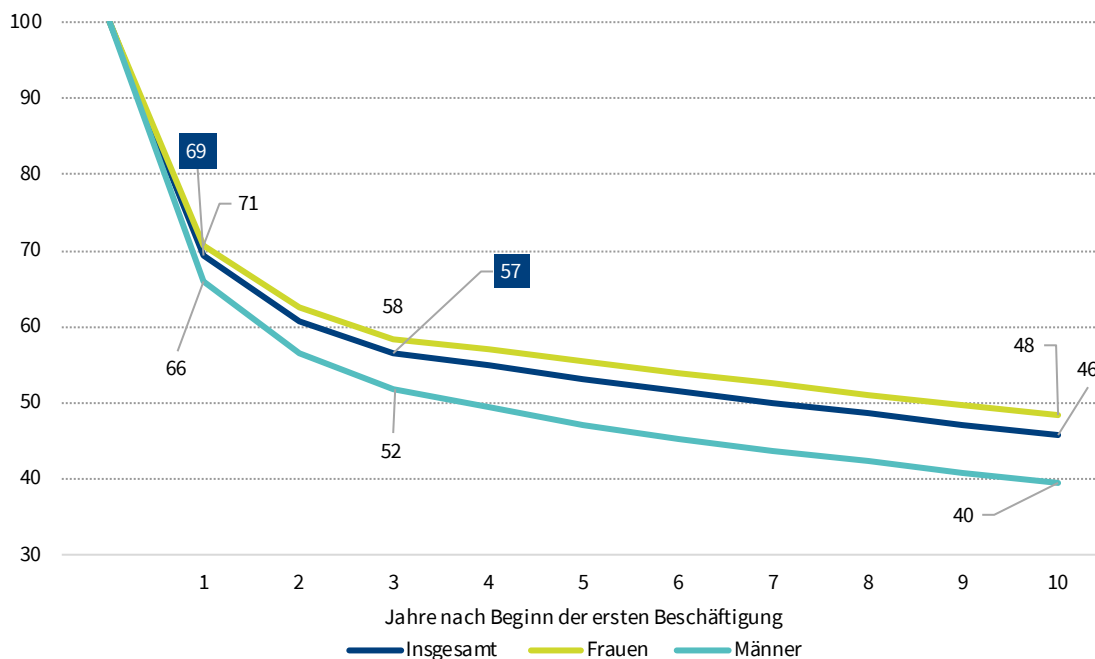
Zuletzt soll in diesem Kapitel eine längerfristige Perspektive eingenommen werden. Dazu wird im Folgenden untersucht, wie der Beschäftigungsverbleib von Personen im Gesundheitsbereich insgesamt ist. Das bedeutet, dass anders als in den bisherigen Analysen, mögliche Lücken/Unterbrechungen/Wechsel außer Acht gelassen werden und jeweils nur ein Stichtag pro Jahr betrachtet wird.¹⁹ Für die Personen wird jährlich nach ihrem ersten Beschäftigungsbeginn ermittelt, ob sie noch im Gesundheitsbereich (bzw. in ihrem ausgeübten Beruf im Gesundheitsbereich) in Baden-Württemberg arbeiten. Insgesamt wurden ca. 700.000 Personen in der Analyse berücksichtigt und jeweils über einen 10-Jahres-Zeitraum beobachtet. Diese Betrachtung erfolgt sowohl unabhängig vom ausgeübten Beruf (Fokus Beschäftigung im Gesundheitsbereich) als auch in Abhängigkeit von diesem. Untersuchungspopulation sind die oben beschriebenen Personen (siehe Kapitel 5.1), die zwischen dem 01.01.2000 und dem 31.12.2010 in Baden-Württemberg im Gesundheitsbereich eine Beschäftigung aufnehmen.

¹⁹ Bsp.: Wenn eine Person vom 01.06.2001–31.07.2001 im Gesundheitsbereich, vom 01.08.2001–30.04.2002 außerhalb und dann ab 01.05.2002 bis zum 31.12.2010 wieder im Gesundheitsbereich arbeitete, zählt dies zu allen betrachteten Zeitpunkten als beschäftigt, da sie jeweils zum Stichtag 01.06 eines Jahres ab dem Jahr 2001 im Gesundheitsbereich beschäftigt war.

Abbildung 15 gibt einen Überblick über den Beschäftigungsverbleib insgesamt sowie getrennt für Frauen und Männer. Es ist zu erkennen, dass v. a. im ersten Jahr nach Beschäftigungsbeginn der Anteil der Personen, die im Gesundheitsbereich verbleiben, deutlich sinkt. Insgesamt arbeiten ca. 69 Prozent aller Beschäftigten exakt nach einem Jahr nach Beginn ihres ersten Beschäftigungsverhältnisses noch im Gesundheitsbereich. Somit haben ca. 31 Prozent den Gesundheitsbereich in diesem Zeitraum verlassen (wobei nicht ausgeschlossen ist, dass sie später wieder zurückkehren). Danach flacht die Kurve etwas ab. So sind nach drei Jahren ca. 57 Prozent der beobachteten Beschäftigten noch bzw. wieder im Gesundheitsbereich tätig. Nach dem dritten Beschäftigungsjahr stabilisiert sich der Anteil der Verbleibenden: ein kleiner Teil der Beschäftigten verlässt den Gesundheitsbereich in den Jahren 4–10 nach Beginn der ersten Beschäftigung. Insgesamt ergibt sich im weiteren Betrachtungszeitraum aber eine relativ stabile Beschäftigungstreue. So verbleiben nach zehn Jahren immerhin noch 46 Prozent im Gesundheitsbereich. Für die Geschlechter zeigen sich deutliche Unterschiede. Nach dem ersten Jahr ist der Anteil der beschäftigungstreuen Männer fünf Prozentpunkte geringer als der Anteil unter den Frauen; auch über den gesamten Zeitraum liegt die Kurve der Männer unter der der Frauen. Nach zehn Jahren ist der Abstand sogar auf acht Prozentpunkte gewachsen; so arbeiten noch ca. 40 Prozent der Männer in einem der Bereiche der Gesundheitswirtschaft; der Anteil der beschäftigungstreuen Frauen liegt bei 48 Prozent. Da zunehmend mehr Männer als Frauen den Gesundheitsbereich verlassen, scheint den Analysen zufolge, die Attraktivität der Gesundheitswirtschaft für Männer weniger ausgeprägt zu sein als für Frauen.

Abbildung 15: Anteil der Personen, die im Gesundheitsbereich beschäftigt bleiben, in Jahren nach Beginn der ersten Beschäftigung im Gesundheitsbereich

Angaben in Prozent

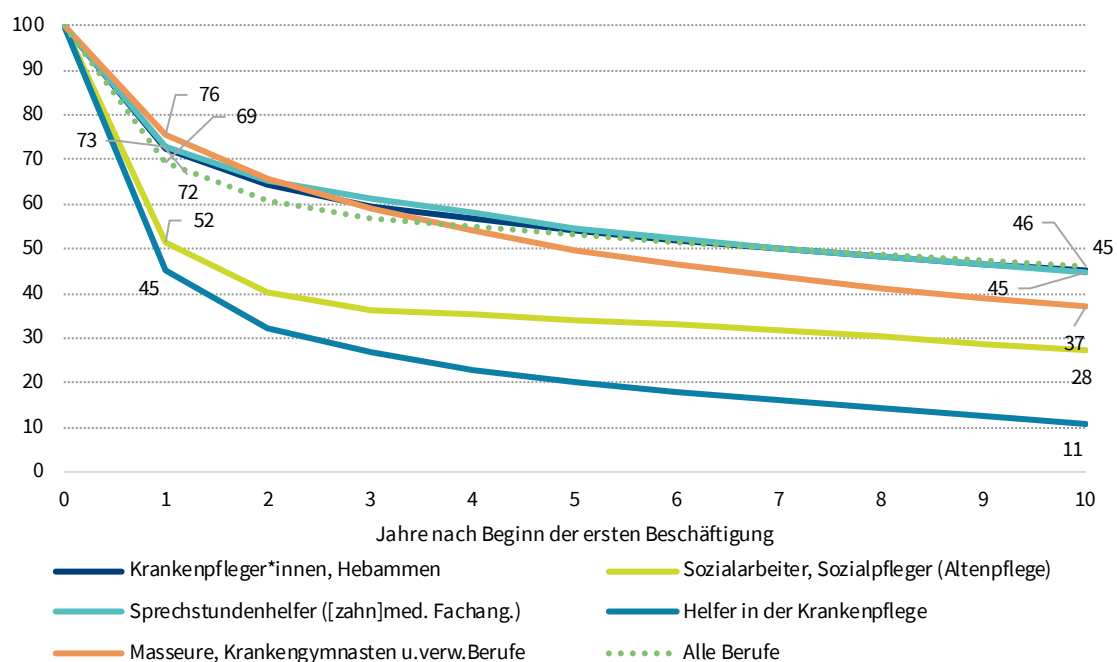


Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

Bei der Betrachtung des Beschäftigungsverbleibs nach Beruf (Berufsverbleib; siehe Abbildung 16) zeigen sich ähnliche Unterschiede zwischen den Top-5-Berufen wie in der Verweildaueranalyse (siehe Abbildung 12). So verbleiben vor allem Helfer*innen in der Krankenpflege im Vergleich zu den Masseur*innen, Sprechstundenhelfer*innen und Krankenpfleger*innen deutlich seltener in ihrem Beruf im Gesundheitsbereich, denn nach einem Jahr sind nur noch ca. 45 Prozent in ihrem Beruf tätig. Nach zehn Jahren sind es nur noch ca. 11 Prozent, die verbleiben. Auch für die Altenpfleger*innen zeigt sich über den gesamten Beobachtungszeitraum eine niedrigere Verbleibsrate. Überdurchschnittlich berufstreu sind nach dem ersten Jahr die Krankenpfleger*innen (72 %), die Sprechstundenhelfer*innen (73 %) und Masseur*innen (76 %). Im weiteren Verlauf unterscheidet sich – neben jener der Altenpfleger*innen – vor allem die Berufstreue der Masseur*innen von der in anderen Berufen. Es arbeiten nach zehn Jahren nur noch ca. 37 Prozent der Masseur*innen in ihrem Beruf. Möglicherweise wechseln von diesen viele in die Selbständigkeit und eröffnen eine eigene Praxis, was für diese Beschäftigtengruppe nicht unüblich ist.

Abbildung 16: Anteil der Personen, die im Gesundheitsbereich beschäftigt sind, in Jahren nach Beginn der ersten Beschäftigung für Top-5-Berufe im Gesundheitsbereich

Angaben in Prozent



Quelle: IAB Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) V16.00.01-202012, Nürnberg 2021; eigene Berechnungen. © IAB

Zusammenfassend kann anhand der Ergebnisse in Kapitel 5 festgehalten werden, dass es innerhalb des Gesundheitsbereichs erhebliche Unterschiede in der Dauer von Beschäftigungen gibt (Kapitel 5.2). Insbesondere das Anforderungsniveau spielt diesbezüglich eine große Rolle. So sind die Beschäftigungsverhältnisse von Helfer*innen wesentlich kürzer und sie wechseln auch viel öfter ihren Beruf als Fachkräfte.

Insgesamt verlassen fast 20 Prozent aller Personen nach einer ersten Beschäftigung im Gesundheitsbereich diesen und nehmen eine Beschäftigung in einem anderen Teil der Wirtschaft auf (Kapitel 5.3). Mehr als zehn Prozent arbeiten nach ihrer ersten Beschäftigung ausschließlich außerhalb Baden-Württembergs, dabei aber größtenteils weiterhin im Gesundheitsbereich. Allerdings kehrt auch ein erheblicher Teil der Beschäftigten im Gesundheitsbereich wieder in diesen zurück. Überwiegend arbeiten sie anschließend im selben Beruf wie vorher (Kapitel 5.3.1). In der Zeit zwischen diesen zwei Beschäftigungen (Kapitel 5.3.2) scheinen Personen sich überwiegend vom Arbeitsmarkt zurückzuziehen, denn es gibt für die durchschnittlichen gut 950 Tage (für Beschäftigte in den Top-5-Berufen sind es sogar mehr als 1.000 Tage) zwischen beiden Beschäftigungen, für ca. zwei Drittel der Zeit keine erwerbsbiografischen Angaben. In der längerfristigen Perspektive auf die Beschäftigung im Gesundheitsbereich, die in Kapitel 5.4 vorgenommen wurde, ist wie schon bei der in Kapitel 5.2 vorgenommenen Analyse der Beschäftigungsdauer auffallend, dass der überwiegende Teil der Personen, die als Helfer*innen in der Krankenpflege angefangen haben, nicht längerfristig in diesem Beruf bleiben. Zehn Jahre nach Beginn ihrer ersten Beschäftigung sind nur gut 10 Prozent weiterhin in diesem Beruf tätig. Dieses Ergebnis ist auch deshalb besorgniserregend, weil der Bedarf an Arbeitskräften insgesamt in diesem Bereich in Zukunft steigen wird. Dieser zukünftige Bedarf wird im folgenden Kapitel näher untersucht.

6 Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege

Aufgrund des demografischen Wandels steigt die Zahl der Älteren und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen, für deren Versorgung wiederum mehr Arbeitskräfte benötigt werden. In der Gesundheitswirtschaft insgesamt ist der Anteil der Beschäftigten, der in den nächsten Jahren rentenbedingt aus dem Arbeitsmarkt ausscheidet und den es zu ersetzen gilt, sogar noch etwas größer als in der Gesamtwirtschaft (vgl. Kapitel 3.3). Es stellt sich somit die Frage, wie sehr dies speziell auch auf den Pflegebereich zutrifft. Da die Gesundheitswirtschaft auch Branchen wie den Handel und andere Bereiche umfasst, deren Schwerpunkt nicht primär auf die Versorgung Älterer und Pflegebedürftiger ausgerichtet ist, liegt der Schwerpunkt in diesem Abschnitt auf der Pflegebranche als Teilbereich der Gesundheitswirtschaft, in dem die Folgen des demografischen Wandels vermutlich besonders stark zu spüren sein werden. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden unter Verwendung von Modellrechnungen die mögliche Entwicklung des Bedarfs an Beschäftigten in der ambulanten und stationären Pflege bis 2040 in Baden-Württemberg dargestellt.

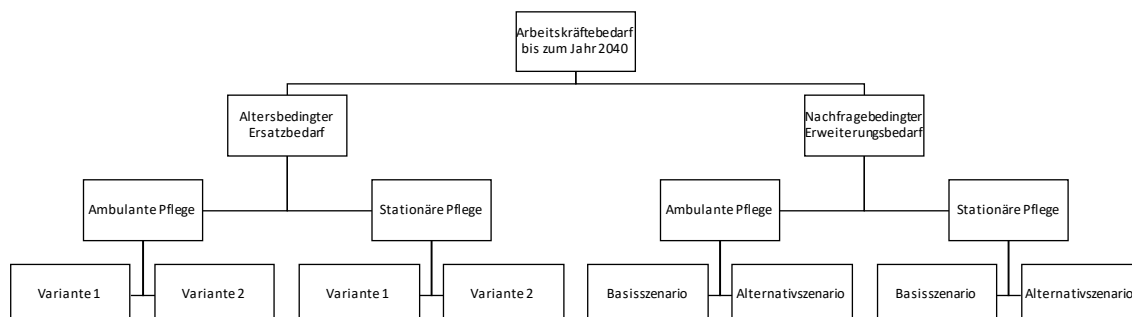
6.1 Methodik

Im Folgenden werden Annahmen und Komponenten der Modellrechnungen – der altersbedingte und der nachfragebedingte Ersatzbedarf – beschrieben und die Berechnungsweise erläutert. Beide Bedarfe werden für die stationäre und die ambulante Pflege quantifiziert und es werden dabei jeweils zwei Varianten betrachtet.

6.1.1 Vorgehensweise

Die Analyse gliedert den zukünftigen Arbeitskräftebedarf in der Pflege in einen altersbedingten Ersatzbedarf und einen – auf Grund der demografischen Entwicklung zu erwartenden – nachfragebedingten Erweiterungsbedarf. Die Summe dieser beiden Bedarfe ergibt den gesamten zu erwartenden Beschäftigungsbedarf in der Pflegebranche, der ausgehend vom Jahr 2019 im Jahr 2040 zu erwarten ist. Die Modellrechnungen beziehen sich auf die gesamte Pflegebranche und nicht auf einzelne Berufe. Abbildung 17 gibt einen schematischen Überblick über die einzelnen Betrachtungen im Modell.

Abbildung 17: Schematischer Aufbau der Modellrechnungen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Fuchs (2019: 9). © IAB

Altersbedingter Ersatzbedarf

Wird angestrebt, dass die Beschäftigungszahl in der Pflege auch im Jahr 2040 das Niveau des Basisjahres 2019 aufweist, müssen die aus der Pflegebranche in den Ruhestand ausscheidenden Beschäftigten ersetzt werden. Der altersbedingte Ersatzbedarf beziffert also den Umfang an Beschäftigung, der in den kommenden Jahren altersbedingt voraussichtlich den Arbeitsmarkt verlässt, weil das Renteneintrittsalter erreicht wurde. Die Angaben über die zahlenmäßige Besetzung der einzelnen Alterskategorien stammen aus der Beschäftigungsstatistik der BA. Für die Berechnung wird folglich bestimmt, wie viele Beschäftigte bis zum Ende des Betrachtungszeitraums dem Arbeitsmarkt voraussichtlich nicht mehr zur Verfügung stehen. Veränderungen in Volumen und Struktur der Alterskategorien in den Jahren zwischen 2019 und 2040, die sich z. B. durch Mobilität zwischen den Berufen ergeben, können in dieser Betrachtung nicht berücksichtigt werden.

Für das zu erwartende faktische Renteneintrittsalter lassen sich verschiedene Annahmen treffen. Das abschlagsfreie gesetzliche Renteneintrittsalter wird bis 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben. Viele Ältere scheiden jedoch schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, sodass das tatsächliche Renteneintrittsalter häufig niedriger ist. So gibt die Deutsche Rentenversicherung (2021: 66) für die Gesamtwirtschaft ein Renteneintrittsalter wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters von 62,2 Jahren an.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden zwei Varianten für den verrentungsbedingten Ersatzbedarf angenommen. Variante 1 legt ein Renteneintrittsalter von 62 Jahren zugrunde; Variante 2 basiert auf einem Renteneintrittsalter von 67 Jahren. Weil bei dieser zweiten Variante

Beschäftigte länger im Berufsleben bleiben, kann sie als untere Grenze des zu erwartenden altersbedingten Ersatzbedarfs angesehen werden. Damit werden Annahmen sowohl über die aktuelle als auch die zukünftige Situation getroffen, da die bevorstehende Anhebung des Renteneintrittsalters auch in der Pflegebranche dazu führen dürfte, dass mehr Ältere länger in Beschäftigung verbleiben. Begünstigend wirkt in diesem Zusammenhang, wenn aufgrund von physischen und psychischen Entlastungen der Pflegekräfte durch technische Assistenzsysteme die Beschäftigungsfähigkeit Älterer länger erhalten bleibt (vgl. Rösler et al. 2018).

Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf

Der nachfragebedingte Erweiterungsbedarf adressiert künftige Veränderungen in der Zahl der Pflegebedürftigen. Gegeben die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung, steigt in den kommenden Jahren und Jahrzehnten auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Die Berechnungen zum nachfragebedingten Erweiterungsbedarf beziffern somit den Beschäftigungsumfang, der in den kommenden Jahren gedeckt werden muss, um die zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen auch weiterhin adäquat versorgen zu können. Die Berechnung erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird für die Quantifizierung der künftigen Nachfrage nach Pflegepersonal die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2040 bestimmt. Hierfür wird die prognostizierte Zahl der Einwohner pro Altersgruppe in den Jahren 2040 aus der Bevölkerungsvorausberechnung (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2021) mit den altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019 multipliziert. Die Prävalenzraten geben Auskunft über die jeweiligen Anteile der Pflegefälle in der stationären und ambulanten Pflege in den einzelnen Altersgruppen der Bevölkerung. Im zweiten Schritt ergibt sich dann auf Grundlage des Betreuungsschlüssels zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen aus dem Jahr 2019 der künftige Personalbedarf in der Pflege im Jahr 2040.

Die Modellrechnungen zum nachfragebedingten Erweiterungsbedarf erfolgen anhand von zwei Szenarien. Im Basisszenario wird die Annahme gesetzt, dass die Prävalenzrate aus dem Jahr 2019 auch im Jahr 2040 gültig ist. 2019 ist das aktuellste Jahr, für das Angaben aus der Pflegestatistik zur Zahl der Pflegebedürftigen verfügbar sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2021). Das Basisszenario unterstellt, dass die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit für die betrachteten Altersgruppen im Zeitablauf unverändert bleibt, obwohl sich die Lebenserwartung verlängert. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wächst daher nur, weil zukünftig ein höherer Bevölkerungsanteil auf die obersten Altersgruppen entfällt und die Zahl der Älteren auch absolut steigt.

Das Alternativszenario berücksichtigt hingegen die Möglichkeit, dass ein längeres Leben auch mit einem gesünderen Leben einhergehen kann und die Menschen entsprechend später pflegebedürftig werden (vgl. Kochskämper 2018; Afentakis/Maier 2010). Damit dürfte bei einer steigenden Lebenserwartung die Zahl der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, weniger stark zunehmen als im Basisszenario. Hierzu können z. B. Fortschritte in der medizinischen Versorgung wie der Verhinderung von Pflegefällen oder das Hinauszögern der Pflegebedürftigkeit beitragen. Für die hier durchgeführte Berechnung werden die altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019 zwar konstant gehalten, aber in Anlehnung an die Studien von Fuchs (2016) oder Fuchs (2019), auf die jeweils um ein Jahr höheren Altersgruppen, also z. B. nicht mehr auf die 80- bis 84-Jährigen, sondern die 81- bis 85-Jährigen, angewandt. Auf diese Weise wird aus jeder Altersgruppe im Jahr 2019 der jeweils

jüngste Altersjahrgang in 2040 eine Prävalenzrate „heruntergestuft“, so dass weniger Personen innerhalb einer Altersgruppe von Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

6.1.2 Aussagekraft der Modellrechnungen

Für Modellrechnungen müssen grundsätzlich unsichere Annahmen über zukünftige Entwicklungen sowie Entscheidungen über die Datengrundlagen getroffen werden. Für die Fortschreibung der Pflegebedürftigen gilt es insbesondere zu beachten, dass es bei der Ermittlung der künftigen Zahl der Pflegefälle auf der regionalen Ebene zu Verzerrungen kommen kann, da aktueller Wohnort und zukünftiger Ort der Pflegebedürftigkeit nicht übereinstimmen müssen. Daher gibt die Zahl der Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner nicht vollständig die unterschiedliche demografische Entwicklung wieder, sondern auch die Nachfrage und das Angebot an Pflegeheimplätzen.

Ein anderer Aspekt betrifft das Verhältnis von ambulanter, stationärer und häuslicher Pflege. Dieses Verhältnis wird in den Modellrechnungen auch für die Zukunft als konstant angenommen. Viele Gründe sprechen jedoch dafür, dass die häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige in Zukunft eher abnimmt (vgl. Dudel 2015). So hat die niedrige Geburtenrate in den letzten Jahrzehnten bzw. der Anstieg der Kinderlosigkeit dazu geführt, dass in Deutschland das familiäre Pflegepotenzial rückläufig ist. Weiterhin hat in den vergangenen Jahren die räumliche Entfernung zwischen den Wohnorten der Generationen zugenommen, sodass daraus ebenfalls eine Abnahme der Pflege durch Familienangehörige resultiert (vgl. Pohl/Sujata/Weyh 2012: 23).

Daneben könnte sich das Ausmaß der informellen Pflege insgesamt verändern, also der nicht professionellen Versorgung von Pflegebedürftigen durch Angehörige, Nachbarn und andere Privatpersonen. In den letzten Jahren hat vor allem die Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen zugenommen. Dadurch hat sich eine weitere Alternative zur Versorgung der Pflegebedürftigen ergeben (vgl. Pohl/Sujata/Weyh 2012: 28).

Neben dem Verhältnis der Pflegearrangements wird auch die Arbeitszeitstruktur, also das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeittätigkeiten für die Zukunft als konstant angenommen. Es wird zudem davon ausgegangen, dass sich das Verhältnis von Pflegepersonal zu Pflegebedürftigen im Zeitverlauf nicht ändert. Dass muss nicht so sein, denn bspw. Produktivitätssteigerungen, der vermehrte Einsatz von medizinisch-technischen Hilfsmitteln, die Folgen der Digitalisierung, neue Arbeitsabläufe in der Pflege (vgl. Pohl 2010; Rösler et al. 2018), ein höherer Einsatz qualifizierten Pflegepersonals oder Änderungen der gesetzlichen Vorschriften können die Relation Pflegekräfte/Pflegebedürftige verschieben.

Schließlich sei die Möglichkeit seitens des Gesetzgebers zu nennen, durch die Ausgestaltung der Pflegeversicherung und Gesetze bzw. Verordnungen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und damit auch auf den Personalbedarf zu nehmen. Dies wird besonders deutlich bei einem Vergleich der Pflegefallzahlen zwischen 2015 und 2017 und dem starken Anstieg aufgrund des Inkrafttretens des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (vgl. Götz/Weber 2019). Derartige Entwicklungen können ebenfalls nicht modelliert werden.

6.1.3 Datengrundlage

Die Modellrechnungen zum zukünftigen Beschäftigungsbedarf in der Pflegebranche Baden-Württembergs beruhen auf drei Datenquellen: Angaben zu den Beschäftigten in der

Pflegebranche stammen aus der Beschäftigungsstatistik der BA. Sie ermöglichen Auswertungen auf kleinräumiger Ebene, für einzelne Altersjahre sowie getrennt nach Voll- und Teilzeit, was mit der Pflegestatistik nicht möglich ist (vgl. Fuchs 2019, 2016). Die wirtschaftsfachliche Abgrenzung in der Beschäftigungsstatistik der BA basiert auf der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008) (vgl. Statistisches Bundesamt 2008). Tabelle A 5 im Anhang gibt die vollständige Beschreibung der entsprechenden Unterklassen der WZ 2008 wieder. Die Summe dieser drei Unterklassen wird im Weiteren in Übereinstimmung mit Fuchs/Weyh (2018b) als Pflegebranche definiert. Tabelle 14 zeigt die derart vorgenommene Aufteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf die beiden Arten der Pflegeeinrichtungen, unabhängig von ihrem ausgeübten Beruf. Das bedeutet, neben den Berufen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege sind auch Berufe in der Hauswirtschaft oder der Maschinenbau- und Betriebstechnik berücksichtigt (vgl. Fuchs/Weyh 2018b).

Tabelle 14: Abgrenzung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Pflegebedürftigen nach ambulanter und stationärer Pflege

Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Abgrenzung der Beschäftigten nach der WZ 2008	
Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter (WZ 2008: 88.1)	Pflegeheime (WZ 2008: 87.1)
Darunter fallen u. a. die ambulante Pflege für ältere Menschen und Dienstleistungen, die für ältere Menschen in deren Wohnung erbracht werden.	Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, wie z. B. Altenpflegeheime (stationäre Pflegeeinrichtungen).
	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime (WZ 2008: 87.3)
	Darunter fallen z. B. die Unterbringung und Pflege von älteren Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und die nicht allein leben möchten, in Heimen (z. B. Einrichtungen für betreutes Wohnen).
Abgrenzung von Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik	
Pflegebedürftige, die von selbstständig wirtschaftenden Pflegediensten unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft in ihrer Wohnung gepflegt und versorgt werden.	Pflegebedürftige, die in selbstständig wirtschaftenden voll- und teilstationären Pflegeheimen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und ganztätig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008); eigene Zusammenstellung in Anlehnung an Fuchs (2019). © IAB

Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigen entstammen der Pflegestatistik, die von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit Dezember 1999 zweijährlich erhoben wird und aktuell für das Jahr 2019 vorliegt (vgl. Statistisches Bundesamt 2020). Die Statistik besteht aus zwei Erhebungen: Zum einen werden die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen befragt und zum anderen liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfänger von Pflegegeldleistungen – also über die meist von Angehörigen gepflegten Leistungsempfänger.

Die dritte Datenquelle ist die Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060 des statistischen Landesamtes Baden-Württembergs (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2021).

6.2 Altersbedingter Ersatzbedarf

In Baden-Württemberg waren zum Stichtag 30.06.2019 rund 187.100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) in der Pflegebranche tätig (vgl. Tabelle 15). Davon waren 96.100 in Teilzeit beschäftigt, was einem Anteil von 51,4 Prozent an allen SvB entspricht. In der Pflegebranche nimmt die Teilzeitbeschäftigung damit einen deutlich höheren Stellenwert ein als im Durchschnitt aller Branchen, wo der entsprechende Anteil 2019 bei 27,2 Prozent lag. Weil sich folglich insbesondere in der Pflege ein großer Unterschied zwischen Beschäftigtenzahl und dem tatsächlich erbrachten Arbeitsvolumen ergibt, berechnen wir die Ersatzbedarfe in Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Umgerechnet in VZÄ gibt es in der Pflegebranche demnach ein Beschäftigungsvolumen von 139.000 VZÄ, dass sich zu 47,6 Prozent auf die ambulante und 52,4 Prozent auf die stationäre Pflege aufteilt.²⁰

Tabelle 15: Beschäftigte in der Pflegebranche in Baden-Württemberg

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2019

	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Pflege insgesamt
Gesamt	81.382	105.676	187.058
Vollzeit	50.903	40.038	90.941
Teilzeit	30.479	65.638	96.117
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	66.143	72.857	139.000

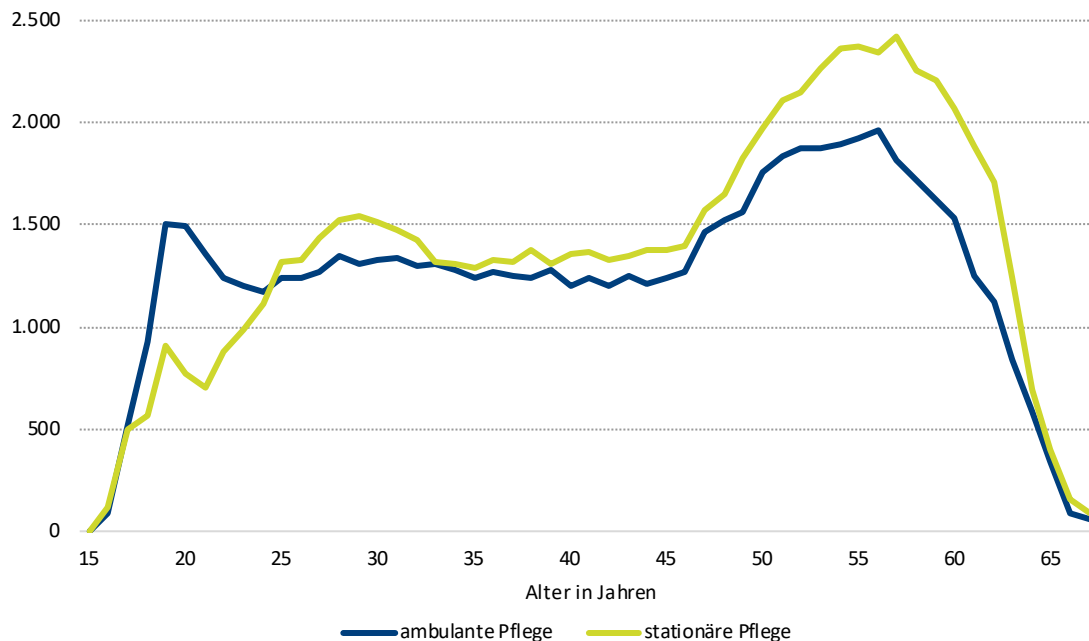
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Für die Berechnung des altersbedingten Ersatzbedarfs werden Informationen zur Altersstruktur der Beschäftigten benötigt, die aus Abbildung 18 zu entnehmen sind. Die hohe Zahl an 50- bis 60-Jährigen fällt ins Auge. Während weiterhin die Zahl der Beschäftigten im Alter von 30–50 Jahren in der ambulanten und stationären Pflege sehr ähnlich ausfällt, unterscheidet sie sich für die Jüngeren teilweise deutlich. So arbeiten in der ambulanten Pflege über 700 20-Jährige mehr als im stationären Bereich. Folglich liegt auch das durchschnittliche Alter der Beschäftigten in der ambulanten Pflege mit 41,7 Jahren unter dem Durchschnittsalter im stationären Bereich (43,9 Jahre).

²⁰ Da das Basisjahr der Bevölkerungsprojektion des Statistischen Landesamtes 2019 ist, werden aus Gründen der Einheitlichkeit ebenfalls Beschäftigtendaten für das Jahr 2019 verwendet. Bis 2021 ist die die Beschäftigung in dem Bereich um etwa 2 Prozent gestiegen.

Abbildung 18: Altersstruktur der Beschäftigten in der Pflegebranche in Baden-Württemberg

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende) in VZÄ am 30.06.2019



Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Die Vorausberechnung für den altersbedingten Ersatzbedarf wird gemäß der o. g. zwei Varianten für ein Renteneintrittsalter von 62 bzw. 67 Jahren durchgeführt. Um zu ermitteln, wie groß die Alterskohorte ist, die es in 2040 zu ersetzen gilt, wird jeweils zurückgerechnet, in welchem Alter sich diese in 2019 befindet. Für die Variante 1 mit einem angenommenen Renteneintrittsalter von 62 Jahren ist die Beschäftigtenkohorte, die 2040 in Rente gehen würde, in 2019 41 Jahre alt. Für die Variante 2 sind im Jahr 2019 die Beschäftigten, die im Jahr 2040 mit 67 Jahren in Rente gehen, 46 Jahre alt. Der altersbedingte Ersatzbedarf in 2040 berechnet sich damit anhand der Zahl der mindestens 41- bzw. mindestens 46-Jährigen unter allen Beschäftigten in der Pflege im Jahr 2019.

Eine Besonderheit des altersbedingten Ersatzbedarfs stellen die Personen dar, die über das reguläre Renteneintrittsalter hinaus beschäftigt sind. In Baden-Württemberg waren im Jahr 2019 in der ambulanten Pflege Personen, die älter als 67 Jahre waren, mit einem Volumen von 200 VZÄ beschäftigt. Dies entspricht einem Anteil von 0,3 Prozent an allen VZÄ (stationäre Pflege: 240 VZÄ oder 0,3 %). Der Anteil der über 62-Jährigen lag sogar bei 3,2 Prozent in der ambulanten Pflege und 3,9 Prozent in der stationären Pflege (2.130 bzw. 2.820 VZÄ). Für diese Gruppen kann ein Renteneintritt mit 62 bzw. 67 Jahren nicht modelliert werden. Daher wird aus Gründen der Einfachheit der altersbedingte Ersatzbedarf unter Variante 1 in Übereinstimmung mit Knabe/May (2017) und Fuchs (2019) als die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Pflegebeschäftigten definiert, die im Jahr 2019 mindestens 41 Jahre alt waren (Variante 2: 46 Jahre und älter).

Wie Tabelle 16 zeigt, liegt der altersbedingte Ersatzbedarf für 2040 in der ambulanten Pflege in VZÄ bei 36.200 (54,7 %) der 66.100 in 2019 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten; in der stationären Pflege sogar bei 44.100 (60,5 %). Die Unterschiede zwischen den Pflegebereichen

sind durch die vergleichsweise stärkere Besetzung jüngerer Altersgruppen in der ambulanten Pflege begründet (vgl. Abbildung 18). Pro Jahr würden im Durchschnitt in Variante 1 Stellen mit einem Volumen von rund 1.700 VZÄ ambulant und 2.100 VZÄ stationär nachbesetzt werden müssen, um die insgesamt 80.200 altersbedingt ausscheidenden Beschäftigten ersetzen zu können.

Unterstellt man in Variante 2 einen künftigen Renteneintritt mit 67 Jahren, reduziert sich der gesamte altersbedingte Ersatzbedarf aufgrund der drei Altersjahrgänge, die nun länger im Erwerbsleben bleiben, auf insgesamt 67.300 (48,4 %). Der Anteil der mindestens 46-jährigen Beschäftigten im Jahr 2019 liegt in der ambulanten Pflege bei 45,4 Prozent und in der stationären Pflege bei 51,2 Prozent (vgl. Tabelle 16). Pro Jahr müssten im ambulanten Bereich demnach Stellen mit einem Volumen von 1.400 VZÄ und im stationären Bereich von 1.800 VZÄ altersbedingt nachbesetzt werden.

Zusammenfassend müssten in Baden-Württemberg pro Jahr Stellen im Umfang von etwa 3.200 bis 3.800 VZÄ nachbesetzt werden, wenn die altersbedingt ausscheidenden Beschäftigten rechnerisch ersetzt werden sollen. Aufgrund des höheren Anteils älterer Beschäftigter in der stationären Pflege müssen dort größere Anstrengungen unternommen werden, um die Zahl der Arbeitskräfte auf dem heutigen Niveau zu halten.

Tabelle 16: Altersbedingter Ersatzbedarf in der ambulanten und stationären Pflege Baden-Württembergs bis 2040

Art der Pflege	2019 Pflegearbeits- kräfte VZÄ	Variante 1 Rente mit 62			Variante 2 Rente mit 67		
		Insgesamt		Pro Jahr	Insgesamt		Pro Jahr
		VZÄ	Prozent	VZÄ	VZÄ	Prozent	VZÄ
Ambulant	66.143	36.183	54,7	1.723	30.037	45,4	1.430
Stationär	72.857	44.056	60,5	2.098	37.272	51,2	1.775
Insgesamt	139.000	80.239	57,7	3.821	67.309	48,4	3.205

Anmerkung: Rundungsbedingte Differenzen möglich. Die Angaben pro Jahr geben den durchschnittlichen Bedarf pro Jahr an.
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

6.3 Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf

Der nachfragebedingte Erweiterungsbedarf skizziert, wie viel Beschäftigung in den kommenden Jahren benötigt wird, um die steigende Zahl an Pflegebedürftigen adäquat versorgen zu können. Dazu erfolgt zunächst eine kurze Übersicht über den demografischen Wandel in Baden-Württemberg. Dieser bildet die Grundlage für die Bestimmung der künftigen Zahl der Pflegebedürftigen und der Vorausberechnung zum künftigen Beschäftigungsvolumen.

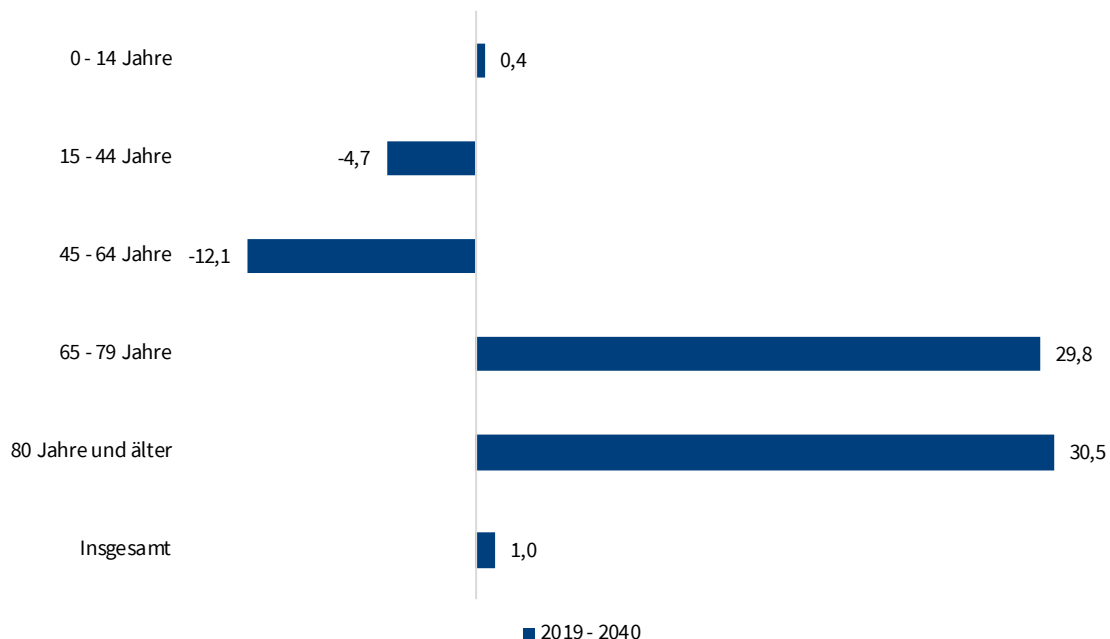
6.3.1 Demografischer Wandel in Baden-Württemberg

Die Zahl der künftigen Pflegebedürftigen leitet sich grundlegend von der demografischen Entwicklung ab. Besonders relevant sind hierbei die Veränderungen der Zahl der Hochbetagten, da unter ihnen der Anteil der Pflegebedürftigen besonders hoch ist. Für Baden-Württemberg wird in der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes auf Basis der Bevölkerung zum 31.12.2020 (Hauptvariante) die Zahl der Einwohner nach Altersjahren bis 2040

fortgeschrieben. Demnach wird Baden-Württemberg (siehe Abbildung 19) zwischen 2020 und 2040 mit einer Zunahme der Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, um 30,5 Prozent rechnen müssen.

Abbildung 19: Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg nach Altersgruppen

2019 bis 2040, Veränderung in Prozent



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021); eigene Berechnungen. © IAB

6.3.2 Zahl der Pflegebedürftigen

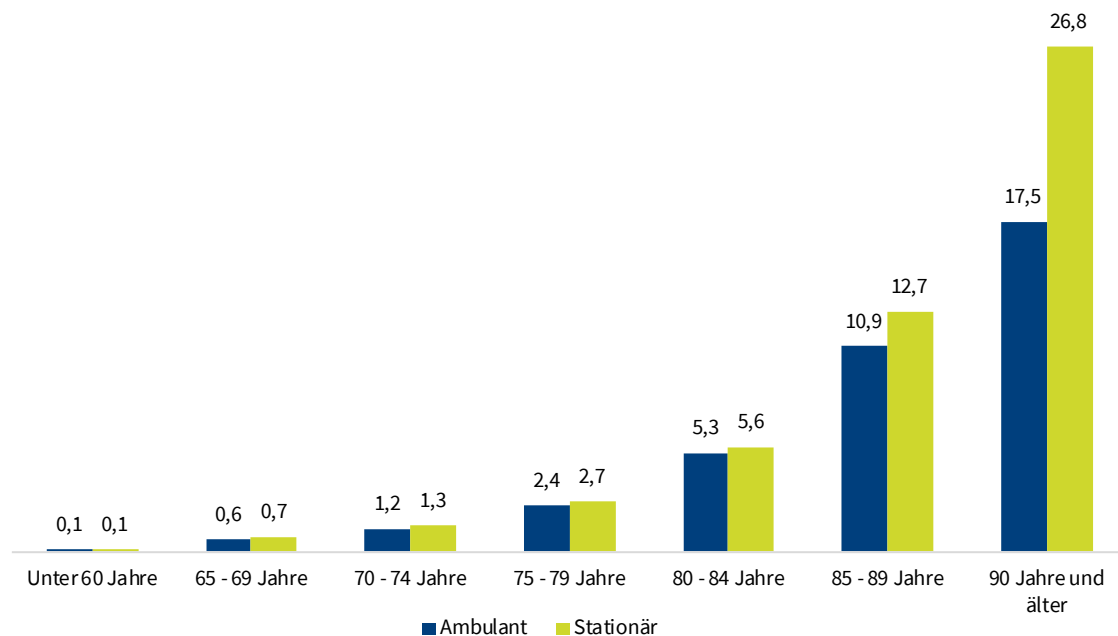
Für Baden-Württemberg liegen für das Jahr 2019 Angaben zu den Pflegebedürftigen in der ambulanten und teil- und vollstationären Pflege sowie zu den Empfängern von Pflegegeld vor (vgl. Statistisches Bundesamt 2021). Von den insgesamt 471.900 Pflegebedürftigen erhielten 250.800 Personen ausschließlich Pflegegeld und wurden von den Angehörigen versorgt. 92.500 Personen wurden durch ambulante Pflegedienste betreut und 94.000 Personen waren vollstationär in Pflegeheimen untergebracht. 14.700 Personen empfangen teilstationäre Pflege der Pflegegrade 2 bis 5. Um für die hier durchgeführten Vausberechnungen die Pflegebedürftigen in der stationären Pflege möglichst umfassend abzubilden, werden die 14.700 Personen analog zu Knabe/May (2017), Fuchs (2019) und Kotte/Stöckmann (2021) zu den Pflegebedürftigen in der stationären Pflege dazugerechnet. Damit gab es in Baden-Württemberg im Jahr 2019 neben den 92.500 Personen in ambulanter Pflege auch 109.000 Personen in stationärer Pflege.

Für die Berechnung des künftigen Personalbedarfs in der Pflegebranche wird nur die beschäftigungsrelevante ambulante und stationäre Pflege betrachtet. Die entsprechende Zahl der Pflegebedürftigen, die 2019 in Baden-Württemberg durch professionelles Pflegepersonal betreut wurden, lag demnach bei 201.500 Personen.

Die Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen in professioneller Pflege für die Jahre 2040 erfolgt anhand der altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019. Diese geben Auskunft über die jeweiligen Anteile der Pflegefälle in der ambulanten und stationären Pflege in den jeweiligen Altersgruppen (vgl. Abbildung 20). Deutlich erkennbar ist der stark steigende Anteil der Pflegebedürftigen unter den mindestens 80-Jährigen in beiden Pflegearrangements. In der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen waren insgesamt 10,9 Prozent in professioneller Pflege, davon wurde knapp die Hälfte ambulant versorgt. In der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen waren insgesamt 23,7 Prozent und unter den mindestens 90-Jährigen 44,4 Prozent auf professionelle Pflegeunterstützung angewiesen.

Abbildung 20: Altersgruppenspezifische Prävalenzraten für Pflegebedürftige in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg

2019, Angaben in Prozent



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021), Statistisches Bundesamt (2021); eigene Berechnungen. © IAB

Für die Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2040 wird im Basisszenario angenommen, dass die altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019, die in Abbildung 20 für Baden-Württemberg dargestellt sind, auch im Jahr 2040 Bestand haben. Das bedeutet, dass die jeweiligen Anteile der Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege pro Altersgruppe konstant bleiben. Folglich werden für die Berechnung der Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege die altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019 mit der Zahl der Einwohner im entsprechenden Alter im Jahr 2040 gemäß der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (2021) multipliziert.

Für das Alternativszenario werden die Werte der altersgruppenspezifischen Prävalenzraten aus dem Jahr 2019 ebenfalls als konstant angenommen. Sie gelten gemäß der getroffenen Annahme

aber nicht mehr für die Altersgruppen, wie sie im Jahr 2019 abgegrenzt wurden, sondern für die Altersgruppen plus ein Jahr. Damit wird die These eines gesünderen Alterns berücksichtigt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 18 enthalten.

6.3.3 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigten

In Baden-Württemberg lag die Beschäftigung zum Stichtag 30.06.2019 in der Pflegebranche bei insgesamt 139.000 VZÄ, davon 66.100 VZÄ in der ambulanten Pflege und 72.900 VZÄ in der stationären Pflege. Neben den Fachkräften und Helfern wurden auch alle Beschäftigten berücksichtigt, die in den Pflegeeinrichtungen arbeiten (z. B. Büro-, Technik- oder Hilfspersonal). Bezogen auf die 92.500 Pflegebedürftigen, die in der ambulanten Pflege versorgt werden, ergibt das eine Relation von 0,72 VZÄ pro Pflegebedürftigen. In der stationären Pflege stehen 72.900 VZÄ den 109.000 Pflegebedürftigen gegenüber, was eine Relation von 0,67 VZÄ pro Pflegebedürftigen ergibt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigung in der Pflegebranche in Baden-Württemberg 2019

Bezeichnung	Pflegebedürftige Anzahl	Beschäftigung VZÄ	Beschäftigung pro Pflegebedürftigen
Ambulant	92.467	66.143	0,72
Stationär	108.986	72.857	0,67
Pflegebranche insgesamt	201.453	139.000	0,69

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021), Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

Die Ergebnisse beider Szenarien – dem Basisszenario und dem Alternativszenario – sind in Tabelle 18 dargestellt. Gemäß den Annahmen des Basisszenarios dürfte sich die Zahl der Personen, die sich in ambulanter Pflege befinden, von insgesamt 92.500 im Jahr 2019 auf 123.600 im Jahr 2040 erhöhen. Dies entspricht einer Zunahme von 33,7 Prozent oder durchschnittlich 1,6 Prozent pro Jahr zwischen 2019 und 2040. Bei konstantem Betreuungsschlüssel stiege der Bedarf an Pflegearbeitskräften (in VZÄ) im ambulanten Bereich ebenfalls um rund 33,7 Prozent, was pro Jahr einem Beschäftigungsvolumen von im Schnitt rund 1.100 VZÄ entspricht.

Im Alternativszenario (späteres Eintreten der Pflegebedürftigkeit) nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 lediglich um rund 19,6 Prozent zu. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von 0,9 Prozent sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei der Pflegebeschäftigung (in VZÄ). In diesem Szenario würden pro Jahr rund 600 VZÄ zusätzlich benötigt.

Für die stationäre Pflege wird im Basisszenario ein Anstieg der Pflegebedürftigen von 109.000 im Jahr 2019 auf 148.900 im Jahr 2040 vorausberechnet. Das Beschäftigungsvolumen dürfte sich von 72.900 VZÄ auf 99.500 VZÄ erhöhen. Damit würden beide Größen um insgesamt 36,6 Prozent oder durchschnittlich 1,7 Prozent im Jahr wachsen. Dies wäre gleichbedeutend mit einer jährlichen Zunahme des Beschäftigungsvolumens von etwa 1.300 VZÄ.

Die Berechnungen im Alternativszenario (siehe Tabelle 18) ergeben im Vergleich zum Basisszenario auch für den stationären Pflegebereich eine geringere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und damit des künftig benötigten Beschäftigungsvolumens. Insgesamt

errechnet sich hier ein Wachstum von 20,6 Prozent oder durchschnittlich 1,0 Prozent pro Jahr, was einem Beschäftigungsvolumen von rund 700 VZÄ entspricht.

Tabelle 18: Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigung in der Pflegebranche in Baden-Württemberg 2019 und 2040

Basisszenario					
Bezeichnung	2040		Veränderung 2019–2040		
	Pflegebedürftige	Beschäftigung	Insgesamt		pro Jahr
	Anzahl	VZÄ	VZÄ	Prozent	VZÄ
Ambulant	123.600	88.400	22.300	33,7	1.100
Stationär	148.900	99.500	26.700	36,6	1.300
Pflegewirtschaft insgesamt	272.500	188.000	49.000	35,3	2.300
Alternativszenario					
Bezeichnung	2040		Veränderung 2019–2040		
	Pflegebedürftige	Beschäftigung	Insgesamt		Pflegebedürftige
	Anzahl	VZÄ	VZÄ	Anzahl	VZÄ
Ambulant	110.600	79.100	13.000	19,6	600
Stationär	131.400	87.800	15.000	20,6	700
Pflegewirtschaft insgesamt	242.000	167.000	28.000	20,1	1.300

Anmerkung: Werte sind auf Hunderter gerundet. Rundungsdifferenzen sind möglich.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021), Statistisches Bundesamt (2021); eigene Berechnungen. © IAB

6.4 Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in Baden-Württemberg

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Berechnungen für den altersbedingten Ersatzbedarf und den nachfragebedingten Erweiterungsbedarf zusammengeführt. Der künftige Beschäftigungsbedarf in der Pflegebranche in Baden-Württemberg ergibt sich aus der Addition des Ersatzbedarfs und des Erweiterungsbedarfs.

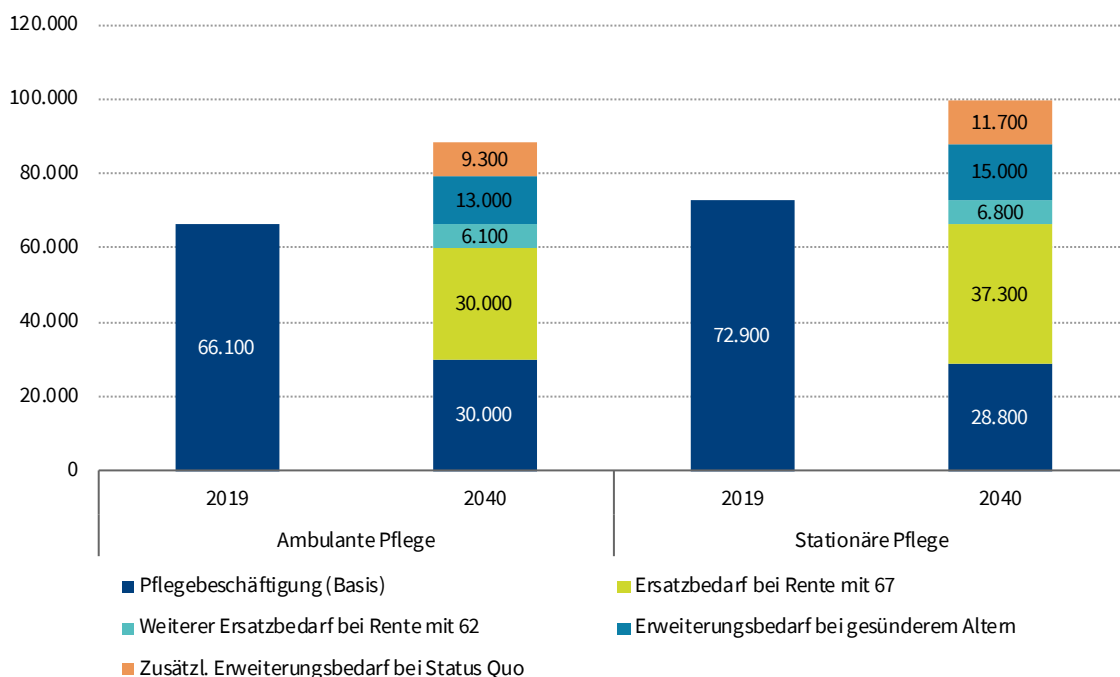
Abbildung 21 illustriert die summierten Ergebnisse für die ambulante und stationäre Pflege. Im Jahr 2019 umfasste das Beschäftigungsvolumen in der ambulanten Pflege 66.100 VZÄ. Soll diese Zahl bis zum Jahr 2040 konstant gehalten werden, so müssten unter der Annahme eines Renteneintritts mit 62 Jahren bis dahin Stellen mit einem Volumen von rund 36.100 VZÄ wiederbesetzt werden. Geht man von einem Renteneintritt mit 67 Jahren aus, wären es mit 30.000 VZÄ etwas weniger. Zusätzlich zum altersbedingten Ersatzbedarf entsteht ein Erweiterungsbedarf, der sich aus der Alterung und der damit einhergehenden steigende Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung ergibt. Unter der Prämisse eines künftig gesünderen Alterns, ergibt sich ein zusätzliches Beschäftigungsvolumen von 13.000 VZÄ. Bleibt die Prävalenzrate hingegen auch künftig konstant, erhöht sich der Erweiterungsbedarf auf rund 22.300.

Insgesamt müssen in der ambulanten Pflege unter den hier getroffenen Annahmen bis zum Jahr 2040 Stellen im Umfang von 43.000 bis 58.500 VZÄ wieder, bzw. neu besetzt werden, um den künftigen Bedarf in der ambulanten Pflege zu decken. Dabei entfällt der größere Anteil auf den altersbedingten Ersatzbedarf. Wie Abbildung 21 zeigt, führt ein früherer Renteneintritt und damit ein kürzerer Arbeitsverbleib in der Pflege zu einer Erhöhung um etwa 6.100 VZÄ des Ersatzbedarfs. Eine größere Entlastung für den Arbeitsmarkt in der ambulanten Pflege würde von

einer künftig geringeren Pflegebetroffenheit der Älteren ausgehen, die dem Szenario des gesünderen Alterns zugrunde liegt. Unter dieser Annahme würde das benötigte Beschäftigungsvolumen um rund 13.000 VZÄ geringer ausfallen.

Abbildung 21: Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg in 2040

in Vollzeitäquivalenten



Anmerkung: Werte sind auf Hunderter gerundet.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021), Statistisches Bundesamt (2021); eigene Berechnungen. © IAB

In der stationären Pflege gab es im Jahr 2019 ein Beschäftigungsvolumen von 72.900 VZÄ (siehe Tabelle 19). Davon erreichen 44.000 VZÄ bis 2040 das Alter von 62 Jahren und müssen bei einem vorzeitigen Ruhestand ersetzt werden, wenn der Bestand konstant gehalten werden soll. Bei einem (gesetzlichen) Renteneintrittsalter von 67 Jahren würden sich die Abgänge auf etwa 37.300 VZÄ reduzieren. Wie auch für die ambulante Pflege fällt der Erweiterungsbedarf geringer aus als der altersbedingte Ersatzbedarf: Unter der Annahme des gesünderen Alterns würde ein zusätzliches Beschäftigungsvolumen im Umfang von 15.000 VZÄ benötigt; unter Beibehaltung des Status Quo wären es 26.700 VZÄ.

Das Gesamtvolumen der in der stationären Pflege bis 2040 wieder bzw. neu zu besetzenden Stellen dürfte zwischen 52.200 und 70.700 anzusetzen sein. Der Ersatz- und der Erweiterungsbedarf fallen in der stationären Pflege höher aus als im ambulanten Bereich.

Der Beschäftigungsbedarf, der bis 2040 in der Pflegewirtschaft insgesamt erwartet wird und sich aus der Summe des Bedarfs in der ambulanten und der stationären Pflege errechnet, beträgt somit ein Ausmaß zwischen 95.300 und 129.200 VZÄ. Demzufolge müssten bis 2040 in Baden-Württemberg rein rechnerisch jedes Jahr im Durchschnitt im Umfang von 4.500 bis 6.100 Stellen nachbesetzt werden, um Ersatz- und Erweiterungsbedarf zu decken. Berechnungen auf

Grundlage einer Sonderauswertung des Sozialministeriums zu den Absolventenzahlen in den Pflege- und Pädagogikberufen haben ergeben, dass sich, wenn dies gelingen soll, theoretisch die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabsolventen an den baden-württembergischen Pflegeschulen im Vergleich zu 2019 um rund 10 Prozent bis hin zu 45 Prozent erhöhen müsste.

Tabelle 19: Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg in 2040

in Vollzeitäquivalenten

Bezeichnung	Beschäftigungsbestand 2019	Altersbedingter Ersatzbedarf bis 2040		Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf bis 2040		Gesamter Beschäftigungsbedarf bis 2040
		Variante 1 (Rente mit 62)	Variante 2 (Rente mit 67)	Basisszenario (Status Quo)	Alternativszenario (gesünderes Altern)	
Ambulante Pflege	66.100	36.100	30.000	22.300	13.000	43.000 – 58.500
Stationäre Pflege	72.900	44.100	37.300	26.700	15.000	52.200 – 70.700
Pflegewirtschaft	139.000	80.200	67.300	49.000	28.000	95.300 – 129.200

Anmerkung: Die Angaben zum gesamten Bedarf bis 2040 sind auf Hunderter gerundet. Rundungsdifferenzen sind möglich.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021), Statistisches Bundesamt (2021); eigene Berechnungen. © IAB

7 Zusammenfassung und Fazit

Ziel der Studie war es einen umfassenden Überblick über die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu geben und dabei Potenziale, aber auch Herausforderungen für die aktuelle und zukünftige Versorgung dieses wichtigen Bereichs mit Arbeitskräften aufzuzeigen.

Ca. 15,3 Prozent aller Beschäftigten im Bundesland arbeiten in der Gesundheitswirtschaft (Stand Juni 2021) und damit nur geringfügig weniger als im bundesdeutschen Schnitt. Der größte Anteil (ca. 68 %) ist im Kernbereich des Gesundheitswesens, also vor allem in den Krankenhäusern und Pflegeheimen, tätig. Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft hat sich seit 2013 deutlich besser entwickelt als die Gesamtbeschäftigung (15,2 %): das Beschäftigungswachstum von über 20 Prozent zeigt die weiter zunehmende Bedeutung dieser Branche für Wirtschaft und Gesellschaft.

Die Beschäftigungsstruktur zeichnet sich durch einen sehr hohen Frauenanteil (fast 75 %) und einen hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigung (fast 50 %) aus. Eine mögliche Strategie zur Fachkräftesicherung kann somit in der Ausweitung der Arbeitszeit im Gesundheitswesen bestehen. Es kann zusätzliches Potenzial in erheblichem Umfang gewonnen werden, sofern es gelingt, Teilzeitbeschäftigte in eine Vollzeitbeschäftigung zu bringen oder zumindest die Erhöhung ihrer Arbeitszeit zu ermöglichen. Unklar ist aber, wie viele Beschäftigte dies prinzipiell wollen bzw. können. So zeigten Bogai et al. (2015) anhand von Auswertungen des Mikrozensus zu den Gründen für die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung, dass in Westdeutschland ein Großteil der Beschäftigten in der Pflege aus persönlichen Gründen in Teilzeit arbeiten will oder muss.

Dass Pfl egetätigkeiten häufig mit Schicht- und Nachtdiensten verbunden sind, die in einer Vollzeitbeschäftigung in größerem Maße zu leisten sind, dürfte in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Rolle spielen. Aus Auffenberg et al. (2022) geht hervor, dass sowohl für Voll- als

auch Teilzeitbeschäftigte mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal die zentrale Bedingung ist, um in der Gesundheitswirtschaft (länger) arbeiten zu wollen.

Unsere Analysen haben ergeben, dass Beschäftigungsdauern von Teilzeitbeschäftigten deutlich höher ausfallen als jene von Vollzeitbeschäftigten. Diese höhere Stabilität könnte ebenfalls darauf hindeuten, dass eine Erhöhung der Arbeitszeit nicht gewünscht bzw. nicht möglich ist. Hier könnte die Kinderbetreuung ein Ansatzpunkt sein, denn derzeit sind die Beschäftigungsdauern von Personen mit Kindern kürzer als jene von Kinderlosen. Dies gilt insbesondere, wenn das jüngste Kind unter drei Jahre alt ist. Angesichts der Unterschiede in der Beschäftigungsdauer nach Arbeitszeit gilt es aber auch insgesamt nachzufassen und weitere Gründe zu ermitteln, weshalb Beschäftigungsdauern für Vollzeitbeschäftigte geringer ausfallen. Auf diese Weise lassen sich möglicherweise Handlungsoptionen ableiten, um den zukünftigen Fachkräftebedarf besser zu bedienen.

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft werden Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege im Bundesland am häufigsten ausgeübt. Es folgen die Altenpfleger*innen und die medizinischen Fachangestellten. Den stärksten Zuwachs seit 2013 erfuhr mit 38 Prozent die Beschäftigung in der Altenpflege. Dies ist im Hinblick auf den demografisch bedingten zunehmenden Bedarf an Arbeitskräften in diesem Beruf positiv zu bewerten. Die Engpassanalyse hat jedoch gezeigt, dass es weiterhin Fachkräfteengpässe in den zentralen Gesundheitsberufen gibt und Projektionen weisen daraufhin (vgl. Zika et al. 2021: 33), dass auch zukünftig mit Engpässen in diesen Bereichen zu rechnen ist.

Als weitere Strategie, um Fachkräfte für den Gesundheitsbereich zu gewinnen, können Anreize zur Beschäftigung erhöht werden, z. B. durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder auch der Bezahlung. Diesbezüglich hat sich gezeigt, dass in den letzten Jahren die Löhne und Gehälter in der Pflegebranche überdurchschnittlich gestiegen sind, v. a. in den Berufen, in denen ein Engpass festgestellt wurde. Somit erzielen inzwischen neben den Fachkräften (in Vollzeit) in der Krankenpflege auch jene in der Altenpflege überdurchschnittliche Entgelte. Auch der Lohnabstand auf Helferebene ist geschrumpft, allerdings verdienen Altenpflegehelfer*innen immer noch weniger als Helfer*innen in anderen Berufen, besonders auch verglichen mit der Krankenpflege.

Die Analysen zu den Beschäftigungs- und Berufsverläufen lassen erkennen, dass es auch diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen den ausgeübten Berufen im Gesundheitsbereich gibt. Die höchste Beschäftigungsdauer errechnet sich für examinierte Krankenpfleger*innen, deren Beschäftigungsverhältnisse auch im Vergleich zu Büroangestellten deutlich länger anhalten. Die geringsten Dauern haben neben den Helfer*innen die Beschäftigten in der Altenpflege, die relativ häufig den Beruf wechseln. In den Analysen erweist sich insgesamt die formale Qualifikation als begünstigender Faktor für Beschäftigungsstabilität. Qualifizierung ist folglich ein weiterer Hebel: wenn es gelingt, möglichst viele Beschäftigte auf Helferebene in einer abschlussorientierten Weiterbildung zu qualifizieren, werden einerseits Fachkräfte dazu gewonnen und andererseits steht ihr Potenzial tendenziell längerfristiger zur Verfügung.²¹

²¹ Siehe Bundesagentur für Arbeit (2022) für einen Überblick der Qualifizierungsmaßnahmen, die die Bundesagentur für Arbeit fördert sowie Dauth/Lang (2017) zu den Wirkungen von Qualifizierungsmaßnahmen in der Altenpflege.

Dies bestätigen auch die Analysen zur Berufsmobilität in der Gesundheitsbranche. So arbeiten ca. 78 Prozent der examinierten Krankenpfleger*innen nach einer Unterbrechung wieder in ihrem ursprünglich ausgeübten Beruf. Unter den Altenpfleger*innen sind es hingegen nur ca. 56 Prozent. Auch in einer längerfristigen Betrachtung über zehn Jahre, in der Berufswechsel möglich sind, zeigt sich der Unterschied zwischen diesen beiden Berufsgruppen. Während knapp 50 Prozent der Krankenpfleger*innen nach zehn Jahren noch – oder wieder – im Beruf beschäftigt sind, sind es unter den Altenpfleger*innen nur knapp 30 Prozent. Für die Helfer*innen in der Altenpflege beträgt dieser Anteil zehn Jahre nach Beginn ihrer ersten Beschäftigung sogar nur gut zehn Prozent. Angesichts des wachsenden Bedarfs an Arbeitskräften in der Pflege ist nach den Ursachen zu suchen. Die genauen Gründe, weshalb Beschäftigte in der Altenpflege häufiger den Beruf wechseln, konnten in dieser Studie nicht analysiert werden. Verschiedene Studien kommen zum Ergebnis, dass sich wesentliche Faktoren z. B. für die Arbeitszufriedenheit auf gute Zusammenarbeit im Team, gute Personalführung und ausreichend Zeit für die Patienten beziehen (vgl. KroczeK/Späth 2020). Darüber hinaus stellen die Autoren fest, dass der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege in Krankenhäusern als attraktiver wahrgenommen wird als die Berufe in der Altenpflege (vgl. KroczeK/Späth 2020: 24). Insofern ist die Änderung der Ausbildungsverordnung hin zu einer generalisierten Ausbildung im Gesundheits- und Pflegebereich möglicherweise ein guter Ansatz, die Attraktivität der Altenpflege zu verbessern.

Ausgehend von den 18 Prozent der Beschäftigten, die ohne Unterbrechung im Gesundheitsbereich arbeiten, sind weiterhin vor allem jene Beschäftigten, die die Branche verlassen, in den Blick zu nehmen. Das betrifft nach unseren Analysen ca. jede siebte Beschäftigte in den Top-5 Berufen im Gesundheitsbereich. Allerdings ist für die Top-5-Berufe der Anteil, der nach einer Unterbrechung zurückkehrt, mit 50 Prozent auch sehr hoch. Diese Rückkehrenden erhöhen tendenziell sogar die Beschäftigungsstabilität in diesem Bereich, denn unsere Analysen ergeben, dass die Bereitschaft von Personen, die in anderen Teilen der Wirtschaft (mindestens für 1–2 Jahre) Erfahrungen gesammelt haben, erneut (länger) im Gesundheitsbereich zu arbeiten, besonders hoch ist.

Für die Pflege als (auch gesellschaftlich) bedeutenden Teil der Gesundheitswirtschaft ist hinsichtlich der zukünftigen zu erwartenden Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und des demografischen Wandels das Halten von Fachkräften und die Rekrutierung von weiterem Personal unabdingbar. Die Modellrechnungen ergeben, dass in den kommenden Jahren ein deutlicher Mehrbedarf an Beschäftigung entstehen wird. So müssten unter den gesetzten Annahmen in der ambulanten Pflege bis zum Jahr 2040 zwischen 43.000 und 58.500 VZÄ wieder bzw. neu besetzt werden, um den künftigen Bedarf zu decken; in der stationären Pflege sind es zwischen 52.200 und 70.700 VZÄ. Auf den altersbedingten Ersatzbedarf entfällt dabei ein größerer Teil als auf den nachfragebedingten Erweiterungsbedarf. Die Berechnungen zeigen, dass Veränderungen im Renteneintrittsalter geringere Auswirkungen haben als eine eventuell zukünftig geringere Pflegebedürftigkeit der Älteren, die dem Szenario des gesünderen Alterns zugrunde liegt. Zusammengefasst muss konstatiert werden, dass große Anstrengungen nötig sind, um auch in Zukunft eine ausreichende Zahl von Pflegekräften bereitzustellen. Im günstigsten Szenario wären in Summe (stationäre + ambulante Pflege) bis 2040 Stellen mit einem Umfang von über 95.000 VZÄ zu ersetzen, im ungünstigen Szenario beinahe von 130.000 VZÄ.

Im Rahmen des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes wurden seit März 2020 von staatlicher Seite neue Perspektiven für Fachkräfte aus Nicht-EU-Ländern geschaffen. Damit ist der deutsche Arbeitsmarkt nicht mehr nur für Hochqualifizierte vollständig geöffnet, sondern auch für Personen mit anerkannter Berufsausbildung. Dies hat u. a. zur Folge, dass examinierte Pflegekräfte einfacher als zuvor einwandern können. Darüber hinaus hat das Land Baden-Württemberg gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit aktuell (August 2022) weitere Schritte unternommen, um der angespannten Personalsituation im Pflegebereich entgegen zu wirken und ausländisches Personal zu rekrutieren. Im Rahmen des Programms „Triple Win“ sollen Sprachkurse für ausländische Pflegekräfte im Ausland gefördert werden mit dem Ziel, diese möglichst schnell als qualifizierte Fachkräfte für eine Beschäftigung in der Pflege in Baden-Württemberg zu gewinnen.

Baden-Württemberg steht in Anbetracht der prognostizierten Entwicklungen vor großen Herausforderungen, um auch zukünftig eine hohe Qualität in der Pflege sicherzustellen. Der Bericht hat gezeigt, dass bereits einige erfolgsversprechende Strategien angewandt wurden, aber noch weitere Anstrengungen nötig sind, damit sich auch zukünftig ausreichend Arbeitskräfte für eine langfristige Tätigkeit im Gesundheitsbereich und in der Pflege in Baden-Württemberg entscheiden.

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik 11, 990–1002.
- Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (AG GGRdL) (2021): Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder. Tabellenband.
- Auffenberg, Jennie; Becka, Denise; Evans, Michaela; Kokott, Nico; Schleicher, Sergej; Braun, Esther (2022): „Ich pflege wieder, wenn...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitsnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes. Hrsg. von der Arbeitsnehmerkammer Bremen.
- Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich, Forschung Aktuell, Gelsenkirchen.
- Bödeker, Wolfgang; Moebus, Susanne (2020): Struktureller und soziodemographischer Wandel der Arbeitswelt und Änderung der beruflichen Mobilität in Deutschland 1980–2010, Essen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66666-1>.
- Bogai, Dieter (2015): Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsträger: Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und beschäftigungspolitischer Paradigmenwechsel. In: D. Bogai; G. Thiele; D. Wiethölter (Hrsg.): Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor, IAB-Bibliothek, 355, Bielefeld: Bertelsmann, S. 11–41.
- Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris; Hell, Stefan; Ludewig, Oliver (2015): Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, Berlin.
- Bogai, Dieter; Thiele, Günter; Wiethölter, Doris (2015): Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor, IAB Bibliothek Nr. 355.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2022): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2020): Grundlagen: Methodenbericht – Engpassanalyse – Methodische Weiterentwicklung, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2014): Methodenbericht: Spezifische Berufsaggregate auf Grundlage der Klassifikation der Berufe 2010, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2013): Umsteigeschlüssel von der KldB 1988 (3-Steller) zur KldB 2010 (5-Steller). <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-erste-Fassung/Generische-Publikationen/Umsteigeschluessel/Umsteigeschluessel-Kldb1988-3-Steller-Kldb2010-5-Steller.xls?blob=publicationFile&v=9>, Abrufdatum: 05.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2012a): Methodenbericht: Beschäftigungsstatistik – Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte – Entgeltstatistik, Nürnberg.

- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2012b): Methodenbericht: Beschäftigungsstatistik - Umstellung der Erhebungsinhalte bei den Merkmalen „ausgeübte Tätigkeit“ (Beruf), „Arbeitszeit“ und „Ausbildung“, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2010): Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2021a): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Engpassanalyse der Länder 2020, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2021b): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2020, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2018a): Fachkräfteengpassanalyse – Methode und Begriffe, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2018b): Grundlagen: Methodenbericht – Die Dauer der Beschäftigung von Personen, Nürnberg.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWi) (2020): Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung.
- Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2021): Entgelte von Pflegekräften 2020, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Aktuelle Daten und Indikatoren.
- Dauth, Christine; Lang, Julia (2017): Geförderte Weiterbildung Arbeitsloser. Qualifizierung in der Altenpflege verbessert die Beschäftigungschancen, IAB-Kurzbericht Nr. 19/2017.
- Deutsche Rentenversicherung (2021): Rentenversicherung in Zahlen 2021, Statistik der Deutschen Rentenversicherung.
- Dudel, Christian (2015): Vorausberechnung des Pflegepotentials von erwachsenen Kindern für ihre pflegebedürftigen Eltern. In: Sozialer Fortschritt Heft 1–2, 14–26.
- Ebbinghaus, Margit (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen ... Zum Image von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher, BIBB-Report Nr. 1/2022, Bonn.
- Frie, Britta; Muno, Katharina; Speich, Wolf-Dietmar (2011): Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/2011, 41–49.
- Fuchs, Michaela (2019): Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Thüringen: Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2035, IAB-Regional Sachsen-Anhalt-Thüringen Nr. 2/2019.
- Fuchs, Michaela (2016): Der Pflegearbeitsmarkt in Sachsen-Anhalt. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen, IAB-Regional Sachsen-Anhalt-Thüringen Nr. 5/2016.
- Fuchs, Michaela; Fritzsche, Birgit (2019): Die Gesundheitswirtschaft in Sachsen-Anhalt: Eine Betrachtung des Arbeitsmarktes, IAB-Regional Sachsen-Anhalt-Thüringen Nr. 3/2019.
- Fuchs, Michaela; Weyh, Antje (2018a): Demografischer Wandel am Arbeitsmarkt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege Jg. 165 (H. 2), 50–53.

- Fuchs, Michaela; Weyh, Antje (2018b): Der Pflegearbeitsmarkt in Thüringen: Eine Bestandsaufnahme, IAB-Regional Sachsen-Anhalt-Thüringen Nr. 3/2018.
- Gölz, Uwe; Weber, Matthias (2019): Wie werden wir gepflegt? – Ergebnisse der Pflegestatistik 2017. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/2019, 3–11.
- Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, Diskussionsbeiträge, No. 40, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Forschungszentrum Generationenverträge (FZG), Freiburg i. Br.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2010): Gesundheitswirtschaft in Hessen. Volkswirtschaftliche Potenziale eines Zukunftsmarktes.
- Hohendanner, Christian; Stegmaier, Jens (2012): Geringfügig Beschäftigte in deutschen Betrieben: Umstrittene Minijobs, IAB-Kurzbericht Nr. 24/2012.
- Hummel, Markus; Bernardt, Florian; Kalinowski, Michael; Maier, Tobias; Mönnig, Anke; Schneemann, Christian; Steeg, Stefanie; Wolter, Marc Ingo; Zika, Gerd (2021): Qualifikations- und Berufsprojektion bis 2040 nach Bundesländern: Demografie und Strukturwandel prägen weiterhin die regionale Entwicklung der Arbeitsmärkte, IAB-Kurzbericht Nr. 1/2021.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit.
- Knabe, Susanne; May, Yvonne (2017): Zukünftige Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens in Thüringen bis 2035 – Teil 1: Pflegebedürftige und Pflegepersonal. In: Statistisches Monatsheft Thüringen 24 (12), 29–36.
- Kochskämper, Susanna (2018): Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Eine Simulation bis 2035, IW-Report Nr. 33/2018.
- Kotte, Volker; Stöckmann, Andrea (2021): Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Hamburgs bis 2035: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege, IAB-Regional Nord Nr. 4/2021.
- KroczeK, Martin (2021): Analyzing Nurses' Decisions to Leave Their Profession – a Duration Analysis, IAW Discussion Papers Nr. 136.
- KroczeK, Martin; Späth, Jochen (2020): The Attractiveness of Jobs in the German Care Sector – Results of a Factorial Survey. In: IAW Discussion Papers 134 December 2020.
- Kugler, Philipp (2022): The role of wage beliefs in the decision to become a nurse. In: Health Economics 31 (1), 94–111.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2000): A System of Health Accounts, Paris.
- Pilger, Carmen; Jahn, Daniel (2013): Gesundheitswesen in Baden-Württemberg. Struktur und Entwicklung der Beschäftigung, IAB-Regional Baden-Württemberg Nr. 1/2013.
- Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 35. Jg (Heft 2), 357–378.

- Pohl, Carsten; Sujata, Uwe; Weyh, Antje (2012): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen - Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030, IAB-Regional Sachsen Nr. 2/2012.
- Rösler, Ulrike; Schmidt, Kristina; Merda, Meiko; Melzer, Marlen (2018): Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professioneller Pfleger verändern, Berlin.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat.
- Statistisches Bundesamt (2021): Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen.
- Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen, Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021): Bevölkerungsvorausberechnung Hauptvariante. Nicht veröffentlicht.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [Stand: 06.07.2020], New York.
- Williams, Richard (2021): Using Stata's Margins Command to Estimate and Interpret Adjusted Predictions and Marginal Effects.
- Zika, Gerd; Schneemann, Christian; Hummel, Markus; Bernardt, Florian; Kalinowski, Michael; Maier, Tobias; Mönnig, Anke; Steeg, Stefanie; Ingo, Wolter; Marc (2021): Die langfristigen Folgen von Covid-19, Demografie und Strukturwandel für die Bundesländer, IAB-Forschungsbericht Nr. 01/2021.

Anhang

Tabelle A 1: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen in Baden-Württemberg und Deutschland

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021

		Baden- Württemberg	Deutschland	Baden- Württemberg	Deutschland
		Absolut		Anteil in %	
Gesundheitswirtschaft		699.626	5.213.450	100,0	100,0
davon:					
Kernbereich		475.629	3.808.579	68,0	73,1
86.1	Krankenhäuser	191.616	1.400.705	27,4	26,9
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen	88.106	676.694	12,6	13,0
86.9	Sonstige Praxen und Rettungsdienste	44.735	385.318	6,4	7,4
87.1	Pflegeheime	71.441	548.356	10,2	10,5
87.2	Stationäre Einrichtungen	1.540	18.262	0,2	0,4
87.3	Altenheime	35.058	357.892	5,0	6,9
88.10.1	Ambulante soziale Dienste	43.133	421.352	6,2	8,1
Erweiterungsbereich 1 (Handel)		50.210	377.196	7,2	7,2
46.18.4	Handelsvermittlung von pharm. etc. Produkten	4.855	35.132	0,7	0,7
46.46	Großhandel mit pharm. etc. Produkten	14.835	91.636	2,1	1,8
47.73	Apotheken	19.370	156.497	2,8	3,0
47.74	Einzelhandel mit med. und orth. Artikeln	5.763	53.304	0,8	1,0
47.78.1	Augenoptiker*innen	5.387	40.627	0,8	0,8
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)		87.228	359.385	12,5	6,9
21.0	Herstellung v. pharmazeutischen Erzeugnissen	39.635	157.282	5,7	3,0
26.6	Herstellung v. Bestrahlungs- u. ä. Geräten	2.299	9.764	0,3	0,2
32.5	Herstellung v. med. und zahnmed. Geräten	45.294	192.339	6,5	3,7
Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung)		86.559	668.290	12,4	12,8
65.12.1	Krankenversicherungen	3.239	29.607	0,5	0,6
72.1	Forschung und Entwicklung	45.414	240.486	6,5	4,6
84.12	Öffentliche Verwaltung	3.350	88.449	0,5	1,7
84.3	Sozialversicherung	34.556	309.748	4,9	5,9

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

Tabelle A 2: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbereichen in den Bundesländern

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) am 30.06.2021

	Insgesamt	Gesundheits- wirtschaft	Kernbereich	Erweiterungs- bereich 1	Erweiterungs- bereich 2	Erweiterungs- bereich 3	Anteil Gesundheits- wirtschaft an Insgesamt	Anteil Kernbereich an Gesundheits- wirtschaft	Anteil E 1 an Gesundheits- wirtschaft	Anteil E 2 an Gesundheits- wirtschaft	Anteil E 3 an Gesundheits- wirtschaft
Schleswig-Holstein	978.474	181.390	133.252	16.066	17.148	14.924	18,5	73,5	8,9	9,5	8,2
Hamburg	976.157	147.079	94.254	12.145	8.844	31.836	15,1	64,1	8,3	6,0	21,6
Niedersachsen	2.920.217	482.228	381.579	29.230	19.029	52.390	16,5	79,1	6,1	3,9	10,9
Bremen	322.646	50.750	34.519	3.024	1.816	11.391	15,7	68,0	6,0	3,6	22,4
Nordrhein-Westfalen	6.795.754	1.105.148	852.636	82.013	38.451	132.048	16,3	77,2	7,4	3,5	11,9
Hessen	2.558.863	392.404	262.757	34.223	52.275	43.149	15,3	67,0	8,7	13,3	11,0
Rheinland-Pfalz	1.387.360	238.417	174.630	18.534	16.290	28.963	17,2	73,2	7,8	6,8	12,1
Baden-Württemberg	4.562.579	699.626	475.629	50.210	87.228	86.559	15,3	68,0	7,2	12,5	12,4
Bayern	5.514.549	816.974	601.370	62.604	60.269	92.731	14,8	73,6	7,7	7,4	11,4
Saarland	371.461	68.034	47.367	6.110	4.601	9.956	18,3	69,6	9,0	6,8	14,6
Berlin	1.539.114	262.816	169.404	18.209	15.768	59.435	17,1	64,5	6,9	6,0	22,6
Brandenburg	839.335	141.292	107.980	8.700	5.332	19.280	16,8	76,4	6,2	3,8	13,6
Mecklenburg-Vorpommern	556.341	104.629	79.094	5.677	4.455	15.403	18,8	75,6	5,4	4,3	14,7
Sachsen	1.567.419	259.447	193.905	15.450	11.165	38.927	16,6	74,7	6,0	4,3	15,0
Sachsen-Anhalt	771.441	135.647	103.671	7.740	8.120	16.116	17,6	76,4	5,7	6,0	11,9
Thüringen	768.995	127.569	96.532	7.261	8.594	15.182	16,6	75,7	5,7	6,7	11,9
Deutschland	32.430.705	5.213.450	3.808.579	377.196	359.385	668.290	16,1	73,1	7,2	6,9	12,8

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

Tabelle A 3: Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg
 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort (ohne Auszubildende) 2013 und 2021

		2013		2021		Veränderung 2013–2021 (%)	
		Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit
Gesundheitswirtschaft		347.352	234.578	386.174	313.452	11,2	33,6
davon:							
Kernbereich		204.294	190.137	224.158	251.471	9,7	32,3
86.1	Krankenhäuser	95.458	73.441	103.920	87.696	8,9	19,4
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen	41.145	30.910	43.660	44.446	6,1	43,8
86.9	Sonstige Praxen und Rettungsdienste	16.846	14.079	22.325	22.410	32,5	59,2
87.1	Pflegeheime	28.059	37.265	26.302	45.139	-6,3	21,1
87.2	Stationäre Einrichtungen	529	489	657	883	24,2	80,6
87.3	Altenheime	12.398	16.849	13.068	21.990	5,4	30,5
88.10.1	Ambulante soziale Dienste	9.859	17.104	14.226	28.907	44,3	69,0
Erweiterungsbereich 1 (Handel)		30.839	14.272	30.823	19.387	-0,1	35,8
46.18.4	Handelsvermittlung von pharm. etc. Produkten	4.763	864	3.954	901	-17,0	4,3
46.46	Großhandel mit pharm. etc. Produkten	10.749	2.436	11.469	3.366	6,7	38,2
47.73	Apotheken	8.737	8.636	7.937	11.433	-9,2	32,4
47.74	Einzelhandel mit med. und orth. Artikeln	3.635	1.113	4.144	1.619	14,0	45,5
47.78.1	Augenoptiker*innen	2.955	1.223	3.319	2.068	12,3	69,1
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)		61.951	11.785	71.353	15.875	15,2	34,7
21.0	Herstellung v. pharmazeutischen Erzeugnissen	27.078	5.266	32.420	7.215	19,7	37,0
26.6	Herstellung v. Bestrahlungs- u. ä. Geräten	1.902	229	2.017	282	6,0	23,1
32.5	Herstellung v. med. und zahnmed. Geräten	32.971	6.290	36.916	8.378	12,0	33,2
Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung)		50.268	18.384	59.840	26.719	19,0	45,3
65.12.1	Krankenversicherungen	3.104	670	2.656	583	-14,4	-13,0
72.1	Forschung und Entwicklung	23.780	5.658	33.729	11.685	41,8	106,5
84.12	Öffentliche Verwaltung	1.688	1.131	1.943	1.407	15,1	24,4
84.3	Sozialversicherung	21.696	10.925	21.512	13.044	-0,8	19,4

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen. © IAB

Tabelle A 4: Soziodemografische Merkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ohne Auszubildende) am 30.06.2021 und Anteile in Prozent

		Gesamt	Geschlecht		Arbeitszeit		Alter					Anforderungsniveau				Nationalität	
			Männlich	Weiblich	Vollzeit	Teilzeit	unter 25 Jahre	25 bis 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Deutschland	Ausland
Beschäftigte insgesamt		4.562.579	54,6	45,4	72,1	27,9	6,9	23,0	22,3	24,3	23,5	16,1	54,3	14,6	14,6	82,4	17,5
Beschäftigte Gesundheitswirtschaft		699.626	26,9	73,1	55,2	44,8	6,5	23,3	22,5	23,6	24,2	14,1	55,0	13,7	17,3	87,2	12,8
Kernbereich		475.629	19,0	81,0	47,1	52,9	7,2	22,5	21,5	23,2	25,5	16,9	57,2	11,8	14,1	86,0	16,2
86.1	Krankenhäuser	191.616	24,1	75,9	54,2	45,8	6,0	24,6	21,2	22,7	25,5	10,8	55,1	12,4	21,7	86,5	15,6
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen	88.106	6,5	93,5	49,6	50,4	8,8	23,4	25,1	22,3	20,4	2,7	78,2	8,1	11,0	90,2	10,8
86.9	Sonstige Praxen und Rettungsdienste	44.735	27,0	73,0	49,9	50,1	12,6	25,8	21,2	20,8	19,5	10,2	43,7	37,9	8,2	93,0	7,5
87.1	Pflegeheime	71.441	17,8	82,2	36,8	63,2	6,0	18,3	19,7	25,4	30,6	39,1	47,7	5,2	8,0	79,6	25,7
87.2	Stationäre Einrichtungen	1.540	27,2	72,8	42,7	57,3	4,5	21,4	17,4	24,4	32,3	12,7	41,0	12,3	34,1	94,4	6,0
87.3	Altenheime	35.058	21,3	78,7	37,3	62,7	7,3	20,3	19,3	24,1	29,0	34,7	49,6	5,6	10,1	82,0	22,0
88.10.1	Ambulante soziale Dienste	43.133	13,9	86,1	33,0	67,0	5,4	16,9	20,9	26,1	30,8	29,3	59,9	5,6	5,2	82,2	21,6
Erweiterungsbereich 1 (Handel)		50.210	28,0	72,0	61,4	38,6	6,1	21,7	23,8	24,7	23,6	7,3	58,7	16,1	17,8	91,0	9,9
46.18.4	Handelsvermittlung von pharm. etc. Produkten	4.855	50,8	49,2	81,4	18,6	2,9	19,5	25,7	27,4	24,4	8,8	43,8	30,6	16,8	89,0	12,4
46.46	Großhandel mit pharm. etc. Produkten	14.835	45,1	54,9	77,3	22,7	4,3	21,0	24,9	26,6	23,2	13,8	40,2	29,8	16,3	89,9	11,3
47.73	Apotheken	19.370	7,3	92,7	41,0	59,0	6,8	20,5	23,4	23,8	25,5	4,1	68,9	0,6	26,4	90,7	10,1
47.74	Einzelhandel mit med. und orth. Artikeln	5.763	39,3	60,7	71,9	28,1	6,4	22,6	23,1	24,4	23,5	6,1	67,3	19,1	7,5	94,2	6,2

		Gesamt	Geschlecht		Arbeitszeit		Alter					Anforderungsniveau				Nationalität	
			Männlich	Weiblich	Vollzeit	Teilzeit	unter 25 Jahre	25 bis 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Helfer	Fachkraft	Spezialist	Experte	Deutschland	Ausland
47.78.1	Augenoptiker*innen	5.387	23,0	77,0	61,6	38,4	11,4	28,3	21,7	21,1	17,5	1,5	77,1	18,2	3,1	93,2	7,3
Erweiterungsbereich 2 (Herstellung und Produktion)		87.228	50,8	49,2	81,8	18,2	4,8	23,8	24,7	25,1	21,6	12,1	50,1	21,9	15,9	89,2	12,1
21.0	Herstellung v. pharmazeutischen Erzeugnissen	39.635	47,2	52,8	81,8	18,2	4,3	25,3	26,8	24,2	19,3	7,9	47,6	26,9	17,6	89,9	11,2
26.6	Herstellung v. Bestrahlungs- u. ä. Geräten	2.299	62,5	37,5	87,7	12,3	4,1	19,4	24,7	28,2	23,5	16,3	41,5	22,4	19,8	91,4	9,4
32.5	Herstellung v. med. und zahnmed. Geräten	45.294	53,3	46,7	81,5	18,5	5,3	22,7	22,8	25,8	23,4	15,5	52,7	17,6	14,2	88,4	13,0
Erweiterungsbereich 3 (F&E und Verwaltung)		86.559	45,7	54,3	69,1	30,9	4,5	28,1	24,9	23,0	19,5	4,1	45,8	14,2	35,9	89,3	12,0
65.12.1	Krankenversicherungen	3.239	51,2	48,8	82,0	18,0	4,8	27,7	24,3	23,8	19,5	0,8	58,0	36,2	5,0	94,2	6,2
72.1	Forschung und Entwicklung	45.414	62,3	37,7	74,3	25,7	4,5	34,3	25,8	19,4	16,0	5,9	22,6	15,2	56,2	83,5	19,7
84.12	Öffentliche Verwaltung	3.350	31,8	68,2	58,0	42,0	6,1	19,2	18,4	25,6	30,6	10,4	55,8	11,4	22,4	93,6	6,9
84.3	Sozialversicherung	34.556	24,7	75,3	62,3	37,7	4,3	20,9	24,3	27,4	23,0	1,3	74,2	11,0	13,5	95,9	4,3

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

Tabelle A 5: Abgrenzung der Pflegebranche nach Klassifikation der Wirtschaftszweige

WZ 2008 Kode	WZ 2008 - Bezeichnung
87.1	Pflegeheime
87.10	Pflegeheime
87.10.0	<p>Pflegeheime</p> <p>Diese Unterklasse umfasst:</p> <p>Einrichtungen, die der umfassenden Betreuung und Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen dienen. Nach Anlage, Ausstattung und Personalbesetzung sind sie darauf ausgerichtet, verbliebene Kräfte der betroffenen Menschen mit ärztlicher Hilfe zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustandes, insbesondere durch aktivierende Pflege, herbeizuführen:</p> <p>Altenpflegeheime</p> <p>Genesungsheime mit Pflegekomponente</p> <p>Erholungsheime mit Pflegekomponente</p> <p>Pflegeeinrichtungen für Behinderte</p>
87.3	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
87.30	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
87.30.0	<p>Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime</p> <p>Diese Unterklasse erfasst die Unterbringung und Pflege von älteren und behinderten Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und die nicht allein leben möchten, in Heimen. Dazu zählt üblicherweise die Unterbringung, Verpflegung, Aufsicht und Hilfe im täglichen Leben wie Haushaltsführung. Gelegentlich sind diesen Einheiten auch separate Pflegestationen angeschlossen.</p> <p>Diese Unterklasse umfasst:</p> <p>Tätigkeiten von:</p> <p>Altenheimen ohne oder mit geringfügigen Pflegeleistungen, in denen alte Menschen, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushalts nicht mehr im Stande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden.</p> <p>Einrichtungen für betreutes Wohnen mit in sich abgeschlossenen Wohnungen, die in Anlage und Ausstattung den besonderen Bedürfnissen alter oder behinderter Menschen Rechnung tragen und sie in die Lage versetzen sollen, möglichst lange ein selbstständiges Leben zu führen.</p>
88.1	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
88.10	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
88.10.1	<p>Ambulante soziale Dienste</p> <p>Diese Unterklasse umfasst:</p> <p>soziale, Beratungs-, Fürsorge- und ähnliche Dienstleistungen, die durch staatliche oder private Einrichtungen, landesweit bzw. auf lokaler Ebene tätige Selbsthilfeorganisationen, einschließlich Fachberatungsdiensten, für ältere Menschen und Behinderte in deren Wohnung oder anderweitig erbracht werden:</p> <p>Ambulante Pflege für ältere Menschen oder behinderte Erwachsene</p> <p>Besuchsdienste für ältere Menschen und Behinderte</p>
88.10.2	<p>Diese Unterklasse umfasst:</p> <p>soziale, Beratungs-, Fürsorge- und ähnliche Dienstleistungen, die durch staatliche oder private Einrichtungen, landesweit bzw. auf lokaler Ebene tätige Selbsthilfeorganisationen, einschließlich Fachberatungsdiensten, für ältere Menschen und Behinderte in deren Wohnung oder anderweitig erbracht werden:</p> <p>Tagespflege für ältere Menschen oder behinderte Erwachsene</p> <p>Berufliche Rehabilitation sowie Qualifikationsmaßnahmen für Behinderte, sofern der Ausbildungsaspekt nicht im Vordergrund steht</p>

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft	9
Abbildung 2:	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in den Bundesländern	12
Abbildung 3:	Beschäftigte in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs	13
Abbildung 4:	Relative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbereiche in den Kreisen Baden-Württembergs	15
Abbildung 5:	Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in den Kreisen Baden-Württembergs	17
Abbildung 6:	Entwicklung der Beschäftigung 2013–2021 in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs	18
Abbildung 7:	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs nach soziodemografischen Merkmalen	19
Abbildung 8:	Beschäftigte insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg nach der Arbeitszeit	21
Abbildung 9:	Beschäftigungsentwicklung in den wichtigsten Berufen des Kernbereichs in Baden-Württemberg	28
Abbildung 10:	Dauer bei Abgang aus Arbeitslosigkeit, Baden-Württemberg 2021	33
Abbildung 11:	Entwicklung der monatlichen Bruttoentgelte in ausgewählten Pflegeberufen in Baden-Württemberg, 2012 bis 2021	35
Abbildung 12:	Verweildauer von Beschäftigten im Gesundheitsbereich nach Beruf	42
Abbildung 13:	Weiterer Erwerbsverlauf nach Beginn einer Beschäftigung im Gesundheitsbereich nach Geschlecht	48
Abbildung 14:	Dauer und Struktur der Unterbrechungen zwischen zwei Beschäftigungen im Gesundheitsbereich nach Geschlecht in Tagen	51
Abbildung 15:	Anteil der Personen, die im Gesundheitsbereich beschäftigt bleiben, in Jahren nach Beginn der ersten Beschäftigung im Gesundheitsbereich	52
Abbildung 16:	Anteil der Personen, die im Gesundheitsbereich beschäftigt sind, in Jahren nach Beginn der ersten Beschäftigung für Top-5-Berufe im Gesundheitsbereich	53
Abbildung 17:	Schematischer Aufbau der Modellrechnungen	55
Abbildung 18:	Altersstruktur der Beschäftigten in der Pflegebranche in Baden-Württemberg	60
Abbildung 19:	Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg nach Altersgruppen	62
Abbildung 20:	Altersgruppenspezifische Prävalenzraten für Pflegebedürftige in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg	63
Abbildung 21:	Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg in 2040	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nach der WZ 2008	10
Tabelle 2:	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach ihrer Beschäftigungsart in Baden-Württemberg	23

Tabelle 3:	Entwicklung der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs.....	24
Tabelle 4:	Die zehn am stärksten besetzten Berufe in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs.....	26
Tabelle 5:	Beschäftigte in den fünf zentralen Berufen des Kernbereichs in Baden-Württemberg nach ausgewählten Merkmalen	27
Tabelle 6:	Engpassindikatoren in den zentralen Gesundheitsberufen 2021 (Fachkraft-Anforderungsniveau).....	31
Tabelle 7:	Arbeitsmarktstrukturelle Merkmale der Arbeitslosen.....	32
Tabelle 8:	Monatliche Bruttoentgelte für Fachkräfte nach Bundesländern, 31.12. 2021	36
Tabelle 9:	Monatliche Bruttoentgelte für Helfer*innennach Bundesländern, 31.12. 2021.....	36
Tabelle 10:	Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften nach Art der Pflegeeinrichtung, 31.12.2021	38
Tabelle 11:	Abgrenzung der Untersuchungspopulation	41
Tabelle 12:	Regressionsanalyse: Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsdauer im Beruf	46
Tabelle 13:	Berufliche Mobilität von Beschäftigten im Gesundheitsbereich	50
Tabelle 14:	Abgrenzung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Pflegebedürftigen nach ambulanter und stationärer Pflege.....	58
Tabelle 15:	Beschäftigte in der Pflegebranche in Baden-Württemberg	59
Tabelle 16:	Altersbedingter Ersatzbedarf in der ambulanten und stationären Pflege Baden-Württembergs bis 2040.....	61
Tabelle 17:	Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigung in der Pflegebranche in Baden-Württemberg 2019	64
Tabelle 18:	Zahl der Pflegebedürftigen und Beschäftigung in der Pflegebranche in Baden-Württemberg 2019 und 2040	65
Tabelle 19:	Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg in 2040	67

Anhang

Tabelle A 1:	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbranchen in Baden-Württemberg und Deutschland	75
Tabelle A 2:	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Teilbereichen in den Bundesländern	76
Tabelle A 3:	Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg	77
Tabelle A 4:	Soziodemografische Merkmale der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württembergs	78
Tabelle A 5:	Abgrenzung der Pflegebranche nach Klassifikation der Wirtschaftszweige	80

In der Reihe IAB-Regional Baden-Württemberg zuletzt erschienen

Nummer	Autoren	Titel
1/2021	Christian Faißt, Silke Hamann Daniel Jahn	Der coronabedingte Anstieg der Arbeitslosigkeit in Baden-Württemberg
1/2020	Christian Faißt, Silke Hamann Daniel Jahn	Die Bedeutung des Handwerks in Baden-Württemberg – Fokus: Fachkräfte in Handwerksberufen
1/2019	Silke Hamann, Daniel Jahn Rüdiger Wapler	Langzeitarbeitslosigkeit in Baden-Württemberg Welche Wege führen rein und welche wieder raus
3/2016	Julia Hafenrichter, Silke Hamann, Oliver Kerl, Tanja Buch, Katharina Dengler	Digitalisierung der Arbeitswelt – Folgen für den Arbeitsmarkt in Baden-Württemberg
2/2016	Oliver Kerl, Rüdiger Wapler, Katharina Wedel,	Vergleichende Analyse von Länderarbeitsmärkten

Eine vollständige Liste aller Veröffentlichungen der Reihe „**IAB-Regional Baden-Württemberg**“ finden Sie unter:

<https://iab.de/publikationen/iab-publikationsreihen/iab-regional/iab-regional-baden-wuerttemberg/>

Eine vollständige Liste aller Veröffentlichungen der Reihe „**IAB-Regional**“ finden Sie unter:

<https://iab.de/publikationen/iab-publikationsreihen/iab-regional/>

Impressum

IAB-Regional • IAB Baden-Württemberg 1|2022

Veröffentlichungsdatum

7. November 2022

Herausgeber

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

Nutzungsrechte

Diese Publikation ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Bezugsmöglichkeit

https://doku.iab.de/regional/BW/2022/regional_bw_0122.pdf

Website

www.iab.de

ISSN

1861-2245

DOI

[10.48720/IAB.REBW.2201](https://doi.org/10.48720/IAB.REBW.2201)

Rückfragen zum Inhalt

Christian Faißt
Telefon 0711 941-1455
E-Mail christian.faisst@iab.de

Silke Hamann
Telefon 0711 941-1424
E-Mail silke.hamann2@iab.de

Rüdiger Wapler
Telefon 0711 941-1451
E-Mail ruediger.wapler@iab.de