

Conrads, Ralph; Holler, Markus; Kistler, Ernst; Kühn, Daniel; Schneider, Daniela

Working Paper

Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen

Working Paper Forschungsförderung, No. 005

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Conrads, Ralph; Holler, Markus; Kistler, Ernst; Kühn, Daniel; Schneider, Daniela (2016) : Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen, Working Paper Forschungsförderung, No. 005, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201606091948>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/215937>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Hans **Böckler**
Stiftung 

Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 005, Januar 2016

Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen

Ralph Conrads, Markus Holler, Ernst Kistler,
Daniel Kühn und Daniela Schneider



© 2016 Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne schriftliche Zustimmung der Hans-Böckler-Stiftung unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
A. Überblick/Grundinformationen zur Branche	12
B. Beschäftigung	16
B.1 Beschäftigungsentwicklung	16
B.2 Beschäftigtenstruktur	23
B.3 Atypische Beschäftigung	26
B.4 Personalsuche, Einstellungsverhalten, Stellenbesetzungsprobleme	31
B.5 Qualifikationsstruktur	39
B.6 Fachkräftemangel?	44
C. Ökonomische Lage	48
C.1 Wirtschaftliche Entwicklung: Umsatz, Ertrag, Kosten, Leistungen	48
C.2 Ausgaben und Investitionen	63
C.3 Innovationsverhalten	69
D. Einkommen und Arbeitsbedingungen	72
D.1 Einkommen	72
D.2 Arbeitszeit	80
D.3 Betriebliche Weiterbildung	85
D.4 Körperlich schwere Arbeit	89
D.5 Arbeitsintensität	92
D.6 Emotionale Arbeitsanforderungen der Tätigkeit	95
D.7 Zusammenfassende Kennzahlen der Arbeitsqualität des DGB-Index Gute Arbeit für Branchen, Teilbranchen und Berufe	96
D.8 Arbeitsqualität nach Qualifikations- und Anforderungsniveaus	101
D.9 Arbeitsqualität nach Art des Beschäftigungsverhältnisses	102
D.10 Gesundheitliche Situation	105
D.11 Gesundheitsförderung und Gefährdungsbeurteilungen	113
E. Arbeitsbeziehungen und Mitbestimmung	118
E.1 Tarifbindung	119
E.2 Interessenvertretung	122
E.3 Beschäftigte und Flexibilisierung der Beschäftigung	125
E.4 Entlohnung und Arbeitszeit	130
E.5 Personalpolitik	136
E.6 Zusammenfassung	140
F. Branchenstrukturen/Strukturwandel	142
F.1 Wandlungsphänomene	142
F.2 Krankenhäuser	145
F.3 Alten- und Pflegeheime	154
F.4 Kinderbetreuungseinrichtungen	160
G. Zusammenfassung und Handlungsfelder	168
Literaturverzeichnis	175
Wichtige Informationen zu den zwei zentralen verwendeten Datenquellen	179
IAB-Betriebspanel	179
DGB-Index	180

Abbildungsverzeichnis

Darstellung B.1:	Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten in Deutschland 2002 bis 2013 (in Tsd.).....	17
Darstellung B.2:	Entwicklung der Zahl aller Beschäftigten und der Zahl der sv-Beschäftigten in den Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100).....	18
Darstellung B.3:	Personal in Krankenhäusern 1991 bis 2012 (Anzahl)	19
Darstellung B.4:	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2014, 2030 und 2060 nach Altersjahrgängen, 2. Variante der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (in Tsd.).....	20
Darstellung B.5:	Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland 1999 bis 2011 (Indexwerte 1999=100).....	20
Darstellung B.6:	Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten 1999 bis 2011 nach Berufsgruppen und Bundesländern (Indexwerte 1999=100)	22
Darstellung B.7:	Struktur der sv-Beschäftigten in Deutschland insgesamt und in ausgewählten Wirtschaftsgruppen 2013 (in Tsd. und in Prozent)	23
Darstellung B.8:	Struktur der sv-Beschäftigten in Deutschland insgesamt und in ausgewählten Berufsgruppen 2013 (in Tsd. und in Prozent)	25
Darstellung B.9:	Entwicklung der Anteile atypisch Beschäftigter im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Gesamtwirtschaft in den Jahren 2000 und 2013 (in Prozent)	26
Darstellung B.10:	Anteile der Beschäftigten in verschiedenen atypischen Beschäftigungsformen an allen Beschäftigten 2013 (in Prozent).....	28
Darstellung B.11:	Entwicklung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten an allen Beschäftigten nach Berufsgruppen 1999 bis 2011 (in Prozent).....	30
Darstellung B.12:	Kapazitätsauslastung der Betriebe im Jahr 2012 (in Prozent)	31
Darstellung B.13:	Personalbedarf, Personaleinstellungen – davon solche mit betriebsseitigen Kompromissen – und nicht besetzte Stellen im ersten Halbjahr 2013 (in Prozent)	32
Darstellung B.14:	Anteile der Betriebe mit Personaleinstellungen und ungedecktem Personalbedarf im 1. Halbjahr 2013 (in Prozent)	33
Darstellung B.15:	Nicht besetzte Stellen für qualifizierte Tätigkeiten im ersten Halbjahr 2000 bis 2013 – Anteil der Betriebe mit solchen nicht besetzten Stellen und Anteil an allen angebotenen Fachkräftestellen (in Prozent).....	34
Darstellung B.16:	Einstellungs- und Abgangsraten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Gesamtwirtschaft in den Jahren 2000 bis 2013 (in Prozent)	36
Darstellung B.17:	Die wichtigsten Gründe von Personalabgängen im ersten Halbjahr 2013 im Branchenvergleich (in Prozent)	37
Darstellung B.18:	Anzahl der für sofort gesuchten Arbeitskräfte (Vakanzen), darunter derjenigen für einfache Tätigkeiten und Anteil der Vakanzen für einfache Tätigkeiten an allen Vakanzen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland 2000 bis 2013 (in Tsd. und in Prozent)	38
Darstellung B.19:	Vakanzen und Personalbestand nach Qualifikationsgruppen Mitte 2013 (in Prozent)	39
Darstellung B.20:	Entwicklung der Qualifikationsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen 2003 bis 2013 (in Prozent).....	40
Darstellung B.21:	Qualifikationsstruktur der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 nach Betriebsmerkmalen (in Prozent)	41
Darstellung B.22:	Entwicklung der Zahl der Auszubildenden und Beamtenanwärterinnen und -anwärter in den Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100).....	42
Darstellung B.23:	Entwicklung der Schülerinnen- und Schülerzahlen in der Ausbildung zu Pflegeberufen 2007 bis 2013.....	43

Darstellung B.24:	Ausgewählte Indikatoren für die Arbeitsmarktsituation bei ausgewählten Berufen (in Prozent und in Tsd.).....	47
Darstellung C.1:	Entwicklung der Ertragslage 1998 bis 2012 (Durchschnittswerte von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft) in den Betrieben.....	49
Darstellung C.2:	Entwicklung der Gewinnsituation 1998 bis 2012 (Anteil der Betriebe mit positivem Jahresergebnis) in den Betrieben (in Prozent).....	51
Darstellung C.3:	Entwicklung des Umsatzes 1997 bis 2012 in den Betrieben (Indexwerte 1997=100).....	52
Darstellung C.4:	Umsatz und Produktivität 2012 und 2013 (inkl. Vergleich mit Deutschland gesamt) nach Betriebsgruppen	53
Darstellung C.5:	Erwartete Entwicklung des Umsatzes 2012 bis 2013 nach Betriebsgruppen (in Prozent)	54
Darstellung C.6:	Beobachtete und prognostizierte Umsatzentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland in den Jahren von 2007 bis 2018 (in Mrd. Euro)....	55
Darstellung C.7:	Umsatz der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2013 (in Mrd. Euro)	57
Darstellung C.8:	Entwicklung des Jahresergebnisses in Allgemeinkrankenhäusern 2002 bis 2013 (in Prozent)	58
Darstellung C.9:	Wie bewerten Sie die aktuelle finanzielle Lage Ihres Pflegeheims bzw. Ihrer Pflegeheime insgesamt (nach Zahl der Heime)? (in Prozent).....	61
Darstellung C.10:	Beobachtete und prognostizierte Umsatzentwicklung im Heimwesen (Pflegeheim, Betreuungsheim) in Deutschland in den Jahren von 2006 bis 2016 (in Mrd. Euro).....	62
Darstellung C.11:	Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtung (Auswahl) in den Jahren 2007 bis 2013 (in Mio. Euro)	63
Darstellung C.12:	Arbeitskosten je geleistete Stunde in Deutschland nach Wirtschaftszweigen im Jahr 2013 (in Euro)	64
Darstellung C.13:	Öffentliche Ausgaben für Kindertageseinrichtungen nach Körperschaftsgruppen (in Mrd. Euro).....	65
Darstellung C.14:	Personalbedarf in Kindertageseinrichtungen unter Berücksichtigung mehrerer Faktoren von 2010 bis 2020 in den alten und neuen Bundesländern.....	67
Darstellung C.15:	Investitionen 2012 nach Betriebsgruppen	68
Darstellung C.16:	Innovatorenrate als Anteil Betriebe mit Produkt- und/oder Prozessinnovationen im jeweils letzten Geschäftsjahr nach Betriebsgruppen von 2007 bis 2012 (in Prozent).....	69
Darstellung C.17:	Produktinnovationen 2012 nach Betriebsgruppen (in Prozent).....	70
Darstellung D.1:	Monatliche Bruttolöhne und -gehälter je Vollzeitäquivalent* im Branchenvergleich 2000 bis 2013 (in Euro)	73
Darstellung D.2:	Medianwerte und Verteilung auf Einkommensklassen der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte von Vollzeitbeschäftigten zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent)	74
Darstellung D.3:	Medianwerte und Verteilung auf Einkommensklassen der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte vollzeitbeschäftigter Auszubildender zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent).....	75
Darstellung D.4:	Medianwerte und Verteilung der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte Vollzeitbeschäftigter nach Berufsabschluss zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent)	76
Darstellung D.5:	Entwicklung des Medians der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sv-Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland 1999 bis 2010 (Indexwerte 1999=100).....	78
Darstellung D.6:	Verbreitung von Kapital- bzw. Gewinn-/Erfolgsbeteiligungen 2013 (in Prozent)..	79
Darstellung D.7:	Arbeitskosten je geleistete Arbeitsstunden 2000 bis 2013 (in Euro).....	80
Darstellung D.8:	Durchschnittliche vereinbarte Wochenarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten 2000 bis 2013 (in Stunden)	81
Darstellung D.9:	Anteil der Betriebe mit Überstunden im 1. Halbjahr 2000 bis 2012 (in Prozent)..	82

Darstellung D.10:	Verbreitung von Überstunden und Arbeitszeitkonten 2013 (in Prozent)	82
Darstellung D.11:	Arbeitszeitalage in Gesundheits- und Sozialberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten, den Dienstleistungsbranchen und dem Produzierenden Gewerbe (in Prozent).....	84
Darstellung D.12:	Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit verlangt – nach Berufen (in Prozent) ...	85
Darstellung D.13:	Anteile der Betriebe/Dienststellen mit Förderung der Weiterbildung und Anteile der geförderten Beschäftigten 2013 (in Prozent)	87
Darstellung D.14:	Anteil der Weiterbildungsteilnehmer an den Beschäftigten im ersten Halbjahr 2013 nach Qualifikationsgruppe (in Prozent)	88
Darstellung D.15:	Konditionen der Weiterbildung in den Betrieben mit Weiterbildungsförderung 2013 (in Prozent)	88
Darstellung D.16:	Körperlich schwere Arbeit nach Branchen (in Prozent).....	90
Darstellung D.17:	Körperlich schwere Arbeit nach Berufen (in Prozent)	91
Darstellung D.18:	Zeit- und Termindruck bei der Arbeit nach Berufen (in Prozent).....	93
Darstellung D.19:	Abstriche bei Qualität, um Pensum zu schaffen nach Berufen (in Prozent)	95
Darstellung D.20:	Emotionale Anforderungen in Gesundheits- und Sozialberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten, den Dienstleistungsbranchen und dem Produzierenden Gewerbe (in Prozent).....	96
Darstellung D.21:	Stufen der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Branchen und Teilbranchen (in Prozent)	97
Darstellung D.22:	Stufen der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Berufen (in Prozent)	98
Darstellung D.23:	Kriterien der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Branchen und Teilbranchen (Mittelwerte auf einer Skala von 0-100).....	100
Darstellung D.24:	DGB-Index Gute Arbeit und Kriterien der Arbeitsqualität im Gesundheits- und Sozial- bzw. Erziehungswesen (Mittelwerte) nach Anforderungsniveau (Indexpunkte).....	102
Darstellung D.25:	DGB-Index Gute Arbeit und Kriterien der Arbeitsqualität im Gesundheits- und Sozial- bzw. Erziehungswesen nach Art des Arbeitsverhältnisses (Mittelwert) .	104
Darstellung D.26:	Anteil der Beschäftigten mit bestimmten gesundheitlichen Beschwerden nach Branchen (in Prozent).....	106
Darstellung D.27:	Anteil der Beschäftigten mit bestimmten gesundheitlichen Beschwerden nach Berufen (in Prozent)	109
Darstellung D.28:	Subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Branchen (in Prozent) 110	
Darstellung D.29:	Subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Berufen (in Prozent) ...	112
Darstellung D.30:	Angebote zur Gesundheitsförderung vorhanden und ausreichend? – nach Branchen (in Prozent).....	114
Darstellung D.31:	Anteil von Gefährdungsbeurteilungen nach Branchen (in Prozent)	115
Darstellung D.32:	Anteil von Gefährdungsbeurteilungen nach Berufen (in Prozent).....	117
Darstellung E.1:	Anteil der Betriebe mit tariflicher Bezahlung und mit Tarifbindung bzw. Tariforientierung insgesamt sowie im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 (in Prozent)	120
Darstellung E.2:	Anteil der Beschäftigten nach Tarifbindung insgesamt, im Gesundheits- und Sozialwesen und anderen Branchen 2000 bis 2013 (in Prozent)	121
Darstellung E.3:	Anteil der Betriebe nach Vorhandensein einer Interessenvertretung 2013 (in Prozent)	123
Darstellung E.4:	Anteile der Betriebe und Beschäftigten an allen Betrieben und an tarifgebundenen Betrieben 2013 (in Prozent)	124
Darstellung E.5:	Anteil der Beschäftigten, die in Gewerkschaften organisiert sind 2012 bis 2014 (in Prozent)	125
Darstellung E.6:	Entwicklung der Beschäftigtenzahlen insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100)	126

Darstellung E.7:	Entwicklung der Beschäftigtenzahlen insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretung 2002 bis 2013 (Indexwerte 2002=100).....	127
Darstellung E.8:	Flexibilisierungsgrad der Beschäftigten und sonstige Nicht-Standard-Beschäftigte nach verschiedenen Branchen und Tarifbindung 2013 (in Prozent)	128
Darstellung E.9:	Anteil Nicht-Standard-Beschäftigungsverhältnisse an allen Beschäftigten nach Tarifbindung 2003 und 2013 (in Prozent)	130
Darstellung E.10:	Entwicklung der Löhne je Vollzeitäquivalent aller Branchen und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (in Euro/Monat)	132
Darstellung E.11:	Entwicklung der Löhne je Vollzeitäquivalent aller Branchen und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretungen 2003 bis 2013 (in Euro/Monat)	133
Darstellung E.12:	Anteil der Betriebe mit Überstunden an allen Betrieben nach Tarifbindung 2000 bis 2012 (in Prozent)	134
Darstellung E.13:	Anteil der Betriebe mit Überstunden an allen Betrieben nach Interessenvertretung 2002 bis 2012 (in Prozent)	135
Darstellung E.14:	Verbreitung von Überstunden 2012 und Arbeitszeitkonten 2013 (in Prozent)...	136
Darstellung E.15:	Anteil der ausbildenden Betriebe an allen Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (in Prozent)	137
Darstellung E.16:	Anteil der ausbildenden Betriebe an allen Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretung 2003 bis 2013 (in Prozent)	138
Darstellung E.17:	Anteile von Betrieben mit Weiterbildungsförderung und Anteile der Beschäftigten in Weiterbildung 2013 (in Prozent)	139
Darstellung E.18:	Weiterbildungsquoten nach Qualifikationsgruppen 2013 (in Prozent)	140
Darstellung F.1:	Entwicklung des Umsatzes 1999 bis 2012 in den Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens nach Eigentumsform (Indexwerte 1999=100)	143
Darstellung F.2:	Entwicklung der Gesundheitsausgaben 2000 bis 2013 im Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern und Einrichtungen (Auswahl; Indexwerte 2000=100) ...	144
Darstellung F.3:	Entwicklung der Gesundheitsausgaben 2000 bis 2013 im Gesundheitswesen im Bereich der ambulanten Einrichtungen (Indexwerte 2000=100)	145
Darstellung F.4:	Jahresergebnis der Krankenhäuser 2013 (in Prozent).....	146
Darstellung F.5:	Entwicklung des Anteils verschiedener Trägerschaften 2000 bis 2013 im Krankenhausbereich (in Prozent)	148
Darstellung F.6:	Trägerstruktur und Rechtsform bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern 2012 (in Prozent)	149
Darstellung F.7:	Abstimmung stationäres und ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Krankenhäusern 2007 (in Prozent).....	150
Darstellung F.8:	Outsourcing und Insourcing 2008 bis 2013 nach Bettengrößenklassen (in Prozent)	151
Darstellung F.9:	Out- und Insourcing 2013 nach Leistungsbereichen und Bettengrößenklassen (in Prozent)	152
Darstellung F.10:	„Casemix-Punkt“ je Vollkraft 2005, 2009 und 2012.....	153
Darstellung F.11:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen 1999 bis 2013.....	154
Darstellung F.12:	Marktvolumen im kombinierten Szenario (in Mrd. Euro, in Preisen von 2009) ..	156
Darstellung F.13:	Anzahl der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste von 1999 bis 2013.....	158
Darstellung F.14:	Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft (in Prozent)	160
Darstellung F.15:	Kinder im Alter von unter drei Jahren in Tagesbetreuung von 2008 bis 2014 ...	161
Darstellung F.16:	Anteil der Kinder im Alter von unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in West- und Ostdeutschland an altersgleicher Bevölkerung 2008 bis 2014 (in Prozent)	162

Darstellung F.17:	Anteil der Kinder im Alter von unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in West- und Ostdeutschland an altersgleicher Bevölkerung 2008 bis 2014 (in Prozent)	163
Darstellung F.18:	Kinder in Tageseinrichtungen 2006 und 2013 nach Alters- und Trägergruppen	164
Darstellung F.19:	Pädagogisches Personal in Kindertageseinrichtungen 2006 bis 2013 nach Ländergruppen	166
Darstellung G.1:	Bewusstsein für „Arbeit und Gesundheit“ in den Betrieben.....	171

Einleitung

Die Hans-Böckler-Stiftung förderte unter dem Förderkennzeichen 2014-758-1 die Erstellung einer Branchenanalyse für das Gesundheits- und Sozialwesen durch das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie gGmbH, INIFES in Stadtbergen bei Augsburg.

In der Vorbereitungs- und Projektzeit seit April 2014 haben wir mehrfach Zwischenergebnisse in verschiedenen Gremien von ver.di vorstellen können und uns mehrfach des Rats von Branchenkennern versichert, auch um Datenzugänge zu erschließen, vor allem aber um fundierte Entscheidungen über die Schwerpunktsetzungen der Analyse treffen zu können. Wir danken allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern für ihre Anregungen.

Vorliegende Branchenanalysen weisen eine sehr hohe Heterogenität in Vorgehen, Inhalten und Formaten auf. Dazu mussten eine Reihe von Entscheidungen getroffen werden. Einige dieser für das Projekt getroffenen Vorgaben und Entscheidungen waren folgende:

1. Angesichts der großen Heterogenität (und der uneinheitlichen Definition in verschiedenen Datenquellen)¹ der Teilbranchen, und um den häufig generalisierenden Debatten über „das“ Gesundheits- und Sozialwesen gerecht zu werden, ist es unverzichtbar, auch einen möglichst zusammenfassenden Überblick zu geben. Dazu musste eine geeignete Datenquelle gewählt werden, die erstens sowohl die Betriebe/Unternehmen der Branche möglichst umgreift, zweitens gleichzeitig möglichst viele inhaltlich relevante und interessante Indikatoren und Variablen enthält sowie drittens die Möglichkeit der Bildung von Zeitreihen bietet. Ein viertes Auswahlkriterium war die Vergleichsmöglichkeit mit allen bzw. mit anderen Branchen bei zentralen Indikatoren.
2. Die Entscheidung fiel daher auf das IAB-Betriebspanel, eine repräsentative Erhebung bei jährlich rund 16.000 Betrieben und Dienststellen mit mindestens einem

¹ Die Branchenabgrenzungen zwischen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, den Daten der Bundesagentur für Arbeit und in verschiedenen anderen großen Datenquellen stimmen im Detail ebenso wenig überein, wie z. B. die Zuständigkeitsabgrenzungen innerhalb/zwischen den Gewerkschaften oder Branchenverbänden (vgl. z. B. ver.di 2011).

Eine Konsequenz aus dieser uneinheitlichen Datenlage (bzw. auch von Veränderungen in der Berufe- bzw. Wirtschaftszweigesystematik etc.) ist ein aus Gründen der Quellentreue nicht zu vereinheitlichender Begriffsgebrauch. So z. B. die Verwendung der Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger“ in neuen Statistiken versus der alten Bezeichnung/Abgrenzung „Krankenschwester/-pfleger“, wie sie z. B. in der Quelle „Berufe im Spiegel der Statistik“ des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) verwendet wird. Da diese Quelle interessante Zeitreihen bis 2011 erlaubt, müssen solche uneinheitlichen Terminologien in Kauf genommen werden.

sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in Deutschland.² Das Panel erlaubt aus datentechnischen Gründen zwar keine weiteren branchenbezogenen Differenzierungen des Gesundheits- und Sozialwesens, aber wichtige zusätzliche Differenzierungen nach Kriterien wie Betriebsgröße, Tarifbindung, Vorhandensein eines Betriebs-/Personalrates oder der Eigentumsform bzw. nach Ost-/Westdeutschland,³ auf die in dieser Branchenanalyse großes Gewicht gelegt wird.

3. Entschieden wurde weiterhin, im Vergleich zu vielen vorliegenden Branchenanalysen, sich neben der Betrachtungsebene Betriebe bzw. Unternehmen verstärkt auch mit der Ebene der Beschäftigten auseinanderzusetzen. Dies bedeutet einerseits, Berufs- und Tätigkeitsgruppen innerhalb der Branche differenzierter zu betrachten. Andererseits sind wir auch übereingekommen, der Sichtweise der Beschäftigten auf ihren Arbeitsplatz und Betrieb in dieser Branchenanalyse Raum zu geben (sie sind die Experten für Gute Arbeit). Als Basis für diese Perspektive dienen mehrere Sonderauswertungen des DGB-Index Gute Arbeit.⁴ Ergänzt werden diese auf Beschäftigtengruppen zielenden Analysen, gegebenenfalls durch einige Sonderauswertungen aus der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011/12, dem Sozio-oekonomischen Panel und dem Mikrozensus.
4. Für diese auf Beschäftigtengruppen bezogenen Betrachtungen musste angesichts der Vielfalt der in der Branche vertretenen Berufsgruppen eine Auswahl getroffen werden, für die die Ergebnisse primär und ausführlicher präsentiert werden. Als solche wurden folgende Gruppen ausgewählt:
 - Krankenschwestern und Krankenpfleger inklusive Helferinnen und Helfern
 - Altenpflegerinnen und Altenpfleger inklusive Helferinnen und Helfern
 - Erzieherinnen und Erzieher inklusive Helferinnen und Helfern („Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger“)
5. Die oben bereits angesprochene Heterogenität des Gesundheits- und Sozialwesens konfliktiert nicht nur mit der detaillierten Darstellbarkeit der Informationen im

² Angesichts der großen Fallzahl des IAB-Betriebspanels (in unserer Auswertung der Erhebung des Jahres 2013 gehören z. B. 1.655 der insgesamt 15.725 befragten Betriebe dem Gesundheits- und Sozialwesen an) ist eine gute Repräsentanz der verschiedenen Teilbranchen gewährleistet. Das macht das IAB-Betriebspanel zu einer wichtigen Quelle – auch für Analysen anderer Branchen.

³ Eine weitere Differenzierung auf die Ebene Bundesländer ist statistisch für die bevölkerungsreichsten Bundesländer vertretbar.

⁴ Auch die Befragungen zum DGB-Index Gute Arbeit und die anderen verwendeten Befragungen beruhen – wie das IAB-Betriebspanel – auf repräsentativen Zufallsstichproben. Nur solche sogenannten randomisierten Samples erlauben z. B. statistisch saubere Hochrechnungen und repräsentative Aussagen. Bei den allermeisten Daten von Kammern, Verbänden etc., die auf sogenannten Gelegenheitsstichproben beruhen und meist online durchgeführt werden, ist das nicht möglich – was in Veröffentlichungen regelmäßig missachtet wird.

Hinblick auf den gegebenen Projektrahmen. Ein Problem ist auch, das Endprodukt für die Leserinnen und Leser bzw. Nutzerinnen und Nutzer handhabbar zu halten. Hinzu kommt, dass viele Nutzerinnen und Nutzer der Branchenanalyse in speziellen Bereichen der Branche arbeiten bzw. vor allem an solchen interessiert sind („Was ist mit den Rettungsassistenten?“; „Wie steht es um die atypisch Beschäftigten in den outgesourcten Servicegesellschaften?“, „Gilt der gezeigte Trend auch für Erzieherinnen in kirchlichen Einrichtungen?“). Solche Fragen und Wünsche sind verständlich und berechtigt. Für manche Fragen gibt es aber datenseitige Grenzen. Und: Nicht alles geht auf einen Schlag! Es ist darauf hinzuweisen, dass das Konzept von Branchenanalysen geradezu automatisch zu Aktualisierungen drängt. Es bietet sich an – in einer Mischung aus Fortschreibung zentraler Indikatoren und modularer Aufnahme neuer Themen bzw. von speziellen Vertiefungen – für künftige Analysen einen Modus der Priorisierung solcher Wünsche zu finden.

6. Als Format für diese Branchenanalyse haben wir – in Absprache mit den Förderern – eine Mischform aus gängigem Berichtsformat (Text plus eingestreute Tabellen und Abbildungen) und Gestaltung der wichtigsten Darstellungen in besonders hervorgehobenen Übersichtskästen mit direkt präsentationsfähigen Schaubildern oder Tabellen sowie entsprechenden Kommentartexten gewählt, die in den Fließtext eingebaut wurden. Diese von uns vorgeschlagene Darstellungsauswahl eignet sich gut, um sie für eine PowerPoint-Präsentation zum Bericht zu nutzen und wurde von uns entsprechend formatiert. Wir erhoffen uns davon einen Zusatznutzen für die Verwenderinnen und Verwender dieses Berichts.

A. Überblick/Grundinformationen zur Branche

Das Gesundheits- und Sozialwesen steht in Deutschland wie in anderen Ländern im Schnittpunkt facettenreicher Debatten. Der wohl wichtigste Diskussionspunkt ist: Das Sozial- und insbesondere das Gesundheitswesen gelten als wachstumsstark und als Beschäftigungslokomotive. Die Hoffnungen gehen sogar so weit, dass vom Gesundheitswesen künftig – ähnlich wie einst von technischen Innovationen wie der Dampfmaschine oder aktuell der Mikroelektronik eine „lange Welle der Konjunktur“ ausgelöst werden könnte.

Als Hintergrund wird auf das steigende Bedürfnis nach Gesundheit (und Wellness) in einer im Durchschnitt relativ wohlhabenden Gesellschaft verwiesen oder auf eine vom demografischen Wandel induzierte steigende Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen einer alternden Gesellschaft. Gerade die älteren Generationen würden über eine entsprechende Kaufkraft verfügen. Auch sei der medizinische (bzw. medizintechnische) Fortschritt – der immer noch mehr im diagnostischen Bereich, und noch nicht so sehr im therapeutischen Bereich stattfindet – noch längst nicht ausgereizt. Im Erziehungswesen schließlich sei der Bedarf in einer Wissensgesellschaft verbunden mit einem unaufhaltsamen Trend zur außerhäuslichen Kinderbetreuung und nicht zuletzt einer zunehmenden Zuwanderung so groß, dass sogar der Rückgang der Kinderzahlen überkompensiert werde.

Kurzum: Das Gesundheits- und Sozialwesen werde wachsen. Als wesentlichem Teil der „Social Services of General Interest“ (im Deutschen: „Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen“) werden ihm neben der gesellschaftlichen Unverzichtbarkeit der Ausgaben des Staates in diesem Bereich auch eine bedeutende Stabilisierungsfunktion und erhebliche Multiplikatoreffekte attestiert.

Auf der anderen Seite wird das Gesundheits- und Sozialwesen als Kostentreiber – vor allem für den Staat und die Sozialversicherungen – diskutiert. Von Gesundheitskostenexplosionen ist immer wieder die Rede, von Finanzierungsgrenzen für die Pflege und den Sozialstaat überhaupt. Auf die begrenzten Produktivitätseffekte und Rationalisierungspotenziale der Sozialdienstleistungen wird verwiesen (sogenannte „Baumol'sche Kostenkrankheit“). Auch die Vorstellung von den vielen wohlhabenden Alten wird als fragwürdig angesehen; die große Mehrheit werde im Gefolge der Sozialreformen und des Abgehens von der lebensstandardsichernden Funktion der ge-

setzlichen Renten nicht über die Mittel verfügen, die ein boomender Gesundheitsmarkt voraussetzt.

Kurzum: Ein boomender Gesundheitsmarkt sei höchst voraussetzungsreich und allenfalls ein zu schmales Segment in einer immer ungleicher werdenden Gesellschaft (zusammen mit dem Export von Gesundheitsdienstleistungen für eine ebenfalls begrenzte Anzahl von Reichen aus anderen Ländern, die sich in Deutschland behandeln lassen). Ein zu kleines und unsicheres Potenzial für eine wirtschaftlich interessante Nachfragesteigerung im Gesundheits- und vor allem Sozialwesen bzw. der Gesamtwirtschaft.

Aber auch in anderer Hinsicht ist das Gesundheits- und Sozialwesen ein interessanter Wirtschaftszweig:

- So verändert sich der „Wohlfahrtsmix“ zwischen Staat, privaten und gemeinnützigen Trägern in diesem Bereich in den letzten Jahren besonders stark.
- Im Bereich der Altenpflege wird sich demografisch bedingt eine steigende Nachfrage ergeben – wie „kaufkräftig“ diese sein wird, ist (vgl. oben) eine andere Frage –, die in zunehmendem Maß mit den tendenziell steigenden Erwerbsquoten Älterer in Konkurrenz gerät (Stichwort: Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und Beruf).
- Vielen Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen wird bereits heute attestiert, sie seien „Engpassberufe“. Zunehmende Stellenbesetzungsprobleme und ein Fachkräftemangel werden erwartet – soweit nicht bereits die gegenwärtige Situation so beschrieben wird (Stichwort: „Pflegerotstand“). Dabei ist zu hinterfragen, wo die Ursachen liegen: In der Demografie oder z. B. in schlechten Arbeitsbedingungen und zu geringen Ausbildungskapazitäten und überhaupt in einer zu geringen gesellschaftlichen Anerkennung der sozialen „(Frauen-)Berufe“.

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist – ganz jenseits aller solcher Zukunftsdebatten – ein bedeutender Teil des Beschäftigungssystems in Deutschland. Unbenommen aller Abgrenzungsprobleme wird dies alleine anhand eines Überblicks über die Anteile an den sv-Beschäftigten⁵ deutlich.

⁵ Über den Bericht hinweg sind sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit sv-Beschäftigte abgekürzt.

Hierzu weist die Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2013 branchenbezogen folgende Zahlen in der Beschäftigtenstatistik aus (Werte für Dezember):

		Anzahl
Sv-Beschäftigte		29.491.137
Gesundheitswesen		2.238.866
davon:	Krankenhäuser	1.325.517
	Arzt- und Zahnarztpraxen	632.098
	Sonstige	281.251
Kindertagesstätten und Vorschulen		324.964
Pflegeheime ⁶		510.460
Altenheime; Alten-/Behindertenheime ⁷		311.907

⁶ Gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) wird unter „Pflegeheimen“ (87.1) als Unterklasse der Abteilung „Heime“ (87) folgendes verstanden: 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:

- Altenpflegeheime
- Genesungsheime mit Pflegekomponente
- Erholungsheime mit Pflegekomponente
- Pflegeeinrichtungen für Behinderte

Diese Unterklasse umfasst **nicht**:

- häusliche Pflege durch medizinische Pflegefachkräfte
- stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
- Altenheime ohne oder mit nur minimaler Pflegeleistung (s.u. 87.3)
- Sozialwesen mit Unterbringung wie Waisenhäuser, Kinderheime, Obdachlosenheime

⁷ Gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) wird unter „Altenheimen; Alten- und Behindertenwohnheimen“ (87.3) als Unterklasse der Abteilung „Heime“ (87) folgendes verstanden: Diese Unterklasse umfasst 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. Diese Unterklasse umfasst Tätigkeiten von:

- 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
- Einrichtungen für betreutes Wohnen mit in sich abgeschlossener 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

Diese Unterklasse umfasst **nicht**:

- Tätigkeiten von Altenpflegeheimen (87.1)

In der Differenzierung nach Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens ergibt sich 2013 folgendes Bild:

	Anzahl
Sv-Beschäftigte	29.491.137
Medizinische Fachangestellte	373.713
Zahnmedizinische Fachangestellte (8110)	189.542
Arzt- und Praxishilfen (811)	594.241
Gesundheits- und Krankenpflege (8130)	780.356
Fachkrankenpflege	71.993
Rettungsdienst (8134)	46.308
Aufsicht/Führung in Krankenpflege, Rettungsdienste etc.	36.951
Berufe in der Altenpflege	463.180

Damit sind 2013 im Branchenvergleich im Gesundheitswesen mehr als zweieinhalbmal so viele Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt wie in der Herstellung von Kfz und Kfz-Teilen. In den verschiedenen Wirtschaftsabteilungen des Gesundheits- und Sozialwesens (bei letzteren ist die obenstehende Aufzählung nicht vollständig) arbeiten in Deutschland mehr sv-Beschäftigte als im Groß- und Einzelhandel zusammen.

B. Beschäftigung

B.1 Beschäftigungsentwicklung

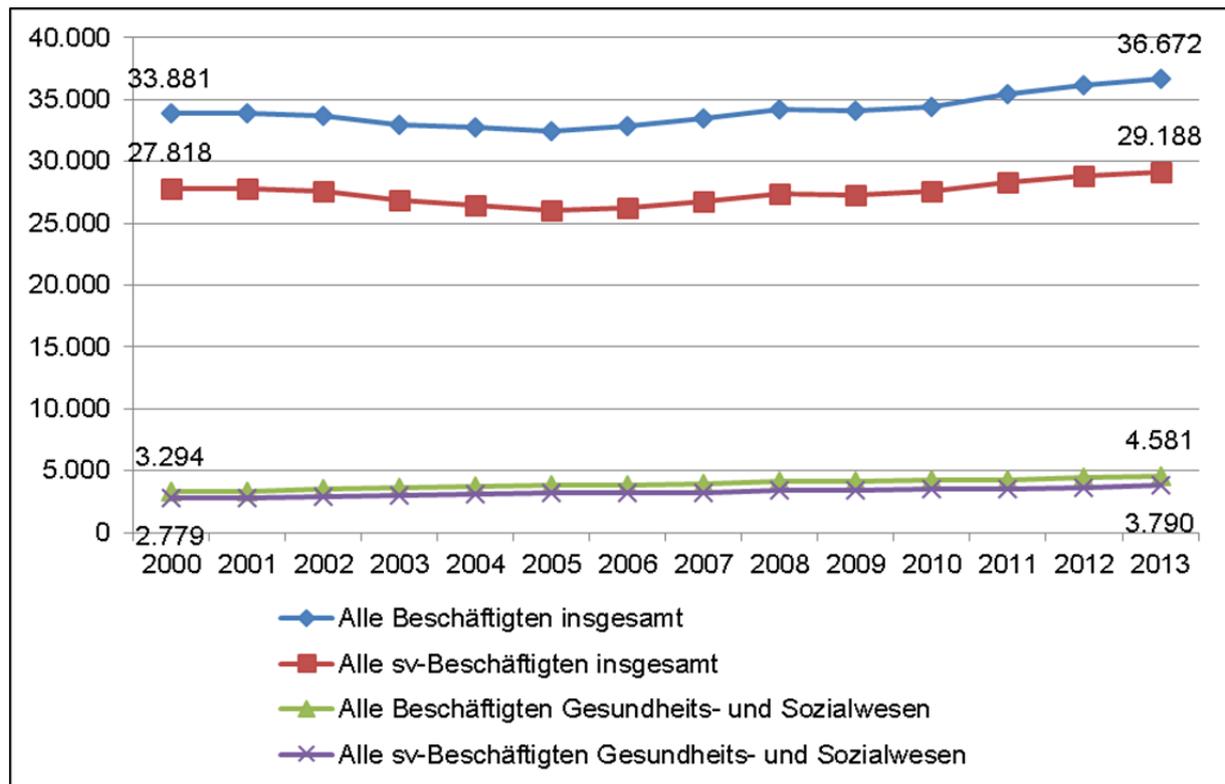
Auch wenn die großen Zukunftsszenarien vom Wachstumsmarkt und Beschäftigungsmotor Gesundheits- und Sozialwesen vielleicht zu optimistisch, zumindest jedoch voraussetzungsreich sind (vgl. dazu z. B. Hilbert, Nordhause-Janzen 1998, S. 427), ist der schiere Beschäftigungsumfang von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die European Commission verweist dazu nicht nur seit Jahren auf die mit der Bevölkerungsalterung zu erwartenden Nachfragesteigerung nach Gesundheits- und Pflegeleistungen, sondern auch auf die Stabilisierungswirkung dieser Branche(n) in Zeiten ökonomischer Krisen, wenn man die Sozialausgaben nicht in der Krise kurzfristig und kurzfristig reduziert (vgl. European Commission 2014, S. 328 ff.).

Darstellung B.1 bestätigt dies für Deutschland in der Zeit von 2000 bis 2013 anhand der Daten des IAB-Betriebspanels. Während der Krisenjahre nach der Spekulationsblase 2000/2001 ist in der Gesamtwirtschaft (genauer: in allen Betrieben und Dienststellen mit mindestens einem sv-Beschäftigungsverhältnis) sowohl die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt als auch die der sv-Beschäftigten bis zur Mitte des Jahrzehnts gesunken – im Gesundheits- und Sozialwesen war das nicht der Fall.⁸

Darüber hinaus zeigt die Abbildung, dass die Zahl aller Beschäftigten wie die Zahl der sv-Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 im Verhältnis zu 2000 viel stärker gewachsen sind (+39,1 bzw. +36,4 %) als in der Gesamtwirtschaft (+8,2 bzw. +4,9 %).

⁸ In der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 ist im Gesundheits- und Sozialwesen zwar ein geringfügiger Rückgang bei den Erwerbstätigen insgesamt in den hochgerechneten Panelzahlen zu beobachten (um 35 Tsd.), dieser kann aber auch der Umstellung der Wirtschaftszweigesystematik geschuldet sein.

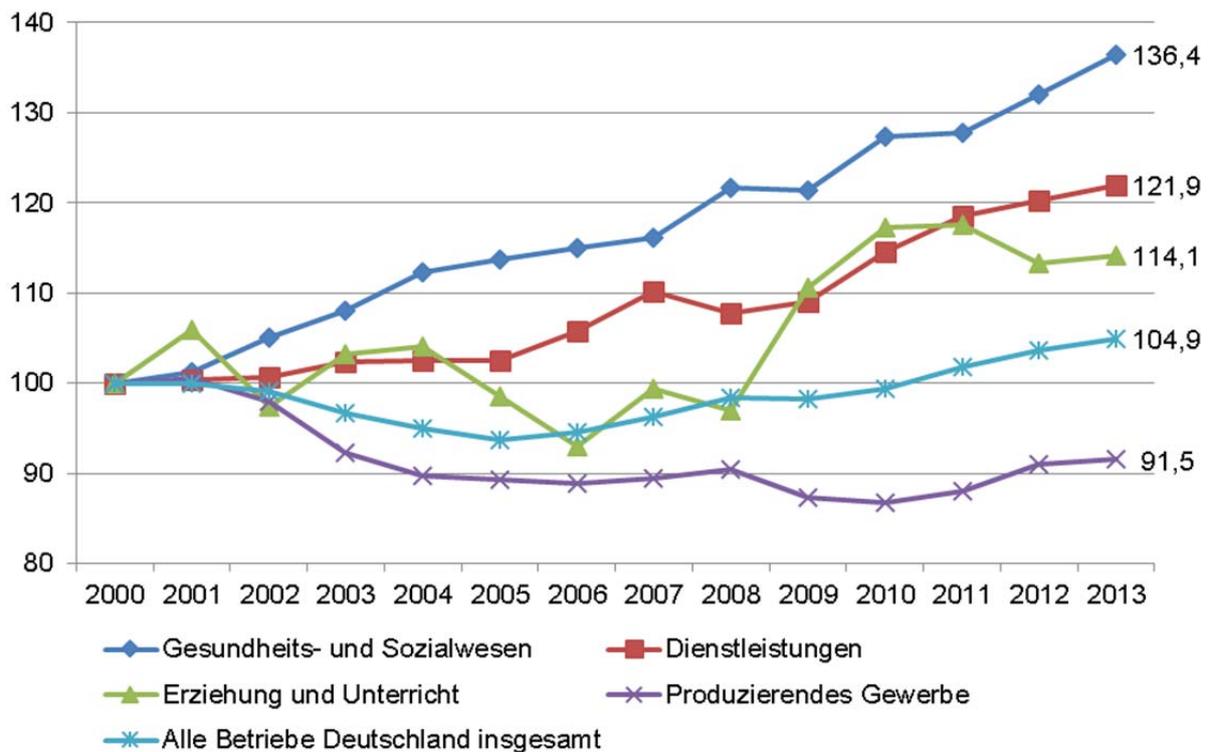
Darstellung B.1: Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten in Deutschland 2002 bis 2013 (in Tsd.)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Darstellung B.2 ist für die sv-Beschäftigung zu entnehmen, dass der Zuwachs im Gesundheits- und Sozialwesen über dem Durchschnitt des gesamten Dienstleistungssektors liegt und dass auch im Bereich Erziehung und Unterricht starke Zuwächse festzustellen sind – allerdings nur im Zeitraum 2008 bis 2011. Dies hängt stark mit dem Ausbau der Kinderbetreuung unter 3 Jahren und damit also mit politischen Setzungen zusammen.

Darstellung B.2: Entwicklung der Zahl aller Beschäftigten und der Zahl der sv-Beschäftigten in den Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Das Gesundheits- und Sozialwesen war in den letzten gut 10 Jahren die Quelle eines besonders starken Zuwachses der Zahl von sv-Beschäftigung. Mit einem fast kontinuierlichen Zuwachs ist die Zahl der sv-Beschäftigten im Betrachtungszeitraum laut der hochgerechneten Zahlen des IAB-Betriebspanels um 36,4 Prozentpunkte gestiegen. Das ist weit mehr als im Durchschnitt aller Dienstleistungsbranchen (+21,9 %) und der Gesamtwirtschaft (+4,9 %) oder gar im produzierenden Gewerbe (-8,5 %). Auch im Bereich Erziehung und Unterricht ist mit 14,1 Prozentpunkten ein beachtlicher Anstieg zu verzeichnen.

Dabei ist der Anteil der sv-Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen an allen Erwerbstätigen dieses Wirtschaftsbereichs nicht zurückgegangen (von 84,4 auf 84,7 %), sehr wohl aber in der Gesamtwirtschaft (von 82,1 auf 79,5 %).

Der Anstieg der Zahl der sv-Beschäftigten ist in diesem Zeitraum in Ostdeutschland stärker als in Westdeutschland. In sehr kleinen Betrieben und Dienststellen des Gesundheits- und Sozialwesens (unter 20 Beschäftigte) war der Anstieg viel geringer, in solchen mit 20 bis 99 Beschäftigten jedoch weit überdurchschnittlich.

In Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens mit geltendem Tarifvertrag wächst die Zahl der sv-Beschäftigten schneller als in solchen, die sich nur an einem Tarifvertrag orientieren (+58,2 vs. +17,1 %). Am stärksten ist der Anstieg allerdings in Betrieben ohne Tarifbindung oder -orientierung (+138,4 %). In Betrieben in privater Hand wächst die sv-Beschäftigung stärker (+31,6 %) als bei öffentlichem Eigentum (+21,8 %). Besonders stark ist der Anstieg bei den sonstigen Eigentumsformen (+80,8 %).

Angesichts der gezeigten Beschäftigungszuwächse im Gesundheits- und Sozialwesen muss also betont werden, dass dies kein Automatismus ist und dass dies auch nicht generell für alle Teilbereiche bzw. Beschäftigtengruppen des Gesundheitswesens gilt. So zeigt z. B. die Entwicklung des Personals in Krankenhäusern zwischen 1991 und 2012 mehrfache Zu- und Abnahmen, insgesamt aber keine wesentlich größere Zahl im Jahr 2012 als 20 Jahre zuvor (vgl. Darstellung B.3).

Darstellung B.3: Personal in Krankenhäusern 1991 bis 2012 (Anzahl)

Stichtag	Personal*	Hauptamtliche Ärzte	Nichtärztliches Personal	Nichtärztliches Personal im Pflegedienst
31.12.1991	1.119.791	109.072	913.376	389.511
31.12.1992	1.133.050	111.115	926.181	399.915
31.12.1993	1.134.690	111.608	928.858	405.848
31.12.1994	1.146.779	114.208	936.904	417.272
31.12.1995	1.161.863	116.346	948.013	429.183
31.12.1996	1.150.857	117.922	935.071	427.271
31.12.1997	1.133.409	118.522	918.078	420.306
31.12.1998	1.124.881	119.831	911.216	419.284
31.12.1999	1.114.178	120.608	903.155	415.865
31.12.2000	1.108.646	122.062	897.401	414.478
31.12.2001	1.109.420	123.819	899.420	416.319
31.12.2002	1.120.773	126.047	907.871	417.282
31.12.2003	1.104.610	128.853	890.122	408.183
31.12.2004	1.079.831	129.817	868.048	396.691
31.12.2005	1.070.655	131.115	859.709	393.186
31.12.2006	1.071.995	133.649	858.088	392.711
31.12.2007	1.074.883	136.267	858.151	392.896
31.12.2008	1.085.664	139.294	865.027	396.221
31.12.2009	1.104.209	143.967	877.878	401.625
31.12.2010	1.120.829	148.696	888.314	406.269
31.12.2011	1.136.204	154.248	896.288	411.920
31.12.2012	1.154.428	159.764	907.539	414.884

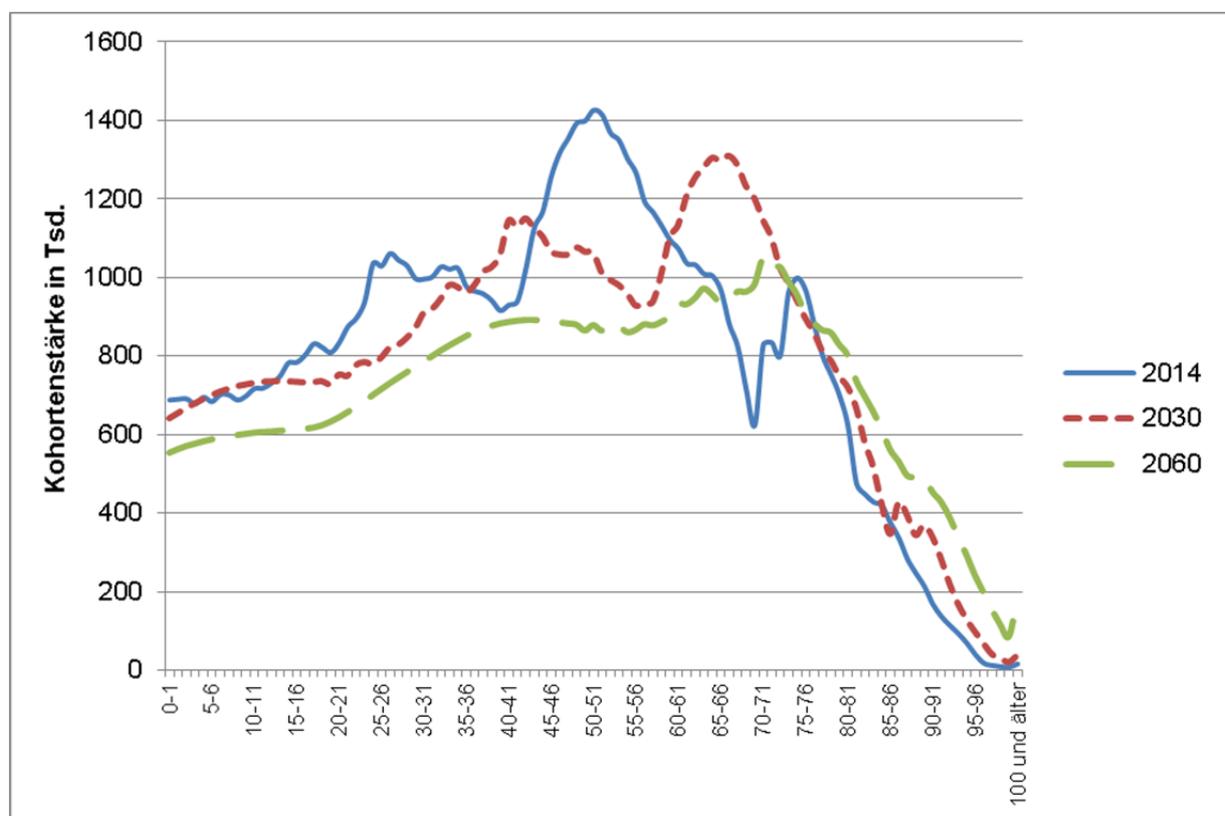
*Personal: Summe aus hauptamtlichen Ärzten und Zahnärzten, nichtärztlichem Personal, Personal der Ausbildungsstätten und Schülern.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach Statistisches Bundesamt (GENESIS, 16.09.2014).

Die Tabelle zeigt, dass sich nur die Zahl der hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte relativ stetig – und auch deutlich – erhöht hat. Bei den anderen beiden Gruppen ist eine zyklische Bewegung zu beobachten. Offensichtlich wird – vereinfacht ausgedrückt – das Beschäftigungswachstum auch im Gesundheits- und Sozialwesen nicht alleine von einer demografieabhängigen Nachfrage nach „Social Services of General Inte-

rest“ bzw. „gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen“ beeinflusst, sondern auch und nicht zuletzt von ökonomischen Rahmenbedingungen und politischen Entscheidungen. Auch ist die demografische Entwicklung ebenfalls nicht so linear, wie es z. B. der Indikator Durchschnittsalter vortäuscht. Die aus der Vergangenheit herrührende (Kriege, Krisen, „Wirtschaftswunder“ und ihre zeitverzögerten „Echoeffekte“) unterschiedlich starke Besetzung von Altersgruppen wird sich auch in Zukunft fortsetzen (vgl. Darstellung B.4). Das gilt, obwohl so langfristige Vorausberechnungen (und in diesem Fall die Wanderungsannahmen) zweifellos höchst spekulativ sind.

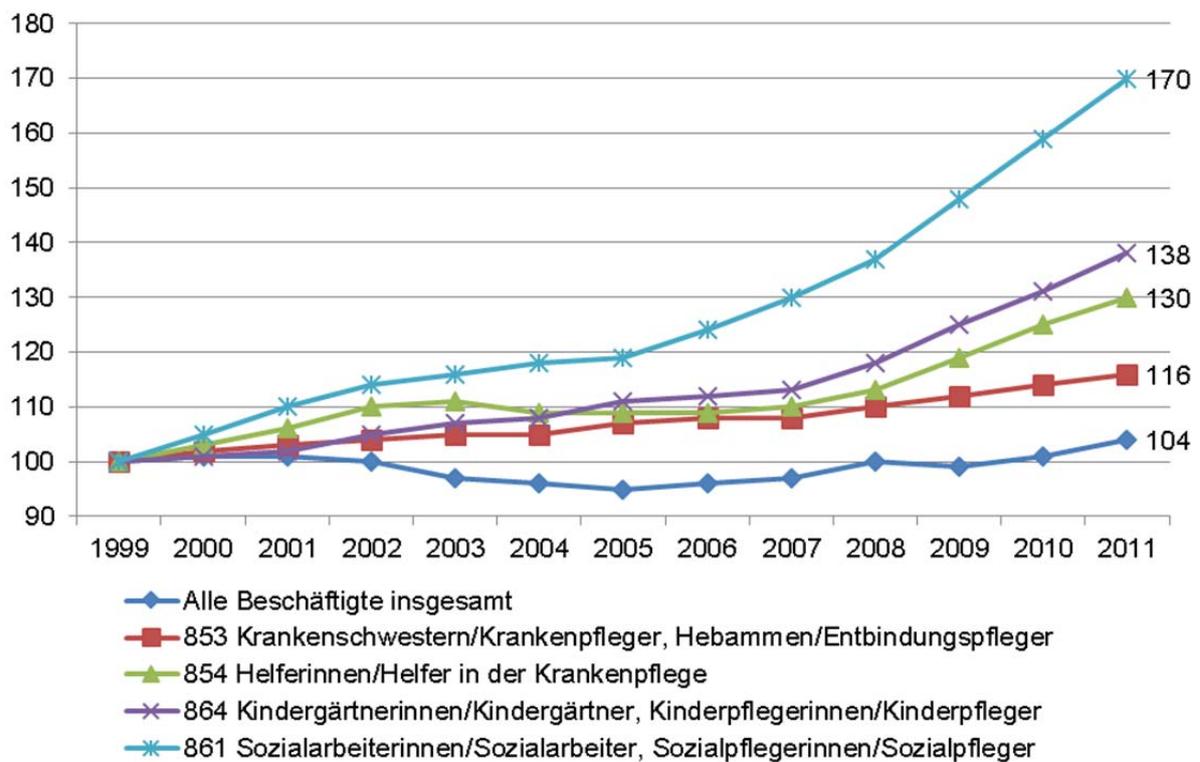
Darstellung B.4: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2014, 2030 und 2060 nach Altersjährgängen, 2. Variante der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (in Tsd.)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2015.

Darstellung B.5 zeigt, dass unter den in dieser Analyse schwerpunktmäßig betrachteten vier Berufsgruppen die Zahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger inkl. Hilfen (inkl. Sozialarbeiter/innen sowie Sozialpfleger/innen) mit Abstand stärker gestiegen ist, verglichen mit den anderen drei hier enthaltenen Berufsgruppen und vor allem stärker als der Beschäftigungszuwachs insgesamt.

Darstellung B.5: Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland 1999 bis 2011 (Indexwerte 1999=100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB – Berufe im Spiegel der Statistik.

Die Zahl der sv-Beschäftigten ist zwischen 1999 und 2011 in allen vier hier untersuchten Berufsgruppen deutlich stärker gestiegen als im Durchschnitt der Gesamtwirtschaft (+4 %).

Den stärksten Anstieg verzeichnete mit 70 Prozent die Berufsgruppe 861, in der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (inkl. Helferinnen und Helfer) in der alten Klassifikation zusammengefasst waren. Die bei Weitem größte, hier aber nicht trennbare, Gruppe darunter sind die Altenpflegerinnen und Altenpfleger plus Helferinnen und Helfer. Sehr stark (+38 %) hat auch die Zahl der Kindergärtnerinnen⁹ und Kindergärtner bzw. Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger zugenommen, was zumindest in den letzten Jahren auf die Politik des Ausbaus der institutionellen Kinderbetreuung zurückgeführt werden kann. Der stärkere Anstieg (30 %) bei den Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege als bei der Gruppe Krankenschwestern und Krankenpfleger plus Hebammen und Entbindungspfleger (16 %) könnte in einer Sparstrategie der Krankenkassen begründet sein. Diese Hypothese wird auch bei einem nach Bundesländern differenzierenden Vergleich der Beschäftigungsentwicklung bei examinieren Kräften in der Krankenpflege und Hilfskräften in der Tendenz bestätigt.

⁹ Wegen der uneinheitlichen Datenlage und aus Gründen der Quellentreue besteht ein nicht zu vereinheitlichender Begriffsgebrauch. So z. B. die Verwendung der Bezeichnung „Erzieherin und Erzieher“ in neuen Statistiken versus der alten Bezeichnung/Abgrenzung „Kindergärtnerin und Kindergärtner“, wie sie z. B. hier in der Quelle „Berufe im Spiegel der Statistik“ des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) verwendet wird.

Den Einfluss der ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen demonstriert auch der Bundesländervergleich zum Zuwachs der sv-Beschäftigung in den vier betrachteten Berufsgruppen. In wirtschaftlich schwächeren Bundesländern fallen die Zuwächse mehrheitlich geringer aus als in starken Bundesländern. Auch die oben geäußerte Hypothese, dass der starke Zuwachs der sv-Beschäftigtenzahl bei Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege aus Einspargründen resultiert, wird in der Darstellung B.6 in der Tendenz bestätigt: In Ländern mit geringerem Wachstum bei Krankenschwestern und Krankenpflegern (inkl. Hebammen und Entbindungspflegern) ist der Zuwachs beim Hilfspersonal tendenziell eher hoch.

Darstellung B.6: Entwicklung der Zahl der sv-Beschäftigten 1999 bis 2011 nach Berufsgruppen** und Bundesländern (Indexwerte 1999=100)

	Sv-Beschäftigte insgesamt	853 Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen/Entbind.-Pfleger	854 Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege	864 Kindergärtnerinnen/Kindergärtner, Kinderpflegerinnen/Kinderpfleger	861 Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpflegerinnen/Sozialpfleger*
Baden-Württemberg	+7	+19	+25	+48	+93
Bayern	+11	+21	+21	+57	+92
Berlin	+2	+5	+58	+20	+48
Brandenburg	-7	+16	+94	+14	+59
Bremen	+4	+8	+22	+59	+56
Hamburg	+12	+14	+13	+114	+50
Hessen	+5	+15	+28	+52	+79
Meckl.-Vorpommern	-10	+13	+96	+20	+18
Niedersachsen	+7	+15	+29	+38	+80
Nordrhein-Westfalen	+2	+17	+19	+34	+68
Rheinland-Pfalz	+7	+21	+19	+41	+77
Saarland	+2	+11	+14	+45	+81
Sachsen	-6	+9	+67	+32	+69
Sachsen-Anhalt	-11	+7	+46	-5	+50
Schleswig-Holstein	+4	+20	+18	+43	+75
Thüringen	-9	+6	+68	+19	+35
Deutschland	+4	+16	+30	+38	+70

*Inklusive Altenpfleger/Altenpflegehelfer

** wegen notwendiger Quellentreue werden hier teilweise alte Berufsbezeichnungen und Abgrenzungen verwendet

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach IAB – Berufe im Spiegel der Statistik.

In diesem Abschnitt werden anhand ausgewählter Indikatoren die Struktur der sv-Beschäftigten nach Wirtschafts- und Berufsgruppen sowie spezielle Aspekte wie atypische Beschäftigung beschrieben.

B.2 Beschäftigtenstruktur

Darstellung B.7: Struktur der sv-Beschäftigten in Deutschland insgesamt und in ausgewählten Wirtschaftsgruppen 2013 (in Tsd. und in Prozent)

	alle Branchen insgesamt	Gesundheitswesen insg.	davon		davon		
			Krankenhäuser	Arzt- und Zahnarztpraxen	871 ¹⁰ Pflegeheime	873 Altenheime	851 Kindergärten*
Sv-Beschäftigte in Tsd.	29.491	2.239	1.326	632	510	312	325
Frauen	46,4	81,2	76,2	95,1	81,0	87,4	94,8
Ausländeranteil	8,2	5,2	5,7	5,0	5,6	6,4	4,2
unter 25 Jahre	10,8	12,3	9,7	18,9	9,2	9,3	9,6
Anteil ab 55 Jahre	16,8	15,0	17,0	12,0	20,5	19,9	16,5
Teilzeitbeschäftigung	25,9	39,0	38,8	37,5	56,3	57,8	59,6
Helferinnen/Helfer	13,7	7,0	8,8	2,5	34,1	33,2	8,8
Anteil Fachkräfte	60,7	63,8	59,9	81,2	47,6	49,2	82,7
Spezialistinnen/Spezialisten, Expertinnen und Experten	25,4	29,1	31,6	16,1	18,2	17,5	8,3
ohne berufl. Ausbildung	11,8	9,1	9,7	9,7	15,4	15,1	5,9
unbekannte Ausbildung	16,2	7,7	1,9	15,5	8,5	8,8	7,0

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit 2014 (Beschäftigungsstatistik).

* wegen notwendiger Quellentreue werden hier teilweise alte Bezeichnungen und Abgrenzungen verwendet

Die Darstellung B.7 belegt, dass das Gesundheits- und Sozialwesen (an dieser Stelle wurden die Arzt-/Zahnarztpraxen mit aufgenommen, weil die Beschäftigtenstruktur teils erheblich abweicht) sich in seiner Beschäftigtenstruktur deutlich vom gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt abhebt. Dass das Gesundheits- und Sozialwesen eine Frauendomäne ist, ist wenig überraschend. Das Ausmaß ist jedoch unterschiedlich und reicht von 76,2 Prozent bei den Krankenhäusern bis zu rund 95 Prozent bei Arzt-/ Zahnarztpraxen bzw. Kindertagesstätten. Durchgängig liegt der Anteil der ausländischen Beschäftigten unterhalb des Durchschnitts von 8,2 Prozent (nach Migrationshintergrund kann in der Beschäftigungsstatistik nicht unterschieden werden). Dies ist angesichts des steigenden Anteils von Älteren in der Migrationsbevölkerung eine Herausforderung, da – wie auch in Kindereinrichtungen – Mehrsprachigkeit hier oft nicht ausreicht, sondern transkulturelle Kompetenzen immer wichtiger werden.

Bezüglich der Altersstruktur ragt der hohe Anteil (18,9 %) unter 25-Jähriger in den Arzt- und Zahnarztpraxen heraus (auch wegen verschiedener Ausbildungssysteme (dual/schulisch)). Dass es in den Praxen andererseits auch den geringsten Anteil (12,0 %) von über 55-Jährigen gibt, hängt mit der Frauendominanz, mit vielen geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und geringen Aufstiegschancen zusammen. Die Teilzeitbeschäftigtenquote ist in den betrachteten Bereichen weit überdurchschnittlich (vor allem in Alten- und Pflegeheimen sowie den Kindertagesstätten).

Helfertätigkeiten (Tätigkeiten, für die normalerweise keine Berufsausbildung nötig ist), sind im Vergleich zur gesamten Wirtschaft im Gesundheitswesen und bei der Kindererziehung viel seltener, in Alten- und Pflegeheimen dagegen viel häufiger.¹¹

¹⁰ Zur Unterscheidung zwischen Alten- und Pflegeheimen in der Klassifikation der Wirtschaftszweige siehe die Ausführungen hierzu im Abschnitt A in den Fußnoten 6 und 7.

¹¹ Bei den Qualifikationsstrukturen sind auch die sehr unterschiedlichen Anteile von Personen mit unbekannter Ausbildung mit zu beachten.

Die Betrachtung der Beschäftigtenstruktur konturiert diese Besonderheiten noch klarer, wenn nach Berufsgruppen/Berufen differenziert wird. Darstellung B.8 zeigt zum Beispiel, dass die Medizinischen Fachangestellten in Zahnarztpraxen wie in Arztpraxen zu beinahe 100 Prozent weiblich sind. Im Gesundheitswesen ist von den betrachteten Berufsgruppen (von den Ärzten noch abgesehen) nur der Rettungsdienst ein typischer Männerberuf. Auch die höheren Anteile unter 25-Jähriger und umgekehrt die niedrigeren Anteile ab 55-Jähriger werden so noch deutlicher.

Darstellung B.8: Struktur der sv-Beschäftigten in Deutschland insgesamt und in ausgewählten Berufsgruppen 2013 (in Tsd. und in Prozent)

	alle Berufe insgesamt	811 Arzt- und Praxis-hilfe	8110 Med. Fach-angestellte	8111 Zahn-med. Fach-angest.	8130 Gesund-heits- und Kran-ken-pflege	8131 Fach-kranken-pflege	8134 Ret-tungs-dienst	8139 Aufsicht, Führung Krank-en-pfl., Ret-tungs-dienst	8311 Kinder-betreu-ung und -erzie-hung	821 Alten-pflege	8210 Berufe in der Alten-pflege (o. S.)	831 Erzie-hung, Sozial-arb., Heiler-zie-hungs-pfl.	8313 Berufe Heiler-zie-hungs-pflege, Sonder-päd.
Sv-Beschäftigte in Tsd.	29.491	594	374	190	780	72	46	37	657	475	463	1.214	156
Frauen	46,4	98,5	99,1	99,4	85,3	80,0	18,9	78,6	32,1	85,4	85,7	83,5	68,4
Ausländer	8,2	4,6	4,0	6,0	5,4	2,8	1,1	2,4	3,5	7,4	7,5	3,1	2,7
unter 25 Jahre	10,8	22,0	19,0	27,4	14,6	4,0	17,5	0,6	10,6	12,9	13,1	11,5	13,9
ab 55 Jahre	30,6	10,3	12,3	6,3	14,8	15,2	8,5	22,3	15,4	16,3	16,1	16,7	14,3
Teilzeitbeschäftigung	25,9	36,5	40,0	30,4	46,3	42,5	11,6	17,6	59,8	54,7	55,2	55,0	53,2
Helferinnen/Helfer	13,7	-	-	-	16,8	-	4,8	-	8,0	42,8	43,9	9,1	26,5
Fachkräfte	60,7	91,6	94,7	86,7	83,2	-	94,9	-	92,0	55,0	55,6	58,8	42,2
Spezialistin-nen/Spezialisten, Ex-pertinnen und Experten	25,4	8,4	5,3	13,3	-	100,0	0,3	100,0	-	2,2	0,5	32,1	31,2
ohne berufl. Ausbildung	11,8	11,3	9,7	13,4	12,5	1,3	9,6	0,7	5,1	16,1	16,4	7,8	12,0
unbekannte Ausbildung	16,2	13,6	13,1	14,1	5,1	2,7	7,4	4,7	5,8	12,0	12,1	4,5	3,5

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit (Beschäftigtenstatistik).

B.3 Atypische Beschäftigung

Die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen ist durch eine überdurchschnittliche Verbreitung von Nicht-Normarbeitsverhältnissen geprägt (vgl. Darstellung B.10). Speziell die Teilzeitbeschäftigung ist in diesem Wirtschaftsbereich besonders weit verbreitet. Aber auch bei den befristeten Beschäftigungsverhältnissen liegt der Anteil im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich über dem Durchschnitt aller Branchen.

Dabei ist zu beachten, dass atypische Beschäftigungsverhältnisse nicht per se prekär sind – sie sind es aber sehr wohl in ihrer großen Mehrheit. Das gilt sowohl für die relative Höhe der bezahlten Löhne als auch für viele andere Dimensionen von Arbeitsbedingungen bis hin z. B. zur Weiterbildungsförderung (trotz Teilzeitgesetz). Vor allem aber haben atypische Beschäftigungsverhältnisse viel zu selten die ihnen von der Politik zugeschriebene Funktion einer „Brücke“ in ein Normalarbeitsverhältnis. Speziell hinsichtlich einer eigenständigen Absicherung im Alter ist atypische Beschäftigung meist prekär.

Die in Darstellung B.10 angesprochene „klassische“ Teilzeit hat in den Jahren seit 2003 von 10 Prozent im Durchschnitt aller Betriebe auf 14 Prozent im Jahr 2013 eine deutliche Ausweitung erlebt (vgl. Darstellung B.9). Im Gesundheits- und Sozialwesen zeigt sich im gleichen Zeitraum ein Anstieg von 24 Prozent auf 32 Prozent.

Darstellung B.9: Entwicklung der Anteile atypisch Beschäftigter im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Gesamtwirtschaft in den Jahren 2000 und 2013 (in Prozent)

	Gesundheits- und Sozialwesen		Gesamtwirtschaft	
	2000	2013	2000	2013
Klass. Teilzeit (2003)	24	32	10	14
Mini-Jobs (2003)	11	13	10	12
Midi-Jobs	4	4	3	3
Befristete Beschäftigung	7	11	5	8
Leiharbeit	0	1	1	2

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Nimmt man die Mini- und die Teilzeit-Midi-Jobs hinzu, so ist der Zuwachs im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 noch deutlicher (in der Gesamtwirtschaft mit einem Anstieg von 19 auf 29 Prozent aber auch nicht geringer). Allerdings verlaufen diese Anstiege nicht stetig sondern seit einigen Jahren immer mehr geradezu in einem

jährlichen Auf und Ab bei steigendem Trend. Bei den Mini-Jobs waren unmittelbar nach der Reform 2003 auch im Gesundheits- und Sozialwesen ein deutlicher Anstieg der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung und danach ein relativ konstanter Anteil zu verzeichnen. Seither nimmt praktisch nur noch die geringfügige Nebentätigkeit zu. Der relative Anteil der Midi-Jobs ist dagegen seit einigen Jahren recht konstant. Trotz eines leichten Rückgangs des Anteils befristet Beschäftigter an allen Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens seit 2011 ist der Anstieg in diesem Wirtschaftsbereich stärker als in der Gesamtwirtschaft, (aber gleichzeitig schwächer als im gesamten Dienstleistungssektor). Die deutliche Verbreitung atypischer Beschäftigungsformen im Gesundheits- und Sozialwesen, dabei insbesondere der Teilzeitbeschäftigung, wird in Darstellung B.10 verdeutlicht.

Gründe für Teilzeiterwerbstätigkeit in Pflegeberufen

Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit hat u.a. die Ursachen von Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen beleuchtet (vgl. Bogai u. a. 2015, S.9ff.). Diese kann gemäß einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2013 aufzeigen, dass die Teilzeitquote in der Altenpflege deutlich höher ist als in der Krankenpflege (vgl. zur Entwicklung der Berufsgruppen seit 1999 Darstellung B.11). Zudem ist sie bei den Helferinnen und Helfern höher als bei den Fachkräften (49 % bei Fachkräften der Krankenpflege und 53 % bei Fachkräften der Altenpflege). Doch bei den Helferinnen und Helfern sind es in der Krankenpflege 61 Prozent und in der Altenpflege 71 Prozent. Unter den Pflegekräften ist die unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung vor allem im Osten anzutreffen, da keine Vollzeitstellen laut befragten Pflegekräften verfügbar sind. So gibt es in Ostdeutschland einen deutlich höheren Anteil der Befragten, welcher angegeben hat, unfreiwillig Teilzeit zu arbeiten. Besonders häufig wird dies bei den Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege (41 %) sowie bei Altenpflege-Fachkräften und Altenpflegehelferinnen und -helfern (46 % und 55 %) festgestellt (bei den Krankenpflege-Fachkräften sind es im Osten „nur“ 22 Prozent unfreiwillig Teilzeitbeschäftigte). „Demnach könnte gerade in Ostdeutschland eine Arbeitszeitausweitung bereits Beschäftigter einen substantiellen Beitrag zur Linderung der Arbeitskräfteknappheit leisten.“ (vgl. ebenda, S. 23). Ganz anders hingegen ist die Konstellation in Westdeutschland: Hier dominieren persönliche und familiäre Verpflichtungen als Ursache für die Teilzeiterwerbstätigkeit (vgl. Ausführungen im Abschnitt B.6 zur Thematik Fachkräftemangel).

Darstellung B.10: Anteile der Beschäftigten in verschiedenen atypischen Beschäftigungsformen an allen Beschäftigten 2013 (in Prozent)

	(klassische) Teilzeit	Mini-Jobs	Midi-Jobs	Befristete Beschäfti- gung	Leiharbeit
Gesundheits- und Sozialwesen	32	13	4	11	1
Dienstleistungen	19	17	5	12	1
Erziehung und Unterricht	30	7	3	18	0
Produzierendes Gewerbe	5	6	1	4	4
Alle Betriebe	14	12	3	8	2

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Das Gesundheits- und Sozialwesen weist im Jahr 2013 bezüglich vier der fünf in Darstellung B.10 angeführten Formen atypischer Beschäftigung Anteile über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt auf, insbesondere bei der „klassischen“ (oder substanziellen) Teilzeit.¹² Nur die Beschäftigung von Leiharbeitskräften¹³ ist im Gesundheits- und Sozialwesen etwas unterdurchschnittlich. Trotz eines starken Wachstums im letzten Jahrzehnt ist die Arbeitnehmerüberlassung aber von den hier betrachteten atypischen Beschäftigungsformen am wenigsten verbreitet. Auch im Bereich Erziehung und Unterricht gibt es sehr viele Teilzeitbeschäftigte und darüber hinaus sind befristete Beschäftigungsverhältnisse gerade in diesem Bereich besonders häufig.

Im Detail ist die klassische Teilzeitarbeit 2013 in großen Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens, in solchen in Ostdeutschland, in öffentlichem Eigentum bzw. in solchen mit Bindung an einen Tarifvertrag am stärksten verbreitet. Mini-Jobs sind eher in Westdeutschland, kleinen Betrieben (unter 20 Beschäftigte), Betrieben im Privateigentum und solchen ohne Tarifbindung bzw. mit nur einer Orientierung an einen Tarifvertrag und in solchen ohne Personalvertretung vorzufinden. Am verbreitetsten sind Midi-Jobs in kleinen Betrieben bzw. solchen ohne Tarifbindung/orientierung und ohne Personalvertretung. Befristet Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sind in kleinen Betrieben, in Betrieben in Privateigentum sowie in Betrieben ohne Personalvertretung am seltensten.

Einheitliche Muster der Verbreitung besonderer Beschäftigungsformen nach verschiedenen Gruppen von Betrieben bzw. Dienststellen im Gesundheits- und Sozialwesen sind nach den Ergebnissen des IAB-Betriebspanels kaum erkennbar. So sind Mini- und Midi-Jobs eher in kleinen Betrieben zu finden. Klassische Teilzeitjobs, befristete Tätigkeiten und Leiharbeit sind dagegen eher in großen Betrieben verbreitet. In Betrieben mit Tarifbindung gibt es überdurchschnittlich häufiger klassische Teilzeitarbeit und auch Leiharbeitskräfte (was mit der Betriebsgröße zusammenhängt). In

¹² Teilzeit minus Mini-Jobs/geringfügig Beschäftigte minus Midi-Jobs in Teilzeit.

¹³ Im IAB-Betriebspanel wird lediglich nach der Zahl weiterer Beschäftigter wie Freie Mitarbeiter, Leiharbeitskräfte oder 1-Euro-Jobber gefragt. Eine Unterscheidung ob es sich um Leiharbeitskräfte die zwischen Betriebsteilen eines größeren Unternehmens entliehen werden, handelt oder um Beschäftigte, die von „fremden“ Zeitarbeitsfirmen entliehen werden, ist hier nicht möglich.

Betrieben ohne Tarifbindung sind dagegen die Beschäftigtenanteile von Mini-Jobberinnen und Mini-Jobbern bzw. Midi-Jobberinnen und Midi-Jobbern am höchsten.

Hinsichtlich der befristet Beschäftigten liegt aus dem Panel 2013 auch eine Information zur Art des Verbleibs nach Ablauf ihres Vertrages vor. Von denjenigen befristet Beschäftigten, deren Vertrag im 1. Halbjahr 2013 auslief, wurden im Gesundheits- und Sozialwesen 43 Prozent in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis übernommen. Im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige waren es 37 Prozent, das Produzierende Gewerbe erreichte sogar 47 Prozent (Dienstleistungen insgesamt: 33 %; Erziehung und Unterricht: 10 %).¹⁴ 31 Prozent mündeten erneut in ein befristetes Beschäftigungsverhältnis (alle Betriebe: 36 %; Erziehung und Unterricht: 56 %). 26 Prozent sind nach Ende des Vertrages ausgeschieden (alle Betriebe: 27 %; Erziehung und Unterricht: 25 %).

Insgesamt gesehen besteht hinsichtlich der Ursachen (und Folgen) der Entwicklung atypischer Beschäftigung im Detail noch erheblicher Forschungsbedarf; außerdem bestehen zum Teil Datenlücken, die mit der Zeit teilweise sogar noch größer werden (vgl. Kasten).

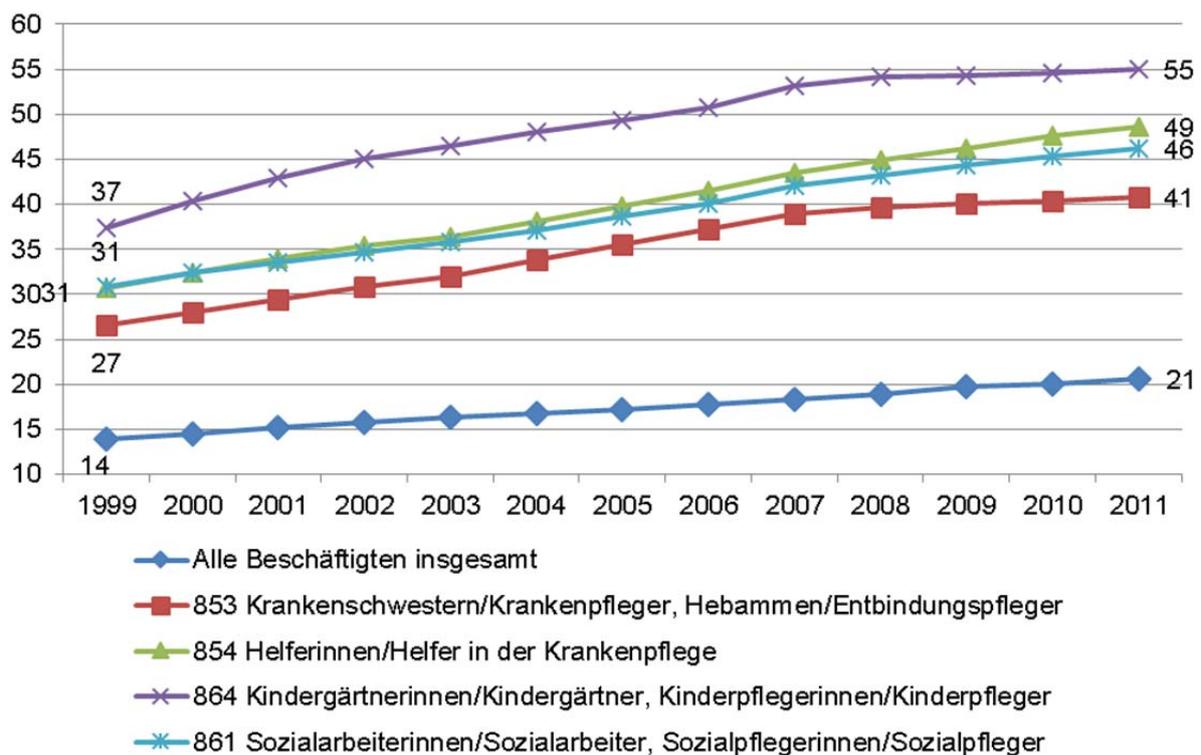
Externe Dienstleister, outgesourcte Aufgaben

Ein besonders großes Erfassungs- bzw. Datenproblem besteht in diesem Bereich hinsichtlich outgesourcter Aufgaben bzw. bezüglich von Beschäftigten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis des Betriebes, in dem sie arbeiten. Dass Leiharbeit im Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Anteil von einem Prozent (ohne Rundung: 0,6 %) nur eine im Vergleich geringere Rolle spielt, wurde schon dargestellt (seit Anfang des letzten Jahrzehnts steigt der Anteil allerdings recht stetig an, im Gegensatz zur Gesamtwirtschaft sogar in der Zeit der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009). Ansonsten ist der statistische Informationsstand über solche externen Kräfte bzw. überhaupt über den von Auslagerungen gerade im Krankenhaussektor besonders betroffenen Bereich der sogenannten „Servicekräfte“ (ob extern oder intern) sehr dürftig (vgl. BGWforschung 2013, S. 32). Gesicherte Daten zur Struktur der Beschäftigten und Beschäftigungsformen liegen dort kaum vor. Auch die seit einigen Jahren existierende amtliche „Erhebung der Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal“ gibt hierzu eigentlich wenig her. Klar ist jedoch, dass dieses Beschäftigtensegment im Gesundheitswesen (und nicht nur in diesem) wächst. Ebenso ist klar, dass es bei den externen Kräften nicht nur um den Reinigungsdienst, das Catering oder die Hol- und Bringdienste geht, sondern z. B. auch um Honorarärzte.

¹⁴ Am höchsten ist dieser Anteil in mittelgroßen und kleinen Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens bzw. solchen in Privateigentum.

In der Differenzierung nach Berufsgruppen zeigt sich, dass Teilzeitbeschäftigung – gemessen an ihrem Anteil an allen sv-Beschäftigten – im letzten Jahrzehnt in allen in Darstellung B.11 genannten Berufen eine stärkere Zunahme auf sowieso schon höherem Niveau als im Durchschnitt aller Berufe erfahren hat.

Darstellung B.11: Entwicklung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten an allen Beschäftigten nach Berufsgruppen* 1999 bis 2011 (in Prozent)



* wegen notwendiger Quellentreue werden hier teilweise alte Bezeichnungen und Abgrenzungen verwendet
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Berufe im Spiegel der Statistik.

Die höchsten Teilzeitanteile verzeichnen Kindergärtnerinnen und Kindergärtner (bzw. nach neuer Bezeichnung Erzieherinnen und Erzieher) sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger mit 55 Prozent im Jahr 2011 – bei in den Jahren 2008 bis 2011 marginal steigendem Anteil. Auch bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern (Berufsgruppe 861) hat die Teilzeitquote seit 2008 kaum zugenommen. Ansonsten zeigen sich für alle hier betrachteten Berufsgruppen vergleichbare Zuwächse der Teilzeitquote.

Der größte Teil der Teilzeitbeschäftigten ist – in allen betrachteten Berufsgruppen – im Teilzeitsegment mit einer vereinbarten Wochenarbeitszeit von ab 18 Wochenstunden tätig (2011 von 34 % bei den Krankenschwestern und Krankenpflegern bis zu 98 % bei Kindergärtnerinnen und Kindergärtern bzw. Kinderpflegerinnen und Kinderpflegern; in der Gesamtwirtschaft sind es 17 %). Sozialversicherungspflichtige Teilzeitarbeit mit unter 18 Wochenstunden Arbeitszeit ist im Jahr 2011 mit 4 Prozent dagegen weitaus seltener (1999 waren es 2 %). In den betrachteten Berufsgruppen streuen die Anteile 2013 zwischen 5 Prozent bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und 7 Prozent bei Krankenschwestern und Krankenpflegern und Helferinnen und Helfern.

B.4 Personalsuche, Einstellungsverhalten, Stellenbesetzungsprobleme

Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens arbeiten nach eigenen Angaben noch häufiger an ihren – v. a. personellen – Kapazitätsgrenzen als der Durchschnitt aller Betriebe. 49 Prozent von ihnen sagten in der Befragung zum IAB-Betriebspanel 2013, dass sie im abgeschlossenen Geschäftsjahr eine zusätzliche Nachfrage mit dem vorhandenen Personal und den vorhandenen Anlagen hätten befriedigen können. In der Gesamtwirtschaft liegt dieser Anteil – nach einem stetigen Rückgang in den letzten Jahren – bei 59 Prozent (vgl. Darstellung B.12). 37 Prozent der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen hätten in einem solchen Fall zusätzliches Personal, 2 Prozent zusätzliche Anlagen und 12 Prozent sowohl mehr Personal als auch weitere Anlagen gebraucht. Wenn also die Hälfte der Betriebe in diesem Bereich mit so „knapp auf Kante“ genähertem Personal arbeitet, so sind (gerade bei einer plötzlich auftretenden zusätzlichen Nachfrage) Stellenbesetzungsprobleme geradezu vorprogrammiert – die dann allzu leicht als Fachkräftemangel gedeutet werden (oder vor-schnell gar in einen Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung gebracht werden).

Besonders hoch ist der Anteil der Betriebe, die bei zusätzlicher Nachfrage zusätzliches Personal gebraucht hätten, in großen Betrieben (unter 20 Beschäftigte: 48 %; über 100 Beschäftigte: 64 %) und in Betrieben mit Personal-/Betriebsrat (63 %). Im Bereich Erziehung und Unterricht ist der Anteil der Betriebe mit gegebenenfalls Personalbedarf leicht unterdurchschnittlich (48 %).

Darstellung B.12: Kapazitätsauslastung der Betriebe im Jahr 2012 (in Prozent)

	Mehr Umsatz wäre bei höherer Nachfrage erreichbar gewesen...			
	mit vorhande- nem Perso- nal/Anlagen	nur mit zusätzli- chem Personal	nur mit zusätzli- chen Anlagen	mit zusätzli- chem Personal und zusätzli- chen Anlagen
Gesundheits- und Sozialwesen	49	37	2	12
Dienstleistungen	57	34	2	8
Erziehung und Unterricht	52	41	2	7
Produzierendes Gewerbe	51	38	2	10
Alle Betriebe	59	32	2	8

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Laut der gleichen Arbeitgeberbefragung haben 39 Prozent der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen im 1. Halbjahr 2013 Personal gesucht (Gesamtwirtschaft: 36 %). Wie die Darstellung B.14 zeigt, weichen die Anteile der Betriebe, die ihren Personalbedarf nur teilweise oder gar nicht decken konnten, zwischen den Gesundheits-/Sozialbetrieben und der Gesamtwirtschaft nur geringfügig voneinander ab.

Bemerkenswert ist (vgl. Darstellung B.13), dass der Anteil der Personaleinstellungen am Personalbedarf im 1. Halbjahr 2013 im Gesundheits- und Sozialwesen mit 83 Prozent (und noch etwas deutlicher im Bereich Erziehung und Unterricht mit 86 %) höher ist als im Durchschnitt aller – Branchen. Das gilt sowohl bei der Personalsuche bzw. Personaleinstellungen für Tätigkeiten der mittleren Qualifikationsebene als auch für solche, bei denen normalerweise ein (Fach-)Hochschulabschluss vorausgesetzt wird.

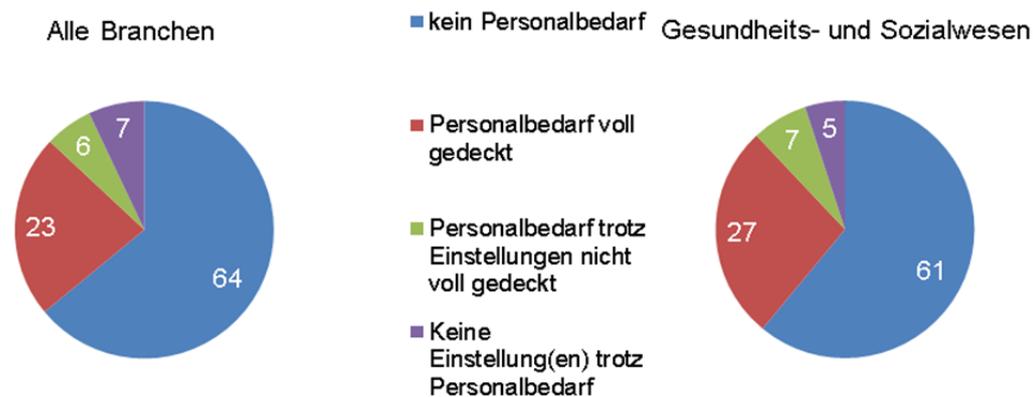
Darstellung B.13: Personalbedarf, Personaleinstellungen – davon solche mit betriebsseitigen Kompromissen – und nicht besetzte Stellen im ersten Halbjahr 2013 (in Prozent)

	Personaleinstellungen			Nicht besetzte Stellen
	Anteil am Personalbedarf	davon		Anteil am Personalbedarf
		ohne Kompromisse	mit Kompromissen	
	für Tätigkeiten mit Berufsabschluss			
Gesundheits- und Sozialwesen	83	79	21	17
Dienstleistungen	74	77	23	26
Erziehung und Unterricht	86	87	13	14
Produzierendes Gewerbe	77	79	21	23
Alle Betriebe Deutschland insg.	77	79	21	23
	für Tätigkeiten mit (Fach-)Hochschulabschluss			
Gesundheits- und Sozialwesen	81	83	17	19
Dienstleistungen	71	84	16	29
Erziehung und Unterricht	85	87	13	15
Produzierendes Gewerbe	65	85	15	35
Alle Betriebe Deutschland insg.	71	86	14	29

*Personalbedarf = Einstellungen im 1. Halbjahr 2013 + nicht besetzte Stellen im 1. Halbjahr 2013

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Darstellung B.14: Anteile der Betriebe mit Personaleinstellungen und ungedecktem Personalbedarf im 1. Halbjahr 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

61 von 100 Betrieben hatten im Gesundheits- und Sozialwesen im 1. Halbjahr 2013 keinen Personalbedarf (Gesamtwirtschaft: 64 %). 27 Prozent (Gesamtwirtschaft: 23 %) konnten nach eigenen Angaben ihren Personalbedarf voll decken. 7 Prozent, vor allem große Betriebe, konnten ihren Personalbedarf nur teilweise und 5 Prozent, vor allem kleine Betriebe, konnten ihn gar nicht decken (bei insgesamt in der Gesamtwirtschaft ähnlichen, sogar leicht höheren Werten).

Im Bereich Erziehung und Unterricht hatten 41 Prozent der Betriebe und Dienststellen im 1. Halbjahr 2013 einen Personalbedarf. 5 Prozent konnten diesen Bedarf nicht vollständig, weitere 8 Prozent gar nicht decken.

Relativ betrachtet ist im Gesundheits- und Sozialwesen der Anteil der Betriebe mit nicht bzw. nicht vollständig gedecktem Personalbedarf bei den Betrieben im öffentlichen Eigentum mit Abstand am höchsten (14 bzw. 11 Prozent). Das legt nahe, dass dies (trotz leicht überdurchschnittlicher Gehälter je Vollzeitäquivalent) in den Konditionen der Stellenangebote begründet sein könnte. So erfolgen 2013 in 38 Prozent der öffentlichen Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens die Einstellungen grundsätzlich nur befristet – bei einem Branchendurchschnitt von 27 Prozent.

Personaleinstellungen erfordern häufig (von beiden Seiten) Kompromisse. Nach Angaben der im IAB-Betriebspanel 2013 befragten Personalverantwortlichen erfolgten im Durchschnitt aller Branchen 21 Prozent der im 1. Halbjahr 2013 getätigten Personaleinstellungen für Beschäftigte mit Berufsabschluss unter Eingehen von betriebsseitigen Kompromissen: Im Gesundheits- und Sozialwesen war der Prozentsatz gleich hoch (im Bereich Erziehung und Unterricht: 13 %). Bezogen auf Personaleinstellungen für Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss geben die Personalverantwortlichen im Gesamtdurchschnitt an, dass bei 14 Prozent der Einstellungen die Betriebe Kompromisse eingegangen sind – im Gesundheits- und Sozialwesen waren es 17 und im Bereich Erziehung und Unterricht 13 Prozent. Kompromisse eingegangen

sind nach eigenen Angaben am seltensten größere Betriebe und Dienststellen, solche in öffentlichem Eigentum, solche ohne Personalvertretung bzw. solche ohne Tarifvertragsgeltung oder -orientierung.¹⁵

Bezogen auf Stellen für qualifizierte Tätigkeiten gibt es in den letzten Jahren im Gesundheits- und Sozialwesen etwas mehr Betriebe als in der Gesamtwirtschaft, die (jeweils für das erste Halbjahr) von nicht besetzten Stellen berichten (vgl. Darstellung B.15).

Darstellung B.15: Nicht besetzte Stellen für qualifizierte Tätigkeiten im ersten Halbjahr 2000 bis 2013 – Anteil der Betriebe mit solchen nicht besetzten Stellen und Anteil an allen angebotenen Fachkräftestellen (in Prozent)

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Betriebe mit unbesetzten Stellen									
- Gesundheits- und Sozialwesen	5	3	4	7	7	9	9	12	10
- Betriebe insgesamt	10	3	6	7	5	7	8	10	9
Anteil an angebotenen Stellen									
- Gesundheits- und Sozialwesen	12	7	9	14	14	17	17	19	17
- Betriebe insgesamt	26	11	19	21	16	21	23	25	24

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

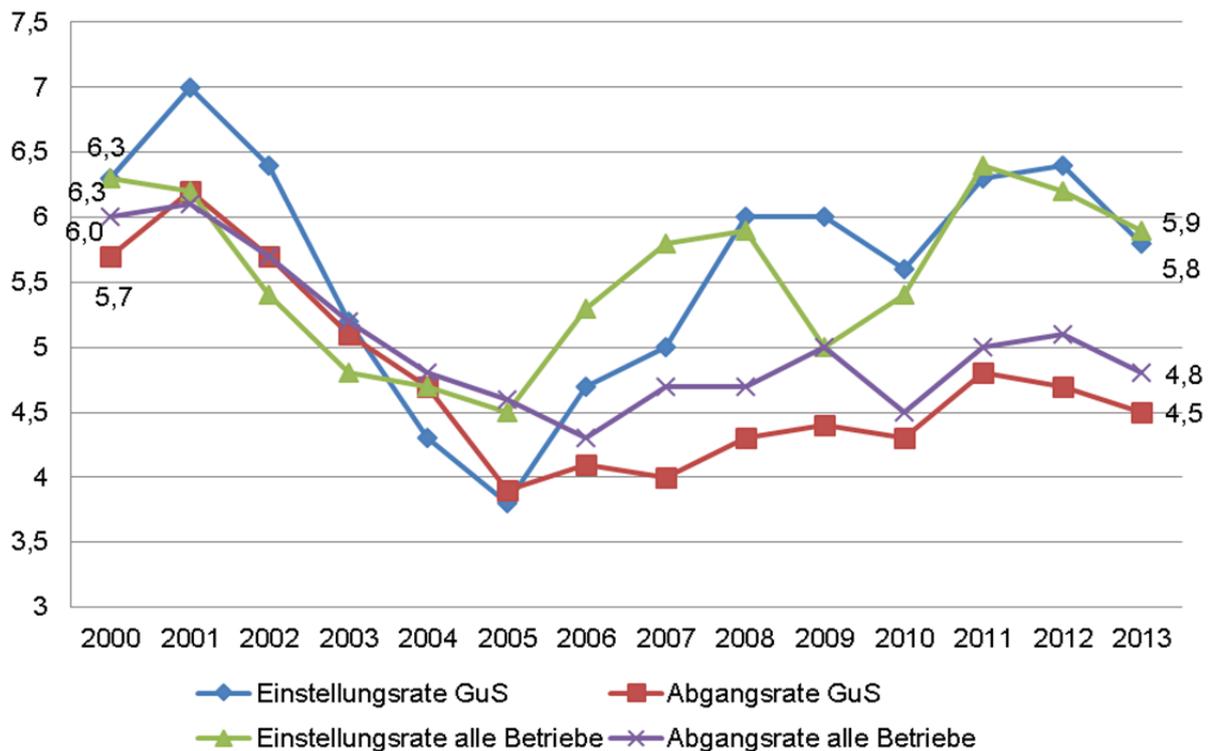
Bezogen auf den Anteil der unbesetzten Stellen an den angebotenen Stellen ist die Personalsuche jedoch im Gesundheits- und Sozialwesen offensichtlich erfolgreicher als in der Gesamtwirtschaft. Wie Darstellung B.15 ebenfalls zeigt, liegt seit dem Jahr 2000 der Anteil unbesetzter Stellen an allen angebotenen Stellen im Gesundheits- und Sozialwesen in allen betrachteten Jahren z. T. sogar deutlich niedriger als in der Gesamtwirtschaft.

Betrachtet man die Einstellungs- und Abgangsraten im Gesundheits- und Sozialwesen und der Gesamtwirtschaft insgesamt (d. h. über alle Qualifikationsgruppen hinweg), so zeigen sich deutliche Zyklen (vgl. Darstellung B.16). Dies hängt z. B. einerseits mit politischen Vorgaben zusammen (etwa Sparmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen), andererseits mit der allgemeinen Entwicklung von Konjunktur und Wirtschaftswachstum.

¹⁵ Bezogen auf alle Betriebe zeigen Auswertungen früherer Befragungen (2008 und 2005) des IAB-Betriebspanels, dass die Kompromissbereitschaft der Betriebe über die Zeit bei mittleren Qualifikationen nur marginal und bei Einstellungen von (Fach-)Hochschulabsolventen nicht zugenommen hat.

Zweifelloos kann man von verfestigten Engpässen im Gesundheitsbereich sprechen – und auch bei Altenpflegern (vgl. Czepak u. a. 2015, S. 81) – zumindest aus Arbeitgebersicht. Mit einem Fachkräftemangel hat dies aber offensichtlich noch nichts zu tun, vor allem nicht mit einem demografisch bedingten Mangel an Arbeitskräften. Czepak u. a. (ebenda, S. 7) merken auch ehrlich an: „Wir verwenden die Begriffe ‚Knappheit‘ und ‚enger werdender Arbeitsmarkt‘ im Folgenden aus Sicht der Betriebe, denen in einem solchen Fall eine geringe Auswahl an Arbeitskräften zur Verfügung steht“. Nimmt man die Arbeitnehmerperspektiven ein, so stellt sich die Frage, wie groß die Auswahlmöglichkeiten und die nötige Kompromissbereitschaft etc. für sie sind.

Darstellung B.16: Einstellungs- und Abgangsraten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Gesamtwirtschaft in den Jahren 2000 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Einstellungs- und Abgangsraten beziehen die Zahl der Personalbewegungen in einem bestimmten Zeitraum auf den durchschnittlichen Personalbestand in diesem Zeitraum (hier: jeweils das erste Halbjahr). Addiert und durch zwei geteilt ergibt sich die sogenannte Labour-Turnover-Rate, ein gängiges Maß für den Personalumschlag.

Im Gesundheits- und Sozialwesen lag die Einstellungsrate in fast allen in der Darstellung betrachteten Jahren über den Abgangsraten – z. T. sogar deutlich. Im Durchschnitt aller Branchen gilt das in den ersten Jahren der Betrachtungsperiode nicht durchgehend, tendenziell aber ebenfalls seit Mitte des letzten Jahrzehnts (Ausnahme 2009). In diesen Zahlen spiegelt sich sowohl der langfristig etwas stärkere Beschäftigungszuwachs im Gesundheits- und Sozialwesen, als auch der Zuwachs in der Gesamtbeschäftigung in Deutschland.

Bemerkenswert ist auch, dass mit Ausnahme weniger Jahre zu Anfang des letzten Jahrzehnts die Abgangsraten im Gesundheits- und Sozialwesen geringer sind als in der Gesamtwirtschaft. Dies kann als Ausdruck der sogenannten „eingebauten Stabilisierungswirkungen“ der Sozialsysteme verstanden werden – Sozialsysteme wirken tendenziell antizyklisch und dämpfen die Konjunkturausschläge.

Für das Jahr 2013 erlaubt die Sonderauswertung aus dem IAB-Betriebspanel für die vorliegende Branchenanalyse auch einen Blick auf die von den Betrieben genannten Gründe für die Personalabgänge (mit eingeschränkter Aussagekraft wegen geringer Fallzahlen im Bereich Erziehung und Unterricht; vgl. Darstellung B.17).

Darstellung B.17: Die wichtigsten Gründe von Personalabgängen im ersten Halbjahr 2013 im Branchenvergleich (in Prozent)

	Personalabgänge nach dem Grund des Ausscheidens									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Gesundheits- und Sozialwesen	43	13	4	18	7	1	5	3	1	6
Dienstleistungen	39	27	2	16	6	1	3	1	1	5
Erziehung und Unterricht	22	9	2	39	6	1	9	5	1	5
Produzierendes Gewerbe	32	22	3	12	9	4	8	5	1	4
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	37	24	3	15	7	3	5	2	1	4

A: Kündigung seitens des Arbeitnehmers

B: Kündigung seitens des Betriebes

C: Abgänge nach Abschluss der betrieblichen Ausbildung

D: Ablaufen eines befristeten Arbeitsvertrages

E: Einvernehmliche Aufhebung

F: Versetzung in anderen Betrieb des Unternehmens

G: Ruhestand mit gesetzlicher Altersgrenze

H: Ruhestand vor gesetzlicher Altersgrenze

I: Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

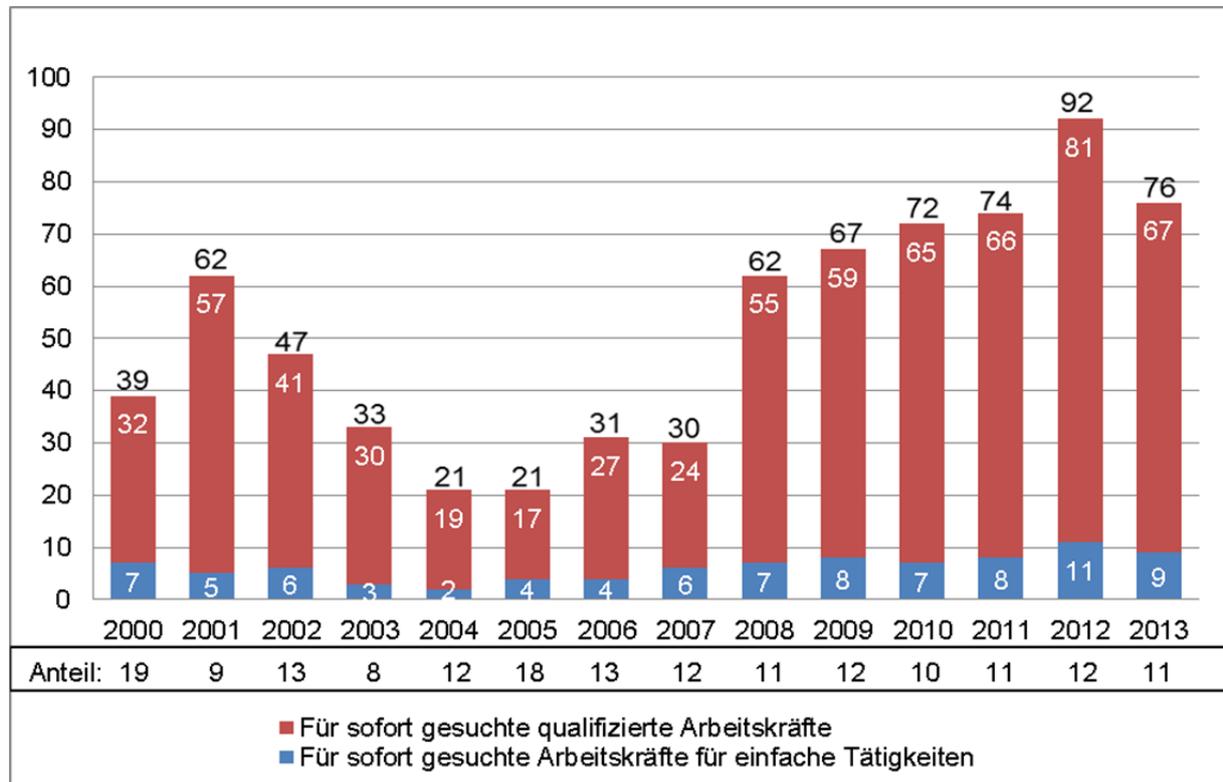
J: Sonstiges

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Wie in Zeiten einer guten konjunkturellen Lage üblich, ist auch 2013 der Anteil der arbeitnehmerseitigen Kündigungen häufiger als derjenige von Personalabgängen wegen arbeitgeberseitiger Kündigungen. Besonders eklatant ist dieser Unterschied im Gesundheits- und Sozialwesen und – mit der genannten Einschränkung – auch bei Erziehung und Unterricht. (Wobei hier auch der traditionell hohe Anteil befristeter Beschäftigung und – wegen einer starken „Überalterung“ bei Lehrerinnen und Lehrern – der hohe Anteil an Renteneintritten (mit und vor Erreichen der Regelaltersgrenzen eine Rolle spielt).

Von der auf einen Zeitraum bezogenen Frage nach Einstellungsabsichten ist die Frage nach vakanten Stellen zu unterscheiden. Vakanzen sind auf einen Zeitpunkt (Stichtag) bezogene, möglichst für sofort zu besetzende Stellen. Zum Ende Juni 2013 gab es im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland hochgerechnet 76 Tsd. vakante Stellen. Das ist zwar gegenüber 2012 ein deutlicher Rückgang, ansonsten aber ein Spitzenwert in den Jahren seit 2000 (vgl. Darstellung B.18).

Darstellung B.18: Anzahl der für sofort gesuchten Arbeitskräfte (Vakanzen), darunter diejenigen für einfache Tätigkeiten und Anteil der Vakanzen für einfache Tätigkeiten an allen Vakanzen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland 2000 bis 2013 (in Tsd. und in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Aber auch schon in der Zeit der Wirtschaftsblase 2001 war die Zahl der vakanten Stellen recht hoch; im Wesentlichen folgt der Verlauf der Kurve in Darstellung B.18 auch der Entwicklung der Vakanzen in der Gesamtwirtschaft. Wie der Darstellung zu entnehmen ist, schwankt der Anteil der für sofort zu besetzenden offenen Stellen für einfache Tätigkeiten in den letzten Jahren zwischen 10 und 12 Prozent. Das entspricht in etwa nur der Hälfte des Anteils für die Gesamtwirtschaft (2013 z. B. 24 %; im gesamten Dienstleistungssektor ist der Wert 2013 mit 31 % sogar noch höher, was nicht nur auf eine größere Verbreitung einfacher Tätigkeiten in der Dienstleistungsbranche zurückzuführen ist, sondern auch auf eine geringere Beschäftigungsstabilität/einen höheren Labour-Turnover bei Geringqualifizierten – vgl. oben).

Im Gesundheits- und Sozialwesen gab es jedenfalls Mitte 2013 auch deutlich weniger vakante Stellen für einfache Tätigkeiten als es dem Anteil solcher einfacher Tätigkeiten im Personalbestand entspricht (vgl. Darstellung B.19).

Darstellung B.19: Vakanz und Personalbestand* nach Qualifikationsgruppen Mitte 2013 (in Prozent)

		Beschäftigte für einfache Tätigkeiten	Beschäftigte mit Berufsausbildung	Beschäftigte mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss**
Gesundheits- und Sozialwesen	Vakanzen	11	73	16
	Bestand	19	64	16
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	Vakanzen	24	62	13
	Bestand	21	59	19

*Ohne Auszubildende und Beamtenanwärterinnen und Beamtenanwärter.

**Einschließlich tätige Inhaberinnen und Inhaber, Vorstände, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer.

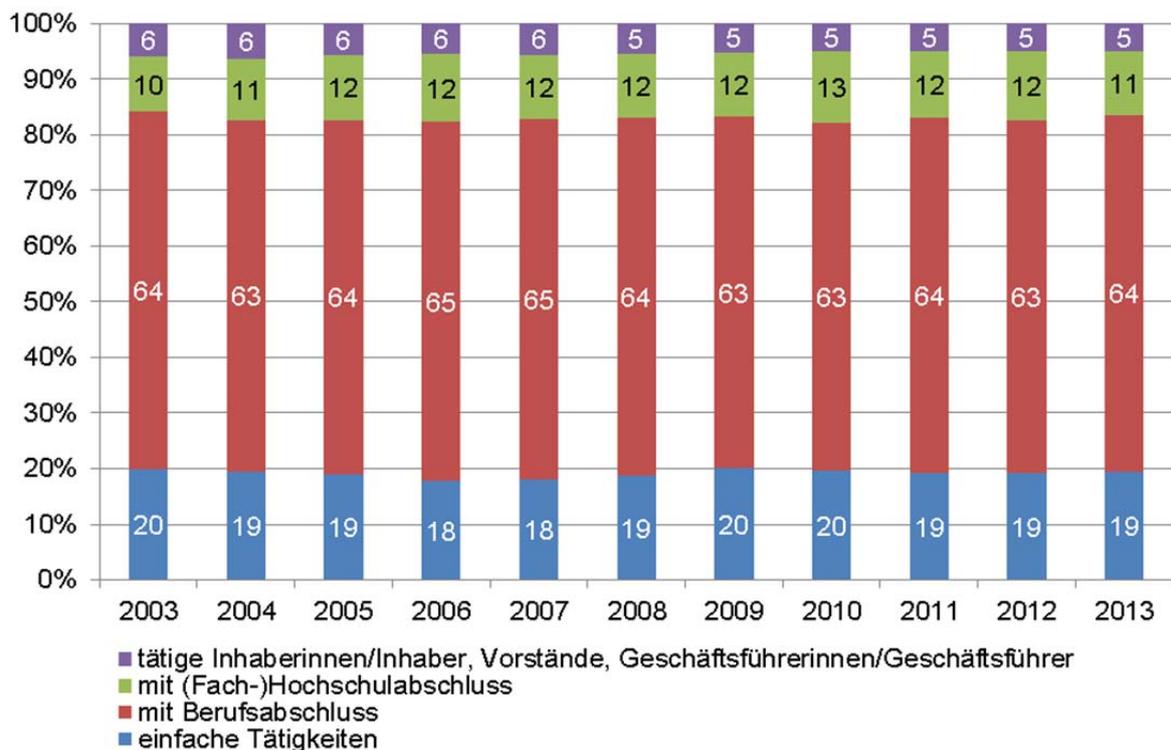
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Dagegen ist in der Branche sowohl der Anteil von Beschäftigten mit Berufsabschluss (mittlere Qualifikationsstufe) als auch und vor allem deren Anteil an den vakanten Stellen erheblich höher als im Durchschnitt aller Branchen. Für Hochqualifizierte halten sich die Anteile dieser Gruppe an den Vakanzen und im Personalbestand im Gesundheits- und Sozialwesen mit je 16 Prozent die Waage. Im Durchschnitt aller Branchen werden Mitte 2013 deutlich weniger Hochqualifizierte für sofort gesucht als es ihrem Anteil am Personalbestand entspricht.

B.5 Qualifikationsstruktur

Darstellung B.20 enthält Angaben zur Qualifikationsstruktur der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen für die Jahre 2003 bis 2013. Zentral ist der Befund einer in der Branche doch erstaunlich hohen Stabilität der Qualifikationsstruktur.

Darstellung B.20: Entwicklung der Qualifikationsstruktur* im Gesundheits- und Sozialwesen 2003 bis 2013 (in Prozent)



*Ohne Auszubildende und Beamtenanwärterinnen und Beamtenanwärter.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Beschäftigte für einfache Tätigkeiten machen im Betrachtungszeitraum rund ein Fünftel aller im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten aus. Im Detail ist es ein etwas geringerer Anteil (19 %) wie in der gesamten Wirtschaft (2013: 21 %). Der Anteil der Beschäftigten mit abgeschlossener (betrieblicher oder schulischer) Berufsausbildung ist mit knapp Zweidrittel höher als im Durchschnitt aller Branchen (um ca. +4 bis +5 %). Gut ein Zehntel der Beschäftigten in der Branche gehören zu den formal Hochqualifizierten (mit (Fach-)Hochschulabschluss). Das sind um 1 bis 2 Prozentpunkte weniger als in der Gesamtwirtschaft, wo diese Gruppe in der Tendenz auch leicht zunimmt. Der Anteil der tätigen Inhaberinnen und Inhaber, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer sowie Vorstände liegt, wie in der gesamten Wirtschaft, bei 5 Prozent.

Insgesamt gesehen weist die Qualifikationsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen im gesamten Zeitraum seit 2003 eine sehr hohe Stabilität auf – noch klarer als im Durchschnitt aller Branchen, wo zumindest ein langsamer Trend hin zu höheren Qualifikationen besteht.

Für das Jahr 2013 zeigt Darstellung B.21 die Qualifikationsstruktur in einer etwas anderen Abgrenzung der Bezugsbasis (ohne Differenzierung der tätigen Inhaberinnen und Inhaber, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Vorstände). Der Anteil der Hochqualifizierten steigt deutlich mit der Betriebsgröße. Er ist in Betrieben in pri-

vatem Eigentum am niedrigsten. Umgekehrt haben Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesen, die sich in privatem Eigentum befinden bzw. solche ohne Geltung oder Orientierung an einem Tarifvertrag den deutlich höchsten Anteil von Beschäftigten für einfache Tätigkeiten.

Darstellung B.21: Qualifikationsstruktur der Beschäftigten* im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 nach Betriebsmerkmalen (in Prozent)

	Beschäftigte für einfache Tätigkeiten	Beschäftigte mit Berufsausbildung	Beschäftigte mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss
GuS West	22	67	11
GuS Ost	15	69	16
GuS 1-19 Beschäftigte	16	75	9
GuS 20-99 Beschäftigte	28	61	10
GuS ab 100 Beschäftigte	18	67	14
GuS in Privateigentum	22	68	10
GuS in öffentlichem Eigentum	16	69	15
GuS in sonstigem Eigentum	18	64	18
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	19	68	13
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	20	67	13
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	24	69	7
GuS mit Personal-/Betriebsrat	19	66	15
GuS mit anderer Personalvertretung	23	65	12
GuS ohne Personalvertretung	21	71	8
Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt	20	68	12

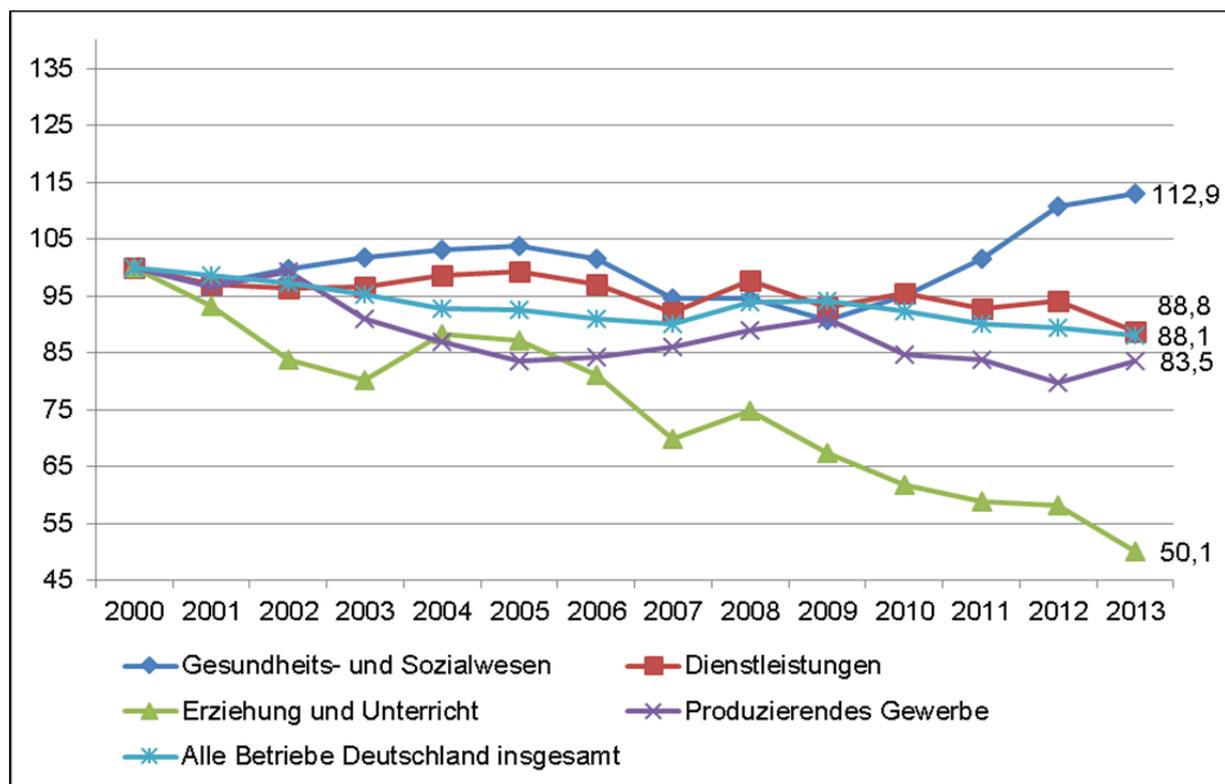
*Ohne Auszubildende, Beamtenanwärterinnen und Beamtenanwärter, tätige Inhaberinnen und Inhaber, Vorstände, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Aufgrund des Zuwachses der Beschäftigtenzahl im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Darstellung B.2) ist auch bei der Zahl der Auszubildenden seit 2000 eine vergleichbare Entwicklung zu erwarten. So ist auch ein Zuwachs der Auszubildenden im Betrachtungszeitraum laut der hochgerechneten Zahlen des IAB-Betriebspanels um 12,9 Prozentpunkte zu erkennen. Das entspricht einem Anstieg von 187 Tsd. auf 211 Tsd. Auszubildende und Beamtenanwärterinnen und –anwärter. Das ist deutlich bes-

ser als im Durchschnitt aller Dienstleistungsbranchen (-11,2 %) und der Gesamtwirtschaft (-11,9 %) oder etwa im produzierenden Gewerbe (-16,5 %). Jedoch ist auch zu erkennen, dass dieser Zuwachs im Gesundheits- und Sozialwesen nicht durchgängig zu beobachten war: zwischen 2006 und 2009 waren Rückgänge zu verzeichnen, seit 2010 steigen die Auszubildendenzahlen wieder an.

Darstellung B.22: Entwicklung der Zahl der Auszubildenden und Beamtenanwärterinnen und -anwärter in den Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

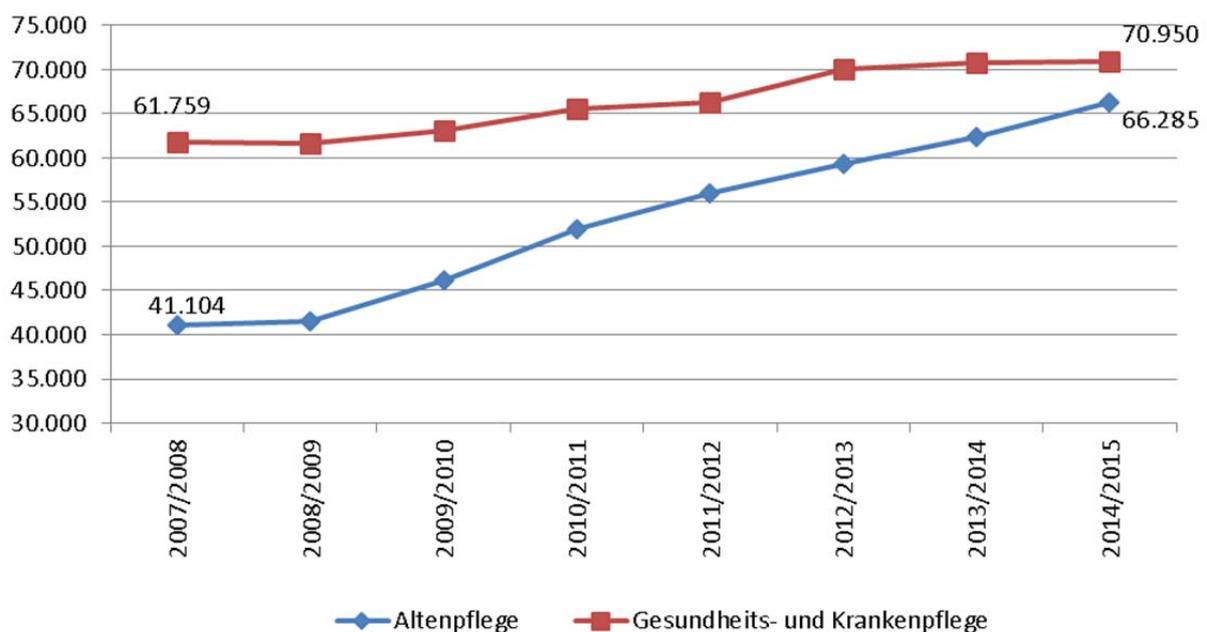
Innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens ist der Auszubildendenanstieg (inkl. Beamtenanwärter) seit 2000 in Betrieben mit 20 bis 99 Beschäftigten und in Westdeutschland besonders deutlich. Insgesamt wurden zum Ende des Ausbildungsjahres 2012/2013 somit 114 Tsd. Ausbildungsplätze angeboten, davon konnten 12 Prozent nicht besetzt werden (im produzierenden Gewerbe waren es 22 %, in allen Branchen zusammen 19 %). Zudem konnten am Ende des Ausbildungsjahres 56 Prozent der Auszubildenden übernommen werden, während es 2000 nur 44 Prozent waren. In allen Branchen konnten 2013 67 Prozent der Auszubildenden übernommen werden, im Dienstleistungsbereich lag die Übernahmequote 2013 bei 55 Prozent.

Im Betrachtungszeitraum von 2000 bis 2013 ist die Quote der Ausbildungsbetriebe an allen Betrieben im Gesundheits- und Sozialwesen gemäß den Hochrechnungen aus dem IAB-Betriebspanel von 36 Prozent im Jahr 2000 auf 31 Prozent gesunken (bei allen deutschen Betrieben jeweils 29 % „Ausbildungsquote“). Ein Grund hierfür liegt am gestiegenen Anteil von Betrieben ohne Ausbildungsberechtigung im Gesundheits- und Sozialwesen (von 26 % in 2000 auf 43 % in 2013).

Ausbildung in der Pflege

Ein besonderes Augenmerk ist in diesem Zusammenhang auf die Entwicklung der Ausbildung im Pflegebereich zu legen. Schließlich kommt der Ausbildung des Nachwuchses in diesen Berufen eine hohe Bedeutung in der Diskussion um Fachkräftengpässe zu (vgl. Abschnitte B.6 sowie F.3). Die Entwicklung der Auszubildenden in Darstellung B.23 zeigt daher auch einen kontinuierlichen Anstieg seit dem Ausbildungsjahr 2007/2008. Insbesondere im Bereich der Altenpflege stieg die Anzahl von 41 Tsd. Auszubildenden in 2007/2008 auf 66 Tsd. im Ausbildungsjahr 2014/2015. Ob dies jedoch ausreicht, um den Ersatzbedarf wegen (Alters-)Fluktuation oder den zusätzlichen zukünftig zu erwartenden Pflegekräftebedarf aufgrund des sich abzeichnenden Anstiegs von Pflegebedürftigen abzudecken, scheint jedoch fraglich (vgl. hierzu u. a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 477ff.). In diesem Lichte sind auch in der Pflege die Schritte zur Reform der Ausbildung zu betrachten (vgl. Abschnitt F.3).

Darstellung B.23: Entwicklung der Schülerinnen- und Schülerzahlen in der Ausbildung zu Pflegeberufen* 2007 bis 2015



* Gesundheits- und Krankenpflege inkl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2008-2015.

B.6 Fachkräftemangel?

Zu den gängigen, medial weit verbreiteten und in der Politik breit akzeptierten Vorstellungen über die Entwicklung am Arbeitsmarkt gehört die Aussage, in Deutschland herrsche ein weit verbreiteter Fachkräftemangel, der demografisch bedingt sei, sich weiter verstärken und zu einem generellen Arbeitskräftemangel auswachsen werde. So behauptet etwa der Hauptgeschäftsführer der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, die mit entsprechenden Ergebnissen auch die Studien der Prognos AG zur Entwicklung der Arbeitslandschaft in Deutschland finanziert: „Wir haben aktuell ein erhebliches Fachkräftedefizit“ (Brossardt 2012, S. 1). Moderatere Stimmen (vgl. Kasten) werden angesichts der gebetsmühlenartig wiederholten Behauptungen vom verbreiteten Fachkräftemangel kaum gehört – das „staying on message“ der Arbeitgeberverbände und der von ihnen bestellten Gutachten erweist sich als erfolgreiche Propagandastrategie.

Dies obwohl sich inzwischen so verhängnisvolle Fehlprognosen (zum Teil auch auf Grundlage von Zahlen der Prognos AG) wie diejenigen aus dem Gutachten der sog. „Hartz Kommission“ (2002, S. 118) als offensichtlich falsch erwiesen haben: „Das Erwerbspersonenpotenzial (Erwerbstätige, registrierte Arbeitslose und Stille Reserve) wird [...] deutlich sinken. Bis zum Jahr 2015 fehlen nach Schätzungen im ungünstigsten Fall rund sieben Mio. Erwerbspersonen, wenn man von einem Anstieg des Arbeitskräftebedarfs von knapp drei Mio. ausgeht“. Der Prognosezeitraum ist abgelaufen, wir haben immer noch fast 3 Mio. registrierte Arbeitslose und mindestens mehr als 1 Mio. Unterbeschäftigte.

Methodische Einwände gegen die vorgebrachten Vorausberechnungen – etwa die Nichtberücksichtigung des Potenzials an Arbeitslosen¹⁶ in den Berechnungen von Prognos finden in der Politik kaum Wiederhall. Auch die fehlende Evidenz für eigentlich bei einem Fachkräftemangel zu erwartende Reaktionen (z. B. steigende Löhne, verbesserte Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in Mangelberufen, verstärkte Ausbildungsbemühungen und größere Kompromissbereitschaft der Betriebe bei Personaleinstellungen) kann gegen die Frequenz nicht ankommen, mit der die Mangelthese medial verbreitet wird. Insbesondere gelingt es den Propagandisten, durch eine Verbindung des Themas Arbeitsmarktbilanz mit dem demografischen Wandel

¹⁶ Der in den von Arbeitgeberverbänden finanzierten Berechnungen errechnete Fachkräftemangel ist, so die Autorengruppe Bildungsberichterstattung, „[...] größtenteils darauf zurückzuführen, dass Prognos die Arbeitslosen nicht in die Erwerbspersonen einbezieht, was im Ausgangspunkt 2004 die Vernachlässigung von 4,4 Mio. Erwerbspersonen bedeutet“ (Autorengruppe 2010, S. 159).

eine simple Plausibilität zu suggerieren und den Eindruck zu erwecken, alle gesellschaftlichen Gruppen würden von einem „Fachkräftemangel“ gleichermaßen negativ betroffen werden. Dabei wäre der „ungünstigste Fall“ im obenstehenden Zitat aus dem Gutachten der Hartz-Kommission eindeutig ein solcher aus Arbeitgebersicht. Wie die Bundesanstalt für Arbeit (2002) bereits festgestellt hat, besitzt das Thema Fachkräftemangel eine hohe Affinität zu Arbeitgeberinteressen.

Einige neutrale Stimmen zur Fachkräftesituation

- „Für einen aktuell erheblichen Fachkräftemangel sind in Deutschland kaum Anzeichen zu erkennen“ (Brenke 2010, S. 2), so das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- „Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene deuten diese Indikatoren darauf hin, dass die Arbeitsmarktanspannung zugenommen hat. [...] Dennoch kann nicht von einer Engpasssituation oder einem Mangel auf gesamtwirtschaftlicher Ebene gesprochen werden“ (Kubis u. a. 2013, S. 11), so das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg.
- Bezogen auf die Ausbildungsmarktbilanz stellt der Bildungsbericht für Deutschland fest: „Zur öffentlichen Diskussion in den letzten Jahren über einen zunehmenden Fachkräftemangel, insbesondere in den industriellen Kernberufen und in den Gesundheitsdienst- und Pflegeberufen, steht die beträchtliche Unterdeckung des Angebots in den Metall-, Techniker- (je -10 %) und Elektroberufen (- 5 %) ebenso im Widerspruch wie bei den medizinischen Fachangestellten (- 11 %). Ebenso erklärungsbedürftig sind die gegenüber der Nachfrage deutlich zurückbleibenden Angebote bei den Informatik- und IKT-Berufen (- 11 %) und den Industriekaufleuten (- 14 %).“ (Autorengruppe 2014, S. 103).
- „Aktuell zeigt sich nach der Analyse der Bundesagentur für Arbeit „kein flächendeckender Fachkräftemangel in Deutschland. Es gibt jedoch Engpässe in einzelnen technischen Berufsfeldern sowie in Gesundheits- und Pflegeberufen“ (Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 3). Als solche Engpassberufe benennt diese Quelle Humanmedizinerinnen und Humanmediziner, Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte sowie Altenpflegefachkräfte.

In diesem Bericht soll weder auf die – durchaus hinterfragens- und diskutierenswerten – Abgrenzungen von Situationen als „Stellenbesetzungsprobleme“, „Engpässe“ oder „Mangel“ eingegangen werden.¹⁷ Wichtiger ist die Feststellung, dass – was in diesem Bericht auch an mehreren Stellen angesprochen wird – die mit obenstehen-

¹⁷ Vgl. dazu z. B. Dummert u. a. 2014, S. 38ff. Zu betonen ist, dass eine solche differenzierte und auf einer Vielzahl von Indikatoren beruhende Taxonomie auf jeden Fall sinnvoller ist als eine eindimensionale Situationsbeschreibung oder Bewertung einer Entwicklung. Zweifellos besteht in diesem Feld noch erheblicher Forschungsbedarf.

den Kasten angesprochenen Engpässe bei genauer Betrachtung (zumindest bisher) nicht demografisch bedingt sind,¹⁸ sondern ganz andere Ursachen haben. Das reicht vom Numerus Clausus bei den Humanmedizinerinnen über schlechte Bezahlung und sonstige abschreckende Arbeitsbedingungen bei Altenpflegekräften bis hin zu der plötzlich hohen Nachfrage nach Kräften in Kindererziehungseinrichtungen aufgrund veränderter politischer Rahmenbedingungen.

Darstellung B.24 gibt die Ergebnisse zu einigen der verschiedenen Indikatoren wieder, die die Bundesagentur für Arbeit und das IAB verwendet um Arbeitsmarktengpässe zu ermitteln (vgl. Dummert u. a. 2014, S. 55ff). Es scheint sich, vor allem im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen bzw. Berufen, in einzelnen Dienstleistungsbereichen, „[...] eine quantitative Unterversorgung mit Bewerbern zu verfestigen. Dabei fällt das Gesundheits- und Sozialwesen, das einen Teil der Sonstigen Dienstleistungen darstellt, besonders ins Gewicht“ (ebenda, S. 9). Eine mögliche Strategie zur Bekämpfung dieser Unterversorgung könnte Ausweitung der Arbeitszeiten bereits Beschäftigter in Ostdeutschland in den Pflegeberufen (vor allem im Helferbereich) sein (vgl. Bogai u. a. 2015, S. 23 bzw. Ausführungen zu Gründen für Teilzeitbeschäftigung im Abschnitt B.3).

¹⁸ Im Sinne des zuvor angesprochenen weiteren Forschungsbedarfes ist anzumerken, dass auch die vielbesprochenen Wirkungszusammenhänge von der demografischen Alterung auf eine steigende Nachfrage nach Gesundheits- und Sozialdienstleistungen nicht so eindeutig sind, wie oft unterstellt wird. Das Spektrum untersuchenswerter möglicher Effekte ist breit. Es reicht von einer evtl. die Steigerung der Lebenserwartung dämpfenden gruppenspezifischen Wirkung einer Verlängerung der Lebensarbeitszeiten bis hin zur Frage, ob ein höherer Pflegebedarf wegen mehr Hochalterigen tatsächlich voll nachfragewirksam wird, oder nicht eher durch subsistenzwirtschaftliche Lösungen aufgefangen wird (zumindest in unteren und zunehmend auch mittleren Einkommensgruppen). Diese Unterschiede in den Pflegearrangements sind schon heute empirisch klar erkennbar.

Darstellung B.24: Ausgewählte Indikatoren für die Arbeitsmarktsituation bei ausgewählten Berufen (in Prozent und in Tsd.)				
		2007	2009	2012
Arbeitslose je sofort zu besetzende Stelle (in Prozent)	Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger	1,2	0,4	0,4
	Ärztinnen und Ärzte	0,8	0,3	0,6
	Erzieherinnen/Erzieher, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen	5,1	1,8	2,0
	Altenpflegerinnen/Altenpfleger	4,8	1,5	2,6
Zahl der vakanten Stellen in Tsd. (jew. 4. Quartal)	Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger	11	21	15
	Ärztinnen und Ärzte	6	11	5
	Erzieherinnen/Erzieher, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen	21	30	20
	Altenpflegerinnen/Altenpfleger	10	25	20
Quelle: Dummert u. a. 2014, S. 62, 98 (IAB-Stellenerhebung und Statistik der BA).				
<p>Laut der Analysen zum Arbeitskräftebedarf und zur Arbeitskräftebilanz der BA ist die Zahl der für sofort zu besetzenden Stellen in den betrachteten Gesundheits- und Sozialberufen zwischen 2007 und 2009 deutlich angestiegen, danach bis 2012 aber auch wieder zurück gegangen, z. T. ebenso deutlich. Beim Indikator Arbeitslose je sofort zu besetzende Stellen ist umgekehrt diese Verhältniszahl bei drei der vier betrachteten Berufe zunächst deutlich gesunken, um zwischen 2009 und 2012 wieder anzusteigen.</p> <p>Auch diese Zahlen zeigen, dass es keine lineare, sozusagen automatische Entwicklung hin zu mehr Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen bzw. einem (steigenden) Fachkräfteengpass gibt, sondern dass vielfältige Faktoren hierbei zusammenwirken (Wirtschafts-/Finanzkrise, Austeritätspolitik usw.).</p> <p>„Insgesamt bleibt es von großer Bedeutung, gerade den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens in Bezug auf Angebot und Nachfrage in den kommenden Jahren weiter zu beobachten, auch wenn sich in den letzten beiden Jahren wenig verändert hat“ (Dummert u. a. 2014, S. 65).</p>				

C. Ökonomische Lage

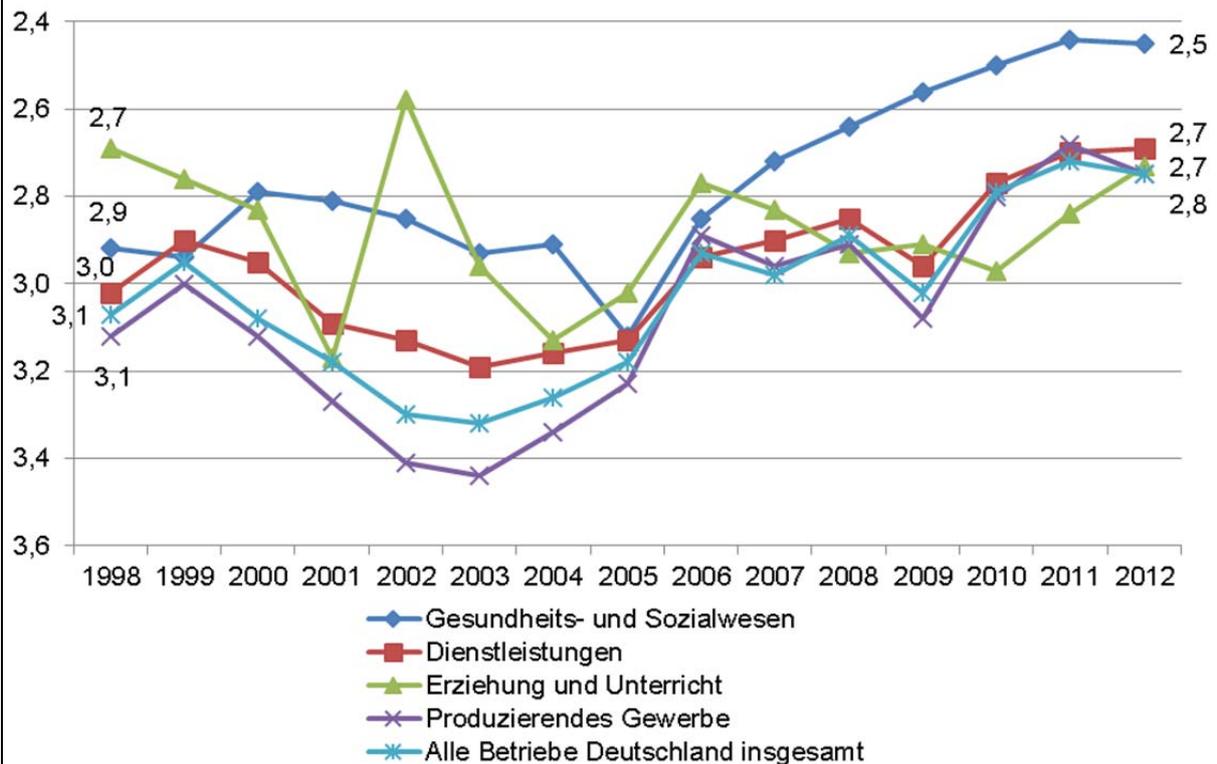
C.1 Wirtschaftliche Entwicklung: Umsatz, Ertrag, Kosten, Leistungen

Das Kapitel B hat bereits aufgezeigt, dass das Gesundheits- und Sozialwesen in seiner erwarteten wirtschaftlichen Entwicklung potenziell überschätzt wird (vgl. dazu z. B. Hilbert, Nordhause-Janzen 1998, S. 427). Doch seine gesamtwirtschaftliche Bedeutung und der immense Beschäftigungsumfang stehen außer Frage (vgl. Abschnitt B.2). In der Gesundheitswirtschaft war beispielsweise zwischen 2005 und 2012 das durchschnittliche Jahreswachstum der Beschäftigtenzahl mit 1,8 Prozent doppelt so hoch wie das Beschäftigungswachstum in der Gesamtwirtschaft (vgl. Becka, Evans 2014, S. 2). Selbst in Krisenjahren wie 2009 wirkten die „Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen sowie die Leistungs-, Träger- und Finanzierungsstrukturen der Branche stabilisierend.“ (vgl. ebenda, S. 2).

Ertrag, Gewinn und Umsatz

In den Darstellungen dieses Kapitels zeigen sich für die Größen Ertrag, Gewinn und Umsatz positive Tendenzen. Es fällt vor allem bei der Betrachtung der Gewinn- oder Umsatzentwicklung auf, dass sich im Gesundheits- und Sozialwesen relevante wirtschaftliche Kennziffern und Indikatoren relativ unabhängig zum Beispiel von den Auswirkungen der Finanzkrise 2008/2009 entwickelt haben (vgl. Darstellung C.1 und Darstellung C.2). Hier macht sich möglicherweise bemerkbar, dass das Gesundheits- und Sozialwesen weniger marktabhängig ist als beispielsweise das Produzierende Gewerbe. Auch wenn ein großer Anteil der Betriebsstätten (87 %) mit rund 70 Prozent der Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens nach hochgerechneten Angaben des IAB-Betriebspanels 2013 in Privateigentum sind, sind hier trotzdem weniger die Entwicklungen auf den Weltmärkten oder anderer wirtschaftlicher Rahmenbedingungen von Bedeutung, sondern vielmehr politische Entscheidungen zur Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik. Zugleich macht sich in diesen Wirtschaftsbereichen auch bemerkbar, dass sie z. B. im Vergleich zum Produzierenden Gewerbe eher personalintensive Wirtschaftsbereiche sind und nicht so sehr kapitalintensive.

Darstellung C.1: Entwicklung der Ertragslage 1998 bis 2012 (Durchschnittswerte von 1=sehr gut bis 5=mangelhaft) in den Betrieben



Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz, Banken und Versicherungen.¹⁹

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Die Darstellung spiegelt mit der Einschätzung der Ertragslage durch die Betriebe eine Reihe von in einer Kennziffer zusammengefassten betriebswirtschaftlichen Sachverhalten wider: die Strukturen von Kosten, der Gewinn oder die Auftragslage. Die Beurteilung der Ertragslage wurde auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) abgefragt.

Im Durchschnitt schätzten die Betriebe 2012 in Deutschland ihre Ertragslage als „befriedigend“ ein (Note 2,8). Die Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens schätzen ihren Ertrag mit 2,5 deutlich besser ein und liegen damit auch signifikant über dem Wert aller anderen dargestellten Branchen. Seit 2007 ist diese positive über den Einschätzungen aller Branchen liegende Entwicklung zu betrachten. Der beste Wert lag im abgelaufenen Geschäftsjahr 2011 bei 2,4. Im Vergleich dazu schlechtere Werte waren 2003 und 2009 im produzierenden Gewerbe (3,4 bzw. 3,1) oder im Bereich Erziehung und Unterricht 2010 mit einer Note von 3,0 zu beobachten.

Zugleich fällt auf, dass seit 2005 im Gesundheits- und Sozialwesen ein Trend zu immer besseren Ertragseinschätzungen zu erkennen ist, während in den anderen Wirtschaftsbereichen doch größere Schwankungen auftreten können.

¹⁹ Die Ergebnisse der Panel-Auswertungen zu diesem Indikator beziehen sich nur auf den Teil der Betriebe bzw. Dienststellen, die ihre wirtschaftliche Lage am Umsatz bemessen. Diese machen aber zugleich den Hauptanteil der Betriebsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen aus (2013: 87 %). Zu beachten bleibt daher diese Einschränkung bei diesem Indikator und den folgenden Darstellungen zur Gewinnsituation und Umsatz.

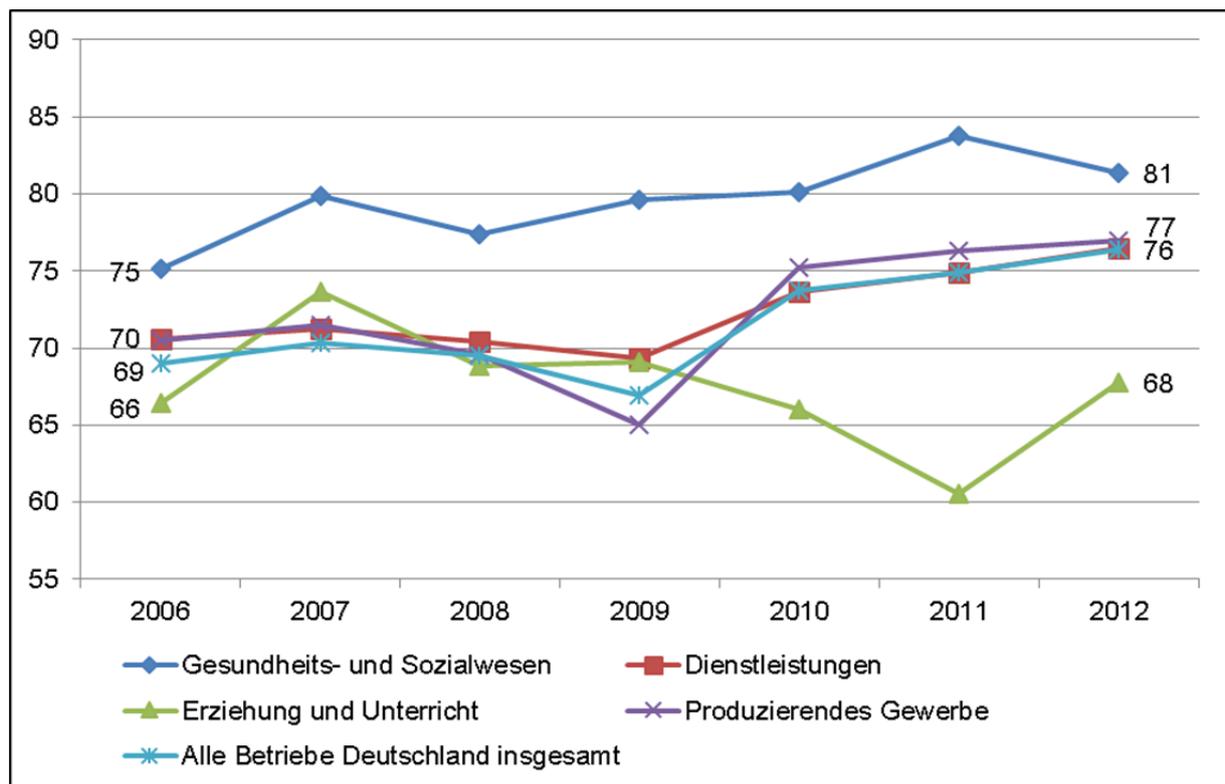
Die hier ausgewerteten Daten des IAB-Betriebspanels zur wirtschaftlichen Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens bestätigen die bereits beschriebenen Beobachtungen am Arbeitsmarkt: das Gesundheits- und Sozialwesen entwickelt sich bei den wirtschaftlichen Kennziffern über dem Niveau anderer Wirtschaftsbereiche und ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen. Das ist zum Beispiel am Merkmal der Ertragslage zu erkennen, das sich wie gezeigt deutlich besser entwickelt als bei allen Betrieben des IAB-Betriebspanels in Deutschland. Zudem zeigt es auch im Verlauf über mehrere Jahre signifikant geringere Schwankungen als die meisten Wirtschaftsbereiche.

Aber: So deutlich Unterschiede der Ertragseinschätzungen zwischen den Branchen und Wirtschaftsbereichen auftreten können, zeigt sich innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens eine hohe regionale Homogenität. Denn in der regionalen Verortung zeigen sich hier kaum Abweichungen. Das bedeutet demzufolge, dass in West- und Ostdeutschland die Einschätzungen des Ertrags mit nur geringen Unterschieden voneinander verlaufen.

Anders sieht es bei der Betrachtung der Betriebsgrößenklassen aus. Dort ist eine deutliche Differenzierung der Entwicklungen nach Betriebsgröße zu erkennen: Insbesondere Einrichtungen und Betriebe mit weniger als 20 Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen berichten eine im Vergleich deutlich bessere Fortentwicklung des Ertrags seit 2005, als dieser noch mit dem Wert 3,1 eingeschätzt wurde. Ein Wert, der seitdem bis 2011 und 2012 auf 2,4 angestiegen ist und somit weit besser liegt als bei allen anderen Betriebsgrößenklassen des Gesundheits- und Sozialwesens (Werte für 2012: 20-99 Beschäftigte 2,6; ab 100 Beschäftigte 2,7).

Auch die Einschätzung der Gewinnsituation wird im IAB-Betriebspanel (vgl. Darstellung C.2) abgefragt und ergänzt die etwas weichere subjektive Frage nach der Ertragslage in der oben erläuterten Darstellung C.1.

Darstellung C.2: Entwicklung der Gewinnsituation 2006 bis 2012 (Anteil der Betriebe mit positivem Jahresergebnis) in den Betrieben (in Prozent)



Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz, Banken und Versicherungen.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

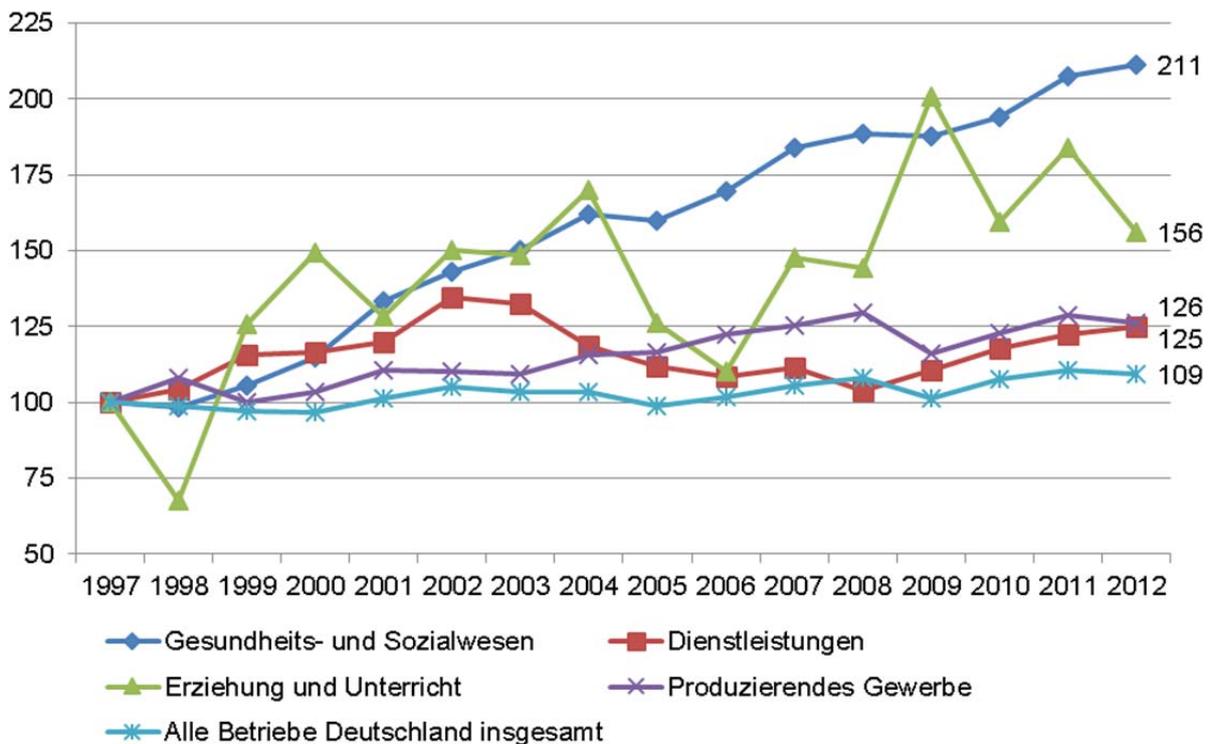
Im letzten abgeschlossenen Geschäftsjahr, das war für die vorliegenden IAB-Betriebspanel-Ergebnisse das Jahr 2012, haben 76 Prozent der Betriebe Gewinne (positive Jahresergebnisse) erzielt. Im Gesundheits- und Sozialwesen waren es sogar 81 Prozent. Seit 2006 (75 %) liegen hier die Werte konstant über dem Durchschnitt aller deutschen Betriebe und zwischen 75 und 84 Prozent (2011).

Auch im Produzierenden Gewerbe treten deutliche Ausschläge der Gewinnsituation auf: So war durch die Finanzkrise ab 2008/2009 dort mit 65 Prozent für das Jahr 2009 ein deutlicher Rückgang zum Vorjahr zu beobachten (2008: 69 %), der das Gesundheits- und Sozialwesen nicht betroffen hat. Im Gegenteil sind dort zwischen 2008 und 2009 die Anteile an Betrieben mit Gewinn von 77 auf 80 Prozent angewachsen. Im Gesundheits- und Sozialwesen zeigen sich also insgesamt positive Trends bei den Merkmalen Ertragslage und Gewinneinschätzung.

Wie in den Darstellungen zu den Merkmalen Ertrag und Gewinn, ist auch bei der Entwicklung des Umsatzes in Darstellung C.3 ein positiver Trend für das Gesund-

heits- und Sozialwesen zu verzeichnen, der über dem Niveau anderer Wirtschaftsbereiche liegt.

Darstellung C.3: Entwicklung des Umsatzes 1997 bis 2012 in den Betrieben (Indexwerte 1997=100)



Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz, Banken und Versicherungen.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Allgemein gilt das Geschäftsvolumen als eine aussagefähige Kennziffer zur Messung des Leistungsumfanges eines Betriebes. Betriebe der gewerblichen Wirtschaft definieren ihr Geschäftsvolumen als Umsatz (im Gegensatz z. B. zu Banken oder Kreditinstituten, wo die Bilanzsumme als Kennziffer zur Messung des Geschäftsvolumens gilt). Der Umsatz (ohne Umsatzsteuer) bildet die bestimmende Kennziffer in der wirtschaftlichen Tätigkeit der meisten Betriebe. Darstellung C.3 stellt die Entwicklung des Umsatzes in verschiedenen Teilbranchen dar.

Betrachtet man nun diesen im Vergleich der Wirtschaftsbereiche als Indexwert (der Wert des Basisjahres 1997 wird auf 100 gesetzt, Folgejahre werden als Indexwerte mit Bezug zum Basisjahr 1997 berechnet), steigt der Wert bis 2012 kontinuierlich auf 211 an (also auf einen über 2,1-fachen Wert des Jahres 1997). Der Umsatz verzeichnet im Gesundheits- und Sozialwesen eine stärkere Dynamik als im Schnitt aller Betriebe (2012: 109). Nur im Wirtschaftsbereich Erziehung und Unterricht,²⁰ werden zwischenzeitlich höhere Werte in der Entwicklung des Umsatzes erzielt (z. B. 2009 mit 209), jedoch zum Teil auch mit deutlicheren Schwankungen.

²⁰ Der Wirtschaftsbereich Erziehung und Unterricht ist sehr personalintensiv, ist aber zugleich stark von der öffentlichen Hand dominiert und darum auch zum großen Teil nicht beim Umsatz einbezogen.

Die Ursachen für die oben beschriebenen Entwicklungen liegen auf der Hand, denn der demografische Wandel fördert wie bereits aufgezeigt die Beschäftigung: Im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Altenheimen wurden im Zeitraum von Anfang 2005 bis 2013 690.000 Stellen geschaffen. Zugleich haben die gesetzliche Verankerung der Kinderbetreuung sowie die erhöhte Betreuung unter Dreijähriger zu einem Anstieg des Geschäftsvolumens in diesen Tätigkeitsfeldern geführt.

Darstellung C.4: Umsatz* und Produktivität 2012 und 2013 (inkl. Vergleich mit Deutschland gesamt) nach Betriebsgruppen

	Umsatz insgesamt			Umsatz je Beschäftigten		
	2012	2013	Entwicklung (2012= 100)	2012	2013	Entwicklung (2012= 100)
	(Mrd. Euro)		(Prozent)	(Tsd. Euro)		(Prozent)
GuS West	119	120	101	51	50	97
GuS Ost	27	28	101	50	49	98
GuS Deutschland	146	148	101	51	50	98
GuS 1-19 Beschäftigte	46	47	101	46	46	98
GuS 20-99 Beschäftigte	27	27	101	40	39	96
GuS ab 100 Beschäftigte	73	74	101	61	59	98
Gesundheits- und Sozialwesen	146	148	101	51	50	98
Dienstleistungen	735	741	101	72	72	99
Erziehung und Unterricht	15	15	102	54	54	100
Produzierendes Gewerbe	2.066	2.075	100	208	208	100
Alle Betriebe Deutschland insg.	4.516	4.537	100	157	156	99

Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz

*Ohne Umsatzsteuer

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

In der Darstellung C.4 ist zu erkennen, dass innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens mit lt. IAB hochgerechneten 148 Mrd. Euro Jahresumsatz 2013 der Löwenanteil mit 120 Mrd. Euro in Westdeutschland produziert bzw. geleistet wird. Am höchsten ist der Umsatz bei Betrieben mit 100 Beschäftigten und mehr (74 Mrd. Euro). Aber auch die Betriebe unter 20 Beschäftigten tragen mit 47 Mrd. Euro deutlich zum erzielten Geschäftsvolumen im Gesundheits- und Sozialwesen bei.

Mit Produktivität ist hier konkret die betriebliche Arbeitsproduktivität gemeint. Sie stellt den zentralen Indikator für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Betriebes dar. Allgemein wird die sogenannte Umsatzproduktivität als der Quotient zwi-

schen Ergebnis (wirtschaftliche Leistung ohne Vorleistungen, dargestellt durch den Umsatz) und Aufwand (dargestellt durch die Zahl der Beschäftigten) im Produktionsprozess definiert.

Dieser Wert ist aber zum Beispiel beim Produzierenden Gewerbe deutlich höher (2013: 208 Tsd. Euro Umsatz je Beschäftigten) als im Dienstleistungsbereich generell (72 Tsd. Euro). Im Gesundheits- und Sozialwesen liegt der Wert bei 50 Tsd. Euro Umsatz je Beschäftigten und somit deutlich unter dem Schnitt aller Betriebe (157 Tsd. Euro) sowie am niedrigsten im Vergleich der Wirtschaftsbereiche aber ungefähr auf einem vergleichbarem Niveau zum vom Charakter her ähnlichen Wirtschaftsbereich Erziehung und Unterricht.

Darstellung C.5: Erwartete Entwicklung des Umsatzes 2012 bis 2013 nach Betriebsgruppen (in Prozent)

	Umsatz wird... (Anteil an Zahl der Betriebe)					
	eher steigen		etwa gleich bleiben	eher sinken		weiß noch nicht/ keine Angabe
		erwartete durchschnittl. Steigerung um...			erwartete durchschnittl. Senkung um...	
GuS West	24	13	58	9	10	9
GuS Ost	16	9	74	6	27	4
GuS Deutschland	22	12	62	9	13	8
GuS 1-19 Beschäftigte	21	13	63	8	13	8
GuS 20-99 Beschäftigte	27	10	51	13	9	9
GuS ab 100 Beschäftigte	23	10	68	5	9	4
Gesundheits- und Sozialwesen	22	12	62	9	13	8
Dienstleistungen	23	16	56	11	19	10
Erziehung und Unterricht	28	17	50	14	22	9
Produzierendes Gewerbe	20	16	54	15	17	11
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	22	16	55	14	17	10

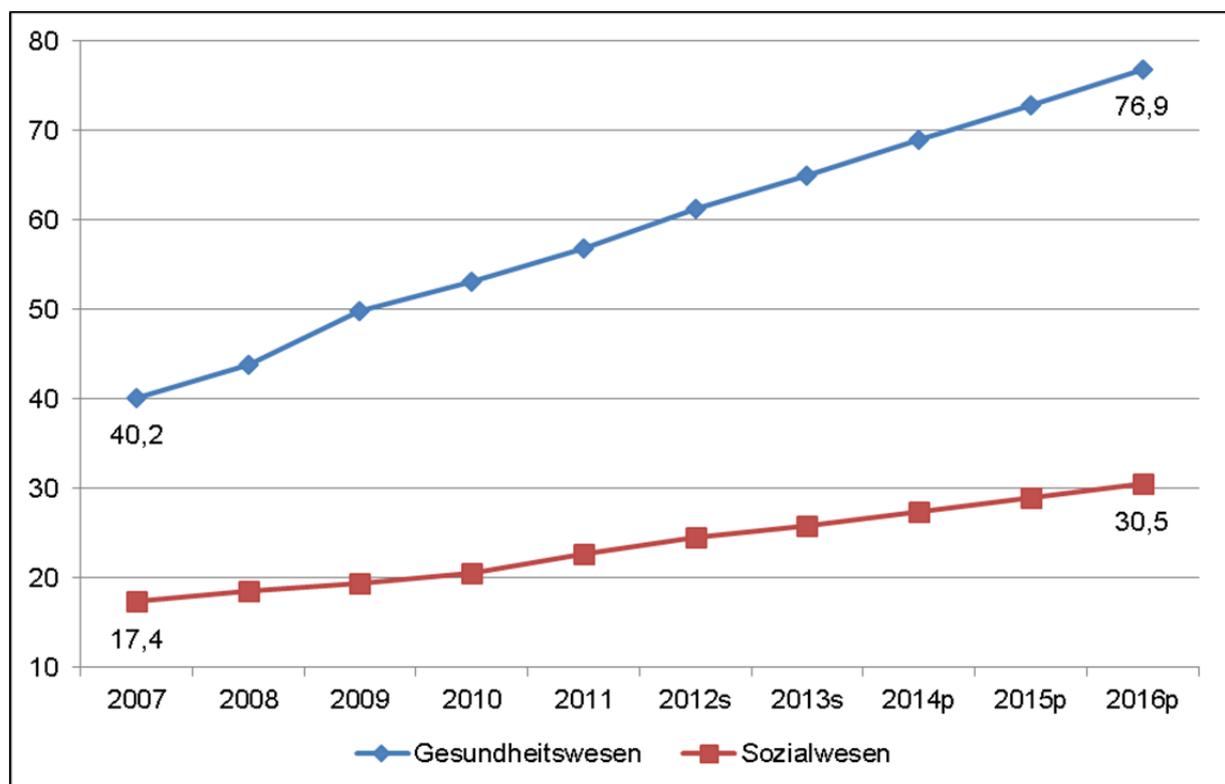
Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Die erwartete weitere Entwicklung des Geschäftsvolumens aus Sicht der Betriebe zwischen 2012 und 2013, wird in Darstellung C.5 gezeigt. Sie verdeutlicht, dass mit 62 Prozent eine große Mehrheit der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen kei-

ne Änderung bei der Umsatzentwicklung erwartet. Bei allen Betrieben sind dies lediglich 55 Prozent. Im Wirtschaftsbereich Erziehung und Unterricht erwarten 28 Prozent der befragten Betriebe einen Anstieg des Geschäftsvolumens um durchschnittlich 17 Prozentpunkte. Dies sind im Gesundheits- und Sozialwesen lediglich 22 Prozent der Betriebe mit einer erwarteten Steigerung von 2012 auf 2013 um 12 Prozentpunkte.

Darstellung C.6: Beobachtete und prognostizierte Umsatzentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen²¹ in Deutschland in den Jahren von 2007 bis 2016 (in Mrd. Euro)



Teilgesamtheit: Unternehmen mit einem Jahresumsatz über 17.500 Euro.

Hochrechnungen (s) und Prognosen (p) durch die Statista GmbH.

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (Umsatzsteuerstatistik, Voranmeldungen) 2013a, Berechnungen durch Statista.

Die günstige Erwartung spiegelt sich auch in der Statistik in Darstellung C.6, die die beobachtete und prognostizierte Umsatzentwicklung in der Branche Sozialwesen in

²¹ Basierend auf der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes Abteilung 88 „Sozialwesen (ohne Heime)“, Abteilung 87 „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“ sowie Abteilung 86 „Gesundheitswesen“. Die Daten bis 2008 beziehen sich auf den WZ 85.1 "Gesundheitswesen" auf die WZ 85.32 "Sozialwesen, anderweitig nicht genannt" und WZ 85.31 "Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)" der WZ-Klassifikation 2003.

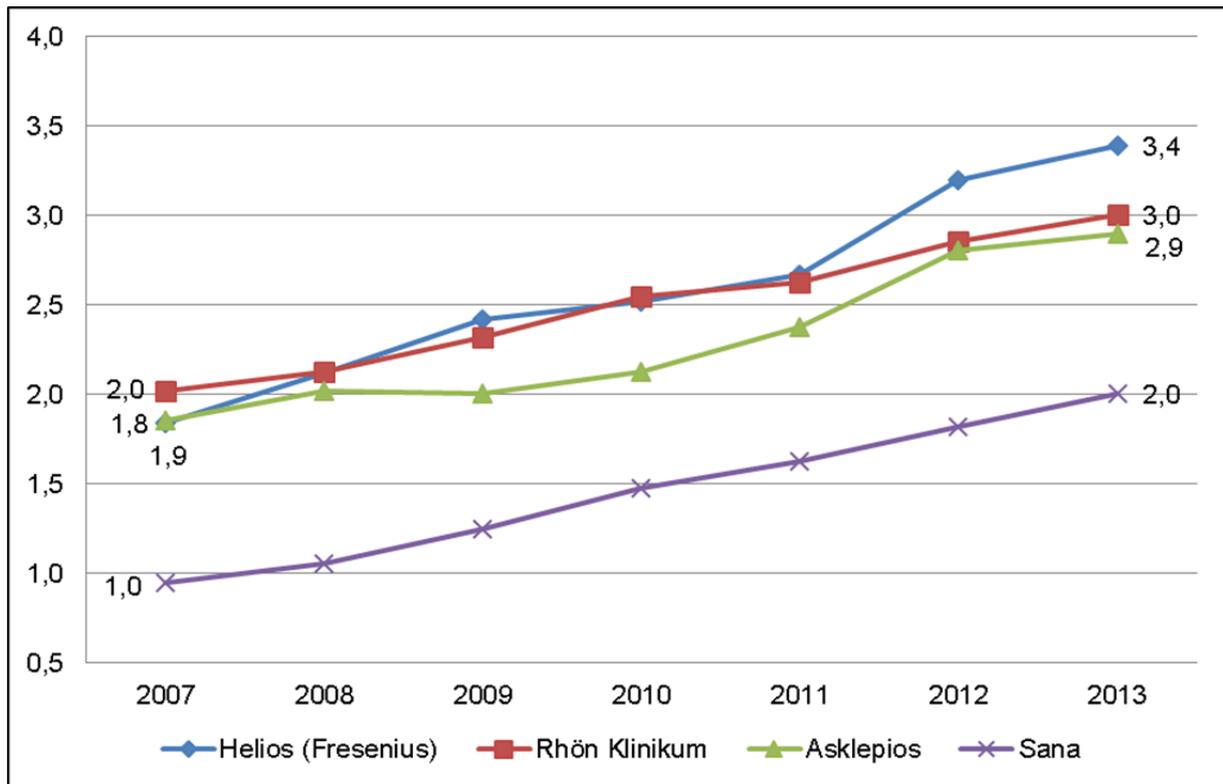
Deutschland in den Jahren von 2007 bis 2018 zeigt.²² Die Branche wird wachsen: Im Jahr 2016 wird der Umsatz im Sozialwesen in Deutschland laut der Prognose rund 30,5 Mrd. Euro betragen. Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung zumindest bis 2018 anhalten wird. Auch im Gesundheitswesen ist die Umsatzentwicklung deutlich ansteigend. Im Jahr 2013 wurden in der Branche 65,0 Mrd. Euro Umsatz erzielt. Dies entspricht gegenüber 2012 einer Steigerung von 6,0 Prozent und spiegelt die Erwartungen aus der Darstellung C.5 wider. Für 2014 wird eine positive Wachstumsrate von 6,2 Prozent erwartet. Der Ausblick bleibt optimistisch, denn bis 2016 wird ein Volumen von 76,9 Mrd. Euro mit einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 5,3 Prozent prognostiziert.

Umsatz und Ertrag im Krankenhausbereich

Die Krankenhäuser sind eine wichtige Subbranche des Gesundheitswesens mit einem Gesamtausgabenvolumen in 2013 von 82,2 Mrd. Euro (vgl. vergleichende Übersicht in Darstellung C.11). Die Zahlen in Darstellung C.7 zeigen die Entwicklung des Umsatzes der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland in den Jahren von 2007 bis 2013. Der private Klinikbetreiber Helios (Fresenius) hat im Jahr 2014 41 Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG übernommen und setzte im Jahr 2014 insgesamt rund 5,2 Mrd. Euro um (2007 waren es noch 1,84 Mrd. Euro). Die Rhön-Klinikum AG schüttete vom Verkaufserlös 1,7 Mrd. Euro an die Aktionäre aus.

²² Hier ist aber zu beachten, dass in dieser Statistik aufgrund des Fehlens vieler Betriebe ohne Ausweisung von Umsatzsteuern das Umsatzvolumen im Gesundheits- und Sozialwesen geringer ausfällt als bei den zuvor vorgestellten Erhebungen des IAB-Betriebspanels.

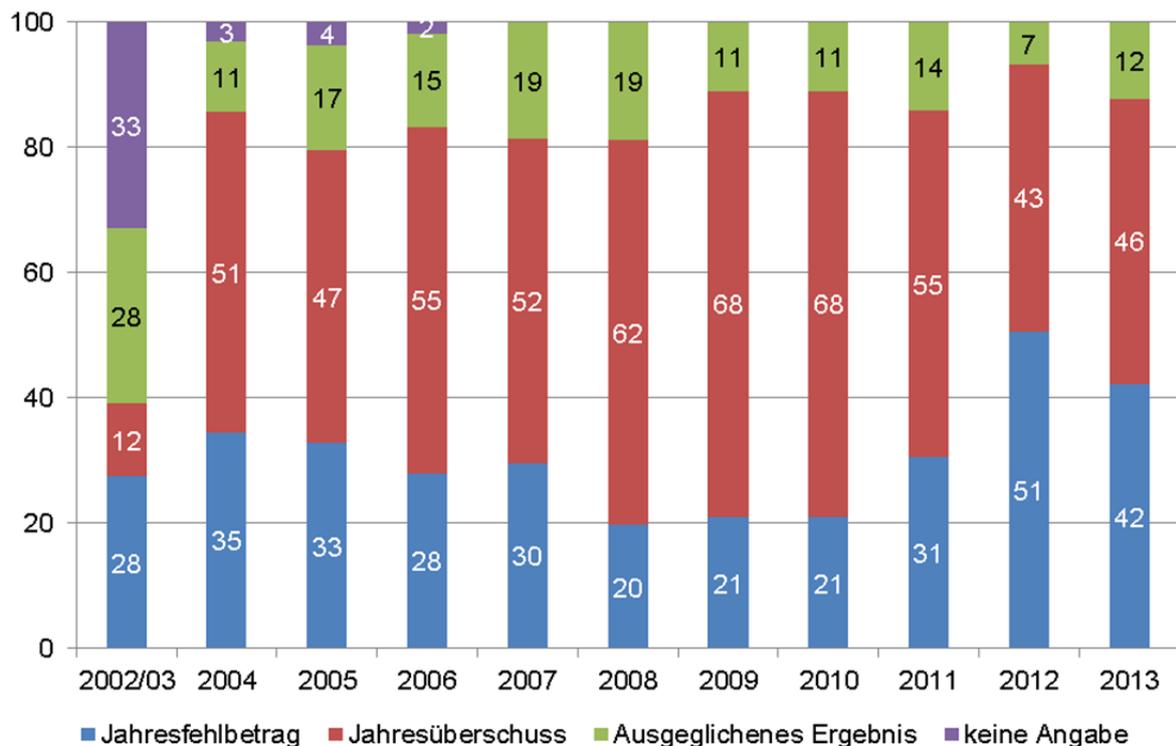
Darstellung C.7: Umsatz der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2013 (in Mrd. Euro)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Rhön-Klinikum; Fresenius; Asklepios Kliniken; Sana Kliniken 2014.

Doch sieht die Situation in Darstellung C.8 bei den Allgemeinkrankenhäusern nicht so gut aus, wie im Gesundheitswesen insgesamt bzw. wie bei den großen Klinikverbänden. Denn von der Gesamtbranche abweichend zeichnet sich für die Krankenhäuser gemäß dem Krankenhaus Barometer 2014 eine andere – nicht so positive – Entwicklung bei den Jahresergebnissen ab (vgl. Blum u.a. 2014).

Darstellung C.8: Entwicklung des Jahresergebnisses in Allgemeinkrankenhäusern 2002 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Krankenhaus Barometer 2004-2014.

Die Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers beruhen hier auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 284 zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland. Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser für ihre Gewinn- und Verlustrechnung 2013 angeben, ob sie ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Demzufolge hat 2013 fast die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland (42 %) Verluste geschrieben.

Gegenüber 2012 (51 %) ist das eine erfreuliche Entwicklung, doch es sind immer noch deutlich mehr Häuser mit Verlusten als 2011 (31 %) oder 2009 (21 %) (vgl. Darstellung C.8). Zugleich geben 46 Prozent der befragten Krankenhäuser an, einen Jahresüberschuss erzielt zu haben, während 12 Prozent ein ausgeglichenes Ergebnis erzielten.

Auch die Krankenhaus Rating Reports der Jahre 2014 und 2015 verdeutlichen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, in denen sich eine Vielzahl der Krankenhäuser wiederfindet (vgl. Augurzky u. a. 2014). Der jährlich erscheinende Report untersucht die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auf der Grundlage der Zahlen von 2012 und 2013 sowie Hochrechnungen für 2013, 2014 und 2015. Für diese Jahres-Reports wurden jeweils über 600 Bilanzen von rund 1.000 Krankenhäusern analysiert und

aufbereitet. So war aufgrund geringer Ertragskraft fast jede zweite deutsche Klinik 2012 bzw. 2013 nicht hinreichend investitionsfähig, um den Substanzerhalt sicherzustellen. Denn die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser hat sich 2012 spürbar verschlechtert. 2012 und 2013 wiesen 16 Prozent nach eigenen Angaben eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, 2010 waren es nur halb so viele. 33 bzw. 30 Prozent der Krankenhäuser schrieben 2012 bzw. 2013 auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2010 waren es nur 16 Prozent. Gleichzeitig besserte sich aber die Ertragslage 2013 von 0,7 auf 1,4 Prozent durchschnittlicher Umsatzrendite. Von wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind öffentlich-rechtliche Krankenhäuser besonders betroffen. In wirtschaftlicher Notlage befinden sich hauptsächlich kleine Kliniken mit bis zu 100 Betten, die sich auch nicht durch eine besondere Spezialisierung auszeichnen. Oder auch, wenn sie in Ballungsräumen liegen, wo die Krankenhausdichte hoch ist (vgl. Augurzky u. a. (2015 und 2014)).

Ins Auge sticht dabei die Tatsache, dass die Zahl der kommunalen Krankenhäuser in wirtschaftlicher Schieflage in einkommensstarken Kreisen in den wirtschaftlich starken Bundesländern Süddeutschlands besonders hoch ausfällt. Fast alle dieser deutlich mehr als 300 insolvenzbedrohten Krankenhäuser stehen in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bremen, Bayern und Hessen (vgl. Augurzky u. a. 2015). Zugleich ist es nicht empirisch belegbar, dass ländlich gelegene Krankenhäuser in jedem Fall schlechter dastehen. Es gibt dort wirtschaftlich erfolgreiche Häuser, sofern sich diese z. B. geschickt spezialisieren. Überraschend ist auch die Erkenntnis, dass eine Verbundbildung nicht automatisch zur wirtschaftlichen Gesundung beitragen muss. So sind im Grundsatz zwar die privaten Träger mit Verbundlösungen besser aufgestellt. Doch bei den freigemeinnützigen halten sich Vor- und Nachteile die Waage, während im kommunalen Bereich Einzelhäuser besser dastehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die 2013 beschlossenen Finanzhilfen für Krankenhäuser zwischenzeitlich die wirtschaftliche Lage für 2013 und 2014 erleichtern konnten. Das vor diesem Hintergrund beschlossene Beitragsschuldengesetz von 2013 gewährte den Krankenhäusern Finanzhilfen für die Jahre 2013 und 2014, insbesondere einen Versorgungszuschlag als Ausgleich für Mehrleistungsabschläge. Gleichzeitig besserte sich in vielen Regionen auch die Lage der Kommunalhaushalte, sodass die wirtschaftlichen Schwierigkeiten von kommunalen Einrichtungen in gewissem Umfang kompensiert werden konnten. Doch ab 2015 droht ohne

Gegenmaßnahmen abermals eine Verschlechterung des Zustandes, weil die Kosten über den Erlöszuwächsen liegen (vgl. Augurzky u. a. 2014; Augurzky u. a. 2015a).

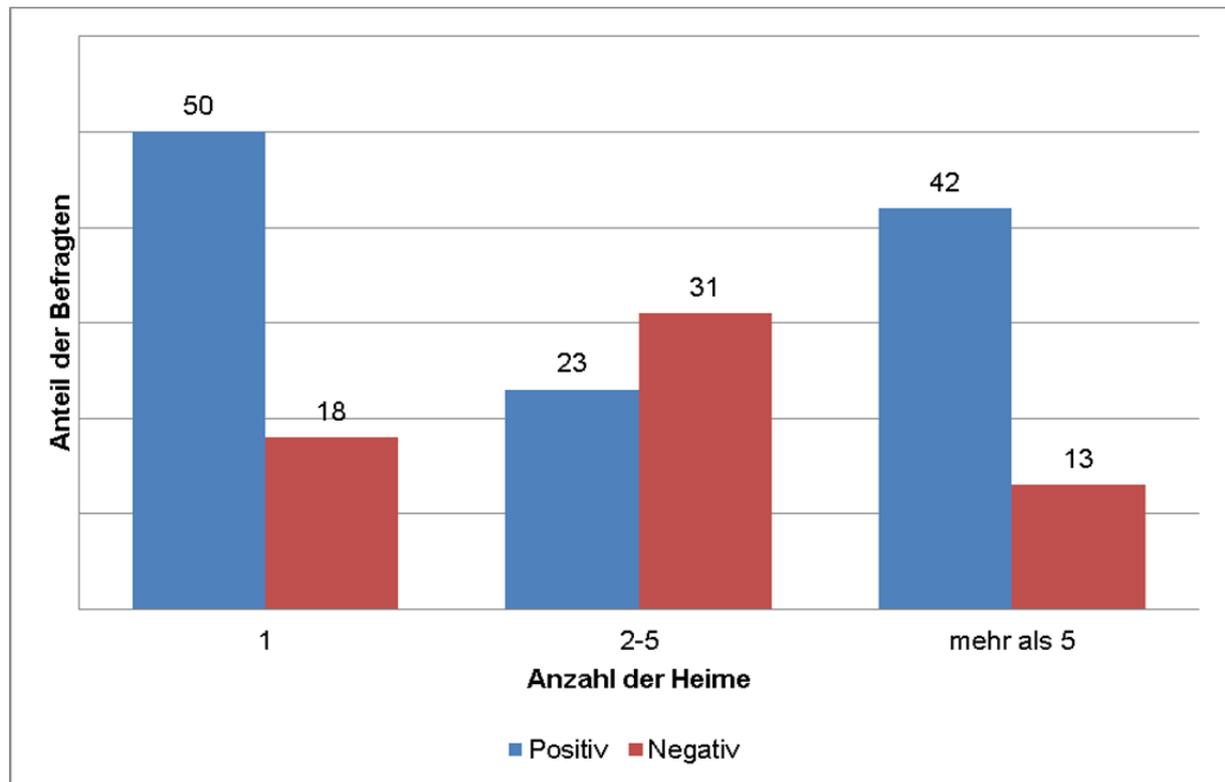
Unterdessen wurde in den vergangenen Jahren zwar zunehmend mehr Personal beschäftigt, zugleich wurde jedoch aufgrund der wirtschaftlichen Schieflage der Kapitaleinsatz reduziert. Ein Grund dafür ist die mangelnde Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer. Denn notwendig wären Krankenhaus-Fördermittel von mindestens 9,5 Prozent der Gesamtausgaben, doch deutschlandweit erhalten die Krankenhäuser durchschnittlich 3,5 Prozent. Besonders niedrig ist dieser Wert in Thüringen, Sachsen-Anhalt oder Berlin (vgl. Statistisches Bundesamt 2014c). Analysen des Investitionsbedarfs im Krankenhausbereich zeigen, dass in den letzten Jahren das benötigte Investitionsvolumen zur Bestandserhaltung um 50 Prozent unterschritten wird (vgl. Draheim, Beeck 2015). Fehlt jedoch Kapital, können oftmals Ineffizienzen im Betrieb nicht behoben werden oder die Arbeitsbedingungen nicht so verbessert werden, dass der Betrieb bei der Gewinnung von Fachkräften attraktiv in den Wettbewerb mit anderen Betrieben oder Branchen treten kann (vgl. Abschnitt B.6). Auch im Krankenhausbereich gilt, dass es ohne Investitionen keine zukunftsfähige Entwicklung geben kann. Gemäß Ausführungen im Krankenhausreport 2015 der AOK rückt dabei die Frage der unterfinanzierten Notfallambulanz immer stärker ins Blickfeld der Debatte und die Krankenhäuser verlangen hierbei mehr Geld von der Politik und den Krankenkassen (vgl. Klauber u. a. 2015). Ein anderer Weg wird in Zentralisierungen gesehen: Mithin wird in Deutschland ein großes Potenzial gesehen, Notaufnahmen kleinerer Klinikstandorte auf größere Einheiten zu konzentrieren (nach dem Vorbild der onkologischen Zentren). Dies soll bei gleichzeitigem Abbau der Vorhaltung an kleineren und Zusatzinvestition an größeren Standorten erfolgen (vgl. Klauber u. a. 2015).

Finanzlage im Bereich Alten- und Pflegeheime

Im Vergleich zum Krankenhausbereich zeigt sich die wirtschaftliche Lage im Bereich Alten- und Pflegeheime günstiger. Die Ergebnisse einer Umfrage vom Juni 2011 zur Bewertung der finanziellen Lage von Pflegeheimen nach Trägerschaft zeigt folgendes Ergebnis (vgl. Darstellung C.9): Rund 45 Prozent der befragten Betreiber privater Pflegeheime gaben an, ihre finanzielle Lage als positiv einzuschätzen. Interessant ist wiederum, dass kleine Betreiber mit Einzelhäusern die beste Einschätzung abgaben

(50 % positiv). Bei 2-5 Heimen war die Betreiberschätzung öfters negativ (31 %) als positiv (23 %). Bei mehr als 5 Heimen sehen die Betreiber zu 42 Prozent eine aktuell positive wirtschaftliche Lage.

Darstellung C.9: Wie bewerten Sie die aktuelle finanzielle Lage Ihres Pflegeheims bzw. Ihrer Pflegeheime insgesamt (nach Zahl der Heime)? (in Prozent)



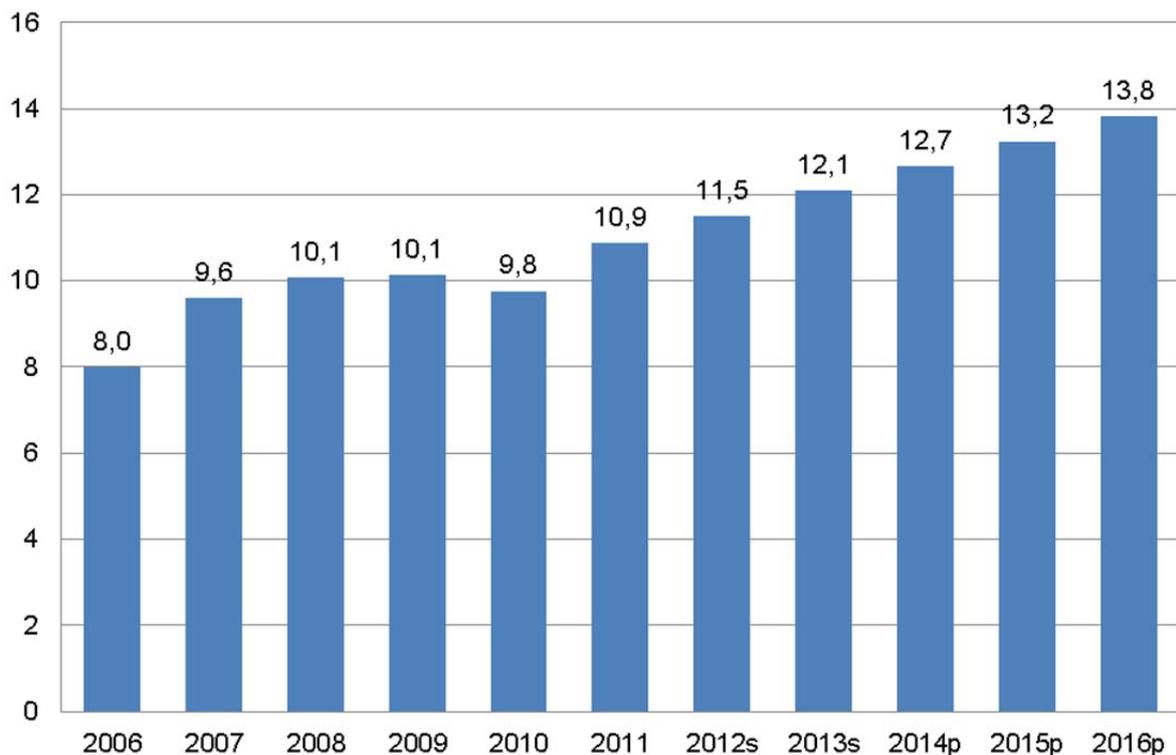
Statistischer Hinweis: Deutschland; Juni 2011; 150 Befragte: private, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche Pflegeheimbetreiber.

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Lennartz; Kersel 2011.

Zu ähnlichen Befunden kommen die Pflegeheim Rating Reports 2011 und 2013 und zeigen zudem einen hohen Investitionsbedarf in zusätzliche Pflegeplätze und mehr Personal (vgl. Augurzky u. a. 2011b; Augurzky u. a. 2013). Die Studie über die wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime wurde gemeinsam von RWI, Accenture und der hcb GmbH erstellt und basiert auf einer Stichprobe von ca. 500 Jahresabschlüssen, die über 1.800 Pflegeheime umfasst.

Die beschriebene günstige wirtschaftliche Entwicklung und der steigende Investitionsbedarf schlagen sich auch in den Umsatzprognosen für die Pflegebranche nieder. Im Jahr 2012 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in der Branche 11,51 Mrd. Euro Umsatz erzielt (vgl. Darstellung C.10).

Darstellung C.10: Beobachtete und prognostizierte Umsatzentwicklung²³ im Heimwesen (Pflegeheim, Betreuungsheim) in Deutschland in den Jahren von 2006 bis 2016 (in Mrd. Euro)



Teilgesamtheit: Unternehmen mit einem Jahresumsatz über 17.500 Euro.

WZ 85.31 "Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)" der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2003.

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2006-2013, Hochrechnungen (s) und Prognosen (p) durch die Statista GmbH.

In Darstellung C.10 ist der Anstieg des Umsatzes im Heimwesen zu erkennen. Er entspricht gegenüber 2011 einer Steigerung von 5,8 Prozent. Auch für 2013 wird eine positive Wachstumsrate von 5,0 Prozent antizipiert. Die Vorausschau auf Ausblick 2016 ist optimistisch; es wird eine jährliche durchschnittliche Wachstumsrate von 4,6 Prozent prognostiziert.

Es werden gemäß dem Pflegeheim Rating Report 2013 in einem demografisch bedingten boomenden Markt bis zu 371.000 zusätzliche stationäre Pflegeplätze bis 2030 erwartet (vgl. Augurzky u. a. 2013). Daher sind bis zu 369.000 zusätzliche Stellen in der ambulanten und stationären Pflege und ca. 49 bis 73 Mrd. Euro an zusätzlichen Investitionen bis 2030 nötig.

²³ Basierend auf der Abteilung 87 der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“. Sie umfasst die Unterbringung in Heimen in Kombination mit Pflege-, Beaufsichtigungs- oder anderen Betreuungsleistungen entsprechend den Anforderungen der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Tätigkeit besteht zu einem Teil aus einem Mix von Gesundheits- und Sozialleistungen, wobei die Gesundheitsleistungen vorwiegend in Form pflegerischer Tätigkeiten erbracht werden. Die Daten bis 2008 beziehen sich auf die WZ 85.31 "Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)" der WZ-Klassifikation 2003.

C.2 Ausgaben und Investitionen

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 314,9 Mrd. Euro für Gesundheit in Deutschland ausgegeben, was einem Anstieg von 12,1 Mrd. Euro oder 4,0 Prozentpunkten gegenüber dem Jahr 2012 entspricht. Die Daten in Darstellung C.11 zeigen die Höhe der Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Art der Einrichtung in den Jahren 2007 bis 2013.

Darstellung C.11: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtung (Auswahl) in den Jahren 2007 bis 2013 (in Mio. Euro)				
	2007	2009	2011	2013
Gesundheitsschutz	1.899	2.042	1.924	1.924
Ambulante Einrichtungen	127.562	139.502	145.823	155.513
Arztpraxen	38.526	42.649	44.364	46.403
Zahnarztpraxen	20.211	21.584	22.969	24.397
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	8.089	9.071	10.156	11.034
Apotheken	37.663	40.530	39.940	41.752
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	13.412	14.636	15.919	17.615
Ambulante Pflege	8.037	9.335	10.593	12.344
Sonstige ambulante Einrichtungen	1.624	1.698	1.880	1.967
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	94.910	103.832	111.174	118.681
Krankenhäuser	64.671	71.223	76.984	82.354
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	7.755	8.211	8.376	8.732
Stationäre/teilstationäre Pflege	22.484	24.397	25.814	27.595
Rettungsdienste	2.678	3.047	3.297	3.773
Verwaltung	14.645	15.969	16.893	17.220

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (Gesundheitsausgabenrechnung) 2014a.

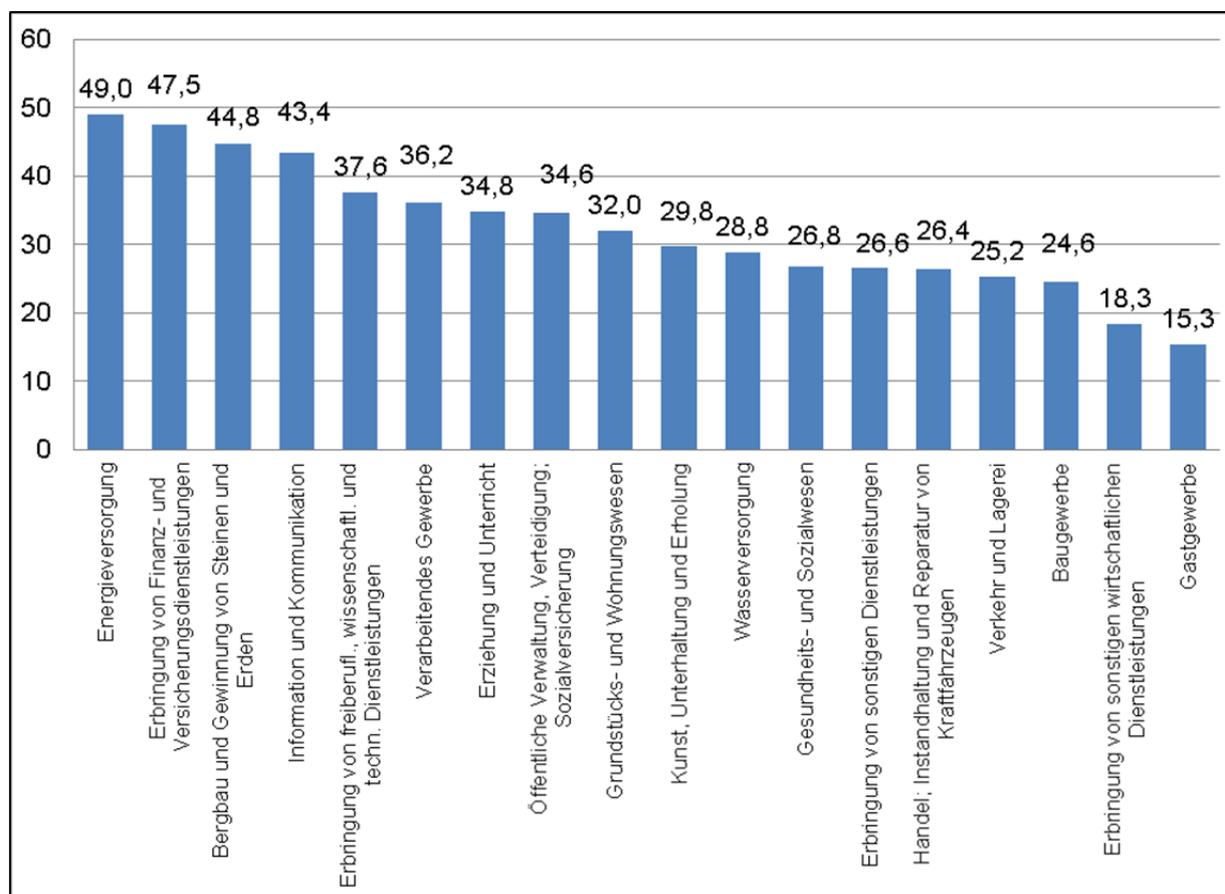
In Darstellung C.11 sind die Ausgabenentwicklungen für den ambulanten bzw. den (teil-)stationären Sektor des Gesundheitswesens zu erkennen. Die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im ambulanten Bereich betragen 2013 155,5 Mrd. Euro und machten ähnlich wie in den vorangegangenen Jahren mit 49,4 Prozent fast die Hälfte der Ausgaben aus. Gegenüber dem Vorjahr stiegen sie mit 4,1 Prozentpunkten leicht überdurchschnittlich. Deutliche Ausgabenanstiege gegenüber 2012 waren in den ambulanten Pflegeeinrichtungen mit 9,0 Prozentpunkten auf 12,3 Mrd. Euro und bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe (z. B. ergotherapeutische Praxen), mit 5,9 Prozentpunkten auf 11,0 Mrd. Euro zu verzeichnen.

Auf den (teil-)stationären Sektor entfielen wie im Vorjahr 37,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Hier stiegen die Ausgaben um 4,6 Mrd. Euro auf 118,7 Mrd. Euro (+4,1 %). Die wichtigsten (teil-)stationären Einrichtungen waren 2013 die Krankenhäuser mit 82,4 Mrd. Euro und die Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (27,6 Mrd. Euro). Die Ausgaben in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegen 2013 bei 8,7 Mrd. Euro.

Arbeitskosten

In Deutschland sind die Arbeitskosten je geleistete Arbeitsstunde im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr kalenderbereinigt um 2,4 Prozentpunkte gestiegen (Bruttoverdienste dabei +2,5 %, Lohnnebenkosten +2,1 %). Die Darstellung C.12 zeigt die Arbeitskosten je geleistete Stunde in Deutschland nach Wirtschaftszweigen im Jahr 2013. Im Jahr 2013 betragen die Arbeitskosten je geleistete Stunde im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland durchschnittlich 26,8 Euro. Das Gesundheits- und Sozialwesen liegt somit bei den Arbeitskosten im unteren Drittel der Wirtschaftszweige. Am höchsten sind die Arbeitskosten in der Energieversorgung (49,0 Euro), im Dienstleistungssektor liegen die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen mit 47,5 Euro sehr hoch. Am niedrigsten liegen die Werte im Gastgewerbe mit 15,3 Euro. In der Entwicklung seit 1996 sind die Steigerungen im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich unter dem Niveau des Produzierenden Gewerbes oder des gesamten Dienstleistungsbereiches (vgl. Ausführungen im Kapitel D dieses Berichtes).

Darstellung C.12: Arbeitskosten je geleistete Stunde in Deutschland nach Wirtschaftszweigen im Jahr 2013 (in Euro)

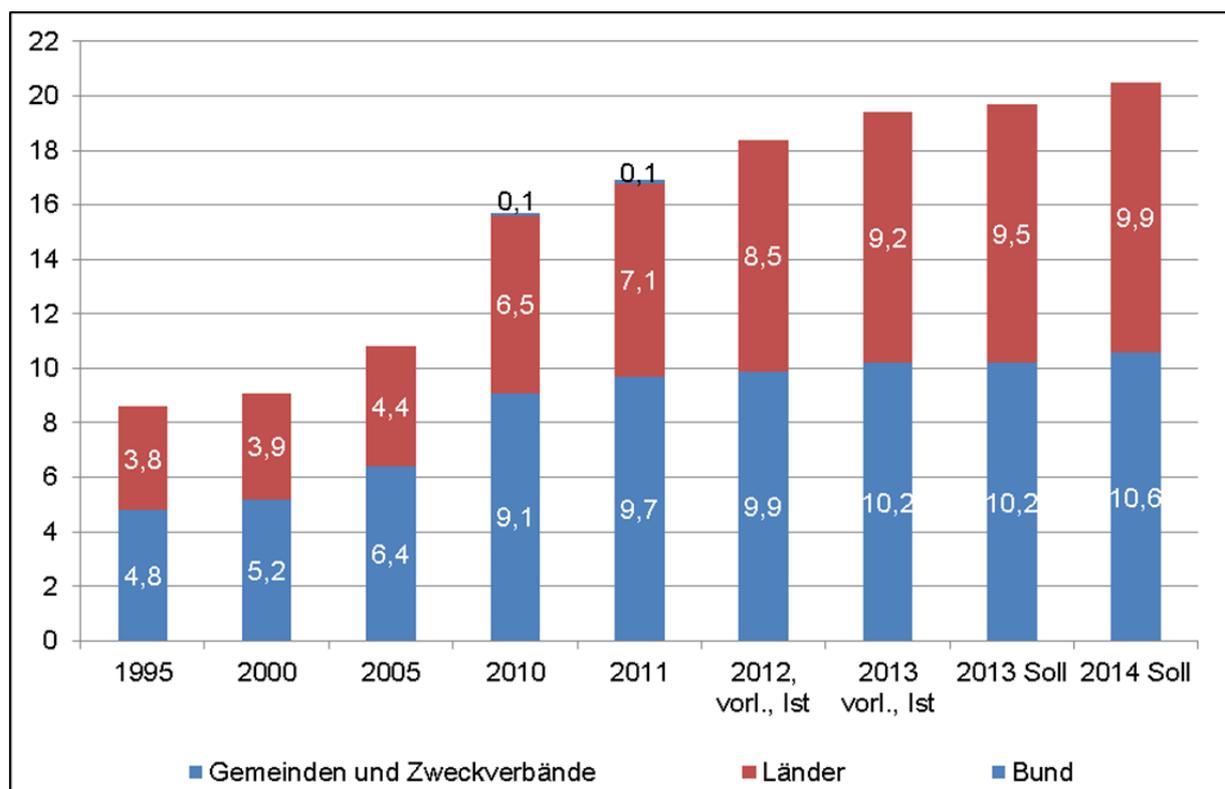


Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014f.

Ausgaben im Bereich Kinderbetreuungseinrichtungen

Kinder- und Jugendhilfe ist vor allem eine öffentliche Aufgabe, der vor allem die Kommunen nachkommen. Die dafür entstehenden Kosten werden in der Regel von den Bundesländern und Gemeinden getragen (vgl. Darstellung C.13). Trotz der gestiegenen Ausgaben im Jahr 2011 blieben die Anteile der Gemeinden und Länder im Jahr 2010 und 2011 weitgehend konstant. Bei den Gemeinden betrug der Anteil 57,4 Prozent (7,1 Mrd. Euro) und der Länderanteil lag bei 42,1 Prozent (9,7 Mrd. Euro). Obwohl die Kinderbetreuung und ihre Finanzierung eine verfassungsrechtliche Aufgabe von Ländern und Kommunen ist, unterstützte der Bund bis 2014 mit fast 5,4 Mrd. Euro beim Bau und Betrieb neuer Betreuungsplätze. Ab 2015 trägt der Bund für den dauerhaften Betrieb der neu geschaffenen Plätze in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege jährlich 845 Mio. Euro bei.

Darstellung C.13: Öffentliche Ausgaben für Kindertageseinrichtungen²⁴ nach Körperschaftsgruppen (in Mrd. Euro)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Hetmeier u.a. 2014, S. 51.

²⁴ In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Berlin und Hamburg wurden die öffentlichen Ausgaben für Kindertageseinrichtungen 1995 und 2000 unter anderen Funktionen verbucht. Einschließlich dieser Zahlungen errechnen sich für 1995 insgesamt Grundmittel in Höhe von 8,6 Mrd. Euro und für 2000 von 9,1 Mrd. Euro.

Da sich der Kindertagesbetreuungsbedarf erhöht hat, müssen 30.000 Betreuungsplätze mehr als anfangs erwartet geschaffen werden. Diesem zusätzlichen Bedarf wird durch zusätzliche Mittel von 580,5 Mio. Euro Rechnung getragen („Nachschlag“).

Die Evaluierung des Kinderförderungsgesetzes hat gezeigt, dass sowohl beim Ausbaustand als auch beim Betreuungsbedarf unter den Bundesländern große Heterogenität herrscht. Als zentrale Hindernisse beim Ausbau von Kindertageseinrichtungen nennen die Jugendämter am häufigsten strukturelle Rahmenbedingungen (81 %) und die personelle Situation (80 %). Darüber hinaus spielen auch finanzielle Rahmenbedingungen für 76 Prozent der Jugendämter eine Rolle (vgl. BMFSFJ 2014, S. 18).

Von Bedeutung sind hierbei auch die Ergebnisse der Nationalen Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK). In einem Zusammenschluss verschiedener Studienpartner wurden in einer multizentrischen Studie nach einem wechselseitig abgestimmten Forschungsplan zentrale Fragen hinsichtlich der Qualität im deutschen Früherziehungssystem untersucht (vgl. Tietze u. a., 2013). Der hier nachgewiesene Zusammenhang von pädagogischer Prozessqualität mit Bedingungen der Strukturqualität macht den auch in der Evaluierung des Kinderförderungsgesetzes genannten Verbesserungs- bzw. Investitionsbedarf deutlich (vgl. BMFSFJ 2014). Es zeigt sich allerdings dabei, dass das Abzielen auf einzelne ökonomische Rahmenbedingungen, wie z. B. den Erzieher-Kind-Schlüssel, nicht ausreicht. Somit ist bei politisch gewollten Verbesserungen auf der Ebene vorgelagerter Bedingungen der Struktur- und Orientierungsqualität, eine Neuausrichtung geboten, aber auch kostspielig und „bedarf des politischen Willens“ (vgl. Tietze u. a., 2012, S. 15).

Doch bereits ohne Anhebung der Prozessqualität zeigt sich durch den Rechtsanspruch auf einen Kinderbetreuungsplatz ein deutlicher Personalbedarf in vielen Bundesländern. Die Statistik in Darstellung C.14 zeigt den für 2020 erwarteten Personalbedarf in Kindertageseinrichtungen. In Deutschland wird unter anderem bei einem Ausbau der Plätze für unter 3-Jährige oder bei einem Ausbau der Ganztagesangebote in Kindertagesstätten der alten Bundesländer bis zum Jahr 2020 ein Personalbedarf von 195.842 Personen erwartet.

Darstellung C.14: Personalbedarf in Kindertageseinrichtungen unter Berücksichtigung mehrerer Faktoren von 2010 bis 2020 in den alten und neuen Bundesländern

	2010-2013	2013-2020	2010-2020
Alte Bundesländer			
Personalbedarf U3 ¹⁾	53.582	23.673	77.255
Personalbedarf für Kinderbetreuungsangebote	-3.672	250	-3.422
Ersatzbedarf aufgrund des vorzeitigen Ausstiegs ²⁾	9.792	13.658	23.450
Ersatzbedarf aufgrund des Übergangs in Rente ³⁾	8.172	40.304	48.476
Ausbau der Ganztagsangebote (in ehem. Kindergärten) ⁴⁾	–	9.576	9.576
Ausbau der Angebote außerunterrichtlicher Betreuung ⁵⁾	–	15.246	15.246
Saldo alte Bundesländer	67.874	102.707	170.581
Neue Bundesländer			
Personalbedarf U3 ¹⁾	976	1.734	2.710
Personalbedarf für Kinderbetreuungsangebote	-178	-2.637	-2.815
Ersatzbedarf aufgrund des vorzeitigen Ausstiegs ²⁾	2.798	3.109	5.907
Ersatzbedarf aufgrund des Übergangs in Rente ³⁾	5.411	14.048	19.459
Saldo neue Bundesländer	9.007	16.254	25.261
Deutschland Saldo insgesamt	76.881	118.961	195.842

1) Bei 37 Prozent Platzbedarf bis 2013 und 43 Prozent bis 2020.

2) Schätzung: ein Prozent des Personalbestands.

3) Mit 60 Jahren bis 2013, dann ab 63 Jahren.

4) Auf einen Anteil von 40 Prozent bis 2020.

5) Von Schulkindern in Horten und Ganztagschulen.

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Schilling 2012, S. 11.

Diesem Personalbedarf für Kindertageseinrichtungen, der in den alten Bundesländern bis zum Jahr 2020 ca. 171.000 Fachkräfte umfasst, stehen hochgerechnet ca. 160.000 Personen gegenüber. In den neuen Bundesländern wird es vermutlich einen Überhang an Absolvierenden geben, da bereits 2013 in Ostdeutschland der Personalbedarf in „der Kindertagespflege weitestgehend gedeckt ist“ (vgl. BMFSFJ 2014, S. 26). Jedoch wird es angesichts des demografisch bedingten Rückgangs der Zahl junger Menschen und einem möglicherweise zu erwartenden branchenspezifischen Fachkräftebedarf (vgl. zur Fachkräftedebatte Abschnitt B.6), einen starken Wettbewerb bei der Personalgewinnung um die jungen Menschen geben. Bei den aktuellen Rahmenbedingungen scheint es für die sozialen Berufe generell absehbar schwieriger zu werden, ausreichend ausbildungswillige und studierwillige junge Menschen zu gewinnen (vgl. Schilling 2012, S. 14). In der Folge sind hier - ein tatsächlicher größerer Bedarf nach Personal vorausgesetzt - erhöhte Investitionen der öffentlichen Hand zur Attraktivitätssteigerung und Personalgewinnung zu erwarten.

Investitionen von Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens

Investitionen sind in einer modernen Wirtschaft für die ökonomische Dynamik bedeutend. Durch ihre Entwicklung kann man absehen, inwieweit sich Regionen oder Wirtschaftsbereiche ökonomisch künftig fortentwickeln. Unternehmen können ihre Wettbewerbsfähigkeit verbessern, expandieren und neue Arbeitsplätze schaffen. Oftmals wird die Investitionsbereitschaft der Betriebe durch staatliche Förderungen angestoßen. Darstellung C.15 zeigt, dass im Gesundheits- und Sozialwesen laut IAB-Betriebspanel hochgerechnete 14 Mrd. Euro 2012 investiert worden sind (in Ostdeutschland nur 2 Mrd. Euro).

Darstellung C.15: Investitionen 2012 nach Betriebsgruppen

	Investitionen 2012				
	Insgesamt	je Betrieb	je Beschäftigten	je Vollzeit- äquivalent	Anteil der Erweiterungs- investitionen
	(Mrd. Euro)	(Tsd. Euro)	(Tsd. Euro)	(Tsd. Euro)	(Prozent)
GuS West	11	67	3	4	35
GuS Ost	2	47	3	3	42
GuS Deutschland	14	63	3	4	36
GuS 1-19 Beschäftigte	2	13	2	3	28
GuS 20-99 Beschäftigte	3	116	3	4	32
GuS ab 100 Beschäftigte	8	1.123	4	5	40
Gesundheits- und Sozialwesen	14	63	3	4	36
Dienstleistungen	51	57	4	5	37
Erziehung und Unterricht	4	74	3	4	51
Produzierendes Gewerbe	92	214	9	10	39
Alle Betriebe Deutschland insg.	223	107	6	8	36

Grundgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland.

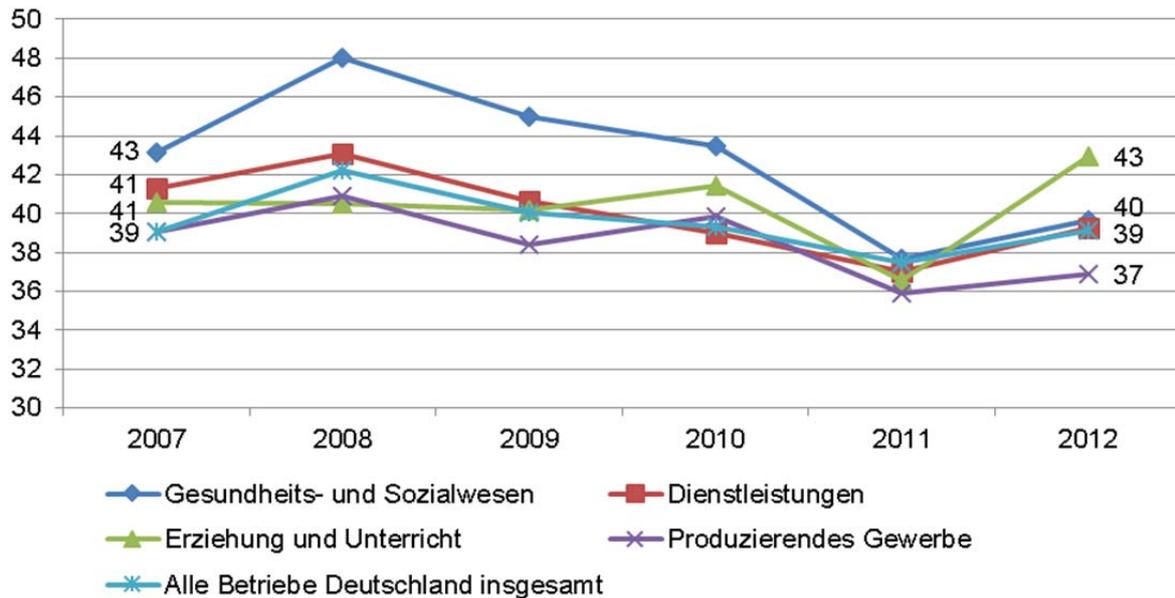
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Gemäß Darstellung C.15 sind in Westdeutschland im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich höhere Beträge als in Ostdeutschland investiert worden (was dort auch an den deutlich niedrigeren Beschäftigtenzahlen liegt). Alle deutschen Betriebe investierten 2012 6 Tsd. Euro je Beschäftigten, im Gesundheits- und Sozialwesen (egal ob in West- oder Ostdeutschland) waren es nur 3 Tsd. Euro je Beschäftigten.

Der Pflegeheim Rating Report 2013 zeigt dagegen einen hohen Investitionsbedarf in zusätzliche Pflegeplätze und mehr Personal vor allem im Bereich der Alten- und Pflegeheime. Um den Bedarf an Kindertagesbetreuung zu decken sind von der öffentlichen Hand weitere Anstrengungen notwendig, um dem gesetzlichen Anspruch auf Kinderbetreuung und der aufgetretenen Nachfrage gerecht zu werden.

C.3 Innovationsverhalten

Darstellung C.16: Innovatorenrate als Anteil Betriebe mit Produkt- und/oder Prozessinnovationen im jeweils letzten Geschäftsjahr nach Betriebsgruppen von 2007 bis 2012 (in Prozent)



Grundgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Innovationen finden politisch zunehmend Beachtung, da die Ansicht besteht, dass die wirtschaftliche Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit maßgeblich vom Innovationsverhalten der Unternehmen geprägt wird. Dies ist insofern von Bedeutung, da sich Deutschland im internationalen Wettbewerb mit anderen Volkswirtschaften zu messen hat, in denen viel im Forschungs- und Entwicklungsbereich investiert wurde und wird (vgl. European Commission 2009, S. 6). Innovationsimpulse können beim Aufbau und beim Etablieren von zukunftssträchtigen Branchen helfen und bestehende Wirtschaftsbereiche modernisieren sowie wettbewerbsfähiger machen.

Im IAB-Betriebspanel wird zwischen Produktinnovationen und Prozessinnovationen unterschieden:

Produktinnovationen: Neue oder merklich verbesserte Produkte bzw. Dienstleistungen und Sortimentserweiterungen, die ein Unternehmen auf den Markt gebracht hat.

Prozessinnovationen: Neue oder merklich verbesserte Fertigungs- und Verfahrenstechniken bzw. Verfahren zur Erbringung von Dienstleistungen, die im Unternehmen eingeführt wurden.

In der Darstellung C.16 ist erkennbar, dass die Innovatorenrate im Gesundheits- und Sozialwesen meist (aktuell aber nur geringfügig) über dem Wert aller Dienstleistungsbetriebe aber oft auch aller Betriebe Deutschlands liegt. 2012 lag der Wert hier bei 40 Prozent, bei allen Betrieben in Deutschland waren es 39 Prozent.

Darstellung C.16 verdeutlicht vergleichsweise hohe Innovatorenraten im Gesundheits- und Sozialwesen, die über dem Wert aller Betriebe und über dem Wert der Dienstleistungsbetriebe in Deutschland liegen. Dabei ist auch im Gesundheits- und Sozialwesen eine Konzentration der Innovationsanstrengungen auf die größeren Betriebe erkennbar und liegt in seinen Ursachen auf der Hand. Größere Betriebe haben eine entsprechende Kapitalausstattung, größere Ressourcen beim Humankapital und eine breite Produkt- und Leistungspalette. Ebenso haben Großbetriebe bezüglich der räumlichen Dimension der Absatzmöglichkeiten neuer Erzeugnisse Vorteile. Dies führt zu eindeutigen Ergebnissen in Darstellung C.17: Je größer der Betrieb ist, desto höher sind die Innovatorenraten. Die höhere Innovationsfähigkeit größerer Betriebe besteht vor allem bei Marktneuheiten; in den anderen Bereichen ist sie weniger ausgeprägt.

Darstellung C.17: Produktinnovationen 2012 nach Betriebsgruppen (in Prozent)

	Betriebe mit Produktinnovationen		Betriebe mit Weiterentwicklungen		Betriebe mit Sortimentserweiterungen		Betriebe mit Marktneuheiten	
	Anteil an Zahl der Betriebe	Anteil an Beschäftigten	Anteil an Zahl der Betriebe	Anteil an Beschäftigten	Anteil an Zahl der Betriebe	Anteil an Beschäftigten	Anteil an Zahl der Betriebe	Anteil an Beschäftigten
GuS West	39	53	33	49	19	26	4	9
GuS Ost	37	44	32	41	20	21	2	6
GuS Deutschland	39	52	32	47	19	25	4	8
GuS 1-19 Beschäftigte	36	41	30	35	19	21	3	3
GuS 20-99 Beschäftigte	48	45	44	42	14	12	6	5
GuS ab 100 Beschäftigte	53	61	48	56	26	34	8	13
Gesundheits- und Sozialwesen	39	52	32	47	19	25	4	8
Dienstleistungen	38	50	33	47	17	23	5	9
Erziehung und Unterricht	42	56	39	50	19	24	8	11
Produzierendes Gewerbe	35	67	30	63	17	34	6	20
Alle Betriebe Deutschland insg.	38	55	31	49	20	28	6	12

Grundgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland.

Quelle: Eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Vertiefte Einblicke zu Innovationswirkungen im Gesundheitswesen verschaffen Henke u. a. (2011) und beschreiben u. a. die Wirkung von Innovationen auf Patienten, Leistungserbringer, Ausgabenträger oder die Industrie. So verschaffen Innovationen

beispielsweise neue Behandlungsmöglichkeiten oder Wahlmöglichkeiten für den Patienten (vgl. Reimers 2009). Leistungserbringer können Behandlungsrisiken minimieren, den Ressourceneinsatz zur Leistungserbringung verringern oder den Umsatz erhöhen. Ausgabenträger können Behandlungskosten senken oder neue Marktsegmente erschließen. Bei Marktneuheiten erzielen Industriebetriebe der Pharma- und Gesundheitswirtschaft Umsatz- und Gewinnsteigerungen (temporäre Monopole, Patentschutz). Politische Akteure versprechen sich von Innovationen einen besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung und Wachstumsimpulse ohne zu starke Belastungen für das Sozialversicherungssystem zu generieren. D. h. den (Mehr-)Ausgaben medizinischer Innovationen stehen vielfältige Nutzen gegenüber. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind insbesondere die Einsparungen indirekter Krankheitskosten bedeutsam. Doch ist gleichermaßen der gesellschaftliche Nutzen beispielsweise einer verlängerten Lebens- und Erwerbszeit oder gesamtwirtschaftliche Wachstumseffekte den Ausgaben gegenüberzustellen (vgl. auch Henke, Reimers 2007).

Bräuninger u. a. haben 2007 eine volkswirtschaftliche Kostensimulation vorgenommen, um zu ermitteln, welche ökonomischen Wirkungen in Deutschland bis zum Jahr 2037 eine verbesserte Gesundheit entfalten kann. Dabei wurden in Simulationsrechnungen demografische Veränderungen, Entwicklungen von direkten Krankheitskosten und von indirekten Kosten krankheitsbedingten Arbeitsausfalls von Erwerbstätigen (vgl. hierzu auch Abschnitt D dieses Berichtes) berücksichtigt. Das Ergebnis zeigt, dass eine verbesserte Gesundheit der Bevölkerung als Folge medizinisch-technischer Innovationen oder besserer Arbeitsbedingungen bis 2037 im Vergleich zu einer gleichbleibenden Gesundheit mit kumulierten Kostenvorteilen von 910 Mrd. Euro verbunden ist. Die Einsparungen durch Innovationen im Gesundheitssektor lassen sich so auf 8 bis 12,5 Prozent der Gesundheitsausgaben kumulieren (vgl. Henke u. a. 2011, S. 61).

D. Einkommen und Arbeitsbedingungen

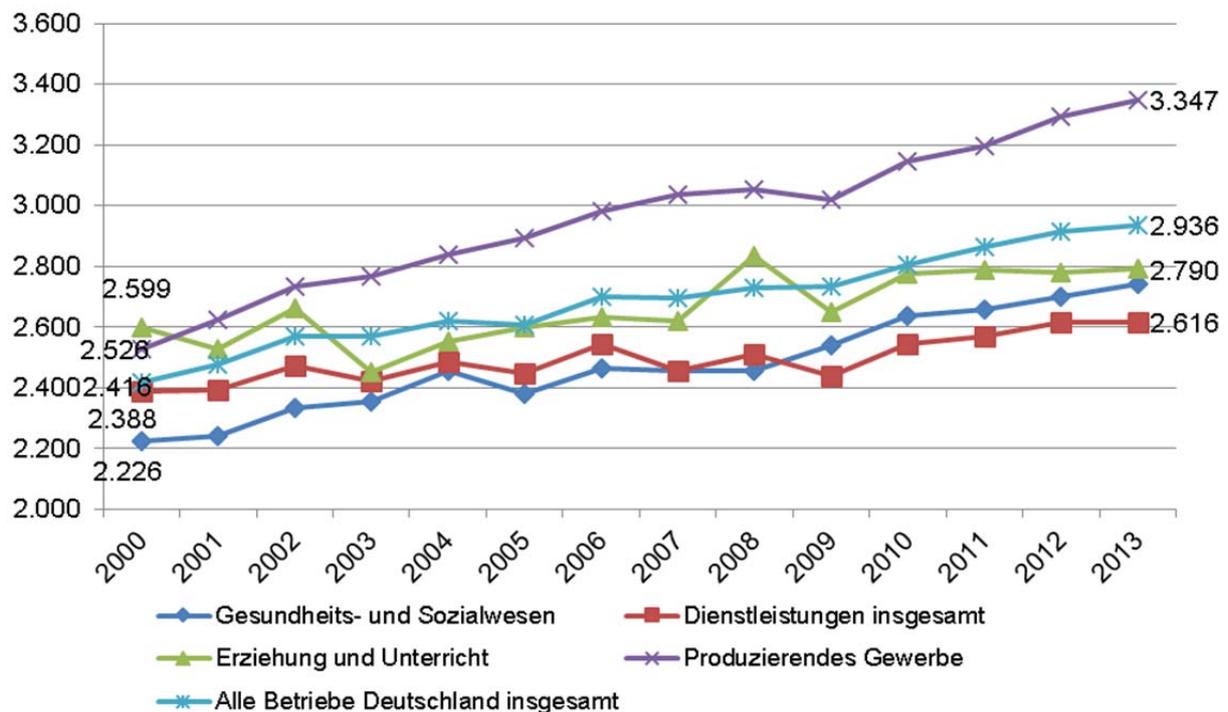
D.1 Einkommen

Es ist notwendig, sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Einkommensmöglichkeiten für Beschäftigte mit Blick auf die Fachkräftegewinnung und –sicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (Pflegekräfte, Erzieherinnen und Erzieher etc.) möglichst attraktiv zu gestalten (vgl. Abschnitt B.6). Wie bereits in Kapitel B dargestellt, weisen die Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens laut IAB-Betriebspanel 2013 einen leicht unterproportionalen Anteil von tätigen Inhaberinnen und Inhabern, Vorständen und Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern an allen in der Branche beschäftigten Erwerbstätigen auf (5 versus 6 % im Durchschnitt aller Branchen). Bezogen nur auf die abhängig Beschäftigten sind leicht unterdurchschnittliche Anteile von Beschäftigten für einfache Tätigkeiten (20 versus 23 %) und von Beschäftigten mit (Fach-) Hochschulabschluss (12 versus 14 %) festzustellen. Mehr als zwei Drittel der abhängig Beschäftigten arbeiten auf Arbeitsplätzen, für die normalerweise eine abgeschlossene Berufsausbildung oder vergleichbare Berufserfahrung erforderlich ist.

Die Branche weist laut dieser Quelle einen weit überdurchschnittlichen Anteil an Teilzeitbeschäftigten mit substanzieller Teilzeit (nicht bei Mini-Jobs) auf. Der Anteil anderer atypisch Beschäftigter ist überdurchschnittlich (v. a. der Befristungen). Der Frauenanteil an den Beschäftigten ist in allen Qualifikationsgruppen weit höher als im Durchschnitt aller Branchen (vgl. Abschnitte B.2 und B.3). Die durchschnittliche Beschäftigtenzahl pro Betrieb liegt leicht über derjenigen aller Branchen. Damit gibt es im Gesundheits- und Sozialwesen Strukturbedingungen, die auf den ersten Blick einerseits sowohl höhere (bessere) als auch solche, die andererseits unterdurchschnittliche (schlechtere) Einkommen (bzw. überhaupt Arbeitsbedingungen) erwarten lassen. Daher gilt über die Pflegeberufe hinaus was Bogai u. a. (2015, S. 1) für diese feststellen: „Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Verdienste in den Pflegeberufen im Niveau zwischen Ost und West, den Qualifikationsstufen sowie zwischen den Bundesländern stark variieren“.

Ergebnisse im Branchenvergleich

Darstellung D.1: Monatliche Bruttolöhne und -gehälter je Vollzeitäquivalent* im Branchenvergleich 2000 bis 2013 (in Euro)



*Basis: Abhängig Beschäftigte.

Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach IAB-Betriebspanel.

Die Bruttolöhne und -gehälter je Vollzeitäquivalent liegen laut IAB-Betriebspanel im Jahr 2013 im Gesundheits- und Sozialwesen mit 2.744 Euro deutlich unterhalb der 2.936 Euro im Durchschnitt aller Branchen.

Mit einem nominalen Anstieg von 23,3 Prozentpunkten seit 2000 ist die Entwicklung aber etwas besser verlaufen als im Durchschnitt aller Branchen (+21,5 %). Im Vergleich zum gesamten Dienstleistungssektor fallen die Bruttolöhne und -gehälter im Gesundheits- und Sozialwesen seit dem Krisenjahr 2009 leicht höher aus. Bei Berücksichtigung der Preisniveausteigerungen seit 2000 bedeutet der Zuwachs von 23,3 Prozentpunkten jedoch, dass die Kaufkraft real nur erhalten wurde.

Mit 2.808 Euro liegt der Wert für westdeutsche Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens über den 2.498 Euro in Ostdeutschland. Auffällig ist, dass in Großbetrieben der Branche (mit ab 100 Beschäftigten) deutlich besser bezahlt wird als in Kleinbetrieben mit unter 20 Beschäftigten (3.137 versus 2.181 Euro). In Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens in öffentlichem Eigentum ist der durchschnittliche Bruttolohn je Vollzeitäquivalent mit 3.285 Euro am höchsten (Privateigentum 2.556 Euro, sonstiges Eigentum 2.923 Euro). Bei Bindung an einen Tarifvertrag beträgt der Wert 2013 3.020 Euro. Ist nur eine Orientierung an einen Tarifvertrag gegeben, so liegt der Durchschnitt bei 2.429 Euro. Trifft beides nicht zu, so sind es nur 2.172 Euro. Betriebe mit einem Personal-/Betriebsrat berichten einen Wert von 3.072 Euro, solche mit einer anderen Art der Personalvertretung 2.814 Euro und solche ohne jegliche Personalvertretung nur 2.209 Euro.

Wie der Darstellung D.1 zu entnehmen ist, liegen laut IAB-Betriebspanel die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Vollzeitäquivalent im Gesundheits- und Sozialwesen seit dem Jahr 2000 anhaltend unter dem Niveau in der Gesamtwirtschaft.

Eine andere wichtige Datenquelle, die branchenbezogene Informationen zu den Bruttolöhnen und -gehältern liefert, ist die Entgelt- bzw. Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Diese Statistik weist keine Durchschnittseinkommen – arithmetische Mittel – aus, sondern den Median und Verteilungen nach Einkommensgruppen (Grund: Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung werden nur in einer nach oben offenen Kategorie erfasst).

Darstellung D.2 zeigt, dass auch nach dieser Quelle die Medianeinkommen²⁵ in diesem Wirtschaftsabschnitt bei den sv-Vollzeitbeschäftigten geringer sind als im Durchschnitt aller Branchen.

Darstellung D.2: Medianwerte und Verteilung auf Einkommensklassen der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte von Vollzeitbeschäftigten zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent)

	Median (in Euro)	bis 1.000	über 1.000- 2.000	über 2.000- 3.000	über 3.000- 4.000	über 4.000
Alle Branchen insgesamt	2.960	2,2	18,9	30,1	22,7	26,1
Gesundheits- und Sozialwesen	2.755	2,8	22,1	34,2	24,0	17,2
- Gesundheitswesen	2.831	2,4	21,8	31,6	23,8	20,4
- Heime (ohne Erholungs-/Ferienh.)	2.677	2,4	20,8	40,3	26,1	10,4
- Sozialwesen (ohne Heime)	2.578	3,4	24,7	38,1	22,1	11,7
Erziehung und Unterricht	3.331	2,2	7,7	29,5	30,2	30,4

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit (2014).

Im Sozialwesen (ohne Heime) liegt der Median am niedrigsten von allen hier betrachteten Wirtschaftsgruppen (2.578 Euro), gefolgt von den Heimen (2.677 Euro). Dagegen ist der Median im Gesundheitswesen und vor allem im Bereich Erziehung und Unterricht deutlich höher (immer bezogen auf Vollzeitbeschäftigte). Bei letztgenannter Wirtschaftsabteilung ist die andere Struktur durch die abweichende Definition zwar mit beeinflusst (inklusive Schulen). In der Verteilung nach Bruttoentgeltklassen

²⁵ Der Median teilt die betrachtete Gesamtheit exakt in der Mitte: 50 Prozent haben ein geringeres und 50 Prozent haben ein höheres Einkommen.

wird aber dennoch deutlich, dass Vollzeitbeschäftigte mit Bruttomonatseinkommen unter 2.000 Euro weitaus seltener sind.

Ausbildungsvergütungen

Vollzeitbeschäftigte Auszubildende erzielen im Erziehungswesen besonders niedrige Ausbildungsvergütungen. Die Darstellung D.3 zeigt die Medianwerte der monatlichen Bruttoausbildungsvergütungen sowie die Verteilung nach Einkommensklassen im Jahr 2013 für alle Branchen sowie für die Wirtschaftsabschnitte Erziehung und Unterricht bzw. Gesundheits- und Sozialwesen.

Darstellung D.3: Medianwerte und Verteilung auf Einkommensklassen der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte vollzeitbeschäftigter Auszubildender zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent)

	Median (in Euro)	Einkommensgruppe							
		bis 400	über 400- 500	über 500- 600	über 600- 700	über 700- 800	über 800- 900	über 900- 1.000	über 1.000
Alle Branchen insgesamt	758	6,4	7,4	12,7	15,8	13,3	13,5	13,2	17,7
Gesundheits- u. Sozialwesen	838	4,7	2,7	7,5	16,9	14,2	10,5	15,4	28,0
Erziehung und Unterricht	397	51,5	3,1	4,0	2,4	4,6	14,8	10,7	8,9

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit (2014).

Der Median der Bruttoausbildungsvergütungen im Wirtschaftsabschnitt Erziehung und Unterricht liegt mit 397 Euro nur etwas mehr als halb so hoch wie im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt (758 Euro). Auch darin kommt die Geringschätzung der Arbeit von Erzieherinnen bzw. entsprechenden Hilfskräften zum Ausdruck.

Ergebnisse nach Berufen/ausgeübter Tätigkeit

Für sv-Vollzeitbeschäftigte ist mit der Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit nur eine grob zusammenfassende Differenzierung nach Tätigkeiten zu entnehmen. Allerdings kann mit dieser Datenquelle eine zusätzliche Differenzierung nach dem Berufsabschluss vorgenommen werden (vgl. Darstellung D.4).

Darstellung D.4: Medianwerte und Verteilung der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte Vollzeitbeschäftigter nach Berufsabschluss zum 31.12.2013 (in Euro und in Prozent)

	Median (in Euro)	Einkommensgruppe				
		bis 1.000	über 1.000- 2.000	über 2.000- 3.000	über 3.000- 4.000	über 4.000
ohne beruflichen Abschluss						
- insgesamt	2.451	5,4	28,7	35,9	20,4	9,5
- Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung	1.773	19,3	37,6	30,5	9,1	3,5
mit anerkanntem Berufsabschluss						
- insgesamt	2.920	1,4	17,8	33,7	25,7	21,4
- Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung	2.663	2,5	23,9	37,7	27,0	8,8
mit akademischem Abschluss						
- insgesamt	4.836	0,8	3,5	10,1	18,7	66,9
- Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung	4.450	0,7	4,2	12,1	21,5	61,5

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit (2014).

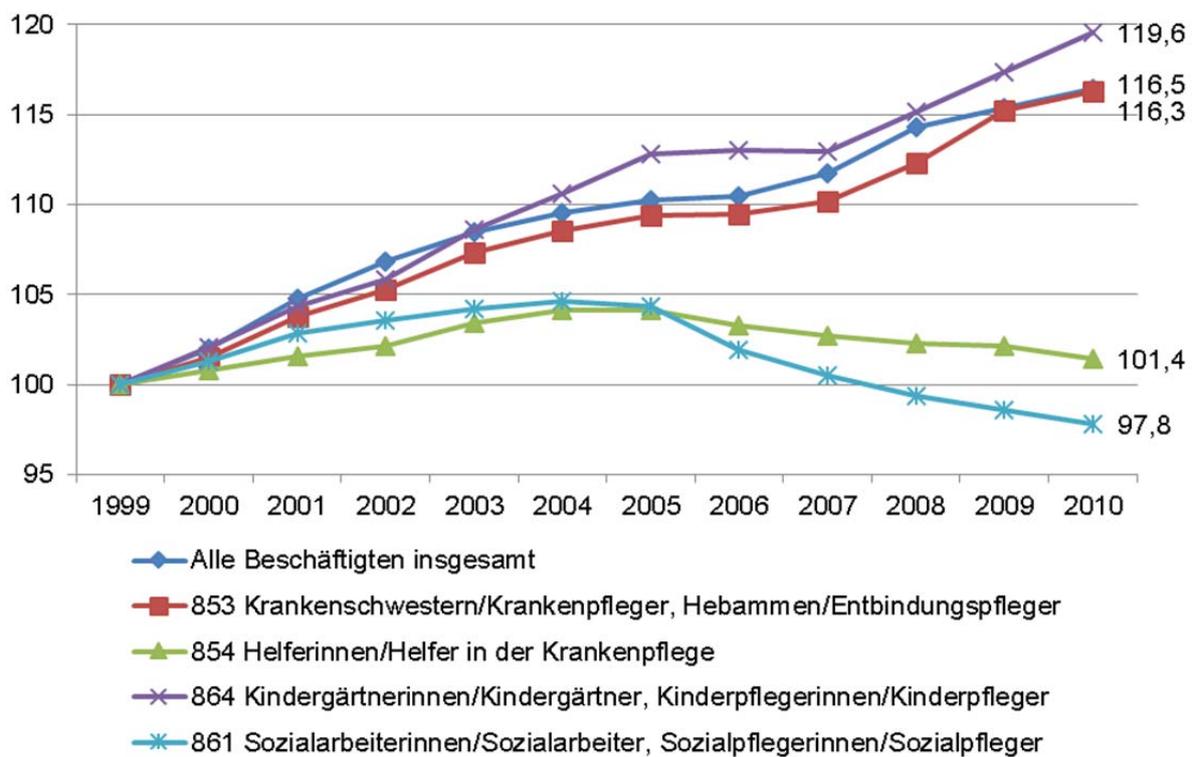
Die Entlohnung von Tätigkeiten in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung ist – in Vollzeitbeschäftigung – nicht nur, wie oben gezeigt, geringer als im Durchschnitt aller Branchen, die Spreizung der Einkommen zwischen den Qualifikationsgruppen ist auch größer. Während der Median der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte Vollzeitbeschäftigter im Schnitt aller Branchen für Personen mit akademischem Abschluss knapp doppelt so hoch ist wie bei sv-Beschäftigten ohne Berufsabschluss, beträgt die Erhebung bei Tätigkeiten im Bereich Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung die Relation bezogen auf den Median gut das Zweieinhalbfache. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten ohne Berufsabschluss (56,9 %) in diesen Berufsfeldern versus gut ein Drittel aller Beschäftigten (34,1 %) beziehen ein monatliches Bruttoeinkommen unter 2.000 Euro. Bei akademisch Ausgebildeten in den hier interessierenden Tätigkeiten sind die Unterschiede zum Durchschnitt aller Beschäftigten nicht so eklatant, aber immer noch zu beobachten.

Im Ergebnis liegen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, Tab. 15.2) in Tätigkeiten der Bereiche Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung im Jahr 2013 immerhin 23,9 Prozent der Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) in Deutschland unterhalb der am Bundesmedian gemessenen Niedriglohnschwelle (Zwei Drittel). Über alle Berufe hinweg betrachtet sind es 20,4 Prozent. In Westdeutschland lauten die Werte 22,1 bzw. 16,4 Prozent und in Ostdeutschland 30,2 bzw. 37,8 Prozent.

Nach Geschlecht betrachtet (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, Tab. 5.2) ist auch innerhalb der Tätigkeiten der Bereiche Gesundheit, Soziales, Lehre, Erziehung im Jahr 2013 ein geschlechterspezifischer Lohnabstand (Gender Pay Gap) zu erkennen: Während der Median des Bruttoarbeitsentgelts hier für Männer hier bei 3.565 Euro liegt, erhalten zugleich Frauen im Tätigkeitsbereich 2.629 Euro. Werden nun zum Beispiel geschlechterspezifische Unterschiede in Pflegeberufen genauer untersucht, zeigt sich, dass der Gender Pay Gap „bei den Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern auf Fachkräfte- und Helferniveau relativ hoch, während er bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern geringer ausfällt.“ (vgl. Bogai 2015, S. 19f.). Diese Entgeltunterschiede lassen sich zumindest in der Pflege durch die ungleiche Verteilung auf die Leistungsgruppen erklären (Besetzung der Hierarchieebenen oder geringere Dauer der Berufserfahrung durch die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit in der Familienphase bei Frauen). Weitere erklärende Faktoren seien laut Bellmann u.a. 2013 die größere Konzentration von Frauen in kleineren Betrieben oder in Betrieben ohne Tarifbindung.

Eine andere wichtige Datenquelle für nach Berufen/Berufsordnungen (sowie nach Geschlecht) differenzierende Einkommensangaben stellt die Datei „Berufe im Spiegel der Statistik“ des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit dar. Zwar fehlen in dieser Datenquelle die Angaben für die aktuellsten Jahre. Für die Jahre zwischen 1999 und 2010 lässt sich die Entwicklung aber differenzierter darstellen (vgl. Darstellung D.5).

Darstellung D.5: Entwicklung des Medians der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sv-Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen in Deutschland 1999 bis 2010 (Indexwerte 1999=100)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach IAB Berufe im Spiegel der Statistik.

Der Median der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte aller sv-Vollzeitbeschäftigten ist in Deutschland zwischen 1999 und 2010 um 16 Prozentpunkte auf 2.702 Euro gestiegen. D. h.: Die Hälfte dieser Vollzeitbeschäftigten hat 2010 weniger als diesen Betrag brutto verdient.²⁶ Wie Darstellung D.5 zeigt, ist von den hier betrachteten Berufsgruppen nur bei Erzieherinnen und Erziehern sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpflegern ein etwas stärkerer Anstieg (+20 %) des Medianwerts zu verzeichnen. Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen und Entbindungspfleger verzeichneten ebenfalls einen Anstieg um 16 Prozentpunkte. Bei den Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege stagnierte der Median (+1 %). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger (dazu wurden in der alten Berufsklassifikation vor allem die Altenpflegerinnen und Altenpfleger gezählt) mussten ein leichtes Absinken des Medians um 2 Prozentpunkte hinnehmen (v. a. seit 2005) – es gab also mehr gering Entlohnte.

Dabei liegt nur der Median der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte von Krankenschwestern und Krankenpflegern bzw. Hebammen und Entbindungspflegern mit 2.891 Euro 2010 leicht über dem Median aller Beschäftigten. Mit 2.630 Euro ist der Median laut dieser Quelle bei Erzieherinnen und Erziehern sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpflegern leicht geringer; bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Sozialpflegerinnen und Sozialpflegern (Altenpflege!) sowie Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege liegt der Median erheblich niedriger (2.214 bzw. 2.151 Euro).

²⁶ Unter Einrechnung des inflationsbedingten Kaufkraftverlusts bedeutet die Steigerung um 16 Prozent ein leichtes reales Minus in der Kaufkraft innerhalb des Betrachtungszeitraums.

Kapital- und Gewinn-/Erfolgsbeteiligungen

Kapitalbeteiligungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spielen in deutschen Betrieben nur eine marginale Rolle, Gewinn-/Erfolgsbeteiligungen sind dagegen 2013 in 8 Prozent aller Betriebe etwas weiter verbreitet (meist wohl als variable Gehaltsbestandteile).

Wie der Darstellung D.6 ebenfalls zu entnehmen ist, gibt es laut IAB-Betriebspanel für 3 Prozent aller Beschäftigten 2013 eine Kapitalbeteiligung, praktisch jedoch weder für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen noch im Bereich Erziehung und Unterricht. In beiden Branchen ist auch der Anteil an Beschäftigten weit unterdurchschnittlich, die eine Gewinn- oder Erfolgsbeteiligung erhalten.

Darstellung D.6: Verbreitung von Kapital- bzw. Gewinn-/Erfolgsbeteiligungen 2013 (in Prozent)

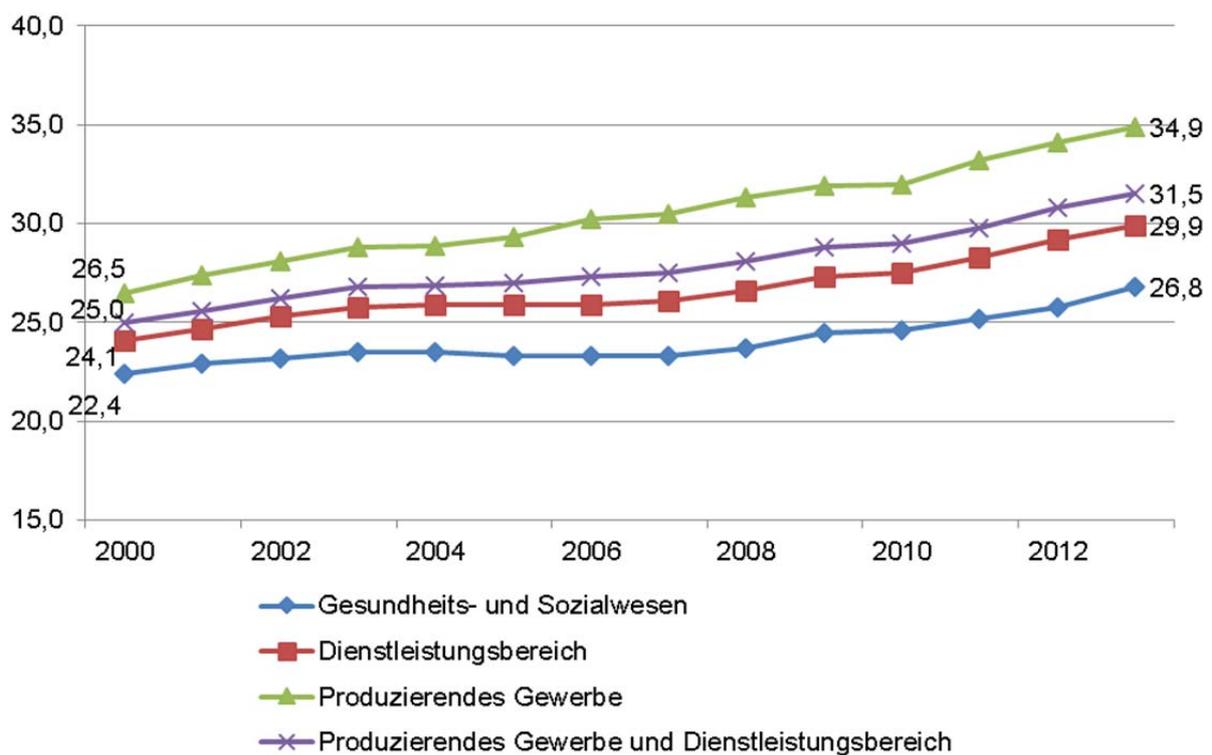
	Betriebe mit Kapital- oder Gewinnbeteiligungen (Anteil an Zahl der Betriebe)		Beschäftigte mit Kapital- oder Gewinnbeteiligungen (Anteil an Zahl aller Beschäftigten)	
	Kapitalbeteiligungen am Unternehmen	Gewinn- bzw. Erfolgsbeteiligung	Kapitalbeteiligungen am Unternehmen	Gewinn- bzw. Erfolgsbeteiligung
Gesundheits- und Sozialwesen	1	6	0	5
Dienstleistungen	1	8	1	7
Erziehung und Unterricht	0	4	0	2
Produzierendes Gewerbe	1	7	6	27
Alle Betriebe	1	8	3	14

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Arbeitskosten

Ein wichtiges Pendant zur Betrachtung der Arbeitsentgelte sind die Arbeitskosten. Diese sind nach Angaben der amtlichen Statistik im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen 1996 und 2013 nominal (d. h. ohne Berücksichtigung der eingetretenen Preisniveausteigerungen) je Arbeitsstunde von 21,0 auf 26,8 Euro gestiegen – schwächer als im gesamten Dienstleistungsbereich und vor allem schwächer als im Produzierenden Gewerbe (vgl. Darstellung D.7).

Darstellung D.7: Arbeitskosten je geleistete Arbeitsstunden 2000 bis 2013 (in Euro)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2014f.

In sozial-/gesundheitspolitischen Debatten wie in tarifpolitischen Auseinandersetzungen spielen die Arbeitskosten eine wichtige Rolle. Die Darstellung zeigt die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Entwicklung der Arbeitskosten je geleistete Arbeitsstunde seit 1996. Im Gesundheits- und Sozialwesen haben sich danach die Arbeitskosten auf niedrigerem Niveau und verhaltener erhöht als im gesamten Dienstleistungsbereich. Noch deutlicher gilt das im Vergleich zum Produzierenden Gewerbe bzw. (als Näherung für den gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt) zur zusammengefassten Berechnung von Produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich. Die Werte in der Darstellung entsprechen einem Anstieg der Arbeitskosten im Betrachtungszeitraum im Gesundheits- und Sozialwesen von 27,6 Prozentpunkten. Im gesamten Dienstleistungsbereich beträgt die Steigerung 34,7 Prozentpunkte und im Produzierenden Gewerbe 45,4 Prozentpunkte. Jahre mit überproportionaler Steigerung der Arbeitskosten im Gesundheits- und Sozialwesen waren 2009 und 2013.

D.2 Arbeitszeit

Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten in Deutschland bis zum Jahr 2013 von 38,5 auf 39,0 Stunden wieder angestiegen. Das gilt mit 38,5 versus 39,1 Stunden in etwa gleichem Maß auch für das Gesundheits- und Sozialwesen. Für den Bereich Erziehung und Unterricht ist ein stärkerer Anstieg von 38,5 auf 39,4 Stunden zu verzeichnen (vgl. Darstellung D.8).

Darstellung D.8: Durchschnittliche vereinbarte Wochenarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten 2000 bis 2013 (in Stunden)

	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesundheits- und Sozialwesen	38,5	38,5	38,6	38,6	38,6	38,9	38,9	38,9	39,0	38,9	39,1	39,1
Dienstleistungen	39,0	39,0	38,9	39,0	39,0	39,1	39,1	39,1	39,0	39,0	39,1	39,2
Erziehung und Unterricht	38,5	38,9	38,6	38,7	38,6	38,8	39,0	39,2	38,7	39,0	39,4	39,4
Produzierendes Gewerbe	37,8	37,8	37,6	37,6	37,8	38,1	38,2	38,2	38,2	38,3	38,3	38,2
Alle Betriebe Deutschland insg.	38,5	38,6	38,5	38,5	38,6	38,9	38,9	38,9	38,9	39,0	38,9	39,0

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Überstunden

Wie oben bereits gezeigt (vgl. Abschnitt B.4) arbeiten in Deutschland sehr viele Betriebe an ihren personellen Kapazitätsgrenzen. Eine Folge davon ist ein gesamtwirtschaftlicher Anteil von 53 Prozent der Betriebe und Dienststellen zu verzeichnen, die von Überstunden im abgeschlossenen Geschäftsjahr 2012 berichten (vgl. Darstellung D.9). Im Gesundheits- und Sozialwesen ist dieser Anteil der Betriebe mit Überstunden, ebenso wie im Produzierenden Gewerbe, mit je 61 Prozent noch erheblich höher. Dabei ist der im Gesundheits- und Sozialwesen besonders starke Anstieg seit dem Jahr 2000 zu beachten.

Darstellung D.9: Anteil der Betriebe mit Überstunden im 1. Halbjahr 2000 bis 2012 (in Prozent)

	2000	2001	2002	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesundheits- und Sozialwesen	44	48	45	38	44	52	50	51	51	52	61
Dienstleistungen	41	43	41	44	40	46	45	43	45	44	51
Erziehung und Unterricht	46	49	39	45	41	53	54	56	49	54	59
Produzierendes Gewerbe	56	59	53	56	52	60	55	51	58	60	61
Alle Betriebe Deutschland insg.	45	48	44	47	44	49	47	45	49	49	53

Quelle: Eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Umgerechnet auf die Beschäftigten sind es im Gesundheits- und Sozialwesen sogar 82 Prozent der Beschäftigten, die in Betrieben arbeiten, in denen im Jahr 2012 Überstunden geleistet wurden (vgl. Darstellung D.10). Das ist mehr als im Durchschnitt aller Betriebe und Dienststellen. Mit 44 Prozent liegt auch der Anteil der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen über dem Durchschnitt, in denen es Regelungen zu Arbeitszeitkonten gibt, wobei diese Möglichkeit der Arbeitszeitsteuerung/flexibilisierung im Gesundheits- und Sozialwesen in den entsprechenden Betrieben selektiver verbreitet ist. Nur 53 Prozent der Beschäftigten in der Branche haben Arbeitszeitkonten, gesamtwirtschaftlich sind es 58 Prozent.

Darstellung D.10: Verbreitung von Überstunden und Arbeitszeitkonten 2013 (in Prozent)

	Betriebe mit Überstunden	Beschäftigte in Betrieben mit Überstunden	Betriebe mit Regelungen zu Arbeitszeitkonten	Beschäftigte mit vorhandenen Arbeitszeitkonten
	Anteil an Betrieben	Anteil an Beschäftigten	Anteil an allen Betrieben	Anteil an Beschäftigten
Gesundheits- und Sozialwesen	61	82	44	53
Dienstleistungen	51	74	36	50
Erziehung und Unterricht	59	73	42	47
Produzierendes Gewerbe	61	87	44	69
Alle Betriebe Deutschland insg.	53	78	38	58

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Arbeitszeitlage

Im Gesundheits- und Sozialwesen gibt es wegen der notwendigen Sicherstellung der sozialen Betreuung und insbesondere der medizinischen Versorgung spezifische

Anforderungen hinsichtlich der Arbeitszeitlage – z. B. bezogen auf Arbeit am Wochenende oder die Nachtarbeit. Jedoch sind nicht alle Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen gleichermaßen davon betroffen.

Diese Besonderheiten der Arbeitszeitlage von Gesundheits- und Sozialberufen veranschaulicht Darstellung D.11 im Vergleich zum Durchschnitt aller Befragten, zu den Dienstleistungsbranchen insgesamt sowie zum Produzierenden Gewerbe. Hohe Werte, die hohe Belastungen zum Ausdruck bringen, sind in der Tabelle rot; niedrige Werte grün markiert. Dadurch wird deutlich, dass Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (einschließlich der Rettungsdienste und der Geburtshilfe) in allen Aspekten der Arbeitszeitlage sehr viel stärker als der Durchschnitt und auch sehr viel stärker als andere Gesundheits- und Sozialberufe belastet sind.

So haben 75 Prozent sehr häufig oder oft Arbeit am Wochenende zu leisten; 69 Prozent müssen sehr häufig oder oft abends arbeiten, 68 Prozent arbeiten ständig oder zumindest regelmäßig im Schichtdienst und 44 Prozent haben sehr häufig oder oft Nachtdienst. Ähnlich hoch – beim Schichtdienst und der Wochenendarbeit aber höher, bei der Nachtarbeit hingegen viel geringer – sind die Anteile auch in der Altenpflege. Auf niedrigerem Niveau sind auch in der Humanmedizin bei all diesen Aspekten Anteile zu beobachten, die deutlich über den Durchschnittswerten für alle Branchen und Berufe, den Dienstleistungsbranchen und dem Produzierenden Gewerbe liegen. Bei Berufen der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik sind überdurchschnittliche Anteile von Schichtdienst sowie Abend- und Wochenendarbeit zu beobachten, jedoch leicht unterdurchschnittliche Werte bei der Nachtarbeit.

Positivere Werte hinsichtlich der Arbeitszeitlage als im Durchschnitt sind hingegen bei Arzt- und Praxishilfen, Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung sowie in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik vorzufinden. Die einzige Ausnahme davon ist der durchschnittliche Anteil der Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung beim Schichtdienst. Aus der arbeitswissenschaftlichen Forschung ist bekannt, dass insbesondere Schichtarbeit und Nachtarbeit nicht nur körperlich belastend sind, sondern häufig auch psychovegetative Beschwerden nach sich ziehen.

Darstellung D.11: Arbeitszeitlege in Gesundheits- und Sozialberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten, den Dienstleistungsbranchen und dem Produzierenden Gewerbe (in Prozent)

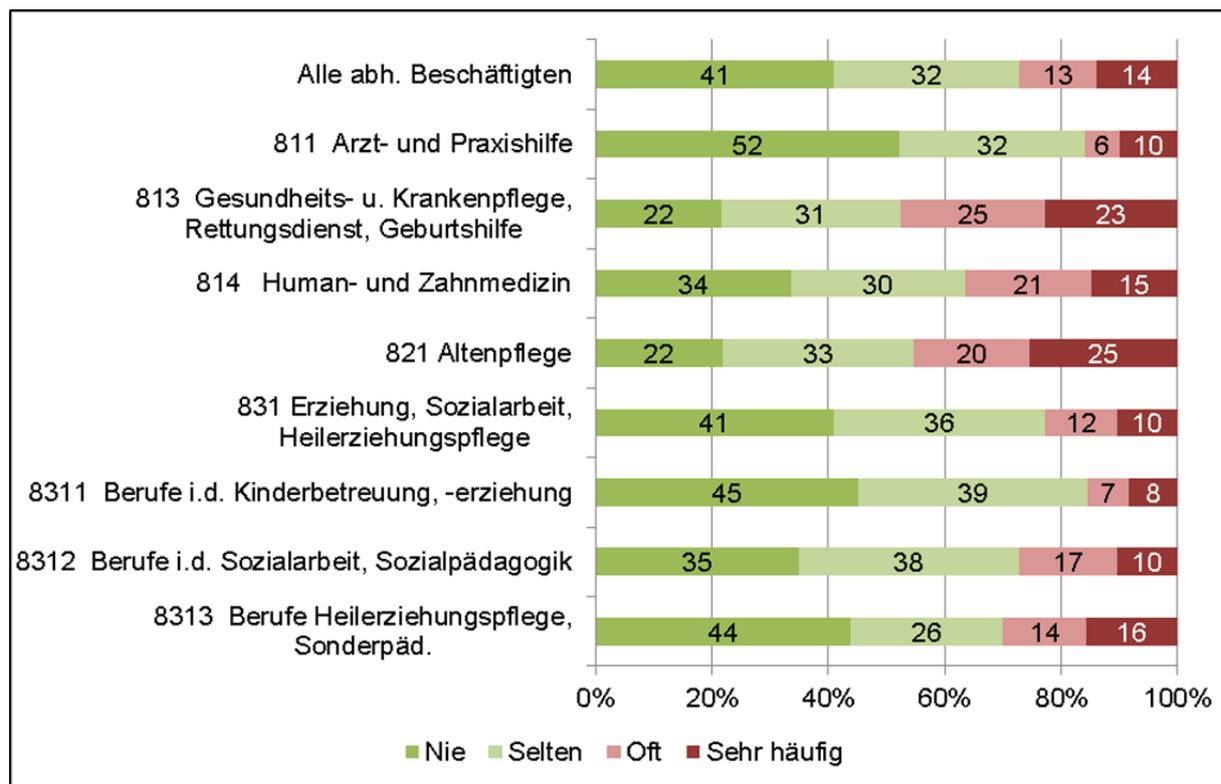
	Schichtdienst (ständig oder regelmäßig)	Abendarbeit (sehr häufig oder oft)	Nachtarbeit (sehr häufig oder oft)	Wochenendarbeit (sehr häufig oder oft)
Alle Branchen und Berufe insgesamt	19,4	34,8	10,8	30,4
Dienstleistungsbranchen	19,2	37,8	9,9	34,4
Produzierendes Gewerbe	19,8	28,0	12,7	20,9
8 Gesundheit, Soziales, Lehre u. Erziehung	24,1	50,8	13,3	50,6
811 Arzt- und Praxishilfe	15,0	29,5	2,6	8,9
813 Gesundh., Krankenpfl., Rettungsd., Geburtsh.	67,6	68,9	44,4	75,2
814 Human- und Zahnmedizin	22,9	51,7	31,8	51,9
821 Altenpflege	71,1	62,8	15,8	87,6
831 Erziehung, Sozialarb., Heilerziehungspfl.	19,9	27,1	4,7	20,1
8311 Berufe i. d. Kinderbetreuung, -erziehung	19,9	18,7	4,6	13,1
8312 Berufe i. d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	12,7	30,4	5,0	18,8
8313 Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpäd.	41,7	49,1	7,3	45,3

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Ein Aspekt, der eng mit den Anforderungen durch die Arbeitszeitlege im Gesundheits- und Sozialwesen zusammenhängt, ist auch die verlangte Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit (vgl. Darstellung D.12). Sehr häufig kommt dies insbesondere in der Kinderbetreuung vor, aber auch in der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege. In der Human- und Zahnmedizin ist diese Anforderung – zumindest was den Anteil der sehr häufig Betroffenen angeht – nur durchschnittlich ausgeprägt. Dennoch liegt dort der Anteil der Beschäftigten, bei denen dies oft vorkommt, mit 21 deutlich über dem Durchschnitt von 13 Prozent. Eindeutig unterdurchschnittlich oft wird Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit von Arzt- und Praxishilfen verlangt.

Ein bedeutsamer Schritt zur Stärkung der Work-Life-Balance ist daher in vielen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens die bessere Planbarkeit und Verbindlichkeit von Arbeitszeiten. Es führt an dieser Stelle zu weit, einen idealen Schichtplan zu empfehlen, durch den die soziale und gesundheitliche Belastung minimiert wird. Denn sowohl die betrieblichen als auch die sozialen Umstände sind unterschiedlich und wechseln. Es gibt aber einen Kanon von Leitlinien und gesetzlich zwingenden Empfehlungen (ArbZG § 6 Abs. 1) zur Sicherstellung einer menschengerechten Gestaltung der Arbeitszeit. Dies betrifft u. a. Schichtwechsel und -folgen, die Abschaffung „geteilter Dienste“ sowie die verlässliche Planung der Arbeitszeiten.

Darstellung D.12: Verlangte Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

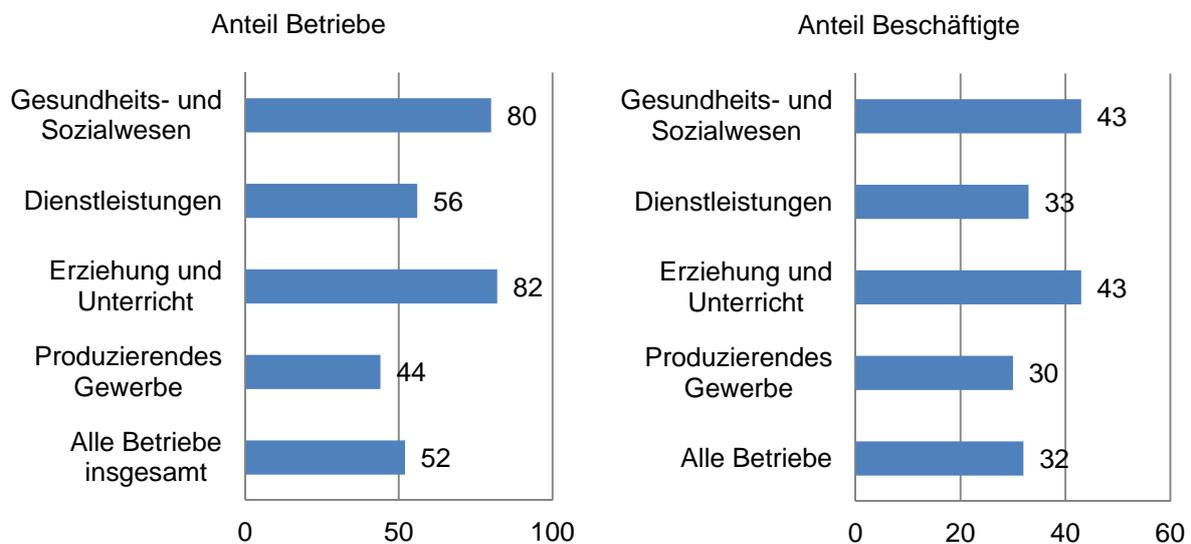
D.3 Betriebliche Weiterbildung

Wenn auch erst in den letzten Jahren, aber immerhin, hat die betriebliche Weiterbildungsförderung in Deutschland eine größere Verbreitung erfahren. So ist, bezogen auf den Durchschnitt aller Branchen und jeweils das erste Halbjahr des Befragungsjahres, der Anteil der Betriebe mit Weiterbildungsförderung laut IAB-Betriebspanel seit 2000 von 37 auf 52 Prozent gestiegen und der Anteil der in die Weiterbildungsförderung einbezogenen Beschäftigten von 18 auf 32 Prozent. Der Bereich Erziehung und Unterricht und auch das Gesundheits- und Sozialwesen zeichnen sich hierbei durch jeweils deutlich überdurchschnittliche Anteile aus (vgl. Darstellung D.13).

Das entscheidende Problem der betrieblichen Weiterbildungsförderung liegt in ihrer hohen Selektivität – nicht nur nach Betriebsmerkmalen wie Beschäftigtenzahl oder Branche, sondern auch nach Beschäftigtenmerkmalen. In der betrieblichen Weiterbildungsförderung lässt sich zwar laut IAB-Betriebspanel und anderen Datenquellen keine Benachteiligung von Frauen mehr nachweisen wie früher, Ältere werden aber deutlich unterdurchschnittlich häufig gefördert. Vor allem gilt jedoch das Matthäus-

Prinzip („Wer hat, dem wird gegeben werden“): So zeigt Darstellung D.14, dass im Durchschnitt aller Branchen im 1. Halbjahr 2013 nur 16 Prozent der Beschäftigten für einfache Tätigkeiten in die betriebliche Weiterbildungsförderung einbezogen wurden, dagegen aber 39 Prozent der Beschäftigten mit abgeschlossener Berufsausbildung und 45 Prozent derjenigen mit (Fach-)Hochschulabschluss. Auch im Gesundheits- und Sozialwesen hat das Matthäus-Prinzip empirische Evidenz, es ist hier jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt. Im Bereich Erziehung und Unterricht ist einerseits ein besonders niedriger Anteil bei den Beschäftigten für einfache Tätigkeiten zu beobachten (10 %), andererseits ergibt sich bei den Beschäftigten mit Berufsausbildung mit 59 Prozent sogar ein höherer Anteil als bei den Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen (Bei den Beschäftigten mit Berufsausbildung machen Erzieherinnen und Erzieher einen bedeutenden Anteil aus).

Darstellung D.13: Anteile der Betriebe/Dienststellen mit Förderung der Weiterbildung und Anteile der geförderten Beschäftigten 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Mit 80 Prozent berichten im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich mehr Betriebe (Erziehung und Unterricht: sogar 82 %), dass bei Ihnen zumindest ein(e) Beschäftigte(r) im ersten Halbjahr irgendeine Weiterbildungsförderung erhalten hat. Das ist deutlich mehr als im Durchschnitt aller Betriebe. Doch nicht alle Beschäftigten werden gefördert! Dennoch liegt auch der Anteil der in die Weiterbildungsförderung einbezogenen Beschäftigten in beiden Branchen mit je 43 Prozent erheblich über dem Durchschnitt.

Bei näherer Betrachtung gilt auch im Gesundheits- und Sozialwesen, dass größere Betriebe in der Weiterbildungsförderung aktiver sind als kleine (ab 100 Beschäftigte: 100 %). Betriebe der Branche in öffentlichem Eigentum sind aktiver als in anderen Eigentumsformen (86 %); ebenso solche mit Tarifbindung (87 %) bzw. solche mit gesetzlicher Personalvertretung (97 %).

Angesichts dieser Befunde spricht vieles für die Hypothese, dass berufsgruppenspezifische/gesetzliche Vorschriften zur Weiterbildung, die in diesen Bereichen häufiger bestehen als in anderen Branchen, wohl der wirksamste Weg sind, um das Matthäus-Prinzip in der Weiterbildungsförderung wenigstens ein Stück weit einzuebnetten, auch wenn der Anteil der erreichten Beschäftigten zugleich noch zu gering scheint.

Darstellung D.14: Anteil der Weiterbildungsteilnehmer* an den Beschäftigten im ersten Halbjahr 2013 nach Qualifikationsgruppe (in Prozent)

	Beschäftigte für einfache Tätigkeiten	Beschäftigte mit Berufsausbildung	Beschäftigte mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss
Gesundheits- und Sozialwesen	34	50	58
Dienstleistungen	16	44	50
Erziehung und Unterricht	10	59	44
Produzierendes Gewerbe	18	34	47
Alle Betriebe insgesamt	16	39	45

Quelle: Eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Allerdings deuten die Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel zudem an, dass gerade im Gesundheits- und Sozialwesen, verglichen mit dem Durchschnitt aller Branchen, trotz stärkerer Verbreitung der betrieblichen Weiterbildungsförderung eine ausgeprägtere Tendenz zur Verantwortungsverlagerung für die Weiterbildung auf die Beschäftigten besteht (vgl. Darstellung D.15). So ist der Anteil der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen unterdurchschnittlich, die angeben, dass die Weiterbildungsmaßnahmen ausschließlich während der bezahlten Arbeitszeit stattfinden: Weiterbildung wird hier stärker – teilweise oder ganz – in die Freizeit verlagert.

Darstellung D.15: Konditionen der Weiterbildung in den Betrieben mit Weiterbildungsförderung 2013 (in Prozent)

	Alle Betriebe insgesamt	Gesundheits- und Sozialwesen	Erziehung und Unterricht
Weiterbildung erfolgt...			
... während der Arbeitszeit	66	46	62
... teilweise in der Arbeitszeit, teilweise in der Freizeit	25	37	30
... ganz in der Freizeit	5	9	5
... unterschiedlich	5	8	3
Weiterbildungskosten trägt...			
... Beschäftigter vollständig	14	10	14
... Beschäftigter teilweise	7	15	21
... allein der Betrieb	76	70	60
... unterschiedlich	3	5	5

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

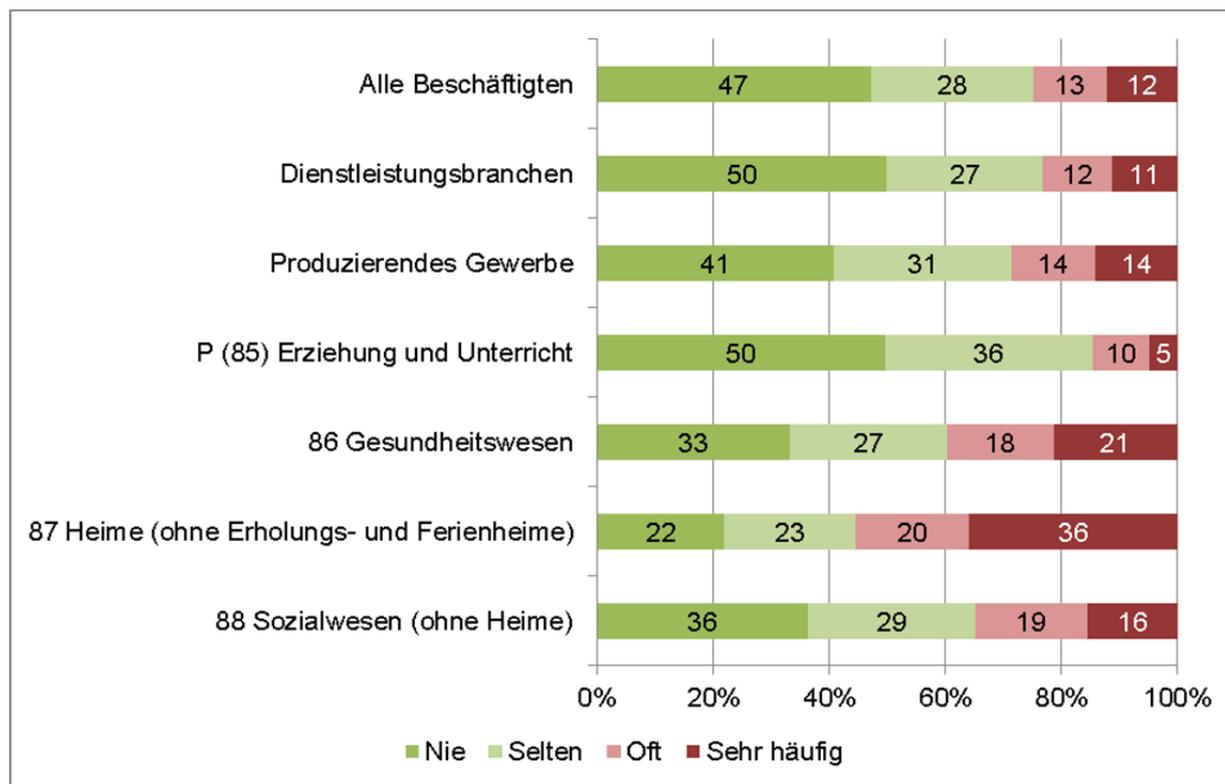
Bezüglich der direkten Weiterbildungskosten (Materialien, Kursgebühren etc.) sagen einerseits etwas weniger befragte Personalverantwortliche aus dem Gesundheits- und Sozialwesen als in der Gesamtwirtschaft, dass ihr Betrieb diese Kosten voll trage (70 versus 76 %). Es sind aber auch etwas weniger die angeben, die Beschäftigten würden bei ihnen diese Kosten alleine tragen müssen. Zugleich fehlt es mancherorts – das zeigen z.T. andere Quellen - an der Auseinandersetzung mit den Lerninhalten und dem Anwendungsbezug: Für Pflegekräfte im Krankenhausbereich lässt sich zumindest festhalten, dass der Fort- und Weiterbildungsbedarf zu unregelmäßig und zu selten systematisch erhoben wird (vgl. Bräutigam u.a. 2013, S.35).

D.4 Körperlich schwere Arbeit

In verschiedenen statistischen Auswertungen bestätigt sich immer wieder eine große gesundheitliche Relevanz von körperlichen Arbeitsbelastungen. Beschwerden des Bewegungsapparates sind die häufigste Form von arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden (vgl. Grau 2009). Darüber hinaus geht Langzeit-Arbeitsunfähigkeit am häufigsten (zu ca. einem Drittel) mit Muskel-Skelett-Erkrankungen einher (vgl. Bödeker, Zelen 2008). Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen nicht nur ausschließlich durch körperliche Belastungen und nicht nur durch körperlich schwere Arbeit, sondern beispielsweise durch einseitige Belastungen wie ständiges Sitzen entstehen können. In Regressionsanalysen lässt sich aber auch zeigen, dass körperlich schwere Arbeit – unabhängig von den dadurch entstehenden gesundheitlichen Beschwerden – unter den Arbeitsbedingungen der stärkste Einflussfaktor für eine negative Einschätzung darüber ist, die eigene Tätigkeit ohne Einschränkung bis zur Rente ausüben zu können (vgl. Holler, Krüger, Mußmann 2014).

Körperlich schwere Arbeit ist außerdem eine im Gesundheits- und Sozialwesen insbesondere im Zusammenhang mit der Pflege häufig diskutierte Arbeitsbelastung. Im Branchenvergleich zeigt sich dementsprechend, dass insgesamt 12 Prozent der Beschäftigten sehr häufig körperlich schwere Arbeit verrichten müssen. Im Gesundheitswesen sind es dagegen 21 Prozent und bei in Heimen Beschäftigten sogar 36 Prozent. Dies entspricht dem Dreifachen des Durchschnitts und auch fast dem Dreifachen im Vergleich zum Produzierenden Gewerbe. Auch im Sozialwesen ist ein höherer Wert als im Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten und als im Produzierenden Gewerbe festzustellen (vgl. Darstellung D.16).

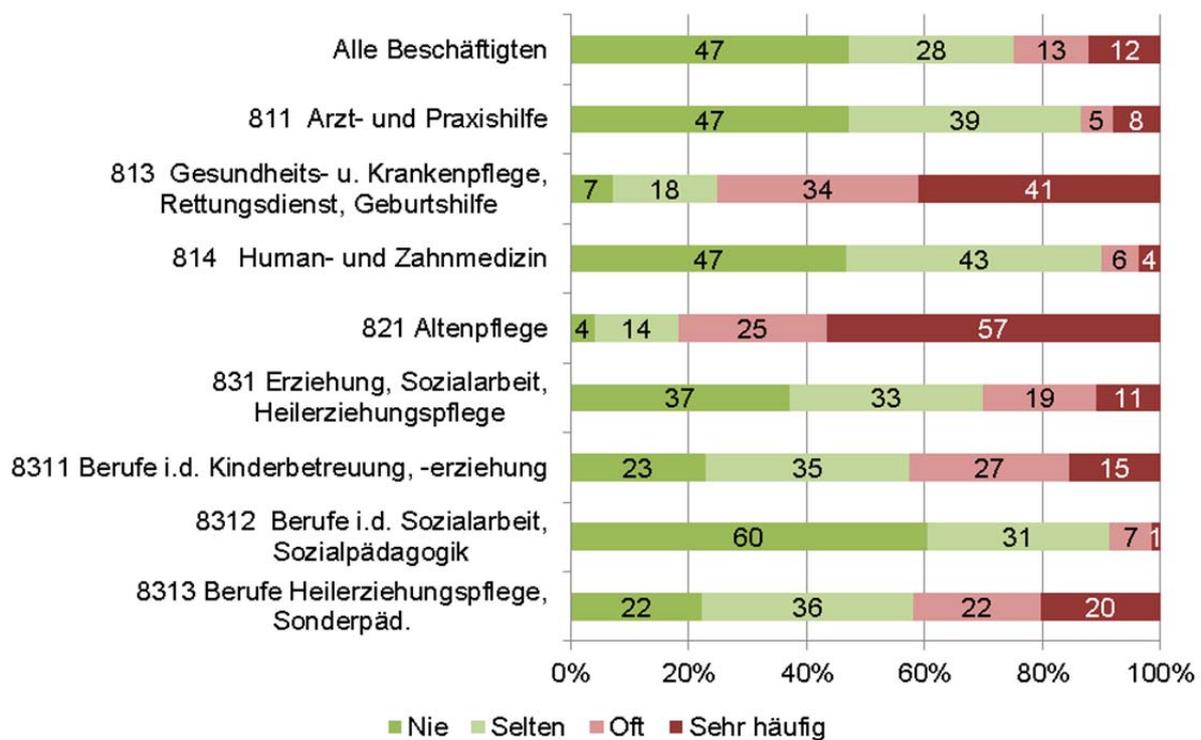
Darstellung D.16: Körperlich schwere Arbeit nach Branchen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Wie bereits vielfach festgestellt wurde, sind insbesondere Pflegekräfte von körperlich schwerer Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen betroffen. Je nachdem, ob es sich um Pflege in Krankenhäusern, Heimen oder anderen Einrichtungen handelt, werden diese aber unter Umständen zu unterschiedlichen Branchen gerechnet, in denen zudem auch viele andere Tätigkeiten ausgeübt werden. Die Darstellung nach Berufen führt deshalb zu sehr viel extremeren (genaueren) Ergebnissen hinsichtlich der körperlich schweren Arbeit als nach Branchen (vgl. Darstellung D.17).

Darstellung D.17: Körperlich schwere Arbeit nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Die berufsspezifische Betrachtung in Darstellung D.17 führt hinsichtlich der Ausübung von körperlich schwerer Arbeit zu sehr viel deutlicheren Unterschieden als die Betrachtung nach Branchen. So berichten 57 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege davon, sehr häufig körperlich schwere Arbeit verrichten zu müssen. Bei weiteren 25 Prozent trifft dies oft zu. Dies bedeutet, dass nur 18 Prozent der Pflegekräfte selten (14 %) oder nie (4 %) körperlich schwere Arbeiten ausüben.

Geringer, aber immer noch dramatisch, fallen im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt die Werte der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in Rettungsdiensten und der Geburtshilfe tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus. Von ihnen berichten 41 Prozent von „sehr häufig“ und weitere 34 Prozent von „oft“ auftretender körperlich schwerer Arbeit. Geringer, aber ebenfalls überdurchschnittlich von körperlich schwerer Arbeit betroffen sind auch Berufe in der Kinderbetreuung bzw. Erzieherinnen und Erzieher.²⁷

Am anderen Ende des Spektrums hinsichtlich der Belastung durch körperlich schwere Arbeit innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens finden sich mit weit unterdurchschnittlichen Werten die Arzt- und Praxishilfen (8 % sehr häufig, 5 % oft), Human- und Zahnmediziner (4 % sehr häufig, 6 % oft) sowie Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (1 % sehr häufig, 7 % oft).

²⁷ Vgl. auch die Auswertungen des Instituts DGB-Index Gute Arbeit (2015) zu Erzieherinnen und Erziehern. Die Ergebnisse sind aufgrund einer anderen Auswahl der Berufsgruppe und des Gewichtungsverfahrens jedoch nicht direkt vergleichbar.

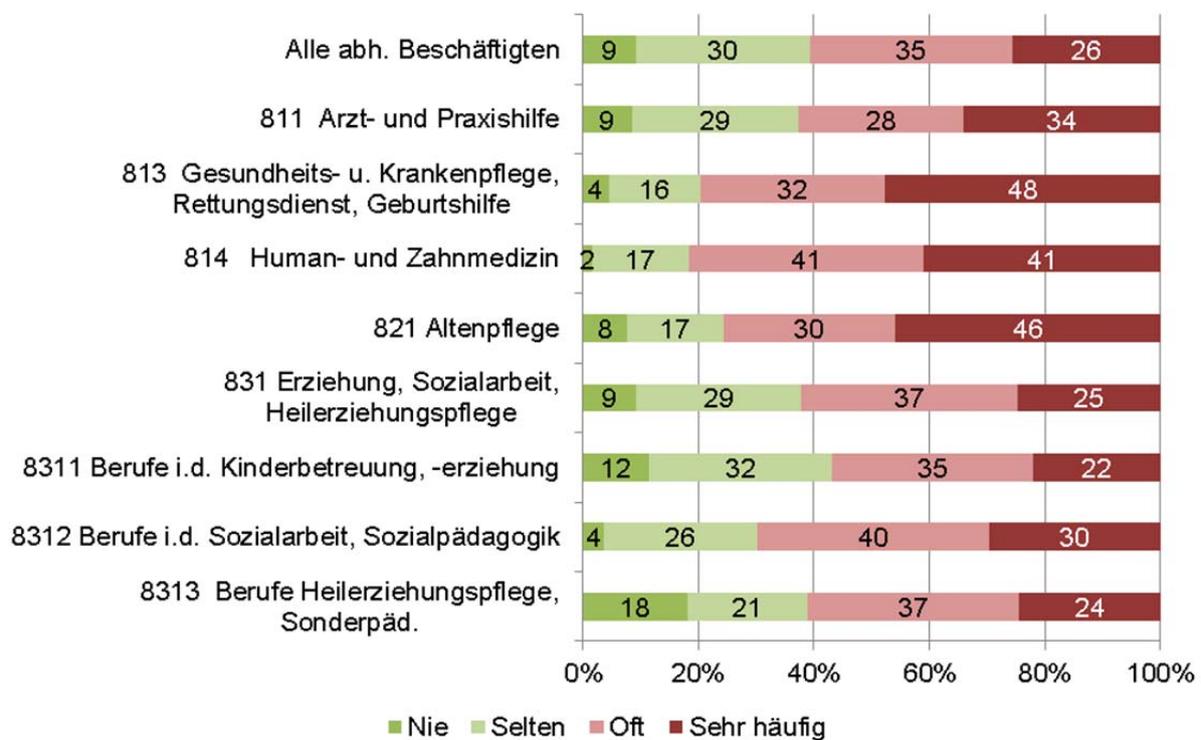
D.5 Arbeitsintensität

Die vorliegenden Analysen zur Entwicklung der Arbeitsbedingungen in Deutschland lassen sich bezogen auf alle Beschäftigten kurz und prägnant so zusammenfassen, dass sich die Verbreitung der körperlichen Belastungen kaum verändert hat und bei den psychischen Anforderungen eine deutlich Zunahme stattgefunden hat (vgl. Deutscher Bundestag 2010, S. 77; Analysen dazu finden sich z. B. in Lenhardt, Reusch 2014; Holler, Trischler 2010). Die psychischen Belastungen nehmen auf breiter Front zu, vor allem bei Führungskräften (vgl. Liersch 2014, S. 573), höher Qualifizierten, aber durchaus auch bei Geringqualifizierten.

Vorliegende Analysen für das Gesundheitswesen beziehen sich meistens auf Pflegeberufe (BMAS/BAuA 2014; ver.di 2013; Bartholomeyczik u. a. 2008). Demnach kommen in Pflegeberufen insbesondere Aspekte hoher Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung sowie körperliche Belastungen wie Arbeiten im Stehen und schweres Heben vor (vgl. BMAS/BAuA 2014). Wie dies schon Darstellung D.17 für körperliche Anforderungen bestätigt hat, zeigt Darstellung D.18 das für den Zeit- und Termin- druck bei der Arbeit.

Nach Analysen von Bartholomeyczik u. a. (2008) schätzen Ärzte die quantitativen Anforderungen noch höher ein als Pflegenden. Die Ergebnisse in Darstellung D.18 bestätigen dieses Ergebnis jedoch nicht bzw. nur teilweise.

Darstellung D.18: Zeit- und Termindruck bei der Arbeit nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Unter den Human- und Zahnmedizinerinnen und Human- und Zahnmedizinern gibt ein sehr großer Anteil von 41 Prozent an, sehr häufig unter Zeit- und Termindruck zu stehen. Noch höher ist dieser Anteil unter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (48 %) sowie unter Altenpflegerinnen und Altenpflegern (46 %). Wenn jedoch auch die Anteile derjenigen hinzugerechnet werden, die „oft“ Zeit- und Termindruck bewältigen müssen, ist der Anteil bei den Medizinerinnen und Medizинern etwas höher.²⁸ Auch bei den Arzt- und Praxishilfen sowie Berufen in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind die Anteile überdurchschnittlich, wenn auch weit weniger extrem.

Leicht unterdurchschnittliche Anteile von Zeit- und Termindruck sind hingegen bei Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung sowie bei Berufen der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik zu finden. Bei letzteren relativiert sich dieser Befund allerdings, wenn die Anteile der „sehr häufig“ und „oft“ unter Zeitdruck Stehenden zusammengerechnet werden.

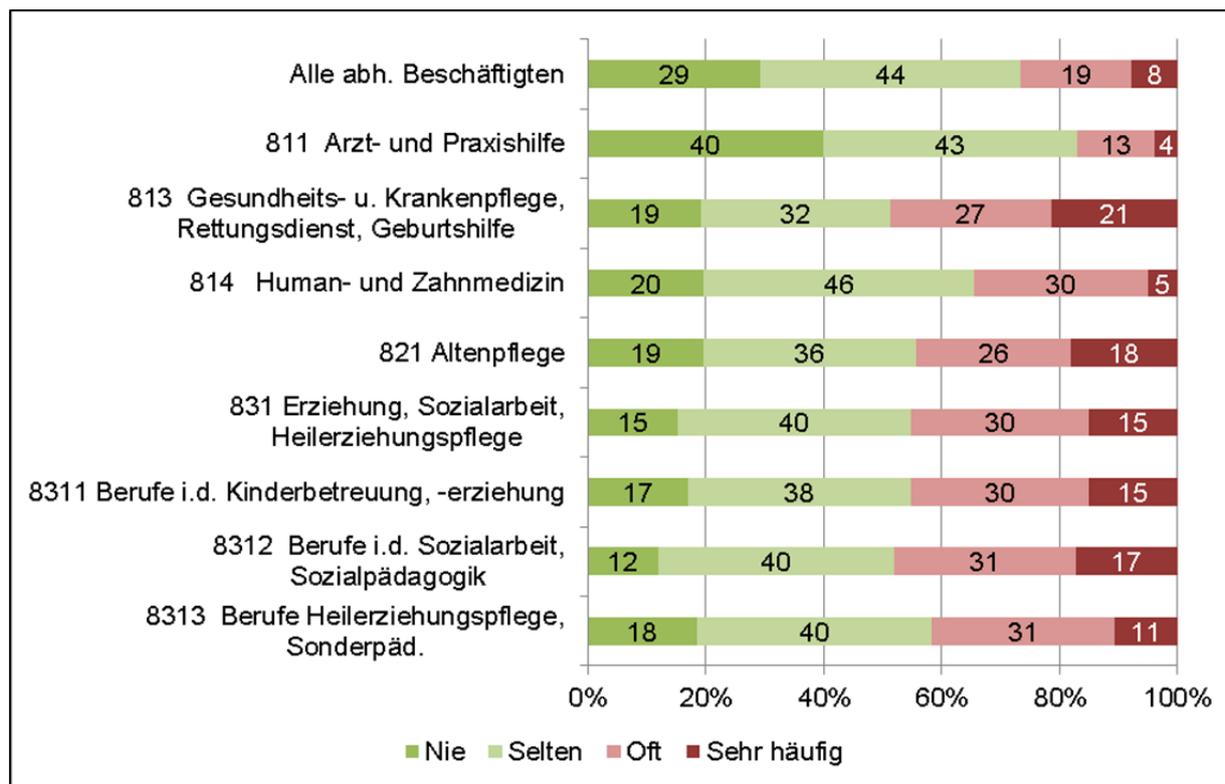
²⁸ Eine weitere Erklärung für die leicht unterschiedlichen Ergebnisse kann darüber hinaus sein, dass in der erwähnten Studie ein anderes Instrument mit anderen Fragen verwendet wurde, von denen zudem nur der Mittelwert berichtet wurde.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die im DGB-Index Gute Arbeit enthaltene Frage, ob sich das zu bewältigende Arbeitspensum auch auf die Qualität der Arbeitsausführung auswirkt, zumal dies im Gesundheitsbereich noch bedenklicher als in manchen anderen Branchen wäre.

Darstellung D.19 zeigt, dass dies nach Einschätzung der Beschäftigten weitaus weniger häufig vorkommt, als der Zeit- und Termindruck bei der Arbeit. Es scheint demnach so zu sein, dass der Zeitmangel oft kompensiert werden kann; was aber gerade deshalb auch dazu führen kann, dass die Beschäftigten sich „aufreiben“. Der Vergleich zu allen Beschäftigten zeigt aber dennoch, dass Abstriche bei der Qualität der Arbeit in Gesundheits- und Sozialwesen wesentlich häufiger vorkommen als im Gesamtdurchschnitt. Während nur 8 Prozent von allen Beschäftigten sagen, dass dies „sehr häufig“ vorkommt, sowie bei weiteren 19 Prozent „oft“, tritt dies bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern zu 21 Prozent „sehr häufig“ auf und bei weiteren 27 Prozent „oft“. Ähnlich hoch (nur etwas niedriger) fallen auch die Anteile in der Altenpflege, der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege, den Berufen der Kinderbetreuung und -erziehung²⁹ sowie in Berufen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik aus. Immer noch deutlich überdurchschnittlich verbreitet sind Abstriche bei der Qualität der Arbeitsdurchführung in Berufen der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik. Seltener als der Durchschnitt berichten davon Human- und Zahnmedizinerinnen und Human- und Zahnmediziner sowie Arzt- und Praxishilfen. Bei den Medizinerinnen und Medizinern ist aber insbesondere der hohe Anteil von 30 Prozent bemerkenswert der angibt, dass Abstriche bei der Qualität, um das Pensum zu schaffen, „oft“ notwendig sind.

²⁹ Vgl. auch die Auswertungen des Instituts DGB-Index Gute Arbeit (2015) zu Erzieherinnen und Erziehern. Die Ergebnisse sind aufgrund einer anderen Auswahl der Berufsgruppe und des Gewichtungverfahren jedoch nicht direkt vergleichbar.

Darstellung D.19: Abstriche bei Qualität, um Pensum zu schaffen nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

D.6 Emotionale Arbeitsanforderungen der Tätigkeit

Die überwiegend gesundheitsbezogenen, helfenden oder erziehenden Tätigkeiten sowie die Konfrontation mit menschlichen Schicksalen und in vielen dieser Berufe auch mit Todesfällen stellt an die meisten Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen hohe emotionale Anforderungen (vgl. Darstellung D.20).

Während Beschäftigte insgesamt zu 35 Prozent, Beschäftigte in den Dienstleistungsbranchen zu 39 Prozent und Beschäftigte im Produzierenden Gewerbe zu „nur“ 24 Prozent sagen, dass ihre Arbeit von ihnen sehr häufig oder oft verlangt, ihre Gefühle zu verbergen, trifft dies auf die Berufe in der Human- und Zahnmedizin sowie die Gesundheits- und Krankenpflege (einschl. Rettungsdienst und Geburtshilfe) zu 57 Prozent zu. Ähnlich hoch ist der Anteil bei Berufen in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (56 %) und weit überdurchschnittlich auch in der Altenpflege (49 %).

Stark von Konflikten betroffen sind hingegen die Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik sowie Berufe in der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik und überdurchschnittlich oft auch Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung. Demgegenüber erleben Human- und Zahnmedizinerinnen und Human- und Zahnmediziner

zu einem geringeren Anteil Konflikte oder eine respektlose Behandlung als der Durchschnitt. Solche Konflikte sind auch bei Arzt- und Praxishilfen unterdurchschnittlich verbreitet. Von respektloser Behandlung berichten insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie Berufe in der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik.

Somit sind in allen betrachteten Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen mindestens überdurchschnittlich verbreitete emotionale Anforderungen zu beobachten. Insbesondere jedoch ist das in der Gesundheits- und Krankenpflege (einschl. Rettungsdienst und Geburtshilfe), der Human- und Zahnmedizin sowie in Berufen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik und der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik der Fall.

Darstellung D.20: Emotionale Anforderungen in Gesundheits- und Sozialberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten, den Dienstleistungsbranchen und dem Produzierenden Gewerbe (in Prozent)

	Gefühle verbergen (sehr häufig oder oft)	Konflikte mit Patienten/Kunden	Respektlose Behandlung (sehr häufig oder oft)
Alle Branchen und Berufe	35,0	15,7	9,6
Dienstleistungsbranchen	39,8	19,0	10,9
Produzierendes Gewerbe	24,1	8,3	6,6
8 Gesundheit, Soziales, Lehre u. Erziehung	49,0	25,6	11,5
811 Arzt- und Praxishilfe	46,8	13,5	9,4
813 Gesundh., Krankenpfl., Rettungsd., Geburtsh.	57,4	22,4	18,7
814 Human- und Zahnmedizin	57,4	12,8	7,0
821 Altenpflege	49,3	21,9	16,5
831 Erziehung, Sozialarb., Heilerziehungspfl.	45,3	33,9	9,4
8311 Berufe i.d. Kinderbetreuung, -erziehung	36,7	23,2	6,9
8312 Berufe i.d. Sozialarbeit, Sozialpädagogik	55,7	45,2	10,5
8313 Berufe Heilerziehungspflege, Sonderpäd.	45,4	40,3	13,6

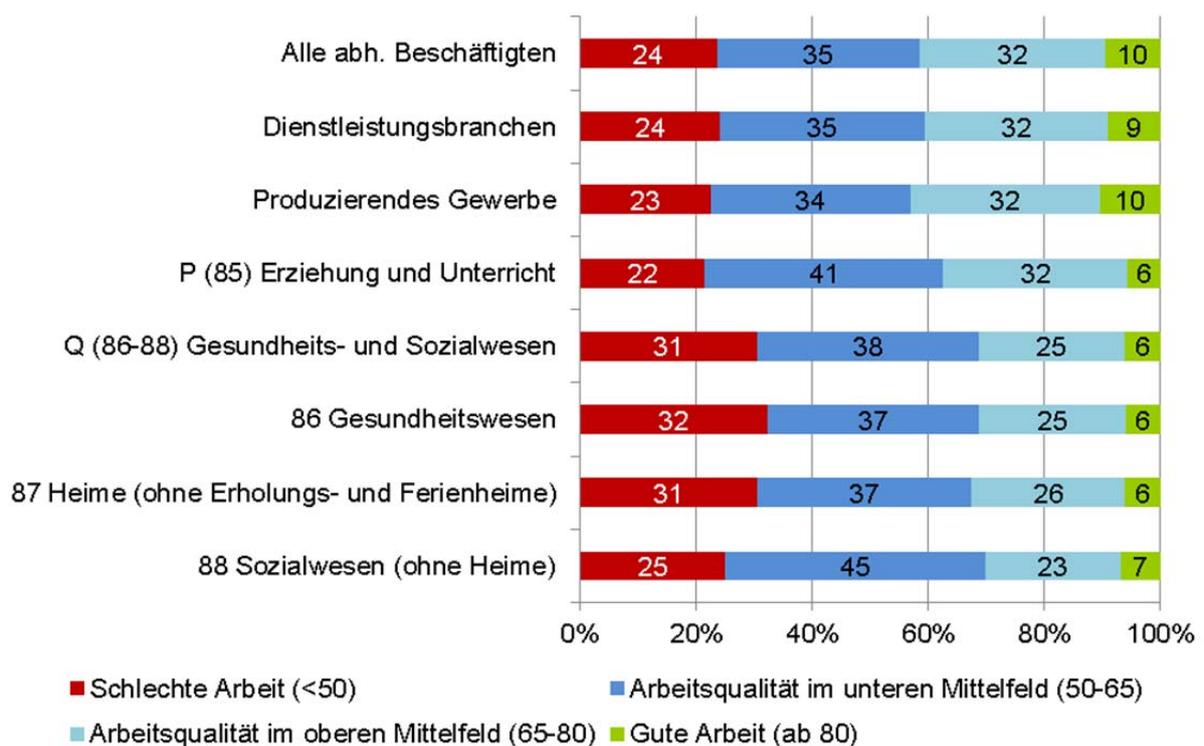
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

D.7 Zusammenfassende Kennzahlen der Arbeitsqualität des DGB-Index Gute Arbeit für Branchen, Teilbranchen und Berufe

Die Arbeitsbedingungen bzw. -belastungen sind in jedem Beruf facettenreich und betreffen verschiedenste Aspekte der Tätigkeit bzw. des Arbeitsumfelds. Diese in komprimierter Form abzubilden ist das Ziel der Bildung von Kennziffern der Arbeitsqualität.

Darstellung D.21 stellt das Ergebnis des DGB-Index Gute Arbeit nach Stufen der Arbeitsqualität dar. Die Skala des DGB-Index Gute Arbeit zwischen 0 und 100 Punkten wird in folgende vier Gruppen eingeteilt: Werte unter 50 Punkten sind bei durchgehend gleichen Antworten gleichbedeutend mit der Abwesenheit aller Ressourcen bei „überhaupt nicht“ auftretender Beanspruchung und dem sehr häufigen Vorkommen aller Belastungen bei „überhaupt nicht“ auftretender Beanspruchung. Die Qualität einer Arbeit, die unterhalb dieser Grenze liegt, wird als „Schlechte Arbeit“ bezeichnet, weil sie auf Dauer Kriterien menschengerechter Arbeitsgestaltung nicht erfüllt. Den Gegenpol bildet ab einem Wert von 80 Punkten „Gute Arbeit“. Dazwischen liegen die Arbeitsqualität im unteren (50<65 Punkte) und im oberen (65<80 Punkte) Mittelfeld.

Darstellung D.21: Stufen der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Branchen und Teilbranchen (in Prozent)



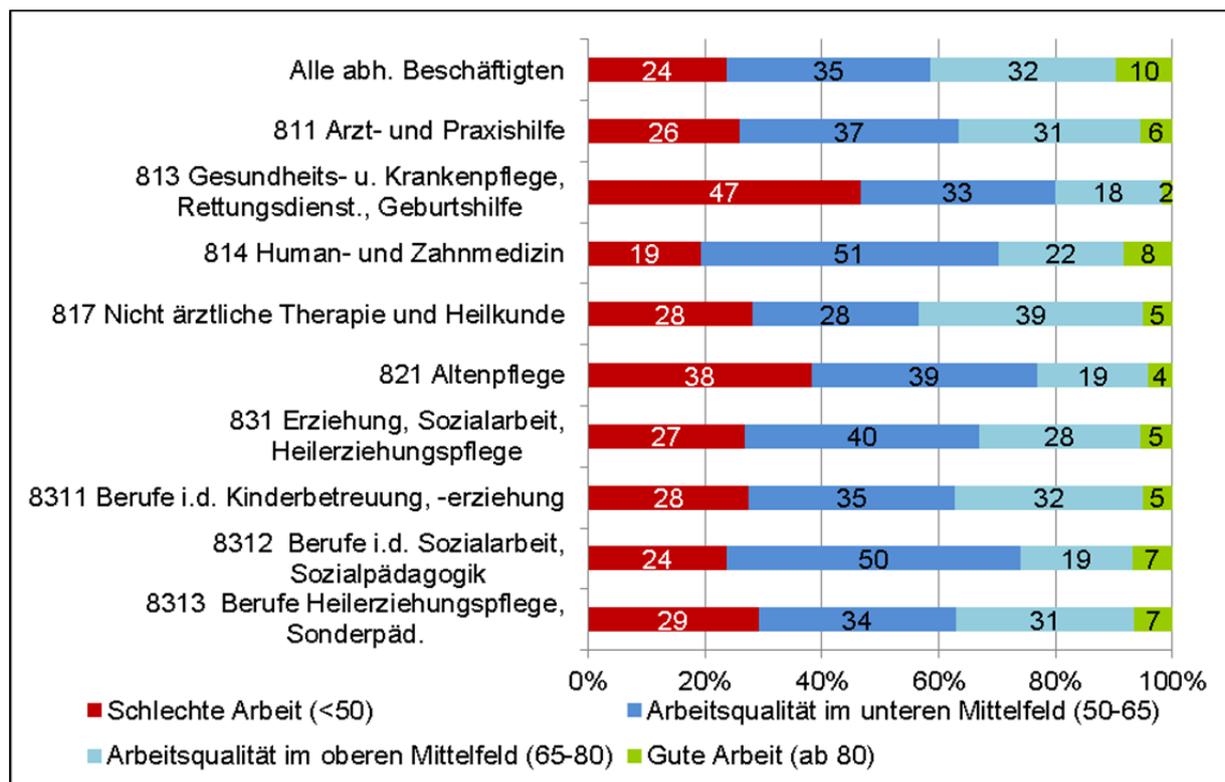
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Aufschlussreich ist diese Darstellung insbesondere bei Betrachtung der Anteile schlechter Arbeit. Es ist zu beobachten, dass es im Durchschnitt aller Befragten, sowie in allen Dienstleistungsbranchen 24 Prozent der Beschäftigten sind, die laut DGB-Index in diese Kategorie fallen. Im Produzierenden Gewerbe sind es mit 23 Prozent fast ebenso viele. Stark nach oben weichen davon die Anteile im Gesundheitswesen und in Heimen ab. Hier sind es 32 oder 31 Prozent. Dies bedeutet,

dass insgesamt betrachtet die Belastungen hier höher bzw. die Ressourcen deutlich geringer sind.

Analog zur vorangegangenen Darstellung sind in Darstellung D.22 die Ergebnisse für Gesundheits- und Sozialberufe dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Bedingungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege deutlich schlechter sind als im Durchschnitt. Von Ersteren fallen 47 Prozent in die Kategorie „Schlechte Arbeit“, von Letzteren sind es 38 Prozent. Dies deckt sich mit einer für ver.di erstellten Auswertung aus dem DGB-Index 2012 für eine leicht anders definierte Gruppe der Pflegeberufe, der weitere Details zu den Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe entnommen werden können (vgl. ver.di 2013).

Darstellung D.22: Stufen der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Aus der Betrachtung des Gesamtindex wird nicht ersichtlich, welche Bedingungen schlechter sind als in anderen Branchen bzw. in anderen Berufsgruppen. Dafür müssen weniger stark aggregierte Maße wie z. B. die elf Kriterien Guter Arbeit im DGB-Index betrachtet werden, die in den Gesamtindex einfließen (vgl. Darstellung D.23 mit Mittelwerten der elf Kriterien „Guter Arbeit“ aus dem DGB-Index).

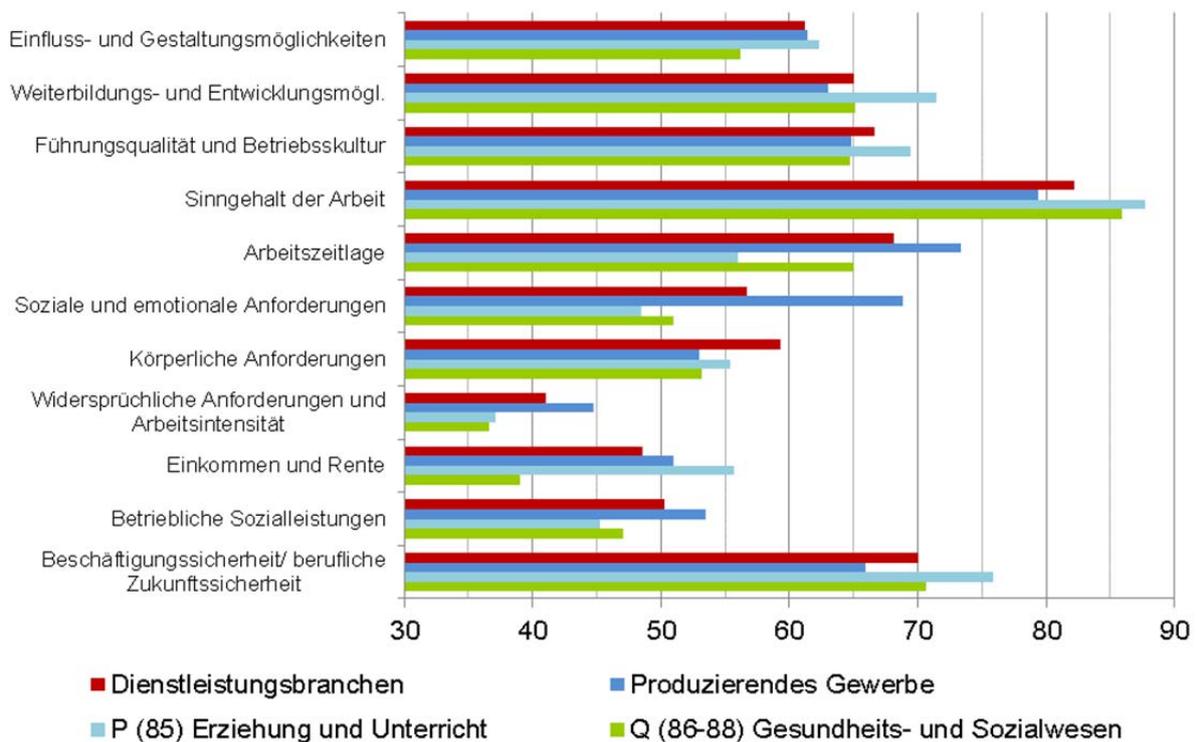
Beim Vergleich des Gesundheits- und Sozialwesens mit den Dienstleistungen insgesamt oder dem Produzierenden Gewerbe fällt auf, dass im Gesundheits- und Sozialwesen unter den positiven Aspekten der Arbeitsgestaltung (Ressourcen)

- die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten unterdurchschnittlich sind;
- die Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten durchschnittlich sind, aber niedriger als in der Branche Erziehung und Unterricht (die aber nur zu einem Teil zum Organisationsbereich von ver.di gehört).
- Ebenfalls unterdurchschnittlich aber nur wenig ausgeprägt sind die Unterschiede auch beim Kriterium „Führungsqualität und Betriebskultur“.
- Deutlich überdurchschnittlich ist der Sinngehalt der Arbeit ausgeprägt, sowohl in Erziehung und Unterricht als auch im Zweig Gesundheits- und Sozialwesen.

Unter den Belastungen zeigen sich beim Vergleich des Gesundheits- und Sozialwesens zu Dienstleistungen insgesamt oder dem Produzierenden Gewerbe,

- dass die Arbeitszeitlage sehr viel weniger gut bewertet wird und
- dass die sozialen und emotionalen Anforderungen weniger gut bewertet werden, ebenso wie
- die körperlichen Anforderungen.
- Insgesamt gering sind die Werte bei psychischen Belastungen aus Widersprüchlichen Anforderungen und Arbeitsintensität, im Gesundheits- und Sozialwesen sind sie aber noch niedriger (d. h. die Bedingungen sind negativer und die daraus resultierende Beanspruchung höher).

Darstellung D.23: Kriterien der Arbeitsqualität laut DGB-Index Gute Arbeit nach Branchen und Teilbranchen (Mittelwerte auf einer Skala von 0-100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Auf der Ebene der Kriterien guter Arbeit, die jeweils drei bis sieben einzelne Fragen umfassen, zeigt sich genauer, worin die Unterschiede in der Arbeitsqualität zwischen Branchen und Teilbranchen bestehen. Demnach sind bei allen vier Kriterien der Arbeitsqualität, die den Belastungen zugerechnet werden (Arbeitszeitlage, Soziale und emotionale Anforderungen, Körperliche Anforderungen, Widersprüchliche Anforderungen und Arbeitsintensität), die Werte im Gesundheits- und Sozialwesen unterdurchschnittlich, was eine unterdurchschnittliche Arbeitsqualität bedeutet. Im Vergleich zu allen Dienstleistungsbranchen treten im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich hohe Ressourcen nur in Form des Sinngelhalts der Arbeit auf.

Bezogen auf die drei Kriterien, die dem Bereich „Einkommen und Sicherheit“ angehören, verhält es sich ähnlich: Einkommen und Rente sowie Betriebliche Sozialleistungen sind unterdurchschnittlich ausgeprägt. Durchschnittlich, und in Erziehung und Unterricht überdurchschnittlich, wird lediglich die Beschäftigungssicherheit beurteilt.

Zusammengenommen bedeutet dies, dass die Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialsektor durch höhere Belastungen und überwiegend auch durch geringere Ressourcen gekennzeichnet sind, was zu den in Darstellung D.21 berichteten höheren Anteilen an „Schlechter Arbeit“ führt.

D.8 Arbeitsqualität nach Qualifikations- und Anforderungsniveaus

Qualifikations- bzw. Anforderungsniveaus einer Tätigkeit hängen eng mit den konkreten auszuführenden Tätigkeiten eines Berufs zusammen und schlagen sich auch in den Arbeitsbedingungen und – zumindest theoretisch – in der Bezahlung nieder.³⁰

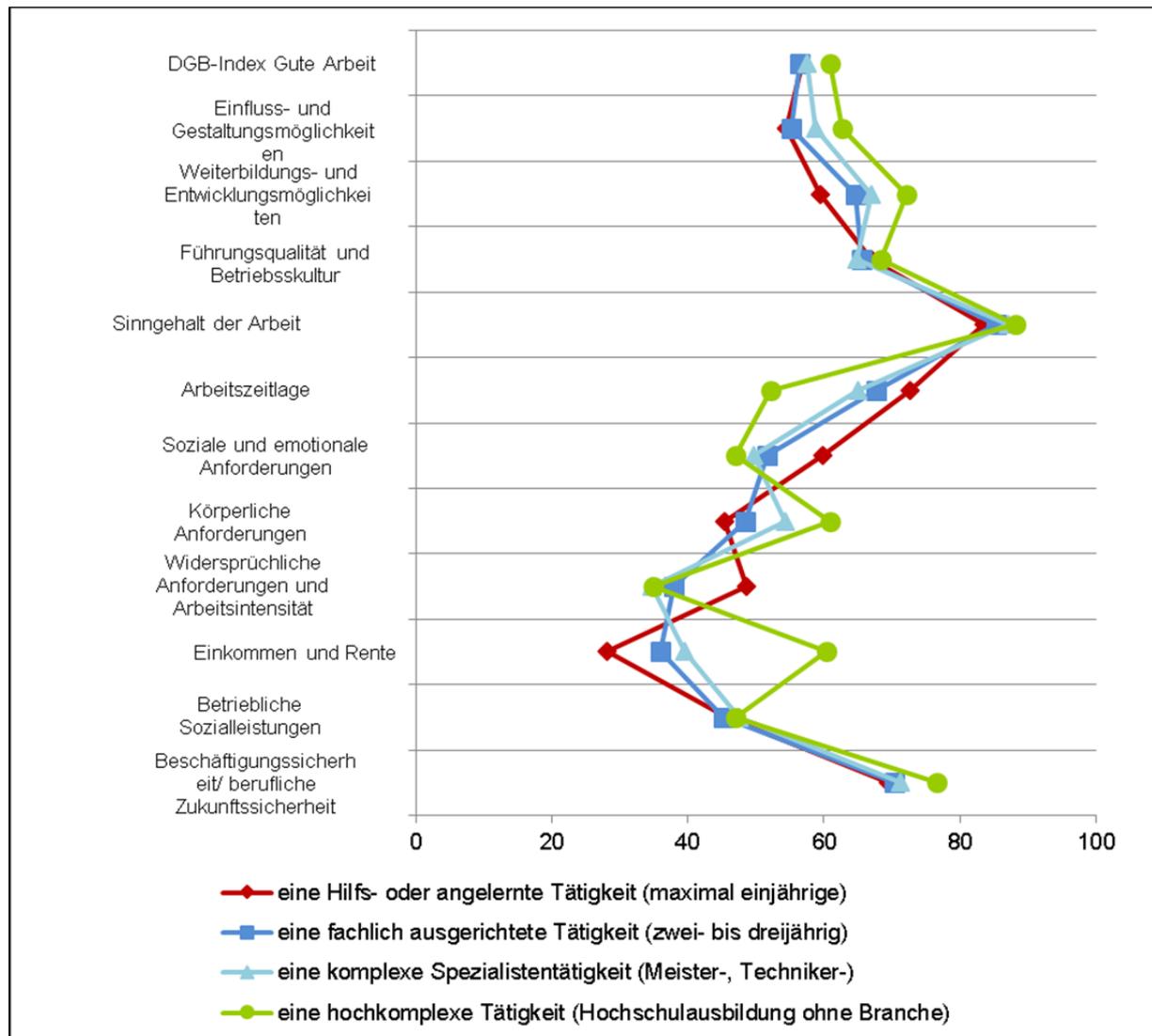
Bei Betrachtung der Arbeitsbedingungen nach Komplexitätsniveau der Tätigkeit innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens sowie Erziehungswesens in Darstellung D.24 zeigt sich, dass die Hilfskräfte oder Angelernten in vielen Belangen schlechter abschneiden, d. h. bei den Kriterien der Arbeitsqualität des DGB-Index niedrigere Werte aufweisen. Jedoch gilt dies nicht bei der Arbeitszeitlage, den sozialen und emotionalen Anforderungen, hinsichtlich der Belastung durch widersprüchliche Anforderungen und der Arbeitsintensität. Genau in diesen Belangen sind die hochkomplexen Tätigkeiten stärker als die anderen Gruppen belastet.

Eine im Gruppenvergleich bessere Arbeitsqualität bei höherem Anforderungsniveau ist bei den Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, den Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, den körperlichen Anforderungen und am allerdeutlichsten hinsichtlich Einkommen und erwartetem Ausreichen der Rente zu beobachten. Der gleiche Verlauf zeigt sich – allerdings mit sehr geringen Gruppenunterschieden – auch beim empfundenen Sinngehalt der Arbeit. Ein ähnliches Muster, aber mit leicht schlechteren Bedingungen bei komplexen Spezialistentätigkeiten im Vergleich zu den hochkomplexen Tätigkeiten, ist bei der Belastung durch widersprüchliche Anforderungen und der Arbeitsintensität zu beobachten. Auch insgesamt tendiert der Wert des DGB-Index Gute Arbeit mit steigendem Anforderungsniveau zu besseren Werten. Eine weitere Aufschlüsselung nach Teilbranchen ist hier wegen zu geringer Fallzahlen der einzelnen Anforderungsniveaus nicht möglich.

³⁰ Das im Folgenden dargestellte Anforderungsniveau entspricht der fünften Stelle der Berufsschlüssel nach der Klassifikation der Berufe von 2010, die auch in den Sozialversicherungsschlüsseln enthalten sind. Unterschieden werden dabei nach der Bundesagentur für Arbeit:

- Berufe mit Helfer- und Anlerntätigkeiten: einfache und meist wenig komplexe Tätigkeiten, für die in der Regel keine oder nur geringe Fachkenntnisse erforderlich sind.
- Berufe mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten: es werden fundierte Fachkenntnisse und Fertigkeiten einer Fachkraft vorausgesetzt. Üblicherweise liegt der Abschluss einer zwei- bis dreijährigen Berufsausbildung oder eines vergleichbaren berufsqualifizierenden Abschlusses vor.
- Berufe mit komplexen Spezialistentätigkeiten: die Anforderungen an das Fachwissen sind höher und befähigen häufig auch zur Bewältigung gehobener Fach- und Führungsaufgaben. Es handelt sich um berufliche Tätigkeiten, für die üblicherweise eine Meister- oder Techniker Ausbildung bzw. ein gleichwertiger (Fach-)Schul- oder Hochschulabschluss vorausgesetzt wird.
- Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten: es ist ein hohes Kenntnis- und Fertigkeiteniveau notwendig. Dazu zählen z. B. Entwicklungs-, Forschungs- und Diagnostiktätigkeiten, Wissensvermittlung sowie Leitungs- und Führungsaufgaben innerhalb eines (großen) Unternehmens. In der Regel setzt die Ausübung dieser Berufe eine mindestens vierjährige Hochschulausbildung und/oder eine entsprechende Berufserfahrung voraus. Der typischerweise erforderliche berufliche Bildungsabschluss ist ein Hochschulabschluss (Master, Diplom, Staatsexamen, Promotion etc.).

Darstellung D.24: DGB-Index Gute Arbeit und Kriterien der Arbeitsqualität im Gesundheits- und Sozial- bzw. Erziehungswesen (Mittelwerte) nach Anforderungsniveau (Indexpunkte)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

D.9 Arbeitsqualität nach Art des Beschäftigungsverhältnisses

Wie bereits in Kapitel B diskutiert wurde, sind atypische Beschäftigungsverhältnisse sehr heterogen. Sie sind nicht alle automatisch prekär und sie sind nicht in jeder Hinsicht gleich zu bewerten. Auch hinsichtlich der Arbeitsbedingungen ist es nicht einfach so, dass atypische Beschäftigungsverhältnisse eine in allen Belangen durchweg geringere Arbeitsqualität bedeuten. Darüber hinaus wirken sich verschiedene For-

men atypischer Beschäftigung auch nicht in gleicher Weise auf die von den Beschäftigten berichtete Arbeitsqualität aus.³¹

Die Situation ist wesentlich komplexer, wie Darstellung D.25 verdeutlicht. Schlechtere Werte als der Durchschnitt aller Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt weisen atypisch Beschäftigte bei den Teilindizes Ressourcen und Einkommen und Sicherheit auf. Etwas genauer betrachtet, betrifft dies unter den Ressourcen die Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten und den empfundenen Sinngehalt der Arbeit, sowie alle drei Kriterien des Teilindex Einkommen und Sicherheit (Einkommen und Rente, Betriebliche Sozialleistungen, Beschäftigungssicherheit/berufliche Zukunftssicherheit). Bessere Werte als im Gesamtdurchschnitt der Branche sind bei atypisch Beschäftigten vor allem beim Teilindex Belastungen und allen dazu gehörenden Kriterien der Arbeitsqualität festzustellen (Arbeitszeitlage, soziale und emotionale Anforderungen, körperliche Anforderungen, widersprüchliche Anforderungen und Arbeitsintensität). Etwas genauer betrachtet gilt das aber auch beim zu den Ressourcen gehörigen Kriterium der Führungsqualität und Betriebskultur.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der atypischen Beschäftigung sind komplex. Bei Mini-Jobberinnen und Mini-Jobbern und Leiharbeiterinnen und Leiharbeitern³² sind durchschnittliche bis überdurchschnittliche (bessere) Werte festzustellen. Ausnahmen stellen die Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, der Sinngehalt der Arbeit sowie das Einkommen und die Rente dar, bei denen im Vergleich zur Branche unterdurchschnittliche Werte zu beobachten sind. Bei Befristeten fallen vor allem die deutlich schlechteren Werte beim Aspekt Einkommen und Sicherheit auf. Bei Teilzeitbeschäftigten sind die Unterschiede im Vergleich zum Branchendurchschnitt weniger augenfällig. Am ehesten lassen sich bei widersprüchlichen Anforderungen und Arbeitsintensität sowie bei der Arbeitszeitlage bessere Werte als im Durchschnitt beobachten.

³¹ Als Formen atypischer Beschäftigung zählen im Folgenden Teilzeitarbeit, befristete Beschäftigung, Mini-Jobs und Leiharbeit.

³² Für eine getrennte Auswertung dieser Gruppen sind die Fallzahlen im Gesundheits- und Sozialwesen zu gering.

Darstellung D.25: DGB-Index Gute Arbeit und Kriterien der Arbeitsqualität im Gesundheits- und Sozial- bzw. Erziehungswesen nach Art des Arbeitsverhältnisses (Mittelwert)

	Alle Beschäftigten			Gesundheits-, Sozial- u. Erziehungswesen					
	Alle Branchen	DL-Branchen	Prod. Gewerbe	Gesundheits-, Sozial-, u. Erz.-wesen	Atypische Beschäftigte*	Atypische Beschäftigte ohne Teilzeit*	Mini-Job oder Leiharbeit*	Befristete*	Teilzeit*
DGB-Index Gute Arbeit	61	60	61	58	58	58	62	57	58
Teilindex Ressourcen	68	69	67	70	69	69	69	69	70
Teilindex Belastungen	57	56	60	51	52	55	64	54	52
Teilindex Einkommen und Sicherheit	56	56	57	55	53	49	52	48	54
Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten	61	61	61	59	58	59	62	58	58
Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten	64	65	63	68	67	66	61	67	67
Führungsqualität und Betriebskultur	66	67	65	67	67	67	71	67	67
Sinngehalt der Arbeit	81	82	79	87	86	84	83	84	86
Arbeitszeitlage	70	68	73	61	64	67	77	65	64
Soziale und emotionale Anforderungen	60	57	69	50	51	56	63	55	51
Körperliche Anforderungen	57	59	53	54	55	57	60	57	55
Widersprüchliche Anforderungen und Arbeitsintensität	42	41	45	37	39	42	55	40	39
Einkommen und Rente	49	49	51	46	44	41	40	41	43
Betriebliche Sozialleistungen	51	50	53	46	45	46	45	46	45
Beschäftigungssicherheit/ berufliche Zukunftssicherheit	69	70	66	73	71	60	73	58	73

*Ohne Azubis.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

D.10 Gesundheitliche Situation

Die empirischen Hinweise auf eine besondere gesundheitliche Belastung der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sind zahlreich, jedoch überwiegend entweder nur auf einer sehr allgemeinen Ebene oder für spezielle Teilgruppen. Nach Zahlen des DAK Gesundheitsreports 2015 sind die Branchen mit dem höchsten Krankenstand von jeweils 4,5 Prozent die Branchen Verkehr, Lagerei und Kurierdienste, das Gesundheitswesen und die Öffentliche Verwaltung. Die hohen Ausfallzeiten im Gesundheitswesen sind dabei „sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen“ (DAK 2015, S. 128). Laut BKK Gesundheitsreport 2014 (vgl. Knieps, Pfaff 2014) sind die AU-Tage im Gesundheits- und Sozialwesen mit 17,4 Tagen je beschäftigtem BKK-Mitglied im Berichtsjahr 2013 (versus 16,3 im Gesamtdurchschnitt) überdurchschnittlich hoch, wobei der Wert der Männer mit 15,6 Tagen (versus 15,8 im Gesamtdurchschnitt) leicht unterdurchschnittlich und der Wert der Frauen mit 17,8 (vs. 17,0 im Gesamtdurchschnitt) überdurchschnittlich ist.

Eine noch wesentlich höhere Anzahl an AU-Tagen ist jedoch beispielsweise bei Postdiensten, die den höchsten Branchenwert von 24,5 aufweisen, zu beobachten. Auch in einigen anderen Branchen liegt der Wert der AU-Tage höher als im Gesundheits- und Sozialwesen, welches aber mit 17,4 Tagen dennoch einen hohen Wert ausweist, welcher zudem 2013 gegenüber 2012 deutlich überdurchschnittlicher ausfiel. Einen Anteil daran hat auch die Zusammensetzung der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen nach Alter und Geschlecht (vgl. Kapitel B). Werden die Ergebnisse um diese Effekte bereinigt, so zeigt sich, dass sich im Gesundheits- und Sozialwesen eine leicht unterdurchschnittliche Anzahl von AU-Tagen zu beobachten ist, die sich aus leicht unterdurchschnittlichen Werten im Gesundheitswesen und überdurchschnittlichen Werten im Sozialwesen (insbesondere bei Frauen) ergeben. Bei AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen ist das Sozialwesen mit großem Abstand der Spitzenreiter im negativen Sinn (414 AU-Tage je 100 Beschäftigte), an zweiter Stelle folgt die Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (319 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Jedoch führen nicht alle gesundheitlichen Beschwerden zu ambulanten Behandlungen und nicht alle ambulanten Behandlungen führen zu AU-Tagen. Insofern stellt die Analyse von gesundheitlichen Beschwerden eine Analyse der gesundheitlichen

Situation dar, die „früher“ bzw. niedrigschwelliger ansetzt. In einer solchen und tiefer nach Teilbranchen gegliederte Analyse aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung in Darstellung D.26 zeigt sich, dass Beschäftigte im Sozialwesen – vor allem aber Beschäftigte in Heimen – zu einem hohen Anteil mindestens eine gesundheitliche Beschwerde und häufig auch psychovegetative Beschwerden aufweisen. Ebenso sind die Beschäftigten in Heimen häufiger als Beschäftigte des Gesundheitswesens und des Sozialwesens (ohne Heime) von Muskel-Skelett-Beschwerden betroffen und schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger negativ ein. Jedoch sind auch die Werte des Sozialwesens (ohne Heime) sowie bei den meisten dargestellten Indikatoren auch die des Gesundheitswesens überdurchschnittlich hoch: Die Beschäftigten sind gesundheitlich überdurchschnittlich beansprucht.

Darstellung D.26: Anteil der Beschäftigten mit bestimmten gesundheitlichen Beschwerden nach Branchen (in Prozent)

	Mind. eine gesundheitliche Beschwerde	Mind. eine muskuloskelettale Beschwerde	Mind. eine psychoveg. Beschwerde	Negativer subjektiver Gesundheitszustand
Alle Erwerbstätigen	84	69	62	15
Dienstleistungsbranchen	84	70	62	15
Produzierendes Gewerbe	83	68	60	14
P (85) Erziehung und Unterricht	84	66	67	14
86 Gesundheitswesen	86	75	68	15
87 Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	90	81	75	21
88 Sozialwesen (ohne Heime)	87	73	69	16

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (vgl. Hall, Siefer, Tiemann 2014).

Die Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen schlagen sich in gesundheitsbezogenen „Outcome“-Variablen nieder. Darstellung D.26 zeigt vier verschiedene Gesundheitsindikatoren auf Basis der BIBB/BAuA Befragung 2012. In dieser Befragung werden standardmäßig gesundheitliche Beschwerden, die häufig im Zusammenhang mit der Arbeit auftreten, abgefragt. Das ist eine umfangreiche Liste, die in der Befragung von 2012 insgesamt 25 Items umfasst. Ebenfalls wird nach der Einschätzung des eigenen, allgemeinen Gesundheitszustandes gefragt. Wichtig ist, dass die vier Indikatoren, die in den vier Spalten enthalten sind, nicht

untereinander numerisch verglichen werden. Sie sind nur geeignet, um die dargestellten Teilbranchen hinsichtlich jeweils eines Indikators zu vergleichen. Es lässt sich also keineswegs die Aussage ableiten, dass Muskel-Skelett-Beschwerden häufiger oder seltener auftreten als psychovegetative Beschwerden.

In der ersten Spalte ist der Anteil der Beschäftigten dargestellt, die mindestens eine von allen erfassten Gesundheitsbeschwerden genannt haben. Da die den Befragten vorgelegte Liste sehr umfangreich ist, sind hier sehr hohe Anteile festzustellen. Im Gesamtdurchschnitt berichten 84 Prozent von mindestens einer Beschwerde. Im Gesundheitswesen sind es dagegen 86 Prozent, im Sozialwesen 87 Prozent und in Heimen 90 Prozent. Wie anhand der farbigen Markierung ersichtlich ist, fallen alle vier Indikatoren in der Teilbranche „Heime“ am schlechtesten aus.

Die zweite Spalte zeigt analog dazu den Anteil der Beschäftigten, die mindestens eine Beschwerde im Zusammenhang mit dem Muskel-Skelett-System genannt haben.³³ Insgesamt berichten 69 Prozent der Beschäftigten von einer solchen Beschwerde. Etwas weniger sind es mit 66 Prozent im Erziehungswesen. Im Sozialwesen sind es mit 73 Prozent dagegen etwas mehr als im Durchschnitt; im Gesundheitswesen betrifft dies drei Viertel der Beschäftigten und in Heimen mit 81 Prozent einen deutlich überdurchschnittlichen Anteil.

Analog dazu ist in der dritten Spalte dargestellt, bei welchem Anteil mindestens eine psychovegetative Beschwerde vorkam.³⁴ Insgesamt berichten 62 Prozent der Beschäftigten von mindestens einer solchen Beschwerde. Im Gesundheitswesen sind es dagegen 68 Prozent, im Sozialwesen 69 Prozent und in Heimen 75 Prozent der Befragten. Wichtig ist dabei auch der Hinweis, dass solche psychovegetativen Beschwerden nicht nur durch die psychischen Belastungen entstehen können – wie z. B. durch Termindruck - sondern vor allem auch durch wechselnde Arbeitszeiten oder Arbeit in der Nacht etc. (vgl. Liersch 2014).

In der vierten Spalte ist der Anteil derjenigen angegeben, die ihren Gesundheitszustand selbst als negativ beschreiben. Grundlage dafür ist die Frage „Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?“. Als negativ wurden hier

³³ Dazu zählen acht Beschwerden: Schmerzen in Nacken, Schultern, Rücken, Hüften, Händen, Armen, Füßen, Beinen.

³⁴ Dazu zählen hier sieben Beschwerden: emotionale und körperliche Erschöpfung, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Magenbeschwerden, Nervosität und Reizbarkeit und Schlafstörungen.

die Antworten „weniger gut“ und „schlecht“ addiert (ansonsten noch: gut, sehr gut, ausgezeichnet).

Im Gesamtdurchschnitt trifft das nur auf 15 Prozent der Erwerbstätigen zu. Durchschnittlich ist auch der Anteil im Gesundheitswesen und ähnlich hoch auch im Sozialwesen. Bei Heimen wiederum findet sich mit 21 Prozent ein überdurchschnittlich hoher Anteil.

In Darstellung D.27 sind die gleichen Gesundheitsindikatoren wie in Darstellung D.26 dargestellt, jedoch nach Berufsgruppen. Wie sich zeigt, ist der Anteil der Erwerbstätigen mit mindestens einer gesundheitlichen Beschwerde in der Human- und Zahnmedizin unterdurchschnittlich und unter den betrachteten Berufsgruppen am niedrigsten. Ebenfalls noch leicht unterdurchschnittlich fällt dieser Anteil auch bei Arzt- und Praxishilfen aus. Mit 91 Prozent deutlich über dem Durchschnitt liegt dagegen der Anteil bei Alten- und Krankenpflegerinnen und Alten- und Krankenpflegern. Etwas niedriger aber ebenfalls überdurchschnittlich hoch fällt das Ergebnis für die Berufe in der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege aus.

Eine sehr ähnliche Rangfolge der Berufsgruppen ist auch auf Basis der direkten Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zu beobachten. Jedoch sind auf dieser Basis die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (einschließlich der Rettungsdienste und der Geburtshilfe) leicht besser als die der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Ähnlich ist auch die Verteilung beim Vorliegen von mindestens einer Muskel-Skelett-Beschwerde; jedoch liegen hier Arzt- und Praxishilfen leicht über dem Durchschnitt und Berufe in der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege sind gesundheitlich weniger deutlich überdurchschnittlich beansprucht.

Beim Vorliegen von mindestens einer psychovegetativen Beschwerde stellt sich das Bild etwas anders dar. Am wenigsten betroffen sind hier mit 56 Prozent die Arzt- und Praxishilfen. Im Durchschnitt aller Erwerbstätigen sind es 62 Prozent. Sehr nah am Durchschnitt liegt der Wert von Human- und Zahnmedizinerinnen und -medizinern. Mit 71 Prozent deutlich über dem Durchschnitt liegt der Anteil der psychovegetativen Beschwerden bei den Berufen in der Erziehung und Sozialarbeit. In der Altenpflege und der Gesundheits- u. Krankenpflege einschließlich der Rettungsdienste und Geburtshilfe sind mit 74 und 78 Prozent wiederum die höchsten Werte zu beobachten.

Darstellung D.27: Anteil der Beschäftigten mit bestimmten gesundheitlichen Beschwerden nach Berufen (in Prozent)

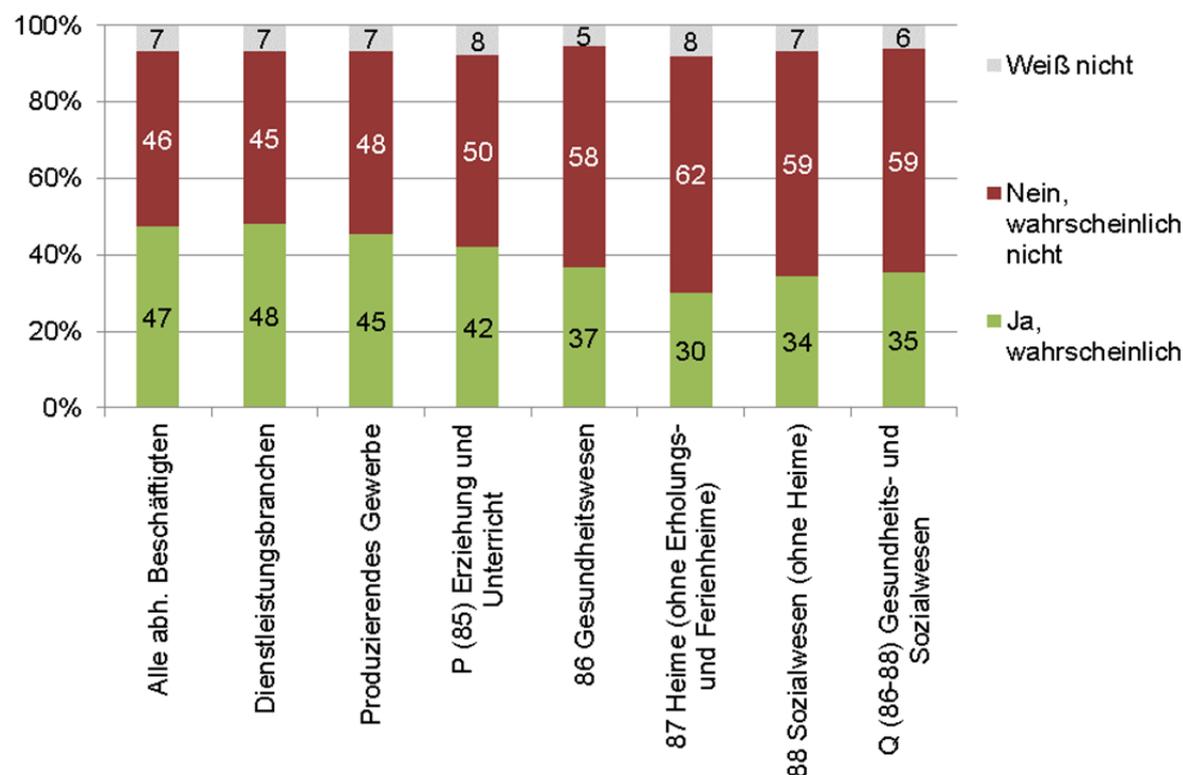
	Mindestens eine gesundheitliche Beschwerde	Mindestens eine muskuloskelettale Beschwerde	Mindestens eine psychoveg. Beschwerde	Negativer subjektiver Gesundheitszustand
Alle Erwerbstätigen	84	69	62	15
8 Gesundheit, Soziales, Lehre u. Erziehung	86	72	68	15
811 Arzt- und Praxishilfe	82	72	56	12
813 Gesundheits- u. Krankenpflege Rettungsdienst, Geburtshilfe	91	83	78	18
814 Human- und Zahnmedizin	77	53	61	5
821 Altenpflege	91	86	74	22
831 Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	89	73	71	16

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (vgl. Hall, Siefer, Tiemann 2014).

Laut Depressionsatlas der TK (vgl. Grobe, Steinmann 2015) sind sieben der 10 Berufsgruppen mit den höchsten Raten an AU-Fällen aufgrund von Depressionen den Gesundheitsberufen zuzurechnen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Berufe in der Altenpflege mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (Rang 2 bzw. zweithöchste Betroffenheit aller Berufsgruppen), Berufe in der Altenpflege mit Helfer-/Anlernertätigkeiten (Rang 3), Berufe in der Kinderbetreuung und Erziehung mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (Rang 4), Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege mit Helfer- und Anlernertätigkeiten (Rang 5), Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege mit fachlichen ausgerichteten Tätigkeiten (Rang 8) sowie medizinisch-technische Berufe im Laboratorium mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (Rang 10). Auch hinsichtlich des speziellen Aspekts der Depression sind also Berufe in der Altenpflege und einige andere Gesundheitsberufe außerordentlich stark betroffen.

Gesundheitliche Probleme sind einer der wichtigsten Gründe für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, die häufig auch mit einem vorgezogenen Austritt aus dem Erwerbsleben einhergeht. Eine Analyse zur Einschätzung der zukünftigen eigenen Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten zeigt Darstellung D.28.

Darstellung D.28: Subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Branchen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014 (Designgewichtung).

Die höchsten Anteile derjenigen, die glauben, ihre Tätigkeit nicht ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben zu können, sind bei dieser Betrachtung in Heimen mit 62 Prozent zu beobachten, gefolgt vom Sozialwesen mit 59 und dem Gesundheitswesen mit 58 Prozent. Im Vergleich dazu liegt dieser Wert bei allen Beschäftigten mit 46 Prozent deutlich niedriger, aber angesichts dessen, was dies für die Betroffenen bedeutet, immer noch auf einem sehr hohen Niveau.

Umgekehrt ist festzustellen, dass nur 30 Prozent der Befragten, die in Heimen arbeiten glauben, ihren Beruf ohne Einschränkungen bis zur Rente durchzuhalten. Die Anteile im Gesundheits- und Sozialwesen liegen ähnlich deutlich unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten sowie der Dienstleistungsbranchen und auch des Produzierenden Gewerbes.

Die überdurchschnittlichen Belastungen im Gesundheits- und Sozialwesen schlagen sich somit auch deutlich in den Antworten auf die Frage nieder, ob die Beschäftigten glauben, ihre jetzige Tätigkeit bis zur Rente ausüben zu können.

Eine Analyse der erwarteten (Un-)Möglichkeit der Ausübung der beruflichen Tätigkeit bis zur Regelaltersgrenze lässt sich mit der im DGB-Index Gute Arbeit enthaltenen Frage durchführen, ob die jetzige Tätigkeit voraussichtlich ohne Einschränkungen bis zur Rente ausgeübt werden kann. Einschränkend ist hinzuzufügen, dass eine negative Einschätzung bei dieser Frage nicht gleichbedeutend mit einer Früh-

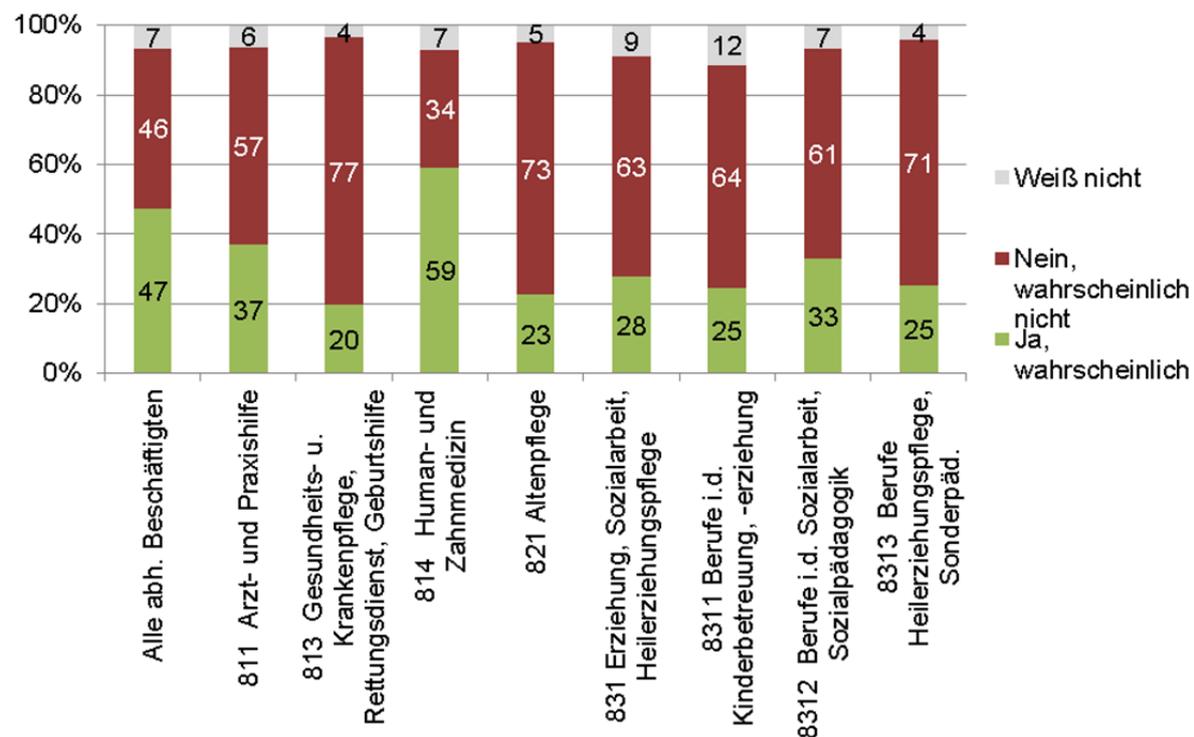
berentung oder Erwerbsminderung ist. Horizontale Karrieren oder Tätigkeits- bzw. Berufswechsel, die eine Alternative dazu darstellen, sind bei Älteren jedoch selten.³⁵

Weshalb die Befragten glauben, ihre Tätigkeit nicht länger ausüben zu können, geht aus der Frage nicht direkt hervor. Es kann aber durch multivariate Zusammenhangsanalysen geprüft werden, welche Umstände Einfluss darauf haben. Demnach sind wichtige Einflussfaktoren (bezogen auf alle Beschäftigten): körperliche Belastungen, die Arbeitsintensität und widersprüchliche Anforderungen, die Autonomie bei der Tätigkeit, Abendarbeit und das Führungsverhalten (vgl. Holler, Mußmann, Krüger 2014). Laut einer anderen Studie sind die beiden Hauptgründe, warum Pfleger ihre Tätigkeit beendeten, mit je 21 Prozent die Arbeitsbelastung und private Gründe (vgl. Borchart u. a. 2011).

Nach Berufen fallen die Ergebnisse wiederum deutlicher aus, da diese klarer tätigkeits- und bedingungsbezogen sind als eine Analyse nach Branchen. So ist Darstellung D.29 beispielsweise zu entnehmen, dass nur 20 Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger glauben, ihre Arbeit ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben zu können. Dieses Ergebnis stimmt mit einer für ver.di erstellten Auswertung aus dem DGB-Index 2012 für die leicht anders definierte Gruppe der Pflegeberufe überein, der weitere Details zu den Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe entnommen werden können (vgl. ver.di 2013).

³⁵ Vgl. Berechnungen dazu in Düll 2013.

Darstellung D.29: Subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index 2012-2014.

Wie bei den Analysen zu Arbeitsbedingungen fallen die Ergebnisse hinsichtlich der eingeschätzten Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Berufen betrachtet deutlicher aus als nach Teilbranchen. Die „Spitzenreiter“ im negativen Sinn sind erneut Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege. Beschäftigte in dieser Tätigkeit glauben zu 77 Prozent, dass sie ihre Tätigkeit nicht bis zur Rente ausüben werden können; in der Altenpflege gehen 73 Prozent der Befragten davon aus. Niedriger, aber immer noch überdurchschnittlich hoch, ist der Anteil bei Berufen in der Kinderbetreuung und Arzt- und Praxishilfen. Weit besser als der Durchschnitt beurteilen Human- und Zahnmediziner ihre Arbeitsfähigkeit – „nur“ ca. ein Drittel glaubt hier nicht die Tätigkeit bis zur Rente ausüben zu können.

Ebenso deutlich fallen auch die Anteile derjenigen aus, die glauben, dass Sie ihre jetzige Tätigkeit bis zum direkten Übergang in die Altersrente ausüben könnten. Human- und Zahnmediziner liegen hier mit einem Anteil von 59 Prozent sehr deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten (47 %). Der Anteil unter den Medizinern ist damit im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege fast um das Dreifache höher – nur 20 Prozent gehen in der Gesundheits- und Krankenpflege davon aus, dass sie das schaffen werden. Auch in der Altenpflege ist es mit 23 Prozent noch nicht einmal ein Viertel der Befragten, die ihre Arbeitsfähigkeit in dieser Hinsicht positiv einschätzen. In der Kinderbetreuung³⁶ und Heilerziehungspflege fallen die Anteile derjenigen, die glauben ihre Tätigkeit bis zur Altersrente ausüben zu können, mit je 25 Prozent ebenfalls stark unterdurchschnittlich aus.

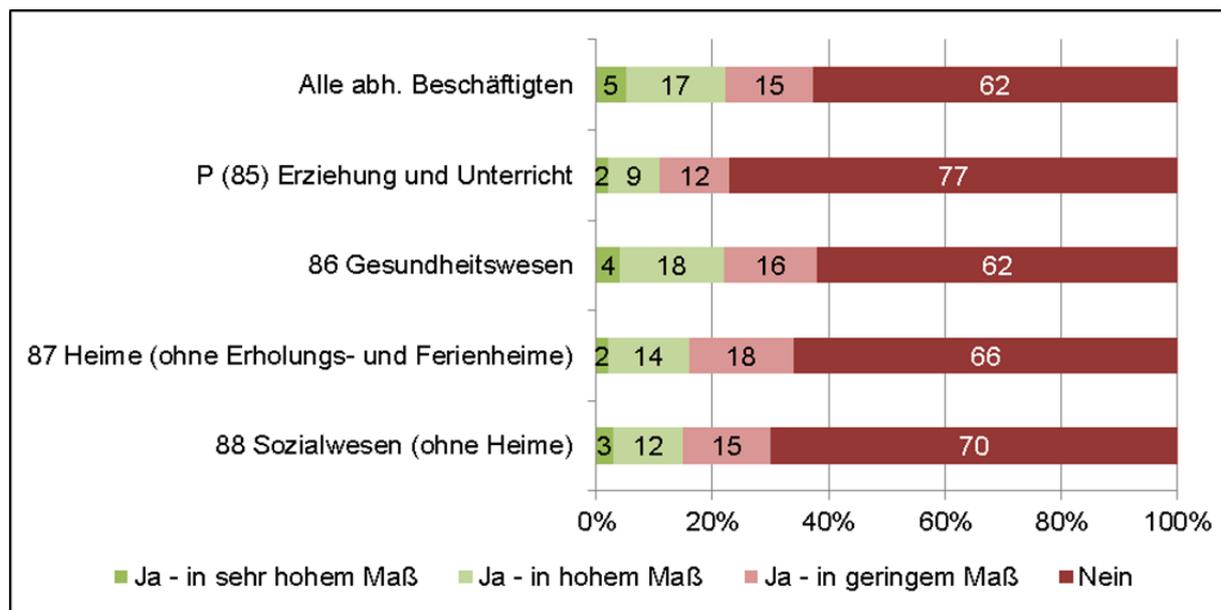
³⁶ Vgl. auch die Auswertungen des Instituts DGB-Index Gute Arbeit (2015) zu Erzieherinnen und Erziehern. Die Ergebnisse sind aufgrund einer anderen Auswahl der Berufsgruppe und des Gewichtungsverfahrens jedoch nicht direkt vergleichbar.

Dies verdeutlicht den hohen Handlungsbedarf bei der Gestaltung von alter(n)sgerechten Arbeitsbedingungen oder Querkarrieren, ohne die ein sehr großer Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen erhebliche Probleme mit dem Altersübergang haben wird, die von gesundheitlichen Problemen und finanziellen Problemen aufgrund von verkürzter Erwerbsarbeit und Rentenabschlägen bis hin zu drohender Altersarmut reichen. Es sind – abgesehen von den rentenpolitischen Sparmaßnahmen – tatsächlich die Faktoren „Risiko Entgelt“ und „Risiko Zeit“, die zu der schlechten Altersabsicherung vieler Beschäftigter im Gesundheits- und Sozialwesen beitragen (vgl. Blank, Schulz 2015, S. 38f.): Zu geringe Beiträge bzw. Vorsorgemöglichkeiten aufgrund zu geringer Entgelte einerseits und kurze bzw. diskontinuierliche Erwerbsbiographien in diesen Berufen. Auch für die Arbeitgeber der Branche ist dies angesichts der Fachkräftedebatte ein Problem, da einerseits Fachkräfte und Erfahrungswissen verlorengehen und andererseits die Attraktivität der Gesundheitsberufe abnimmt. Gesamtgesellschaftlich nicht aus dem Blick geraten dürfen zudem die entstehenden Einschränkungen der persönlichen Lebensqualität der Betroffenen sowie die weiteren gesellschaftlichen Folgen.

D.11 Gesundheitsförderung und Gefährdungsbeurteilungen

Im DGB-Index Gute Arbeit ist auch die Frage enthalten, ob Angebote zur Gesundheitsförderung im Betrieb vorhanden sind und wenn ja, inwieweit diese nach Meinung der Beschäftigten ausreichend sind (vgl. Darstellung D.30).

Darstellung D.30: Angebote zur Gesundheitsförderung vorhanden und ausreichend? – nach Branchen (in Prozent)

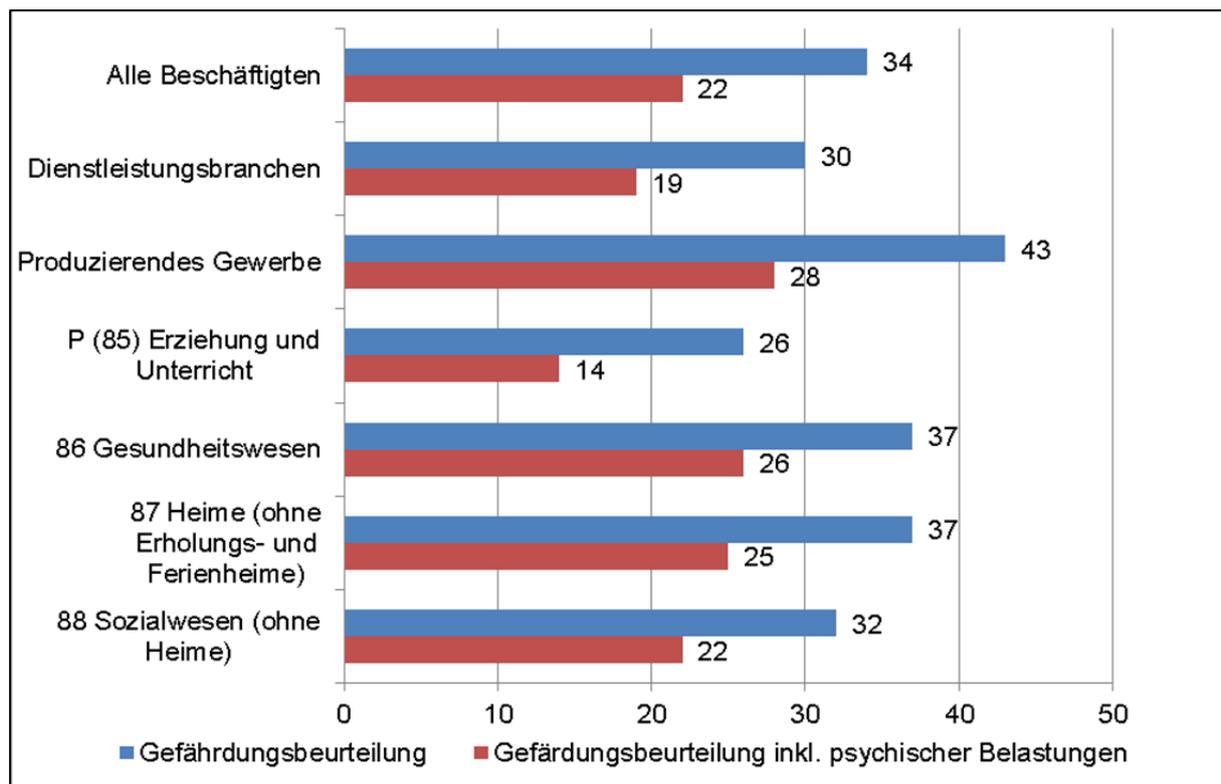


Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (vgl. Hall, Siefer, Tiemann 2014).

Die Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen lassen in vielen Tätigkeiten zu wünschen übrig. Gerade in diesem Bereich mit einer gewissen Affinität zu Gesundheitsfragen sollte man aber wenigstens entsprechend mehr Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erwarten dürfen. Dies ist aber nicht der Fall! In Heimen ist die Lage sogar schlechter als im Durchschnitt – hier sagen 66 Prozent, dass es **keine** betriebliche Gesundheitsförderung gibt. Noch höher sind die Anteile im Sozialwesen und im Erziehungswesen mit 70 bzw. sogar 77 Prozent. Bei diesen Ergebnissen ist zu beachten, dass es sich um die Einschätzungen der Beschäftigten handelt, die nicht zwangsläufig das tatsächliche Vorhandensein oder das Fehlen einer betrieblichen Gesundheitsförderung bedeuten müssen. Allerdings ist festzuhalten, dass eine ggf. vorhandene Gesundheitsförderung, die den Beschäftigten aber nicht einmal bekannt ist, nicht geeignet ist, die Gesundheit der Beschäftigten zu unterstützen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der betrieblichen Verantwortung für den Schutz der Gesundheit der Beschäftigten und für die Abwendung von Gefährdungen im Sinne des Arbeitsschutzes sind die nach § 5 ArbSchG vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilungen, deren zu geringe Verbreitung nach Branchen Darstellung D.31 auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung veranschaulicht.

Darstellung D.31: Anteil von Gefährdungsbeurteilungen nach Branchen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (vgl. Hall, Siefer, Tiemann 2014).

Laut § 5 ArbSchG hat der Arbeitgeber „durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdungen zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“ Gefährdungen können sich nach § 5 ArbSchG u. a. aus der „Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und deren Zusammenwirken“ sowie explizit auch durch „psychische Belastungen bei der Arbeit“ ergeben. Aufgrund der mangelnden Regelung und Anwendung von Sanktionen bei einer Nicht-Einhaltung des Gesetzes, finden Gefährdungsbeurteilungen – wie Darstellung D.31 verdeutlicht – aber nur in einem sehr eingeschränkten Umfang statt.

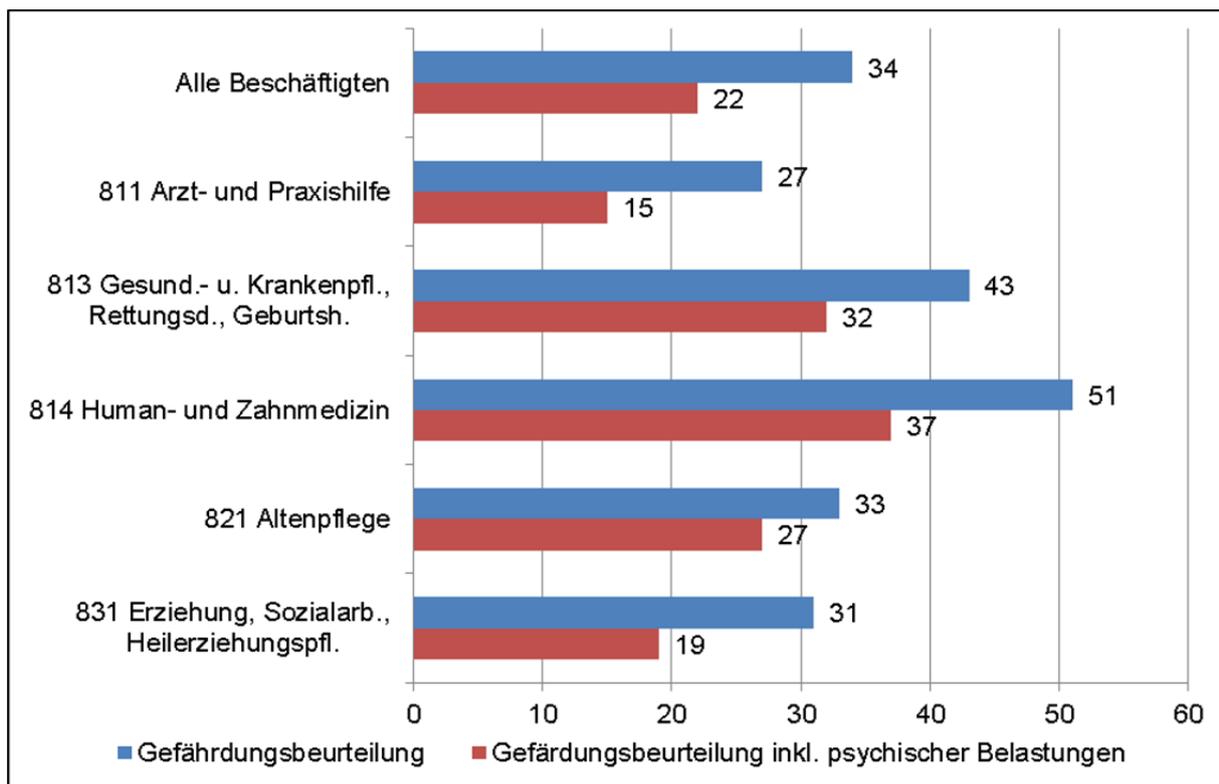
Die Dienstleistungsbranchen liegen bei der Beantwortung der allgemeinen Frage, ob eine Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz durchgeführt wurde, insgesamt unter dem Durchschnitt aller Branchen von 34 Prozent, während im Produzierenden Gewerbe der Anteil mit 43 Prozent deutlich höher ist. Besonders niedrig ist der Anteil in der Teilbranche Erziehung und Unterricht – wohingegen im Gesundheitswesen und in Heimen leicht überdurchschnittliche Anteile von Gefährdungsbeurteilungen berichtet werden. In etwa im Durchschnitt liegt der Anteil im Sozialwesen.

Bei Betrachtung des Anteils der Beschäftigten, an deren Arbeitsplatz eine Gefährdungsbeurteilung inklusive der Berücksichtigung von psychischen Belastungen durchgeführt wurde – was angesichts der immer stärker an Bedeutung gewinnenden psychischen Belastungen und Fehlzeiten aufgrund von psychischen Beschwerden notwendig wäre – zeigt sich zwischen den Teilbranchen das gleiche Muster, allerdings auf niedrigerem Niveau.

Bei den besonders belasteten Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Rettungsdienste und Geburtshelferinnen (siehe oben) sind überdurchschnittliche Anteile von Gefährdungsbeurteilungen zu berichten (vgl. Darstellung D.32), was angesichts der ansonsten geringen Verbreitung von Gefährdungsbeurteilungen als ein Schritt in die richtige Richtung gewertet werden kann, der jedoch noch bei weitem nicht ausreicht. Hingegen sind bei den ebenfalls sehr belasteten Altenpflegerinnen und Altenpfleger nur durchschnittliche Werte festzustellen und bei (sogenannten erweiterten) Gefährdungsbeurteilungen mit psychischen Aspekten leicht positivere Werte als im Durchschnitt.

Besonders hoch fallen die Anteile der Gefährdungsbeurteilungen in der Human- und Zahnmedizin aus, unterdurchschnittlich dagegen in der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege und vor allem bei Arzt- und Praxishilfen. Bei der Betrachtung nach Berufen folgen die Anteile der Gefährdungsbeurteilungen einschließlich der Beurteilung von psychischen Belastungen dem Muster der Durchführung der Gefährdungsbeurteilungen insgesamt.

Darstellung D.32: Anteil von Gefährdungsbeurteilungen nach Berufen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012.

E. Arbeitsbeziehungen und Mitbestimmung

Bislang hat sich dieser Bericht vor allem beschreibend mit den Entwicklungen von wirtschaftlicher Lage, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen auseinander gesetzt. Nachfolgend erfolgt nun die Erörterung mit den Arbeitsbeziehungen und der Mitbestimmung im Gesundheits- und Sozialwesen. Dabei werden Entwicklungen in der Branche aufgezeigt und die Auswirkungen der Mitbestimmung auf diverse Aspekte der Arbeitsqualität dargestellt: Wie wirkt sich die kollektive Regelung von Arbeitsverhältnissen, z. B. durch Tarifverträge, aus? Auch der Frage, inwieweit sich die Wirkungen von Mitbestimmung empirisch belegen lassen, wird nachgegangen (vgl. Dingelday, Holtrup, Warsewa 2015).

Grundsätzlich muss voran gestellt werden, dass sich das deutsche Tarifsysteem seit über 20 Jahren in einem „schleichenden Erosionsprozess“ (Bispinck 2012, S. 496) befindet – trotz vielfacher Bemühungen von Gewerkschaften. Dies ist umso bedauerlicher, da aus den vorliegenden Daten deutlich wird, wie positiv sich ein Tarifvertrag (aber auch eine Interessenvertretung) auf viele Aspekte der Arbeitsqualität auswirken kann. Auch der Organisationsgrad ist in vielen Bereichen der Branche ausbaufähig – dies gilt sowohl für die Arbeitnehmer-, als auch die Arbeitgeberseite. Denn auch ohne handlungsfähige Arbeitgeberverbände ist es nicht möglich, verbindliche Mindeststandards festzulegen (vgl. Haipeter 2013).

Vor allem die Tariflandschaft im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesen ist im Gefolge der speziellen Konstellation der Arbeitgeber unübersichtlich und äußerst heterogen. Während öffentliche Einrichtungen über einen einheitlichen Flächentarifvertrag, den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) und den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder (TV-L),³⁷ verfügen, müssen Beschäftigte der Wohlfahrtsverbände, Kirchen oder privater Unternehmen einen regelrechten „Häuserkampf“ führen.

Die Kirchen schließen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, keine Tarifverträge ab. Die Arbeitsbedingungen werden durch sog. Arbeitsrechtliche Kommissionen geregelt. Die in diesen Kirchengremien beschlossenen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) haben nicht die Rechtsqualität von Tarifverträgen. Das Bundesarbeitsgericht hat 2012 grundsätzlich ein Streikrecht für kirchliche Beschäftigte bestätigt. Nur unter bestimmten Voraussetzungen besteht für kirchliche Arbeitgeber die Möglichkeit Ar-

³⁷ Ausgenommen Hessen: hier gilt ein eigenständiger Tarifvertrag (TV-H).

beitskämpfe gerichtlich zu unterbinden. Ein erster Schritt in Richtung Tarifverträge für den kirchlichen Bereich geschah Ende 2014, als der Diakonische Dienstgeberverband Niedersachsen e. V. einen Flächentarifvertrag für rund 160 Rechtsträger mit rund 30.000 Arbeitnehmern aushandelte. Die Arbeiterwohlfahrt verfügt darüber hinaus noch über Flächentarife für einzelne Bundesländer bzw. administrative Regionen – der restliche Großteil ist an die AVR gebunden oder ohne tarifliche Regelungen beschäftigt. Die Beschäftigten bei Bund und Ländern hingegen sind mit einheitlichen Tarifregelungen ausgestattet.

E.1 Tarifbindung

2014 arbeiteten in Deutschland branchenübergreifend 53 Prozent der westdeutschen und 36 Prozent der ostdeutschen Beschäftigten in Betrieben mit einem Branchentarifvertrag, die Tendenz der Flächentarifbindung ist dabei bereits seit 1996 rückläufig (vgl. Ellguth, Kohaut 2015, S. 290). Im Jahr 2013 lag nach Daten des IAB-Betriebspanels der Anteil der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen mit tariflicher Bezahlung (71 %) deutlich über dem Durchschnitt aller Branchen in Deutschland (60 %; vgl. Darstellung E.1). Allerdings muss beachtet werden, dass dies im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich zu allen Branchen und auch zum Dienstleistungssektor in geringerem Maße durch einen festen Tarifvertrag geschieht, sondern vielmehr durch eine Orientierung an einem Tarifvertrag (41 gegenüber 30 bzw. 31 %).

Des Weiteren zeigt die Abbildung, dass die Bindung an einen Tarifvertrag mit zunehmender Betriebsgröße (Betriebsgrößeneffekt) ansteigt: In Betrieben mit mehr als 100 Beschäftigten liegt die Bindung an einen Tarifvertrag bei 54 Prozent im Vergleich zu 25 Prozent bei Betrieben unter 20 Beschäftigten.

Daneben hat die Trägerschaft durch die öffentliche Hand einen positiven Einfluss auf die Tarifbindung. Betriebe in öffentlichem Eigentum wiesen 2013 eine Tarifbindung von 60 Prozent aus, Betriebe in Privateigentum hingegen nur zu 26 Prozent. Gleiches gilt für den Zusammenhang zwischen Tarifbindung und einer Personalvertretung: Bei Vorhandensein eines Personal- oder Betriebsrats liegt die Ausstattung mit einem festen Tarifvertrag bei über 55 Prozent, ohne Personalvertretung hingegen nur bei knapp 23 Prozent. Haustarif- oder Firmentarifverträge spielen auch für das Gesundheits- und Sozialwesen eine untergeordnete Rolle.

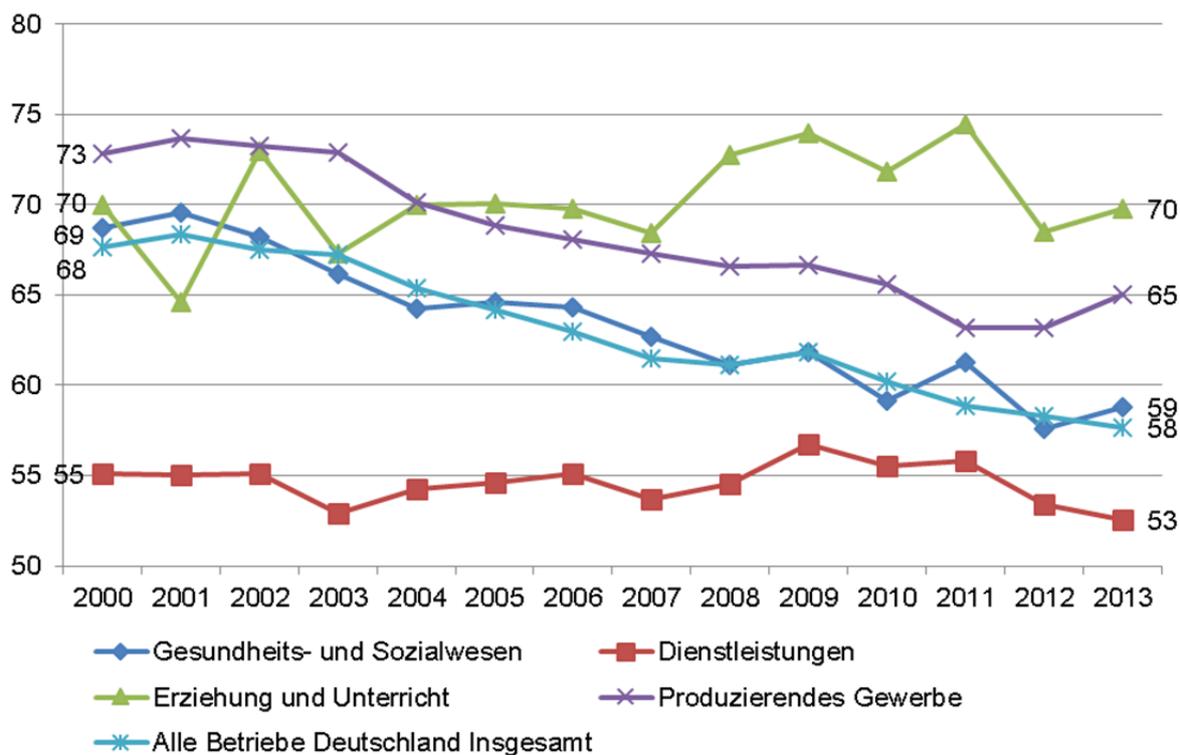
Darstellung E.1: Anteil der Betriebe mit tariflicher Bezahlung und mit Tarifbindung bzw. Tariforientierung insgesamt sowie im Gesundheits- und Sozialwesen 2013 (in Prozent)

	Insgesamt	darunter mit		
		Bindung an Tarifvertrag	Haustarif-/ Firmentarifvertrag	Orientierung an Tarifvertrag
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	60	28	2	30
Gesundheits- und Sozialwesen	71	27	3	41
Dienstleistungen	55	2	2	31
Erziehung und Unterricht	75	44	7	24
Produzierendes Gewerbe	73	41	2	31
GuS 1-19 Beschäftigte	69	25	2	43
GuS 20-99 Beschäftigte	79	34	9	35
GuS ab 100 Beschäftigte	90	54	19	17
GuS in Privateigentum	70	26	2	42
GuS in öffentlichem Eigentum	88	61	8	20
GuS in sonstigem Eigentum	74	25	9	40
GuS mit Personal-/Betriebsrat	88	56	16	17
GuS mit anderer Personalvertretung	85	38	5	41
GuS ohne Personalvertretung	67	23	2	43

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Der Anteil an Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen mit Bindung an Tarifverträge oder einem eigenen Haus- oder Firmentarif hat zwischen den Jahren 2000 und 2013 deutlich abgenommen (vgl. Darstellung E.2).

Darstellung E.2: Anteil der Beschäftigten nach Tarifbindung insgesamt, im Gesundheits- und Sozialwesen und anderen Branchen 2000 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Waren gemäß Darstellung E.2 im Jahr 2000 noch 69 Prozent der Betriebe (mit einem zwischenzeitlichen Hoch im Jahr 2001 mit 70 %) an einen Tarifvertrag gebunden, waren dies im Jahr 2013 nur noch 59 Prozent. Damit hat sich der Anteil der Beschäftigten mit Tarifrahmen in etwa auf demselben Niveau entwickelt wie der Durchschnitt aller Betriebe und Dienststellen branchenübergreifend, der 2013 bei 58 Prozent lag.

Ein besonders starker Rückgang war diesbezüglich bei kleineren und mittleren Betriebsgrößen zu beobachten. In Betrieben mit weniger als 20 Beschäftigten sanken die Anteile zwischen den Jahren 2000 und 2013 um 17,3 Prozentpunkte auf nur noch 29 Prozent, in Betrieben mittlerer Größe sogar um mehr als ein Fünftel (21,7 Prozentpunkte) auf 48 Prozent im Jahr 2013. Betriebe ab 100 Beschäftigte weisen hingegen nur einen Rückgang um 1,9 Prozentpunkte auf 80 Prozent aus. Weiterhin konzentrieren sich die Rückgänge hauptsächlich auf Betriebe in privatem Besitz mit 13,3 Prozentpunkten. Betriebe in öffentlichem oder sonstigem Eigentum hatten dagegen deutlich geringere Rückgänge zu verzeichnen (-3,6 bzw. -2,6 %).

E.2 Interessenvertretung³⁸

Die Ausstattung mit einer Interessenvertretung lag 2013 im Gesundheits- und Sozialwesen sogar über dem Durchschnitt aller Branchen in Deutschland, sowie über dem Dienstleistungssektor insgesamt (20 bzw. je 14 %), fällt jedoch gegenüber dem stark organisierten Bereich „Erziehung und Unterricht“ deutlich ab (50 %; vgl. Darstellung E.3). Im Gesundheits- und Sozialwesen sind andere Formen der Interessenvertretungen stärker vertreten als Personal- oder Betriebsräte nach Betriebsverfassungs- bzw. Personalvertretungsgesetz, was analog zum Dienstleistungssektor zu beobachten ist, jedoch im Gegensatz zum Durchschnitt aller Branchen steht.

Vergleichbar zur Ausstattung mit Tarifverträgen gestaltet sich das Vorhandensein von Interessenvertretungen hinsichtlich der Betriebsgröße: In Betrieben ab 100 Beschäftigten sind bei 89 Prozent eine Interessenvertretung vorhanden, bei 67 Prozent sogar - wie gesetzlich vorgesehen - eine Interessenvertretung durch einen Betriebs- oder Personalrat. Bei Betriebsgrößen von unter 20 Beschäftigten hingegen fällt der Anteil an anderen Interessenvertretungen auf 12 Prozent ab. Personal- oder Betriebsräte sind hier nur noch bei 3 Prozent der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen zu beobachten, was sicherlich aber auch an der höheren Zahl der tätigen Inhaberinnen und Inhaber sowie mithelfenden Familienmitglieder liegt.

Weiterhin zeigt sich, dass die Trägerschaft eines Betriebes im Gesundheits- und Sozialwesen deutliche Auswirkungen auf den Grad der Mitbestimmung durch Interessenvertretungen hat. So sind von den Betrieben in privatem Eigentum nur 17 Prozent mit einer Form der Interessenvertretung ausgestattet, einen Personal- oder Betriebsrat gibt es nur in 5 Prozent der Betriebe. Betriebe in öffentlicher Hand hingegen weisen mit 54 Prozent an anderen Interessenvertretungen und 36 Prozent an Personal- oder Betriebsräten deutlich höhere Quoten auf.

Ein Zusammenhang zwischen Interessenvertretungen und Tarifverträgen ist ebenfalls zu beobachten. Der Anteil an Betrieben mit einer Form von Interessenvertretung steigt im Gesundheits- und Sozialwesen mit der Bindung an einen Tarifvertrag bis auf 35 Prozent an, was deutlich über dem Durchschnitt von 20 Prozent im Ge-

³⁸ In der hier verwendeten Datenquelle des IAB-Betriebspanels werden unter dem Begriff Mitarbeitervertretung alle Formen der Interessenvertretung der Arbeitnehmer verstanden und nicht nur jene für den kirchlichen Bereich. Um Verwechslungen zu vermeiden, wird im Folgenden das im IAB-Betriebspanel verwendete Wort „Mitarbeitervertretung“, welches für den kirchlichen Kontext gebräuchlich ist, durchweg durch den Begriff „Interessenvertretung“ ersetzt.

sundheits- und Sozialwesen liegt. Ohne jegliche Tarifbindung fällt dieser Anteil auf 10 Prozent der Betriebe.

Darstellung E.3: Anteil der Betriebe nach Vorhandensein einer Interessenvertretung 2013 (in Prozent)

	Insgesamt	darunter mit		
		nur Betriebsrat oder Personalrat	nur anderer Form der Mitarbeitervertretung	beidem
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	14	7	6	1
Dienstleistungen	14	6	7	1
Erziehung und Unterricht	50	27	20	4
Produzierendes Gewerbe	12	7	5	0
Gesundheits- und Sozialwesen	20	7	11	1
GuS West	22	8	13	1
GuS Ost	12	6	6	0
GuS 1-19 Beschäftigte	12	3	9	0
GuS 20-99 Beschäftigte	53	24	28	2
GuS ab 100 Beschäftigte	89	66	16	6
GuS in Privateigentum	17	5	11	0
GuS in öffentlichem Eigentum	54	36	17	1
GuS in sonstigem Eigentum	32	19	10	3
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	35	18	16	2
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	15	3	12	0
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	10	3	7	0

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Knapp die Hälfte der Personen im Gesundheits- und Sozialwesen waren 2013 nach wie vor in Betrieben mit Personal- oder Betriebsrat tätig, nämlich 48 Prozent, was leicht über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 45 Prozent liegt. In tarifgebundenen Betrieben lag die Quote noch etwas höher. Vor allem die Betriebsgrößen wirken hier prägend (vgl. Darstellung E.4). Analog zur Tarifbindung steigen auch Vertretungen durch einen Personal- oder Betriebsrat mit steigender Betriebsgröße an, auch hier ist also ein Betriebsgrößeneffekt – je höher die Zahl der Beschäftigten desto eher ein Betriebs/Personalrat – nachzuweisen. In Betrieben mit weniger als 20 Beschäftigten waren 2013 nur 6 Prozent der Beschäftigten durch einen Perso-

nal- oder Betriebsrat vertreten, in Betrieben mit 100 oder mehr Beschäftigten hingegen 80 Prozent.

Auch bezüglich der Anteile der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Interessenvertretung ist ein offensichtlicher Einfluss der Trägerschaft zu erkennen: So waren 2013 nur 13 Prozent der Beschäftigten in Betrieben in Privateigentum von einem Betriebsrat vertreten, in Betrieben in öffentlichem Eigentum aber 83 Prozent von einem Personal- oder Betriebsrat.

Darstellung E.4: Anteile der Betriebe und Beschäftigten an allen Betrieben und an tarifgebundenen Betrieben 2013 (in Prozent)

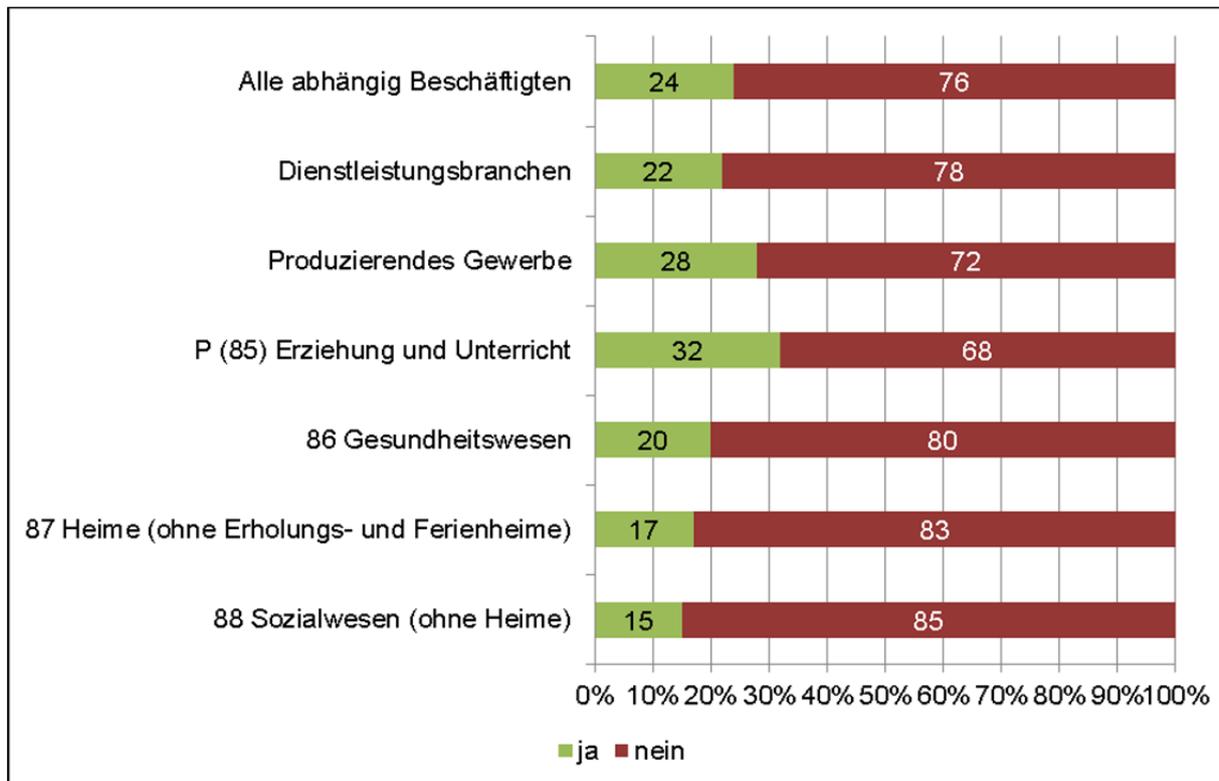
	Anteil der Betriebe mit Personal-/Betriebsrat		Anteil der Beschäftigten in Betrieben mit Personal-/Betriebsrat	
	an allen Betrieben	an tarifgebundenen Betrieben	an allen Betrieben	an tarifgebundenen Betrieben
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	8	20	45	67
Gesundheits- und Sozialwesen	8	20	48	68
Dienstleistungen	7	19	36	55
Erziehung und Unterricht	31	49	64	76
Produzierendes Gewerbe	7	13	55	72
GuS 1-19 Beschäftigte	3	7	6	12
GuS 20-99 Beschäftigte	26	45	30	48
GuS ab 100 Beschäftigte	73	79	80	85
GuS in Privateigentum	5	13	34	54
GuS in öffentlichem Eigentum	38	47	83	89
GuS in sonstigem Eigentum	22	47	71	80

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Ein Blick in die repräsentative Beschäftigtenbefragung mit dem DGB-Index Gute Arbeit 2014 zeigt: Im Gesundheits- und Sozialwesen scheint die Vertretung durch Gewerkschaften eher gering ausgeprägt (vgl. Darstellung E.5). Der Anteil derjenigen Beschäftigten, die zwischen 2012 und 2014 angaben, in einer Gewerkschaft organisiert zu sein, liegt mit 20 bzw. 15 Prozent in Gesundheits- und Sozialwesen deutlich niedriger als im bundesdeutschen Durchschnitt aller abhängig Beschäftig-

ten von 24 Prozent (bei Erziehung und Unterricht ist der Wert allerdings überdurchschnittlich und liegt bei 32 %).

Darstellung E.5: Anteil der Beschäftigten, die in Gewerkschaften organisiert sind 2012 bis 2014 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach DGB-Index Gute Arbeit.

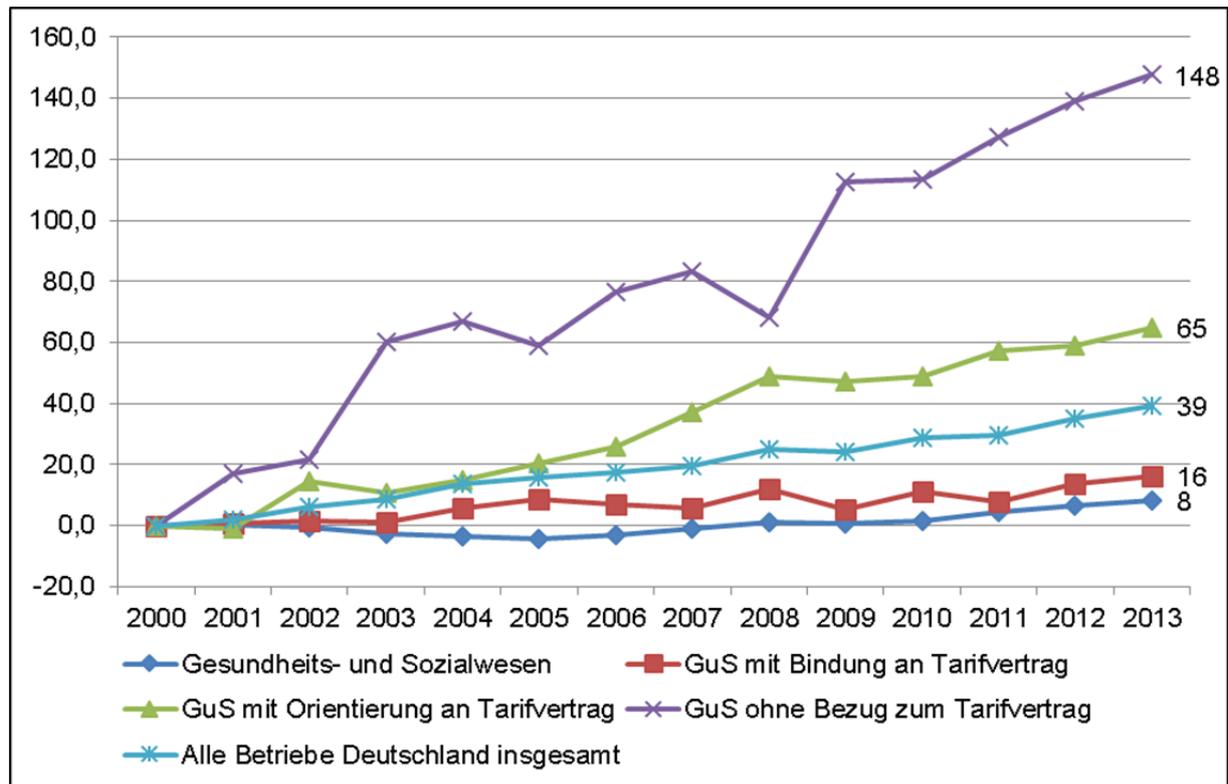
E.3 Beschäftigte und Flexibilisierung der Beschäftigung

Entwicklung der Beschäftigtenzahl

Die Auswertung des IAB-Betriebspanels zeigt, dass die Beschäftigtenzahl in Deutschland in den Jahren zwischen 2000 und 2013 um 8 Prozentpunkte angewachsen ist, im Gesundheits- und Sozialwesen sogar deutlich stärker (+39 %; vgl. hierzu auch Ausführungen zu den Darstellungen B.1 und B.2 im Abschnitt B.1). Dies bestätigt die Einschätzung vieler Experten, dass der Gesundheits- und Sozialsektor eines der wichtigsten Beschäftigungs- und Wachstumfelder in Deutschland ist. Bei der Betrachtung nach Betrieben mit oder ohne Tarifbindung zeigen sich noch deutlichere Unterschiede (vgl. Darstellung E.6). So macht sich der Zuwachs der Beschäftigtenzahlen vor allem in Betrieben ohne Bezug zu einem Tarifvertrag mit 148 Prozentpunkte am deutlichsten bemerkbar. Betriebe mit Orientierung an

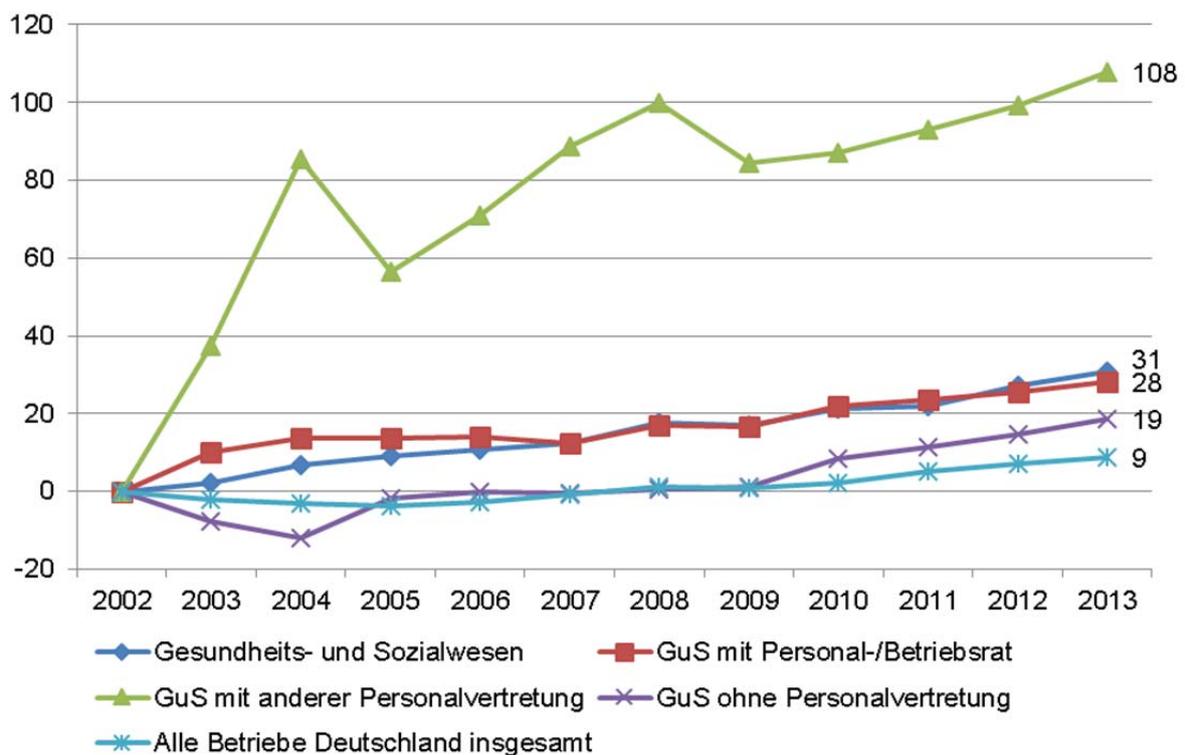
Tarifverträgen konnten einen Anstieg der Beschäftigtenzahlen um 65 Prozentpunkte verzeichnen, Betriebe mit Tarifbindung noch 16 Prozentpunkte. Dies hängt mit dem Befund zusammen, dass der Anstieg der Beschäftigtenzahlen vermehrt in Betrieben mit kleinerer Größe zu beobachten ist.

Darstellung E.6: Entwicklung der Beschäftigtenzahlen insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (Indexwerte 2000=100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Darstellung E.7: Entwicklung der Beschäftigtenzahlen insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretung 2002 bis 2013 (Indexwerte 2002=100)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Die meisten Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen waren 2013 in Betrieben mit einem Personal- oder Betriebsrat beschäftigt. Der Zuwachs an Beschäftigten belief sich dabei mit 28,1 Prozentpunkten zwischen 2002 und 2013 in Betrieben mit Personalvertretung nur knapp unter dem Schnitt im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt. Betriebe ohne jegliche Interessenvertretung wuchsen im selben Zeitraum hingegen mit 19 Prozentpunkten vergleichsweise schwach an. Der deutlich größte Zuwachs wiederum konnte in Betrieben mit anderer Personalvertretung beobachtet werden, der sich 2013 im Vergleich zu 2002 auf 108 Prozentpunkte belief (vgl. Darstellung E.7). Trotzdem waren in Betrieben mit anderer Personalvertretung 2013 nur knapp halb so viele Personen beschäftigt, wie in Betrieben mit Personal- oder Betriebsrat.

Flexibilisierung der Beschäftigung³⁹

Der Anteil der flexibel Beschäftigten, also der Anteil atypisch Beschäftigter an allen Beschäftigten, ist im Gesundheits- und Sozialwesen mit 60 Prozent im Vergleich zum Durchschnitt aller Branchen (39 %) deutlich erhöht (vgl. Darstellung E.8; bzw. Abschnitt B.3). Selbiges gilt auch für die Vergleiche zum Dienstleistungssektor

³⁹ Zum Thema Flexibilisierung in der Pflege: Bräutigam, C. u. a. (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Arbeitspapier 215, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

(52 %) und dem Bereich Erziehung und Unterricht (58 %). Diese Tatsache speist sich stark aus dem hohen Aufkommen an substantziellen Teilzeitbeschäftigten.

Die Bindung oder Orientierung an einen Tarifvertrag scheint dabei im Gesundheits- und Sozialwesen eher geringen Einfluss auf den Grad der Flexibilisierung der Beschäftigten zu haben. Mit Tarifbindung beträgt dieser 61 Prozent, mit Tariforientierung und ohne jegliche Tarifbindung jeweils 58 Prozent. Lediglich die Verteilung von klassischen Teilzeit- und Mini-Jobs schwankt hier deutlicher. Unter den Beschäftigten mit Tarifbindung sind vergleichsweise mehr Menschen in Teilzeit tätig als in einer geringfügigen Beschäftigung. Dies ist wohl dem Zusammenhang von Tarifbindung und Betriebsgröße geschuldet.

Darstellung E.8: Flexibilisierungsgrad* der Beschäftigten und sonstige Nicht-Standard-Beschäftigte nach verschiedenen Branchen und Tarifbindung 2013 (in Prozent)

	Flexibilisierungsgrad	Anteil Teilzeitbeschäftigter	darunter			Anteil Midi-Jobs (Vollzeit)	Anteil befristeter Beschäftigter	Leiharbeiter
			Anteil Mini-Jobs	Anteil Midi-Jobs (Teilzeit)	"klassische" Teilzeit			
Gesundheits- und Sozialwesen	60	49	13	4	32	0	11	1
Dienstleistungen	52	40	17	4	19	0	12	1
Erziehung und Unterricht	58	40	7	3	30	0	18	0
Produzierendes Gewerbe	20	12	6	1	5	0	4	4
Alle Branchen Deutschland insg.	39	29	12	3	14	0	8	2
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	61	49	9	3	37	0	12	1
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	58	49	17	5	28	0	9	0
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	58	48	18	5	25	0	10	0
GuS mit Personal-/ Betriebsrat	63	48	8	3	38	0	13	1
GuS mit anderer Personalvertretung	62	51	12	4	36	0	11	0
GuS ohne Personalvertretung	55	47	19	5	23	1	7	0

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

* ‚Flexibilisierungsgrad‘ nach IAB-Betriebspanel: Anteil der Teilzeit, inkl. Midi-Teilzeit- und Mini-Jobs, plus Vollzeit-Midi-Jobs plus Befristete plus Leiharbeit an allen Beschäftigten.

Betriebe mit Personal- oder Betriebsräten bzw. sonstigen Personalvertretungen wiesen 2013 hierbei einen höheren Flexibilisierungsgrad auf (63 bzw. 62 %) als Betriebe ohne Personalvertretung (55 %). Analog zur Tarifbindung zeigte sich wieder eine Konzentration von klassischer Teilzeit in Betrieben mit Personalvertretungen bzw. von Mini-Jobs in Betrieben ohne Personalvertretung. Es liegt nahe, diese Unterschiede am Zusammenhang zwischen dem Organisationsgrad eines Betriebes und der Betriebsgröße festzumachen.

Dass die Flexibilisierung der Beschäftigung in den letzten Jahren stetig angewachsen ist, zeigt Darstellung E.9. Während im Durchschnitt aller Branchen zwischen den Jahren 2003 und 2013 „nur“ ein Anstieg von 9 Prozentpunkten zu verzeichnen ist, fällt dieser im Gesundheits- und Sozialwesen mit 12 Prozentpunkten merklich höher aus. Dabei scheint die Tarifbindung eine Rolle zu spielen: Mit Bindung an einen Flächen- oder Branchentarifvertrag ist im selben Zeitraum ein Anstieg von 14 Prozentpunkten beobachtbar, mit Tariforientierung noch 8 Prozentpunkte. Ohne jegliche Tarifbindung belief sich der Anstieg der Flexibilisierung bis zum Jahr 2013 auf leicht erhöhte 14 Prozentpunkte. Des Weiteren weisen hier die großen Betriebe und Betriebe im öffentlichen Eigentum (jeweils +15 %) die jeweils höchsten Zuwachsraten und somit einen erheblichen Einfluss auf. Dies erklärt auch, dass in Betrieben mit Interessenvertretungen höhere Zuwachsraten zu verzeichnen sind als in solchen ohne.

Darstellung E.9: Anteil Nicht-Standard-Beschäftigungsverhältnisse an allen Beschäftigten nach Tarifbindung 2003 und 2013 (in Prozent)

	2003	2013	Veränderung
Gesundheits- und Sozialwesen	48	60	12
Dienstleistungen	42	52	10
Erziehung und Unterricht	48	58	10
Produzierendes Gewerbe	15	20	6
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	29	39	9
GuS 1-19 Beschäftigte	46	51	6
GuS 20-99 Beschäftigte	51	64	13
GuS ab 100 Beschäftigte	48	63	15
GuS in Privateigentum	47	59	12
GuS in öffentlichem Eigentum	48	63	15
GuS in sonstigem Eigentum	53	60	7
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	48	61	14
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	50	58	8
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	44	58	14
GuS mit Personal-/Betriebsrat	49	63	14
GuS mit anderer Personalvertretung	51	62	12
GuS ohne Personalvertretung	46	55	9

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

E.4 Entlohnung und Arbeitszeit

Lohnentwicklung

Wie im Kapitel B gezeigt, liegen die durchschnittlichen Löhne und Gehälter im Gesundheits- und Sozialwesen unterhalb des Durchschnitts aller Branchen. Das spiegelt aber noch nicht den geringeren Anteil von Beschäftigten für einfache Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen wider.

Das Vorhandensein eines Tarifvertrags oder auch die Orientierung an einem solchen wirkt sich nach den Daten des IAB-Betriebspanels positiv auf die Lohnentwicklung aus (vgl. Darstellung E.10).⁴⁰ Die Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen **mit Tarifbindung** liegen in der monatlichen Entlohnung im Jahr 2013 wenigstens über dem Durchschnitt aller deutschen Branchen (3.020 bzw. 2.936 Euro), wohingegen sie bis zum Jahr 2009 sogar noch unter diesem rangierten (2.352 bzw.

⁴⁰ Vgl. hierzu auch das Ergebnis des Projekts Lohnspiegels – Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank in: Bispinck, R. u.a. (2013).

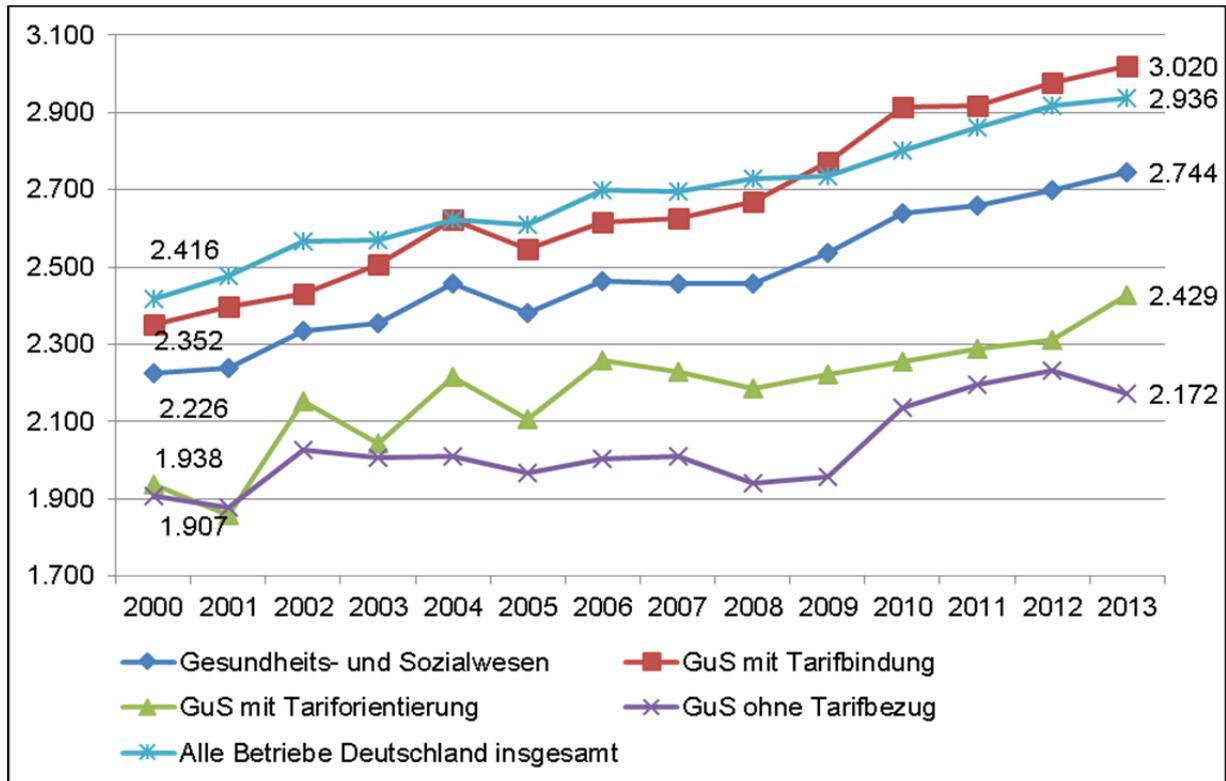
2.416 Euro). Dies entspricht einem etwas höheren Zuwachs von 23 Prozent (alle Branchen +22 %) seit dem Jahr 2000 (vgl. Darstellung D.1). Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass es im Gesundheits- und Sozialwesen etwas weniger Beschäftigte mit einfachen Tätigkeiten gibt, als im Durchschnitt aller Betriebe. Es gibt zwar (vgl. Darstellung B.20) gleichzeitig auch etwas weniger abhängig Beschäftigte mit (Fach-) Hochschulabschluss. Unter diesen finden sich aber nicht wenige (z. B. Chefärzte), die mit ihren Gehältern das errechnete Durchschnittsgehalt je Vollzeitäquivalent nach oben ziehen. Eigentlich wäre – schon länger bzw. deutlicher – ein größerer Vorsprung des Sozial- und Gesundheitswesens bei der Entlohnung vor dem Durchschnitt aller Branchen zu erwarten gewesen – von der vielbeschworenen größeren gesellschaftlichen Anerkennung, die von allen Seiten (zumindest verbal) gefordert wird, mal ganz abgesehen.

Außerdem ist unbedingt zu beachten, dass die Lohnentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen **generell** nicht so günstig ist: Sie entwickelt sich, wie erwähnt, zwar seit 2000 etwas besser als im Schnitt aller Branchen, aber auf deutlich niedrigerem Niveau.

Auch die **Orientierung an einem Tarifvertrag** zeigt im Gesundheits- und Sozialwesen deutlichen Einfluss auf die Löhne: Solche Betriebe verzeichnen mit 2.429 Euro einen Zuwachs von 25 Prozentpunkten zwischen den Jahren 2000 und 2013 und somit eine höhere Zuwachsrate als das Mittel aller Betriebe. Sie liegen aber in der realen Entlohnung klar niedriger als der Durchschnitt.

Ebenso deutlich zeigt die Lohnentwicklung in Betrieben **ohne Tarifbezug** aber in die entgegengesetzte Richtung. Im Jahr 2000 war bereits ein Lohnunterschied zum Durchschnitt im Gesundheits- und Sozialwesen von 319 Euro zu verzeichnen. Dieser ist bis zum Jahr 2013 auf 572 Euro angewachsen, was einer im Vergleich geringen Zuwachsrate von 14 Prozentpunkten entspricht (vgl. zur Einkommensentwicklung auch den Abschnitt D.1).

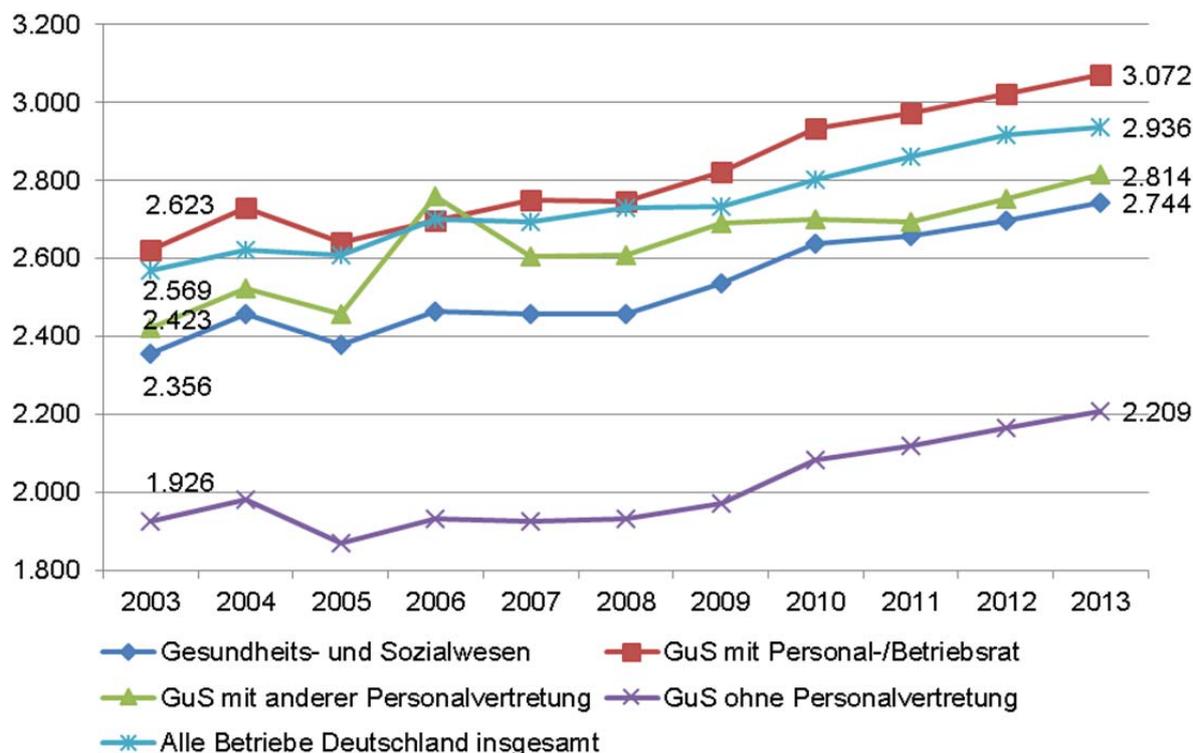
Darstellung E.10: Entwicklung der Löhne je Vollzeitäquivalent aller Branchen und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (in Euro/Monat)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Darstellung E.11 zeigt, dass sich auch das Vorhandensein eines Betriebs- oder Personalrates positiv auf die Entwicklung der Löhne im Gesundheits- und Sozialwesen auswirkt.

Darstellung E.11: Entwicklung der Löhne je Vollzeitäquivalent aller Branchen und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretungen 2003 bis 2013 (in Euro/Monat)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Darstellung E.11 zeigt, dass in Betrieben, in denen die Beschäftigten durch einen Betriebs- oder Personalrat vertreten werden, die monatliche Entlohnung überproportional stark anstieg. Bereits im Jahr 2003 lagen hier die Löhne über dem bundesdeutschen Durchschnitt (2.623 bzw. 2.569 Euro). Mit einer Zuwachsrate von 17 Prozentpunkten bis in das Jahr 2013 konnten sich diese Betriebe noch weiter gegenüber dem Durchschnitt absetzen (3.072 bzw. 2.936 Euro), welcher im selben Zeitraum einen geringeren Zuwachs von 14 Prozentpunkten verzeichnet.

Gleiches gilt für Betriebe mit anderer Personalvertretung, welche immerhin noch einen Zuwachs von 16 Prozentpunkten zwischen den Jahren 2003 und 2013 ausweisen. Allerdings liegen die realen Monatslöhne in solchen Betrieben mit monatlich 2.814 Euro nach wie vor unter dem Durchschnitt aller Branchen; branchenintern liegt der Durchschnitt bei niedrigeren 2.744 Euro. Abgeschlagen und über 500 Euro unter dem Branchendurchschnitt rangieren die Betriebe ohne jegliche Interessenvertretung. Diese erreichten zwischen den Jahren 2003 und 2013 mit 15 Prozentpunkten Zuwachsraten, welche ca. im deutschen Gesamtdurchschnitt aller Betriebe anzusiedeln sind.

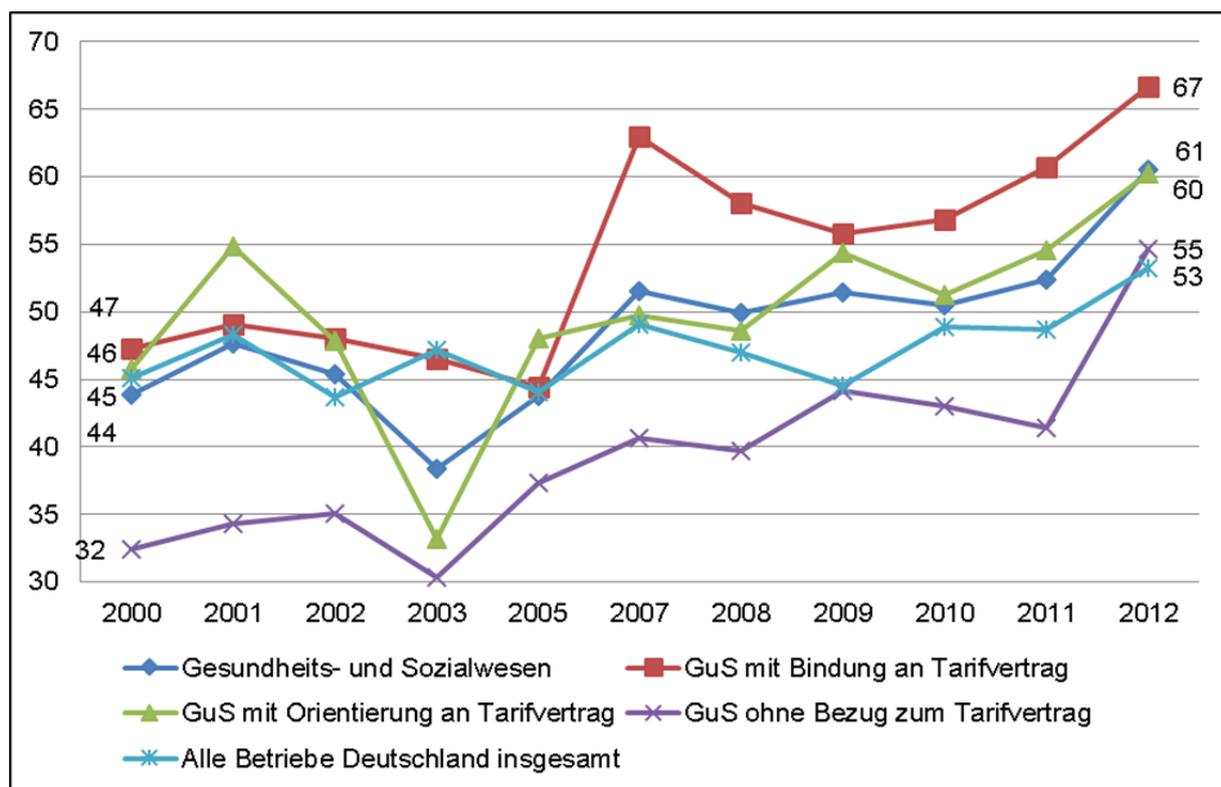
Arbeitszeit/Überstunden

Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen weisen überdurchschnittlich häufig geleistete Überstunden auf (vgl. Darstellung E.12). Der durchschnittliche Anteil aller

Betriebe mit Überstunden beläuft sich auf 53 Prozent, im Gesundheits- und Sozialwesen sind es 61 Prozent (hierbei sind nicht erfasste Überstunden, welche im Gesundheits- und Sozialwesen häufig vorzufinden sind, noch gar nicht berücksichtigt).

Einen deutlichen Anteil an der Verteilung von Überstunden scheint die tarifliche Bindung im Gesundheits- und Sozialwesen zu haben. In Betrieben mit Tarifbindung lag 2012 der Überstundenanteil mit 67 Prozent am höchsten, in Betrieben ohne Tarifbindung waren noch 55 Prozent zu beobachten. Allerdings entwickelten sich die Anteile von Betrieben mit Überstunden zwischen 2000 und 2012 unterschiedlich stark. So stieg der Anteil in Betrieben ohne Tarifbindung deutlich am stärksten an (um +23 %), während in Betrieben mit Tarifbindung bzw. Tariforientierung niedrigere Zuwächse zu verzeichnen waren (um +18 bzw. +14 %).

Darstellung E.12: Anteil der Betriebe mit Überstunden* an allen Betrieben nach Tarifbindung 2000 bis 2012 (in Prozent)



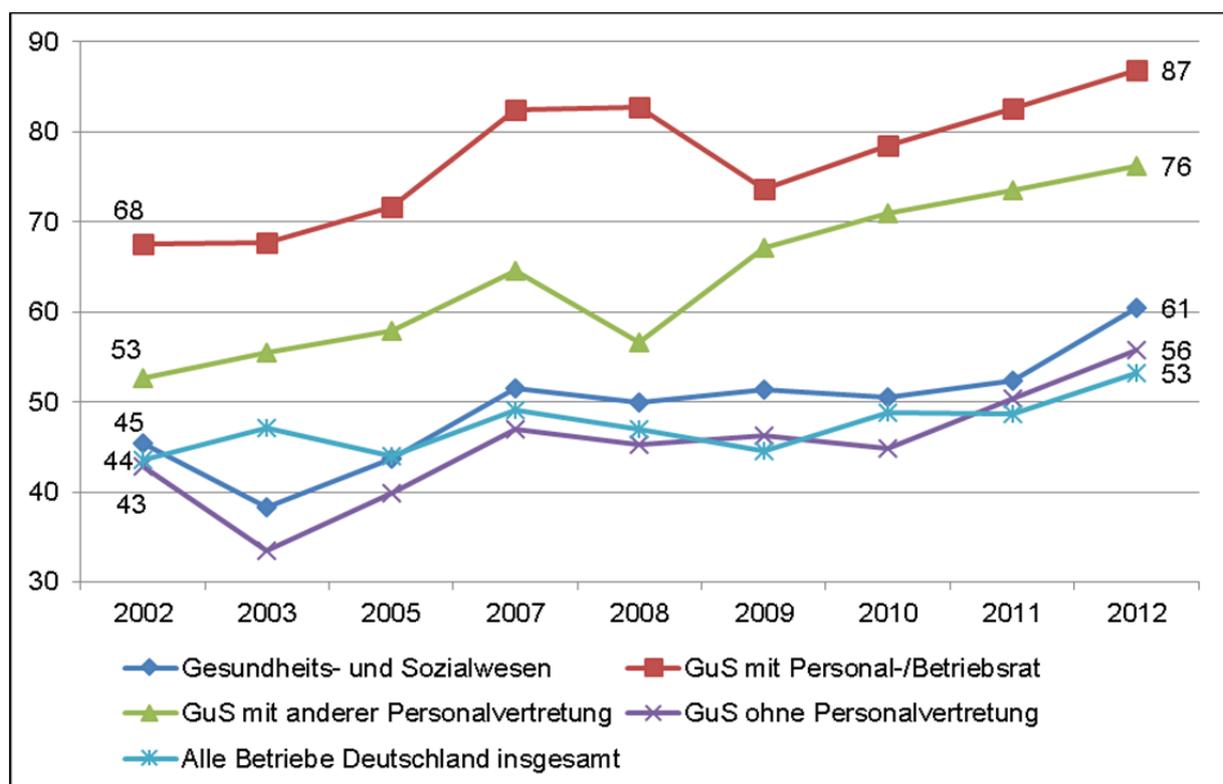
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

* Diese Daten beinhalten keine nicht erfassten Überstunden

Bei vorhandenem Betriebs- oder Personalrat rangieren die Anteile der Betriebe mit Überstunden 2013 auch auf eher hohem Niveau, wenn ein Betriebs- oder Personalrat vorhanden war (vgl. Darstellung E.13). 87 Prozent dieser Betriebe verzeichneten

Überstunden, Betriebe ohne Personalvertretung hingegen nur 56 Prozent. Betriebe mit sonstiger Personalvertretung wiesen 76 Prozent aus. Der Entwicklungstrend zeigt, dass Betriebe mit sonstiger Personalvertretung zwischen 2002 und 2012 den stärksten Zuwachs an Überstunden zu verzeichnen hatten (+23 %), Betriebe mit Betriebs- oder Personalrat und Betriebe ohne Personalvertretung lagen hierbei niedriger (+19 bzw. +13 %).

Darstellung E.13: Anteil der Betriebe mit Überstunden an allen Betrieben nach Interessenvertretung 2002 bis 2012 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Wie aus Darstellung E.14 zu entnehmen ist, sind Beschäftigte, welche in Betrieben mit Tarifbindung und Personal- oder Betriebsrat tätig sind, aber nicht nur häufiger von Überstunden betroffen, sondern auch deutlich besser mit Arbeitszeitkonten ausgestattet.

Darstellung E.14: Verbreitung von Überstunden 2012 und Arbeitszeitkonten 2013 (in Prozent)				
	Betriebe mit Überstunden	Beschäftigte in Betrieben mit Überstunden	Betriebe mit Regelungen zu Arbeitszeitkonten	Beschäftigte mit vorhandenen Arbeitszeitkonten
	Anteil an Betrieben	Anteil an Beschäftigten	Anteil an allen Betrieben	Anteil an Beschäftigten
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	53	78	38	58
Gesundheits- und Sozialwesen	61	82	44	53
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	67	86	52	57
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	60	79	44	46
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	55	75	37	50
GuS mit Personal-/Betriebsrat	87	91	73	59
GuS mit anderer Personalvertretung	76	88	70	63
GuS ohne Personalvertretung	56	69	38	41
Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.				
<p>Gemäß Darstellung E.14 war über die Hälfte der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen mit Tarifbindung (52 %) immerhin mit Regelungen zu Arbeitszeitkonten ausgestattet, was 57 Prozent der Beschäftigten entspricht. Mit bloßer Orientierung oder ganz ohne Bezug zu einem Tarifvertrag sanken diese Anteile dagegen deutlich ab.</p> <p>Ähnlich verhält es sich betreffend Interessenvertretungen: Nahezu drei Viertel (73 %) der Betriebe weisen Regelungen zu Arbeitszeitkonten aus, wenn ein fester Personal- oder Betriebsrat vorhanden war, 70 Prozent mit anderer Vertretung. Ohne Personalvertretung sinkt dieser Wert auf nur 38 Prozent. Übersetzt auf die Beschäftigten waren mit festem Personal- oder Betriebsrat deutlich mehr Beschäftigte mit Arbeitszeitkonten versehen (59 bzw. 63 %) als ohne Personalvertretung (41 %).</p>				

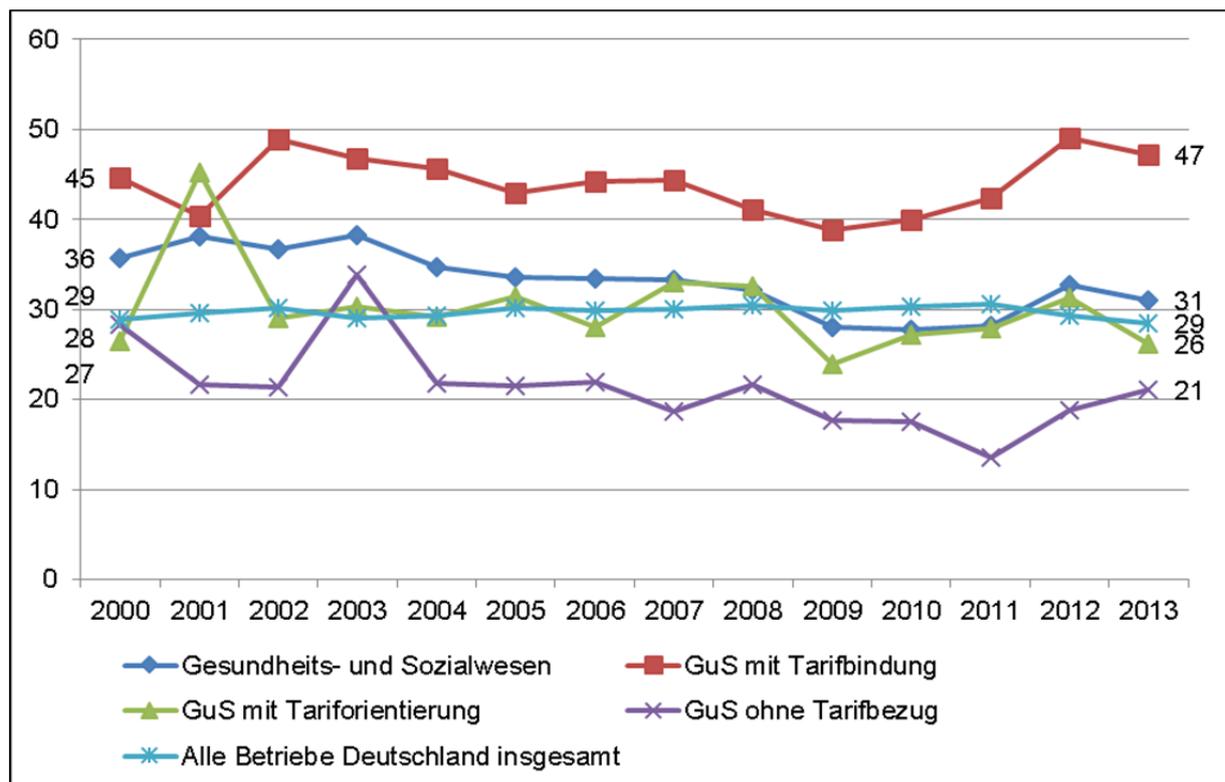
E.5 Personalpolitik

Ausbildende Betriebe

Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen. so zeigen die Daten des IAB-Betriebspanels (vgl. Darstellung E.15), weisen eine etwas höhere Ausbildungsquote im Vergleich zum Durchschnitt aller deutschen Betriebe aus (31 bzw. 29 %). Dies liegt vor allem an den Betrieben mit Tarifbindungen. So belief sich der Anteil der ausbildenden Betriebe in dieser Kategorie im Jahr 2013 auf 47 Prozent, was einem Zuwachs von 2 Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2000 entspricht. Betriebe mit Tariforientierung bzw. Betriebe ohne Tarifbezug hingegen zeigten 2013 niedrigere

Anteile mit 26 bzw. 21 Prozent. Besonders für Betriebe ohne tarifliche Bindung bedeutete dies einen deutlichen Rückgang seit dem Jahr 2000, nämlich um -7 Prozentpunkte.

Darstellung E.15: Anteil der ausbildenden Betriebe an allen Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Tarifbindung 2000 bis 2013 (in Prozent)

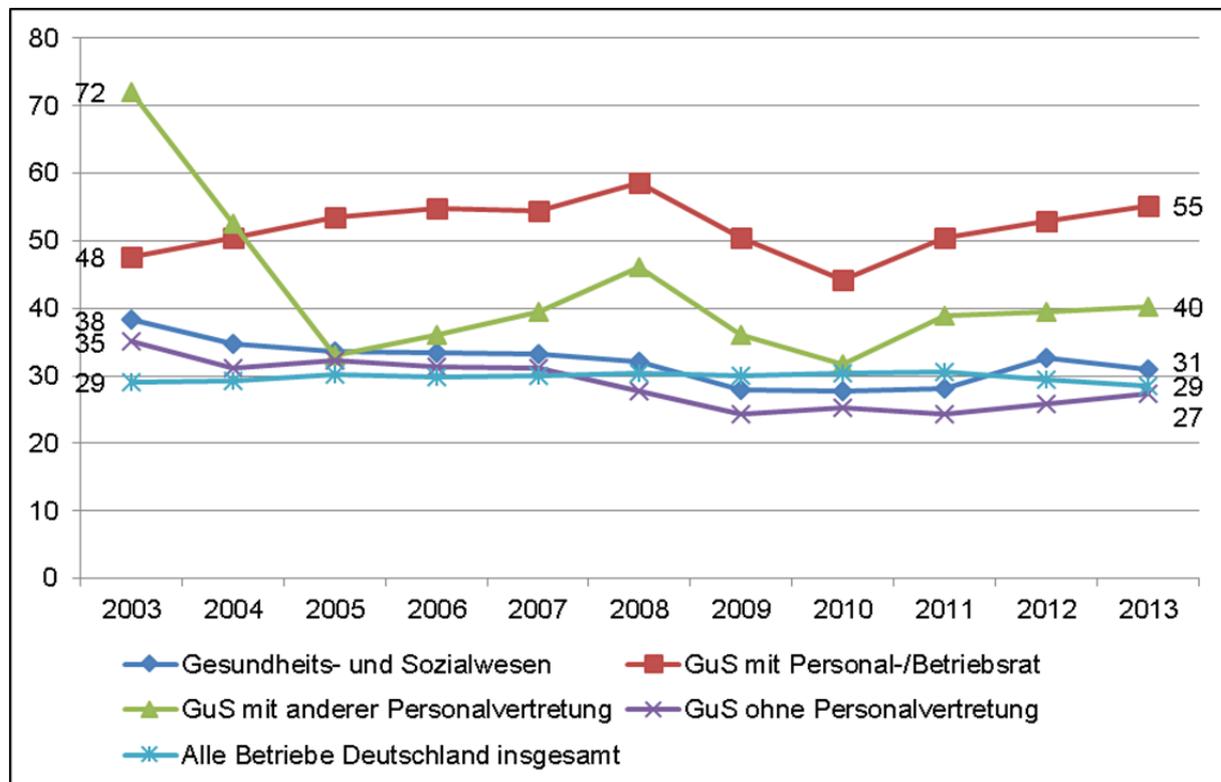


Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Gleiches ist bezüglich Interessenvertretungen zu beobachten (vgl. Darstellung E.16). In Betrieben mit festem Personal- oder Betriebsrat waren im Jahr 2013 55 Prozent ausbildende Betriebe zu beobachten, was dem höchsten diesbezüglichen Wert gleichkommt. Betriebe mit anderer Personalvertretung bzw. ohne Personalvertretung kommen hier nur auf 40 bzw. 27 Prozent. Für den Zeitraum zwischen 2003 und 2013 bedeutet dies, dass lediglich die Betriebe mit festem Personal- oder Betriebsrat einen Anstieg des Anteils hinsichtlich der Bereitstellung von Ausbildungsplätzen zu verzeichnen hatten, nämlich um 7 Prozentpunkte. Selbiger Wert nahm im gleichen Zeitraum bei Betrieben ohne Personalvertretung hingegen um - 8 Prozentpunkte ab. Bei Betrieben mit anderer Personalvertretung war die Reduzierung des Anteils seit 2003 sogar noch deutlicher: eine Abnahme um

32 Prozentpunkte ist – zwischenzeitlich mit starken Schwankungen - zu beobachten.

Darstellung E.16: Anteil der ausbildenden Betriebe an allen Betrieben insgesamt und im Gesundheits- und Sozialwesen nach Interessenvertretung 2003 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Weiterbildungsmaßnahmen liegen im Gesundheits- und Sozialwesen klar über dem bundesdeutschen Durchschnitt - sowohl hinsichtlich des Anteils der ausbildenden Betriebe, als auch hinsichtlich des Anteils an Beschäftigten in Weiterbildung (vgl. Darstellung E.17).

Darstellung E.17: Anteile von Betrieben mit Weiterbildungsförderung und Anteile der Beschäftigten in Weiterbildung 2013 (in Prozent)

	Anteil Weiterbildung Betriebe/Dienststellen	Anteil Beschäftigte in Weiterbildung
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	52	32
Gesundheits- und Sozialwesen	80	43
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	87	41
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	80	47
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	73	45
GuS mit Personal-/Betriebsrat	97	39
GuS mit anderer Personalvertretung	91	47
GuS ohne Personalvertretung	77	47

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Hinsichtlich Tarifbindung der Betriebe zeigt Darstellung E.17, dass eine Bindung an den Tarifvertrag zwar einen höheren Anteil an Betrieben bedeutet, welche ihre Beschäftigten weiterbilden, jedoch der Anteil der Beschäftigten, welche von solchen Maßnahmen profitieren, dann sogar am niedrigsten liegt (41 %). Betriebe mit Orientierung an einem Tarifvertrag oder ohne Tarifbindung weisen höhere Weiterbildungsquoten der Beschäftigten aus (47 bzw. 45 %).

Analog fällt die Betrachtung der Betriebe und Beschäftigten zwecks betrieblicher Weiterbildung nach Interessenvertretungen aus. Zwar bilden Betriebe mit festen Personal- oder Betriebsrat ihre Beschäftigten häufiger weiter als Betriebe mit anderer Personalvertretung oder ohne Personalvertretung. Doch hinsichtlich des Anteils an Beschäftigten zeigen auch hier die Zahlen etwas anderes. In Betrieben ohne Interessenvertretung kamen 47 Prozent der Beschäftigten in den Genuss betrieblicher Weiterbildung, bei Betrieben mit Personal- oder Betriebsrat nur noch 39 Prozent. Betriebe mit anderer Personalvertretung führen hier das Feld an, mit 47 Prozent.

Hinsichtlich der Chancengleichheit betrieblicher Weiterbildung scheinen das Vorhandensein von Tarifbindung sowie Interessenvertretungen einen positiven Effekt zu erzielen – allerdings muss dazu das Qualifikationsniveau der Beschäftigten mit in Betracht gezogen werden, denn generell gilt: je höher das Qualifikationsniveau, desto eher wird in Weiterbildung investiert (vgl. Darstellung E.18). In Betrieben ohne Tarifbindung ist die Weiterbildungsquote unter Beschäftigten mit Hochschulabschluss mit 74 Prozent deutlich höher als die Quote unter Beschäftigten für einfache Tätigkeiten mit 38 Prozent. Diese Diskrepanz gleicht sich bei vorhandener Tarifbin-

derung eher an, weist aber immer noch deutliche Unterschiede auf (50 bzw. 32 %). Wobei die Weiterbildungsquoten mit Tarifbindung bzw. Tariforientierung jeweils hinter den Quoten in Betrieben ohne Tarifbindung zurückbleiben.

Ähnliche Beobachtungen lassen sich auch bezüglich der Weiterbildungsquoten gemäß Unterscheidung nach Interessenvertretung machen. In Betrieben ohne Personalvertretung nehmen ganze 96 Prozent der Beschäftigten mit Hochschulabschluss an Weiterbildungen teil, Beschäftigte für einfache Tätigkeiten hingegen nur zu 35 Prozent. Auch hier zeigte sich, dass die Abstände in Betrieben mit Personal- oder Betriebsrat zwar insgesamt kleiner sind, die Weiterbildungsquoten aber auch jeweils niedriger (48 bzw. 29 %).

Darstellung E.18: Weiterbildungsquoten nach Qualifikationsgruppen 2013 (in Prozent)

	Beschäftigte für einfache Tätigkeiten	Beschäftigte mit Berufsausbildung	Beschäftigte mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss
Alle Betriebe Deutschland insgesamt	16	39	45
Gesundheits- und Sozialwesen	34	50	58
GuS mit Bindung an Tarifvertrag	32	47	50
GuS mit Orientierung an Tarifvertrag	35	56	71
GuS ohne Bezug zum Tarifvertrag	38	54	74
GuS mit Personal-/Betriebsrat	29	44	48
GuS mit anderer Personalvertretung	42	54	48
GuS ohne Personalvertretung	35	58	96

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

E.6 Zusammenfassung

Im Zuge der Betrachtung ausgewählter Ergebnisse des IAB-Betriebspanels lassen sich die Wichtigkeit von Tarifverträgen bzw. Formen der Interessenvertretung im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich ablesen. Gerade größere Betriebe, welche sich meist in öffentlicher Hand befinden, sehen sich einer Mehrbelastung und womöglich größerem Wettbewerb durch den Druck der privatwirtschaftlichen Konkurrenz ausgesetzt (vgl. zu diesen Entwicklungen im Krankenhaus- und Pflegebereich

die Abschnitte F.2 und F.3). Dies lassen die erhöhten Flexibilisierungstendenzen und die geleisteten Überstunden vermuten. Gleichzeitig ist aber auch hier der Organisationsgrad am größten. Die Mitarbeiter verfügen über höhere Löhne und mehr Mitspracherechte in Form von Betriebs- oder Personalräten oder beispielsweise Arbeitszeitkonten. Hier schneiden öffentliche im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Trägern weit überdurchschnittlich ab.

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist stark geprägt durch kirchliche Träger. Das hat zur Folge, dass in diesem Bereich ein – umstrittenes – kirchliches Sonderarbeitsrecht gilt, häufig auch als 3.Weg bezeichnet. Dieser Weg ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- In der Regel kein Abschluss von Tarifverträgen mit Gewerkschaften, stattdessen auf kirchenrechtlicher Basis tätige Arbeitsrechtliche Kommissionen.
- Die betrieblichen Interessenvertretungen arbeiten auf Grundlage von durch Kirchenrecht erlassenen Mitarbeitervertretungsgesetzen bzw. Mitarbeitervertretungsordnungen. Die Geltung des Betriebsverfassungsgesetzes ist für Kirchenbetriebe nach § 118 Abs.2 BetrVG. ausgeschlossen. Die Rechte der Mitarbeitervertretungen sind verglichen mit Betriebsräten von minderer Rechtsqualität.
- Die Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen unterliegen besonderen, erhöhten Loyalitätspflichten: Austritt aus der Kirche, gleichgeschlechtliche Partnerschaften, Wiederverheiratung u.ä. werden häufig arbeitsrechtlich sanktioniert.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Zahlen legen durchaus den Schluss nahe, dass die Gewährung voller Arbeitnehmerrechte auf dem kirchlichen Sektor die Lage der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt auf ein deutlich höheres Niveau heben könnte.

F. Branchenstrukturen/Strukturwandel

F.1 Wandlungsphänomene

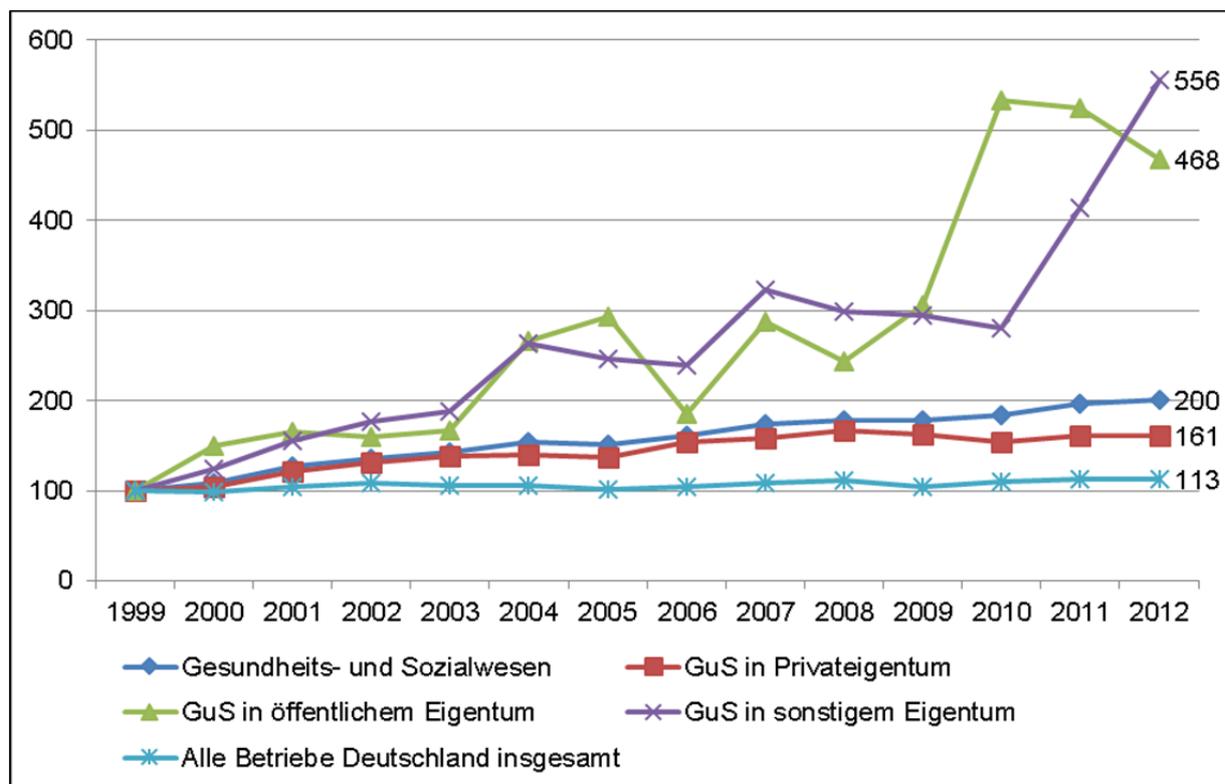
Das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen, das zeigen die bisherigen Ausführungen in dieser Branchenanalyse ganz deutlich, ist geprägt von einem starken Strukturwandel. Wie gezeigt werden konnte, löst das Gesundheits- und Sozialwesen wohl keine neue „lange Welle der Konjunktur“ im Sinne der innovationsgetriebenen „Kondratieff-Zyklen“ (lange durch Innovationen, z. B. durch die Dampfmaschine, ausgelöste Phasen des Wirtschaftswachstums) aus. Doch zeigen sich trotzdem Entwicklungen, die Anhaltspunkte dafür geben, dass sich das Gesundheits- und Sozialwesen, nicht als homogener Monolith, vielmehr in den verschiedenen Teilbranchen auf unterschiedlichste Art und Weise in einem dynamischen Veränderungsprozess befindet.

Die Zahl der Beschäftigten ist seit 1999 im Gesundheits- und Sozialwesen beständig angestiegen (ob nun Altenpflegerinnen und Altenpfleger inkl. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Gesundheits-/Krankenschwestern und Krankenpfleger oder Erzieherinnen und Erzieher) (vgl. Darstellung B.5 im Abschnitt B.1). Dieser Anstieg ist aber keineswegs alleine demografiebedingt, sondern hat mit ökonomischen sowie politischen und hierbei auch mit – das zeigt der Bundesländervergleich in Darstellung B.6 – regionalen Rahmenbedingungen zu tun (vgl. Dahlbeck, Hilbert 2014). Zugleich ist das traditionell von hohen Frauenanteilen gekennzeichnete Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich stark von sogenannten atypischen Beschäftigungsverhältnissen und Outsourcing (Tätigkeit als externe Dienstleisterinnen und Dienstleister) geprägt (vgl. Darstellung B.10 in Abschnitt B.3). Die Untersuchungsbefunde zeigen zum Beispiel, dass in der Gesamtwirtschaft in Deutschland weibliche Beschäftigte branchenübergreifend überdurchschnittlich von dem Beschäftigungsaufbau der vergangenen Jahre profitieren konnten. Grund hierfür waren starke Impulse vor allem aus dem frauendominierten Dienstleistungsbereich und dabei insbesondere von der Gesundheitswirtschaft. Parallel ist jedoch auch ein Anstieg atypischer und prekärer Beschäftigung erkennbar, auch wenn dieser aktuell eher abgeflacht ist. Steigende Teilzeitquoten sind bei Frauen generell, aber besonders im Gesundheits- und Sozialwesen offenkundig (vgl. Becka, Evans 2014, S. 2). Auch in der widersprüchlichen Thematik „Fachkräftemangel“ konnte in Darstellung B.22 im Abschnitt B.6 dargelegt werden, dass sich in verschiedenen Berufen des

Gesundheits- und Sozialwesen Engpässe verfestigen (vgl. Dummert u. a. 2014, S. 9).

In Darstellung F.1 ist die in Abschnitt C.1 bereits beschriebene Umsatzentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen zu erkennen, die zwischen 1999 und 2012 stärker ausgeprägt ist als im Durchschnitt aller Branchen in Deutschland. Besonders deutlich wird diese Entwicklung bei den Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich entweder in sonstigem Eigentum (die Mehrheitsverhältnisse sind nicht bekannt) oder in öffentlichem Eigentum befinden. Hier schlagen vor allem die Entwicklungen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu Buche. Seit 1999 ist hier der Umsatz um das fast 4,7-Fache angestiegen (bei sonstigem Eigentum sogar um das 5,6-Fache). 87 Prozent der Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens befinden sich im Privateigentum (z. B. viele Arzt- und Zahnarztpraxen), wobei der Umsatzanstieg hier 1,6-fach war.

Darstellung F.1: Entwicklung des Umsatzes 1999 bis 2012 in den Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens nach Eigentumsform (Indexwerte 1999=100)

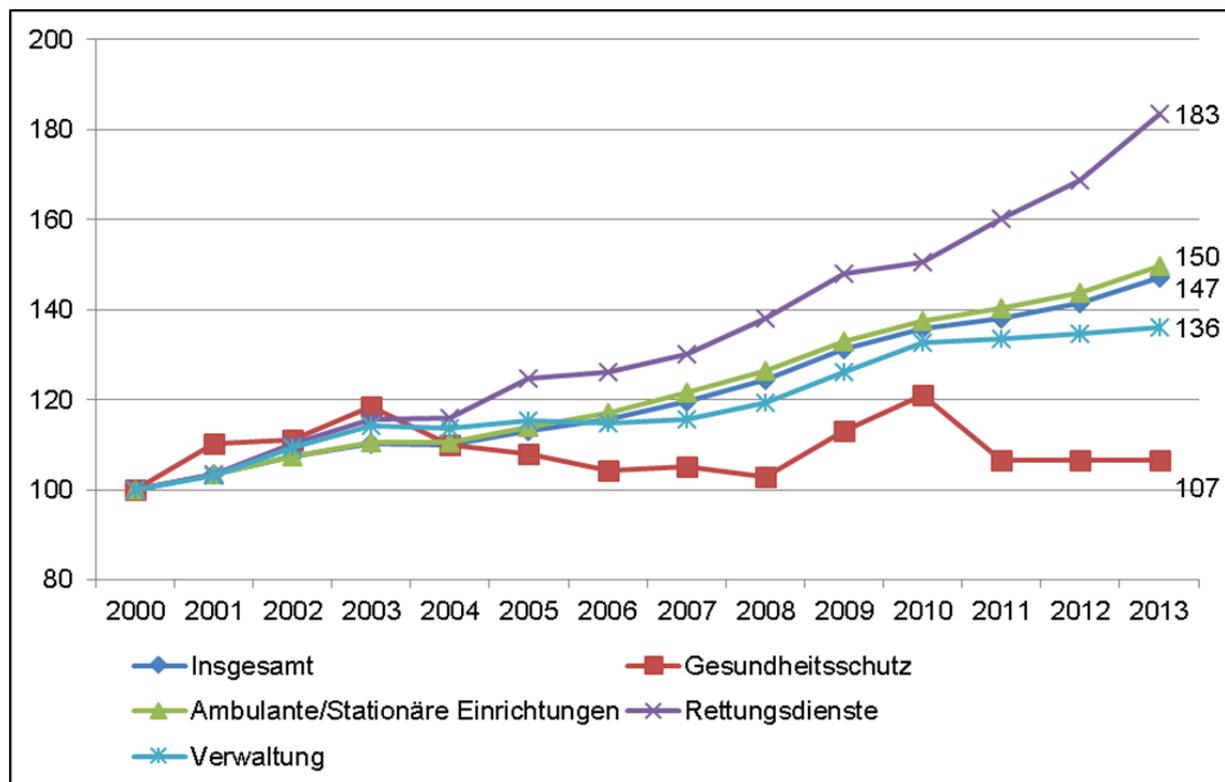


Teilgesamtheit: Alle Betriebe in Deutschland mit Umsatz, Banken und Versicherungen.

Quelle: INIFES, eigene Berechnung/Darstellung nach IAB-Betriebspanel.

Betrachtet man nur für das Gesundheitswesen die Entwicklung der Gesundheitsausgaben erhält man mehr Hinweise, wie differenziert sich diese Entwicklung in den Teilbranchen abzeichnet. Darstellung F.2 zeigt einen Anstieg der Ausgaben seit 2000 in ambulanten und stationären Einrichtungen um das 1,5-Fache (Rettungsdienste: mehr als das 1,8-Fache).

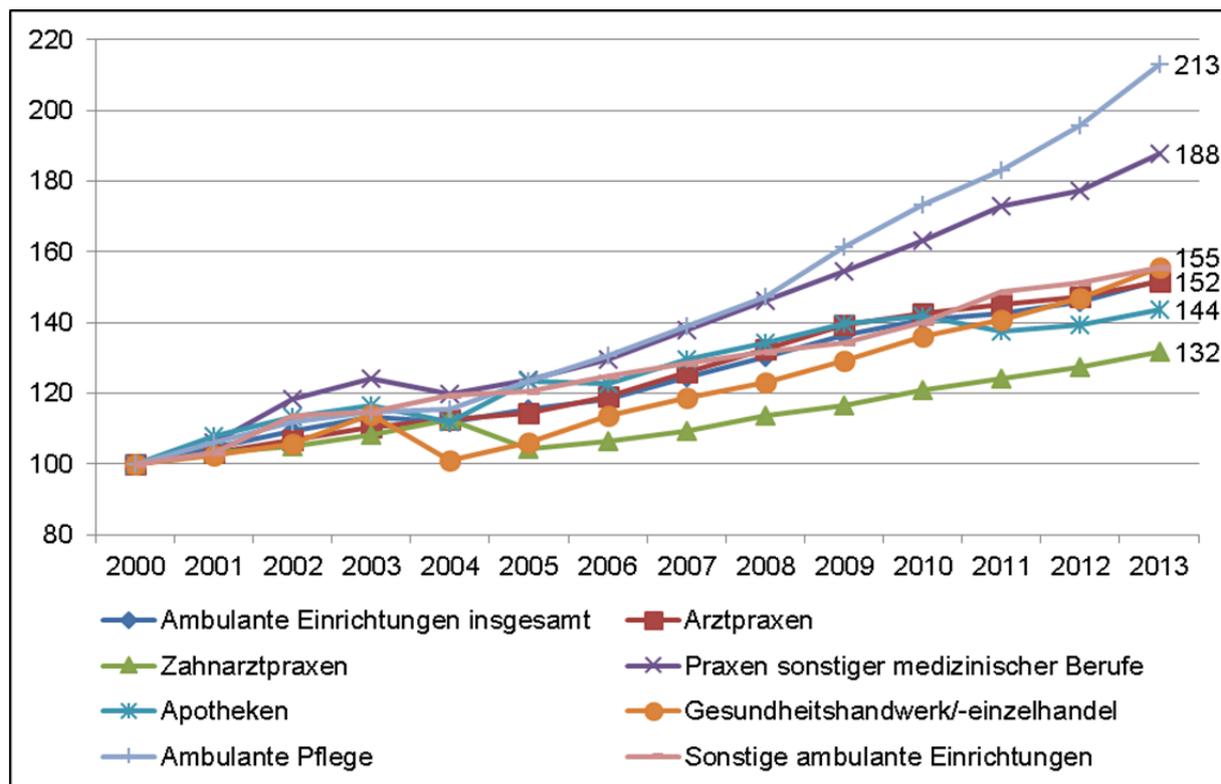
Darstellung F.2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 2000 bis 2013 im Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern und Einrichtungen (Auswahl; Indexwerte 2000=100)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2014a.

Im Detail zeigen sich große Unterschiede in der Entwicklung der Gesundheitsausgaben (vgl. Darstellung F.3): In der ambulanten Pflege beträgt das Ausgabenwachstum im gleichen Zeitraum über das Doppelte. Daher wird in den weiteren Ausführungen in der Frage des Strukturwandels auf folgende Teilbranchen eingegangen: Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Kinderbetreuungseinrichtungen.

Darstellung F.3: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 2000 bis 2013 im Gesundheitswesen im Bereich der ambulanten Einrichtungen (Indexwerte 2000=100)



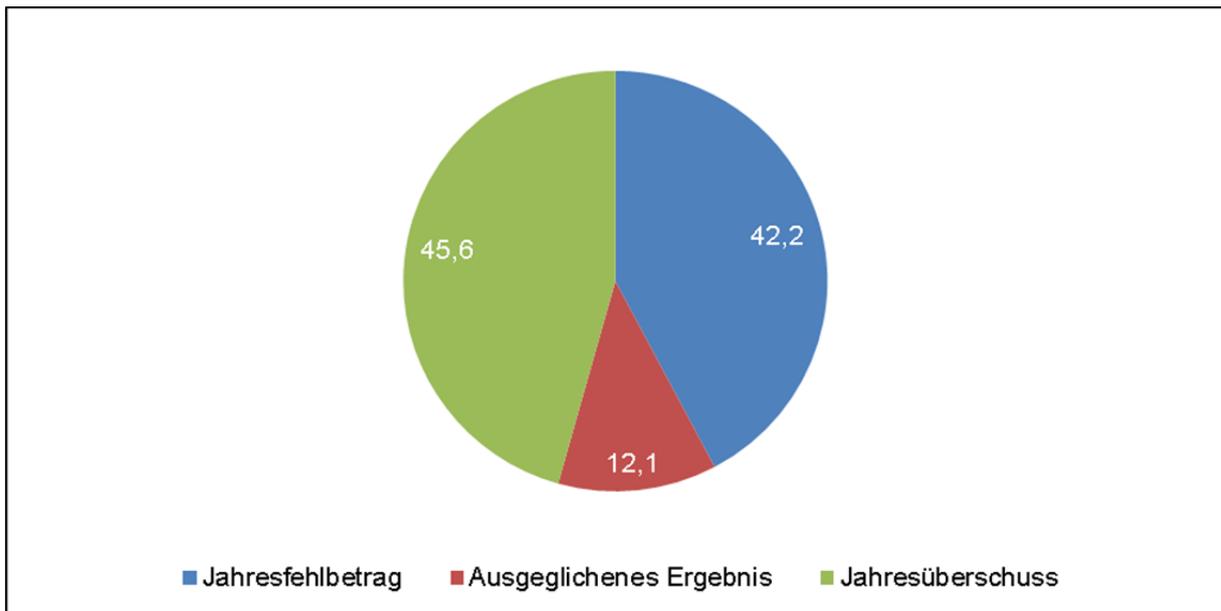
Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2014a.

F.2 Krankenhäuser

Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

Im Jahr 2013 stellte sich der Krankenhausmarkt mit einem Ausgabenvolumen von 26,2 Prozent der Gesamtausgaben als größter Sektor des Gesundheitswesens dar (vgl. Klauber u. a. 2015). Dieser Markt war und ist durch seine Vielfalt – nicht zuletzt aufgrund der verschiedenen Trägerschaften – einem steten Wandel unterworfen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund zu betrachten, dass im Jahr 2013 42,2 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland am Ende des Jahres einen Fehlbetrag in ihrer Bilanz ausweisen mussten (vgl. Ausführungen im Abschnitt C.1 und Darstellung F.4). Zwar war dies eine deutliche Verbesserung zum Vorjahr (2012: 50,7 %), aber dennoch weiterhin kritisch. Dies vornehmlich deshalb, da mit 38,7 Prozent deutlich mehr Krankenhäuser ihre Erwartungen für das nächste Jahr als schlechter einschätzen. Eine positive Entwicklung für nächstes Jahr erwarten hingegen nur 21,8 Prozent (vgl. Blum u. a. 2014).

Darstellung F.4: Jahresergebnis der Krankenhäuser 2013 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Blum u. a. 2014.

Eine grundlegende Veränderung bzw. Verschärfung des Wettbewerbs bildete die seit 2004 verbindliche Abrechnung über das DRG-System, welches für stationäre Behandlungen die Abrechnung einer festen Fallpauschale vorschreibt und die nötige Transparenz für eine vergleichende Betrachtung der Akteure des Krankenhausmarktes erleichtert (vgl. Blum u. a. 2007). Neben dem neuen Abrechnungssystem waren aber vor allem zwei Faktoren ausschlaggebend für die Veränderung des Krankenhausmarktes. Erstens zeichnet sich ein verändertes Leistungsspektrum ab, das mit dem demografischen Wandel einhergeht. Die Bedürfnisse der Patienten ändern sich, geriatrische Leistungen nehmen zu, während die Geburtshilfe rückläufig ist. Zweitens birgt der stete technische Fortschritt neue Herausforderungen. Die klinischen Angebote wurden durch Innovationen ausgeweitet; Patienten sind auch noch in hohem Alter behandlungsfähig und die Qualitätssteigerung in der Versorgung ermöglicht zunehmend ambulante Behandlungen, wo früher ein stationärer Aufenthalt unabdingbar gewesen wäre. Katalysiert durch geographische Begebenheiten (Stichwort Urbanisierung) sahen sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren zunehmend gezwungen, ihre Unternehmensstrategien anzupassen (vgl. Klauber u. a. 2015, S. 7).

Kooperationen und Fusionen

Eine in den letzten Jahren beobachtete Möglichkeit, sich dem zunehmenden Wettbewerb zu stellen, kann mit der Konzentration im Krankensektor umschrieben werden. Dies kann sich verschieden ausgestalten und von einfachen Absprachen im Leistungsangebot, über Kooperationen also Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis und unter Beibehaltung der rechtlichen Eigenständigkeit voneinander unabhängiger Krankenhäuser, bis hin zu einer Fusion zu einem Krankenhausverbund reichen.

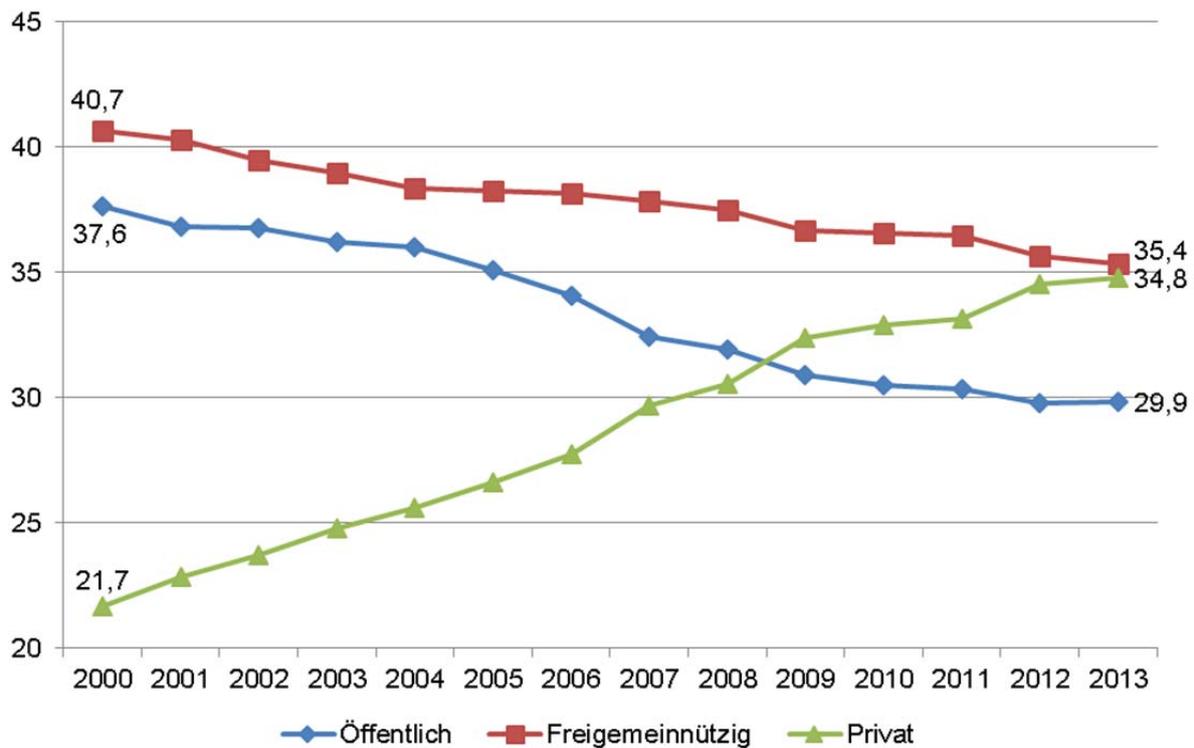
Im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 fanden bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser (47,5 %) vertraglich vereinbarte Kooperationen statt (vgl. Blum u. a. 2007, S. 30). Auffallend war, dass diese Kooperationen mit zunehmender Krankenhausgröße anstiegen. Seltener kam es im Zeitraum zwischen 2004 und 2010 zu kompletten Fusionierungen, welchen die hauptsächliche Motivation zugrunde liegt, durch Zentralisierung mehr Qualität und v. a. via Kosteneinsparungen mehr Wirtschaftlichkeit erreichen zu können. Insgesamt gab es Fusionen bei 15,5 Prozent der Krankenhäuser. Analog zur Neigung zu Kooperationen war auch hinsichtlich Fusionierungen zu beobachten, dass eher Krankenhäuser mit hohen Bettenzahlen zur Fusion mit anderen Häusern tendieren. Ab 600 Betten war dies bei 18,4 Prozent der Fall, bei Häusern mit weniger als 300 Betten nur mehr bei 13,7 Prozent (vgl. Blum u. a. 2010).

Veränderung von Trägerschaft oder Rechtsform

Diese Strukturveränderungen betreffen vor allem Krankenhäuser mit hohen Bettenzahlen und somit vor allem Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, was als ein Indiz für den Privatisierungstrend gewertet werden kann. Denn den Wettbewerbsveränderungen auf dem Krankenhausmarkt wurde in den letzten Jahren zunehmend mit Privatisierung begegnet. Am deutlichsten lässt sich dies an dem zentralsten Strukturmerkmal ablesen, nämlich der Trägerschaft. Hier werden ganz allgemein öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige oder private Häuser unterschieden. Hinter öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern stehen beispielsweise kommunale Gebietskörperschaften, Bundesländer oder der Bund. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden von religiösen, kirchlichen, humanitären oder sozialen Trägern geführt. Private Krankenhäuser sind gewerbliche Unternehmen mit betriebswirt-

schaftlicher Ausrichtung. Darstellung F.5 zeigt die Veränderung der Trägerschaften über die letzten Jahre hinweg, dabei wird vor allem die Zunahme privater Trägerschaften deutlich.

Darstellung F.5: Entwicklung des Anteils verschiedener Trägerschaften 2000 bis 2013 im Krankenhausbereich (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014c.

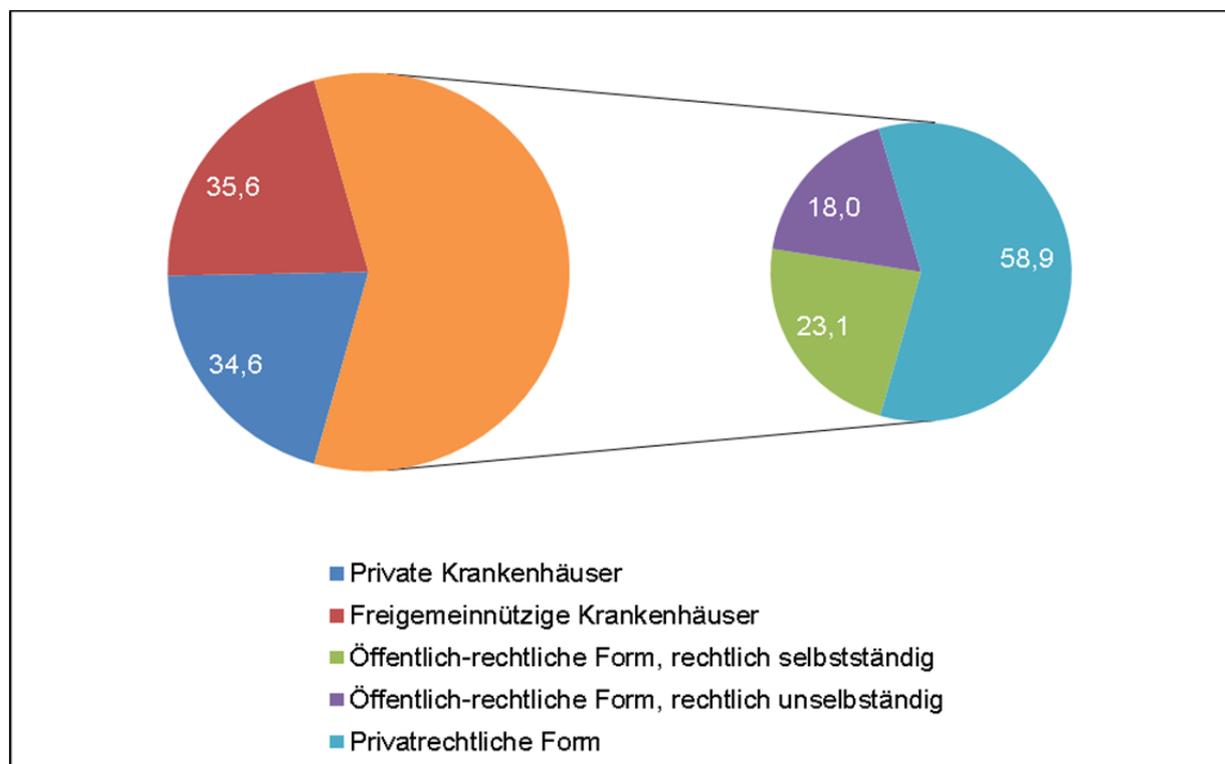
Darstellung F.5 verdeutlicht vor allem den steigenden Anteil privater Krankenhaus-träger: War im Jahr 2000 mit 21,7 Prozent noch der geringste Teil der deutschen Krankenhäuser privatwirtschaftlich organisiert (öffentlich-rechtliche 37,6, freigemeinnützige 40,7 %), so ist dieser Anteil bis 2013 auf 34,8 Prozent gestiegen. Somit erreichte der Anteil privater Krankenhäuser fast den der freigemeinnützigen Träger (35,4 %) und hat den öffentlich-rechtlicher Träger (29,9 %) bereits überflügelt. Dies entspricht einer Zunahme des Anteils privater Krankenhäuser zwischen 2000 und 2013 um 13,1 Prozentpunkte, während die Anteile öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Häuser um 7,8 bzw. 5,3 Prozentpunkte rückläufig waren.

Trotz dieser Entwicklungen stehen jedoch nach wie vor die meisten Krankenhausbetten in öffentlich-rechtlichen Kliniken. Zwischen 2005 und 2012 legten private Kliniken hinsichtlich der bereitgehaltenen Betten deutlich weniger stark zu. Hier ließ sich nur eine Steigerung um 5,7 Prozentpunkte beobachten (Augurzky u.a. 2015b, S. 21). Im Jahr 2012 waren in privaten Häusern durchschnittlich 129 Betten zu zäh-

len (in freigemeinnützigen 238). Öffentlich-rechtliche Kliniken belegten hier mit durchschnittlich 400 Betten pro Klinik weiter den Spitzenplatz.

Privatisierungstendenzen zeigten sich auch anhand derjenigen Krankenhäuser, welche sich zwar noch in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden, sich aber bezüglich ihrer Rechtsform in privatrechtliche Formen umstrukturiert haben, was Wettbewerbsvorteile hinsichtlich z. B. Haftung, Kapitalbeschaffung oder Gewinnbeteiligung versprach. Wie Darstellung F.6 zeigt, waren im Jahr 2012 bereits mehr als die Hälfte der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser (58,9 %) in eine privatrechtliche Form überführt, beispielsweise als Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Im Jahr 2002 belief sich deren Zahl noch auf 28,3 Prozent. Dementsprechend ist der Anteil von Krankenhäusern in öffentlichem Eigentum, welche in öffentlich-rechtlicher Form betrieben werden, zwischen 2002 und 2012 um 30,6 Prozentpunkte gefallen (vgl. Klauber u. a. 2015).

Darstellung F.6: Trägerstruktur und Rechtsform bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern 2012 (in Prozent)

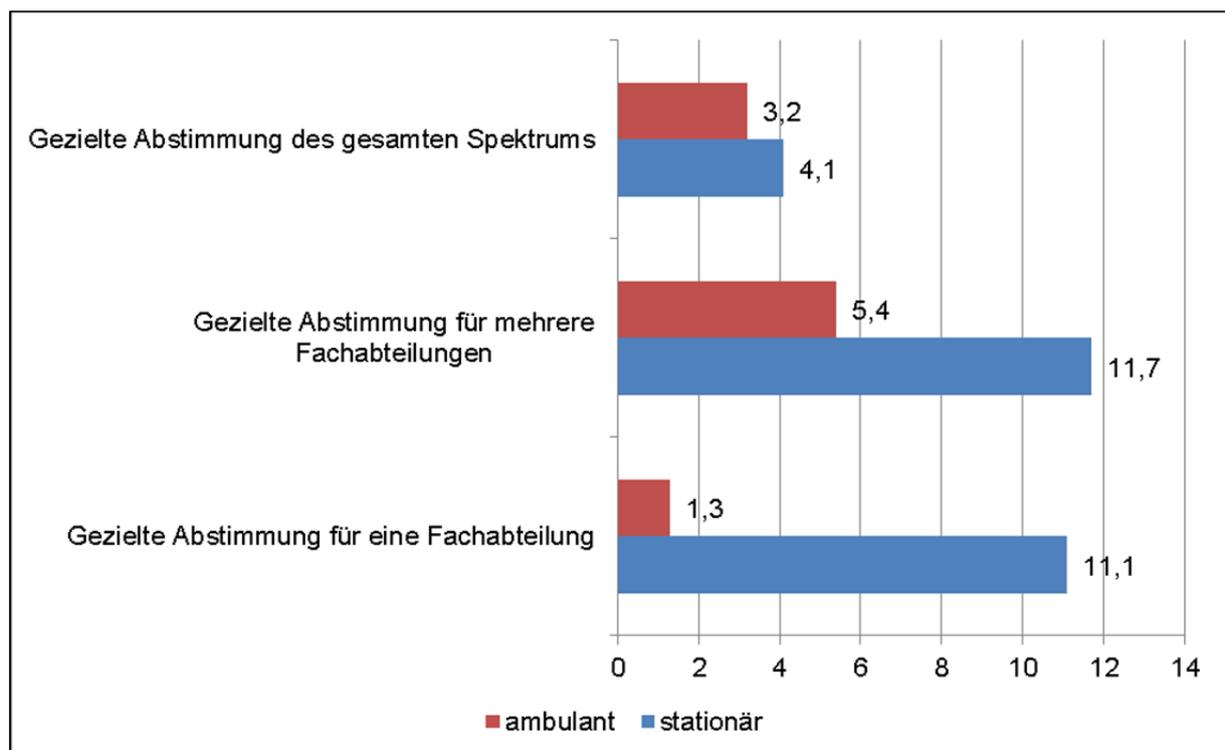


Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Klauber u. a. 2015, S. 340.

Interne Maßnahmen und In-/Outsourcing

Auch durch internes Umstrukturieren versuchen Krankenhäuser zunehmend, sich auf dem Markt besser zu positionieren. Seit Einführung des DRG-Systems ist eine schleichende Änderung der Ausrichtung der krankenhausinternen Fachabteilungen auszumachen. So ist zu beobachten, dass sich zunehmend auf bestimmte medizinische Kernleistungen konzentriert wird und seltenere bzw. aufwändigere Behandlungsbilder weniger bedient werden (können). Die Gesamtzahl an Fachabteilungen hat demgemäß abgenommen. Da dieser Wandel hauptsächlich in größeren Krankenhäusern zu beobachten war, liegt nahe, dass hier neben privaten Häusern vor allem die unter wachsendem Wettbewerbsdruck stehenden öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser aktiv geworden sind (vgl. Blum u. a. 2013 bzw. 2007). Dies deckt sich mit dem Befund, dass zwischen einzelnen, aber nicht offiziell kooperierenden größeren Krankenhäusern zunehmend Absprachen hinsichtlich des Angebots medizinischer Kernleistungen getroffen werden. Darstellung F.7 zeigt, dass vor allem stationäre Leistungen von diesen Absprachen betroffen sind. 26,9 Prozent der Krankenhäuser trafen demnach im Jahr 2007 bezüglich der eigenen Leistungen eine Absprache mit anderen Kliniken.

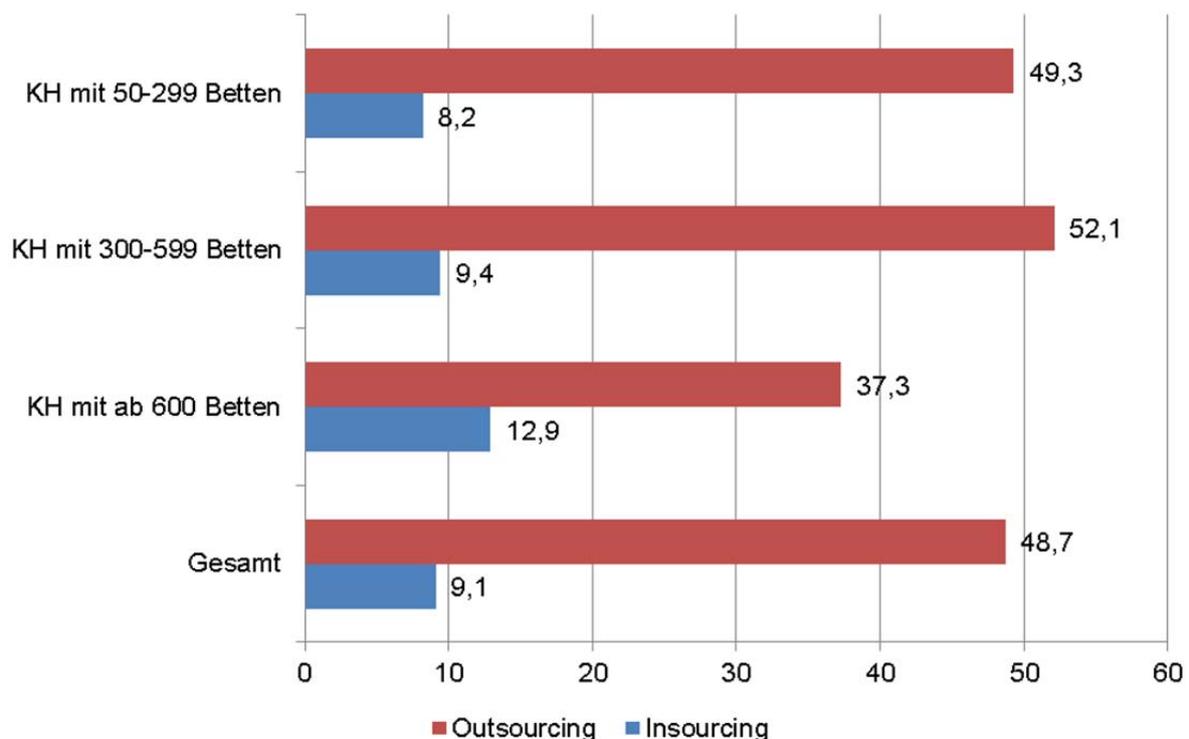
Darstellung F.7: Abstimmung stationäres und ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Krankenhäusern 2007 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Blum u. a. 2007, S. 29.

In den letzten Jahren zeigt sich zunehmend ein Trend zum In- bzw. Outsourcing im Krankenhausbereich, also das Eingliedern bzw. das Auslagern bestimmter Tätigkeitsbereiche in die oder aus der Unternehmensstruktur. Outsourcing ließ sich im Zeitraum zwischen 2008 und 2013 bei insgesamt 48,7 Prozent der Krankenhäuser nachweisen. Dabei ist Darstellung F.8 zu entnehmen, dass kleine und mittlere Krankenhäuser (weniger als 600 Betten) stärker Outsourcing betrieben haben als größere Häuser (600 Betten und mehr).

Darstellung F.8: Outsourcing und Insourcing 2008 bis 2013 nach Bettengrößenklassen (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Blum u. a. 2013, S. 41.

Darstellung F.8 zeigt, dass besonders Häuser kleiner (unter 300 Betten) oder mittlerer Größe (über 300, aber unter 600 Betten) outgesourct hatten (49,3 bzw. 52,1 %), wobei größere Häuser mit ab 600 Betten mit 37,3 Prozent unterrepräsentiert waren. Genau umgekehrt verhält es sich bezüglich des Insourcings. In großen Betrieben wurde mit 12,9 Prozent am häufigsten eingegliedert, in mittleren und kleineren Betrieben weniger (9,4 bzw. 8,2 %).

Besonders beliebte Schwerpunkte für Outsourcing ließen sich im Bereich der Wirtschafts- und Versorgungsbereiche ausmachen. Am häufigsten wurden Wäscherei

(80,4 %), Reinigung (65,9 %) oder Küche (40,7 %) genannt. Des Weiteren wurden häufig medizinisch-technische Bereiche ausgelagert, wie beispielsweise die Apotheke (53,4 %) oder das Labor (39,4 %). Dabei zeigte sich, dass gerade größere Krankenhäuser technische Bereiche deutlich seltener outsourcen als kleine Krankenhausgrößen. Darstellung F.9 zeigt In- sowie Outsourcing nach verschiedenen Leistungsbereichen und Krankenhausgrößen.

Darstellung F.9: Out- und Insourcing 2013 nach Leistungsbereichen und Bettengrößenklassen (in Prozent)

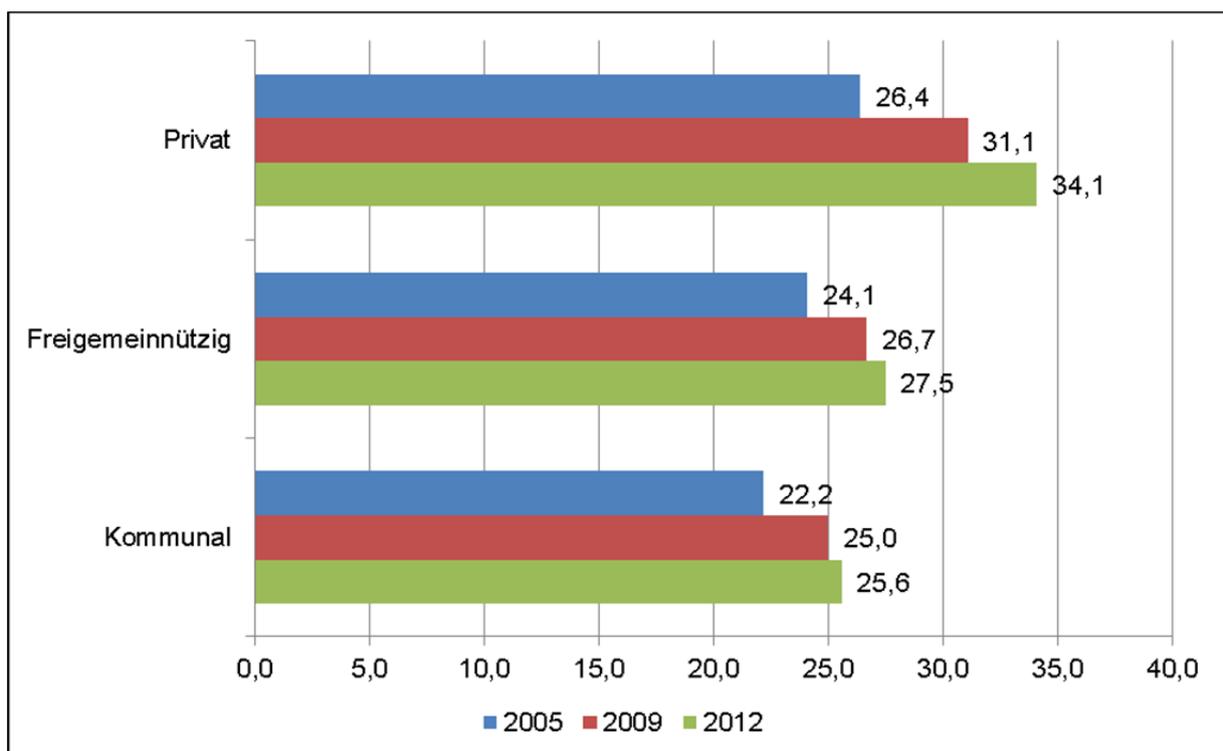
Bereich	Outsourcing			Insourcing		
	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Einkauf	9,3	16	4,6	15,9	15,3	14,8
Küche	39,5	43,5	40	13	11,2	10,2
Reinigung	61,5	76,2	65	13,4	8,7	6,4
Wäscherei	84,8	81,1	54	1,6	2,9	4,6
Hol- und Bringdienst	18,5	28,7	25,2	17,3	17,2	8,3
Bettenaufbereitung	22,5	37,2	32,5	13,2	10,4	12
Sterilisation	20,7	19,2	17,6	12,5	18,5	12,1
Apotheke	72	33,6	12,9	2,9	9,4	0
Labor	49,5	29,7	7,5	8,3	17,5	12,9
Radiologie	25,7	20,2	12,9	11,6	13,7	0
IT	21,3	14,1	8,4	17,2	18,5	10,2
Arztbriefschreibung	9,3	16,7	3,7	16,5	17,1	12,9

Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Blum u. a. 2013, S. 44.

Vorherrschende Gründe für Outsourcing waren insbesondere wettbewerbsorientierte Einsparpotentiale im Bereich des Personals oder der Sachkosten, bessere Leistungsqualität oder höhere Flexibilität. Bestätigung fanden solche Erwartungen im Jahr 2013 jedoch nur hinsichtlich Personalkostenreduktion und höherer Flexibilität der Leistungserbringung. Hier waren 78,9 bzw. 70,3 Prozent der Krankenhäuser der Meinung, die Auswirkungen des Outsourcings hätten zu einer Verbesserung der eigenen Bilanz beigetragen. Andererseits konnte auch beobachtet werden, dass 42,2 Prozent der Krankenhäuser 2013 angaben, einzelne Leistungsbereiche aufgrund von ausgebliebenen Verbesserungen der Leistungsqualität wieder ingesourct zu haben (vgl. Blum u. a. 2013, S. 45).

Abschließend lässt sich konstatieren, dass sich der Krankenhaussektor – nicht zuletzt durch weniger öffentliche Mittel und die Einführung des wettbewerbsorientierten DRG-Systems – zu einem zunehmend umkämpften Markt entwickelt hat. Besonders scheinen hier die privaten Krankenhäuser den Wettbewerb annehmen zu können, was unter anderem in höherem Outsourcing und dem damit einhergehenden größeren Handlungsspielraum – auch hinsichtlich der Personalkosten – seinen Niederschlag findet. Dies lässt sich an Darstellung F.10 ablesen, in welcher die (Arbeits-)Produktivität im Vergleich der Trägerschaft deutlich wird. Je Vollzeitkraft erzielten privatwirtschaftliche Krankenhäuser 2012 34,1 Casemix-Punkte, freigemeinnützige Häuser 27,5 und kommunale Kliniken 25,6. Zugleich ist zu bedenken, dass größere Handlungsspielräume auf der Kehrseite oftmals für die Beschäftigten höhere Arbeitsbelastung und höheres Prekaritätsrisiko bedeuten.

Darstellung F.10: „Casemix-Punkt“⁴¹ je Vollkraft 2005, 2009 und 2012



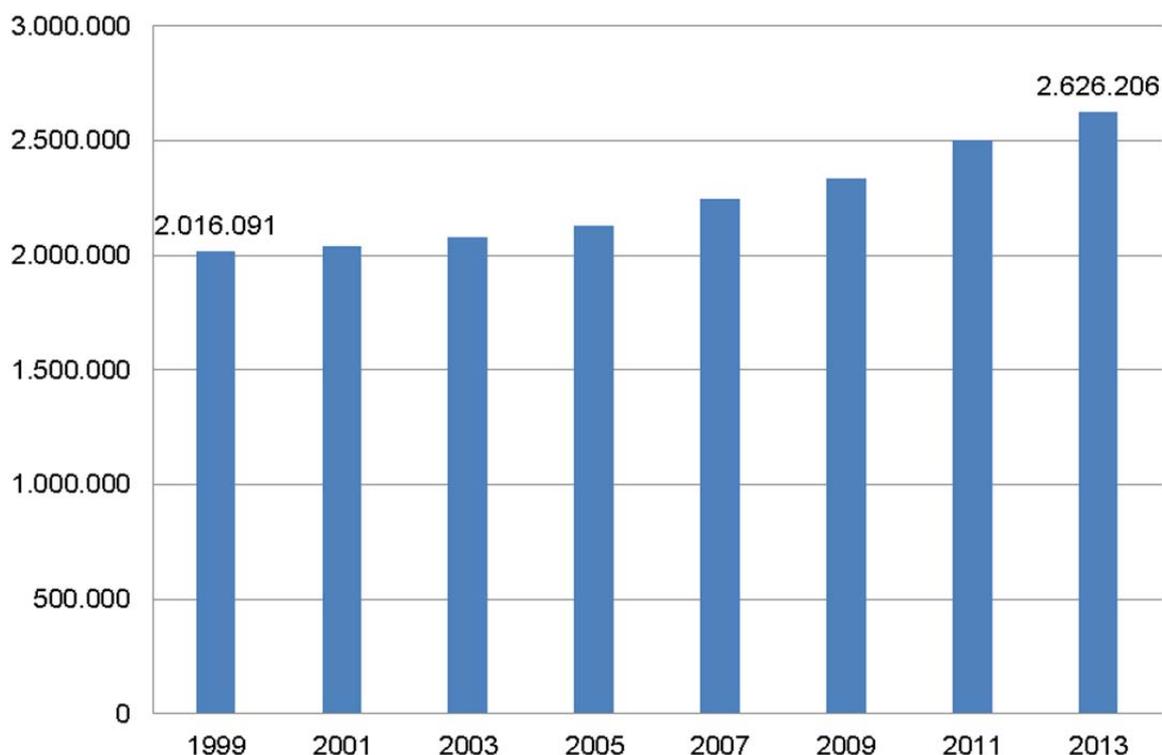
Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Augurzky u. a. 2015b, S. 26.

⁴¹ Der Case Mix (CM), für „ökonomische Fallmischung“, entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltsystems und beschreibt das Leistungsgeschehen z. B. einer Fachabteilung, eines Krankenhauses oder einer Region. Der Case Mix ergibt sich aus der Addition der Bewertungsrelationen aller behandelten Krankenhaussfälle im jeweiligen Berichtsjahr. In die Berechnung ist die effektive Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale des Behandlungsfalls einbezogen (vgl. Statistisches Bundesamt 2014e). In Darstellung F.10 bedeutet dies, dass mehr erzielte Casemix-Punkte je Vollzeitkraft einer höheren Leistungserzielung je Personaleinsatz aber vielleicht auch einer höheren Arbeitsbelastung entsprechen.

Dementsprechend sind auch in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern Privatisierungstendenzen zu erkennen, um auf dem Markt mithalten zu können (systematische Personalkosteneinsparung, Verlagerung zu gewinnorientierten Leistungen, Umwandlung in Kapitalgesellschaften etc.). Fraglich ist, ob die zunehmende Wettbewerbsorientierung eine Reduzierung der Leistungsqualität nach sich ziehen wird. Noch fraglicher ist, was dies für die regionale Versorgung und die Qualität der Leistungen bedeutet.

F.3 Alten- und Pflegeheime

Darstellung F.11: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen 1999 bis 2013



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2013b.

Seit 1999 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich an: Von 2,0 Mio. Pflegebedürftigen auf 2,63 Mio. im Jahr 2013 (vgl. Darstellung F.11). Die Entwicklung Pflegebedürftiger bestimmt schließlich die Bandbreite der potenziellen Umsatz- und Beschäftigungsentwicklung im Pflegebereich.

Die Entwicklung sowie die zu erwartende künftige Anzahl der Pflegebedürftigen, aber auch die stärkere Ausrichtung des Pflegebereichs am Markt, sind wichtige

Faktoren des Wandels⁴² im Bereich der Alten- und Pflegeheime (vgl. Darstellung F.11). Nach der Definition des Pflegegesetzes SGB XI sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b).

Entscheidende Größen sind bei diesen Entwicklungsperspektiven die in Bevölkerungsvorausberechnungen errechnete Bevölkerungsentwicklung sowie die anzunehmenden alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten (vgl. Heiden u. a. 2012). Diese geben Aufschluss über den Anteil der Pflegebedürftigen an einer abgegrenzten Bevölkerungsgruppe (z. B. Frauen im Alter von 80 bis unter 85 Jahren). Die Abweichungen zwischen den Geschlechtern sind zentral: Die Pflegequoten der Frauen sind unverkennbar höher als die der Männer und nehmen mit steigendem Alter zu (vgl. ebenda, S. 30ff.). In den Jahren 1999 (Beginn der Pflegestatistik) bis 2013 hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung von 2,5 Prozent auf 3,3 Prozent gesteigert (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b). Es kommt wahrscheinlich zu einer Beschleunigung des Anstieges bis 2030. In einer Sensitivitätsrechnung mit der Variante der Bevölkerungsvorausschätzung mit einer stärker steigenden Lebenserwartung nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 auf 3,2 bis 3,6 Mio. Personen zu (vgl. Heiden u. a. 2012).

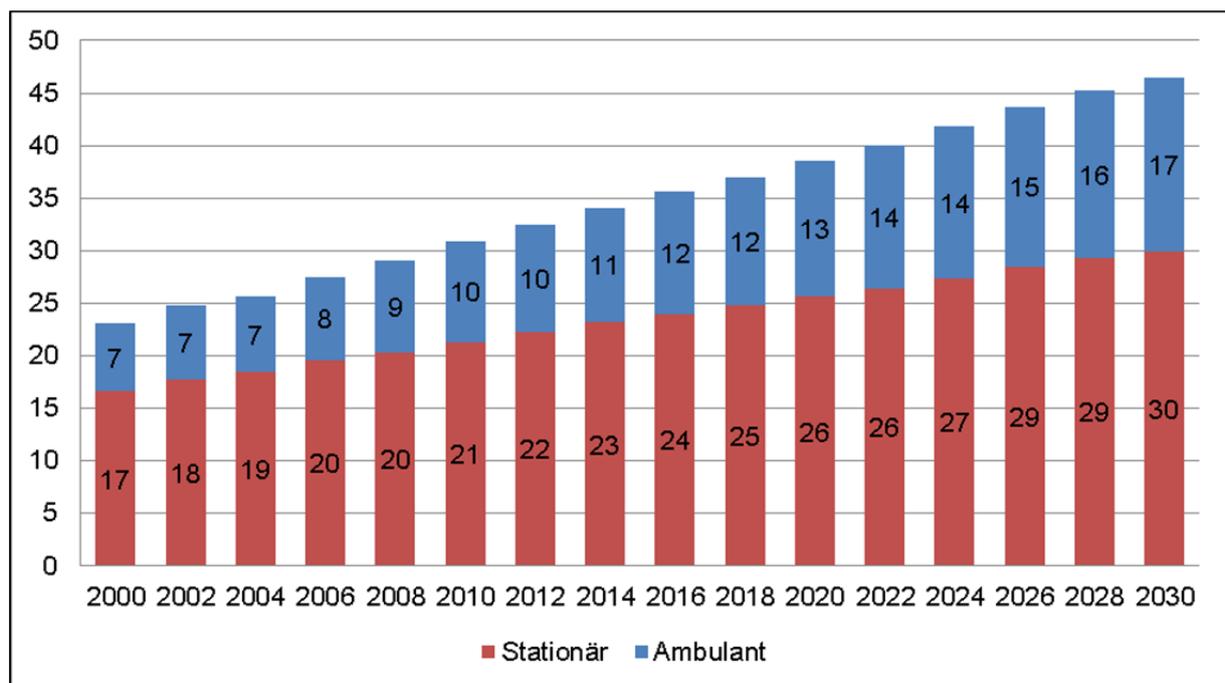
Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (2013) und auf Grundlage der Geschäftsstatistik der Pflegekassen wächst die Zahl der Pflegebedürftigen weiter: Unter Annahme einer beständig gleichbleibenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit bis zum Jahr 2030 auf 3,22 Mio. und bis 2050 auf 4,23 Mio. Die Pflegequote der Gesamtbevölkerung würde dabei im Jahr 2030 bei 4,4 Prozent und 2050 bei 6,5 Prozent liegen. Fast jeder Zweite Pflegebedürftige wird 2030 85 Jahre oder älter sein (48 %), 2050 gilt dies sogar für drei von fünf Pflegebedürftigen (59 %) – Ende 2012 lag der Anteil noch bei annähernd einem Drittel (34,3 %).

⁴² Mit der „Wende zum Markt“ wird eine Entwicklung beschrieben, die sich seit den 1980er Jahren in den westlichen Industrieländern im öffentlichen Sektor abzeichnet und Tendenzen der Deregulierung, Privatisierung, Liberalisierung und der Erweiterung von Märkten im öffentlichen Bereich umfasst (vgl. Mayntz 1996; Oschmiansky 2013).

Wachsender Pflegemarkt

Darstellung F.12 zeigt aufgrund der oben beschriebenen Rahmenbedingungen auch deutlich: Der Pflegemarkt ist ein Wachstumsmarkt. Nach den Berechnungen im Pflegerating Report 2011 liegt das Marktvolumen 2014 bei rund 34 Mrd. Euro: 23 Mrd. Euro in der stationären Pflege und 11 Mrd. Euro in der ambulanten Pflege. Mit diesen Zahlen wirkt der Pflegemarkt als Wachstumstreiber im gesamten Gesundheitswesen (zusätzlich erhöhen die von der Pflegeversicherung nicht erfassten Pflege- und Betreuungsleistungen das Branchenvolumen nochmal deutlich, vgl. Augurzky u. a. 2011b). Das Marktvolumen könnte gemäß Pflegerating Report 2011 bis 2020 auf 39 Mrd. Euro steigen, bis 2030 gar auf 47 Mrd. Euro. Insgesamt wird angenommen, dass das Wachstum im ambulanten Sektor stärker ausfallen wird als bei der stationären Pflege, denn die ambulante Pflege wächst stark an. Sie konnte in den letzten Jahren und wird künftig überdurchschnittlich zulegen. 2013 wurden 23,5 Prozent der Pflegebedürftigen ambulant versorgt, während es 1999 20,6 Prozent waren. Die deutliche Erhöhung der Pflegesätze der Pflegeversicherung für Leistungen der ambulanten Dienste seit 2008 hat die ambulante Pflege gestärkt (vgl. Augurzky u. a. 2013, Statistisches Bundesamt 2013b).

Darstellung F.12: Marktvolumen im kombinierten Szenario (in Mrd. Euro, in Preisen von 2009)



Kombiniertes Szenario: Sinkende Pflegequoten, Professionalisierung und Ambulantisierung.

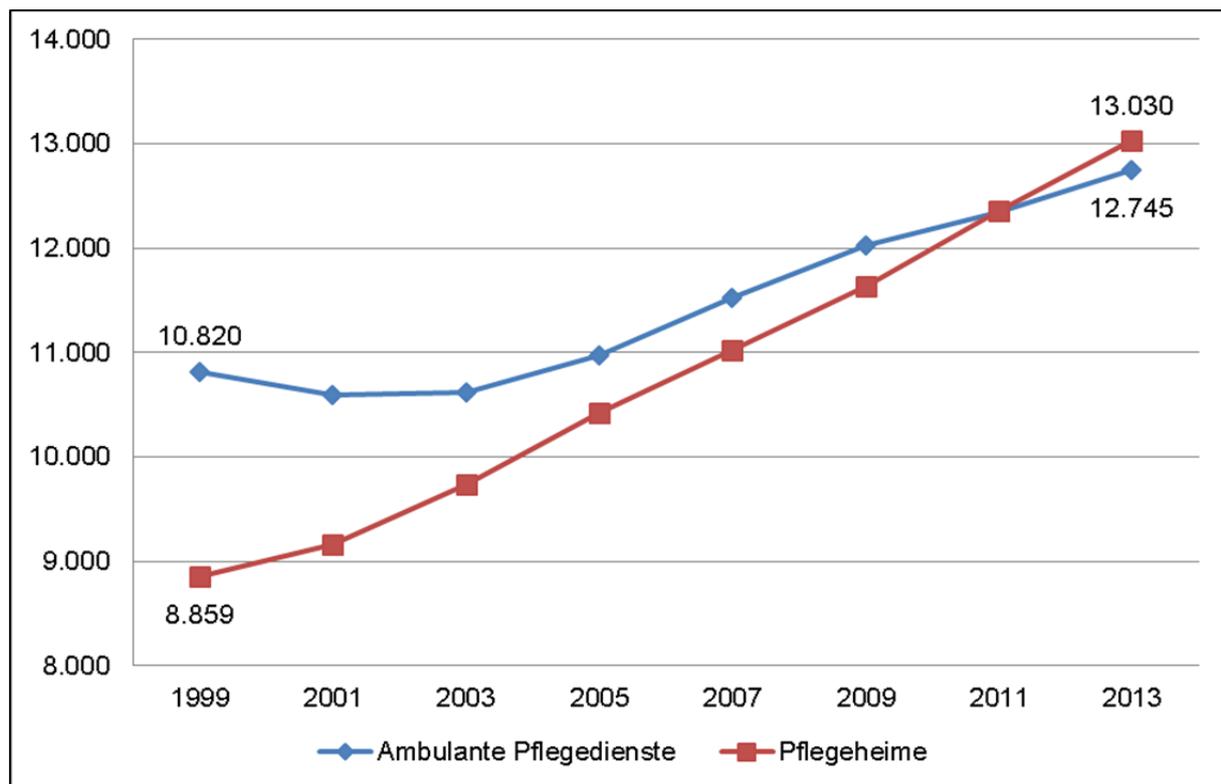
Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Augurzky u. a. 2011b, S. 19.

Von den 2,6 Mio. Pflegebedürftigen 2013 in Deutschland im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) waren 65 Prozent Frauen. 83 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 37 Prozent. Mehr als zwei Drittel (71 % bzw. 1,86 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Weitere 616.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 29 Prozent (764.000 Pflegebedürftige) wurden gemäß Pflegestatistik in Pflegeheimen vollstationär betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b). Seit 1999 ist die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 35,8 Prozent gestiegen (ambulante Pflegedienste: 48,3 %).

Die Zahl der ambulanten Dienste stieg aufgrund dieser Entwicklungen im Vergleich zu 2011 um 3,2 Prozentpunkte bzw. 400 Einrichtungen; die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nahm um 6,9 Prozentpunkte bzw. 40.000 zu (vor allem mit Pflegebedürftigen der Pflegestufe I). 2013 waren demgemäß über 12.700 ambulante Pflegedienste tätig (vgl. Darstellung F.13). Von den insgesamt 12.700 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (64 %); der Anteil der freigemeinnützigen Träger beläuft sich 2013 auf 35 Prozent. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 1 Prozent.

Davon weicht die Situation der Pflegeheime ab: Bundesweit gab es im Dezember 2013 rund 13.000 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 7.100) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 41 Prozent (niedriger als im ambulanten Bereich). Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (5 %).

Darstellung F.13: Anzahl der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste von 1999 bis 2013



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2013b.

Die beschriebenen Entwicklungen haben natürlich auch Auswirkungen auf den Bedarf an Beschäftigten. Je nach Berechnungsannahmen (Grad der Professionalisierung, Fluktuation, Entwicklung Pflegequoten etc.) gehen Studien davon aus, dass bis 2020 zwischen 170.000 und 349.000 zusätzliche Beschäftigte in der Pflege benötigt werden. Davon werden 75.000 bis zu 153.000 Personen als Pflegefachkräfte benötigt (vgl. hierzu Augurzky u. a. 2011b oder Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Dies erfordert aber entsprechende Verbesserungen bei Einkommen, Berufsimago oder den Arbeitsbedingungen (vgl. hierzu auch Abschnitte B.5, B.6 und D.4).

Eine besondere Rolle spielt hierbei die bereits länger diskutierte Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen durch ein neues Pflegeberufsgesetz (vgl. u. a. Reinhart 2013, Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012). „Generell ist auf allen Ebenen eine zügige Erweiterung der Ausbildungskapazitäten für die Pflegeberufe erforderlich, weil sich der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen mittlerweile bedenklich verfestigt. [...] Vor allem fehlen dreijährig ausgebildete Altenpflegekräfte.“ (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 480). Die Bundesregierung und die Bundesländer wol-

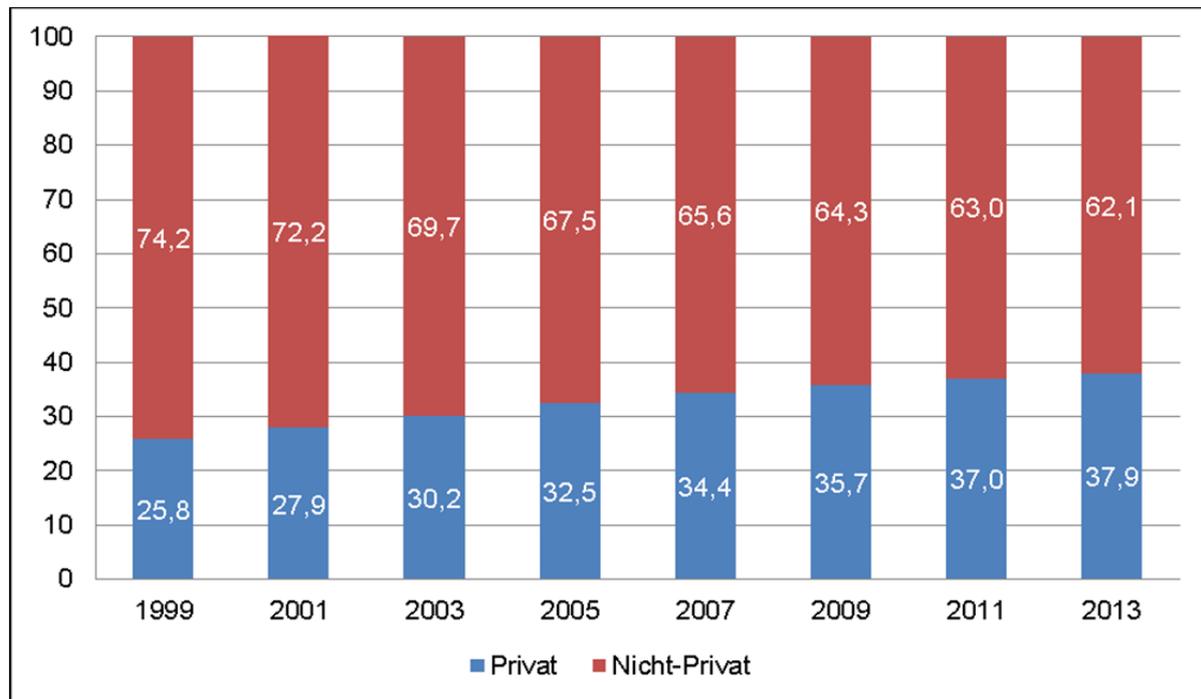
len nun daher auf dem Wege einer Ausbildungsreform dem Nachwuchsmangel in der Altenpflege begegnen. Es ist geplant, die Gesundheits- und Krankenpflege, die Altenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem in allen Bundesländern einheitlichen Pflegeberuf zusammenzufassen, der in einer generalisierten Pflegeausbildung ausgebildet werden soll. Durch die Reform soll ein Wechsel in die unterschiedlichen Pflegebereiche erleichtert und die Attraktivität des Pflegeberufs generell erhöht werden. Der vorläufige Arbeitsentwurf des Pflegeberufsgesetzes wird im laufenden Gesetzgebungsverfahren zurzeit kontrovers diskutiert. Kritikpunkte liegen u.a. in der Befürchtung, dass durch fehlende Spezialisierungsmöglichkeiten die Qualität insbesondere in der Kinderkranken- und Altenpflege nicht gewährleistet werden kann oder dass durch zu kurze Praxiseinsätze die betriebliche Anbindung nicht gesichert wird und sogar Ausbildungsplätze gefährdet werden könnten (vgl. Diehlmann 2015, S.43).

Privatisierung

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die in einer privaten Einrichtung versorgt werden, steigt seit 1999; in Pflegeheimen auf 36,4 Prozent im Jahr 2013 (1999: 25,4 %), in den ambulanten Diensten waren es 2013 49,5 Prozent (1999: 35,6 %). Insgesamt wurden seit 1999 schätzungsweise 18 Mrd. Euro privates Kapital investiert (vgl. Augurky u. a. 2013). Dies macht sich auch in der Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft bemerkbar: Während 1999 noch 35 Prozent der Heime in privater Trägerschaft vorzufinden waren, ist dieser Anteil bis 2013 auf 41 Prozent angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001 und 2013b). In Darstellung F.14 ist zu erkennen, wie sich die Verteilung stationärer Pflegeplätze seit 1999 entwickelt hat: Während 1999 noch 25,8 Prozent der stationären Plätze in privater Trägerschaft waren, sind es 2013 nahezu 38 Prozent. Diese Entwicklung wurde durch Einführung der Pflegeversicherung ab 1994 begünstigt, in der die Aufhebung des Vorrangs freigemeinnütziger Träger vor privaten Trägern sowie der Rechtsanspruch jedes geeigneten Anbieters auf Abschluss eines Versorgungsvertrags „zu einer dramatischen Expansion des Angebots an formeller Pflege geführt“ hat (vgl. Rothgang u.a. 2014 u.a., S. 26). Dies betraf dann auch stark die Angebote von privaten Trägern. Die Tendenz bleibt weiter, wenn auch inzwischen langsamer, steigend (vgl. Augurky u. a. 2013). Knapp 91 Prozent dieser Plätze werden von großen

Trägern mit mehr als 40 Pflegeplätzen zur Verfügung gestellt, nahezu 31 Prozent sind dabei in privater Trägerschaft.

Darstellung F.14: Verteilung der stationären Plätze nach Trägerschaft (in Prozent)



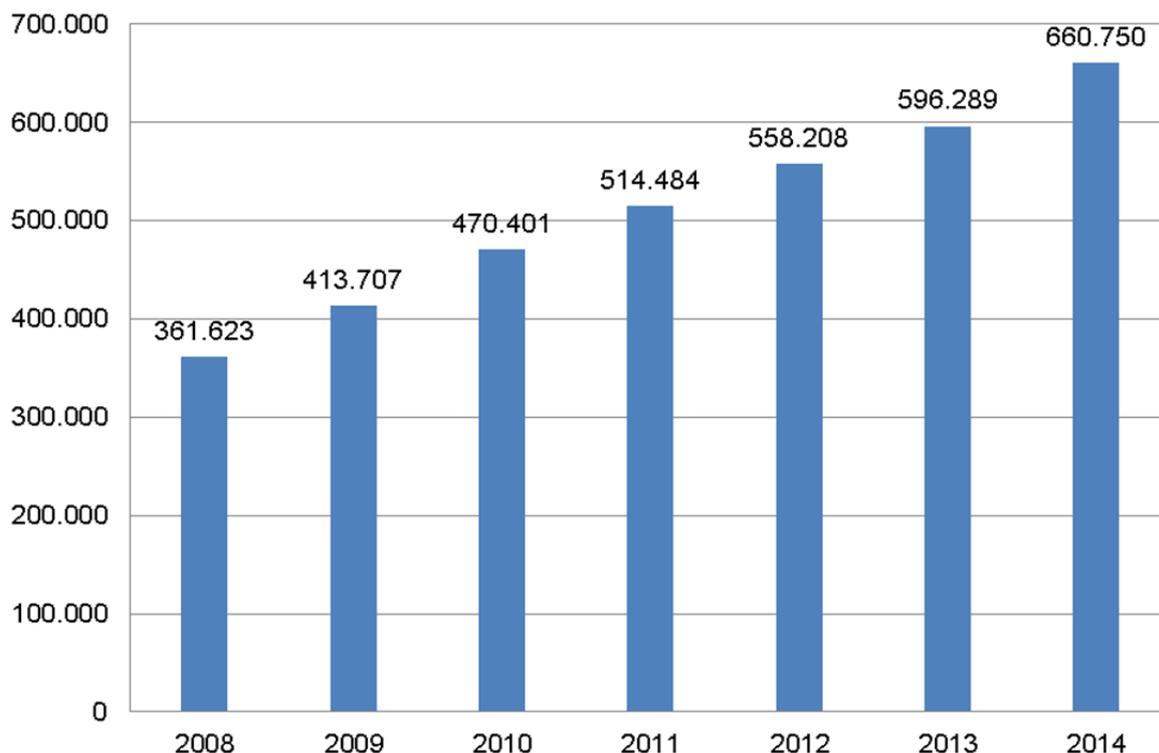
Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 1999-2013b

F.4 Kinderbetreuungseinrichtungen

Ausbau im Zeitverlauf

Seit 2007 steht der Beschluss von Bund und Ländern, dass ab dem 1. August 2013 für mindestens jedes dritte Kind unter drei Jahren ein Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung oder in der Kindertagespflege bereitgehalten werden soll. Die Umsetzung erfolgte mit dem Kinderförderungsgesetz (KiföG) von 2008 mit einem verankerten Rechtsanspruch für jedes Kind ab dem vollendeten ersten Lebensjahr auf Förderung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege. Seitdem wurde ein massiver Ausbau des Betreuungsangebots für Kinder im Alter von unter drei Jahren angestoßen (vgl. BMFSFJ 2015). Die Auswirkung dieses Ausbaus wird in Darstellung F.15 illustriert: Seit 2008 steigt die Zahl der unter 3-jährigen Kinder in der Tagesbetreuung kontinuierlich und deutlich an.

Darstellung F.15: Kinder im Alter von unter drei Jahren in Tagesbetreuung von 2008 bis 2014



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2008-2014.

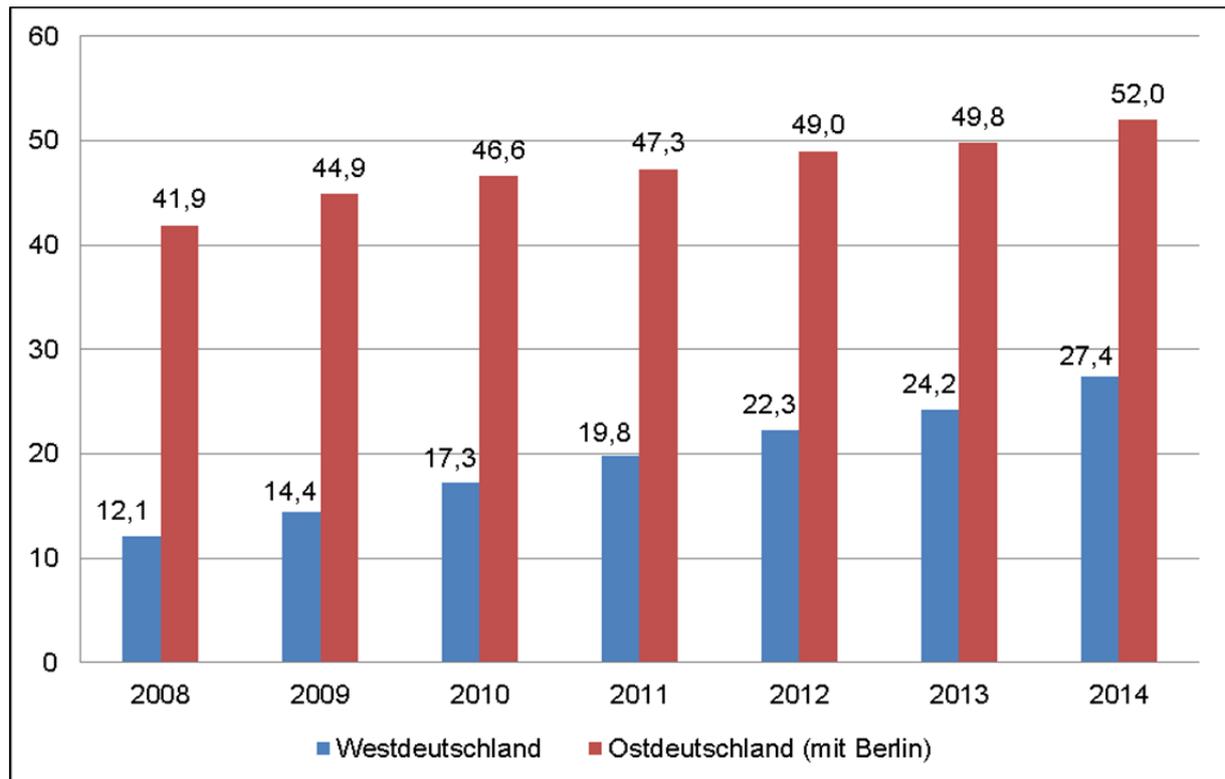
Im März 2014 besuchten in Deutschland 660.750 Kinder unter drei Jahren eine Kindertageseinrichtung oder wurden von einer Tagespflegeperson betreut (2008: 361.623 Kinder). Die U3-Betreuungsquote betrug 32,3 Prozent (+3 % gegenüber dem Vorjahr). Zwischen 2011 und 2012 wurde ein Anstieg um etwa 44.000 Kinder und zwischen 2012 und 2013 um etwa 38.000 Kinder realisiert. 2013 bis 2014 ging der Betreuungsausbau schneller voran. Die Zahl der betreuten Kinder unter drei Jahren stieg um knapp 65.000 (vgl. Darstellung F.15).

Ausbaustand in den Bundesländern

Der Ausbaustand variiert zwischen den Bundesländern deutlich (vgl. Darstellung F.16). Die U3-Betreuungsquote ist in Ostdeutschland noch immer weit höher als in Westdeutschland (auch wenn die westdeutschen Bundesländer seit 2008 aufholen). In den ostdeutschen Bundesländern (mit Berlin) wurden 2008 bereits 41,9 Prozent der Kinder unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen oder Kindertagespflege betreut – in den westdeutschen Ländern (ohne Berlin) lag der Anteil der betreuten Kinder zum selben Zeitpunkt bei lediglich 12,1 Prozent. Inzwischen holte Westdeutschland (ohne Berlin) nachdrücklich auf: Die Betreuungsquote konnte mehr als verdoppelt werden und lag 2014 bei 27,4 Prozent. In Ostdeutschland (mit Berlin) stieg die Quote in diesem Zeitraum auf 52 Prozent. Hierdurch konnte die

Differenz zwischen dem Betreuungsbedarf und der tatsächlich erreichten Betreuungsquote auf 9,2 Prozentpunkte gesenkt werden (2012: 13 Prozentpunkte Differenz; vgl. BMFSFJ 2015, S. 7).

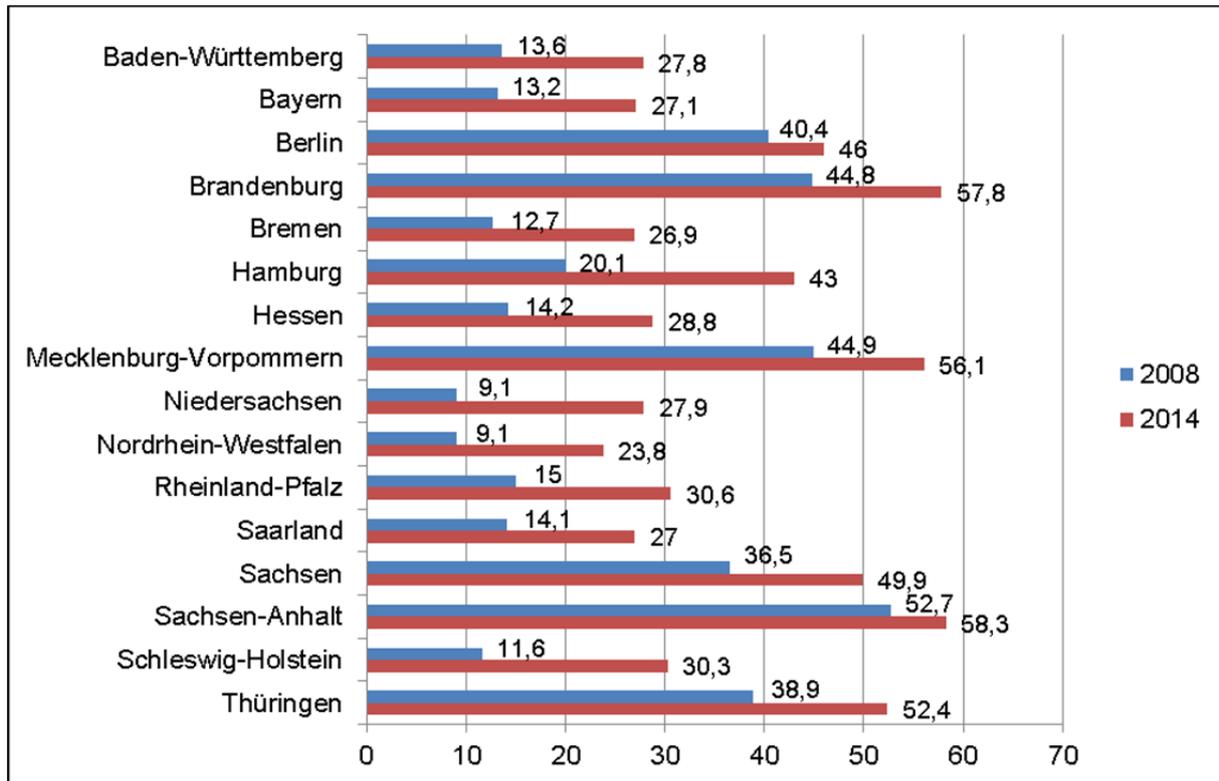
Darstellung F.16: Anteil der Kinder im Alter von unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in West- und Ostdeutschland an altersgleicher Bevölkerung 2008 bis 2014 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2008-2014.

Die U3-Betreuungsquoten sind in den ostdeutschen Bundesländern unverkennbar höher als in den westdeutschen (vgl. Darstellung F.17). Die höchsten Betreuungsquoten wiesen 2014 Sachsen-Anhalt mit 58,3 Prozent und Brandenburg mit 57,8 Prozent auf. An dritter Stelle ist Mecklenburg-Vorpommern mit 56,1 Prozent vorzufinden. Die geringsten Betreuungsquoten waren 2014 in Nordrhein-Westfalen und Bremen ermittelt worden: 23,8 bzw. 26,9 Prozent. Im Saarland lag der Wert bei 27 Prozent. Den größten Anstieg der U3-Betreuungsquote verzeichneten zwischen 2008 und 2014 Hamburg (+22,9 %), Niedersachsen (+18,8 %) und Schleswig-Holstein (+18,7 %; vgl. ebenda, S. 8).

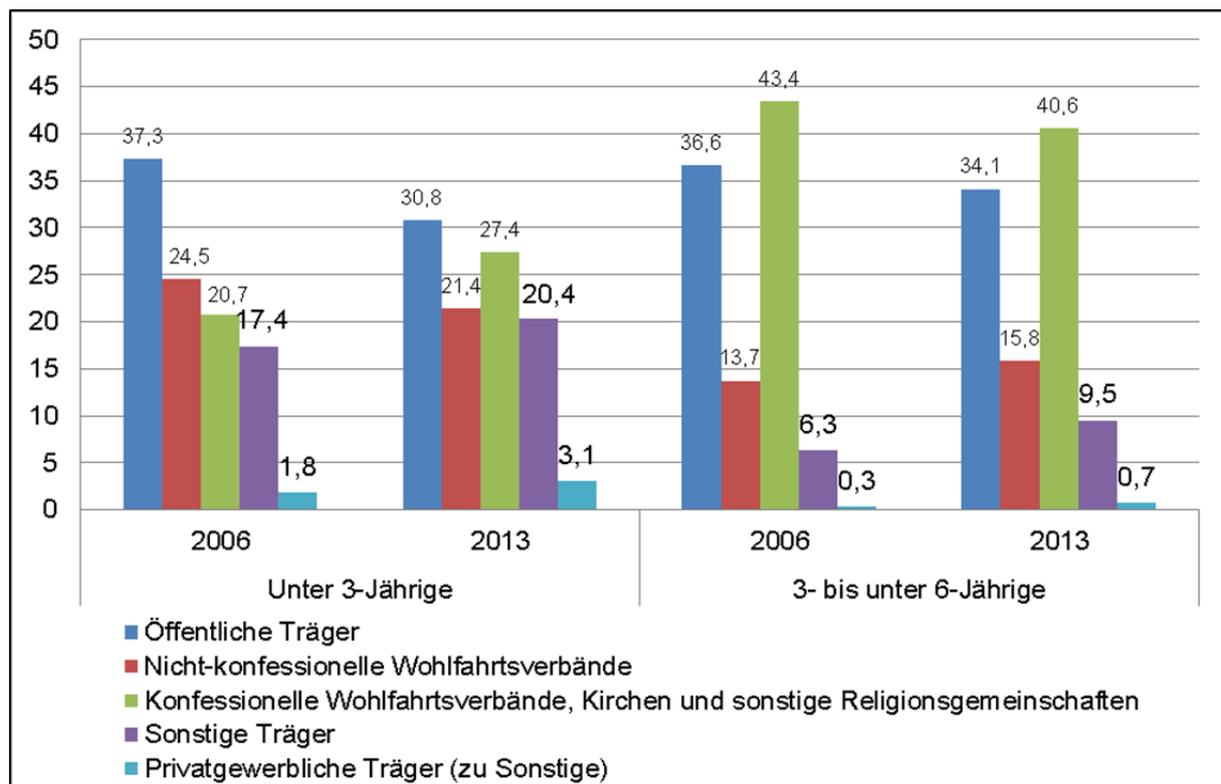
Darstellung F.17: Anteil der Kinder im Alter von unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in West- und Ostdeutschland an altersgleicher Bevölkerung 2008 bis 2014 (in Prozent)



Quelle: INIFES, eigene Darstellung/Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2008-2014.

In den letzten Jahren war die Entwicklung der Angebote in der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung deutlich vom Ausbau der Angebote für unter 3-Jährige geprägt. Insgesamt haben sich aber auch einige Veränderungen der Angebotsstruktur für alle Altersgruppen ergeben, die sich auf die Entwicklung der unterschiedlichen Einrichtungsformen sowie die Trägerlandschaft auswirkten. Der U3-Ausbau wird hierbei vor allem durch die Schaffung neuer Gruppen in vorhandenen Kindertageseinrichtungen vorangebracht. Nur in geringerem Umfang tragen Neueröffnungen von Einrichtungen dazu bei. Nur ein geringer Teil der Einrichtungen nimmt ausschließlich unter 3-Jährige aufnimmt (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014, S. 50).

Darstellung F.18: Kinder in Tageseinrichtungen 2006 und 2013 nach Alters- und Trägergruppen



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014, S. 239.

In der Trägerlandschaft ist eine fortlaufende prozentuale Abnahme der Kinder in Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft bei gleichzeitig zunehmender Relevanz der freien Träger zu erkennen (vgl. Darstellung F.18). Es ergeben sich aber auch Verschiebungen innerhalb der freien Träger. Angebote für unter 3-Jährige erhöhten sich seit 2006 bei konfessionellen Trägern deutschlandweit von 21 auf 27 Prozent. Bei den Angeboten für 3- bis unter 6-Jährige sank deren Anteil hingegen auf 41 Prozent. Angebote privater Träger und von Tageseinrichtungen für Kinder von Betriebsangehörigen spielen nur eine geringfügige Rolle (vgl. ebenda, S. 239).

Altersstruktur und Migrationshintergrund

Eine andere Tendenz beim U3-Ausbau zeigt sich auf der Gruppenebene: Die Zusammensetzung der Gruppen wird häufig so gestaltet, dass die Altersspanne möglichst gering bleibt und so eher altershomogene Gruppen mit bis zu drei Altersjahren entstehen. Insbesondere die Gruppen mit ausschließlich unter 3-Jährigen (meist nur 1- und 2-Jährige) haben deutlich zugenommen. In Westdeutschland hat sich hier die Anzahl der unter 3-Jährigen von 2007 bis 2013 nahezu vervierfacht

und stellt nun die häufigste Gruppenform dar. Ein genereller Befund ist darin zu erkennen, dass sich Kinder im Alter von unter 3 Jahren häufig in Einrichtungen für alle Altersgruppen befinden. Sie werden jedoch meist in tendenziell altershomogenen Gruppen betreut und deutlich seltener in für sie nicht vorrangig konzipierten Gruppen (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014, S. 51).

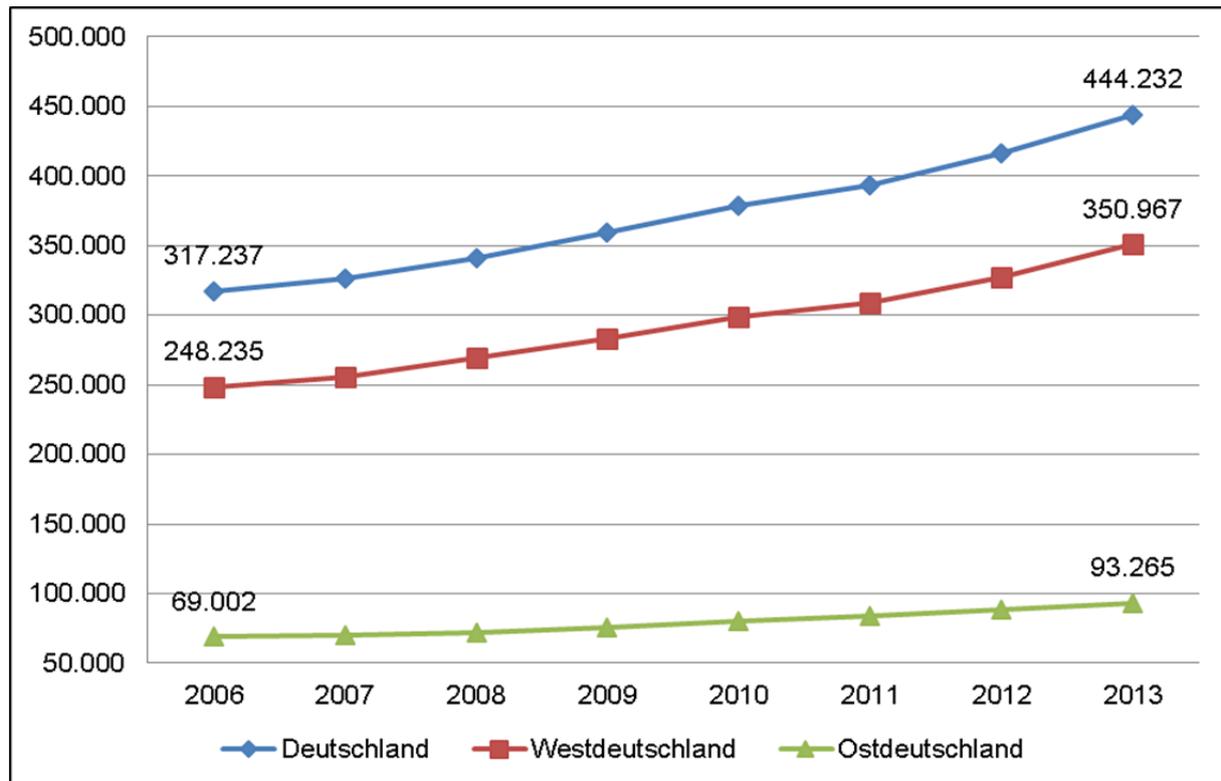
Der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund ist regional und lokal, also auch in den jeweiligen Wohngebieten, unterschiedlich. Diese heterogene Verteilung bildet sich analog auch in den Kindertageseinrichtungen ab. Demzufolge unterscheidet sich auch der Anteil der Kinder mit überwiegend nicht-deutscher Familiensprache pro Einrichtung. Die zu beobachtenden Segregationstendenzen in Kindertageseinrichtungen haben sich in Westdeutschland leicht verstärkt. Damit sind die Anteile der Kinder in Einrichtungen mit hohen Anteilen an Kindern mit nicht-deutscher Familiensprache gemeint: 34 Prozent der Kinder mit nicht-deutscher Familiensprache werden in Westdeutschland in Einrichtungen mit über 50 Prozent an Kindern mit überwiegend nicht-deutscher Familiensprache betreut. Die alltägliche Sprachförderung von Kindern mit nicht-deutscher Familiensprache ist in derartigen Einrichtungen aufgrund des eingeschränkten Kontakts zu überwiegend Deutsch sprechenden Kindern erschwert und erfordert daher erhöhte Personalressourcen und entsprechende Kompetenzen des pädagogischen Personals (vgl. ebenda, S. 56).

Pädagogisches Personal in Kindertageseinrichtungen

2013 hat der Beschäftigungsumfang von pädagogischem Personal in Kindertageseinrichtungen mit rund 444.200 Beschäftigten einen neuen Höchststand erreicht (vgl. Darstellung F.19) (siehe hierzu auch die Ausführungen zu den Darstellungen B.5 und B.6 im Abschnitt B.2). Das entspricht einem Anstieg seit 2006 um 40 Prozent (Westdeutschland +41 %, Ostdeutschland +35 %). Der starke Personalzuwachs ist in Westdeutschland auf drei Faktoren zurückzuführen:

- Ausbau der Angebote für unter 3-Jährige,
- Ausweitung der Betreuungszeiten,
- Verbesserung der Personalschüssel.

Darstellung F.19: Pädagogisches Personal in Kindertageseinrichtungen 2006 bis 2013 nach Ländergruppen



Quelle: INIFES, eigene Darstellung nach Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014, S. 57.

Am höchsten ist der Personaleinsatz in U3-Gruppen, denn sobald ältere Kinder hinzukommen, steigt die Anzahl der Kinder pro pädagogisch tätiger Person. Dabei variiert der Personalschlüssel deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (z. B. 1:3,2 in Bremen oder 1:6,7 in Sachsen-Anhalt) (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014). Ein einheitlicher länderübergreifender Standard ist nicht erkennbar. Deutlich angestiegen ist der Anteil des ab 50-jährigen Personals: in Westdeutschland von knapp 7 Prozent im Jahr 1990 auf 23 Prozent in 2013 (Ostdeutschland: seit 1991 um +20 % auf 33 %) Auch wenn der Anteil des männlichen Personals leicht ansteigend ist, handelt es sich mit einem Frauenanteil von 96 Prozent um einen weiblich geprägten Arbeitsmarkt mit einer hohen und steigenden Teilzeitquote (vgl. auch Abschnitt B.2 und Darstellung B.7).

Im Zusammenhang mit der Kinderbetreuung wird häufig von einer Professionalisierung gesprochen (vgl. Heitkötter u. a. 2012, S. 20). Die Arbeit und der Beruf der Erzieherinnen und Erzieher gewinnen zurzeit auch deswegen zunehmend mehr an Aufmerksamkeit, weil dieses Thema Teil anhaltender Debatten um die gesellschaftliche Funktion und Leistungsfähigkeit der institutionalisierten Kinderbetreuung ist (vgl. Hammer u. a. 2015). Dieser Vorgang ist in der Historie der deutschen Vor-

schulerziehung ein Novum und kann ein Hinweis dafür sein, dass im Themenfeld Frühpädagogik ein Funktionswandel im Gange ist. Sie lässt die professionelle Kinderbetreuung im Hinblick auf Ansehen und Bedeutung als neuerdings wichtige soziale Dienstleistung der Arbeitsgesellschaft erscheinen. Die Ansprüche reichen weit, denn inzwischen gilt die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung als wichtige Voraussetzung für das Erreichen wesentlicher gesellschaftlicher Ziele (von Vollbeschäftigung über gleichberechtigte Erwerbsbeteiligung von Frauen und sozialer Chancengleichheit für Migranten bis hin zur Sicherung des Generationenvertrags) (vgl. ebenda, S. 301).

Trotz eines starken Anstiegs an pädagogisch Tätigen in den Kindertageseinrichtungen durch den Ausbau der U3-Betreuungsangebote, bleibt bislang das Qualifikationsniveau seit 2008 – auch wegen der beschriebenen Professionalisierungsanforderungen konstant hoch (vgl. BMFSFJ 2014, S. 36). Denn analog zum erhöhten Personalbedarf haben sich auch die Ausbildungskapazitäten zur Erzieherin bzw. zum Erzieher um 71 Prozent eindrucklich erhöht (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014, S. 59). Seit 2009 sind die erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse von 16.100 Personen auf rund 27.500 in 2015 angewachsen (hinzukommen jährlich knapp 5.400 Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger sowie ca. 11.700 Sozialassistentinnen und Sozialassistenten).

Indessen gilt im Bereich des pädagogischen Personals in der Kinderbetreuung die Notwendigkeit, dass die Arbeitssituation dieser Berufsgruppen zu verbessern ist, um den benötigten Arbeitskräftebedarf dauerhaft zu decken. Dazu gehören entsprechende Lohnsteigerungen oder verbesserte Arbeitsbedingungen (vgl. Abschnitt B.6). Zwar sind die Arbeitsbedingungen in der Kinderbetreuung z. B. im Vergleich zur Altenpflege teilweise recht günstig (z. B. bei der Arbeitszeitlage oder dem Ausüben körperlich schwerer Arbeiten, vgl. hierzu Darstellungen D.11 und D.17 in den Abschnitten D.2 und D.4). Doch zugleich geben 64 Prozent der Beschäftigten in den Berufen der „Kinderbetreuung und -erziehung“ an, wahrscheinlich nicht bis zur Rente ihre derzeitige Tätigkeit durchzuführen. Bei allen Berufen in Deutschland sind dies nur 46 Prozent, die nach eigener Einschätzung nicht bis Rente arbeitsfähig sind (vgl. Darstellung D.29 im Abschnitt D.11). Ebenso bewerten 28 Prozent der Befragten in diesen Berufen ihre Arbeit als „schlecht“, während bei allen abhängigen Beschäftigten nur 24 Prozent ihrer Erwerbstätigkeit eine „schlechte“ Arbeitsqualität attestieren (vgl. Darstellung D.22 in Abschnitt D.7).

G. Zusammenfassung und Handlungsfelder

Ausgangspunkt der Überlegungen zu dieser Studie war die Einschätzung, dass das Gesundheits- und Sozialwesen ein Wachstumsmotor, ein wirtschaftlicher Stabilisator aber auch ein bedeutender Teil der gesellschaftlich unverzichtbaren Dienstleistungen sei (vgl. Ausführungen im Kapitel A). Bedeutend sind hierbei die Veränderung von Trägerstrukturen (Zuwachs privater Trägerschaften zulasten v. a. öffentlicher Trägerschaften), die zu erörternden Folgen des steigenden Pflegebedarfs und das Auftreten von Arbeitskräfteengpässen in bestimmten Berufsbildern des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Darlegungen im Kapitel B „Beschäftigung“ zeigen, dass die These von einem durchgängigen und demografisch bedingten Mangel an Arbeitskräften auch im Gesundheits- und Sozialwesen irreführend sein kann. Trotz des z. T. erheblich gestiegenen Arbeitskräftebedarfs in manchen Berufen sind gleichzeitig die gemeldeten Arbeitslosen je offener Stelle in einigen dieser Berufen wieder angestiegen (vgl. Darstellung B.9 in Abschnitt B.6). Insbesondere für einfache Tätigkeiten ist die Zahl sofort zu besetzender offener Stellen im Verhältnis zum Anteil einfacher Tätigkeiten im Personalbestand niedrig. Nichtsdestotrotz scheint sich eine Unterversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen in einigen Engpassberufen (Humanmedizinerinnen und Humanmediziner, Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte sowie Altenpflegefachkräfte) zu verfestigen. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwiefern diese Engpässe nicht eher auf unattraktive Einkommensaussichten und Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind und weniger mit einem demografiebedingt zu geringen Arbeitskräfteangebot zusammenhängen (vgl. Ausführungen im Kapitel D).

Ferner zeigen die Auswertungen, dass das Ausmaß atypischer Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich stark ansteigt und z. T. Unterbeschäftigung bedeutet. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass mit atypischer Beschäftigung oftmals auch eine Armutsgefährdung einhergeht. Das Risiko einer Verbreitung von prekären Erwerbsbiographien nimmt daher im Gesundheits- und Sozialwesen zu. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht jede atypische Beschäftigung automatisch prekär ist. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit der Prekarität als groß einzuschätzen. Das betrifft aufgrund der sehr hohen Anteile weiblicher Beschäftigter in vielen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens vor allem die ökonomische Situation von Frauen.

Bei der Diskussion von Handlungsfeldern ist zu beachten, dass sich das Gesundheits- und Sozialwesen – wie im Kapitel C ausgeführt – teilweise unterschiedlich entwickelt (z. B. sind die ökonomischen Entwicklungen des Krankenhausbereichs im Vergleich zur Altenpflege sehr unterschiedlich). Es sind Vorgänge zu erkennen, die aufzeigen, dass sich das Gesundheits- und Sozialwesen in seinen verschiedenen Teilbranchen auf unterschiedlichste Art und Weise in einem dynamischen Veränderungsprozess befindet (vgl. hierzu Kapitel F). Hier sind vor allem die starke Privatisierungstendenz im Krankenhaus- und Pflegebereich, das Wachstum am Pflegemarkt, die Zunahme der ambulanten Pflege und nicht zuletzt der starke Anstieg im Bereich der Kinderbetreuungseinrichtungen zu nennen.

Vor dem Hintergrund dieser Haupttrends ergeben sich folgende wesentliche zu beachtende Handlungsfelder:

1. Negative Auswirkungen von atypischer Beschäftigung bekämpfen; atypische Beschäftigung zurückdrängen

Die Einführung eines gesetzlichen Mindestlohns ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Einer Aushebelung von Mindest- und Tariflöhnen z. B. durch die Auslagerung von Arbeitsplätzen durch das Instrument der Werkverträge ist durch entsprechende Gegenmaßnahmen und Regulierungen entschieden entgegenzutreten. Erforderlich könnte hierbei auch sein, über eine Rücknahme bestimmter Arbeitsrechts- und Arbeitsmarktreformen nachzudenken, die die übermäßige Ausweitung der atypischen Beschäftigung erst ermöglicht haben. Dazu ist weiterhin politischer Druck auszuüben.

Denkbare Maßnahmen oder Reregulierungen wären:

- Wiedereinführung alter Befristungsregelungen
- Eindämmung der Subventionierung atypischer Beschäftigungsformen
- Abschaffung entsprechender Freistellungen von Sozialversicherungsleistungen
- Verteuerung atypischer Beschäftigung für die Betriebe durch einen Sozialversicherungs- oder Steuerzuschlag
- Festlegung klarer Kriterien bezüglich des Missbrauchs von Werkverträgen zulasten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern
- Gesetzliche Festlegung einer Generalunternehmerhaftung zur Bekämpfung illegaler Werkverträge

2. Verbesserung von Einkommen und Entlohnung

Für viele Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen steht die Balance von Anforderung (z. B. durch belastende Arbeitsbedingungen) und Gratifikation (z. B. durch Entlohnung, Incentives oder Wertschätzung) nicht im Einklang. Dies führt zu Unzufriedenheit, Gesundheitsrisiken und zu einer geringen Attraktivität der entsprechenden Berufsbilder. Vor allem Berufsbilder denen eine deutlich wachsende Bedeutung in der Zukunft vorausgesagt wird (Altenpflege, Kinderbetreuung und -erziehung), müssen bessere ökonomische Perspektiven bieten, um den bereits drohenden Engpassphänomenen entgegenzutreten. Zum Teil wurde und wird hier (vgl. aktuelle Tarifrunde im Bereich der Kindertageseinrichtungen) einiges an Verbesserungen erkämpft, dieser Weg ist aber konsequent fortzusetzen. Schließlich ist es auch unter Aspekten der Chancengleichheit nötig, den „Gender Pay Gap“ weiter zu schließen.

Generell ist ein Prozess in Gang zu setzen, dass die ökonomische Gratifikation dieser Arbeitsleistungen mehr ihrem hohen öffentlichen Stellenwert entspricht (Schlagwort „Social Services of General Interest“). Hier sind natürlich auch die Tarifparteien in der Pflicht, dem hohen Stellenwert auch eine entsprechende Entlohnung gegenüberzustellen. Die gesellschaftliche Akzeptanz scheint gegeben, da beispielsweise Krankenschwestern in der Allensbacher Berufsprestige-Skala mit einem Wert von 63 Prozent auf dem zweiten Rang hinter den Ärzten mit 76 Prozent stehen (Politiker 6 %, Banker 3 %; vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 2013).

3. Verbesserung der Arbeitsbedingungen

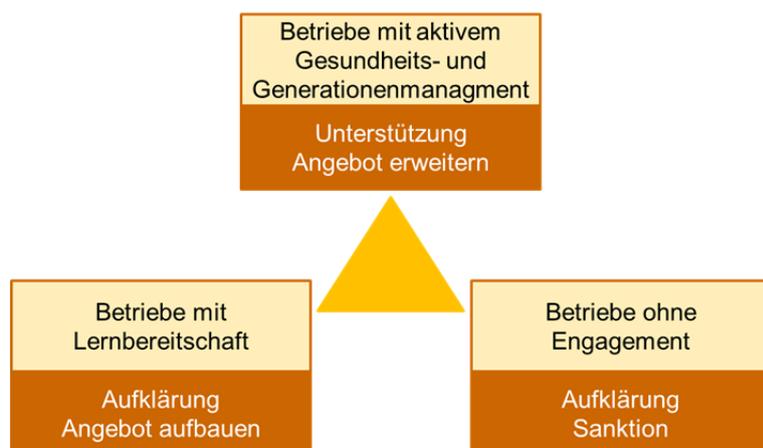
In Analogie dazu steht selbstredend die Verbesserung von Arbeitsbedingungen. Im Kapitel D finden sich hierzu etliche Hinweise, dass in Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens bestimmte Belastungsphänomene überdurchschnittlich auftreten (z. B. Nachtarbeit, Wochenendarbeit, Termindruck oder emotionale Anforderungen). Betrachtet man die Befunde aus Kapitel D, lassen sich die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen beobachten (z. B. hohe Fehlzeiten, Erkrankungen). Gleichzeitig zeigt sich, dass es eine breite Palette an möglichen Maßnahmen alternsgerechten Arbeitens gibt, die sich in zahlreichen Projekten bereits als wirkungsvoll erwiesen haben. Zwar wird

auch durch solche Maßnahmen das Auftreten von Arbeitsbelastungen in vielen Tätigkeiten nicht vollständig beseitigt, die negativen Folgen von Arbeitsbelastungen lassen sich jedoch deutlich reduzieren. Insbesondere durch die gezielte Planung von Tätigkeitsbiografien und Belastungswechseln lässt sich auf Dauer gesundheitsgerechte Erwerbsarbeit auch im Gesundheits- und Sozialwesen sinnvoll realisieren.

Darüber hinaus ist belegt worden, dass sich derartige Investitionen auch für die Betriebe lohnen: Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen führen zu weniger krankheitsbedingten Ausfällen und höherer Produktivität der Beschäftigten. Nicht zuletzt in Anbetracht der beschriebenen demografischen Entwicklung und der möglichen Engpässe in Berufsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens lassen sich gute Argumente für eine Verbesserung der Beschäftigungssituation finden.

Das Engagement der Betriebe im Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ ist unserer Ansicht nach in drei Typen von Betrieben zu differenzieren: Ein Teil der Betriebe hat die Herausforderungen erkannt und hat bereits Maßnahmen ergriffen. Diese Betriebe müssen weiter unterstützt und bei der Umsetzung von Maßnahmen gefördert werden. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass dies aktuell nur ein kleiner Teil der Betriebe ist (vgl. Darstellung G.1).

Darstellung G.1: Bewusstsein für „Arbeit und Gesundheit“ in den Betrieben



Quelle: INIFES, eigene Darstellung.

Daneben gibt es einen großen Anteil von Betrieben, die zwar um die Probleme wissen, jedoch keine Handlungsperspektiven erkennen. Nach wie vor ist der Transfer von möglichen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unterentwickelt.

Vielen Betrieben fehlen schlichtweg die notwendigen Kenntnisse die für die Durchführung betrieblicher Maßnahmen erforderlich sind. Diese Betriebe müssen über bestehende Angebote informiert werden. Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, die Beratungs- und Unterstützungsstruktur weiter auszubauen.

Darüber hinaus darf aber auch nicht verschwiegen werden, dass ein nicht unerheblicher Teil der Betriebe die Notwendigkeit einer Verbesserung der Arbeitssituation ihrer Beschäftigten (noch) nicht erkannt hat. Im Gesundheits- und Sozialwesen sehen viele Betriebe, insbesondere bei Beschäftigten in einfachen Tätigkeiten, keinen Anlass für die Durchführung von Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Erwerbsarbeit. Im Gegenteil: Kosteneinsparungen, Flexibilisierung, geringe Beschäftigungssicherheit und höhere Arbeitsintensität erhöhen die Belastungen dort sogar noch. Hier ist es dringend erforderlich ein Bewusstsein für die Problematik zu schaffen. Darüber hinaus ist es aber auch notwendig, die Umsetzung bestehender Gesetze besser zu kontrollieren und ggf. konsequent zu sanktionieren. Insbesondere die Gefährdungsbeurteilung wird vielfach nicht oder nur unzureichend durchgeführt, wodurch den Betrieben die Grundlage für eine Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten fehlt (vgl. Abschnitt D.11).

Fazit - Die Betriebe müssen aktiv(iert) werden!

Wichtige Maßnahmen wären:

- Bessere Kontrolle bei der Umsetzung der bestehenden Arbeitsschutzgesetze (Kontrolle und Sanktionierung beispielsweise bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen – insbesondere die psychische Gefährdungsbeurteilung hat für das Gesundheits- und Sozialwesen zunehmend Brisanz)
- Beachtung der besonderen Situation der Frauen in den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens (flexible Arbeitszeiten, Kinderbetreuungsmöglichkeiten etc.)
- Motivation und Aufklärung der Beschäftigten, um zum Beispiel die Angst vor Veränderungen bei Tätigkeitswechseln aufzubrechen.
- Aufklärung und Unterstützung der Betriebe, z. B. durch Beratungsstrukturen (flächendeckend, nachhaltig und niedrigschwellig), wie „Generationenmanagement im Arbeitsleben“ (DRV), „Qualifizierungsberatung“ (BA), „Demografie-Lotsen“ oder „unternehmensWert: Mensch“ (INQA) etc.).
- Umsetzung durch tarifpolitische Instrumente (Beispiel Chemie-Demografie-Tarifvertrag, Tarifvertrag „Gute Arbeit“ Erziehungsarbeit, Betriebsvereinbarungen etc.). Die Umsetzung (siehe Erfahrungen der chemischen Industrie) ist dabei aber gut zu begleiten und zu unterstützen. Das ist kein Selbstläufer!

4. Stärkung von Tarifbindung und Mitbestimmung

Im Kapitel E „Arbeitsbeziehungen und Mitbestimmung“ wurde dargelegt, dass im Gesundheits- und Sozialwesen die Tarifbindung unter dem Niveau aller Branchen liegt. Nur im Bereich Erziehung und Unterricht ist sie – traditionell wie in der öffentlichen Verwaltung – überdurchschnittlich ausgeprägt. Durch die Ausdehnung privater Trägerschaften in wichtigen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens sinkt der Anteil tarifgebundener Beschäftigter weiter, während zugleich auch hier der beschriebene „schleichende Erosionsprozess“ im deutschen Tarifsysteem zu erkennen ist. Dabei zeigt die Tarifbindung deutliche Effekte und wirkt sich positiv auf eine höhere Entlohnung oder durch eine bessere Regelung von Arbeitszeiten bzw. geringere Überstunden aus. Hier wäre es notwendig, den Prozess auszubremsen oder gar umzukehren. Es stellt sich die Frage, inwiefern eine höhere Tarifbindung z. B. bei privaten Trägerschaften zu erzielen ist. Darüber ist es wichtig, dass es gelingt, auch eine bessere Umsetzung von Tarifregelungen aus dem öffentlichen Sektor für kirchliche Träger oder auch freie Wohlfahrtsträger zu erzielen (vgl. Abschnitt E.6), da vor allem kirchliche Träger nicht dem Betriebsverfassungsgesetz unterworfen sind.

5. Öffentlicher Druck und politische Kampagnen

Für die beschriebenen Handlungsfelder ist entsprechender politischer Druck und Öffentlichkeitsarbeit nötig, um die öffentliche Meinungsbildung, politische Entscheidungsprozesse aber auch relevante Regulierungen zu beeinflussen. So könnte zum Beispiel das gute öffentliche Image der Gesundheits- und Pflegeberufe dafür genutzt werden, um generell für Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens Lohnsteigerungen und bessere Arbeitsbedingungen zu erwirken (vgl. Abschnitt D.1). Weitere notwendige Aufwertungen betreffen die Arbeitsbedingungen (z. B. körperliche Belastungen oder Überstunden) oder die soziale Sicherung (vgl. dazu auch die aktuelle Diskussion zur Möglichkeit der Frühverrentung für Rettungskräfte). Auch hier sind Verbesserungen anzustreben. Auch um dem Auftrag zur Sicherstellung der Bereitstellung der beschriebenen „Social Services of General Interest“ gerecht zu werden, ist hierbei über den „Wohlfahrtsmix“ nachzudenken (vgl. Kapitel A und F). Denn inwiefern der Trend z. B. zur Privatisierung in vielen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens hilft, diese Dienstleistungen in der nötigen Quantität wie Qualität (wohnortnah) zur Verfügung zu stellen, erscheint diskussionswürdig.

Sicherlich sind die Privatisierungen beispielsweise im Gesundheitswesen zumindest auf den ersten Blick kostendämmend, es stellt sich hierbei aber auch die Frage, ob auf diese Weise wichtige Berufsbilder der Zukunft tatsächlich an Attraktivität gewinnen können (z. B. durch bessere Entgelte oder geringere Arbeitsbelastungen). Daher sollte beim Privatisierungstrend in diesem für die Allgemeinheit sensiblen Wirtschaftsbereich gegengesteuert werden. Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist Bestandteil der Daseinsvorsorge. Es ist eine zentrale Aufgabe jedes Sozialstaates, die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Gewinne aus Krankenhausleistungen an private Eigentümer auszuschütten, ist im Krankenhausfinanzierungssystem nicht eingepreist und gesellschaftspolitisch nicht sinnvoll. Will die öffentliche Hand die Steuerungsfähigkeit des Krankenhausesektors im öffentlichen Interesse behalten, muss sie einen großen Anteil eigener Krankenhäuser betreiben.

Um hier entsprechend öffentlichen Druck aufzubauen, sind bereits begonnene Wege „der guten Arbeit“ im Gesundheits- und Sozialwesen konsequent fortzuführen. Hilfreich wäre sicherlich z. B. eine Vereinheitlichung und Angleichung von Tarifstandards in wichtigen Berufen der Branche (z. B. in der Pflege), wo zum Teil bislang geringe Einheitlichkeit vorzufinden ist. Hier kann natürlich ein starker öffentlicher Sektor als Vorreiter Einfluss nehmen und wichtige Regulierungen einführen. Neben entsprechenden Forschungsberichten, die auch für eine breite Öffentlichkeit zu vermarkten wären, sind breit angelegte Informations- und Sensibilisierungskampagnen auf den Weg zu bringen bzw. müssen – wenn bereits vorhanden – sinnvoll miteinander in Einklang gebracht werden. (z. B. Kampagnen zur besseren Entlohnung im Kinderbetreuungsbereich und Kampagnen zur Bekämpfung atypischer Beschäftigung).

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B. u. a. (2010): Krankenhaus Rating Report 2010 - Licht und Schatten, RWI Materialien 59, Essen.
- Augurzky, B. u. a. (2011a): Krankenhaus Rating Report 2011 - Die fetten Jahre sind vorbei, RWI Materialien 67, Essen.
- Augurzky, B. u. a. (2011b): Pflegeheim Rating Report 2011 - Boom ohne Arbeitskräfte?, RWI Materialien 68, Essen.
- Augurzky, B. u. a. (2013): Pflegeheim Rating Report 2013 - Ruhiges Fahrwasser erreicht, Hannover.
- Augurzky, B. u. a. (2014): Krankenhaus Rating Report 2014 Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle, Heidelberg.
- Augurzky, B. u. a. (2015a): Krankenhaus Rating Report 2015 Bad Bank für Krankenhäuser: Krankenhausausstieg vor der Tür?, Heidelberg.
- Augurzky, B. u. a. (2015b): Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015. RWI-Materialien Heft 89, Essen.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel, Bielefeld.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen, Bielefeld.
- Bartholomeyczik, S. u. a. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Projekt F 2032, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Becka, D.; Evans, M. (2014): Heimliche Heldinnen in der Chancenfalle: Weibliche Erwerbsarbeit im Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft. IAT Forschung Aktuell 09/2014, Gelsenkirchen.
- Bellmann, L. u. a. (2013): Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen - 2004 bis 2008. In: Sozialer Fortschritt, 3/2013, S. 77ff.
- BGWforschung (2013): Gesundheitssektor Krankenhaus. Zahlen - Daten - Fakten, Hamburg.
- Bispinck, R. (2012): Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen - vom Niedergang zur Reform? In: WSI Mitteilungen 07/2012, S. 496ff.
- Blank, F.; Schulz, S. E. (2015): Soziale Sicherung unter dem Brennglas. Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor, WISO-Diskurs Januar 2015, Bonn.
- Blum, K. u. a. (2004- 2014): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2004-2014. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.
- Bödeker, W.; Zelen, K.: (2008) Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. Entwicklung eines Vorhersageinstruments für die Praxis in Betrieben und Krankenkassen. Essen, Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
- Bogai, D. u. a. (2015): Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. IAB-Studie, Berlin.
- Borchart, D. u. a. (2011): Warum Pflegenden ihre Einrichtung verlassen. Bericht aus der NEXT-Studie. Abgerufen am 29.05.2015 unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>.
- Bosch, G. (2013): Arbeitsmarkt und Beschäftigung im Umbruch – Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Folienvortrag im Rahmen des 8. Kongresses „Sozialwirtschaft“, 13. Juni 2013, Magdeburg. Abgerufen am 20.02.2014 unter: http://sozkon.de/tl_files/Bilder/Texte/Praesentationen/Plenum/plenum_bosch_sozkon2013.pdf.
- Bräuninger, M. u. a. (2007): Gesundheitsentwicklung in Deutschland bis 2037 - Eine volkswirtschaftliche Kostensimulation. In: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (Hrsg.) HWWI Policy Paper 1-6 des HWWI-Kompetenzbereiches Wirtschaftliche Trends, Hamburg.
- Bräutigam, C. u. a. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Arbeitspapier, Arbeit und Soziales, Bd. 306, Düsseldorf.
- Brenke, K. (2010): Fachkräftemangel kurzfristig noch nicht in Sicht. In: DIW-Wochenbericht Nr. 46, Berlin, S. 2ff.
- Brossardt, B. (2012): Vorwort. In: vbw (Hrsg.): Arbeitslandschaft 2035, München.
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Juni 2014, Nürnberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Fortschrittsbericht 2013 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Vierter Zwischenbericht zur Evaluation des Kinderförderungsgesetzes Bericht der Bundesregierung 2013 nach § 24a Abs. 5 SGB VIII über den Stand des Ausbaus für ein bedarfsgerechtes Angebot an Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren für das Berichtsjahr 2012, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Fünfter Zwischenbericht zur Evaluation des Kinderförderungsgesetzes Bericht der Bundesregierung 2015 nach § 24a Abs. 5 SGB VIII über den Stand des Ausbaus

- für ein bedarfsgerechtes Angebot an Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren für das Berichtsjahr 2014, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand: 13.05.2013). Abgerufen am 01.06.2014 unter <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>.
- Czepek, J. u. a. (2015): Betriebe im Wettbewerb um Arbeitskräfte. Bedarf, Engpässe und Rekrutierungsprozesse in Deutschland, IAB-Bibliothek Bd. 352, Nürnberg.
- Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (2014): Die Bildung von Gesundheitsregionen als Perspektive im Strukturwandel. In: Beck, R. u. a. (Hrsg.): Zukunft der Wirtschaftsförderung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 277ff.
- DAK (2015): DAK-Gesundheitsreport 2015, Hamburg.
- Draheim, M.; Beeck, S. (2015): Leistungsgerechte Finanzierung durch Investitionsbewertungsrelationen. In: Das Krankenhaus 9/2015, Stuttgart, S. 818ff.
- Dielmann, G. (2015): Zur geplanten Reform der Pflegeausbildung. Kommt die „Generalist Nurse“? In: Infodienst Krankenhäuser, Juni 2015, S. 42ff.
- Düll, N. (2013): Arbeitsmarkt 2030 – Fachexpertisen und Szenarien. Trendanalyse und qualitative Vorausschau, München, W. Bertelsmann Verlag. Abgerufen am 28.07.2014 unter: [wbv-open-access: http://www.wbv.de/-/openaccess/artikel/shop/download/0/_/0/0/listview/file/-direct%406004384w.html](http://www.wbv.de/-/openaccess/artikel/shop/download/0/_/0/0/listview/file/-direct%406004384w.html).
- Dummert, S. u. a. (2014): Betrieblicher Arbeitskräftebedarf 2006-2012, IAB-Forschungsbericht 3/2014.
- Ellguth, P.; Kohaut, S. (2015): Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2014. In: WSI-Mitteilungen 4/2015, S.290ff.
- European Commission (2014): Employment and Social Developments in Europe 2013, Brüssel.
- European Commission (2009): European Innovation Scoreboard (EIS) 2009, Brüssel.
- Grau, A. (2009): Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz. In: STATmagazin, Rubrik Arbeitsmarkt 01.09.2009 (Web-Magazin des Statistischen Bundesamtes), Wiesbaden.
- Grobe, T; Steinmann, S. (2015): Depressionsatlas – Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen, Göttingen.
- Haipeter, T. (2013): Schwächelnde Gegenspieler. In: Mitbestimmung, Magazin der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 10/2013, Düsseldorf.
- Hall, A.; Siefer, A.; Tiemann, M. (2014): BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. suf_3.0; Forschungsdatenzentrum im BIBB (Hrsg.); GESIS Köln (Datenzugang); Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. doi:10.7803/501.12.1.1.30
- Hammer, G. u. a. (2015): Die „gebrochene“ Professionalisierung der Kinderbetreuung. In: Dingeldey, I. u. a. (Hrsg.): Wandel der Governance der Erwerbsarbeit, Wiesbaden, S. 301ff.
- Hartz-Kommission (2002): Gutachten der Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zum Umbau der Bundesanstalt für Arbeit, Berlin (Internet).
- Heiden, I. (2012): Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen. Abschlussbericht – Langfassung Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.
- Heitkötter, M. u. a. (2012): Mehr als Qualifizierung. Was bedeutet Professionalisierung in der Kindertagespflege? Eine empirische Konkretisierung. In: DJI Impulse 02/2012, S. 19ff.
- Henke, K.-D. u. a. (2011): Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft - Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Endbericht, Berlin.
- Henke, K.-D.; Reimers, L. (2007): Zum Einfluss von Demografie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. In: Ulrich, V.: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift für Eberhard Wille, Baden-Baden, S. 736ff.
- Hetmeier, H.-W.; Buschle, N.; Schmidt, A. (2014): Bildungsfinanzbericht 2014 im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.
- Hilbert, J.; Nordhause-Janz, J. (1998): Suchfelder für beschäftigungsintensive Wachstums- und Innovationsbereiche: Ein potential- und problemlösungsorientierter Ansatz. In: Lehner, F. u. a. (Hrsg.): Beschäftigung durch Innovation. Eine Literaturstudie, München, Mering, S. 401ff.
- Holler, M.; Krüger, T.; Mußmann, F. (2014): Die Weiterentwicklung des DGB-Index Gute Arbeit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 68, 2014, Heft 3, S.163ff.
- Holler, M.; Trischler, F. (2010). Gute Erwerbsbiographien. Arbeitspapier 3: Einfluss-faktoren auf die Arbeitsfähigkeit. Der Einfluss belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter. Stadtbergen.

- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015): Sinnvolle Arbeit, hohe Belastung und geringes Einkommen. Arbeitsbedingungen in den Erziehungsberufen. DGB-Index Gute Arbeit kompakt 01/2015, Berlin.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig, Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013, Allensbacher Kurzbericht 5/2013, Allensbach.
- Kathmann, T.; Dingeldey, I. (2013): Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung? Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 4/2013, Bremen.
- Kistler, E. (2012): Führt der demografische Wandel zu einem Fach- oder gar Arbeitskräftemangel? In: Bispinck, R. u. a. (Hrsg.): Sozialpolitik und Sozialstaat. Festschrift für Gerhard Bäcker, Wiesbaden, S. 149 ff.
- Klauber, J. u. a. (Hrsg.) (2015): Krankenhausreport 2015. Strukturwandel, Stuttgart.
- Knieps, F.; Pfaff, H.; (2014): Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014, Berlin.
- Knuth, M.; Brussig, M. (2012): Der Wandel der Arbeitslosigkeit am Ende des Erwerbslebens vom privilegierten zum prekären Übergangspfad. In: Bispinck, R. u. a. (Hrsg.): Sozialpolitik und Sozialstaat. Festschrift für Gerhard Bäcker, Wiesbaden, S. 239ff.
- Kubis, A. u. a. (2013): Der Arbeitskräftebedarf in Deutschland 2006 bis 2011. Nachfrage, Rekrutierungsprozesse und Engpässe aus Sicht der Betriebe, IAB-Bibliothek Bd. 339, Bielefeld.
- Lenhardt, U.; Reusch, J. (2014). Die Arbeitswelt von heute: Daten, Schwerpunkte, Trends. In L. Schröder & H.-J. Urban (Hrsg.): Gute Arbeit – Ausgabe 2015. Qualitative Tarifpolitik-Arbeitsgestaltung-Qualifizierung, Frankfurt am Main, S. 305ff.
- Lennartz, P.; Kersel, H. (2014): Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020, Berlin.
- Maier, T. u. a. (2014): Engpässe im mittleren Qualifikationsbereich trotz erhöhter Zuwanderung, BIBB. Report Nr. 23/14.
- Mayntz, R. (1996): Politische Steuerung: Aufstieg, Niedergang und Transformation einer Theorie. In: Mayntz, R. (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung: Theoretische und methodische Überlegungen, Frankfurt am Main, S. 263ff.
- Offermanns, M. (2003): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2003. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.
- Oschmiansky, H. (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden, Berlin.
- Reimers, L. (2009): Medizinisch-technischer Fortschritt: Theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.
- Reinhart, M. (2013): Neuordnung der Pflegeberufe in der Ausbildung. Vortrag beim Kompetenztag Pflege September 2013, Friedensau.
- Rothgang, H. (2014): BARMER GEK Pflegereport . Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 29, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn.
- Schilling, M. (2012): Fachkräftebedarf in Kindertageseinrichtungen bis zum Jahr 2020, München.
- Statistisches Bundesamt (2008-2014): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008-2015): Bildung und Kultur – Berufliche Schulen. Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2011, Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Umsatzsteuerstatistik (Vor Anmeldungen). Fachserie 14 Reihe 8.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2013, Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014a): Gesundheit Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014b): Gesundheit Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014c): Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014d): Gesundheit Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014e): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014f): Pressemitteilung Nr. 164/14, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheit Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1, Wiesbaden.

Tietze, W. u. a. (2012). NUBBEK. Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit. Fragestellungen und Ergebnisse im Überblick. Abgerufen am 21.08.2015 unter:
<http://www.nubbek.de/media/pdf/NUBBEK%20Broschuere.pdf>

Tietze, W. u. a. (2013). NUBBEK. Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit, Weimar, Berlin.

Ver.di (2011): ver.di – Handbuch Zuordnung von Wirtschaftszweigen zu Fachbereichen und Fachgruppen. Stand September 2011, Berlin.

Ver.di (2013): Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen. Beschäftigte in Pflegeberufen – so beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen. Arbeitsberichterstattung aus Sicht der Beschäftigten Nr.7, Berlin.

Wichtige Informationen zu den zwei zentralen verwendeten Datenquellen

IAB-Betriebspanel

Das IAB-Betriebspanel ist eine jährliche Wiederholungsbefragung bei stets denselben Betrieben in Deutschland. Das Panel startete zuerst im Jahr 1993 in Westdeutschland und wurde 1996 auch auf die neuen Bundesländer ausgeweitet. Befragt werden Betriebe in allen Branchen und aller Größen mit mindestens einem sv-Beschäftigten (siehe ausführlicher im Internet unter: <http://www.iab.de/de/erhebungen/iab-betriebspanel/informationen-zum-panel.aspx>).

Die Betriebe werden in einer Zufallsstichprobe aus der Betriebsdatei der Bundesagentur für Arbeit gezogen, die rund 2 Mio. Betriebe enthält. Jährlich werden knapp 16.000 Betriebe in Deutschland befragt. Im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit werden die Interviews bei den Betrieben von TNS Infratest Sozialforschung, München durchgeführt. Dafür setzt Infratest besonders geschulte Interviewer ein.

Mit dieser Betriebsbefragung wird nicht nur eine Bestandsaufnahme betrieblicher Strukturen, Situationen und Problemzusammenhänge vorgenommen, sondern überdies werden Stimmungslagen und zukünftige Einschätzungen der Betriebe eingefangen. Der Fragebogen wird jährlich überarbeitet und um jeweils aktuelle Fragen ergänzt. Mit dem breit gefächerten Spektrum an Fragen werden folgende betriebliche Informationen erfasst:

- Bestimmungsgrößen der Beschäftigungsentwicklung (Produktion, Umsatz, Arbeitszeiten, Investitionen, Auslastung)
- Personalnachfrage und Beschäftigungserwartungen (Vakanzen, offene Stellen, Fluktuation, betriebliche Beschäftigungspolitik)
- Stand und Entwicklung der Technik und Organisation sowie deren Auswirkungen auf Arbeitsplätze
- Einflussgrößen auf die Produktivität, z. B. technische, organisatorische und betriebswirtschaftliche Faktoren
- Daten zur Biographie von Betrieben
- Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen
- Aktivitäten in der Aus- und Weiterbildung

Sämtliche Daten werden bei TNS Infratest Sozialforschung, München erfasst, aufbereitet und anonymisiert. Weder aus den Daten noch aus den Ergebnissen sind Rückschlüsse auf den befragten Betrieb möglich.

In erster Linie werden die Daten vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Hinblick auf die Belange der Bundesagentur für Arbeit ausgewertet. Für die regionalen Auswertungen haben die Ministerien der Bundesländer, die mit dem IAB kooperieren, eigene Forschungsinstitute beauftragt (für Bayern ist das aktuell das INIFES). Nur auf der Grundlage gültiger und verlässlicher Daten können realitätsgerechte Untersuchungen durchgeführt werden und frühzeitig Handlungsempfehlungen für die Politik gegeben werden. Die Wissenschaft ist am IAB-Betriebspanel besonders interessiert, weil es sich hierbei erstmals um einen für die gesamte Wirtschaft repräsentativen Datensatz zur Erforschung der Nachfrageseite des Arbeitsmarktes handelt.

DGB-Index

Mit dem DGB-Index Gute Arbeit werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach der Qualität ihrer Arbeitsbedingungen befragt. Die jährliche telefonische Erhebung beruht auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe abhängig Beschäftigter mit einer Wochenarbeitszeit von 10 Stunden und mehr. Gegenstand der Interviews sind die Belastungs- und Einkommenssituation sowie die Ressourcenausstattung im Arbeitskontext. Die Ergebnisse spiegeln die Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten wider. Weitere Informationen dazu im Internet unter (<http://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit>).

Die Befragung wird im Auftrag des am DGB angesiedelten Instituts DGB-Index Gute Arbeit vom Umfragezentrum Bonn durchgeführt.

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer Sonderauswertung der zusammengespielten Daten der bundesweiten Repräsentativerhebungen der Jahre 2012-2014. Insgesamt sind im verwendeten Datensatz 16.511 Befragte aus allen Branchen, Berufen, Altersgruppen und Bundesländern enthalten – davon 2.495 Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen.

Die präsentierten Prozent- und Mittelwerte wurden unter Verwendung einer sogenannten Designgewichtung berechnet, durch die aufgrund des Stichprobendesigns unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeiten von Befragten ausgeglichen werden.

Um die (Teil-)Branchen und Berufe in der zum Teil sehr detaillierten Auswertung aus dem DGB-Index Gute Arbeit eindeutig zu kennzeichnen, wurden die Codes der Berufs- (KldB 2010) bzw. Branchenklassifikationen (WZ 2008) in die Tabellen und Abbildungen aufgenommen.