LAND BRANDENBURG

be Berlin

Einrichtungsbefragung

zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg

THE GERMAN CAPITAL REGION

excellence in life sciences & healthcare

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort 5

2 Untersuchungsgegenstand und Methode 6

3 Die Ergebnisse der Untersuchung in der Gesamtschau 10

3.1 Fachkräftenachfrage – Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft 11

3.2 Arbeitskräfteangebot 16

3.2.1 Arbeitssuchende in den Gesundheitsfachberufen 16

3.2.2 Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen – Fachkräfte bilden 18

3.2.3 Fachkräfte gewinnen und halten 30

3.3 Sofortmaßnahmen und Unterstützungsbedarf 36

3.4 Entwicklungsprognosen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft 42

3.5 Zusammenfassend 51

3.6 Handlungsempfehlungen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft 54

3.6.1 Öffentlichkeitsarbeit 54

3.6.2 Personaleinsatz 55

3.6.3 Aus- und Weiterbildung 59

3.6.4 Strukturen und Vernetzung 63

4 Beschäftigungssituation und -entwicklung in den Berufen: Einleitende Bemerkungen 67

4.1 Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger 68

4.1.1 Beschäftigungsentwicklung und –struktur 68

4.1.2 Arbeitskräfteangebot 73

4.1.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage 75

4.1.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 80

4.2 Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und -helfer 84

4.2.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 84

4.2.2 Arbeitskräfteangebot 89

4.2.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage 90

4.2.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 94

4.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger 96

4.3.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 96
4.3.2 Arbeitskräfteangebot ... 101
4.3.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 103
4.3.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 106
4.4 Altenpflegerin und -pfleger ... 108
4.4.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 108
4.4.2 Arbeitskräfteangebot ... 113
4.4.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 115
4.4.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 119
4.5 Pflegehilfskräfte ... 120
4.5.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 120
4.5.2 Arbeitskräfteangebot ... 128
4.5.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage ... 131
4.5.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 134
4.6 Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistent/in (MTA-L) ... 137
4.6.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 137
4.6.2 Arbeitskräfteangebot ... 142
4.6.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 145
4.6.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 149
4.7 Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in (MTA-R) ... 151
4.7.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 151
4.7.2 Arbeitskräfteangebot ... 155
4.7.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 158
4.7.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 161
4.8 Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik (MTA-F) ... 163
4.8.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 163
4.8.2 Arbeitskräfteangebot ... 167
4.8.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 169
4.8.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen ... 170
4.9 Hebammen und Entbindungspfleger ... 171
4.9.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur ... 171
4.9.2 Arbeitskräfteangebot ... 175
4.9.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage ... 178

4.9.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 180
4.10 Physiotherapeutin und -therapeut 181
4.10.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 181
4.10.2 Arbeitskräfteangebot 186
4.10.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage 190
4.10.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 195
4.11 Ergotherapeutinnen und -therapeuten 197
4.11.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 197
4.11.2 Arbeitskräfteangebot 202
4.11.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage 205
4.11.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 210
4.12 Logopädinnen und Logopäden 212
4.12.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 212
4.12.2 Arbeitskräfteangebot 217
4.12.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage 220
4.12.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 225
4.13 Podologin und Podologe 227
4.13.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 227
4.13.2 Arbeitskräfteangebot 231
4.13.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage 234
4.13.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen 235
5 Schlusswort 237
6 Anhang 242
6.1 Abbildungsverzeichnis 242
6.2 Tabellenverzeichnis 244
6.3 Literaturverzeichnis 251

Impressum 259

1 Vorwort der Verfasser

Die vorliegende Veröffentlichung stützt sich auf die „Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg“ (kurz Einrichtungsbefragung). Die Analyse wurde zwischen Dezember 2013 und Dezember 2014 durch das Institut für sozialökonomische Strukturanalysen (SÖSTRA) und das Institut für Medienforschung und Urbanistik (IMU) durchgeführt. Auftraggeber der Studie waren die Wirtschaftsförderungen der Länder Berlin und Brandenburg. Unterstützt wurde die Analyse durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen sowie das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie und das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Mit der Einrichtungsbefragung liegt eine komplexe Studie zu aktuellen und künftigen Entwicklungstendenzen in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in der Region Berlin-Brandenburg vor. Gegenstand der Untersuchung sind die Beschäftigungssituation und -perspektive sowie die berufsspezifischen Gestaltungsspielräume der Fachkräftesicherung in 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufen sowie Helfertätigkeiten in der pflegerischen Versorgung. Hierbei wurden alle Einrichtungstypen in den Blick genommen, die für eine Beschäftigung in diesen Berufen relevant sind (Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Praxen, Labore etc.).

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Entwicklungszusammenhänge, Herausforderungen und Erklärungsansätze – relevant sind sowohl berufs- als auch branchenspezifische Tatbestände sowie regionale Besonderheiten – ist im Ergebnis der Einrichtungsbefragung ein umfangreicher Abschlussbericht entstanden, der über die analysierten Gegebenheiten im Detail berichtet. Die auf dieser Basis erarbeitete Publikation fokussiert auf die zentralen Aussagen der Studie und hat zum Ziel, diese im Hinblick auf ihre jeweilige Handlungsrelevanz pointiert herauszuarbeiten. Damit geht zwar etwas an Differenzierung verloren, gleichzeitig wird aber deutlich an Handhabbarkeit gewonnen. Da die Einrichtungsbefragung insgesamt und die vorliegende Veröffentlichung im Besonderen der Fortsetzung und Intensivierung des länderübergreifenden Diskussionsprozesses zur Fachkräftesituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheits- und Pflegewirtschaft dienen soll, erscheint uns dieser Kompromiss sinnvoll und notwendig. Der Abschlussbericht zur Einrichtungsbefragung wurde in seiner Gesamtheit als Online-Veröffentlichung zur Verfügung gestellt [http://fis.zab-brandenburg.de], so dass Interessierte die Möglichkeit haben, sich zu spezifischen Fragestellungen vertiefend zu informieren.

2 Untersuchungsgegenstand und Methode

Untersuchungsgegenstand

Die Fachkräftesicherung entwickelt sich zu einer der wesentlichen Herausforderungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Einige Einrichtungen berichten bereits heute von Problemen bei der Fachkräftegewinnung – was in Teilen ihre betriebliche Existenz in Frage stellt. Welche Gesundheitsfachberufe in Berlin und Brandenburg in welchen Einrichtungstypen von der (zukünftigen) Anspannung auf dem Gesundheitsarbeitsmarkt wie stark betroffen sind (sein werden), darüber liegen keine verlässlichen Daten vor. Diese Lücke will die vorliegende Untersuchung schließen. Darüber hinaus wird herausgearbeitet, welche Maßnahmen dabei helfen können, zukünftige Fachkräfteengpässe zu vermeiden. Die Fachkräftesicherung ist dabei eng mit sozial- und versorgungspolitischen Fragestellungen verknüpft. Letztendlich geht es darum, welche Form und Qualität von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung wir zukünftig wollen und zu welchen Investitionen die Gesellschaft bereit ist, um dieses Ziel zu erreichen. Offen ist vor allem, ob es gelingt, das Gesundheitssystem so zu verändern, dass die negativen Wirkungen der Ökonomisierung auf die Beschäftigungssituation zurück gedrängt und stattdessen bessere Beschäftigungsbedingungen durchgesetzt werden können.[1] Angesichts der institutionellen Komplexität der Gesundheitswirtschaft können die anstehenden Herausforderungen nicht allein durch das Bereitstellen von Zahlenmaterial und Handlungsempfehlungen gelöst werden. Vielmehr ist ein kooperativer Prozess aller involvierten Akteure notwendig. Nur wenn Kassen, Branchen- und Berufsverbände, Einrichtungen und Verwaltungen an einem Strang ziehen, erscheint es möglich, den sich abzeichnenden Fachkräftebedarfen nachzukommen. Zielstellung muss sein, ein gemeinsames Verständnis der aktuellen Situation und Problemlagen zu erreichen, aus dem heraus miteinander Lösungen für die derzeitigen und künftigen Anforderungen der Fachkräftesicherung in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft in Berlin und Brandenburg entwickelt und umgesetzt werden. Die hohe Komplexität ist hierbei als eine besondere Herausforderung zu sehen. Sie eröffnet aber auch Handlungsmöglichkeiten, die weniger reglementierten Systemen nicht zur Verfügung stehen.

Unter Berücksichtigung des Untersuchungsaufwandes konzentriert sich die Analyse auf die Berufe im Kernbereich der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft:

Pflegeberufe

- Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger
- Altenpflegerin bzw. Altenpfleger
- Altenpflegehelferin bzw. -helfer mit staatlicher Anerkennung (mind. einjährige Ausbildung)

[1] Dr. Günther Jonitz, der Präsident der Berliner Ärztekammer, beschreibt die aktuelle Situation des Gesundheitswesens als Spannungsverhältnis zwischen Ökonomisierung und Humanisierung. (Interview in der Zeitschrift Berliner Ärzte, 10/2014, 51. Jahrgang, S. 14f.)

- Sozialassistentinnen bzw. Sozialassistenten mit Schwerpunkt Pflege
- Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer (Helferin / Helfer in der Altenpflege ohne staatliche Anerkennung)
- Hebamme bzw. Entbindungspfleger

Medizinisch-technische Assistenzberufe

- Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin bzw. -assistent
- Medizinisch-technische Radiologieassistentin bzw. -assistent
- Medizinisch-technische Assistentin bzw. Assistent für Funktionsdiagnostik

Therapieberufe

- Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut
- Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut
- Logopädin bzw. Logopäde
- Podologin bzw. Podologe

Die forschungsbegleitenden Diskussionen im Fachbeirat und im Rahmen vielzähliger Workshops haben gezeigt, dass darüber hinaus ein branchenspezifisches, wie auch ein regionales Erkenntnisinteresse bestehen. Landesverwaltungen können nur im eigenen Zuständigkeitsbereich aktiv werden. Auch für Branchen(verbände) stellen sektorenübergreifende Initiativen eine besondere Herausforderung dar. Da die Einrichtungsbefragung inhaltlich wie auch methodisch für beide Perspektiven Auswertungen ermöglicht, werden die Ergebnisse der Untersuchung in einer Gesamtschau für die Bundesländer Berlin und Brandenburg sowie im Hinblick auf die Situation in ausgewählten Branchen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Praxen) präsentiert (Kapitel 2). Dieser übergreifende Blick auf die Verhältnisse in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft trägt auch dazu bei, die in Kapitel 3 dargestellten berufsspezifischen Arbeitsmarktlagen besser einschätzen zu können.

Methode

Die Untersuchung stützt sich auf eine breite methodische Basis. Ziel der empirischen Analysen war es, den kurz-, mittel- und langfristigen Fachkräfte- sowie Aus- und Weiterbildungsbedarf in den ausgewählten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten in Berlin und Brandenburg zu ermitteln. Der Analyse der Nachfrageseite wurde eine Beschreibung des Fachkräfteangebots gegenüber gestellt. Neben der Bestandsanalyse wurden Berechnungen zur zukünftigen Fachkräftesituation in den ausgewählten Berufsfeldern angestellt. Flankiert wurden die so generierten Erkenntnisse mit mehr als 15 Fachgesprächen sowie einem intensiven Diskurs im projektbegleitenden Fachbeirat und in mehreren Maßnahmenworkshops. Die konsequente Einbindung der Praxis gewährleistete, dass die Studie die aktuell relevanten Themen der Gesundheitswirtschaft erfasst. Darüber hinaus haben die Experten aus der Praxis dabei geholfen, den Sinngehalt spezifischer Datenlagen und Aussagen zu klären.

Die Abbildung der Nachfrage erfolgte als Analyse der Beschäftigung (realisierte Nachfrage) vor allem mit Hilfe der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit.[2] Hierbei wurde auf die größtmögliche Differenzierungstiefe (den sog. 5-Steller) zurückgegriffen.[3] Das Fachkräfteangebot wurde anhand von Daten der Ausbildung (Fachschule, Hochschule), der Weiterbildung (geregelt / nicht geregelt / Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit) und des Arbeitsmarkts (Arbeitslosigkeit nach SGB III und II) berufsspezifisch dargestellt. Auch hierbei wurde, soweit dies möglich war, auf die 5-Steller-Ebene zurückgegriffen.

Zur Abschätzung künftiger Fachkräftebedarfe wurde ein Prognose-Instrumentarium konzipiert, das verschiedene Quellen, die Hinweise auf mögliche Entwicklungen geben, nutzt und miteinander kombiniert. Basierend auf den Hauptkomponenten der Bedarfsermittlung (alters- und fluktuationsbedingtem Ersatzbedarf sowie Bestandsveränderungen/Erweiterungsbedarf) wurden für zwei Zeithorizonte (bis 2020 und 2030) künftige Fachkräftebedarfe projiziert. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen künftiger Fachkräfteentwicklungen wurde eine Status-Quo-Annahme als Grundlage für die Projektion herangezogen. Zusätzlich wurden mögliche Entwicklungstendenzen unter veränderten Rahmenbedingungen aufgezeigt (Alternativszenarien). Der Projektionen der Fachkräftenachfrage wurde eine Fortschreibung aktueller Ausbildungsaktivitäten gegenüber gestellt, um einen Eindruck davon zu vermitteln, welches Ausmaß die Herausforderungen der Fachkräftesicherung in den untersuchten Berufen zukünftig annehmen könnte.

Im Zentrum der Studie steht eine Online-Befragung, die als Vollerhebung aller Berliner und Brandenburger Einrichtungen mit Beschäftigten in mindestens einem der 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufen bzw. Helfertätigkeiten durchgeführt wurde.[4] Durch die Befragung konnten die Ergebnisse der statistischen Analysen validiert und umfangreich ergänzt werden. Geklärt werden konnte u. a., wie die Einrichtungen die Herausforderungen der Fachkräftesicherung aktuell wahrnehmen, welche Ansätze zu deren Bewältigung sie verfolgen und in welchen Bereichen sie sich mehr Unterstützung erhoffen. Insgesamt wurden 7.151 Kontaktpersonen in 7.765 Einrichtungen angesprochen.[5] Auf die Befragung haben insgesamt 1.101 Personen geantwortet. Die Zahl der damit erreichten Einrichtungen liegt bei 1.268. Damit ist insgesamt ein Rücklauf von gut 16 Prozent erreicht worden. In Bezug auf das Antwortverhalten sind zwischen den Einrichtungstypen deutliche Unterschiede festzustellen: Während die Rücklaufquote aus den Krankenhäusern, den Pflege- und Reha-Einrichtungen, den Hospizen und den sozialpädiatrischen Zentren deutlich höher war, senkten die vergleichsweise wenigen Rückmeldungen aus den zahlenmäßig dominanten Praxen

---

2 Die Auswertungen stützen sich auf die Klassifizierung der Berufe von 2010 (KldB 2010). Aufgrund von Umstellungen der Klassifikationen der BA (KldB 1988 zu KldB 2010) und der fehlenden Rückrechnung vorhandener Daten durch die BA, ist eine Auswertung längerfristiger Zeitreihen nicht möglich. Die ersten Daten nach der KldB 2010 liegen ab dem 31. Dezember 2012 vor.

3 Der 5-Steller gruppiert die Berufe nach den auszuübenden Tätigkeiten. Neu wurde die Dimension „Anforderungsniveau“ in die Klassifikation der Berufe 2010 eingeführt. Die Anforderungsniveaus orientieren sich an den beruflichen Bildungsabschlüssen, aber auch Berufserfahrung und informelle Ausbildung werden berücksichtigt. Unterschieden werden folgende vier Niveaus: (1) Helfer; (2) Fachkräfte; (3) Spezialisten; (4) Experten.

4 Befragt wurden Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Hospize, Labore und Praxen sowie Selbstständige. Bei Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie bei Hospizen wurde zudem zwischen stationärer und ambulanter Versorgung unterschieden. Die Online-Befragung wurde in mehreren Wellen zwischen dem 8. April und dem 6. Mai 2014 realisiert. Zudem wurden eine Nachfassaktion (Ende Mai 2014) sowie eine ergänzende postalische Befragung im Juli 2014 durchgeführt.

5 Die Differenz zwischen der Anzahl der Kontaktpersonen und der Anzahl der Einrichtungen ergibt sich daraus, dass eine Kontaktperson gleichzeitig als Ansprechpartner für mehrere Einrichtungen fungieren kann.

(rund 4.200 von 7.800 Einrichtungen) die gesamte Rücklaufquote deutlich (ohne Berücksichtigung der Praxen liegt die Rücklaufquote bei ca. 30 Prozent). Da sich dennoch eine hohe Anzahl an Praxen an der Befragung beteiligt hat, sind auch für diesen Bereich repräsentative Auswertungen möglich.

Tabelle 1: Rücklauf der Online-Befragung nach Einrichtungstyp

Einrichtungstyp	Einrichtungen		
	Grundgesamtheit	Rücklauf	Quote
Krankenhäuser	135	34	25,2%
Pflegeeinrichtungen	1956	369	18,9%
Reha-Einrichtungen	63	17	27,0%
Laboreinrichtungen	26	7	26,9%
Praxen	4218	597	14,2%
Hospize	84	19	22,6%
Kinder- / Jugenddienste	12	3	25,0%
Sozialpädiatrische Zentren	21	9	42,9%
Hebammen (freiberuflich)	1250	217	17,4%
GESAMT	**7.765**	**1.268**	**16,3%**

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

3 Die Ergebnisse der Untersuchung in der Gesamtschau

Die Fachkräftesituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft und ihren Versorgungssektoren wird sowohl insgesamt als auch je Bundesland beschrieben. Darüber hinaus wurde an passenden Stellen nach berlinnahen und berlinfernen Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs differenziert. Wenn signifikante Unterschiede zwischen den Versorgungssektoren zu erkennen waren, wurden auch diese explizit ausgewiesen. Die Aufbereitung der Untersuchungsergebnisse in regionaler und sektoraler Perspektive ist notwendig, um der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes sowie der Vielschichtigkeit an Handlungsspielräumen im Untersuchungsfeld gerecht werden zu können. Es wird deutlich, dass die Fachkräftesituation Ergebnis regionaler, einrichtungsspezifischer und berufstypischer Rahmenbedingungen ist.

Bei der Interpretation der dargestellten Zusammenhänge ist zu berücksichtigen, dass die Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft durch Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist, die sich in der Regel durch mehrdimensionale Spannungsverhältnisse und widersprechende Interessenlagen auszeichnen: Ein zentrales Strukturmerkmal macht sich an der Finanzierung des Gesundheitssystems fest. Einerseits wird von Einrichtungen eine starke Orientierung auf das Gemeinwesen im Sinne der Daseinsvorsorge auf hohem qualitativem Niveau gefordert. Dieser Anforderung stehen erhobene Ansprüche einer vorrangig auf Kostensenkung orientierten betriebswirtschaftlichen Logik entgegen. Die Fachkräftesicherung wird ganz entscheidend davon abhängen, wie es gelingt, diese beiden Tendenzen miteinander zu harmonisieren. Darüber hinaus werden Gesetzesänderungen (Pflegeneuausrichtungsgesetz, erstes Pflegestärkungsgesetz etc.) und Gesetzesvorhaben (Präventionsgesetz) sowie die Leitliniendiskussion[6] der nächsten Jahre das Ausmaß des entstehenden Fachkräftebedarfs beeinflussen. Aktuelle Untersuchungen sowie Befunde dieser Studie zeigen außerdem, dass sich in nahezu allen betrachteten Gesundheitsfachberufen in den letzten Jahren die Arbeitsbedingungen verschärft haben und Gestaltungsspielräume für die Beschäftigten enger geworden sind.[7] Strukturelle Veränderungen in der Versorgungs- und Pflegelandschaft, bspw. die Leistungsabrechnung nach dem DRG-System[8] oder der Personalabbau in den Krankenhäusern, haben zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung geführt. Die gesetzlichen Regelungen der letzten Jahre[9] haben schließlich dazu geführt, dass sich Zuständigkeiten für Aufgaben und Phasen der medizinischen und pflegerischen Versorgung verändert haben.

---

6 „Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Behandlung einer Krankheit unterstützen. Als wichtiges Instrument der evidenzbasierten Medizin geben sie den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wieder. Der Arzt bekommt verlässliche Entscheidungshilfen an die Hand: Welche Diagnosemethoden haben sich bewährt, welche Arzneimittel haben ihren Nutzen in Langzeitstudien bewiesen, welche Therapien sind nachweislich wirksam?“ Bundesministerium für Gesundheit, eingesehen unter: http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/l/leitlinien. html, am 07.01.2015

7 vgl. u.a. Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus, Düsseldorf

8 vgl. Simon, Michael (2013): Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. In: Dtsch Arztebl 2013; 110(39): A 1782–6

9 Zentrale Gesetzesvorhaben der letzten Jahre waren u. a. das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2006 oder auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008.

Damit sind neue Schnittstellen entstanden, die u. a. zu veränderten Kooperationsbeziehungen zwischen den hier untersuchten Berufen führen. So sind seit einigen Jahren Delegationen von ärztlichen Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufe möglich.[10] Diese Veränderungen werden zumindest mittelbar auch die Nachfrage in diesen Berufen beeinflussen. Last but not least trägt der Bevölkerungswandel zu einer Verschärfung der Fachkräftesituation bei. Für Berlin wird aufgrund der Standortattraktivität ein Wachstum der Gesamtbevölkerung und auch der jüngeren Bevölkerungsgruppen prognostiziert. Im Land Brandenburg kann hingegen von einer weiter sinkenden Anzahl potenzieller Nachwuchsfachkräfte ausgegangen werden. Andererseits wird sich aus der zu erwartenden Alterung der Bevölkerung eine deutlich größere Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen ergeben. In beiden Ländern übersteigt die quantitative Zunahme älterer Bevölkerungsgruppen die der jüngeren deutlich. Es ist hoch wahrscheinlich, dass es infolge des demografischen Wandels zukünftig zu einer weiteren Reduzierung des Personals je Versorgungsfall kommen wird. Dieser Entwicklung wird nur auf Basis innovativer Versorgungsstrukturen und Personaleinsatzkonzepte zu begegnen sein – zumindest, wenn die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auf hohem Niveau gehalten werden soll. Die Lösung des scheinbar quantitativen Problems der Fachkräftesicherung hängt damit zu erheblichen Teilen davon ab, inwieweit es gelingt, notwendige qualitative Veränderungen der Versorgungsstrukturen umzusetzen. Die Personalsituation und personalpolitische Entscheidungen in den Einrichtungen lassen sich nur verstehen, wenn der spezifische strukturelle Rahmen in der Gesundheitswirtschaft berücksichtigt wird.

3.1 Fachkräftenachfrage – Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft hat in den letzten Jahren einen deutlichen Bedeutungsaufschwung erfahren. So wuchs in Berlin-Brandenburg alleine zwischen dem 31.12.2012 und dem 31.12.2013 die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den untersuchten Berufen von gut 128.000 auf knapp 133.000. Mit dieser Steigerung von 3,7 Prozent wird die Steigerungsrate aller sv-Beschäftigten in der Region um mehr als das Doppelte übertroffen. Der Beschäftigungszuwachs ist in beiden Bundesländern festzustellen, wobei in Brandenburg der Abstand zum Gesamtbeschäftigungszuwachs (4,0 Prozent in den untersuchten Berufen gegenüber 0,4 Prozent gesamt) deutlicher ausfällt als in Berlin (3,4 gegenüber 2,4 Prozent). Auch im Jahr 2014 setzt sich der Beschäftigungszuwachs fort.

[10] Z. B. im Rahmen von Modellprojekten wie sie auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 22. März 2012 nach § 63 Abs. 3c SGB V möglich sind. Solche Modellprojekte werden bislang jedoch nicht umgesetzt.

Tabelle 2: Sv-pflichtige Beschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen

Bundesland	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	78.551	79.425	80.270	81.254	81.560	81.743
Brandenburg	49.717	49.985	50.497	51.700	52.000	52.167
Berlin-Brandenburg	128.268	129.410	130.767	132.954	133.560	133.910

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die untersuchten Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten sind durch weibliche Beschäftigung und zum Teil durch hohe Teilzeitquoten geprägt. In fast allen Tätigkeiten sind mindestens 80 Prozent, in mehreren Berufen sogar über 90 Prozent, der Beschäftigten Frauen. In sieben der dreizehn Berufe ist mindestens die Hälfte der Fach- oder Arbeitskräfte teilzeitbeschäftigt (vgl. **Tabelle** 43).

Tabelle 3: Anteile der Frauen und der Teilzeitbeschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten am 30.06.2013

Beruf / Tätigkeit	**Anzahl sv-pflichtig Beschäftigter 30.06.2013**	**Quoten in %**	
		Frauen	Teilzeit
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	51.195	85,4	37,1
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	13.397	77,3	58,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	5.063	98,0	37,1
Altenpfleger/in	15.291	81,6	43,3
Pflegehilfskräfte	19.737	82,9	67,1
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	6.064	89,2	32,2
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	2.108	85,3	33,5
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	280	78,9	38,6
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	741	100,0	58,8
Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut	10.715	79,4	49,0
Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut	3.484	88,4	56,3
Logopädin bzw. Logopäde	1.051	93,8	59,8
Podologin bzw. Podologe	284	92,3	54,9
Gesamt	**129.410**	**81,9**	**45,1**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die Anteile der Teilzeitbeschäftigung nicht nur insgesamt, sondern auch innerhalb einzelner Tätigkeiten zwischen den Bundesländern variieren.[11] Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Teilzeitquoten der Frauen bei allen untersuchten Gesundheitsfachberufen sowie den Helfertätigkeiten zum Teil deutlich über den Quoten der Männer liegen.

Die Altersstruktur der Beschäftigten ist von zentraler Bedeutung für die Einschätzung des zukünftig zu erwartenden Fachkräftebedarfs. Hier zeigt sich, dass in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten bis 2020 ca. 5 Prozent, bis 2030 insgesamt knapp 30 Prozent altersbedingt ausscheiden werden – unter der Annahme des Renteneintritts mit 65 Jahren. Mit dieser Altersstruktur liegen die untersuchten Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten etwas unter der Altersstruktur aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in Berlin und Brandenburg (der Anteil der über 55-Jährigen liegt insgesamt um etwa zwei Prozentpunkte höher). Bei der differenzierten Betrachtung lassen sich anteilig zum Teil deutliche Unterschiede feststellen (vgl. **Tabelle 4**).

[11] Beispielsweise ist dies in der Altenpflege der Fall. Nähere Angaben im dritten Kapitel

Tabelle 4: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Altersgruppen am Stichtag 30.06.2013

Beruf / Tätigkeit	Sv-pflichtig Beschäftigte Gesamt	Davon (absolut / in Prozent)				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	**51.195**	17.034 (33,3)	19.896 (38,9)	7.169 (14,0)	4.617 (9,0)	2.478 (4,8)
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	**13.397**	3.668 (27,4)	5.149 (38,4)	2.103 (15,7)	1.573 (11,7)	904 (6,7)
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	**5.063**	1.685 (33,3)	1.968 (38,9)	709 (14,0)	457 (9,0)	245 (4,8)
Altenpfleger/in	**15.291**	5.353 (35,0)	5.366 (35,1)	2.239 (14,7)	1.595 (10,4)	738 (4,8)
Pflegehilfskräfte	**19.737**	5.327 (27,0)	7.552 (38,3)	3.232 (16,4)	2.447 (12,4)	1.179 (6,0)
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	**6.064**	1.547 (25,5)	2.128 (35,1)	1.008 (16,6)	796 (13,1)	585 (9,6)
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	**2.108**	480 (22,8)	820 (38,9)	362 (17,2)	292 (13,9)	154 (7,3)
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	**280**	79 (28,2)	125 (44,6)	34 (12,1)	27 (9,6)	15 (5,4)
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	**741**	318 (42,9)	230 (31,0)	111 (15,0)	50 (6,7)	32 (4,3)
Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut	**10.715**	4.777 (44,6)	3.780 (35,3)	1.162 (10,8)	691 (6,4)	305 (2,8)
Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut	**3.484**	1.783 (51,2)	1.043 (29,9)	330 (9,5)	328 (9,4)	
Logopädin bzw. Logopäde	**1.051**	575 (54,7)	351 (33,4)	66 (6,3)	41 (3,9)	18 (1,7)
Podologin bzw. Podologe	**284**	118 (41,5)	99 (34,9)	31 (10,9)	22 (7,7)	14 (4,9)
GESAMT	**129.410**	**42.744 (33,0)**	**48.507 (37,5)**	**18.556 (14,3)**	**12.808 (9,9)**	**6.795 (5,3)**

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung. Rundungsfehler sind möglich.

Während in den einzelnen Pflegeberufen und den Helfertätigkeiten die Anteile variieren, ist die Alterszusammensetzung in den medizinisch-technischen Assistenzberufen durch einen hohen Anteil älterer sozialversicherungspflichtig Beschäftigter gekennzeichnet. Demgegenüber finden sich in den Therapieberufen vergleichsweise hohe Anteile jüngerer Beschäftigter. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass die Altersstruktur der Selbständigen aufgrund fehlender Daten nicht abgebildet werden kann, was insbesondere bei den Therapieberufen und den Hebammen / Entbindungspflegern von Bedeutung sein dürfte.

Der Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachberufe ist durch deutliche Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg gekennzeichnet. Während in den Therapieberufen die

Anteile von Aus- und Einpendlern an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg etwa gleich hoch sind, ist in der Pflege und den Helfertätigkeiten eine deutliche Sogwirkung Berlins erkennbar. Für diese Sogwirkung dürften bestehende Lohnunterschiede sowie die Ballung von Versorgungsstrukturen und die damit einhergehenden Arbeitsmöglichkeiten hauptverantwortlich sein. Unabhängig von den einzelnen Begründungszusammenhängen ist im Saldo ein klarer Wanderungsverlust in Brandenburg festzustellen, der rund 20 Prozent des aktuellen Beschäftigungsumfangs ausmacht. Im Gegenzug profitiert Berlin deutlich von den Pendlerverflechtungen. Gut 15 Prozent der in Berlin beschäftigten Personen haben ihren Wohnsitz in einem anderen Bundesland (vgl. **Tabelle 5** und **Tabelle 6**).

Tabelle 5: Sv-pflichtige beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berufsbereiche	Pendler		Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
			Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Altenpflege	Auspendler	591	386	6	9	7	183
	Einpendler	3.215	2.240	104	125	127	619
	Saldo	**2.624**	**1.854**	**98**	**116**	**120**	**436**
Gesundh.- und Krankenpfl., inkl. Geburtshilfe	Auspendler	1.463	1.012	12	55	11	373
	Einpendler	9.381	7.252	151	209	222	1.547
	Saldo	**7.918**	**6.240**	**139**	**154**	**211**	**1.174**
Medizinisches Laboratorium	Auspendler	237	117	4	8	8	100
	Einpendler	1.334	1.204	10	21	12	87
	Saldo	**1.097**	**1.087**	**6**	**13**	**4**	**-13**
Therapieberufe	Auspendler	730	601	13	9	1	106
	Einpendler	1.326	1.130	24	31	23	118
	Saldo	**596**	**529**	**11**	**22**	**22**	**12**
Berlin gesamt	Auspendler	3.021	2.116	35	81	27	762
	Einpendler	15.256	11.826	289	386	384	2.371
	Saldo	**12.235**	**9.710**	**254**	**305**	**357**	**1.609**

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Tabelle 6: Sv-pflichtige beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Berufsbereiche	Pendler		Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
			Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Altenpflege	Auspendler	2.739	2.240	116	179	47	157
	Einpendler	657	386	53	102	89	27
	Saldo	**-2.082**	**-1.854**	**-63**	**-77**	**42**	**-130**
Gesundh.- und Krankenpfl., inkl. Geburtshilfe	Auspendler	8.520	7.252	230	323	85	630
	Einpendler	1.661	1.012	103	261	225	60
	Saldo	**-6.859**	**-6.240**	**-127**	**-62**	**140**	**-570**
Medizinisches Laboratorium	Auspendler	1.311	1.204	20	34	8	45
	Einpendler	234	117	30	29	45	13
	Saldo	**-1.077**	**-1.087**	**10**	**-5**	**37**	**-32**
Therapieberufe	Auspendler	1.368	1.130	56	86	26	70
	Einpendler	931	601	38	123	129	40
	Saldo	**-437**	**-529**	**-18**	**37**	**103**	**-30**
Brandenburg gesamt	Auspendler	13.938	11.826	422	622	166	902
	Einpendler	3.483	2.116	224	515	488	140
	Saldo	**-10.455**	**-9.710**	**-198**	**-107**	**322**	**-762**

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

3.2 Arbeitskräfteangebot

3.2.1 Arbeitssuchende in den Gesundheitsfachberufen

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Es zeigt sich, dass die Zahl der Arbeitslosen in den untersuchten Gesundheitsfachberufen in den letzten Jahren (es liegen Daten für den Zeitraum 2007-2013 vor) deutlich zurückgegangen ist,[12] wobei dieser Trend zwischen den einzelnen Berufen und Tätigkeiten unterschiedlich ausgeprägt ist (vgl. **Tabelle 7**).

In den letzten Jahren konnten die Arbeitssuchenden in weiten Teilen in den Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachberufe integriert werden, was aber auch bedeutet, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus diesem Reservoir enger geworden sind. Ein Ausreißer aus dieser Entwicklung sind die Hilfskräfte in der Altenpflege. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass die Arbeitsagenturen und Jobcenter einer gesteigerten Nachfrage der Einrichtungen folgend arbeitslose Personen in den letzten Jahren verstärkt

[12] Dies ist auch eine bundesweit zu beobachtende Entwicklung.

auf Hilfstätigkeiten in der Altenpflege hin orientiert haben, da dort kurz-, mittel- und langfristig Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen. Dennoch zeigen sich Probleme, bei der Besetzung vakanter Stellen. Unter Umständen begründet sich das in der oftmals eingeschränkten Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Pflegehilfskräfte.[13] Zum Teil können aber auch Matchingprobleme vermutet werden, d. h. die (regional) vorhandenen Kompetenzen der Arbeitssuchenden passen nicht zu den Anforderungen der Einrichtungen.

Tabelle 7: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen 2007 bis 2013

Beruf / Tätigkeit	Jahr	Entwicklung der Arbeitslosenzahlen 2007-2013					
		Deutschland		Berlin		Brandenburg	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	2007	11.635	-56,7	663	-58,1	425	-55,8
	2013	5031		278		188	
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	2007	11.248	-51,4	1.036	-66,4	509	-48,1
	2013	5.470		348		264	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2007	1.151	-56,7	65 -	-55,4	42 -	-54,8
	2013	498		29		19	
Altenpfleger/in	2007	9.957	-61,2	580 -	-69,1	331 -	-57,7
	2013	3.862		179		140	
Pflegehilfskräfte in der Altenpflege	2007	32.777	+1,6	3.022	+10,3	1.762	+13,7
	2013	33.285		3.332		2.003	
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	2007	1.984	-47,2	111	-44,1	58	-32,8
	2013	1.048		62		39	
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	2007	637	-47,9	45	-43,3	22	-50,0
	2013	332		21		11	
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	2007	236	-41,1	18	-50,0	6	0,0
	2013	139		9		6	
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	2007	493	-57,4	36	-63,9	7	+14,3
	2013	210		13		8	
Physiotherapeut/in	2007	8.402	-46,0	628	-29,0	277	-49,1
	2013	4.539		446		141	
Ergotherapeut/in	2007	3.440	-47,0	124	-10,5	103	-47,6
	2013	1.823		111		54	
Logopädin bzw. Logopäde	2007	435	-15,0	36	19,4	14	-35,7
	2013	370		43		9	
Podologin bzw. Podologe	2007	1.004	-45,8	50	-30,0	33	-57,6
	2013	544		35		14	

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

[13] Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der Pflegehilfskräfte insgesamt sehr heterogen ist und sich die Qualifikationen deutlich voneinander unterscheiden können.

Im Vergleich zwischen Berlin und Brandenburg fällt darüber hinaus auf, dass in der Physiotherapie und der Ergotherapie die Arbeitslosigkeit in Berlin prozentual deutlich weniger gesunken ist als in Brandenburg. In der Logopädie ist die Zahl der Arbeitslosen – wenngleich absolut auf niedrigem Niveau – sogar gestiegen.

Trotz der zu beobachtenden Unterschiede bleibt festzuhalten, dass die Möglichkeiten zur Deckung des Fachkräftebedarfs über den Arbeitsmarkt eng begrenzt sind. Entsprechend relevant sind andere Wege der Fachkräftedeckung. Hierbei kommt – darauf weist auch die Bewertung der Wirksamkeit zur Gewinnung neuer Beschäftigter hin – der Ausbildung eine herausgehobene Bedeutung zu.

3.2.2 Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen – Fachkräfte bilden

Alle in dieser Studie untersuchten Berufe werden auf Grundlage eines jeweils spezifischen Berufszulassungsgesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Die Ausbildungen finden an staatlich anerkannten Schulen statt. Sie unterscheiden sich organisatorisch, strukturell und von den Rahmenbedingungen her teilweise erheblich voneinander. Unterschiede bestehen auch bei den Finanzierungsmöglichkeiten der Ausbildungen: Über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können in den untersuchten Berufen – mit Ausnahme der Altenpflege, der Altenpflegehilfe und der Podologie – die Ausbildungskosten über die Pflegesätze der Krankenhäuser refinanziert werden, sofern das Krankenhaus Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte und diese im Krankenhausplan des Landes aufgeführt ist (§ 2 Nr. 1a KHG). Als Ausbildungskosten gelten die Kosten für den theoretischen und praktischen Unterricht (Schulkosten) und, sofern es das Berufsgesetz vorschreibt, die Ausbildungsvergütung. Dies ist in den Berufen nach dem Krankenpflegegesetz und im Hebammenwesen der Fall. Die Länder müssen zudem für die pflegesatzfinanzierten Ausbildungsplätze eine Investitionspauschale zahlen. Werden die Ausbildungsplätze nicht über die Pflegesätze refinanziert, erfolgt die Finanzierung durch die Zahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden. Für die Hebammen und Entbindungspfleger und die Berufe nach dem Krankenpflegegesetz sind Schulgeldzahlungen gesetzlich ausgeschlossen. In der Altenpflege trägt in Brandenburg das Land die Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts an den Altenpflegeschulen. In Berlin fällt an den privaten Altenpflegeschulen Schulgeld an. Für den praktischen Teil der Altenpflegeausbildung wird ein Ausbildungsvertrag mit den Einrichtungen geschlossen. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Die Kosten der Ausbildungsvergütung können von den Trägern der praktischen Ausbildung über die Pflegesätze refinanziert werden. Da die Ausbildung in der Podologie weder über das KHG finanziert werden kann noch die Schulkosten vom Land Berlin bzw. Brandenburg getragen werden, erheben die Schulen für Podologie Schulgeld. Insgesamt ergibt sich somit ein vielfältiges Bild (vgl. **Tabelle 8**).

Tabelle 8: Kostenbeteiligung für den schulischen Teil der Ausbildung

Beruf / Tätigkeit	Bundesland	
	Berlin	Brandenburg
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Kostenfrei	Kostenfrei
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	Keine Ausbildung*	Kostenfrei
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	Kostenfrei	Kostenfrei
Altenpfleger/in	I.d.R. schulgeldpflichtig	Kostenfrei
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	Keine Ausbildung*	Kostenfrei
Sozialassistent/in mit Schwerpunkt Pflege	Kostenfrei	Keine Ausbildung
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	Keine Ausbildung	Keine Ausbildung
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	Kostenfrei	Kostenfrei
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	Kostenfrei	Kostenfrei
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	Kostenfrei	Keine Ausbildung
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	Kostenfrei	Kostenfrei
Physiotherapeut/in	I.d.R. schulgeldpflichtig	kostenfrei / schulgeldpflichtig[14]
Ergotherapeut/in	kostenfrei / schulgeldpflichtig	Kostenfrei
Logopädin bzw. Logopäde	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig[15]
Podologin bzw. Podologe	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig[16]

*Anmerkung: Eine Ausbildung zur Pflegeassistenz in der Altenpflege ist in Berlin geplant und wird zum Schuljahr 2015/2016 angeboten. Im Jahr 2015 ist ebenfalls der Start einer einjährigen Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer vorgesehen.

Vor dem Hintergrund sich abzeichnender Fachkräfteengpässe, wurde mit der Neufassung des Altenpflegegesetzes von 2013 und der Änderung im SGB III im Wesentlichen geregelt[17], dass ungelernte Pflegekräfte im Rahmen des SGB II-Förderung eine auf zwei Jahre verkürzte Ausbildung zur Altenpfleger/in absolvieren können. Dafür in Frage kommende Nachwuchskräfte müssen mindestens zwei Jahre in einer Pflegeeinrichtung tätig gewesen sein und werden vorab einer Kompetenzfeststellung unterzogen.[18] Von der Mehrzahl der Bundesländer wird die verkürzte Ausbildung aus fachlichen Gründen kritisch gesehen. In Berlin und Brandenburg ist die Position hierzu ambivalent. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die verkürzte Ausbildung rein quantitativ nur von geringer Bedeutung ist und daher nur einen kleinen Baustein zur Deckung des Fachkräftebedarfs bildet.

[14] Kostenfrei sind diejenigen Plätze, die über das Krankenhausfinanzierungsgesetz finanziert werden.

[15] Aktuell existiert keine Klasse

[16] Aktuell existiert keine Klasse

[17] vgl. Altenpflegegesetz § 7 Abs. 4 Nr. 3, in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. März 2013 (BGBl. I S. 446) geändert worden ist.

[18] Gemäß § 71 SGB XI.

Im Kontext der Weiterentwicklung von Ausbildungsstrukturen sind auch Ergebnisse der Bund-Länder-AG „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ zu berücksichtigen.[19] Diese Arbeitsgruppe hatte im Frühjahr 2012 Eckpunkte für ein neues Pflegeberufegesetz vorgelegt. Hiernach soll es künftig nur noch einen gemeinsamen Pflegeberuf geben. Ziel ist es, die Ausbildungsgänge in der Pflege zu einer generalistisch ausgerichteten Pflegegrundausbildung (inkl. gemeinsamem Berufsabschluss) zusammenzuführen. Welche Effekte das auf die Fachkräftesituation in den verschiedenen Versorgungsbereichen haben wird, ist offen. Denkbar ist auf der einen Seite eine starke Ausrichtung der Auszubildenden auf den vermeidlich lukrativeren Krankenhaussektor. Auf der anderen Seite wäre auch vorstellbar, dass durch einen breiteren Einblick der Auszubildenden in unterschiedliche Pflegeprozesse (sowohl Kranken-, als auch Altenpflege) die Stärken und Attraktivität der Altenpflege (ganzheitlich längerfristiger Pflegeansatz) wesentlich bekannter werden.

Nicht nur in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, sondern auch bei der Ausbildung hat die Gesundheitswirtschaft an Bedeutung gewonnen. So stieg bundesweit die Anzahl der Schüler/innen in 17 Ausbildungsgängen bundesrechtlich geregelter Gesundheitsfachberufe zwischen den Jahren 2007/2008 und 2011/2012 um 5,9 Prozent.[20] In den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen betrug die Steigerung sogar 8,2 Prozent. Vergleichbares gilt für Berlin und Brandenburg. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Berufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf etwa 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013[21]. Diese Entwicklung gilt bei einem genaueren Blick nach Bundesland und Beruf jedoch nur eingeschränkt. So wird der insgesamt positive Trend durch die Entwicklung in Berlin getragen, während in Brandenburg insgesamt ein Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen ist. Gleichwohl finden sich auch in Brandenburg einzelne Bereiche, in denen die Ausbildungszahlen gestiegen sind (vgl. **Tabelle 9**).

---

[19] vgl. Watzlawik, Helmut (2013): Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Aktuelle Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene, Pflege-Symposium, Gütersloh, 26. Juni 2013

[20] Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

[21] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus.

Tabelle 9: Entwicklung der Ausbildungszahlen in den untersuchten beruflichen Tätigkeiten

Beruf / Tätigkeit	Jahr	Entwicklung der Ausbildungszahlen 2006/2007 - 2012/2013[22]					
		Deutschland		Berlin		Brandenburg	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	2007	55.609	+7,6	2.341	+4,4	1.890	-1,9
	2013	59.857		2.444		1.854	
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	2007	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	65	+96,9
	2013					128	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2007	6.150	+4,7	185	-3,8	59	-28,8
	2013	6.442		178		42	
Altenpfleger/in	2007	41.104	+36,2	1.620	+57,5	1.321	+11,9
	2013	55.966		2.554		1.478	
Altenpflegehelfer/in mit staatlicher Anerkennung	2007	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	78 (2009)	+132,1
	2013					181	
Med.-techn. Laboratori-umsassistent/in	2007	4.357	-18,0	170	+2,9	150	-8,0
	2013	3.573		175		138	
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	2007	2.701	+1,9	96	+47,9	102	-3,0
	2013	2.751		142		99	
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	2007	742	-51,1	11	+390,0	k. A.	k. A.
	2013	363		43			
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	2007	1.849	+2,5	60	+81,6	13	+15,4
	2013	1.895		109		15	
Physiotherapeut/in	2007	25.087	-10,1	1.470	-29,8	613	-39,3
	2013	22.557		1.032		372	
Ergotherapeut/in	2007	13.342	-23,7	346	+13,9	135	-54,9
	2013	10.183		394		61	
Logopädin bzw. Logopäde	2007	3.880	-2,5	187	-5,9	58	-81,8
	2013	3.782		176		12	
Podologin bzw. Podologe	2007	1.036	+29,7	59	+115,3	k. A.	k. A.
	2013	1.344		127			
Gesamt	2007	**155.857**	**+8,2**	**6.545**	**+12,7**	**4.484**	**-2,3**
	2013	**168.663**		**7.374**		**4.380**	

Quellen: Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Während in Berlin das Ausbildungswachstum bei der Gesundheits- und Krankenpflege ungefähr dem Bundestrend entspricht, sind die Ausbildungszahlen in Brandenburg leicht zurückgegangen (dies setzt sich auch im Ausbildungsjahr 2013/2014 fort). Des Weiteren fällt auf, dass in der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie die Ausbildungszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg entweder deutlicher gesunken oder verhältnismäßig wenig gestiegen sind (Ergotherapie in Berlin). Diese Entwicklung lässt sich auch im Bundestrend beobachten.

[22] Bei den Angaben handelt es sich um Stichtagsangaben zum 30.11.2006 und 30.11.2012.

Eine Begründung für die unterschiedliche Entwicklung in Berlin und Brandenburg kann im demografischen Wandel gesehen werden: Die Anzahl der Schulabgänger/innen, als potenziell verfügbare Fachkräfte, hat sich im Land Brandenburg nach erheblichem Rückgang (von etwa 39.000 im Jahr 2000) auf niedrigem Niveau (rund 19.000 im Jahr 2013) stabilisiert, ein Wert der auch für die kommenden Jahre erwartet wird.[23] Auch in Berlin war die Zahl der Schulabgänger rückläufig, sie sank von ca. 37.000 im Jahr 2000 auf etwa 27.000 im Jahr 2011. Allerdings wird sich in Berlin die Anzahl der Schüler/innen – und damit auch der Schulabgänger/innen – im Zuge des Bevölkerungswachstums in den kommenden Jahren wieder erhöhen. Eine wesentliche Herausforderung für die künftige Fachkräftesicherung in beiden Bundesländern ist in diesem Kontext der hohe Anteil von Schulabgänger/innen ohne Schulabschluss. Die Quote derjenigen Schüler/innen, die eine allgemein bildende Schule ohne Berufsbildungsreife verließen, lag in den vergangenen Jahren in beiden Ländern bei jährlich acht bis zehn Prozent.[24] Unabhängig vom Bundesland und demografischer Entwicklung zeigt sich jedoch, dass es möglich ist, Ausbildungskapazitäten auch unter schwierigen Bedingungen zu steigern. Dies beweist die sehr positive Entwicklung der Ausbildungszahlen in der Altenpflege.

Zu beachten ist ferner, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfung nicht bestehen oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hierbei zeigt sich ein ausgesprochen heterogenes Bild sowohl zwischen den einzelnen Gesundheitsfachberufen als auch innerhalb der Gesundheitsfachberufe im Zeitverlauf.[25] Gleichwohl bestehen die Auszubildenden in der Regel ihre Abschlussprüfungen. So liegt der Anteil derjenigen, die ihre Prüfungen nicht bestehen, bei 8 von 13 Berufen (zum Teil mit einzelnen Ausnahmen) zwischen null und drei Prozent. Höher liegen diese Anteile vor allem in der Podologie, der Altenpflegehilfe sowie zum Teil der Altenpflege. Wesentlich einflussreicher auf die Entwicklung des Fachkräfteangebotes sind die Ausbildungsabbrüche durch Vertragsauflösung. Auch bei den Vertragsauflösungen zeigen sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen und innerhalb der Berufe im Zeitverlauf. Mit 15 bis 20 Prozent in der Gesundheits- und (Kinder)krankenpflege und mit 16 bis 30 Prozent in der Altenpflege(hilfe) ist der Anteil der Vertragsauflösungen durchaus bedeutsam.[26] Einzig bei Hebammen bzw. Entbindungpflegern und medizinisch-technischen Assistent/innen für Funktionsdiagnostik sind die Anteile der Ausbildungsabbrüche gering.

Neben den Ausbildungszahlen an den Berufsfachschulen sind in einigen der untersuchten Gesundheitsfachberufe auch primärqualifizierende Modellstudiengänge für die Fachkräftesituation bedeutsam. Rein quantitativ betrachtet zeigt sich, dass die Modellstudiengänge

---

23 vgl. Fachkräfteinformationssystem des Landes Brandenburg, http://fis.zab-brandenburg.de

24 vgl. Amt für Statistik Berlin Brandenburg: Absolventen/Abgänger der allgemeinbildenden Schulen im Land Brandenburg / im Land Berlin, Potsdam, 2012 ff.

25 Für Berlin liegt eine Zeitreihe von 2007 bis zum aktuellen Rand, für Brandenburg liegen Daten nur für die Ausbildungsjahre 2012/2013 und 2013/2014 vor.

26 Die Anteile bei medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen und Radiologieassistent/innen liegen in Berlin mehrheitlich bei rund 30 Prozent, schwanken aber insgesamt zwischen 6 und 46 Prozent (in Brandenburg zwischen 17 und 31 Prozent). Noch größere Schwankungen gibt es in der Podologie mit bis zu 63 Prozent Abbruchquote, während in den anderen Therapieberufen ca. 10 Prozent abbrechen, allerdings auch hier mit einigen Schwankungen.

einen Teil[27] der gesunkenen Ausbildungszahlen auffangen und daher relevant für die Fachkräftesituation sein können.

Ausbildungsverhalten

Trotz der positiven Bewertung der Ausbildung zur Fachkräftegewinnung sagen nur 36 Prozent der Einrichtungen - in denen Ausbildung möglich ist - aus, aktuell Ausbildungsplätze anzubieten. Relevante Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht feststellen. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es gut nachvollziehbar, dass nahezu alle ***Krankenhäuser*** Ausbildungsplätze anbieten. In den Krankenhäusern stellt die Ausbildung das zentrale Instrument der Fachkräftesicherung dar. Die Krankenhäuser gaben in 85 Prozent der Fälle an, Ausbildungsabsolvent/innen aus dem letzten Ausbildungsjahr übernommen zu haben. Die Gründe, warum Ausbildungsplätze bei den anderen Einrichtungstypen nicht angeboten werden, sind vielfältig:

Tabelle 10: Gründe, warum Einrichtungen nicht ausbilden (Mehrfachnennungen möglich)[28]

Grund	**Bundesland / Region**		
	Berlin-Brandenburg	Berlin	Brandenburg
	Angaben jeweils in Prozent		
Keine Ausbildungsberechtigung	65,2	70,3	58,4
Kein Bedarf	16,7	15,2	19,0
Personeller Aufwand zu hoch	20,5	16,6	24,8
Finanzieller Aufwand zu hoch	17,7	13,8	21,9
Schlechte Erfahrungen mit Auszubildenden	3,4	1,4	5,8
Aufgrund der Regelung nach § 82a SGB XI[29]	3,4	2,8	4,4

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Vor allem die fehlende Ausbildungsberechtigung (bspw. weil die Einrichtungen ausbildungsrelevante Qualitätsstandards nicht erfüllen können)[30] steht dem Angebot von Ausbildungsplätzen entgegen. Während die fehlende Ausbildungsberechtigung von Berliner Ein-

27 Dies betrifft vor allem die Physiotherapie, insbesondere in Brandenburg.

28 Die Antworten können nur einen groben Hinweis auf die Ausbildungssituation im Untersuchungsfeld geben, da sich die Ausbildungsstrukturen in den verschiedenen Berufen stark unterscheiden, was eine Verzerrung im Antwortverhalten zur Folge haben dürfte.

29 § 82a SGB XI regelt die Möglichkeit der Refinanzierung der Ausbildungsvergütung durch einen „Ausbildungsaufschlag“ beim Pflegesatz, der aber im Wettbewerb im Vergleich zu nicht ausbildenden Einrichtungen zu einem Nachteil führt. Die hier aufgeführten Prozentangaben sind allerdings irreführend, da sie alle Antworten (also auch die von Einrichtungen, die nicht dem SGB XI unterliegen) einbezieht. Bei den Pflegeeinrichtungen betrug der Anteil sieben Prozent (8 von 115 Antwortende), wobei keine Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen sind.

30 So muss z. B. die Einrichtung der praktischen Ausbildung in der Physio- und Egotherapie in Brandenburg es den Auszubildenden ermöglichen, täglich mindestens 4 bis 6 Behandlungen gemäß Ausbildungsplan selber durchzuführen.

richtungen häufiger angegeben wurde als von Brandenburger, sind dort die Anteile derjenigen, die den personellen und finanziellen Aufwand einer Ausbildung als zu hoch einschätzen, deutlich ausgeprägter. Ein Grund hierfür könnte die geringere Größe Brandenburger Einrichtungen sein. Insbesondere in den ***ambulanten Diensten*** wird – unabhängig vom Bundesland – der Aufwand häufig als Grund der Nichtausbildung angegeben, was in der spezifischen Arbeitsorganisation der ambulanten Versorgung begründet sein dürfte: In ambulanten Diensten können Auszubildende in der Regel nicht alleine eingesetzt werden. Damit entstehen Probleme bezüglich des Einsatzes und der Refinanzierung der Auszubildenden.

Auch bei den Berufen, in denen die Einrichtungen Fachpraktika im Rahmen der schulischen Ausbildung ermöglichen, beteiligt sich ein Teil der Einrichtungen an der Ausbildung. Von allen Befragten mit den einschlägigen Berufen (641 Fälle) sagte knapp die Hälfte (48 Prozent) aus, derartige Praktikumsplätze anzubieten. In Brandenburg war dies mit 52 Prozent häufiger der Fall als in Berlin (44 Prozent). Vor allem von größeren Einrichtungen (mit Einstellungspotenzial) wird die Bereitstellung von Praktikumsplätzen als wirksame Maßnahme der Fachkräftesicherung in der Einrichtung gesehen – und zwar unabhängig davon, ob die Einrichtungen solche Fachpraktika anbieten oder nicht.[31] Die Physiotherapeut/innen weichen in ihrer Einschätzung von dieser Sichtweise ab. In der ***Physiotherapie*** liegt der Anteil der Einrichtungen, die Fachpraktika anbieten, deutlich unter den Anteilen der anderen Berufe. Ebenso wurde in der Physiotherapie in den letzten Jahren von den Einrichtungen seltener eine Praktikant/in aus der schulischen Berufsausbildung übernommen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Aspekte miteinander in Beziehung stehen.[32]

Bewerber/innen-Lage

Auf alle Berufe bezogen, zeigt sich bei der Besetzung von Ausbildungsplätzen noch kein gravierendes Problem. Einzig in der Gesundheits- und Krankenpflege und bei den Altenpfleger/innen konnten Ausbildungsplätze nicht besetzt werden.[33] Von den Einrichtungen, die ihre Ausbildungsplätze nicht besetzen konnten, wurde in erster Linie angegeben, dass es nicht genügend geeignete Bewerber/innen gab. Hierbei zeigt sich, dass die Einrichtungen zum Teil eher auf die Besetzung einer Ausbildungsstelle verzichten als diese mit einem/einer aus ihrer Sicht ungeeigneten Bewerber/in zu besetzen. 47 Prozent derjenigen, die nicht alle Ausbildungsplätze besetzen konnten, gaben hingegen an, dass die Anzahl der Bewerbungen insgesamt unter der Anzahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze lag. Hiervon waren Brandenburger Einrichtungen stärker betroffen als Berliner. Die

---

31 Gründe für das Nichtanbieten solcher Praktika sind vor allem im personellen Aufwand sowie in den äußeren Voraussetzungen zu sehen. So weisen knapp ein Drittel der Antwortenden darauf hin, dass die Zahl der für die Betreuung durch Praktikant/innen geeigneten Patienten nicht ausreichend sei. Damit trifft die grundsätzlich positive Sichtweise auf schwierige Rahmenbedingungen der Umsetzung. Während zwischen Berlin und Brandenburg keine Unterschiede festzustellen sind, sagen innerhalb Brandenburgs verstärkt die berlinfernen Einrichtungen aus, vor allem aufgrund zu geringer Patientenzahlen solche Praktika nicht anzubieten.

32 Wie in einem Expertengespräch geäußert, könnte ein Grund hierfür sein, dass in diesem Beruf oftmals größere Gruppen an Auszubildenden die Fachpraktika gleichzeitig absolvieren. Dies könnte aus Sicht v. a. der Praxen dazu führen, dass diese zum einen nicht ausreichend Plätze anbieten können, zum zweiten aber auch die Ansprache einzelner Auszubildender erschwert wird.

33 2013/2014 konnten in der Altenpflege 41 Ausbildungsplätze und in der Gesundheits- und Krankenpflege 20 Plätze nicht besetzt werden. Das Bild könnte ein bisschen schief sein, da in den schulisch geregelten Ausbildungen keine Ausbildungsverträge notwendig sind (bis auf Hebammen, die mengenmäßig kaum ins Gewicht fallen). Schulen, die zu diesen Berufen Aussagen hätten machen können, wurden nicht befragt.

Sicherung der Ausbildung (vor allem in der Altenpflege) steht damit sowohl vor quantitativen als auch vor qualitativen Herausforderungen. Es muss sowohl gelingen, eine hinreichende Zahl an Ausbildungswilligen zu gewinnen, als auch deren Ausbildungsreife zu erhöhen.

Auch in der Gesundheitswirtschaft werden (noch) Bewerber/innen auf Ausbildungsstellen abgelehnt. Übergreifend war der Hauptgrund für die Ablehnung, dass es mehr Bewerbende als Ausbildungsplätze gab. In Berlin wurde mit 63 Prozent häufiger als in Brandenburg (51 Prozent) angegeben, Ausbildungsbewerber abgelehnt zu haben, was für ein insgesamt breiteres Angebot an Auszubildenden in Berlin spricht. Interessanterweise sind es innerhalb Brandenburgs aber die berlinfernen Städte und Landkreise, in denen im Verhältnis zu den berlinnahen häufiger (56 Prozent gegenüber 43 Prozent) Bewerber/innen auf Ausbildungsstellen abgelehnt wurden. Das erklärt sich unter Umständen dadurch, dass in berlinfernen Regionen die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft als relativ guter Arbeitgeber wahrgenommen werden, während in den berlinnahen Regionen der branchenübergreifende Konkurrenzkampf um Auszubildende deutlich stärker zum Tragen kommt. In der Branchenperspektive sind vor allem die Krankenhäuser die Gewinner auf dem Ausbildungsmarkt. Die ***Krankenhäuser*** konnten nahezu alle Ausbildungsplätze besetzen und mussten eine relevante Anzahl an Bewerber/innen ablehnen, was auf eine gute Ausgangslage dieses Einrichtungstyps hindeutet. Branchenübergreifend wurden die fehlende schulische Vorbildung und die mangelnden sozialen Kompetenzen der Bewerber/innen als ebenfalls relevante Ablehnungsgründe angegeben. Während in Brandenburg die Ablehnung wegen fehlender sozialer Kompetenzen eine verhältnismäßig große Rolle spielt, kommt in Berlin die Besonderheit fehlender Sprachkenntnisse hinzu.

Eine Form der Gewinnung von Auszubildenden besteht in der frühzeitigen Berufsorientierung. Danach gefragt, ob sich die Einrichtungen an Maßnahmen zur Berufsorientierung und -vorbereitung von Schüler/innen allgemein bildender Schulen beteiligen, antworteten rund 40 Prozent, dies zu tun. Hierbei handelte es sich vor allen Dingen um größere Einrichtungen, bei denen die Möglichkeit der Betreuung gegeben ist. Ganz eindeutig überwiegt das Angebot an Schulpraktika. Sowohl im Hinblick auf ein knapper werdendes Angebot an Auszubildenden als auch mit Blick auf zunehmende Matching-Probleme ist eine intensivere Zusammenarbeit mit Schulen zu empfehlen. Die Einrichtungen bekommen die Chance ihren Bewerberprozess weiter zu qualifizieren, indem sie ihre Bewerber/innen kennen lernen können. Schüler/innen können nach einem Praktikum besser einschätzen, welche Herausforderungen und Chancen mit einer Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft einhergehen. Aufgrund der besonderen Bedingungen in der Gesundheitswirtschaft sind innovative Ansätze der Berufsorientierung zu entwickeln, die die Stärken der verschiedenen Berufsfelder vermitteln helfen.

Akademisierung

Die Ausbildungsstrukturen befinden sich in vielen Gesundheitsfachberufen in einer Situation des Umbruchs, die u. a. durch eine zunehmende Akademisierung dieser Berufe gekennzeichnet ist. Zu Beginn der Akademisierung wurden Studiengänge angeboten, die vom Bett weg qualifizierten, hauptsächlich in den Bereichen Pädagogik, Management oder

Forschung. Mit der Möglichkeit der Anrechnung von Berufsausbildungen auf Studienleistungen im Rahmen des Bologna-Prozesses wurden zunehmend Studiengänge konzipiert, in denen parallel zur oder im Anschluss an die Ausbildung ein Bachelorabschluss erlangt werden kann. Mit Einführung der Modellklausel in den Pflegeberufen (2003/2004) und den Therapieberufen bzw. dem Hebammenwesen (2009) sind neben der Ausbildung an Fachschulen ebenfalls primärqualifizierende Studiengänge möglich, bei denen Hochschulen an die Stelle der Fachschulen treten.[34] Auch in Berlin und Brandenburg wurden im Rahmen der Modellklausel verschiedene Studiengänge auf den Weg gebracht. **Tabelle 11** fasst den Stand der Dinge zusammen:

Tabelle 11: Studiengänge auf Grundlage der Modellklauseln in Berlin und Brandenburg

Beruf / Studiengang	**Bundesland**	
	Berlin	Brandenburg
Gesundheits- und Krankenpflege / Altenpflege [35]	Ja	Ja
Hebammen bzw. Entbindungspfleger	Ja	Nein
Physiotherapeutin bzw. -therapeut	Ja[36]	Ja
Ergotherapeutin bzw. -therapeut	Ja	Nein
Logopädin bzw. Logopäde	Ja	Nein

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen wird seit längerem kontrovers diskutiert. Der Wissenschaftsrat hatte im Juli 2012 empfohlen, Fachpersonal, das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege und der Therapieberufe tätig ist, künftig an Hochschulen auszubilden.[37] Danach sollten in primärqualifizierenden patientenorientierten Studiengängen 10 bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrganges mit einem Bachelor-Abschluss zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigt werden. Kritiker dieser Empfehlung geben zu bedenken, dass viele Fragen noch ungeklärt sind. U. a. seien die tarifrechtlichen Auswirkungen zu klären, da Hochschulabsolventen zu Recht ein höheres Vergütungsniveau erwarten würden als fachschulisch ausgebildete Absolventen. Außerdem seien die Aufgabenzuschnitte zwischen den beiden Qualifizierungsniveaus und die in diesem Zusammenhang ebenfalls diskutierte Arbeitsteilung mit ärztlichen Tätigkeiten genau zu bestimmen.

Die Akademisierung als ein Baustein der Fachkräftesicherung lässt sich in den Einrichtungen derzeit nur bedingt abbilden. Grund hierfür ist unter anderem, dass in mehreren Berufen erst seit kurzem primärqualifizierenden Studiengänge existieren. Trotz – oder vielleicht

[34] In der Ergotherapie, der Physiotherapie, der Logopädie und im Hebammenwesen ist die Modellklausel bis 2017 befristet und die Modellstudiengänge müssen entsprechend einer bundeseinheitlichen Richtlinie evaluiert werden. Auf Grundlage der Evaluation soll entschieden werden, ob das Nebeneinander von Berufsfachschulen und Studiengängen bestehen bleibt oder ob Studiengänge mittel- bis langfristig die Berufsfachschulen ablösen werden. Den Berufsverbänden ist zu empfehlen, diesen Zeitpunkt zu nutzen, um sich aktiv in die Diskussion zur Weiterentwicklung der Akademisierung einzubringen.

[35] Es handelt sich um einen generalistisch ausgerichteten Studiengang Pflegewissenschaft.

[36] Es ist zum Teil möglich, den Studiengang Physiotherapie/Ergotherapie zu wählen, d. h. man wird in zwei Fachrichtungen ausgebildet, das Staatsexamen wird aber in einem der beiden Berufe erworben.

[37] Bereits 1992 wurden derartige Forderungen in der von der Robert-Bosch-Stiftung initiierten Denkschrift „Pflege braucht Eliten - eine Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege“ gestellt.

auch gerade wegen – dieser Ausgangslage betrachten knapp zwei Drittel der 828 auf diese Frage Antwortenden den Einsatz akademischer Fachkräfte als wünschenswert (vgl. **Tabelle 12**). Diese positive Sichtweise ist in Berlin und Brandenburg gleichermaßen vorhanden, obgleich die Berliner Einrichtungen dem Einsatz akademischer Fachkräfte etwas offener gegenüberstehen. Besonders die ***Krankenhäuser*** und ***Praxen*** geben verhältnismäßig häufig an, den Einsatz wünschenswert zu finden, während die ***Pflegeeinrichtungen*** dies etwas skeptischer, aber gleichwohl positiv sehen.[38]

Tabelle 12: Perspektive der Einrichtungen auf den Einsatz fachspezifischer akademisch ausgebildeter Fachkräfte

Ausprägung	**Anteile**	
	Einzeln	Kumuliert
Sehr wünschenswert	25,4	63,6
Wünschenswert	12,6	
Eher Wünschenswert	25,6	
Eher nicht wünschenswert	11,0	36,5
Nicht wünschenswert	10,3	
Überhaupt nicht wünschenswert	15,2	

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014, Rundungsfehler möglich

Bei der Beschäftigung akademischer Fachkräfte zeigt sich folgendes Bild: Gut drei Viertel der 889 Antwortenden geben an, derzeit kein akademisch ausgebildetes Personal zu beschäftigen. Dies ist über alle Einrichtungstypen verteilt in Brandenburg häufiger der Fall als in Berlin (vgl. **Tabelle 13**). Das könnte daran liegen, dass in Berlin neben den vielfältigeren Studienmöglichkeiten auch breitere Einsatzmöglichkeiten für akademische Fachkräfte bestehen.

Tabelle 13: Einsatz fachspezifisch ausgebildeter akademischer Beschäftigter (Bundesland und Einrichtungstyp)

Bundesland / Region	**Fachspezifisch ausgebildete akademische Fachkräfte**							
	Krankenhäuser		Pflegeeinrichtungen		Praxen		Sonstige[39]	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Berlin	50,0	50,0	32,9	67,1	29,8	70,2	40,9	59,1
Brandenburg	38,0	62,0	18,8	81,2	20,3	79,7	29,4	70,6
Berlin-Brandenburg	**45,0**	**55,0**	**24,2**	**75,8**	**25,6**	**74,4**	**35,9**	**64,1**

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

38 Diese Frage wurde nicht berufsspezifisch gestellt. Dennoch war es zum Teil möglich, die Antworten berufskonkret auszuwerten. Hier zeigt sich, dass insbesondere die Logopädinnen und Logopäden den Einsatz akademisch ausgebildeter Fachkräfte wünschenswert finden (Zustimmung von 78 Prozent).

39 Nicht eingeflossen bei der Darstellung der Sonstigen sind die Hebammen, da ansonsten das Ergebnis stark verzerrt würde. Insgesamt wurde angegeben, dass von 140 Hebammen knapp drei Prozent akademisch ausgebildet sind.

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, ob sich die Einsatzgebiete zwischen akademisch und nicht akademisch ausgebildeten Beschäftigten unterscheiden. Während die eine Hälfte angibt, dass das akademisch ausgebildete Personal mehr Leitungsfunktionen übernimmt, sagt die andere Hälfte aus, dass die Einsatzgebiete beider Beschäftigtengruppen weitgehend identisch seien.[40] Ein Grund hierfür dürfte sein, dass die Studiengänge zum Teil auf die spätere Ausübung von Leitungsfunktionen ausgerichtet sind (z. B. Pflegemanagement). Da es noch kaum Absolvent/innen der primärqualifizierenden Studiengänge gibt, bleibt abzuwarten, wie sich die Einsatzgebiete zwischen akademisch und nicht akademisch ausgebildeten Beschäftigten zukünftig entwickeln werden. Hierbei dürfte die Gestaltung von Kompetenzbereichen und Vergütungsstrukturen wesentlich darüber entscheiden, wie erfolgreich sich die akademischen Fachkräfte in die Gesundheitswirtschaft integrieren.

Fort- und Weiterbildung

Die beruflichen Fort- und Weiterbildung steht aufgrund der notwendigen Veränderungen des Versorgungssystems vor erheblichen Herausforderungen und ist ein weiterer Baustein, um den sich abzeichnenden Arbeits- und Fachkräftebedarf zu decken. Die Fort- und Weiterbildungsstrukturen sind in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft sehr heterogen.[41] Staatlich und nicht-staatlich geregelte, akademische und außeruniversitäre sowie berufsspezifische Qualifizierungsmöglichkeiten stehen nebeneinander. Als landesrechtlich geregelte Weiterbildungen werden fachliche Spezialisierung (etwa zu staatlich anerkannten Fachkrankenpfleger/innen für Onkologie) sowie Aufstiegsfortbildung (bspw. zur verantwortlichen Pflegefachkraft in einer Altenpflegeeinrichtung) angeboten. In den Therapieberufen besteht ein fachlicher und abrechnungsrelevanter Druck zum Erwerb von Zusatzqualifikationen. Für Helfertätigkeiten werden Aufstiegsqualifikationen zur jeweiligen Fachkraft vorgehalten. Pflegebasiskurse mit unterschiedlichen Stundenvolumina ermöglichen einen beruflichen Einstieg über pflegerische Hilfstätigkeiten.

Die Bildungsangebote bieten eine Vielzahl von Themen an, die sich je nach Bildungsanbieter und Region ganz erheblich unterscheiden können. Dabei deuten die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) ausgewiesenen Vermittlungsergebnisse darauf hin, dass mit diesen Kursen durchaus dem Bedarf von (Pflege-)Einrichtungen entsprochen wird. Ein Problem besteht darin, dass die trägerintern entwickelten Kursangebote weder zu einem allgemein anerkannten noch zu einem (bundes- oder landesrechtlich) geregelten Abschluss führen. Um neue Fachkräftepotenziale erschließen zu können, sind auch neue Gestaltungskonzepte beruflicher Bildung (von An- und Ungelernten) mit zu denken. Dies betrifft

---

40 Während bei den Einrichtungen mit Sitz in Berlin die akademisch ausgebildeten Beschäftigten in 46 Prozent der Fälle Leitungsfunktionen ausüben, lag diese Quote in Brandenburg bei vergleichsweise hohen 59 Prozent, was vermutlich der größeren Leistungsdifferenzierung in Berlin geschuldet ist. Bezogen auf die Einrichtungstypen wird erkennbar, dass insbesondere in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die akademisch ausgebildeten Fachkräften häufiger Leitungsfunktionen übernehmen, während in den Praxen in der Mehrzahl der Fälle die Einsatzgebiete identisch sind – was im Wesentlichen dem Betriebsgrößeneffekt geschuldet sein dürfte.

41 vgl. Zöller, Maria (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. in: BWP 6/2012

sowohl ihre inhaltliche Ausrichtung als auch ihre Finanzierungsgrundlagen; auf beiden Ebenen sind in den letzten Jahren neue Ansätze in Modellvorhaben erprobt worden.[42, 43]

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, neu auftretendem Fachkräftebedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Darüber hinaus bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung einen wichtigen Baustein der Fachkräftebindung. In einigen Berufen besteht eine Pflicht der kontinuierlichen Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen. Daher ist es auch verständlich, dass die Anteile der weiterbildenden Einrichtungen deutlich über den Anteilen anderer Branchen liegen. Sowohl in Berlin als auch in Brandenburg unterstützen mindestens drei Viertel der Unternehmen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung ihrer Beschäftigten. Damit liegt die Gesundheitswirtschaft im Branchenvergleich gemeinsam mit der Öffentlichen Verwaltung auf einem Spitzenplatz.[44]

In etwas mehr als der Hälfte der Fälle (53 Prozent bei 910 Antworten) tragen die Beschäftigten die Kosten der Fort- und Weiterbildung (zum Teil) selbst. Während Antwortende aus Einrichtungen mit Sitz in Berlin angaben, dass die Beschäftigten in fast zwei Drittel der Fälle die Kosten der Fort- und Weiterbildung entweder vollständig (27 Prozent) oder teilweise (36 Prozent) übernahmen, lag dieser Anteil in Brandenburg bei vergleichsweise niedrigen 40 Prozent (16 Prozent vollständige Kostenübernahme durch Beschäftigte, 24 Prozent teilweise Kostenübernahme). Dieser Tatbestand könnte ein Hinweis darauf sein, dass in Brandenburger Einrichtungen die Notwendigkeit zur Mitarbeiterbindung und -entwicklung aufgrund des insgesamt engeren Arbeitsmarktes höher eingeschätzt wird als in Berlin. Neben der Kostenbeteiligung wurden die Befragten auch gebeten, Auskunft über den Zeitpunkt der Fort- und Weiterbildung zu geben. Es ist festzuhalten, dass

- in ***Krankenhäusern*** die Fort- und Weiterbildungen normalerweise während der Arbeitszeit stattfinden und die Kosten von den Krankenhäusern übernommen werden,
- in ***Pflegeeinrichtungen*** dies ebenfalls der Fall[45] ist,
- die **Praxen** hingegen ihre Beschäftigten häufig an den Kosten der Fort- und Weiterbildungen beteiligen (61 Prozent) und die Maßnahmen nur selten komplett während der Arbeitszeit umgesetzt werden (12 Prozent).

Trotz dieser eher auf den Einrichtungstyp zurückzuführenden Unterschiede lassen sich hinsichtlich des Zeitpunktes der Umsetzung zum Teil bundeslandspezifische Besonderheiten feststellen. So liegen die Anteile der Pflegeeinrichtungen mit Sitz in Brandenburg, die Fort- und Weiterbildung ausschließlich während der Arbeitszeit anbieten, mit 75 Prozent deutlich über dem Anteil von 58 Prozent der Berliner Pflegeeinrichtungen. Auch das könnte ein Hinweis auf einen höheren Bedarf an Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in Brandenburg sein.

---

42 vgl. Programm „Perspektive Berufsabschluss“ des BMBF mit zahlreichen Projekten u.a. zur Nachqualifizierung in den Regionen. http://www.perspektive-berufsabschluss.de

43 vgl. Blumenauer, Heike; Voigt, Birgit; Bickel, Tina (2013): Nachqualifizierung in der Altenpflege. Konzeption, Instrumente und Empfehlungen. Im Rahmen des Projekts „Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege Niedersachsen und Rheinland-Pfalz“. Offenbach.

44 Vgl. hierzu IAB Betriebspanel 2013 Berlin und Brandenburg; jeweils Auswertung der 18. Welle

45 Die vollständige Kostenübernahme wurde von 81 Prozent der Antwortenden angegeben.

3.2.3 Fachkräfte gewinnen und halten

Neben der Ausbildung kommt der Gewinnung von Fachkräften sowie dem Halten der Beschäftigten eine wesentliche Bedeutung bei der Fachkräftesicherung zu.

Fachkräfte gewinnen

Während in der Gesundheits- und Krankenpflege und den medizinisch-technischen Assistenzberufen die Einstellungen moderat ausfallen, ist in der Altenpflege und in den Therapieberufen ein reges Einstellungsverhalten zu beobachten.[46] Damit einhergehend sind erste Anzeichen von Fachkräfteengpässen, die sich u. a. in einer steigenden Kompromissbereitschaft der Einrichtungen niederschlagen, zu beobachten. 60 Prozent aller Antwortenden, die im Jahr 2013 eingestellt haben, sind Kompromisse eingegangen. Dabei sind es eher die Einrichtungen mit Sitz in Berlin, bei denen dies der Fall ist.[47] Das ist insofern interessant, da in Berlin ein größeres Angebot an Arbeitskräften zur Verfügung steht und daher damit gerechnet werden könnte, dass die Einrichtungen seltener Kompromisse schließen würden als in Brandenburg. Der Tatbestand macht zum einen darauf aufmerksam, dass neben einer rein quantitativen Arbeitskraftlücke auch erhebliche qualitative Mismatch-Probleme zu lösen sein dürften. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass in Berlin die branchenübergreifende Konkurrenz um Arbeits- und Fachkräfte aufgrund des breiteren Beschäftigungsangebotes für die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft eine größere Herausforderung darstellen als für die Einrichtungen in Brandenburg. Die wesentlichen Kompromisse beziehen sich auf die Anpassung der zeitlichen Flexibilität an die Vorstellung der Beschäftigten sowie die Reduzierung der fachlichen Ansprüche (vgl. **Tabelle 14**). Insbesondere die Reduzierung fachlicher Ansprüche bei Einstellungskompromissen wird überraschend häufig genannt.

---

46 Die Hebammen sind ein Sonderfall, da sie entweder sozialversicherungspflichtig beschäftigt und/oder freiberuflich tätig sind.

47 Innerhalb Brandenburgs sind es die berlinnahen Landkreise, in denen häufiger Kompromisse bei den Einstellungen eingegangen wurden. Einzig im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gaben die berlinfernen Einrichtungen deutlich häufiger an, in Bezug auf die zeitliche Flexibilität Zugeständnisse gemacht oder den eingestellten Personen auf deren Wunsch hin eine Teilzeitbeschäftigung ermöglicht zu haben.

Tabelle 14: Kompromisse bei Einstellungen im Jahr 2013

Beruf, in dem eingestellt wurde	Anzahl Antworten	Eingegangene Kompromisse (Angaben in Prozent)				
		Reduzierung fachlicher Ansprüche	Bessere Bezahlung	Teilzeit statt Vollzeit	Vollzeit statt Teilzeit	Anpassung zeitliche Flexibilität
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	150	17,3	13,3	16,7	14,0	36,7
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	65	12,3	1,5	10,8	1,5	10,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	64	9,4	4,7	18,8	6,3	18,8
Altenpfleger/in	140	20,7	11,4	15,7	12,9	33,6
Altenpflegehelfer/in mit staatlicher Anerkennung	65	13,8	3,1	3,1	1,5	9,2
Sozialassistent/in mit Schwerpunkt Pflege	32	9,4	0,0	3,1	0,0	12,5
Pflegehelfer/in (Helfer/in in der Altenpflege)	134	26,1	6,0	10,4	9,7	23,1
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	6	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/in	11	9,1	0,0	18,2	0,0	27,3
Med.-techn. Assistent/in für Funktionsdiagnostik	7	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	8	25,0	12,5	0,0	25,0	12,5
Physiotherapeut/in	128	41,1	3,5	24,2	8,6	47,7
Ergotherapeut/in	78	32,1	6,4	11,5	5,1	28,2
Logopädin bzw. Logopäde	40	27,5	7,9	22,5	10,0	52,5
Podologin bzw. Podologe	16	50,0	18,8	18,8	18,8	50,0

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Tabelle 15 zeigt, welche Ansätze die Einrichtungen bei der Gewinnung neuer Fachkräfte nutzen und wie sie deren Wirksamkeit beurteilen.

Tabelle 15: Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter

Aktivität	Anteil der Einrichtungen, die Aktivität umsetzen (in Prozent)	Bewertung der Wirksamkeit* gesamt	Bewertung der Wirksamkeit* Berlin	Bewertung der Wirksamkeit* Brandenburg
Übernahme von Auszubildenden in Beschäftigung	**31,5**	**2,7**	2,9	2,5
Werbung durch eigene Beschäftigte	**63,2**	**2,9**	2,9	2,9
Suche durch Stellenausschreibung in Medien und Internet	**65,2**	**3,1**	3,0	3,2
Praktika / Freiwilliges Soziales Jahr / Bundesfreiwilligendienst	**28,8**	**3,3**	3,7	3,0
Abwerbung von Fachkräften aus anderen Einrichtungen	**25,4**	**3,7**	3,9	3,5
Beteiligung an regionalen Fachkräftenetzwerken	**23,6**	**3,7**	3,6	3,7
Vermittlung durch Arbeitsagentur / Jobcenter	**54,7**	**4,0**	4,3	3,8
Weitere Maßnahmen	**10,0**	**3,1**	3,0	3,3

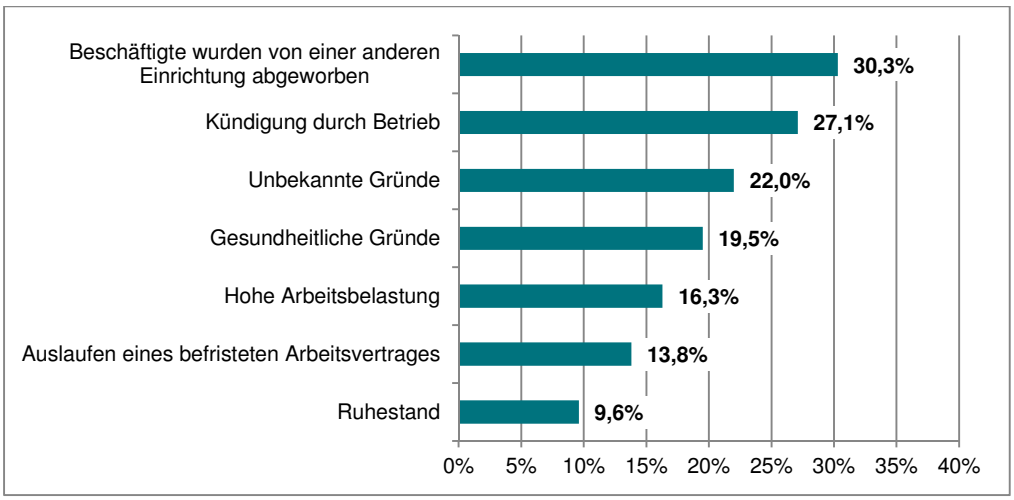
Quelle: SÖSTRA / IMU Einrichtungsbefragung 2014; *Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet. Insgesamt liegen zu dieser Frage 997 Antworten vor.

Da nur 36 Prozent der ausbildungsberechtigten Einrichtungen aktuell Ausbildungsplätze anbieten, unterstreicht die Tatsache, dass fast 32 Prozent die Übernahme von Auszubildenden als eine wichtige Strategie der Fachkräftegewinnung einschätzen, die hohe Relevanz der Ausbildung (wobei die insgesamt zurückhaltende Bewertung durch die Einrichtungen bemerkenswert ist). Die Ausschreibung offener Stellen in Print- und Online-Medien dürfte der Klassiker bei der Suche nach Bewerber/innen sein. Dass die Werbung durch eigene Beschäftigte einen ähnlich hohen Wert hat, zeigt, welche Bedeutung derartige Ansätze der Mitarbeitergewinnung in der Gesundheitswirtschaft haben. Dem widerspricht ein wenig der geringe Wert in der Kategorie „Abwerben von Fachkräften“. Es ist jedoch durchaus möglich, dass diese Strategie der Mitarbeitergewinnung in Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft stärker zum Tragen kommt, als die Einrichtungen eingestehen wollen (siehe auch **Abbildung 1**). Mindestens für die Altenpflege liegen Hinweise vor, dass die Abwerbung ein inzwischen weit verbreitetes Mittel der Akquise ist. Wenn auch der Nutzen der BA nur als „ausreichend“ eingeschätzt wird, ist sie ein wichtiger Partner in der Gesundheitswirtschaft bei der Gewinnung von Fachkräften. Zu prüfen ist, wie die Bundesagentur ihr Dienstleistungsangebot unter den aktuell schweren Bedingungen so weiterentwickeln kann, dass sie auch zukünftig einen substanziellen Beitrag zur Personalpolitik der Einrichtungen leistet.

Fachkräfte halten – Fluktuation in den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine hohe Arbeitsmarktdynamik aus. 42 Prozent der Befragten (454 von 1.071 Fällen) haben angegeben, dass Beschäftigte im Jahr 2013 die Einrichtung verlassen haben. Ein Teil dieser Bewegung dürfte dem altersbedingten Ersatzbedarf geschuldet sein. Aber auch der frühzeitige Berufswechsel (Fluktuation) spielt in der Gesundheitswirtschaft eine nicht unerhebliche Rolle. Berufsübergreifend wurden die Einrichtungen nach den Gründen des Verlassens der Einrichtungen gefragt. Immerhin 31 Prozent der Antwortenden (insgesamt 436 Fälle), in denen Beschäftigte die Einrichtung verlassen haben, gaben Abwerbung durch eine andere Einrichtung als Grund an. **Abbildung 1** zeigt, welche weiteren Gründe die hohe Mitarbeiterfluktuation bedingen:

Abbildung 1: Gründe des Verlassens der Einrichtung



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014, Mehrfachnennungen möglich

Zwischen den Bundesländern gibt es hinsichtlich der einzelnen Begründungen nur beim Auslaufen eines befristeten Arbeitsvertrages Unterschiede. Diese Option wurde in Berlin mit 16 Prozent verhältnismäßig häufig gewählt (Brandenburg 10 Prozent). Auch das ist ein Hinweis auf länderspezifische Arbeitsmarktlagen. Betont werden muss allerdings, dass die in der Abbildung nicht aufgeführten „sonstigen Gründe“ ebenfalls eine sehr hohe Bedeutung haben (39 Prozent der Nennungen). Relevante sonstige Gründe sind vor allem eine berufliche Neuorientierung der Beschäftigten oder familiäre/persönliche Motive, wobei vor allem die Motive der beruflichen Neuorientierung ein relevantes Handlungsfeld der Fachkräftesicherung sein könnten/sollten.

Bei der Betrachtung der Verlassensgründe nach Einrichtungstyp ergeben sich deutliche Unterschiede:

- In ***Krankenhäusern*** spielt die Kündigung durch den Betrieb eine marginale Rolle. Verhältnismäßig stark fällt der Anteil des Verlassens aus unbekannten Gründen aus. Dies lässt sich durch die Betriebsgröße erklären (den Personalverantwortlichen ist der Verlassensgrund nicht bekannt).

- In ***Pflegeeinrichtungen*** haben im Jahr 2013 verhältnismäßig viele Beschäftigte (21 Prozent) die Einrichtung nach Auslaufen eines befristeten Arbeitsvertrages verlassen. Ebenso lag der Anteil der Antwortenden, bei denen eine Kündigung durch den Betrieb ausgesprochen wurde, in den Pflegeeinrichtungen (v. a. ambulante) recht deutlich über dem Durchschnitt (34 gegenüber 27 Prozent). Die Abwerbung durch andere Einrichtungen ist vor allem in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin ein Grund für das Verlassen der Einrichtungen.
- In den ***Praxen*** ist der Anteil der abgeworbenen Beschäftigten in Brandenburg besonders hoch. Im Gegenzug ist das Auslaufen eines befristeten Arbeitsvertrages in Berliner Praxen ausgeprägter.

Es bestätigt sich, dass für die Fachkräftesicherung die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse hoch bedeutsam ist. Die Einrichtungsbefragung zeigt, dass die Einrichtungen eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um ihre Fachkräfte zu halten (vgl. **Tabelle 16**). Dabei werden am häufigsten Maßnahmen umgesetzt, die auf die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung und die Flexibilisierung der Arbeitszeiten abzielen. Mehr als die Hälfte der 983 Antwortenden gab an, auf Wunsch der Beschäftigten die Arbeitszeit von einer Voll- auf eine Teilzeitstelle reduziert zu haben, eine Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitstellen (als Maßnahme zur Deckung der Fachkräftenachfrage) scheint in vielen Fällen nicht den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen. An dritter Stelle der genannten Maßnahmen stehen Angebote zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen. Bei der Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen sind keine relevanten Unterschiede festzustellen. Dies spricht dafür, dass es nicht *die* Maßnahme der Fachkräftebindung gibt (vgl. **Tabelle 16**).

Tabelle 16: Aktivitäten zur Bindung der Mitarbeiter/innen

Aktivität	Anteil der Einrichtungen, die Aktivitäten umsetzen (in Prozent)	Bewertung der Wirksamkeit*		
		Berlin-Brandenburg	Berlin	Brandenburg
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	76,6	2,5	2,6	2,5
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entspr. der Wünsche der Beschäftigten	74,0	2,5	2,5	2,5
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	68,3	2,6	2,6	2,6
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	56,2	2,5	2,6	2,5
zusätzliche finanzielle Vergütungen	55,4	2,6	2,6	2,6
Reduz. von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigt auf Wunsch der Beschäftigten	54,5	2,4	2,5	2,3
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	52,8	2,5	2,6	2,5
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	51,1	2,7	2,7	2,7
Gezielte Gesundheitsförderung	43,6	2,7	2,7	2,7
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	31,8	2,8	2,7	2,9
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	30,7	2,7	3,0	2,5
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	26,8	2,8	2,9	2,7
andere Maßnahmen	11,5	3,1	3,1	3,0

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014; * Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet. Zu dieser Frage liegen 983 Antworten vor.

Im Vergleich der beiden Bundesländer zeigen sich ebenfalls kaum nennenswerte Unterschiede. Eine Ausnahme bildet die Unterstützung bei der Kinderbetreuung. Nicht nur, dass diese Maßnahme von Brandenburger Einrichtungen deutlich häufiger genannt wird als von Berliner Einrichtungen (36 Prozent in Brandenburg gegenüber 26 Prozent in Berlin), son-

dern auch die positivere Bewertung dieser Maßnahme durch die Brandenburger Einrichtungen (ungeachtet des Einrichtungstyps) ist als die einzige relevante Abweichung zu betrachten.

Unterschiede lassen sich zwischen den Einrichtungstypen feststellen. So bewerten die ***Krankenhäuser*** fast ausnahmslos alle aufgeführten Maßnahmen überdurchschnittlich positiv. Darüber hinaus sind die Anteile der Krankenhäuser, die diese Maßnahmen umsetzen, fast überall höher, was zu erheblichen Teilen auf deren Betriebsgröße zurückgeführt werden kann. So sind durch die Größe der Häuser viele Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten vorhanden, was von den Krankenhausleitungen als hoch relevant eingeschätzt wurde. Einzig die zusätzlichen finanziellen Vergütungen sowie das Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy werden von Krankenhäusern selten umgesetzt und darüber hinaus schlecht bewertet. In den Fachgesprächen mit den Krankenhäusern wurde die Befürchtung geäußert, dass durch die Einführung solcher Instrumente eine ungewollte Ungleichbehandlung der Beschäftigten die Folge sein könnte und eine Lawine an Forderungen in Gang gesetzt werden würde.

In den ***Pflegeeinrichtungen*** lassen sich bundeslandspezifische Unterschiede feststellen. So werden in Brandenburg die Aktivitäten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit fast durchgängig schlechter bewertet als in Berlin. Diese Unterschiede fallen besonders gravierend bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen aus. Die schlechte Bewertung der Wirksamkeit der Aktivitäten in Brandenburg korrespondiert mit einem höheren Anteil von Antwortenden, die finanzielle Vergütungen oder Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung anbieten.

Die ***Praxen*** setzen deutlich seltener Maßnahmen der Fachkräftebindung um. Die Praxen mit Sitz in Berlin bewerten alle Aktivitäten zum Teil deutlich schlechter als die Praxen mit Sitz in Brandenburg. Darüber hinaus sind die Anteile bei Aktivitäten, die auf eine zeitliche Flexibilität abzielen, in den Berliner Praxen häufiger umgesetzt worden.

Die unterschiedliche Bewertung in den Bundesländern bei gleichen Einrichtungstypen dürfte Ausdruck einer landesspezifischen Fachkräftesituation sein. Es ist plausibel, dass Einrichtungen Aktivitäten dann als unwirksam einschätzen, wenn Beschäftigte trotz solcher Maßnahmen die Einrichtung verlassen. Dass Berliner Praxen und Brandenburger Pflegeeinrichtungen einen Teil der beschriebenen Maßnahmen häufiger umsetzen als die jeweiligen Einrichtungstypen des anderen Bundeslandes, ist ein Hinweis darauf, dass Berliner Praxen und Brandenburger Pflegeeinrichtungen (v. a. ambulante) vor überdurchschnittlich großen Herausforderungen der Fachkräftebindung stehen.

3.3 Sofortmaßnahmen und Unterstützungsbedarf

Vor dem Hintergrund der vorstehend skizzierten Herausforderungen wurden die Einrichtungen auch gefragt, welche Maßnahmen der Fachkräftesicherung aus ihrer Sicht möglichst bald auf den Weg gebracht werden sollten und in welchen Bereichen sie sich Unterstützung wünschen.

Sofortmaßnahmen

Die Einrichtungen hatten die Möglichkeit, im Rahmen einer offenen Frage Maßnahmen zu nennen, die im Hinblick auf die Herausforderungen der Fachkräftesicherung nach ihrer Ansicht sofort ergriffen werden sollten. Die Antworten wurden zu den in **Tabelle 17** genannten Handlungsfeldern gruppiert. Auf Grund der hohen Anzahl an Antworten können die Antworten der Pflegeeinrichtungen, der Praxen und der Hebammen gesondert ausgewiesen werden.

Tabelle 17: Genannte Sofortmaßnahmen insgesamt und nach ausgewählten Einrichtungstypen

Handlungsfeld	Nennungen insgesamt	Darunter von:		
		Pflegeeinrichtungen	Praxen	Hebammen
Anzahl der Nennungen	**674**	**172**	**338**	**112**
Aufstockung der Vergütung	28,6	26,2	30,2	30,4
Maßnahmen, in Bezug auf die Erstausbildung	18,7	29,1	16,9	8,0
Maßnahmen in Bezug auf Fort- und Weiterbildung	13,2	14,0	15,7	2,7
Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit	6,7	5,8	5,6	9,8
Aufwertung des Berufsfeldes	5,5	5,8	5,9	3,6
Haftpflichtsituation bei Hebammen	5,2	0,6	0,3	29,5
Änderung in gesetzlichen Rahmenbedingungen	4,6	3,5	4,7	4,5
Abschaffung gesetzlicher West-Ost-Unterschiede	4,6	2,9	7,7	0,0
Abbau unnötigen Bürokratieaufwandes	2,4	0,6	2,4	5,4
Betriebliches Gesundheitsmanagement	2,2	5,8	0,3	0,9
Maßnahmen in Bezug auf Praktika	1,8	0,6	3,0	0,0
Einstellung von zusätzlichem Personal	1,6	1,2	2,4	0,0
Sonstige Sofortmaßnahmen	4,9	4,1	5,0	5,4

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014.

Es kristallisieren sich – unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem Einrichtungstyp oder einer Berufsgruppe – drei Handlungsfelder heraus.[48] Das sind erstens die Vergütungssituation, zweitens der Bereich der beruflichen Erstausbildung und drittens die Frage der beruflichen Fort- und Weiterbildung.

(1) Die mit Abstand größte Herausforderung wird in einer angemessenen Vergütung der Gesundheits- und Pflegeleistungen gesehen. Diese Herausforderung wird sowohl von Pflegeeinrichtungen als auch von Praxen und Hebammen an erster Stelle genannt. Vor allem die Therapieberufe sind hiervon betroffen. Die Darstellung der Vergütungsstrukturen ist bei diesem Einrichtungstyp differenziert zu betrachten, da neben den Selbstständigen auch deren Angestellte sowie Angestellte bei größeren Einrichtungen zu berücksichtigen sind. Während bei Angestellten größerer Träger die Vergütung meist über Tarifabschlüsse geregelt wird, richtet sich die Vergütung der zur Leistungserbringung nach § 124 SGB V in eigener Praxis zugelassenen Leistungserbringenden nach Vergütungsvereinbarungen, deren Abschlüsse der gesetzlichen Grundlohnsummenanbindung des § 71 SGB V unterliegen. Hieraus folgt eine Deckelung der Vergütungsentwicklung der Selbstständigen, die mittelbar auch die Gehaltsentwicklung der bei ihnen beschäftigten Therapeutinnen und Therapeuten reguliert.

Unter der Grundlohnsumme versteht man die Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, aus denen Krankenversicherungsbeiträge zu leisten sind. Die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme (Grundlohnsummenveränderungsrate) wurde 2003 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes als Referenzgröße für die Fortschreibung der Budgetierungen im Gesundheitswesen herangezogen. Um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu genügen, dürfen die Vertragspartner (Krankenkassen und Leistungserbringer) keine Veränderung der Vergütung vereinbaren, die die Veränderungsrate der Grundlohnsumme überschreitet. Dabei ist die für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate maßgeblich.[49] Die Vergütung der Heilmittelerbringenden ist somit unmittelbar an die Grundlohnsummensteigerung gekoppelt, die als Grenze für die Entwicklung der Heilmittelpreise wirkt. In den letzten Jahren lag die Grundlohnsummensteigerung zum Teil unter der jährlichen Inflationsrate, was in diesen Jahren zu Reallohnverlusten der Selbstständigen (und deren Angestellte) geführt hat.[50] Die Forderung der Therapieberufe nach einer besseren Vergütung scheitert daher an gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Auftrag der Krankenkassen, die Beitragsstabilität zu gewährleisten. In diesem Kontext ist ferner zu berücksichtigen, dass seit 2009 nur noch eine einheitliche Veränderungsrate ausgewiesen wird. Die Festsetzung einer Veränderungsrate für die Rechtskreise West und Ost ist seither nicht mehr möglich. Die Deckelung der Vergütungsverhandlung durch eine bundeseinheitliche prozentuale Veränderungsrate hat in der Praxis zur Folge, dass sowohl in den alten wie auch in den neuen Bundesländern trotz der deutlich niedrigeren Vergütungssätze in den neuen Bundesländern eine Erhöhung nur um den gleichen Prozentsatz

---

48 Weitere Handlungsfelder werden mit deutlichem Abstand genannt. Dabei werden z. T. auch berufsspezifische Herausforderungen aufgeführt wie z. B. die Haftpflichtsituation der Hebammen oder Änderungen in gesetzlichen Rahmenbedingungen, die vor allem von den Therapieberufen angemahnt werden (siehe hierzu auch die Ausführungen zur Grundlohnsummenanbindung).

49 Aktuell beträgt die Grundlohnsummenveränderungsrate im Bundesgebiet insgesamt 2,53 Prozent.

50 Wie beispielsweise seit 2003 in der Physiotherapie. Vgl. hierzu die Ausführungen im Berufsprofil Physiotherapie.

möglich ist. Für die neuen Bundesländer resultiert hieraus faktisch eine niedrigere Vergütungserhöhung, so dass es bei der Aufrechterhaltung der Grundlohnsummenanbindung unmöglich ist, eine Angleichung der Vergütungssätze zwischen Ost und West zu erreichen. Vor diesem Hintergrund sind auch die hohen Anteile der Antwortenden aus den Therapieberufen zu sehen, die auf einen Unterstützungsbedarf in Bezug auf eine Angleichung der Vergütungen in Ost und West hinweisen.

(2) Das von allen antwortenden Personen an zweiter Stelle genannte Handlungsfeld – Sofortmaßnahmen in Bezug auf die berufliche Erstausbildung – wird vor allem von Pflegeeinrichtungen eingefordert. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass es – vor allem demografisch bedingt – künftig einen wesentlich stärkeren Wettbewerb um Ausbildungsinteressierte geben wird. Daher wird die Aufnahme einer Berufsausbildung künftig nicht nur von den Beschäftigungsbedingungen in den jeweiligen Berufen abhängen. Zunehmend wird auch den Bedingungen der Berufsausbildung selbst ein deutlich höherer Stellenwert beigemessen. Angezeigt wurde auch, dass sich die Finanzierungssituation der Berufsausbildung in den einzelnen Berufen im Gesundheits- und Pflegebereich sehr unterschiedlich darstellt. Dies betrifft sowohl den schulischen als auch den berufspraktischen Teil der Berufsausbildung. Übergreifend wird gefordert, dass die Finanzierungsbedingungen der Berufsausbildung auf bundesweit einheitlich geregelte Grundlagen gestellt werden sollte.

Um langfristig Jugendliche für Gesundheitsfachberufe zu interessieren, unternehmen vor allem größere Einrichtungen wie Krankenhäuser und größere Pflegeeinrichtungen bereits seit einiger Zeit Anstrengungen, um in Schulen zu dieser Thematik aktiv zu werden. Der Vielschichtigkeit der Beschäftigungsmöglichkeiten in Gesundheitsfachberufen insgesamt sollte aus der Sicht der Befragten auch im Bereich der Berufsorientierung ein deutlich größerer Stellenwert beigemessen werden.

(3) Unter den sobald wie möglich anzugehenden Aufgaben wird darüber hinaus der beruflichen Fort- und Weiterbildung ein entscheidender Stellenwert beigemessen (13,2 Prozent der Befragten). Dabei haben auf dieses Handlungsfeld vor allem Vertreter/innen der Praxen (15,7 Prozent) und der Pflegeeinrichtungen (14,0 Prozent) hingewiesen. Betont wird die Bedeutung der Fort- und Weiterbildung als Instrument der Mitarbeiterbindung. In diesem Zusammenhang wird ausgeführt, dass nicht ausschließlich die Einrichtungen bzw. die Beschäftigten für die Finanzierung der Fort- und Weitebildung aufkommen sollten. Um den Rahmenvorgaben des Gesetzgebers nachkommen zu können, wird eine Beteiligung der öffentlichen Hand (bzw. der Kassen) an der Finanzierung solcher Maßnahmen als notwendig eingeschätzt. Unterstützungsangebote wie die Bildungsprämie des Bundes (vgl. Richtlinie zur Förderung von Prämiengutscheinen und Beratungsleistungen im Rahmen des Bundesprogramms „Bildungsprämie“ vom 9. Mai 2014) oder der Bildungscheck im Land Brandenburg (vgl. Weiterbildungsrichtlinie des Landes Brandenburg vom 13. Juni 2013) scheinen entweder noch wenig bekannt zu sein oder in der beruflichen Fort- und Weiterbildung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen nicht in dem Maße ihre Wirkung zu entfalten.

Trotz der nur geringen Nennung (2,2 Prozent) erscheinen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) erwähnenswert. Die Expertengespräche zeigen, dass

vor allem größere Einrichtungen erste Schritte zur Umsetzung dieser Thematik gehen. Gleichwohl wurde in diesem Zusammenhang auch auf die Eigenverantwortung der Mitarbeiter/innen hingewiesen. BGM ist ein Handlungsfeld, in dem größerer Unterstützungsbedarf gesehen wird: Vor allem, wenn es konzeptionell in die Personalentwicklung eingebunden werden soll, stellt sich die Frage, wie solche Ansätze „mit Leben gefüllt werden können“ und wie sie organisatorisch – z. B. im Kontext des Schichtbetriebes – umzusetzen sind. Unterstützungsbedarf wurde auch bezüglich der Refinanzierung dieser Maßnahmen eingefordert. Vorgeschlagen wurde, die Thematik in die Pflegesatz- und Kostenträgerverhandlungen aufzunehmen. Dies würde in besonderem Maße notwendig sein, wenn initiierte Strukturen – wie z. B. Gesundheitszirkel – langfristig in den Einrichtungen und Praxen etabliert und damit nachhaltig wirksam werden sollen. Denkbar seien auch Formen der Mischfinanzierung durch die öffentliche Hand, die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sowie die Einrichtungen. Die jeweils spezifischen Interessenlagen der beteiligten Institutionen[51] sollten sich in Richtung einer sinnvollen Mischfinanzierung von Aktivitäten des BGM bündeln lassen.

Unterstützungsbedarf

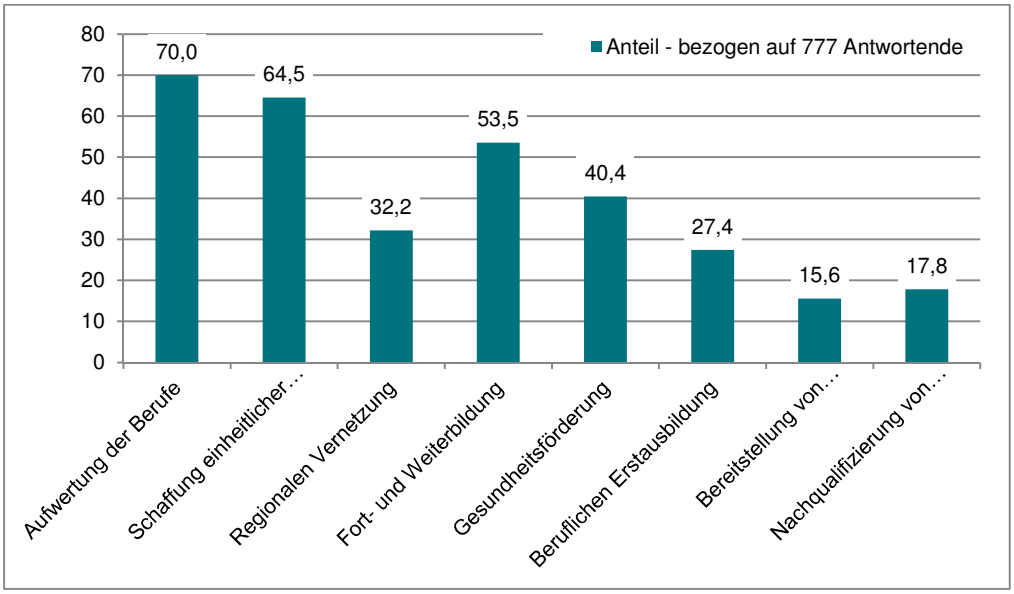
Auf die Frage nach dem Unterstützungsbedarf hatten die Einrichtungen die Möglichkeit, aus einem Spektrum von Antwortvorgaben auszuwählen und darüber hinaus auch eigene Wünsche zu äußern. Mit den Antwortvorgaben sollte auf die Breite des möglichen Unterstützungsangebots aufmerksam gemacht werden. Unter den Vorgaben konnte zwischen folgenden Antwortmöglichkeiten gewählt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:

- Berufliche Erstausbildung,
- Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten,
- Gesundheitsförderung der Beschäftigten,
- Nachqualifizierung von Altenpflegehilfskräften zu Pflegefachkräften,
- Bereitstellung von Praktikumsplätzen für die schulische Ausbildung,
- Regionale Vernetzung,
- Öffentlichkeitswirksame Aufwertung der beruflichen Tätigkeiten,
- Schaffung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen.

Unterstützung wurde vor allem bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Fachkräftesicherung eingefordert (vgl. **Abbildung 2**). So wünschen sich 70 Prozent der Antwortenden Unterstützung bei der öffentlichkeitswirksamen Aufwertung der Berufe.

[51] Sicherung der Daseinsvorsorge durch die öffentliche Hand, Interesse der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften an einer Minimierung von Versicherungsfällen und einer verbesserten Versorgung der Patient/innen sowie das betriebs- und personalwirtschaftliche Interesse der Einrichtungen

Abbildung 2: Geäußerter Unterstützungsbedarf



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014.

Bei der Schaffung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen (64,5 Prozent der Nennungen) wird ein breites Spektrum von Maßnahmen benannt:[52] Die Nennungen reichen von der Organisation, Finanzierung und Anerkennung von Ausbildungswegen bis hin zu einheitlichen Regelungen bei der Fachkraftquote oder einheitlichen Abrechnungsmodalitäten in der Pflege. In diesem Zusammenhang wird auch Unterstützungsbedarf bei der regionalen Vernetzung gesehen. Einrichtungsübergreifend wird ein regional vernetztes Vorgehen bei der Zusammenarbeit mit Schulen als Instrument der Berufsorientierung angeregt. Aus der Perspektive von Krankenhäusern ist ein aktuelles Thema für regionale Netzwerke z. B. der Aufbau eines einrichtungsübergreifenden Pools an Pflegekräften. Unter den auf betriebliche Aktivitäten der Fachkräftesicherung ausgerichteten Handlungsfeldern wird der Unterstützung bei der Fort- und Weiterbildung der größte Stellenwert beigemessen. Mehr als die Hälfte der Antwortenden (53,6 Prozent) wünscht sich hier Unterstützung. Gefragt sind Angebote zur Finanzierung von Bildungsmaßnahmen und zur Kompensation von weiterbildungsbedingten Ausfallzeiten. Unterstützungsbedarf bei der Nachqualifizierung von Altenpflegehilfskräften zu Pflegefachkräften wird von 17,8 Prozent der antwortenden Personen angezeigt. Notwendig sind Modelle der organisatorischen Gestaltung (inkl. Klärung der Finanzierungsfragen) von berufsbegleitender Ausbildung, um so das Fachkräftepotenzial von Helfer/innen effektiver als bisher nutzen zu können. Auch wenn dieser Bereich nur von wenigen als akutes Handlungsfeld gesehen wird, können sich etwa 40 Prozent eine Unterstützung bei der Gesundheitsförderung ihrer Beschäftigten vorstellen. Schwierig sei es vor allem, ein gut strukturiertes Konzept der Gesundheitsförderung zu implementieren. Mit deutlichem Abstand folgen Maßnahmen, die eher auf eine längerfristige Sicherung des

[52] Die Antworten lassen nicht in jedem Fall eine Schlussfolgerung zu, welche konkreten Maßnahmen mit dem angezeigten Unterstützungsbedarf gemeint sind.

Fachkräftebedarfs ausgerichtet sind. So haben 27,4 Prozent der antwortenden Personen angegeben, dass sie sich Unterstützung bei der beruflichen Erstausbildung wünschen und 15,6 Prozent bei der Bereitstellung von Praktikumsplätzen für die schulische Ausbildung.

3.4 Entwicklungsprognosen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Handlungsorientierend sind Fachkräftebedarfsanalysen dann, wenn sie auch einen Eindruck von den zukünftigen Herausforderungen der Fachkräftesicherung vermitteln. Diesbezügliche Überlegungen können aufgrund der komplexen Ausgangslage und der vielschichtigen Rahmenbedingungen nur eine grobe Orientierung geben und auf Handlungsbedarfe aufmerksam machen. Im Kern geht es um die Frage, wohin die Reise gehen würde, wenn alles bliebe, wie es aktuell ist (Status-Quo-Analyse) und welche Entwicklungsoptionen darüber hinaus vorstellbar wären (Alternativ-Szenarien). Die Herausforderungen der Fachkräftesicherung verlangen – wie bereits erwähnt – nach qualitativen Veränderungen im Versorgungssystem. Die Projektionen zeigen, welche personellen Herausforderungen dabei zu bewältigen sind.

In fast allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen lag das Beschäftigungswachstum mehr als doppelt so hoch wie das durchschnittliche Beschäftigungswachstum in den beiden Bundesländern insgesamt. Für dieses Wachstum standen – zumindest quantitativ – weitgehend die erforderlichen Fachkräfte zur Verfügung. Die scheinbar entspannte Arbeitsmarktsituation ist jedoch Ergebnis einer rein quantitativen Betrachtung und könnte ganz erheblich die reale Fachkräftesituation verdecken. Besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege scheint die Personalausstattung und dementsprechend die Beschäftigungsentwicklung seit Jahren hinter dem für die Erbringung der Behandlungsleistungen erforderlichen Fachkräfteeinsatz zurückzubleiben.[53] Es gibt Hinweise, dass das auch für die Altenpflege gilt. Die starke Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat zu erheblichen Einschränkungen in der Ausstattung der Einrichtungen mit Gesundheitsfachpersonal geführt. Der Fachkräfteeinsatz wird bereits heute durch finanzielle Beschränkungen gedeckelt, was sich u. a. in einer Verschlechterung der Beschäftigungsverhältnisse niederschlägt: In den Gesundheitsfachberufen haben als Folge der Ökonomisierungszwänge atypische Beschäftigungsverhältnisse – Mini-Jobs, „klassische“ Teilzeit, Midi-Jobs, befristete Beschäftigung, Leiharbeit – in den vergangenen Jahren stark zugenommen.[54] Bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ist in Berlin und Brandenburg der Beschäftigungszuwachs 2003 bis 2010 ausschließlich und danach vorrangig durch Zunahme derartiger Beschäftigung entstanden.

Ansätze eines Umdenkens sind zu erkennen, wobei die Effekte der Maßnahmen auf die Fachkräftesituation offen sind. In der Altenpflege werden erste Schritte mit der 2015 begin-

---

53 S. Studie Hans-Böckler-Stiftung, a.a.O.

54 Dieser Trend kann nur zu einem kleinen Teil durch das Interesse von Beschäftigten an Teilzeitbeschäftigung erklärt werden.

nenden Pflegereform getan, die voraussichtlich weiteren Beschäftigungszuwachs erforderlich macht. Für die Gesundheits- und Krankenpflege wird die Krankenhausreform entscheidend sein. Das besonders für die Therapieberufe wichtige Präventionsgesetz liegt im Referentenentwurf vor. Unklar ist auch, wie mit dem Anspruch ambulant vor stationär weiter verfahren wird und welche Beschäftigungseffekte gewählte Ansätze nach sich ziehen. Angesichts dieser Ungewissheiten werden im Folgenden zwei Projektionen der möglichen Bestandsentwicklung dargestellt, ein Status quo Szenario und ein Alternativ-Szenario, das stärkere Veränderungen der Entwicklungsfaktoren unterstellt. Die Status quo Annahme geht davon aus, dass sich der Bedarf an Leistungen von Gesundheitsfachkräften auch weiterhin im Maße der bisherigen Entwicklungen verändert. Die Projektionen schreiben die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Diese Fortschreibung wurde im Rahmen mehrerer Fachgespräche und ergänzender Datenlagen (bspw. der Bevölkerungsvorausberechnung für Berlin und Brandenburg) auf Plausibilität geprüft und ggf. angepasst.[55] Im Alternativszenario werden die Faktoren, die im hier definierten Perspektivzeitraum in ihrer Konsequenz auf den Fachkräftebedarf abschätzbar sind, bei der Projektion berücksichtigt.

Status quo Entwicklung

Unter Status quo Annahmen variiert die durchschnittliche jährliche Beschäftigungsentwicklung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten bis 2030 zwischen minus 0,5 Prozent für die medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen und plus 4 Prozent für die Altenpfleger/innen. Entsprechend unterschiedlich entwickeln sich Beschäftigtenbestände und der daraus resultierende Erweiterungsbedarf. Insgesamt ergibt sich in den untersuchten Berufen bis 2030 unter Status quo Annahmen ein Erweiterungsbedarf von rund 60.000 Fachkräften.

Hinzu kommt Ersatzbedarf für altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende Beschäftigte und für Beschäftigte, die in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln (Fluktuation). Trotz der relativ jungen Altersstruktur in der Mehrzahl der Berufe entsteht altersbedingter Ersatzbedarf in der Größenordnung von rund 40.000 Fachkräften. Möglicherweise in noch größerem Umfang verursacht die Fluktuation Ersatzbedarf. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieser Schätzung relativ unsichere Annahmen zu Grunde liegen und insbesondere die Angaben zu den Altenpflegehelfer/innen, die rund die Hälfte der Gesamtsumme zur Fluktuation ergeben, mit großer Unsicherheit behaftet sind. Insgesamt würde in der Berlin-Brandenburger Region unter Status quo Bedingungen bis 2030 mit rund 150.000 Fachkräften eine Arbeitskräftenachfrage in einer Größenordnung entstehen, die deutlich den gegenwärtig vorhandenen Beschäftigtenbestand in diesen Tätigkeiten übersteigt (das gilt auch für das jeweilige Bundesland), (Vgl. **Tabelle 18**).

[55] Für die Bestimmung des rentenbedingten Ersatzbedarfs wurde die berufsspezifische Altersstruktur in den Blick und ein fiktives Rentenalter von 65 angenommen. Zur Eingrenzung der Fluktuationsrate in den hier untersuchten Berufen wurde auf vorliegende Studien zum Thema zurückgegriffen.

Berlin-Brandenburg

Tabelle 18: Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheitsfachberufen 2013-2030 unter Status Quo-Bedingungen

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					altersbedingt	Fluktuationsbedingt	
Altenpfleger/in	15.291	20.100	29.800	14.500	4.700	10.000	29.200
Altenpflegehelfer/in	19.737	26.000	38.400	18.600	6.700	24.000	49.300
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	51.195	54.900	60.600	9.400	14.000	7.000	30.400
Gesundheits- und Kranken-pflegehelfer/in	13.397	14.400	15.900	2.500	4.500	2.000	9.000
Gesundheits- und Kinder-krankenpfleger/in	5.063	5.300	4.900	-150	1.500	500	1.850
Hebammen/ Entbindungspfleger	741	*					
Ergotherapeut/in	3.484	4.200	6.900	3.400	800	1.000	5.200
Physiotherapeut/in	14.500	16.700	27.200	12.700	4.100	3.500	20.300
Logopäde/ Logopädin	1.712	2.000	2.250	550	200	300	1.050
Podologe/Podologin	284	*					
MTA Laboratorium	6.064	5.950	5.700	-400	2.500	600	2.700
MTA Radiologie	2.108	2.300	2.500	400	900	300	1.600
MTA Funktions-diagnostik	280	*					
Insgesamt	**133.856**	**151.850**	**194.150**	**61.500**	**39.900**	**49.200**	**150.600**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich

Berlin

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					altersbedingt	Fluktuationsbedingt	
Altenpfleger/in	8.570	11.300	16.700	8.100	2.700	5.500	16.300
Altenpflegehelfer/in	11.259	14.800	21.900	10.600	3.700	14.000	28.300
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	31.494	33.800	37.300	5.800	8.500	4.500	18.800
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	8.752	9.400	10.400	1.600	3.000	1.000	5.600
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	3.115	3.300	3.350	250	900	300	1.450
Hebammen/ Entbindungspfleger	541	*					
Ergotherapeut/in	2.151	2.600	4.300	2.200	500	600	3.300
Physiotherapeut/in	8.800	10.100	16.500	7.700	2.600	2.400	12.700
Logopäde/Logopädin	1.068	1.250	1.500	450	100	200	750
Podologe/Podologin	152	*					
MTA Laboratorium	4.678	4.500	4.300	-400	2.000	400	2.000
MTA Radiologie	1.397	1.500	1.650	250	500	200	1.000
MTA Funktions-diagnostik	149	*					
Insgesamt	**81.725**	**92.550**	**117.900**	**36.550**	**24.500**	**29.100**	**90.200**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich

Brandenburg

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					altersbedingt	Fluktuationsbedingt	
Altenpfleger/in	6.721	8.800	13.100	6.400	2.000	4.500	12.900
Altenpflegehelfer/in	8.478	11.200	16.500	8.000	3.000	10.000	21.000
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	19.701	21.100	23.300	3.600	5.500	2.500	11.600
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	4.645	5.000	5.500	900	1.500	1.000	3.400
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1.948	2.000	1.600	-350	500	200	350
Hebammen/ Entbindungspfleger	200	*					
Ergotherapeut/in	1.333	1.600	2.600	1.200	300	400	1.900
Physiotherapeut/in	5.700	6.600	10.700	5.000	1.500	1.100	7.600
Logopäde/Logopädin	644	750	750	100	100	100	300
Podologe/Podologin	132	*					
MTA Laboratorium	1.386	1.450	1.400	0	500	200	700
MTA Radiologie	711	800	850	150	350	100	600
MTA Funktionsdiagnostik	131	*					
Insgesamt	**51.485**	**59.300**	**76.300**	**25.000**	**15.250**	**20.100**	**60.350**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich

Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen

Entgegen der gegenwärtigen Anzeichen für eine im Zuge der Ökonomisierung eher leicht abgeschwächte Beschäftigungsdynamik liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit besonders im Hinblick auf eine in der Diskussion stehenden Humanisierung des Gesundheitswesens und den damit verbunden Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, positive Impulse für die Beschäftigungsentwicklung ausgelöst werden. Wird die Pflegereform zügig umgesetzt und die Krankenhausreform noch 2015 beschlossen und ihre Umsetzung begonnen, ist noch für den Zeitraum bis 2020 und besonders im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 eine deutliche Steigerung der Beschäftigungsentwicklung in den gro-

ßen Beschäftigtengruppen wahrscheinlich. Auch die Umsetzung eines erweiterten Vorsorgegesetzes dürfte einen erheblichen Beschäftigungsschub in den Therapieberufen bewirken.

Unter deutlich veränderten Beschäftigungsbedingungen nimmt in mehreren Gesundheitsfachberufen das Wachstumstempo erheblich zu. Die durchschnittliche jährliche Beschäftigungsentwicklung bis 2030 kann dann beispielsweise auf bis zu 5 bzw. 7 Prozent für die Physiotherapeut/innen steigen. Besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege wäre eine starke Beschäftigungszunahme zu erwarten. Insgesamt ergibt sich selbst bei unveränderter Entwicklungsannahme für die Altenpflege[56] in den anderen Gesundheitsfachberufen eine starke Zunahme des Erweiterungsbedarfs um 40.000 auf rund 100.000 Fachkräfte. Bei gleichbleibenden altersbedingten und fluktuationsbedingten Ersatzbedarfen steigt dadurch der Gesamtbedarf an neu für die Gesundheitsfachberufe zur Verfügung stehenden Fachkräften auf rund 190.000 Beschäftigte. Diese Größenordnung übersteigt nochmals die Größe des heute beschäftigten Fachkräftebestandes um rund 50 Prozent (Vgl. **Tabelle 19**).

[56] Die Projektionen für die Altenpflege stützen sich auf die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege (MASGF 2014) sowie eine vergleichbare, im Rahmen der Einrichtungsbefragung durchgeführte, Projektion für Berlin. Basis der Vorausberechnung ist die altersspezifische Pflegeprävalenz, die auf die Bevölkerungsvorausberechnung der Länder Berlin und Brandenburg angewandt wird. Aufgrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation wird davon ausgegangen, dass die mit diesem Verfahren ermittelten Beschäftigungszahlen (selbst bei real höheren Bedarfen) die aus Sicht des Fachkräfteangebots maximal mögliche Beschäftigungsentwicklung abbildet.

Berlin-Brandenburg

Tabelle 19: Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten 2013-2030 unter veränderten Entwicklungsbedingungen

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					alters-bedingt	Fluktuationsbedingt	
Altenpfleger/in**	15.291	20.100	29.800	14.500	4.700	10.000	29.200
Altenpflegehelfer/in**	19.737	26.000	38.400	18.600	6.700	24.000	49.300
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	51.195	62.900	81.600	30.400	14.000	7.000	51.400
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	13.397	15.400	18.800	5.400	4.500	2.000	11.900
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in**	5.063	5.300	4.900	-150	1.500	500	1.850
Hebammen/ Entbindungspfleger	741	*					
Ergotherapeut/in	3.484	4.900	9.600	6.200	800	1.000	8.000
Physiotherapeut/in	14.500	20.400	40.200	25.700	4.100	3.500	33.300
Logopäde/ Logopädin	1.712	2.250	3.150	1.450	200	300	1.950
Podologe/Podologin	284	*					
MTA Laboratorium	6.064	5.500	4.750	-1.300	2.500	600	1.800
MTA Radiologie**	2.108	2.300	2.500	400	900	300	1.600
MTA Funktionsdiagnostik	280	*					
Insgesamt	**133.195**	**165.50**	**233.700**	**101.200**	**39.900**	**49.200**	**190.300**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich; ** Übernahme der Status quo Projektion

Berlin

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					alters-bedingt	fluktuations-bedingt	
Altenpfleger/in**	8.570	11.300	16.700	8.100	2.700	5.500	16.300
Altenpflegehelfer/in**	11.259	14.800	21.900	10.600	3.700	14.000	28.300
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	31.494	38.700	52.100	20.600	8.500	4.500	33.600
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	8.752	10.100	12.300	3.500	3.000	1.000	7.500
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in**	3.115	3.300	3.350	250	900	300	1.450
Hebammen/ Entbindungspfleger	541	*					
Ergotherapeut/in	2.151	3.000	5.900	3.800	500	600	4.900
Physiotherapeut/in	8.800	12.400	24.400	15.600	2.600	2.400	20.600
Logopäde/-Logopädin	1.068	1.400	2.100	1.050	100	200	1.350
Podologe/Podologin	152	*					
MTA Laboratorium	4.678	4.200	3.600	-1.100	2.000	400	1.300
MTA Radiologie**	1.397	1.500	1.650	250	500	200	1.000
MTA Funktionsdiagnostik	149	*					
Insgesamt	**81.725**	**100.700**	**144.000**	**62.650**	**24.500**	**29.100**	**116.300**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich; ** Übernahme der Status quo Projektion

Brandenburg

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteneubedarf 2013-2030			
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf		Insgesamt
					altersbedingt	Fluktuationsbedingt	
Altenpfleger/in**	6.721	8.800	13.100	6.400	2.000	4.500	12.900
Altenpflegehelfer/in**	8.478	11.200	16.500	8.000	3.000	10.000	21.000
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	19.701	24.200	29.500	9.800	5.500	2.500	17.800
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	4.645	5.300	6.500	1.900	1.500	1.000	4.400
Gesundheits- und Kinderkranken-pfleger/in**	1.948	2.000	1.600	-350	500	200	350
Hebammen/ Entbindungspfleger	200	*					
Ergotherapeut/in	1.333	1.900	3.700	2.400	300	400	3.100
Physiotherapeut/in	5.700	8.000	15.800	10.100	1.500	1.100	12.700
Logopäde/Logopädin	644	850	1.050	400	100	100	600
Podologe/Podologin	132	*					
MTA Laboratorium	1.386	1.300	1.150	-200	500	200	500
MTA Radiologie**	711	800	850	150	350	100	600
MTA Funktions-diagnostik	131	*					
Insgesamt	**51.485**	**64.350**	**89.750**	**38.600**	**15.250**	**20.100**	**73.950**

*Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich; ** Übernahme der Status quo Projektion

Insgesamt ergibt sich je nach Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen bis 2030 in Berlin-Brandenburg in den Gesundheitsfachberufen ein Neubedarf in der Größenordnung zwischen 150.000 und 190.000 Fachkräften. Diese Herausforderungen der Fachkräftesicherung werden mit den heutigen Anstrengungen der Fachkräftegewinnung kaum zu bewältigen sein.

3.5 Zusammenfassend

In ***Berlin*** kann die Fachkräftesituation in den untersuchten Berufen und Tätigkeiten als verhältnismäßig günstig bezeichnet werden. Für eine solche Einschätzung spricht u. a. die deutlich wahrnehmbare Sogwirkung Berlins, die zwar berufsdifferenziert unterschiedlich, jedoch insgesamt positiv ausfällt. Das Beschäftigungswachstum ist in Berlin etwas schwächer ausgefallen als in Brandenburg, gleichzeitig ist die Arbeitslosigkeit zwar deutlich gesunken, doch bleibt diese Entwicklung in einigen Berufen ebenfalls hinter der aus Brandenburg zurück. Diese Entwicklung verläuft parallel mit insgesamt steigenden Ausbildungszahlen. Entsprechend ist es nachvollziehbar, dass in Berliner Gesundheitseinrichtungen verhältnismäßig häufig Bewerber/innen auf Ausbildungsplätze abgelehnt wurden – im Wesentlichen deshalb, weil die Anzahl der Bewerbungen die der Ausbildungsplätze überstieg. Auf der anderen Seite mussten Berliner Einrichtungen überdurchschnittlich häufig Kompromisse bei der Einstellung von Fachkräften eingehen, was ein Hinweis auf qualitative Fachkräfteengpässe ist und die Bedeutung der branchenübergreifenden Konkurrenz um Fachkräfte unterstreicht. Der Prozess der Akademisierung scheint in den Berliner Einrichtungen verhältnismäßig dynamisch zu verlaufen. Das insgesamt größere und noch nicht erschlossene Fachkräftepotenzial kann auch als Erklärung dafür dienen, warum die Einrichtungen in Berlin die Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter durchgehend schlechter bewerten als in Brandenburg. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass viele der Berliner Einrichtung bei der Suche nach Beschäftigten mit der Bundesagentur für Arbeit zusammenarbeiten, obwohl der Nutzen dieser Zusammenarbeit nur als „ausreichend“ eingeschätzt wird. Dass ein relevanter Anteil der Mitarbeiterfluktuation dem Auslaufen befristeter Arbeitsverträge geschuldet ist, spricht ebenfalls für eine eher entspannte Fachkräftelage in der Berliner Gesundheitswirtschaft. Trotz dieser verhältnismäßig günstigen Situation finden sich auch in Berlin erste Anzeichen von Fachkräfteengpässen. Dies macht sich u. a. an den eingegangenen Kompromissen bei eingestellten Beschäftigten und der wahrscheinlichen zukünftigen Entwicklung in einigen der untersuchten Tätigkeiten bemerkbar. Mittel- und langfristig ist auch in der Berliner Gesundheitswirtschaft mit einem hohen Fachkräftebedarf zu rechnen. Berlin sollte die aktuell günstige Ausgangslage nutzen, um sich für die Herausforderungen der Zukunft zu wappnen.

In ***Brandenburg*** deuten die aktuellen Entwicklungstendenzen bereits jetzt auf eine leicht angespannte Fachkräftesituation in einigen der hier untersuchten Berufe hin. Diese Situation wird zum einen durch die demografische Entwicklung bestimmt, zum anderen durch die Fachkräfteverluste infolge von Pendlerbewegungen (vor allem nach Berlin) verstärkt. Auch das Beschäftigungswachstum trägt dazu bei, dass in Brandenburg das vorhandene Potenzial zur Deckung des Fach- und Arbeitskräftebedarfs eingeschränkt ist. Der Rückgang der Arbeitslosenzahlen sowie der besetzten Ausbildungsplätze lassen deutlich werden, dass in Brandenburg die Ausgangsbedingungen der Fachkräftesicherung ungünstiger einzuschätzen sind. Dies drückt sich darin aus, dass zum Teil die Anzahl der Bewerbungen die Anzahl der angebotenen Ausbildungsplätze unterschreitet und Bewerber/innen seltener abgelehnt werden als in Berlin. Auch die Nutzung des Potenzials akademisch ausgebildeter Fachkräfte geht in Brandenburg eher schleppend voran. Es zeigt sich, dass die

Einrichtungen auf diese Ausgangslage bereits reagieren und viele Aktivitäten der Mitarbeitergewinnung und -bindung einsetzen. Auch in Brandenburg ist die Bundesagentur für Arbeit ein häufig involvierter Partner bei der Bewerber/innen-Suche und die Leistungen der Agentur werden in Brandenburg etwas besser eingeschätzt als in Berlin. Fort- und Weiterbildung wird in Brandenburg häufiger durch die Einrichtungen finanziert als in Berlin. Ein relevanter Anteil der Mitarbeiterfluktuation findet in Brandenburg innerhalb der Gesundheitswirtschaft statt (Wechsel zwischen Betrieben). Der geringe Anteil an endenden Befristungen in Brandenburg ist ein Hinweis darauf, dass die Betriebe bemüht sind, ihre Mitarbeiter/innen zu halten. Auch die überdurchschnittlich starke Initiative bei der Unterstützung von Kinderbetreuungsangeboten zeigt, dass Brandenburger Betriebe mehr und mehr bemüht sind, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, um Mitarbeiter/innen zu halten. Bei der Betrachtung innerhalb Brandenburgs lassen sich kaum charakteristische Merkmale für berlinnahe oder berlinferne Städte und Landkreise identifizieren. Mittel- und langfristig ist in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft mit einem hohen, sich bereits aktuell abzeichnenden, Fachkräftebedarf zu rechnen. Aufgrund der länderspezifischen Arbeitsmarktlagen erscheint der Handlungsdruck in Brandenburg höher als in Berlin zu sein. Es besteht Bedarf an kurzfristig wirkenden Sofortmaßnahmen, die gleichzeitig die Zukunftsfähigkeit des Brandenburger Versorgungssystems sicherstellen. Brandenburg steht hierbei vor der Herausforderung – aber auch vor der Chance – sich als Beispiel guter Praxis für innovative Versorgungsformen in Deutschland zu positionieren und damit bundesweite Entwicklungen in relevantem Maße mitzugestalten.

Krankenhäuser sind auf die Herausforderungen künftiger Fachkräftegewinnung und -bindung innerhalb der Gesundheitswirtschaft eindeutig am besten vorbereitet. So weisen Krankenhäuser – im Vergleich zu anderen Einrichtungstypen – in geringerem Maße auf Stellenbesetzungsprobleme hin. Auch wird die Nutzung geeigneter Wege zur Fachkräftegewinnung und -bindung von Krankenhäusern deutlich besser bewertet. Darüber hinaus haben sie das notwendige betriebliche Potenzial, Maßnahmen der Fachkräfteentwicklung und -sicherung gezielt zu betreiben. So finden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Krankenhäusern üblicherweise während der Arbeitszeit statt und werden durch die Einrichtungen finanziert. Dementsprechend gering sind die Probleme bei der Besetzung neuer Stellen in den hier untersuchten Berufen. Gründe hierfür können zum einen die umfangreichen Ausbildungsleistungen und damit der unmittelbare Zugang zu zukünftigen Fachkräften, zum anderen die guten betrieblichen Voraussetzungen (z. B. Bekanntheit in der Region, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs) sein. Noch können die Krankenhäuser ihre Ausbildungsplätze besetzen und i. d. R. zwischen mehreren Bewerber/innen wählen. In den Fachgesprächen wurde die Vermutung geäußert, dass sich dieses in den nächsten fünf bis sieben Jahren ändern könnte. Auch der Einsatz akademisch ausgebildeter Fachkräfte funktioniert in den Krankenhäusern (nicht zuletzt aufgrund der Betriebsgröße) gut. Diese (noch) guten Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser gelten sowohl für Berlin als auch für Brandenburg. Auch die Mitarbeiterfluktuation ist in den Krankenhäusern kaum ein Problem. I. d. R. sind es die persönlichen Lebensverhältnisse (bspw. räumliche Veränderung des Lebensmittelpunktes), die Mitarbeiter/innen dazu bewegen, eine Einrichtung zu verlassen. Gleichzeitig verfolgen die Krankenhäuser vielfältige Maßnahmen, um die Betriebsbindung zu erhöhen. Handlungsbedarf sehen die Krankenhäuser am ehesten bei der

Weiterentwicklung personalpolitischer Handlungsansätze, wie etwa der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Aufgrund der hohen Belastungslagen in den Personalabteilungen fehlt es häufig an den notwendigen Kapazitäten, um solche zukunftsorientierten Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Bei ***Pflegeeinrichtungen*** sind es vor allem die ambulanten Dienste, bei denen zum Teil Probleme der Fachkräftesicherung auftreten. Dies dürfte zu einem nicht unerheblichen Anteil der geringen Zahl ausbildender Dienste geschuldet sein und wird exemplarisch an der hohen Zahl an Abwerbungen von Mitarbeitern deutlich. In der Altenpflege scheint der überbetriebliche Wettbewerb um Fachkräfte bereits heute stark ausgeprägt zu sein. Gleichzeitig fällt die Zahl endender Arbeitsverhältnisse aufgrund befristeter Arbeitsverträge sowie betrieblicher Kündigungen überdurchschnittlich hoch aus, was die Annahme eines auch qualitativen Fachkräfteproblems unterstreicht. Selbst bei den Pflegehilfskräften, bei denen das Arbeitskräfteangebot quantitativ hoch ist, kommt es in Teilen zu Besetzungsproblemen (qualitatives Mismatch). Die Akademisierung kommt in der Pflege nur schleppend voran. Es scheint noch an überzeugenden Personaleinsatzkonzepten zu fehlen, durch die dieses Fachkräftepotenzial zielgerichteter für die Pflege aufgeschlossen werden kann. Darüber hinaus zeigen sich auch bundeslandspezifische Unterschiede. Vor allem in Brandenburg bestehen Schwierigkeiten, alle angebotenen Ausbildungsplätze zu besetzen. Gleichzeitig schätzen die ambulanten Einrichtungen (unabhängig vom Bundesland) den Aufwand für Ausbildung als sehr hoch ein. Auch werden die Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in Brandenburger Pflegeeinrichtungen schlechter bewertet als in Berlin (wiederum primär bei ambulanten Pflegediensten). Auf diese Ausgangsbedingungen haben die Pflegeeinrichtungen zum Teil bereits reagiert, was sich unter anderem in der Übernahme der Fort- und Weiterbildungskosten widerspiegelt. Festzustellen ist jedoch, dass Pflegeeinrichtungen insbesondere bei Erweiterungswunsch zum Teil vor größeren Schwierigkeiten stehen, diese umzusetzen. Entsprechend sehen die Pflegeeinrichtungen im Bereich der beruflichen Erstausbildung einen hohen Handlungsdruck. Um den erwarteten Fachkräftebedarfen begegnen zu können, müssen Ausbildungszahlen gehalten, wenn nicht weiter erhöht werden.

Die (kleinen) ***Praxen*** haben organisatorisch zumeist schwierige Ausgangsvoraussetzungen, um Maßnahmen der Fachkräftegewinnung und -bindung planvoll zu organisieren und umzusetzen. Dies wird unter anderem an den geringeren Anteilen an Umsetzungen von entsprechenden Aktivitäten deutlich. Auch die geringe Beteiligung der Praxen bei Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung verdeutlicht den engen Spielraum dieses Einrichtungstyps. Vor diesem Hintergrund sind auch die angezeigten Unterstützungsbedarfe bei Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nachvollziehbar. Positiv scheint hingegen die Akademisierung in den Therapieberufen zu verlaufen, was in wesentlichen Teilen mit dem hohen Anteil an (studierten) Selbständigen zusammenhängen dürfte. Ein Grund für die eher unterdurchschnittliche Initiative im Bereich der Fachkräftesicherung könnte darin bestehen, dass der Fachkräftebedarf der Praxen strukturell klein gehalten wird, was sich u. a. an dem relativ geringen Rückgang der Arbeitslosenzahlen bei stagnierenden bis sinkenden Ausbildungszahlen zeigt. Vor allem die schwierigen Vergütungsbedingungen dürften einer Expansion der Therapieberufe, die den vorhandenen Bedarfen gerecht wird, im Wege stehen. Es ist wahrscheinlich, dass sich das auch negativ auf die Bereitschaft (im Besonderen der

Physiotherapie) auswirkt, Fachpraktika im Rahmen der beruflichen Ausbildung bereitzustellen. Ebenso wie bei den Pflegeeinrichtungen lassen sich auch bei den Praxen bundeslandspezifische Unterschiede feststellen. Der hohe Anteil an auslaufenden Befristungen in Berlin dürfte ein Hinweis auf ein hohes Fachkräfteangebot sein, wohingegen die häufigen Abwerbungen von Mitarbeitern durch andere Praxen in Brandenburg auf erste Fachkräfteengpässe hindeuten. Wesentlichen Handlungsdruck sehen die Praxen bei der Vergütungshöhe und den Vergütungsregelungen ihrer Leistungen sowie bei der Finanzierung von quasiverpflichtenden Fort- und Weiterbildungen.

3.6 Handlungsempfehlungen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung machen deutlich, dass mittelfristig (bis 2020) und vor allem längerfristig mit enormen Fachkräftebedarfen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu rechnen ist. Eine möglichst weitgehende Deckung erfordert ein komplexes Bündel von Strategien und Maßnahmen und möglichst deren Verzahnung. Der Schlüssel zur Sicherung des Versorgungsauftrages liegt in der Befriedigung der erwarteten Fachkräftenachfrage, die nur mittels qualitativer Weiterentwicklung des Versorgungssystems sowie der Gesundheitsfachberufe und der zu ihrer Ausübung erforderlichen Aus- und Weiterbildungswege möglich sein dürfte. Zur Deckung des Fachkräftebedarfs in den Gesundheitsfachberufen in Berlin und Brandenburg werden Maßnahmenvorschläge in vier Handlungsfeldern vorgelegt, die sich vorwiegend auf landespolitische und betriebliche Handlungsebenen konzentrieren.

3.6.1 Öffentlichkeitsarbeit

An erster Stelle der im Rahmen der Einrichtungsbefragung angezeigten Unterstützungsbedarfe wurde von 70 Prozent der Antwortenden die öffentlichkeitswirksame Aufwertung der Gesundheitsfachberufe genannt. Die Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten konkurrieren nicht nur unmittelbar miteinander, sondern stehen hinsichtlich der Gewinnung zukünftiger Fachkräfte auch mit anderen Wirtschaftsbranchen in Konkurrenz. Die Attraktivitätssteigerung der Berufe ist daher notwendige Voraussetzung für eine gelingende Fachkräftesicherung. Es wird vorgeschlagen, im Kontext des Masterplans „Gemeinsam Innovationen gestalten – Masterplan Gesundheitsregion Berlin Brandenburg“ (2014) zu prüfen, wie im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitstourismus“ das Integrativthema „Fachkräfte“ so ausgebaut werden kann, dass eine Marketinginitiative, die die Chancen der Gesundheitsfachberufe in der HealthCapital-Region promotet, realisiert werden kann. Darüber hinaus ist zu prüfen, welche Möglichkeit besteht, das Thema Gesundheitswirtschaft prominenter als bisher im Brandenburger Fachkräfteportal zu platzieren. Im Besonderen die Ansprache von Rück- und Zuwanderungswilligen in die Region

scheint der Gesundheitswirtschaft bisher kaum zu gelingen. In die Entwicklung und Umsetzung solcher Imageinitiativen sollten die Branchen- und Berufsverbände einbezogen werden.

Als Voraussetzung für eine gelungene Marketinginitiative muss es gelingen, die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe weiter zu steigern. Wege dazu können in der erfolgreichen Ausgestaltung der Akademisierung, in einer Anhebung des Lohnniveaus sowie in Maßnahmen liegen, die eine verbesserte Wertschätzung und Anerkennung der beruflichen Tätigkeiten im Unternehmen sowie in der Gesellschaft zur Folge haben. Vorstellbar ist, dass solche Maßnahmen sich positiv auf bisher ungünstige Strukturmerkmale der untersuchten Berufe auswirken und damit sich selbst verstärkende Entwicklungen initiieren: So begrenzt bspw. die Tatsache, dass alle untersuchten Berufe durch weibliche Beschäftigung dominiert sind, die Handlungsspielräume der Fachkräftesicherung. Geschlechtsspezifische Besonderheiten in einzelnen Berufen sind über viele Jahre gewachsen und häufig kulturell fundiert. Warum es typische Männer- und Frauenberufe gibt, lässt sich in der Regel gut erklären.[57] Wie man solchen auch kulturell bedingten Mustern in der Praxis wirksam begegnen kann, ist jedoch deutlich weniger bekannt. Ein ausgewogeneres Geschlechterverhältnis könnte sowohl einen kurzfristigen Beitrag zur Lösung von Fachkräfteengpässen leisten, als auch bei der Vermarktung der Berufsbilder hilfreich sein.

3.6.2 Personaleinsatz

Die Bindung der Fachkräfte durch die Betriebe und eine längere Verweildauer im Beruf (bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter) ist ein weiterer Baustein zur Deckung des aktuellen wie auch des künftigen Fachkräftebedarfs. Während in den Therapieberufen die Altersstruktur der Beschäftigten recht günstig ausfällt, ist in anderen Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten eine Vielzahl erfahrener Fachkräfte tätig, die in den nächsten Jahren absolut und anteilmäßig weiter zunehmen wird. Die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, entwickelt sich mehr und mehr zu einer Schlüsselfrage der Fachkräftesicherung. Insbesondere in der Pflege wird die Verweildauer im Beruf als „alarmierend“ eingeschätzt. Hierfür dürften im Wesentlichen die Arbeitsbedingungen verantwortlich sein.[58] Die aktuell angewendeten Methoden zur Erhöhung der Mitarbeiterbindung nutzen vor allem arbeitszeitgestalterische Elemente wie Flexibilisierung und Dienstplangestaltung unter Berücksichtigung individueller Wünsche, Anpassung des Beschäftigungsvolumens (Vollzeit / Teilzeit) an die Bedarfe der Beschäftigten sowie Eröffnung der Chance zur Fort- und Weiterbildung. Insbesondere in größeren Einrichtungen werden Strategien der Balance zwischen Beruf und Familie sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt oder erprobt. Dennoch gibt es große Potenziale zur Mitarbeiterbindung, die im Interesse der Sicherung künftiger Fachkräftebedarfe ausgeschöpft werden sollten. Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Personaleinsatzkonzepten dürfte hierbei eines der wesentlichen Instrumente zur

[57] So existieren z. B. psychologische oder sozialisationstheoretische Erklärungsmuster.
[58] INQA 2007, S. 13

Lösung der Herausforderungen der Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft sein.

Als wichtigste Maßnahme ist die Reduzierung der physischen wie der psychischen Belastungen in den Gesundheitsfachberufen, insbesondere in der Pflege (sowohl SGB V als auch SGB XI), zu nennen. Kurzfristig sollten alle betrieblichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um freiwerdende Stellen zeitnah wieder zu besetzen, die Zahl der Überstunden und Sonderschichten zu begrenzen und die Anzahl der Rückrufe aus den Freizeitphasen zu reduzieren. Der Schlüssel zur Belastungsreduzierung liegt in der Personalbemessung, die in den Einrichtungen durch den definierten Finanzierungsrahmen bestimmt wird. Eine bessere Personalausstattung insbesondere in der Kranken- und Altenpflege wird prinzipiell von allen Akteuren gewünscht und als notwendig erachtet. Der an den Bund gerichtete Vorschlag, die Mindestpersonalbemessung gesetzlich zu regeln, wird jedoch kontrovers diskutiert. Während z. B. Gewerkschaften und der Pflegerat für gesetzliche Regelungen votieren, fordert die Bundesärztekammer eine auskömmliche Finanzierungsbasis im Rahmen des aktuellen DRG-Systems. Unabhängig von dieser Kontroverse scheint die Entwicklung bundesweiter Standards zur Personalbemessung erforderlich. Dies setzt die Entwicklung geeigneter Verfahren voraus, die die Wissensbasis über Versorgungsbedarfe erweitern und anwendungsfähige Kennzahlen bereitstellen. Damit sind weitere Forschungsbedarfe definiert. Die Länder Berlin und Brandenburg sollten sich beim Bund dafür einsetzen, dass entsprechende Forschungsprogramme forciert werden und sich ggf. mit eigenen Forschungskapazitäten in das Thema einbringen. Kurzfristig können Pflegeförderprogramme dazu beitragen, die Personalausstattung in den Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Pflegeheimen zu verbessern und die Belastungen in der Pflege zu reduzieren. Im Krankenhausbereich kann auch das mit der für 2015 angestrebten Krankenhausreform aufzulegende Pflegestellenförderprogramm des BMG[59], welches die allgemeine „Pflege am Bett“ in den Jahren 2016 bis 2018 mit 660 Mio. € stärken soll, genutzt werden[60].

Darüber hinaus sollten alle derzeit verfügbaren arbeitsgestalterischen Instrumente genutzt werden, um Belastungen im Berufsalltag zu reduzieren. Dies reicht von der Arbeitsplan- und Schichtplangestaltung über die Personaleinsatzplanung, die Zusammenarbeit der verschiedenen Funktionsbereiche, die Führungs-, Wertschätzungs- und Kommunikationskultur, die Durchführung regelmäßiger Dienstbesprechungen bis zur Möglichkeit des persönlichen Austausches der Mitarbeiter/innen. Die positiven Beispiele, die inzwischen in den Kontexten von „alters- und alternsgerechter Arbeitsgestaltung“ und „demografiesensibler Personalplanung“ entwickelt wurden, sollten durch geeignete Transfermaßnahmen und Modellprojekte für die Einrichtungen nutzbar gemacht werden. Dabei sollte auch der ambulante Bereich berücksichtigt werden. Um im Bereich der Arbeitsgestaltung auf dem Weg zur Belastungsreduzierung weiter voran zu kommen, sollte nach betrieblichen Wegen gesucht werden, die zu einer verstärkten Anwendung der vorhandenen Analyseinstrumente

59 Vgl. Bund-Länder-AG (2014): Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015.

60 Dabei handelt es sich um eine Neuauflage des „Pflegesonderprogramms“ aus den Jahren 2009 – 2011, zu dessen Wirkungen unterschiedliche Beurteilungen vorliegen, das in den Ländern Berlin und Brandenburg aber kaum in Anspruch genommen wurde (vgl. GKV Spitzenverband (2013): Abschlussbericht zum Pflegesonderprogramm, Berlin bzw. Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser, Hannover. S.25ff.

wie der Gefährdungsbeurteilung oder der INQA-Selbstbewertungssysteme beitragen. Neben der Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote etwa der Krankenkassen wird vorgeschlagen, die vorhandene Projektförderung der Länder zur Unterstützung der Betriebe bei der Weiterentwicklung der Arbeitsgestaltung zu nutzen. Zu prüfen wäre hier insbesondere die Anwendbarkeit der „Sozialpartnerrichtlinie“ zur Unterstützung der Arbeitsgestaltung in den Gesundheitsfachberufen.

Gefragt sind innovative Personaleinsatzkonzepte, die eine hohe Leistungsqualität bei geringerem Personaleinsatz und zumutbarer Arbeitsbelastung ermöglichen. Ziel muss es sein, technische und organisatorische[61] Rationalisierungsspielräume effektiver als bisher zu nutzen und damit den qualifikationsgerechten Einsatz, vor allem von Pflegepersonal, zu befördern. Das wiederum wird ohne eine stärkere Ausdifferenzierung des Pflegeprozesses kaum zu haben sein. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, welches Potenzial alternative Formen von Beschäftigung (bspw. selbständig tätige Gesundheits- und Krankenpfleger/innen) mit sich bringen und welche Risiken mit derartigen Formen der Beschäftigung einhergehen (könnten). Personalpolitischer Innovationsbedarf ist in verschiedenen Bereichen zu identifizieren: So ist zu prüfen, wie im Themenfeld Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen) dem umfangreichen Unterstützungsbedarf bei der Konzeption, Umsetzung und Finanzierung der Einrichtungen nachgekommen werden kann. Neben der Förderung von Modellprojekten stehen die Kommunen vor der Aufgabe, zu prüfen, inwieweit sie hier unterstützende Strukturen (durch kommunale Kindertagesstätten oder auch die Koordination von pflegerischen Versorgungsangeboten – Stichwort Tagespflege) stärken oder initiieren können. Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick auf die in Teilen hohen Teilzeitquoten in der Gesundheitswirtschaft. Die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung kann einen Beruf durchaus aufwerten, zumindest dann, wenn es sich um freiwillige Teilzeit handelt. Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung führt i. d. R. zu ungünstigen Beschäftigungs- und Einkommensverhältnissen und erschwert die Fachkräftesicherung nachhaltig. Wie die Untersuchung zeigt, wird vielfach von den Beschäftigten der Wunsch geäußert, die Arbeitszeit zu reduzieren. Auch bei den Einstellungen spielt die Teilzeitbeschäftigung als Kompromiss eine Rolle. Dieses Instrument der Mitarbeitergewinnung und -bindung ist aus Sicht der Einrichtungen nachvollziehbar, kann für die beschäftigungspolitischen Gestaltungsspielräume zukünftig jedoch eine bedeutende Einschränkung zur Behebung von Fachkräfteengpässen bedeuten. Entsprechend bedarf es der Lösungen, die einen guten Kompromiss zwischen Mitarbeiterinteressen und Fachkräftebedarfen ermöglichen. Notwendig sind bessere Beschäftigungsbedingungen (die Vollzeitbeschäftigung überhaupt ermöglichen), die ihrerseits positiv auf das Fachkräfteangebot zurückwirken dürften. Schließlich dürften mit steigendem Anteil älterer Beschäftigter Modelle alternsgerechter Beschäftigung an Bedeutung gewinnen. Auch hier bedarf es innovativer Ansätze, mit denen die Beschäftigungsfähigkeit auch älterer Beschäftigter in der Gesundheitswirtschaft und Pflege sichergestellt werden kann. Es ist zu prüfen, inwieweit gezielte Landesförderung dabei helfen kann, derartige Personaleinsatzkonzepte zu erproben. Darüber hinaus sind Strukturen zu schaffen, mit denen Beispiele guter Praxis bekannt

[61] Hier geht es u. a. um die Öffnung der Einrichtungen für bereichsübergreifende Versorgungsangebote auf Basis innovativer Organisationskonzepte.

gemacht und in die Fläche getragen werden. Informationsangebote wie das Informationssystem Pflege oder das Brandenburger Fachkräfteportal sollten ggf. um eine Sammlung solcher Beispiele guter Praxis ergänzt werden.

Notwendig dürfte auch eine Unterstützung der Einrichtungen bei der Umsetzung von innovativen Personaleinsatzkonzepten durch beratende bzw. aufsichtspflichtige Institutionen (wie etwa dem medizinischen Dienst der Krankenkassen im Bereich der Altenpflege) sowie die Kostenträger sein. Je mehr Unterstützung die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in ihrem institutionellen Umfeld erfahren, desto erfolgreicher dürfte der Aufbau personalpolitischer Expertise gelingen. Die beiden Bundesländer könnten Orientierung bieten, indem sie Auslegungshilfen zu den landesrechtlichen Rahmenbedingungen eines qualifikationsgerechten Fachkräfteeinsatz in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft (etwa der stationären Pflege) zur Verfügung stellen, die den Einrichtungen dabei helfen, entsprechende Konzepte zu entwickeln und gegenüber den Kostenträgern zu vertreten.[62]

Ein im Hinblick auf alternde Belegschaften zunehmend relevantes Handlungsfeld ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Während es schon größeren Einrichtungen schwer fällt, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen und diese in ein betriebliches Gesundheitsmanagement einzubinden, erweist sich dies vor allem in kleinen und ambulanten Einrichtungen als schwierig. Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung zeigen, dass aktuell nur ein geringer Teil der Einrichtungen betriebliche Gesundheitsförderung zur Fachkräftesicherung nutzt. Die Präventionskonzepte scheinen vielfach optimierungsbedürftig. Die Unterstützung durch die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften wird von den Einrichtungen häufig als unzureichend, die Angebote privater Dienstleister als zu kostenintensiv eingeschätzt. Es gibt inzwischen zahlreiche Handlungshilfen und gute Beispiele für erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung.[63] In Berlin und Brandenburg stehen qualifizierte Dienstleister zur Verfügung, die betriebliche Gesundheitsförderung branchenbezogen anbieten. Offenbar finden Einrichtungen und private Angebote qualifizierter Dienstleister im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch nicht im wünschenswerten und erforderlichen Umfang zueinander. In der Befragung haben 40 Prozent der befragten Einrichtungen Unterstützungsbedarf bei der betrieblichen Gesundheitsförderung angezeigt. Im Rahmen der projektbegleitenden Fachworkshops wurde der Bedarf der Einrichtungen diesbezüglich präzisiert. So wurde die externe Begleitung der Einführung und Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung allgemein und speziell eine stärkere Unterstützung bei der psychologischen Beratung und Betreuung als zielführend erachtet. An die Kassen und Berufsgenossenschaften wurde die Bitte adressiert, als Ansprechpartner für die Einrichtungen zur Verfügung zu stehen, diese bei der Ansprache der Beschäftigten zu unterstützen und sich an der Ko- bzw. Refinanzierung der Maßnah-

---

62 In diesem Kontext wäre auch zu prüfen, in welchen Bereichen eine Erweiterung landesrechtlicher Kompetenzen für die Lösung des Fachkräfteproblems in der Gesundheitswirtschaft notwendig ist. Entsprechende Ermächtigungsgrundlagen des Bundes wären zur Diskussion zu stellen bzw. einzufordern.

63 Da es jedoch keinen „Königsweg“ gibt, sondern passgenaue betriebliche Strategien der Gesundheitsförderung erforderlich sind, sind vor allem größere Einrichtungen gefordert, ganzheitliche Konzepte für ihren Bereich zu entwickeln und nicht bei der Durchführung punktueller Maßnahmen stehen zu bleiben. Der im INQA-Kontext entwickelte ganzheitliche Ansatz AEDP mit neun Handlungsfeldern stellt bspw. Vorschläge dar, wie ganzheitliche betriebliche Konzepte der Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt werden können.

men zu beteiligen. An die Landesregierungen geht der Vorschlag, zu prüfen, ob der Umsetzungsstau in den Einrichtungen durch weitere öffentlich geförderte Modellprojekte aufgelöst werden kann. Zur Beantwortung der Frage, wie die Beschäftigten aus kleinen, insbesondere auch ambulant tätigen Einrichtungen, zumal im ländlichen Raum, in die „betriebliche“ Gesundheitsförderung einbezogen werden können, besteht offenkundig weiterer Forschungs- und Konzeptbedarf. Deshalb wird vorgeschlagen, diese Thematik in weiteren Modellprojekten zu bearbeiten und ggf. den neuen Schwerpunkt des Masterplans im Gesundheitscluster oder bereits aufgelegte arbeitspolitische Programme zur Unterstützung zu nutzen.

3.6.3 Aus- und Weiterbildung

In den Expertenworkshops, die im Rahmen der Einrichtungsbefragung durchgeführt wurden, wie auch im Projektbeirat wurde die Weiterentwicklung der Berufsorientierung für Schüler/innen als wichtiger Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs angesehen. Um der Berufsorientierung auf regionaler Ebene in Brandenburg einen neuen Impuls zu geben, wurden zwei Workshops (Brandenburg a.d.H. und Cottbus) durchgeführt, die die positiven Berliner Erfahrungen mit der Durchführung von Berufsorientierungsmessen darstellen und deren Adaption in Brandenburg anregen sollten. In Cottbus führte der Workshop zu konkreten Verabredungen der Akteure vor Ort, sich als Gesundheitswirtschaft gemeinsam auf einschlägigen Berufsorientierungsmessen zu präsentieren. In den Expertengesprächen wurden zwei weitere Vorschläge genannt, wie die Berufsorientierung weiter entwickelt werden kann. Zum einen wird den Unternehmen und Einrichtungen, die noch keine Fachpraktikumsplätze bereitstellen (49 Prozent der antwortenden Einrichtungen), vorgeschlagen zu prüfen, ob und wie sie häufiger die Möglichkeiten für Fach- / Schülerpraktika schaffen können, um interessierten Schülerinnen und Schülern einen vertieften Einblick in die berufliche Praxis anzubieten. Zum anderen wird vorgeschlagen, Konzepte für die Weiterentwicklung der schulischen Berufsorientierung zu entwickeln, die die Schüler/innen verstärkt und praxisnah über die Lebens- und Arbeitswelt der Gesundheits- und Pflegeberufe informieren und sie ggf. intensiver auf diese beruflichen Tätigkeiten vorbereiten.

Ein innovatives Format der Berufsorientierung wurde unter dem Arbeitstitel „Theaterworkshop“ vorbereitet: Ziel des Projektes ist es, Schülerinnen und Schüler frühzeitig mit der Lebenswelt „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung“ in Kontakt zu bringen, um sie so für eine Tätigkeit in den Gesundheitsfachberufen zu interessieren. Über Gespräche mit Pflegebedürftigen, Angehörigen, Pflege(fach)kräften und Auszubildenden in der Pflege sollen die Schüler/innen Primärerfahrungen in der Lebenswelt Pflege sammeln und diese szenisch verarbeiten. Es soll vermittelt werden, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit Teil der Gesellschaft sind und dass es eine erfüllende Aufgabe sein kann, bei der Gestaltung dieser Lebensabschnitte mitzuwirken. Neben dem Aspekt der Berufsorientierung würde das Projekt eine authentische Imageinitiative für die Gesundheitswirtschaft ermöglichen. Mögliche Ziel-/Zuschauergruppen könnten sein:

- Angehörige von Betroffenen, die aus der Sicht der Schüler erfahren, wie ihre Angehörigen die Situation in der Gesundheitseinrichtung wahrnehmen.
- Schüler und Eltern von Schülern, die ebenfalls etwas über die Pflege(berufe) erfahren würden.
- Pflegekräfte und Auszubildende, die einen spezifischen Blick auf ihren Beruf bekommen würden, der ggf. zur Selbstreflexion anregt.

Die Umsetzung solcher Konzepte sollte ergänzend zu den betrieblichen und regionalen Angeboten der Berufsorientierung befördert werden. Zu klären ist in diesem Zusammenhang sowohl die Finanzierung, als auch die Frage nach dem Ergebnistransfer.

Maßnahmen, die die berufliche Ausbildung betreffen, werden von den Einrichtungen nach der Aufstockung der Vergütung als zweithäufigste Sofortmaßnahme zur Deckung des Fachkräftebedarfs genannt. Die Übernahme eigener Auszubildender bewerten die Einrichtungen als wirksamste Aktivität zur Gewinnung neuer Fachkräfte. Die Betriebe und Einrichtungen sind aufgefordert, die Zahl der Ausbildungsplätze generell zu erhöhen. Jene Einrichtungen, die trotz Ausbildungsberechtigung noch nicht kontinuierlich ausbilden, sollten Möglichkeiten der Ausbildungsbeteiligung prüfen. Eine Stabilisierung oder gar ein weiteres Wachstum der Ausbildungszahlen ist nur möglich, wenn auf der anderen Seite die Zahl der Auszubildenden gesichert werden kann. In Brandenburg mangelt es in der Gesundheitswirtschaft eher an Auszubildenden als an Ausbildungsplätzen. Entsprechend sind Maßnahmen zu fördern, die alternative Ausbildungswege ermöglichen, um ein möglichst breites Auszubildendenpotenzial erreichen zu können. Zu fördern sind Ansätze der Ausbildungsbegleitung, durch die auch Interessenten mit eingeschränkter Ausbildungsreife erfolgreich auf einen Beruf in der Gesundheitswirtschaft vorbereitet werden können. Zu prüfen wäre in diesem Kontext, inwieweit die ausbildungsbegleitenden Hilfen der BA auch für Berufe in Anschlag gebracht werden können, die nicht „(…) in einem nach dem Berufsbildungsgesetz, der Handwerksordnung oder dem Seemannsgesetz staatlich anerkannten Ausbildungsberuf betrieblich oder außerbetrieblich oder nach dem Altenpflegegesetz betrieblich durchgeführt (...)“[64] werden (bspw. Ausbildungen in den Therapieberufen oder in der landesrechtlich geregelten Kranken- und Altenpflegehilfe). Das durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) des Landes Brandenburg geförderte Modellprojekt „Ausbildungsbegleitung einer Ausbildungsklasse in der Altenhilfe mit wissenschaftlicher Evaluation“ sollte ausgewertet, die Ergebnisse auf Übertragbarkeit überprüft und die Durchführung weiterer Modellprojekte vorbereitet werden. Darüber hinaus ist die berufsbegleitende Ausbildung in der Pflege weiterhin zu unterstützen. Notwendig ist eine längerfristig gesicherte Finanzierung wie auch Modelle der organisatorischen Gestaltung, die eine Ausbildung neben dem Beruf ermöglichen – ohne die Auszubildenden zu überlasten und bei Gewährung eines hohen Ausbildungsstandards.

Auch in der Ausbildung spielen Finanzierungsfragen eine nicht zu unterschätzende Rolle: Um einen Beitrag speziell zur Verkleinerung der sich abzeichnenden Lücke in der Fachkräfteversorgung in den Therapieberufen zu leisten, wird empfohlen, ausreichend schul-

[64] Artikel 57 SGB III Förderungsfähige Berufsausbildung, Absatz 1

geldfreie Ausbildungsplätze anzubieten. Auch in der Altenpflege ist die Höhe der Ausbildungsvergütung kritisch zu sehen. Die Initiative des Brandenburger Landespflegeausschusses[65] bei der Finanzierung der Altenpflegeausbildung eine angemessene Ausbildungsvergütungen entsprechend der gesetzlichen Grundlagen zu befördern und dabei auch auf eine Gleichbehandlung von stationären und ambulanten Einrichtungen bei der Ausbildungsfinanzierung hinzuwirken, ist zu begrüßen.[66] Abzuwarten bleibt, welche Handlungsmöglichkeiten den Verbandsvertretern, Kassen und der Landesverwaltung zur Verfügung stehen, um in diesem Bereich weiterhin gestaltend aktiv werden zu können.

Zur Sicherung der Ausbildungsqualität ist es zielführend, den Handlungsspielraum und die Weiterbildungsmöglichkeiten der Praxisanleiter/innen zu erweitern, insbesondere dann, wenn die Einrichtungen auch berufspraktische Ausbildungsanteile des Pflegestudiums übernehmen. Für die Altenpflege ist diese Forderung jüngst durch eine breit angelegte Befragung der Liga der Spitzenverbände in der freien Wohlfahrtspflege zur Ausbildungssituation in Brandenburg bestätigt worden. Zur Situation der Praxisanleitung kommt die Studie zu folgendem Schluss: „Es bleibt grundsätzlich offen, in wie weit sich die angegeben `Betreuungszeiten` auf gemeinsam durchgeführte Tätigkeiten, Individualgespräche bzw. einzelne Anleitungen beziehen. Hier sind vertiefende Analysen notwendig, zumal über 50 Prozent der Auszubildenden sich nach eigenen Angaben nicht hinreichend betreut fühlen. Dass die eigentliche Anleitung in der Regel spontan und während der `normalen` praktischen Tätigkeiten stattfindet und Einzelgespräche die Ausnahme sind, spricht dafür, dass neben dem zeitlichen Rahmen teilweise wohl auch die Qualität der Praxisanleitung problematisch ist. Darüber hinaus scheint es Defizite bei der Dokumentation und gemeinsamen Auswertung der Praxisanleitung zu geben. Positiv hervorzuheben ist, dass die Praxisanleiter/innen nach eigenen Angaben in der Regel durch die Einrichtungsleitung in Form von regelmäßigen Gesprächen, Erfahrungsaustauschen und Weiterbildungen unterstützt werden.“[67] Auch wenn durchaus positive Ansätze zur Aufwertung der Praxisanleitung zu erkennen sind, wird deutlich, dass relevanter Optimierungsbedarf besteht. Hier sollten alle Beteiligten zusammen an einer Lösung arbeiten.

Die Akademisierung der Therapie- und Pflegeberufe wird seit mehreren Jahren als ein Weg der Fachkräftesicherung umgesetzt. Zur Vertiefung dieses Prozesses wurden im Kontext der Einrichtungsbefragung zwei Workshops durchgeführt, die der Frage nachgingen, wie sich die ausbildenden Hochschulen besser auf die Anforderungen der Unternehmen einstellen und wie umgekehrt die Einrichtungen die Chancen der Akademisierung nutzen kön-

---

65 Vgl. hierzu die Beschlüsse des Landespflegeausschusses unter: http://www.masgf.brandenburg.de/sixcms/detail. php/bb1.c.271080.de

66 Nach § 17 Altenpflegegesetz ist der Ausbildungsträger verpflichtet, dem Auszubildenden eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen. Das Bundesarbeitsgericht hat seine bisherige Rechtsprechung zur Angemessenheit der Ausbildungsvergütung in der Krankenpflege in seiner Entscheidung vom 23.08.2011 (3 AZR 575/09) für die Altenpflege fortgesetzt. Danach ist eine Ausbildungsvergütung dann angemessen, wenn sie der tariflichen Regelung entspricht (hierbei wird auf den TVAöD Bezug genommen) oder – mangels einer tariflichen Bindung des Trägers – wenigstens 80 Prozent der ansonsten üblicherweise tariflichen Ausbildungsvergütung ausmacht. Als Orientierungswert gelten entsprechend folgende Beträge:

im ersten Ausbildungsjahr	955,69 Euro	davon 80 % = 764,55Euro
im zweiten Ausbildungsjahr	1.017,07 Euro	davon 80 % = 813,66 Euro
im dritten Ausbildungsjahr	1.118,38 Euro	davon 80 % = 894,70 Euro

67 Liga der freien Wohlfahrtspflege - Spitzenverbände im Land Brandenburg (2014): Expertise zur Ausbildungssituation in der Altenpflege im Land Brandenburg. Potsdam

nen. Im Ergebnis der auf die Akademisierung in der Pflege konzentrierten Workshops wurden zahlreiche Vorschläge zur praktischen Gestaltung der universitären Ausbildung erarbeitet, die sich in drei Maßnahmebündel zusammenfassen lassen. Erstens sollten die Hochschulen ihre Bemühungen um einen möglichst konkreten Bezug zu den Anforderungen der praktischen Pflege am Bett und auf der Station fortsetzen. Dies kann umso effektiver geschehen, je konkreter die Einrichtungen ihre Praxisanforderungen an die akademische Pflegeausbildung formulieren. Dazu sollten alle Kommunikationswege und Kooperationskontakte zwischen Hochschule und Praxis genutzt werden. Zweitens können die Einrichtungen dann die mit dem Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegekräfte verbundenen Chancen nutzen, wenn sie geeignete Personaleinsatzkonzepte entwickeln, die die Qualität der Pflege erhöhen und den jungen Akademikerinnen und Akademikern eine ausbildungsadäquate Berufsperspektive bieten. Dieser Prozess befindet sich in Berlin und Brandenburg noch in der Experimentierphase und sollte durch öffentlich geförderte Modellprojekte unterstützt und qualifiziert werden. Drittens wird vorgeschlagen, den im Rahmen der Workshops intensivierten Dialog zwischen Hochschule und Einrichtungen weiter fortzusetzen und zu intensiveren. Die Landesregierungen bzw. die ZAB und HealthCapital sollten dabei eine koordinierende und moderierende Rolle einnehmen. In diesem Dialog ist auch zu konkretisieren, wie die Einmündungsstrategien der Absolventinnen und Absolventen in die betriebliche Praxis gestaltet und begleitet werden können. Den Berufsverbänden ist zu empfehlen, sich auf die Diskussion der weiteren Akademisierung in den Therapieberufen und im Hebammenwesen, die 2017 mit Auslaufen der Modellklausel zu diesen Studiengängen an Dynamik gewinnen dürfte, vorzubereiten und Strategien zu erarbeiten (sowie untereinander abzustimmen), mit denen sie ihre berufsfachliche Position effektiv vertreten können.

Auch die strukturellen Rahmenbedingungen der Akademisierung müssen weiter verbessert werden. Klärungsbedarf besteht etwa bei den Ausbildungsvergütungen für den berufspraktischen Teil der akademischen Pflegeausbildung bei Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Brandenburg.[68] Der Abschluss eines Ausbildungsvertrages zwischen den Einrichtungen und den (angehenden) Student/innen der Pflegewissenschaften ist Voraussetzung für die Immatrikulation an der Hochschule. Derzeit ist jedoch die Finanzierung der Ausbildungsvergütung durch die Einrichtungen ungeklärt, so dass diese sich beim Abschluss von Ausbildungsverträgen häufig zurückhaltend verhalten. Dadurch entsteht die Gefahr, dass Potenziale der akademischen Pflegeausbildung in Brandenburg nicht voll ausgeschöpft bzw. Studieninteressierte abgelehnt werden müssen. Daher sollten kurzfristig alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um zwischen den Kassen und den Einrichtungen zu einer Regelung der Ausbildungsfinanzierung für den berufspraktischen Teil des Pflegestudiums zu kommen, die wiederum Voraussetzung für steigende Studierendenzahlen in der Pflege ist. Neben der Finanzierung sind die Strukturen der universitären Ausbildung auf den Prüfstand zu stellen. Zu empfehlen ist die Initiierung eines Erfahrungsaustauschs zwischen Verbänden und Universitäten bspw. zu den Möglichkeiten und Grenzen dualer Studiengänge in der Gesundheitswirtschaft.

---

[68] In der Altenpflege ist die Ausbildungsvergütung geklärt. Hier besteht allerdings ein Mangel an Studieninteressierten ohne Erstausbildung.

Fort- und Weiterbildung zum Erhalt der Berufskompetenz, zur fachlichen Spezialisierung wie zum beruflichen Aufstieg gilt als weiteres wichtiges Handlungsfeld zur Deckung vor allem auch der qualitativen Fachkräftebedarfe im Gesundheitswesen. Unter anderem mit Blick auf die angestrebte Akademisierung verschiedener Gesundheitsfachberufe ist zu prüfen, inwieweit die Universitäten im Bereich der beruflichen Fortbildung (und ggf. auch Weiterbildung) für Gesundheitsfachberufe aktiv (bzw. noch aktiver) werden können. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf den Qualifizierungsbedarf von Praxisanleiter/innen zu legen. Eine solche Öffnung der Universitäten könnte die angestrebte Akademisierung der Gesundheitsfachberufe positiv befördern, da eine größere Nähe zwischen Gesundheitswirtschaft und Universität hergestellt wird. Konkret ist zu klären, inwieweit im Rahmen einer Modellklausel der landesrechtliche Handlungsrahmen für Weiterbildung dahingehend überarbeitet werden kann, dass Universitäten als Weiterbildungsträger aktiv werden können.

Die Kosten der Fort- und Weiterbildung werden teilweise von den Einrichtungen, teilweise aber auch von den Mitarbeiter/innen (z. B. in den Therapiepraxen) getragen. Dies kann sich hemmend auf die Weiterbildungsbereitschaft der Beschäftigten und die Weiterbildungsbeteiligung der Einrichtungen auswirken. Daher sollte auf Landesebene geprüft werden, inwieweit bereits vorhandene Förderungsinstrumente verstärkt auch zur (teilweisen) Finanzierung der Weiterbildungskosten in den Gesundheitsfachberufen eingesetzt werden können. Hier wäre neben Förderinstrumenten der Agentur für Arbeit insbesondere die Anwendbarkeit der „Weiterbildungsrichtlinie“ in den medizinischen und therapeutischen Berufen zu prüfen. Unabhängig davon sind die Einrichtungen gefordert, durch Personalbemessung und zielgruppenorientierte Personaleinsatzkonzepte zu gewährleisten, dass die Beschäftigten die Weiterbildungsangebote komplett oder zumindest teilweise während der Arbeitszeit wahrnehmen können und gleichzeitig der Betriebsablauf störungsfrei fortgeführt werden kann. Ob im Rahmen von Weiterbildungsförderung auch die Möglichkeit besteht, Lösungen für die Kompensation weiterbildungsbedingter Personalausfallzeiten zu finden, bedarf der Diskussion. Aufgrund arbeitsrechtlicher Rahmenbedingungen scheint die Kompensation solcher Personalausfälle auf Basis von Förderinstrumenten auf den ersten Blick schwierig. Um eine effektive Nutzung der vielfältigen Förderinstrumente sicherstellen zu können, ist der Aufbau eines Förderwegweisers Gesundheitswirtschaft zu empfehlen, der sowohl den Beschäftigten als auch den Einrichtungen dabei hilft, sich einen Überblick über die differenzierte Förderlandschaft zu verschaffen. Wiederum ist zu prüfen, inwieweit ein solches Informationsangebot an bereits bestehende Informationssysteme (etwa die Weiterbildungsdatenbank Berlin-Brandenburg) angedockt werden kann.

3.6.4 Strukturen und Vernetzung

Einige der untersuchten Berufe sind durch strukturell bedingte Unterfinanzierung gekennzeichnet, was zu einer Verschärfung der Fachkräftesituation führt. Aus der Perspektive einer ausreichenden Fachkräfteverfügbarkeit in kurzer und mittlerer Frist sollte zur Schlie-

ßung dieser Finanzierungslücken nicht auf „große Reformen“ gewartet, sondern nach Lösungen gesucht werden, welche kurzfristig durch die Länder, die Kassen und die Einrichtungen des Gesundheitswesens realisiert werden können.

Zu den unterfinanzierten Bereichen, in denen akuter Handlungsbedarf besteht, gehören zum ersten die Therapieberufe. Da die Vergütung der Heilmittelerbringer gesetzlich an die Grundlohnsumme gebunden ist und deren Steigerung in den letzten Jahren zumeist unter der Entwicklung der Inflationsrate lag, ist eine rückläufige Lohnentwicklung bei steigenden Ansprüchen an die Qualität der Versorgungsleistungen festzustellen. Um diesen Negativtrend zu durchbrechen, ist die Abkopplung oder die temporäre Aussetzung der Grundlohnsummenbindung zu empfehlen, wie es zum Beispiel im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 oder in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 geschehen ist. Damit könnte zugleich ein Schritt zur Ost-West-Angleichung der Einkommen geleistet werden. Auch in der Pflege sind Neujustierungen bei den Einkommen ratsam. Die unterschiedlichen Lohnniveaus zwischen Brandenburg und Berlin sowie der Niveauunterschied zu Westdeutschland verursachen Pendler- und Wanderungsbewegungen, die zu Lasten peripherer Regionen gehen. Um ein einheitliches Lohnniveau zumindest in Berlin-Brandenburg erreichen zu können, wäre der Anstoß einer bundespolitischen Initiative zur Durchsetzung einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung der geltenden Branchentarifverträge zu prüfen.

Um den Negativeffekten finanzieller Schieflagen frühzeitig entgegenwirken zu können, scheint eine Stärkung der Verhandlungsposition der Leistungserbringer notwendig. So stehen aktuell kleine Berufsverbände (etwa in den Therapieberufen) in Preis- und Gebührenverhandlungen mit Krankenkassen, die trotz regionaler Untergliederung auf Bundesländer- und Bundesebene organisiert sind und eine deutlich größere Verhandlungsmacht repräsentieren. Auch wenn inzwischen für die Berufsverbände die Möglichkeit besteht, Verhandlungen als gescheitert zu erklären und eine Schiedsstelle anzurufen, sind die Verhandlungspositionen weiterhin ungleichgewichtig ausgeprägt. Daher wurde in den Expertengesprächen der Vorschlag an die Berufsverbände, insbesondere in den Therapieberufen, unterbreitet, zu prüfen, ob eine Bündelung der Verhandlungsmacht fachlich begründbar und verbandspolitisch machbar ist. Eine solche Kooperation könnte auch dabei helfen, die notwendige Professionalisierung gerade kleinere Verbände weiter voranzutreiben. An die Adressen der Einrichtungen und Trägerverbände ist der Vorschlag gerichtet, zu prüfen, ob gemeinsame Verhandlungen (zum Beispiel der privaten und freigemeinnützigen Träger in der Pflege) mit den Krankenkassen hilfreich sein können, um die Finanzierungssituation zu verbessern. Im Hinblick auf die sich abzeichnenden Herausforderungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft scheint darüber hinaus eine andere Verhandlungskultur zwischen Kosten- und Leistungsträgern notwendig zu sein. Der Verantwortung, die diese Akteure im deutschen Gesundheitssystem für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insgesamt tragen, wird man mittelfristig nur gerecht werden können, wenn zukünftige Anforderungen an das Versorgungssystem bei den Kostenverhandlungen wesentlich stärker als bisher berücksichtigt werden. Im Sinne der Pfadabhängigkeit komplexer Systeme sind die Gestaltungsspielräume der Zukunft heute vorzubereiten, wenn sie in den kommenden Jahren tragen sollen. Hierfür bedarf es kooperativer Ansätze, auf deren Basis kurzfristig orien-

tierte Partikularinteressen überwunden werden können. Dabei ist die Bereitschaft der Kassen, innovative Organisationsansätze der Träger zu unterstützen, weiter auszubauen. Hierfür könnte es nötig sein, dass die Träger ihre Kostenstrukturen differenzierter als bisher offen legen.

Eine stärkere Zusammenarbeit der Verbände ist auch bei tariflichen Fragen zu empfehlen. In diesem Sinne sollten die Trägerverbände prüfen, inwieweit sie die Initiative des Landes Brandenburg zu einem allgemeinverbindlichen Lohn-Tarifvertrag für die Pflege[69] aufnehmen und die Umsetzung eines solchen Vorhabens aktiv vorantreiben. Aufgrund der spezifischen Trägerlandschaft in Brandenburg wäre es hierfür notwendig, dass sich eine ausreichende Zahl frei gemeinnütziger, kirchlicher und auch privater Träger für einen solchen Tarifvertrag einsetzen. Das kann nur gelingen, wenn freigemeinnützige und private Träger erkennen, dass hier ein gemeinsames Interesse besteht und die kirchlichen Träger nicht primär um ihre Sonderarbeitsrechte fürchten.[70] Damit einher geht an die Tarifpartner die Forderung, alle verfügbaren Maßnahmen zur Erhöhung der Tarifbindung in den Einrichtungen zu nutzen.

Die größte strukturpolitische Aufgabe der nächsten Jahre und Jahrzehnte dürfte die notwendige Modernisierung des Versorgungssystems insgesamt sein. Ohne den breiten Aus- bzw. Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen, die die institutionellen Grenzen zwischen SGB V und SGB XI sowie den verschiedenen Leistungsbereichen des Gesundheitswesen überwinden, wird es weder möglich sein, die sich abzeichnenden Fachkräfteprobleme adäquat zu lösen noch eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen. Entwicklungen in diese Richtung sind in jedem Fall zu unterstützen und zu forcieren. Entsprechend wird empfohlen, die Förderung von Modellvorhaben zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen und von deren Verbreitung weiter auszubauen. Aktuell scheint hier ein steigender Handlungsdruck auf eine überschaubare Innovations- und Kompromissbereitschaft der betroffenen Akteure zu treffen. Staatliche Initiativen sollten daher nicht nur fördern, sondern im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch Veränderungen fordern, damit die beiden Bundesländer (und der Bund) ihre Gemeinwohlinteressen in der Gesundheitswirtschaft erfolgreicher als bisher durchsetzen können.

Ein neuralgischer Punkt bei der Modernisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird die Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Versorgungs- und Kompetenzbereichen sein. Die Frage wie Arzt und Ärztinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, Therapeut/innen und medizinisch-technische Assistent/innen zukünftig zusammenarbeiten, ist entscheidend für die Leistungsfähigkeit (und den Personalbedarf) der Gesundheitswirtschaft. Eine effektive Nutzung vorhandener Kapazitäten verlangt nach einer kompetenzgerechten Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen. Zusammenarbeit auf Augenhöhe, als Konsequenz kompetenzgerechter Kooperation, stellt aktuelle „Besitzstände“ in Frage und wird daher ohne Impulse von außen kaum zu

---

69 MASF (Hrsg.): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege – Kurzfassung. Teltow 2014, S. 160

70 Vgl. hierzu auch: Ludwig, Christine: Bedingungen und Potenziale kollektiven Handelns in der Altenpflege. Chancen für Gute Arbeit in Zeiten des Pflege(fach)kräftemangels in Brandenburg. Eine Expertise im Auftrag des MASF, Potsdam 2013 (unveröffentlicht)

haben sein. Entsprechend sollten die landes- und bundesrechtlichen Rahmenbedingungen, die eine derartige Zusammenarbeit ermöglichen und fordern weiter entwickelt werden. Auch die Kostenträger haben die Möglichkeit, entsprechende Organisationsansätze zu unterstützen, indem sie in den Kostenverhandlungen Innovationsbereitschaft finanziell absichern und den gegebenen rechtlichen Rahmen für sektorenübergreifende Versorgung intensiver als bisher ausnutzen.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit braucht darüber hinaus Vernetzung auf der lokalen Ebene. Erst wenn die Akteure vor Ort miteinander ins Gespräch kommen, lassen sich optimale Lösungen unter gegebenen Rahmenbedingungen entwickeln. Strukturvorgaben und Gesetztestexte stoßen an ihre Grenzen wenn sie auf regionale Spezifika treffen. Die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen kann ohne regionales Know-how daher nur eingeschränkt gelingen. Überregionale Netzwerkstrukturen können hierbei Unterstützung leisten, indem sie Prozesse initiieren, fördern und moderieren. Die gezielte Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft unter Berücksichtigung der Herausforderungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist in jedem Fall angezeigt. Zu klären ist schließlich, wie weit die länderübergreifende Vernetzung vorangetrieben werden soll, um als eine Gesundheitsregion mit einem Arbeitsmarkt agieren zu können. Auf der einen Seite spricht einiges dafür, dass sich die strukturellen Unterschiede zwischen dem Berliner und dem Brandenburger Gesundheitsmarkt kontraproduktiv auf die Versorgungsstrukturen auswirken (in einem hoch regulierten Markt wie der Gesundheitswirtschaft belebt Konkurrenz eben nur bedingt das Geschäft). Die Bereitschaft, einen strukturellen Ausgleich herzustellen, wiederspricht auf der anderen Seite aber der Idee von einer (auch) marktlich organisierten Gesundheitswirtschaft. Es sollte zumindest diskutiert werden, ob nicht bspw. eine gemeinsame Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg auch nach einer gemeinsamen Ausbildungsplanung – unter Berücksichtigung der Anforderungen der Gesundheitsregion insgesamt – und einer gemeinsamen Tarifpolitik (um nur einige Beispiele zu nennen) verlangt.

Insgesamt ist es mit der Einrichtungsbefragung gelungen, die Diskussion um die Zukunft der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft mit neuen Impulsen und Ideen weiter voranzutreiben. In einigen Versorgungsbereichen konnten Erkenntnislücken gefüllt und es konnte ein empirisch fundiertes Bild von den möglichen Herausforderungen (der Fachkräftesicherung), vor denen die Branche steht, gezeichnet werden. Die im Diskurs mit den betroffenen Akteuren erarbeiteten Handlungsempfehlungen geben Hinweise darauf, wie sich die verschiedenen Gruppen an der Lösung der skizzierten Herausforderungen beteiligen können. Klar ist aber auch, dass die Zukunft nicht genau so sein wird, wie wir es heute erwarten. Die Modernisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung entstehender Fachkräftebedarfe ist ein langfristiger Prozess. Im Interesse einer zukunftsfähigen Fachkräftesicherung sollte es gelingen, Entwicklungen frühzeitig zu erfassen und deren Auswirkungen auf Gestaltungsspielräume und Handlungsbedarfe zu antizipieren. Um hierfür das notwendige Rüstzeug zur Verfügung zu haben, wird empfohlen, die Einrichtungsbefragung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen. Der Zeitpunkt, das Format und die inhaltliche Ausrichtung solcher Anschlussstudien sind dabei am aktuellen Erkenntnisinteresse auszurichten.

4 Beschäftigungssituation und -entwicklung in den Berufen: Einleitende Bemerkungen

Gegenstand der Untersuchung sind die Beschäftigungssituation und -perspektive in 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufen sowie Helfertätigkeiten in der pflegerischen Versorgung in allen Einrichtungstypen, die für eine Beschäftigung in diesen Berufen relevant sind. Die Untersuchung nimmt die berufsspezifische (und damit branchenübergreifende) Arbeitsmarktsituation in Berlin-Brandenburg in den Blick. Entsprechend wurden für die Untersuchungsberufe Berufsprofile erarbeitet, die sich wie folgt gliedern:

- Beschäftigungsentwicklung und -struktur
- Arbeitskräfteangebot
- Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage
- Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Um die Berufe darzustellen, wurden die Befragungsergebnisse mit Angaben unterschiedlicher statistischer Quellen verknüpft. Zum Teil liegen keine berufsspezifischen Angaben in der behördlichen Statistik vor, so dass entweder auf eine diesbezügliche Darstellung verzichtet werden musste oder eine Annäherung durch andere Begründungszusammenhänge notwendig war. Im Fall der Hilfskräfte in der Pflege wurden die Berufe „Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegehelfer (mit staatlicher Anerkennung)“, „Sozialassistent bzw. Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege“ und „Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer (ohne staatliche Anerkennung)“ zusammenfassend dargestellt, da im Rahmen des der Statistik zugrunde liegenden gesetzlichen Meldeverfahrens diese Tätigkeiten nicht voneinander unterschieden werden. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, wurden folgende Berufe in den Blick genommen:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger (4.1)
- Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer (4.2)
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger (4.3)
- Altenpflegerin bzw. -pfleger (4.4)
- Hilfskräfte in der Pflege (4.5)
- Medizinisch-techn. Laboratoriumsassistentin bzw. -assistent (4.6)
- Medizinisch-techn. Radiologieassistentin bzw. -assistent (4.7)
- Medizinisch-techn. Assistentin bzw. Assistent für Funktionsdiagnostik (4.8)
- Hebammen bzw. Entbindungspfleger (4.9)
- Physiotherapeutin bzw. -therapeut (4.10)
- Ergotherapeutin bzw. -therapeut (4.11)
- Logopädin bzw. Logopäde (4.12)
- Podologin bzw. Podologe (4.13)

4.1 Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger

4.1.1 Beschäftigungsentwicklung und –struktur

Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 52.500 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren 61 Prozent in Berlin und 39 Prozent in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf nur eine geringe Rolle. Die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet. (vgl. **Tabelle 20**).

Tabelle 20: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (BKZ 81302, 8131, 8138, 8139 der KldB 2010)					
	31.12.2012	31.06.2013	30.09.2013	30.12.2013	31.06.2014	31.09.2014
Berlin	31.452	31.494	31.682	32.126	32.230	32.201
Brandenburg	19.693	19.701	19.786	20.225	20.275	20.290
Berlin-Brandenburg	**51.145**	**51.195**	**51.468**	**52.351**	**52.505**	**52.491**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sind zum größten Teil – nämlich zu 86 Prozent – auf dem Anforderungsniveau von Fachkräften tätig. Darüber hinaus üben 14 Prozent der Beschäftigten Tätigkeiten auf dem Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeiten aus (Stand 2013).[71]

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 314 Antwortende an, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zu beschäftigen. Beschäftigte dieses Berufes finden sich dem Antwortverhalten zufolge überwiegend in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. In den 186 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 12.035 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen tätig. Auch wenn durch die Befragung nur ein Teil der Beschäftigten erfasst wurde, zeigt sich, dass für die Gesamtbeschäftigungssituation in diesem Gesundheitsfachberuf primär die großen Krankenhäuser relevant sind.

[71] In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlerntätigkeiten; (2) fachlich ausgerichtete Tätigkeiten; (3) komplexe Spezialistentätigkeiten und (4) hoch komplexe Tätigkeiten. Je höher das Anforderungsniveau, desto geringer die unmittelbare Substituierbarkeit. Für weitere Informationen siehe Bundesagentur für Arbeit: Klassifikation der Berufe 2010, Band 1

Hoher Frauenanteil und relativ geringe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 85 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten (vgl. **Tabelle 21**).

Tabelle 21: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**31.494**	26.189	83,2	79,9
Brandenburg	**19.701**	17.545	89,1	84,9
Berlin-Brandenburg	**51.195**	**43.734**	**85,4**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[72] Darüber hinaus dürften unterschiedliche Sozialstrukturen und das sehr breite Beschäftigungsangebot in Berlin dazu beitragen, dass in der Hauptstadt der Männeranteil in der Gesundheits- und Krankenpflege etwas höher liegt.

Die Gesundheits- und Krankenpflege liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung am unteren Ende der hier untersuchten Berufe. Auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 22**).

Tabelle 22: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**31.494**	12.062	38,3	44,3
Brandenburg	**19.701**	6.954	35,3	46,2
Berlin-Brandenburg	**51.195**	**19.016**	**37,1**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Sowohl hinsichtlich der Teilzeitbeschäftigung als auch in Bezug auf den Frauenanteil spielt es keine Rolle, auf welchem Anforderungsniveau (Fachkraft oder Spezialist) die Tätigkeit ausgeübt wird. Unterschiede gibt es aber bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind

[72] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (26,8 Prozent) als auch in Brandenburg (18,4 Prozent) deutlich niedriger als die Teilzeitquote der Frauen.

Günstige Altersstruktur der Beschäftigten, mit mittelfristig erkennbarem Ersatzbedarf

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.):

Tabelle 23: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**31.494**	10.384	12.128	4.435	2.887	1.660
Brandenburg	**19.701**	6.650	7.768	2.734	1.731	818
Berlin-Brandenburg	**51.195**	**17.034**	**19.896**	**7.169**	**4.617**	**2.478**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	33,0	38,5	14,1	9,2	5,3
Brandenburg	**100,0**	33,8	39,4	13,9	8,8	4,2
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**33,3**	**38,9**	**14,0**	**9,0**	**4,8**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,5**	**37,3**	**14,2**	**9,8**	**5,2**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Trotz der insgesamt günstigen Altersstruktur stehen die Einrichtungen (primär die Krankenhäuser) aufgrund der hohen Beschäftigtenzahlen in den nächsten Jahren vor der Herausforderung, einen relevanten Ersatzbedarf zu befriedigen.

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Gesundheits- und Krankenpflege besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht sehr deutlich zulasten Brandenburgs. Von den in der Gesundheits- und Krankenpflege sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 16 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 3 Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 5.000 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und ca. 500 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Auch zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Gesundheits- und Krankenpflege positive Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 24**).

Tabelle 24: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**733**	522	4	12	*	Ca. 195
Einpendler	**6.709**	5.044	109	180	157	1.219
Saldo	**+5.976**	**+4.522**	**+105**	**+168**	**Ca. +156**	**Ca. +1024**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Auch Brandenburg hat Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen beläuft sich in Brandenburg auf 5 Prozent. In Berlin sind es immerhin rund 21 Prozent (vgl. **Tabelle 24** und **Tabelle 25**).

Tabelle 25: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**5.910**	5.044	170	188	47	461
Einpendler	**947**	522	47	136	150	92
Saldo	**-4.963**	**-4.522**	**-123**	**-52**	**+103**	**-369**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils an Einpendlern erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. Die Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen ergibt einen Fachkräfteverlust von rund 25 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs.

Relevante Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

Das nominale monatliche Medianentgelt[73] der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen lag in Berlin bei 2.786 Euro auf Fachkraftebene, und bei 3.102 Euro auf Spezialistenebene. In Brandenburg betrug das Entgelt 2.582 Euro bzw. 2.794 Euro; immerhin ein Unterschied von etwa 200 bzw. 300 Euro. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Gesundheits- und Krankenpflege bundesweit bei 2.971 Euro (Fachkraftebene) bzw. 3.256 Euro (Spezialistenebene). Um die

[73] Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er relativ robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Siehe hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52

Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg 2.177 Euro betrug. Während der Lohnzuwachs zwischen 2000 und 2010 in Berlin mit 2,6 Prozent moderat ausfiel, war in Brandenburg ein Zuwachs im zweistelligen Bereich zu verzeichnen – bei deutlich niedriger liegenden Ausgangswerten.[74] Damit haben sich die Medianlöhne in Berlin und Brandenburg in den letzten Jahren angeglichen, die Unterschiede bleiben aber weiterhin wahrnehmbar.

Auch wenn der Lohn eine wesentliche Grundlage für die Arbeitsplatzentscheidung sein dürfte, erklärt er doch nicht alleine die eindeutige Pendlerbewegung in Richtung Berlin. So ist beispielsweise im Vergleich zu den anderen Berufen der nominale Lohnunterschied ähnlich groß, ohne dass dies zu einer entsprechenden Sogwirkung Berlins geführt hätte. Auch sprechen der höhere bundesweite Medianlohn und der gleichzeitig positive Pendlersaldo Berlins dagegen, die Lohnunterschiede bei der Betrachtung der Pendlerbeziehungen zu stark zu gewichten. Daher sind neben den Entgeltstrukturen wohl auch die Dichte der Versorgungsstrukturen und die damit zusammenhängenden größeren Beschäftigungsmöglichkeiten in Berlin als mögliche Begründung zu nennen.

Relevante Neueinstellungen in 2013 und 2014 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben rund 50 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und/oder in Teilzeit eingestellt (insgesamt 1.583 Personen); davon gut zwei Drittel in Vollzeit (1.105 Vollzeitstellen). Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege fort. Rund 43 Prozent der 233 Antwortenden haben in 2014 Einstellungen vorgenommen, 45 Prozent planen solche.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich u. a. daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt wurde. Diesbezüglich zeigt sich ein entspanntes Bild. Zwar gaben ca. 11 Prozent (29 der 259 Fälle) der Befragten an, keine geeigneten Bewerbenden gefunden und daher Stellen nicht besetzt zu haben, doch handelte es sich den Angaben zufolge nur um 51 Stellen. Auffällig ist, dass hiervon ausschließlich Pflegeeinrichtungen betroffen sind. Insgesamt handelt es sich angesichts des großen Beschäftigungsumfangs um eine kleine Anzahl offen gebliebener Stellen. Demnach scheinen die Einrichtungen zwar einen großen Bedarf an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zu haben, sie können diesen jedoch noch decken.

Die größeren Schwierigkeiten der Pflegeeinrichtungen bei der Besetzung offener Stellen bei Gesundheits- und Krankenpfleger/innen spiegeln sich auch in den Vakanzzeiten wider. Während in den Krankenhäusern die Besetzungsdauer in keinem Fall länger als ein halbes Jahr angegeben wurde, ist dies anteilig gesehen bei den Pflegeeinrichtungen deutlich häufiger der Fall. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen sind dabei wesentlich relevanter als die zwischen Berlin und Brandenburg.

---

[74] Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

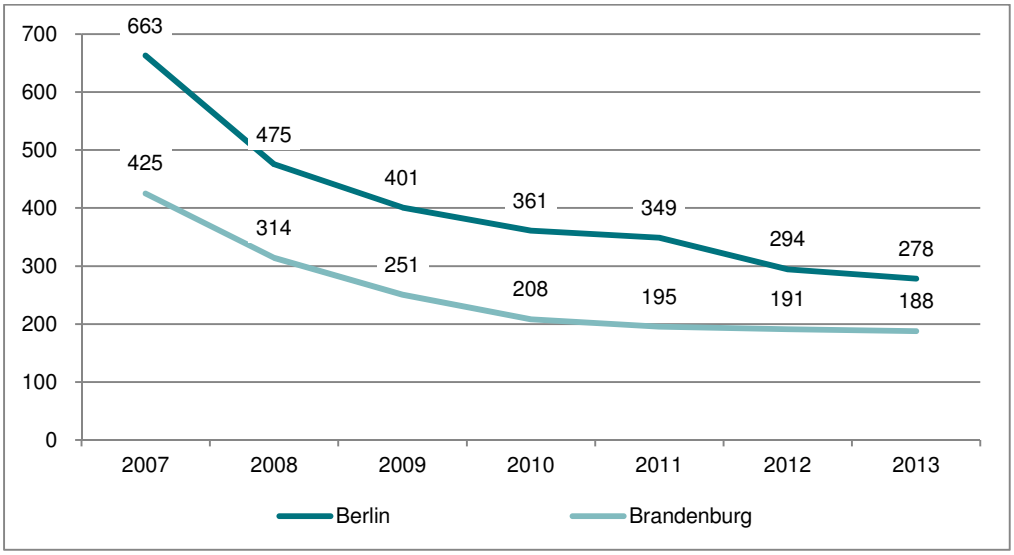
Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt steht für den Beruf Krankenschwester, -pfleger[75] eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung.[76] Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 83 Prozent der Krankenpfleger/innen in ihrem Beruf tätig, in Brandenburg sind es knapp 86 Prozent. Damit ist für diesen Beruf eine vergleichsweise hohe Berufstreue zu verzeichnen, die durch mehrere Studien bestätigt wird. Gleichwohl führt die Fluktuation alleine aufgrund des großen Beschäftigungsumfangs zu einer deutlichen Erhöhung des Fachkräftebedarfs.

4.1.2 Arbeitskräfteangebot

Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/in einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf, der sich in den letzten beiden Jahren allerdings abschwächt (vgl. **Abbildung 3**).

Abbildung 3: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

75 In der Studie wird die alte Berufsbezeichnung verwendet.

76 Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

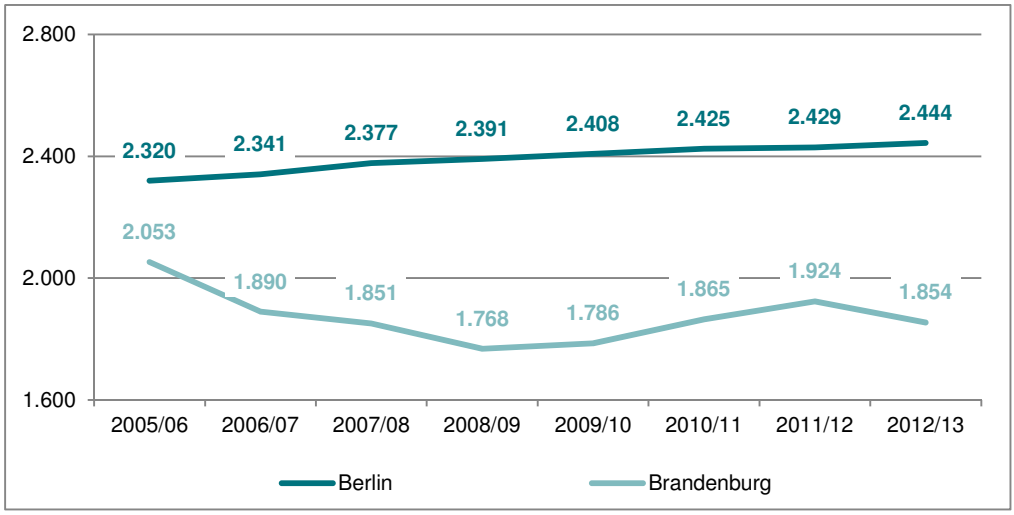
Die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Das korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Die Altersstruktur der arbeitslos gemeldeten Personen entspricht weitgehend der der Beschäftigten.

Insgesamt wird deutlich, dass es kaum noch Möglichkeiten gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu befriedigen.

Gegensätzliche Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg

Für die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sind fast ausschließlich die Krankenhäuser verantwortlich. Die Ausbildungsplätze werden von den Krankenhäusern zum Teil in sehr hoher Anzahl angeboten. In der Einrichtungsbefragung wird deutlich, dass die Einrichtungen kaum Probleme bei der Besetzung der Ausbildungsstellen haben. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013[77] ist die Anzahl der Auszubildenden bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um zwei Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 4**). Dieser Rückgang ist auf die Entwicklung in Brandenburg zurückzuführen. Festzuhalten ist aber auch, dass trotz des Rückgangs der Ausbildungszahlen bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Brandenburg deren Anteil an allen Auszubildenden höher liegt als der Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Auch in Brandenburg fallen die Ausbildungsaktivitäten in diesem Beruf überdurchschnittlich hoch aus. In Berlin zeigt sich dagegen ein kontinuierlicher, wenn auch langsamer Anstieg der Zahl besetzter Ausbildungsplätze.[78] Die unterschiedliche Entwicklung dürfte vor allem demografisch bedingt sein.

Abbildung 4: Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

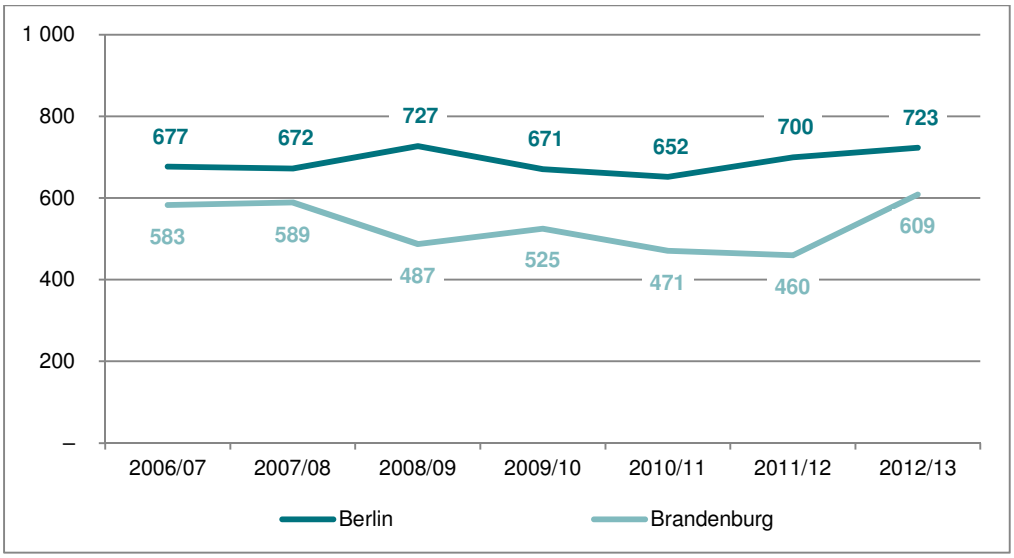
77 Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

78 Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist im Rahmen der Modellklausel auch eine Ausbildung im Rahmen eines ausbildungsintegrierten Studiengangs möglich. Im November 2014 waren in Berlin insgesamt ca. 120 Studierende eingeschrieben, in Brandenburg waren es zu diesem Zeitpunkt ca. 50 (1. und 3. Semester). Bislang hat in Brandenburg noch kein(e) Student/in das Studium abgeschlossen, in Berlin waren es in den letzten Jahren jeweils ca. 25 Personen.[79] Ein geringer Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs wird damit durch die Studierendenzahlen aufgefangen.

Nicht alle Auszubildenden beenden ihre Ausbildung erfolgreich. Während die Quote der nicht erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse über die letzten Jahre bei ca. drei Prozent lag, brachen immerhin relativ konstant 17 Prozent eines Jahrgangs ihre Ausbildung vorzeitig ab.[80] Dementsprechend verringert sich die Anzahl der Absolvent/innen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 5**).

Abbildung 5: Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

4.1.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Gesundheits- und Krankenpflege kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen (vgl. **Tabelle 20**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf

[79] Angaben gemäß Auskunft der Hochschulen. In Berlin ist die Anzahl der zugelassenen Plätze leicht erhöht worden, daher ist zukünftig mit mehr Absolventinnen und Absolventen zu rechnen.

[80] Für Berlin liegt eine Zeitreihe von 2007 bis zum aktuellen Rand, für Brandenburg liegen Daten nur für die Ausbildungsjahre 2012/2013 und 2013/2014 vor.

weiteres Beschäftigungswachstum hin: Zwischen 2011 und 2013 hat in den untersuchten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht zugenommen. Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet ein erheblicher Teil (rund 30 Prozent) Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf 41 Prozent (vgl. **Tabelle 26**).

Tabelle 26: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger – Ergebnisse der Online-Befragung

Beschäftigungs-zeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und Krankenpfleger/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	28	53	8	11
2015-2017	41	32	12	15

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Eine über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden.

Tabelle 27: Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 2003 - 2011

Bundesland / Region	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen (BKZ 853 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	34.050	33.574	33.405	33.317	33.842	34.387	35.325	35.890	36.373
Brandenburg	20.522	20.763	21.172	21.391	21.483	21.763	22.038	22.362	22.404
Berlin-Brandenburg	**54.572**	**54.337**	**54.577**	**54.708**	**55.325**	**56.150**	**57.363**	**58.252**	**58.777**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen[81] wuchs im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um ein Prozent und erfuhr so in diesen acht Jahren eine Bestandserweiterung um rd. 4.200 Beschäftigte (vgl. **Tabelle 27**). Die Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 und 2013 die Fortsetzung des schwachen Wachstumstempos. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann da-

[81] Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 gehörten zur Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger in der KldB 1988 ebenfalls die Hebammen/Entbindungspfleger. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass diese höchstens einen Anteil von zwei Prozent an den in der Gesamtgruppe ausgewiesenen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten haben.

her eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von einem Prozent angenommen werden. Die Wachstumsrate von einem Prozent wird im Folgenden auch als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung für den mittelfristigen Zeitraum bis 2020 und für den langfristigen Zeitraum bis 2030 herangezogen.

Entgegen den gegenwärtigen Anzeichen für ein weiterhin schwaches Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit positive Impulse für die Beschäftigungsentwicklung ausgelöst werden. Schlüsselfrage für die Weiterentwicklung der Beschäftigung der Pflegenden ist die Krankenhausreform. Wenn es mit der Reform gelingt, die Leistungserbringung der Krankenhäuser stärker am Nutzen für die Patientenversorgung zu orientieren und zu messen und dafür auch den erforderlichen Personaleinsatz durch die Klärung der entsprechenden Finanzierungsvoraussetzungen zu ermöglichen, kann eine positivere Beschäftigungsentwicklung als bisher erwartet werden. Wird die Krankenhausreform noch 2015 beschlossen und ihre Umsetzung begonnen, ist noch für den Zeitraum bis 2020 eine Steigerung der durchschnittlichen jährlichen Beschäftigungsentwicklung auf drei Prozent möglich. Dabei werden zeitlich begrenzt bis zum Übergang in die 2020er Jahre auch Nachholeffekte in der Personalausstattung der Krankenhäuser unterstellt, die durch den Abbau gegenwärtig bestehender extremer Arbeitsverdichtung und Belastungen entstanden sind. Für die anschließende „normale“ Beschäftigungsentwicklung in veränderten Strukturen wird eine jährliche Basisrate von zwei Prozent angenommen. Sie wird im Zeitraum bis 2030 durch die differenzierte Bevölkerungsentwicklung von Berlin und Brandenburg in den beiden Ländern unterschiedlich beeinflusst. Zu den dann voll wirkenden Strukturveränderungen der Krankenhausreform kommt in Berlin das Bevölkerungswachstum als stärker spürbare Triebkraft der Beschäftigungsentwicklung hinzu. Für Berlin wird daher ebenso für diesen Zeitraum eine Erweiterung des Bestandes an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern um jährlich drei Prozent angenommen. In Brandenburg werden sich möglicherweise die gegensätzlichen Wirkungen von Bevölkerungsrückgang und -alterung auf den Nachfrageumfang nach Krankenhausleistungen ausgleichen und insofern insgesamt begrenzte Wirkungen auf das Beschäftigungswachstum haben. Für Brandenburg wird daher bei den Gesundheits- und Krankenpflegern die Fortsetzung der vor allem mit der Krankenhausreform induzierten Bestandserweiterung von zwei Prozent jährlich angenommen.

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpfleger/in folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

Tabelle 28: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Bundesland	Status-quo-Annahme (1 prozentiger Beschäftigungszuwachs)				Szenario beschleunigtes Wachstum (2 bis 3 prozentiger Beschäftigungszuwachs)			
	2013	2020	2025	2030	2013	2020	2025	2030
Berlin	31.494	33.800	35.500	37.300	31.494	38.700	44.900	52.100
Brandenburg	19.701	21.100	22.200	23.300	19.701	24.200	26.800	29.500
Berlin-Brandenburg	**51.195**	**54.900**	**57.700**	**60.600**	**51.195**	**62.900**	**71.700**	**81.600**

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status-quo-Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg auf rund 60.000 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 28**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 4.000 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 5.000 Fachkräften hinzu.

In der Entwicklungsvariante unter beschleunigten Wachstumsbedingungen wird sich der Beschäftigtenbestand der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 auf rund 81.000 Fachkräfte erhöhen und damit um über 50 Prozent erweitern. Bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 12.000 Fachkräften und anschließend bis 2030 von weiteren 18.000 Fachkräften.

Ersatzbedarfe verstärken die Nachfrage Fachkräftenachfrage

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen (Fluktuation und Renteneintritte). Die relativ junge Altersstruktur der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen führt dazu, dass in dieser beruflichen Tätigkeit der altersbedingte Ersatzbedarf nicht den gleichen Stellenwert wie in anderen Tätigkeiten einnimmt. Gleichwohl ist aufgrund der hohen Beschäftigtenzahlen ein mittelfristig relevanter Ersatzbedarf erkennbar. Bis 2020 muss mit rund 7.000 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt kommen weitere 7.000 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin auch anteilig gesehen etwas höher aus.

In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird angenommen, dass im Beobachtungszeitraum rund 10 Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 6.000 bis 8.000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger bis 2030 abgeleitet werden.

Hohe Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

Aus der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen geht ein enormer Anstieg des Fachkräftebedarfs für die Zeit bis 2030 hervor. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist hierbei

eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung. Da die Bestandsentwicklung und die Fluktuation wesentlich stärker von strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst werden, können die entsprechenden Entwicklungsprognosen nur plausible Trends abbilden.

Tabelle 29: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	2.300	7.200	4.500	1.500	8.300	13.200
2020-2030	3.500	13.400	4.000	3.000	10.500	20.400
2013-2030 insgesamt	**5.800**	**20.600**	**8.500**	**4.500**	**18.800**	**33.600**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	1.400	4.500	2.500	1.000	4.900	8.000
2020-2030	2.200	5.300	3.000	1.500	6.700	9.800
2013-2030 insgesamt	**3.600**	**9.800**	**5.500**	**2.500**	**11.600**	**17.800**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	3.700	11.700	7.000	2.500	13.200	21.200
2020-2030	5.700	18.700	7.000	4.500	17.200	30.200
2013-2030 insgesamt	**9.400**	**30.400**	**14.000**	**7.000**	**30.400**	**51.400**

*Szenario A = Szenario Status quo; Szenario B = Szenario Beschleunigtes Wachstum; Quelle: eigene Berechnungen

In Berlin und Brandenburg entsteht bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ein Fachkräftebedarf in der Größenordnung von mindestens 30.000 und bei wirksamen Strukturveränderungen von rund 50.000 Beschäftigten.

Diesem Fachkräftebedarf stehen Fachkräfteangebote aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie der Auszubildenden zur Verfügung, wobei der Arbeitslosenbestand zu vernachlässigen ist. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen im Beruf Gesundheits- und Krankenpflege zu Grunde (die höher liegen als in den Jahren zuvor), so ist jährlich mit rund 1.300 (700 in Berlin, 600 in Brandenburg) neuen Fachkräften zu rechnen. Dementsprechend stünden bis 2020 rund 9.100 und bis 2030 rund 22.100 neue Fachkräfte zur Verfügung. Müsste der Fachkräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre im Szenario A eine Lücke von rund 5.000 Fachkräften bis 2020 und rund 8.000

Fachkräften bis 2030 zu konstatieren.[82] Zu bedenken ist darüber hinaus, dass in Brandenburg die Ausbildungszahlen in den Jahren zuvor unter dem hier angenommen Niveau lagen. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

4.1.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Auch wenn die drohende Fachkräftelücke wie dargestellt nur zu einem Teil durch Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen geschlossen werden kann, wird die Ausbildung auch zukünftig das zentrale Instrument der Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft sein. Insgesamt rückläufige Bewerberzahlen bei den Auszubildenden für die Krankenpflege führen jedoch bereits jetzt dazu, dass nicht mehr ausschließlich auf die besten Bewerber/innen zurückgegriffen werden kann. Aufgrund der steigenden Studierneigung ist außerdem die Zahl der interessierten Abiturientinnen und Abiturienten rückläufig und eine relevante Zahl dieser Klientel wechselt noch während der Ausbildung in ein Studium. Insgesamt hat die sich verändernde Bewerber/innen-Lage zur Folge, dass die Zahl an Ausbildungsabbrüchen in der Gesundheits- und Krankenpflege zunimmt.[83] Maßnahmen, die Ausbildungsdefizite (sowohl kognitive als auch psycho-soziale) während der Ausbildung kompensieren, werden mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Aus betrieblicher Sicht können solche Instrumente durchaus kostenreduzierend wirken, da jede abgebrochene Ausbildung den Verlust getätigter Investitionen bedeutet. Entsprechend wird empfohlen, Maßnahmen der Ausbildungsbegleitung systematisch aufzubereiten und mit den Ausbildungsstätten zu klären, welche Ansätze zeitnah realisierbar erscheinen. In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, inwieweit solche Instrumente bei den Kostenverhandlungen mit den Kassen in Anschlag gebracht werden können bzw. welche Finanzierungsansätze (Modellprojekte oder Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit) denkbar sind. Laufenden Projekten wie etwa der „Ausbildungsbegleitung in der Altenpflegehilfeausbildung mit wissenschaftlicher Evaluation“ aus Brandenburg sollte hierbei ein besonderes Augenmerk entgegengebracht werden. Über die projektinterne Evaluation hinaus wäre zu diskutieren, inwieweit die gewonnenen Ergebnisse auf andere Ausbildungskontexte zu übertragen sind und welche Ansätze in der Regelausbildung adaptiert werden können.

  Ein weiterer Ansatzpunkt zur Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen und zur Qualifizierung des Bewerber/innen-Verfahrens besteht in einer frühzeitigen Kontaktaufnahme von Auszubildenden und Ausbildungsstätte. Es wird empfohlen, die Durchführung von Praktika vor der Ausbildung weiter auszubauen und systematisch in den Ausbildungsbetrieb zu integrieren. Durch Betriebspraktika können die potenziellen Auszubildenden

---

82 Hinzu kämen die Absolventinnen und Absolventen aus den Studiengängen in Berlin und Brandenburg. Rein quantitativ betrachtet fällt dies jedoch kaum ins Gewicht.

83 Dieser Eindruck wurde in Expertengesprächen bestätigt. Vgl. hierzu auch Bundesministerium für Bildung und Forschung (2009).

besser einschätzen, welche Anforderungen und Belastungen der Pflegeberuf mit sich bringt, und die Einrichtungen können bei den Praktikant/innen Qualitäten jenseits von Schulnoten identifizieren. Damit mehr Schülerinnen und Schüler im Rahmen von Schulpraktika an den Pflegeberuf herangeführt werden können, ist es unverzichtbar, verstärkt Kooperationen zwischen Einrichtungen und Schulen aufzubauen. Es ist zu prüfen, inwieweit bestehende Initiativen – bspw. das „Netzwerk Zukunft Schule und Wirtschaft" in Brandenburg – hierbei Unterstützung leisten können.

- Die hohe Arbeitsverdichtung in der Krankenpflege hat in den vergangenen Jahren zu einer starken Zunahme der Belastungen der Pflegekräfte geführt, was mit ein Grund für Mitarbeiterfluktuation und einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf ist. Neben Veränderungen in den Arbeitsstrukturen sind zunehmend Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung notwendig, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und die Mitarbeitermotivation zu stärken. Die im Rahmen des Projektes in den Krankenhäusern geführten Interviews zeigen, dass die Einrichtungen bisher nicht über wirksame Konzepte der betrieblichen Gesundheitsprävention verfügen. Es ist noch nicht gelungen, Einzelmaßnahmen zu in sich schlüssigen Konzepten zusammenzuführen und diese in das Personalmanagement zu implementieren. Die Unterstützung der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften wird als unzureichend eingeschätzt. Die Leistungen privater Anbieter sind meistens kostenintensiv und gehen häufig nicht über eigene bzw. alt bekannte Ansätze hinaus. Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung bestätigen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) sowohl auf physische, als auch auf psychische Belastungen reagieren muss. Bei den physischen Belastungen geht es häufig um die starke Beanspruchung der Gelenke und der Muskulatur. Hier trägt jede(r) Mitarbeiter/in eine hohe Eigenverantwortung für seine/ihre eigene körperliche Fitness. Betriebliche Maßnahmen können in diesem Bereich primär unterstützend wirken. Bei den psychischen Belastungen geht es im weitesten Sinne um das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen. Inwieweit dieses Wohlbefinden hergestellt werden kann, hängt wesentlich von der organisatorischen Gestalt des Arbeitszusammenhangs ab. Hier ist entsprechend eines der Kernhandlungsfelder des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu sehen. Es ist davon auszugehen, dass es zwischen diesen beiden Dimensionen vielfache Wechselbeziehungen gibt. Betriebliches Gesundheitsmanagement dürfte dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, Strukturen und Maßnahmen als Teil eines Ganzen zu sehen und sinnvoll miteinander zu verbinden.

  Unterstützung der Betriebe könnte zum einen bei der Auswahl potenzieller Anbieter ansetzen. So wurde wiederholt angemerkt, dass eine Reputationsliste auf Basis eines nachvollziehbaren Qualitätsmanagements[84] sehr hilfreich wäre. Zu prüfen wäre, inwieweit das von den Kassen genutzte System weiter entwickelt werden kann und welche Unterstützung die von der INQA bereitgestellten Materialien in diesem Zusammenhang

[84] Eine zentrale Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Beratung in der Gesundheitswirtschaft dürfte das Branchen-Know-how des Anbieters sein. Nur wenn die Berater über die Details der (Berlin-Brandenburger) Gesundheitswirtschaft informiert sind, dürften sie dazu in der Lage sein, angemessene BGM-Konzepte bei ihren Kunden zu implementieren.

bieten. Zum anderen sollten die Gestaltungsspielräume bei der Refinanzierung entsprechender Dienstleistungsangebote ausgelotet werden. Für eine breit aufgestellte Finanzierung spricht u. a., dass verschiedene Akteure ein hohes Interesse an einem gelungenen Gesundheitsmanagement haben (sollten). Zum ersten besteht ein öffentliches Interesse an Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Gesundheitswirtschaft, da dieses einen Beitrag zur Lösung des Fachkräfteproblems leisten kann und damit zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung beiträgt. Zum zweiten besteht ein originär berufsgenossenschaftliches Interesse an derartigen Maßnahmen, da dieses zum Kerngeschäft der Berufsgenossenschaften zählt. Und drittens sollten die Betriebe sehr daran interessiert sein, ein funktionierendes Gesundheitsmanagement zu implementieren, da dieses sowohl ihre Fachkräfte- als auch ihre Wettbewerbssituation verbessern sollte. Entsprechend dieser Interessenlage sollte über Möglichkeiten einer Mischfinanzierung nachgedacht werden. Erst Ansätze hierfür werden bereits seit einiger Zeit diskutiert: Im Rahmen der Brandenburger Fachkräftestudie Pflege beschrieb der damals für diesen Bereich verantwortliche Herr Minister Baaske die Beteiligung des Landes (über ESF Mittel) an der Erarbeitung personalrelevanter Organisationskonzepte als eine Handlungsoption des Landes, um der Fachkräfteproblematik in der Pflege zu begegnen (Brandenburger Fachkräftestudie Pflege – Kurzfassung, 162 f.). Es wäre zu prüfen, inwieweit das Land diese Empfehlung aufnimmt und eine Ausweitung auf Konzepte zum BGM (und auf andere Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft) möglich/sinnvoll ist.

- Die für die Krankenhäuser erst in fünf bis sieben Jahren erwartete Zuspitzung des Fachkräfteproblems bei den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ist bei den Einrichtungen der Altenhilfe teilweise bereits heute akut. Eine differenzierte und damit qualitativ hochwertige Versorgung in der Altenpflege kann nur gelingen, wenn auf Seiten der Beschäftigten vielfältige Kompetenzen vorhanden sind. Entsprechend sind Gesundheits- und Krankenpfleger/innen auch in diesem Bereich von hoher Versorgungsrelevanz. Gleiches gilt für die ambulante Kranken- und Altenpflege. In der Regel erbringen ambulante Dienste sowohl Leistungen des SGB V als auch des SGB XI. Mit der Forderung „ambulant vor stationär“ wurden die Liegezeiten in den Krankenhäusern reduziert, was nach einer Stärkung des ambulanten Sektors verlangt. Das stellt die ambulante Versorgung vor neue Herausforderungen, eröffnet infolge des damit einhergehenden Bedeutungsgewinns aber auch weitreichende Entwicklungschancen (Kompetenzausweitung der ambulanten Kranken- und Altenpflege inkl. Erschließung neuer Versorgungsaufgaben). Zukünftig muss es besser gelingen, den (zukünftigen) Beschäftigten die gesamte Breite des Arbeitsmarktes für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zu vermitteln, um den Fachkräftebedarfen in allen Versorgungssegmenten gerecht werden zu können. Ausbildung darf in diesem Bereich nicht ausschließlich für die Krankenhäuser stattfinden, sondern muss das gesamten Versorgungssystems im Blick haben. Für die Einrichtungen und Dienste der Altenpflege könnte sich die Situation mit der Zusammenführung der Pflegeausbildung weiter verschärfen, zumindest dann, wenn Krankenhäuser (weiterhin) als die deutlich besseren Arbeitgeber und die Krankenpflege als eine fachlich professionellere Tätigkeit wahrgenommen werden. Auf der anderen Seite eröffnet eine gemeinsame Pflegeausbildung für die Altenpflege auch die Option, ihre Stärken den

Auszubildenden gegenüber deutlich besser herauszustellen. Ganzheitliche Pflege, in der ein Mensch über längere Zeit begleitet wird, ist in der Altenpflege wesentlich leichter zu realisieren als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine gemeinsame Ausbildung kann den Herausforderungen der Fachkräftesicherung nur dann gerecht werden, wenn es den Pflegeinrichtungen gelingt, neben den Krankenhäusern als gleichwertiger Arbeitgeber zu agieren. Das weist auf Gestaltungsspielräume auf Seiten des Landes hin. Die Chancen einer gemeinsamen Pflegeausbildung werden in Berlin und Brandenburg nur zu nutzen sein, wenn die Einführung der neuen Strukturen landesrechtlich begleitet und die sich ergebenen Möglichkeiten ausreichend kommuniziert werden. Es ist zu prüfen, inwieweit das Land, die Netzwerke und Verbände die Gelegenheit der Ausbildungsreform nutzen können/sollten, um den Pflegeberuf als solches zu bewerben. Gezielte Maßnahmen, die auf Beispiele guter Praxis zurückgreifen, könnten hierbei zielgruppengerechter zur Wirkung kommen als breit aufgestellte Marketingkonzepte mit abstraktem Aussagegehalt.

- Die Akademisierung der Pflegeausbildung entwickelt sich zu einer Möglichkeit, steigenden Anforderungen in der Krankenpflege zu entsprechen, sie zu modernisieren und die professionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus zu stärken. Darüber hinaus könnte die Akademisierung dazu beitragen, die rückläufigen Bewerber/innen-Zahlen zumindest in Teilen zu kompensieren. Die steigende Studierendenneigung von Abiturient/innen zeigt, dass Schulabgänger/innen mit Hochschulreife eher studieren wollen, als eine Ausbildung zu absolvieren. Dieser Neigung könnte in der Gesundheits- und Krankenpflege noch stärker als bisher entsprochen werden. Bisher findet die begonnene akademische Ausbildung an der BTU Cottbus noch nicht genügend Resonanz in der Krankenhauspraxis in der Region. Es fehlen noch Kooperationspartner für den praktischen Teil der akademischen Ausbildung und der Einsatz der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte ihren Kompetenzen entsprechend ist in der Praxis noch unklar. Eine wesentliche Ursache für die Zurückhaltung der Einrichtungen hinsichtlich des praktischen Teils der Ausbildung ist deren ungeklärte Finanzierung. Mit den Krankenkassen muss die Ausbildungsvergütung für den praktischen Teil der akademischen Pflegeausbildung geregelt werden. Des Weiteren sollte der Dialog zwischen Hochschule und Praxiseinrichtungen intensiviert werden, um insbesondere die Anforderungen und Erwartungen der Praxis an die akademische Ausbildung weiter zu konkretisieren und in die Gesamtstruktur der akademischen Ausbildung einzubinden. Der mit den beiden zur Akademisierung durchgeführten Workshops begonnene Erfahrungsaustausch zwischen Praxis und Hochschule sollte neben der Intensivierung auf bilateraler Ebene auch in erweitertem Rahmen analog zu den bisherigen Workshops fortgesetzt werden. Es wird vorgeschlagen, 2015 an der BTU Cottbus eine entsprechende Veranstaltung unter Einbeziehung von Studierenden durchzuführen.

4.2 Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und -helfer

4.2.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 13.500 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren ca. zwei Drittel in Berlin und ein Drittel in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf nur eine geringe Rolle. Die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe ist in Berlin mit einigen Schwankungen durch Stagnation, in Brandenburg hingegen durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 30**).

Tabelle 30: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer (BKZ 81301 der KldB 2010)					
	31.12.2012	31.06.2013	30.09.2013	30.12.2013	31.06.2014	31.09.2014
Berlin	8.596	8.752	8.551	8.612	8.670	8.534
Brandenburg	4.569	4.645	4.721	4.773	4.856	4.838
Berlin-Brandenburg	**13.165**	**13.397**	**13.272**	**13.385**	**13.526**	**13.372**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 132 Antwortende an, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen zu beschäftigen. Beschäftigte dieses Berufes finden sich überwiegend in Krankenhäusern. Aber auch in Pflegeeinrichtungen sind Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in beträchtlichem Maße tätig. In den Krankenhäusern ist in den letzten Jahren fast ausnahmslos ein Beschäftigungsrückgang zu verzeichnen, während in den Pflegeeinrichtungen die Beschäftigtenzahl konstant geblieben bzw. leicht gestiegen ist.

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 78 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 31**).

Tabelle 31: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**8.752**	6.539	74,7	79,9
Brandenburg	**4.645**	3.815	82,1	84,9
Berlin-Brandenburg	**13.397**	**10.354**	**77,3**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen den beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[85] In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[86]

Die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung deutlich am oberen Ende der untersuchten Berufe. Auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 32**).

Tabelle 32: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**8.752**	5.259	60,1	44,3
Brandenburg	**4.645**	2.599	56,0	46,2
Berlin-Brandenburg	**13.397**	**7.858**	**58,7**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Relativ ungünstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe um einen eher „älteren“ Beruf. In jeder Altersgruppe ab 50 Jahren liegen die Anteile in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe höher als die Anteile der untersuchten Berufe insgesamt. Alleine aufgrund der Altersstruktur wird deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine erhebliche Anzahl an Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfern aus dem Beruf ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 33**).

85 Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

86 Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Tabelle 33: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe[87]

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**8.752**	2.385	3.375	1.342	996	654
Brandenburg	**4.645**	1.283	1.774	761	577	250
Berlin-Brandenburg	**13.397**	**3.668**	**5.149**	**2.103**	**1.573**	**904**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	27,3	38,6	15,3	11,4	7,5
Brandenburg	**100,0**	27,6	38,2	16,4	12,4	5,4
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**27,4**	**38,4**	**15,7**	**11,7**	**6,7**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe besteht ein reger Arbeitskräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht deutlich zulasten Brandenburgs. Von den in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 11 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg ca. drei Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 1.000 Brandenburger Arbeitskräfte nach Berlin und ca. 150 Berliner Arbeitskräfte nach Brandenburg. Auch zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 34**).

Tabelle 34: Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**251**	149	0	17	*	Ca. 85
Einpendler	**1.141**	964	17	9	39	112
Saldo	**+890**	**+815**	**+17**	**-8**	**Ca. +38**	**Ca. +27**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

87 Bis 2004 war die Krankenpflegehilfe bundeseinheitlich geregelt. 2004 ging die Regelungskompetenz an die Länder über. Diese haben hiervon unterschiedlich Gebrauch gemacht. Brandenburg hat eine landesrechtlich geregelte Ausbildung zum/zur Krankenpflegehelfer/in auf den Weg gebracht, Berlin nicht.

Auch für Brandenburg sind Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern festzustellen. Der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Arbeitskräfte an allen Gesundheits- und Krankenpfleghelfer/innen beläuft sich in Brandenburg auf 5 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 13 Prozent (vgl. **Tabelle 34** und **Tabelle 35**).

Tabelle 35: Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**1.090**	964	12	24	9	81
Einpendler	**213**	149	22	14	20	8
Saldo	**-877**	**-815**	**+10**	**-10**	**+11**	**-73**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils an Einpendlern erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt deutliche Arbeitskräfteverluste. Die Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen ergibt einen Arbeitskräfteverlust von rund 19 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs.

Keine Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

Das nominale monatliche Medianentgelt[88] der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen lag in Berlin im Jahr 2012 bei 1.803 Euro. In Brandenburg betrug das Entgelt 1.819 Euro. Im Vergleich dazu lag das bundesweite monatliche Medianentgelt in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe bei 2.291 Euro. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag. Betrachtet man die Lohnentwicklung in den letzten Jahren, so zeigt sich insgesamt bei den Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege ein deutlicher Einkommensrückgang zwischen 2000 und 2011. Während der Lohnrückgang in Berlin mit 24 Prozent außerordentlich hoch ausfiel, war der Rückgang in Brandenburg mit sechs Prozent vergleichsweise mild, aber immer noch deutlich spürbar. Die hohen Entgeltverluste vor allem in Berlin könnten sich u. a. dadurch erklären, dass in dieser Berufsordnung der Anteil der un- und angelernten Kräfte stetig gestiegen ist.[89] Die vorliegenden Studien ermöglichen es jedoch nicht, zwischen einzelnen Hilfstätigkeiten in der Krankenpflege zu unterscheiden. Inwiefern die staatlich anerkannten Gesundheits- und

88 Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er relativ robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Siehe hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52.

89 Zitiert nach Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

Krankenpflegehelfer/innen ebenfalls von dem dargestellten Lohnrückgang betroffen sind, lässt sich nicht feststellen.

Aufgrund der faktisch gleichen Lohnhöhe zwischen Berlin und Brandenburg lässt sich das Pendlerverhalten nicht durch Einkommensunterschiede erklären. Daher sind als Ursache für die Pendlerbewegungen vor allem die vorhandenen Arbeitsmöglichkeiten insbesondere in den Krankenhäusern in Berlin zu vermuten. So lassen sich in Brandenburg Wohnlagen identifizieren, bei denen sich das nächstgelegene Krankenhaus in Berlin und nicht in Brandenburg befindet und die über eine sehr gute Verkehrsanbindung an Berlin verfügen. Diese Tatsache dürfte einen relevanten Anteil der Pendlerströme erklären.

Moderate Neueinstellungen in 2013 bei kurzen Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben 30 Prozent der antwortenden Personen in Vollzeit und rund 40 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Die Zahl der eingestellten Personen fällt mit 130 jedoch gering aus. Im Jahr 2014 schwächt sich das skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe weiter ab. Rund 13 Prozent der 102 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 11 Prozent planten solche.

Inwieweit 2013 der Arbeitskräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Diesbezüglich zeigt sich ein entspanntes Bild. So gaben sieben Prozent (5 der 71 Fälle) der Befragten an, im Jahr 2013 keine geeigneten Bewerbenden gefunden und daher Stellen nicht besetzt zu haben. Insgesamt konnten 5 Stellen nicht besetzt werden.

Die aus Einrichtungssicht entspannte Arbeitsmarktlage schlägt sich auch in geringen Stellenbesetzungszeiten nieder: 88 Prozent der Einrichtungen haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Ca. neun Prozent geben an, dass sich die Besetzungsdauer auf maximal 12 Wochen beläuft.

Zusätzlicher Arbeitskräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Arbeitskräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt steht für den Helferbereich in der Krankenpflege eine eigenständige Untersuchung für Berlin zur Verfügung.[90] Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 42 Prozent der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege in ihrem Beruf tätig. Damit ist für diesen Beruf eine sehr niedrige Berufstreue zu verzeichnen. Diese Quote erhöht sich jedoch beträchtlich, wenn die Berufstreue in einem weiteren Verständnis betrachtet wird, d. h. auch Wechsel in verwandte Berufe berücksichtigt werden. Nach dieser weit gefassten Berufstreuedefinition sind nach 15 Jahren noch 88 Prozent in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe oder einem verwandten Beruf tätig.[91] Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass alleine aufgrund des

---

90 Daten für Brandenburg liegen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht vor.

91 Es ist wahrscheinlich, dass ein relevanter Teil der ehemaligen Helfer/innen sich während der 15 Jahre zur Fachkraft weitergebildet hat (also dem Berufsfeld treu geblieben ist). Diese Entwicklung wäre positiv zu bewerten.

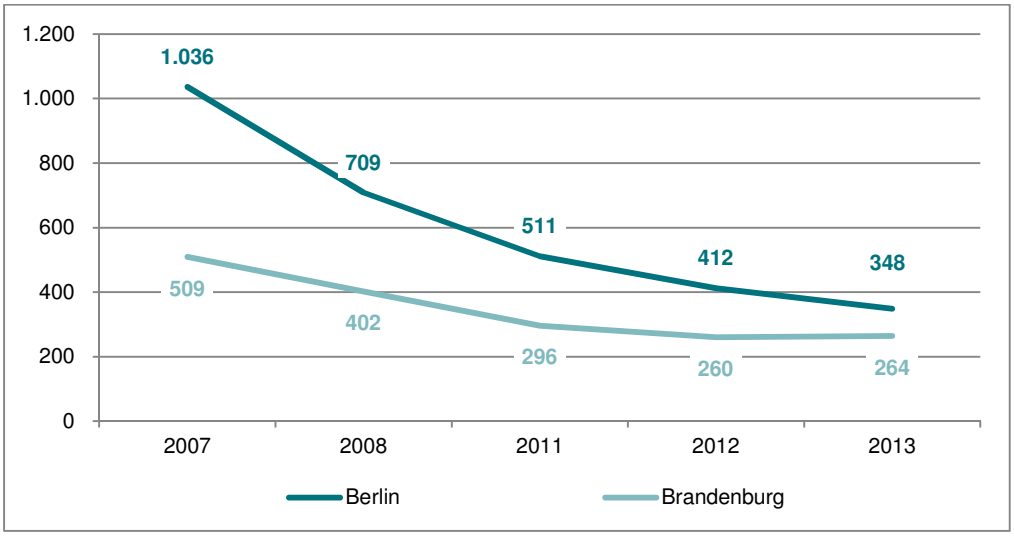
großen Beschäftigungsumfangs die Fluktuation eine deutliche Erhöhung der Arbeitskräftenachfrage erzeugt.

4.2.2 Arbeitskräfteangebot

Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007-2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in einen deutlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 6**).

Abbildung 6: Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung[92]

Die Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen (ca. drei Viertel). Das korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Die arbeitslos gemeldeten Personen weisen gegenüber den Beschäftigten eine leicht günstigere Altersstruktur auf. Dennoch sind knapp 25 Prozent der arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 50 Jahre und älter.[93] Die Zahlen zeigen, dass es trotz des deutlichen Rückgangs durchaus Möglichkeiten gibt, Arbeitskraftbedarfe aus der Klientel der arbeitslos gemeldeten Personen zu befriedigen. Zu bedenken ist jedoch, dass gerade bei den Helfertätigkeiten ein deutliches Mismatch zwischen nachgefragten und vorhandenen Kompetenzen besteht. Die Vermittlungsfähigkeit dürfte bei einer relevanten Anzahl an Arbeitssuchenden in diesem Tätigkeitsfeld eingeschränkt sein.

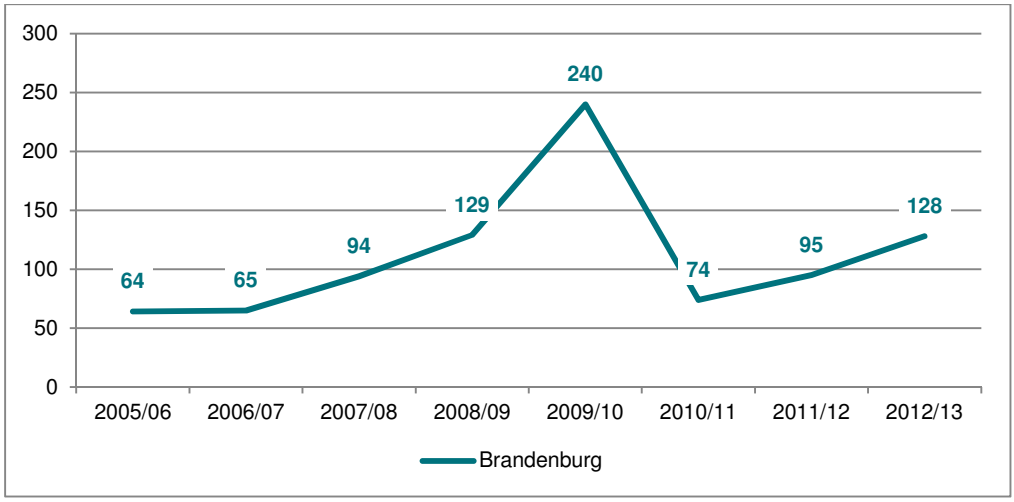
[92] Aufgrund einer Umschlüsselung der Daten durch die Bundesagentur für Arbeit liegen keine verlässlichen Angaben für 2009 und 2010 vor.

[93] Der Anteil der über 50-Jährigen liegt in Brandenburg mit 27 Prozent relativ deutlich über den Anteilen in Berlin.

Keine Ausbildungsaktivitäten in Berlin, steigende Ausbildungszahlen in Brandenburg

Die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe kann in Brandenburg vom quantitativen Bedeutungszuwachs der Ausbildung in den Gesundheitsberufen profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden in Brandenburg bei starken Schwankungen – die sich im Wesentlichen durch Veränderungen in der Anzahl von durch die Bundesagentur für Arbeit finanzierten Qualifizierungen zurückführen lassen – um das Doppelte gestiegen (vgl. **Abbildung 7**). In Berlin werden Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen derzeit nicht ausgebildet.[94]

Abbildung 7: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die jährlichen Absolventenzahlen fallen etwas niedriger aus. Während die Quoten der nicht erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse über die letzten Jahre verteilt bei ca. vier Prozent liegen, brechen immerhin in den letzten beiden Ausbildungsjahren 18 bzw. 20 Prozent eines Jahrgangs vorzeitig ihre Ausbildung ab.

4.2.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen (vgl. **Tabelle 30**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den untersuchten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg zwar leicht abgenommen. Für den weiteren Verlauf

[94] Vorgesehen ist jedoch der Start einer Ausbildung mit landesrechtlicher Anerkennung im Jahr 2015.

des Jahres 2014 erwartet aber ca. ein Viertel der Einrichtungen einen steigenden Beschäftigtenbestand. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf 37 Prozent. Insbesondere in Brandenburger Einrichtungen wird mit einer deutlichen Beschäftigungszunahme gerechnet, während in Berlin die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung stark ausgeprägt ist.

Tabelle 36: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	24	57	8	11
2015-2017	37	37	11	14

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Als Orientierung für die Einschätzung längerfristiger Wachstumspotenziale kann die Analyse der Beschäftigungszahlen der vergangenen 10 Jahren genutzt werden. Problematisch ist hierbei, dass die Helfertätigkeiten in der Krankenpflege erst seit kurzem explizit ausgewiesen werden. Zu der Gruppe der Helfer in der Krankenpflege zählten bis 2011 nicht nur die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, sondern auch Teilgruppen der Altenpflegehelfer, der Hebammenhelfer, der Rettungssanitäter sowie weiterer Berufsgruppen. Eine genaue Zuordnung von Anteilen dieser Tätigkeiten an der Gesamtgruppe ist nicht möglich. Zur groben Orientierung kann angenommen werden, dass rund die Hälfte der erfassten Beschäftigten zu den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen gehört.

Tabelle 37: Helfer in der Krankenpflege 2003 - 2011

Bundesland / Region	Helfer in der Krankenpflege (BKZ 854 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	11.680	11.572	11.612	11.705	12.167	12.573	13.427	14.294	14.671
Brandenburg	6.609	6.935	7.074	7.568	7.952	8.389	9.074	9.755	10.251
Berlin-Brandenburg	**18.289**	**18.507**	**18.686**	**19.273**	**20.119**	**20.962**	**22.501**	**24.049**	**24.922**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Helfer in der Krankenpflege wuchs im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um vier Prozent. Es ist aber davon auszugehen, dass dieses hohe Wachstumstempo vor allem Folge der Beschäftigungszunahme bei den Altenpflegehelfer/innen ist. Für die Krankenpflegehelfer/innen wird ein durchschnittliches Wachstumstempo von zwei Prozent angenommen. Ausgehend von den im Herbst 2014 erkennbaren Anzeichen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung der Gesundheits- und

Krankenpflegehelfer/innen ist für die nächsten Jahre ein abgeschwächtes Wachstum wahrscheinlich. Es wird für die Region insgesamt im Durchschnitt kaum über einem Prozent jährlich liegen. Diese Wachstumsrate wird dem Basisszenario zugrunde gelegt.

Entgegen den gegenwärtigen Anzeichen für ein unsicheres Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit positive Impulse für die Beschäftigungsentwicklung ausgelöst werden. Schlüsselfrage für die Weiterentwicklung der Beschäftigung der Pflegenden ist die Krankenhausreform. Wenn es mit der Reform gelingt, die Leistungserbringung der Krankenhäuser stärker am Nutzen für die Patientenversorgung zu orientieren und dafür auch den erforderlichen Personaleinsatz durch die Klärung der entsprechenden Finanzierungsvoraussetzungen zu ermöglichen, kann eine positivere Beschäftigungsentwicklung als bisher für die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen erwartet werden. Wird die Krankenhausreform noch 2015 beschlossen und ihre Umsetzung begonnen, erscheint noch für den Zeitraum bis 2020 und darüber hinaus bis 2030 ein stabiles Wachstum von jährlich zwei Prozent möglich. Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

Tabelle 38: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in

Bundesland / Region	Status-quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
	2013	2020	2025	2030	2013	2020	2025	2030
Berlin	8.752	9.400	9.900	10.400	8.752	10.100	11.100	12.300
Brandenburg	4.645	5.000	5.200	5.500	4.645	5.300	5.900	6.500
Berlin-Brandenburg	**13.397**	**14.400**	**15.100**	**15.900**	**13.397**	**15.400**	**17.000**	**18.800**

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status-quo-Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in Berlin und Brandenburg auf rund 16.000 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 38**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von etwa 1.000 Arbeitskräften. Bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 1.500 Arbeitskräften hinzu.

In der Entwicklungsvariante unter beschleunigten Wachstumsbedingungen wird sich der Beschäftigtenbestand der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 auf rund 19.000 Arbeitskräfte erhöhen und damit um fast 50 Prozent erweitern. Bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von ca. 2.000 und anschließend bis 2030 von weiteren 3.500 Arbeitskräften.

Ersatzbedarfe verstärken die Nachfrage durch den Erweiterungsbedarf

Nachfrage nach Arbeitskräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen (Rentenabgänge und Fluktuation). Die Altersstruktur der Gesundheits- und Kran-

kenpflegehelfer/innen führt dazu, dass bis 2020 mit rund 2.500 altersbedingt ausscheidenden Arbeitskräften gerechnet werden muss. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 2.000 Beschäftigte hinzu.

In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung wird angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 1.500 bis 2.000 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen bis 2030 abgeleitet werden.

Hohe Nachfrage nach Arbeitskräften in der Zeit bis 2030

Aus der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen geht ein relevanter Anstieg des Arbeitskräftebedarfs für die Zeit bis 2030 hervor. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist hierbei eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung. Da die Bestandsentwicklung und die Fluktuation wesentlich stärker von strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst werden, können die entsprechenden Entwicklungsprognosen nur plausible Trends abbilden.

Tabelle 39: Übersicht über die Quellen des Bedarfs an Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	600	1.300	1.500	500	2.600	3.300
2020-2030	1.000	2.200	1.500	500	3.000	4.200
2013-2030 insgesamt	**1.600**	**3.500**	**3.000**	**1.000**	**5.600**	**7.500**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	400	700	500	500	1.400	1.700
2020-2030	500	1.200	1.000	500	2.000	2.700
2013-2030 insgesamt	**900**	**1.900**	**1.500**	**1.000**	**3.400**	**4.400**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	1.000	2.000	2.000	1.000	4.000	5.000
2020-2030	1.500	3.400	2.500	1.000	5.000	6.900
2013-2030 insgesamt	**2.500**	**5.400**	**4.500**	**2.000**	**9.000**	**11.900**

*Szenario A = Szenario Status quo; Szenario B = Szenario Beschleunigtes Wachstum; Quelle: eigene Berechnungen

In Berlin und Brandenburg entsteht bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen bis 2030 ein Arbeitskräftebedarf in der Größenordnung von mindestens 9.000 und bei wirksamen Strukturveränderungen in der Versorgung von rund 12.000 Beschäftigten (vgl. **Tabelle 39**). Diesem Bedarf stehen Arbeitskräfteangebote aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie der Auszubildenden zur Verfügung, wobei das Arbeitskraftpotenzial der Arbeitslosen quantitativ und qualitativ begrenzt sein dürfte. Aufgrund der starken Schwankungen bei den Ausbildungszahlen lässt sich keine solide Schätzung zukünftiger Absolvent/innen vorlegen. Legt man (als Gedankenspiel) die aktuellen Absolventenzahlen zugrunde, so scheint es realistisch zu sein, dass in Brandenburg jährlich ca. 130 Personen ihre Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in beenden. Bis 2020 wären demnach rund 900, bis 2030 rund 2.200 neue Arbeitskräfte zu erwarten. In Berlin muss abgewartet werden, wie sich die Absolventenzahlen des neuen Ausbildungsganges entwickeln. Müsste der Arbeitskräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre eine Lücke von 3.000 Arbeitskräften bis 2020 und 8.000 Arbeitskräften bis 2030 zu schließen (Szenario A). Trotz der im Verhältnis derzeit wenig angespannten Arbeitsmarktlage bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen verdeutlichen die Zahlen, dass auch in diesem Bereich das Thema Fachkräftesicherung im Blick behalten werden muss, um potenzielle Engpässe frühzeitig erkennen und vermeiden zu können. Das gilt im Besonderen dann, wenn es zu den skizzierten Strukturveränderungen im Versorgungssystem kommen sollte und die Helfer/innen eine deutlich klarer definierte Position mit erweitertem Tätigkeitsbereich besetzen können.

4.2.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Auch wenn viele der Helfer/innen während ihres Berufslebens dem Berufsfeld treu bleiben, deutet die Tatsache, dass nach 15 Jahren Tätigkeit nur noch 42 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in Berlin ihren Beruf ausüben, auf hohe Belastungslagen hin.[95] Entsprechend bedeutsam sind Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die sowohl die physische Beschäftigungsfähigkeit als auch die Arbeitsmotivation positiv beeinflussen (können). Bei Ansätzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind alle in der Pflege Beschäftigten zu berücksichtigen und es ist zu bedenken, dass spezifische Tätigkeitsprofile zu spezifischen Belastungslagen – sowohl physisch, als auch psychisch – führen. Neben den an anderer Stelle skizzierten Handlungsspielräumen (vgl. Abschnitt 4.1.5 der vorliegenden Studie) sollte bei der Förderung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein Augenmerk darauf gerichtet werden, dass die Ansätze tätigkeitsspezifischen Unterschieden gerecht werden und damit allen Beschäftigten in der Pflege zu Gute kommen.

- Im Hinblick auf den hohen Fachkräftebedarf in der gesundheitlichen Versorgung insgesamt, sollte das Potenzial der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in vollem

[95] Wobei zu klären wäre, wie hoch der Anteil der Helfer/innen ist, die sich zur Fachkraft weiter qualifizieren.

Maße genutzt werden. Das ist nur möglich, wenn es gelingt, den Helfer/innen ein originäres wie auch versorgungsrelevantes Tätigkeitsfeld innerhalb einer ausdifferenzierten Versorgungsstruktur zuzuweisen. Der Ersatz der Helfer/innen durch Fachkräfte auf der einen und Servicekräfte des Hotellerie- und Gaststättengewerbes auf der anderen Seite, führt zu einer zusätzlichen Belastung der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie zu einem nochmaligen Anstieg des Fachkräftebedarfs in dieser Berufsgruppe. Die sich aktuell abzeichnende Rücknahme von Differenzierungsprozessen kann in der aktuellen Situation kein Schritt in die richtige Richtung sein. Sowohl die Einrichtungen, als auch die Landesverwaltungen und Kassen sind dazu aufgefordert, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten so zu definieren, dass der Einsatz von Hilfskräften in der Gesundheits- und Krankenpflege sowohl versorgungsseitig als auch betriebswirtschaftlich Sinn macht. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang auch, wie die Ausbildung der Pflegehilfskräfte so weiter entwickelt werden kann, dass sie steigenden Ansprüchen gerecht wird.

- Vor diesem Hintergrund ist der Aufbau einer staatlich anerkannten Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in in Berlin im Hinblick auf die empfohlene Differenzierung der Versorgungsstrukturen zu begrüßen.

4.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger

4.3.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Relevante Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 5.200 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.[96] Davon waren 61 Prozent in Berlin und 39 Prozent in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf nur eine geringe Rolle. Die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist in beiden Ländern überwiegend durch leichtes Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 40**).

Tabelle 40: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (BKZ 81302, 8131, 8138, 8139, 8132 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	31.06.2014	31.09.2014
Berlin	3.111	3.115	3.133	3.177	3.188	3.185
Brandenburg	1.948	1.948	1.957	2.000	2.005	2.007
Berlin-Brandenburg	**5.059**	**5.063**	**5.090**	**5.177**	**5.193**	**5.192**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind zu 93 Prozent auf dem Anforderungsniveau von Fachkräften tätig. Dementsprechend üben sieben Prozent der Beschäftigten Tätigkeiten auf dem Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeiten aus (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 126 Antwortende an, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zu beschäftigen. Von ihnen haben 44 ihren Sitz in Berlin und 78 in Brandenburg. Weitere vier Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Beschäftigte dieses Berufes finden sich überwiegend in Krankenhäusern. Aber auch in Pflegeeinrichtungen gibt es eine relevante Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. In den 66 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 1.285 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen tätig.

[96] In der Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit (KldB 2010) werden die Angaben zu den Beschäftigten der beiden Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, die als Fachkraft ohne Spezialisierung tätig sind, jeweils nur als Summe beider Tätigkeiten ausgewiesen. In der Gesundheitsberichterstattung für Berlin sind separate Angaben für beide Beschäftigtengruppen verfügbar. Bei Zusammenführung der dort enthaltenen Beschäftigtenzahlen beider Gruppen entfallen über die letzten Jahre auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen konstant 9 Prozent. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Größenverhältnis bei der Nutzung KldB 2010 angewandt. Da in der Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg vergleichbare Angaben nicht verfügbar sind, wird dieses Größenverhältnis auch für die entsprechenden Daten zu Brandenburg genutzt.

Sehr hoher Frauenanteil und vergleichsweise niedrige Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 98 Prozent (vgl. **Tabelle 41**).

Tabelle 41: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl (geschätzt)	Anteil in Prozent (geschätzt)	
Berlin	**3.115**	3.053	98,0	79,9
Brandenburg	**1.948**	1.909	98,0	84,9
Berlin-Brandenburg	**5.063**	**4.962**	**98,0**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung am unteren Ende der hier untersuchten Berufe, d. h. es sind relativ wenige Menschen in Teilzeit beschäftigt.[97]

Tabelle 42: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl (geschätzt)	Anteil in Prozent (geschätzt)	
Berlin	**3.115**	1.193	38,3	44,3
Brandenburg	**1.948**	688	35,3	46,2
Berlin-Brandenburg	**5.063**	**1.881**	**37,1**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

[97] Ebenso wie beim Frauenanteil können auch hinsichtlich der Teilzeitquote die Angaben nicht immer berufsscharf getrennt werden. Daher wurden die Werte der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege insgesamt übernommen. Dort, wo eine berufsscharfe Trennung möglich ist, stimmen die Teilzeitquoten – anders als beim Frauenanteil – tendenziell mit den hier berichteten Werten überein.

Relativ günstige Altersstruktur der Beschäftigten mit mittelfristig erkennbarem Ersatzbedarf

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: (vgl. **Tabelle 43**).

Tabelle 43: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**3.115**	1.027	1.200	439	285	164
Brandenburg	**1.948**	658	768	270	171	81
Berlin-Brandenburg	**5.063**	**1.685**	**1.968**	**709**	**457**	**245**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	33,0	38,5	14,1	9,2	5,3
Brandenburg	**100,0**	33,8	39,4	13,9	8,8	4,2
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**33,3**	**38,9**	**14,0**	**9,0**	**4,8**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Allein aufgrund der Anzahl der Beschäftigten wird deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine wahrnehmbare Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen aus dem Beruf ausscheiden wird.

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht ein wahrnehmbarer Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht deutlich zulasten Brandenburgs. Von den in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 17 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 3 Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 530 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und ca. 60 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Auch zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 44**).

Tabelle 44: Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**80**	57	1	1	0	21
Einpendler	**706**	529	11	18	16	132
Saldo	**+626**	**+472**	**+10**	**+17**	**+16**	**+111**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Auch Brandenburg hat Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in Brandenburg beläuft sich auf 5 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 23 Prozent (vgl. **Tabelle 44** und **Tabelle 45**).

Tabelle 45: Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**622**	529	17	20	5	51
Einpendler	**101**	57	5	18	17	4
Saldo	**-521**	**-472**	**-12**	**-2**	**+12**	**-47**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen ergibt sich ein Fachkräfteverlust, der rund 27 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Relevante Lohnunterschiede zwischen beiden Bundesländern

Bei der Betrachtung der Lohnstruktur ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Datenbasis nicht zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschieden werden kann. Da es durchaus möglich ist, dass zwischen beiden Tätigkeiten Lohnunterschiede bestehen, können die nachstehenden Angaben nur als grobe Orientierungswerte dienen. Das monatliche Bruttoarbeitsentgelt der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (ohne Auszubildende) lag zum Stichtag 31.12.2012 in Berlin bei 2.786 Euro auf Fachkraftebene, und bei 3.102 Euro auf Spezialistenebene. In Brandenburg betrug das Entgelt 2.582 Euro bzw. 2.794 Euro; ein Unterschied von etwa 200 bzw. 300 Euro. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Gesundheits- und Krankenpflege bundesweit bei 2.971 Euro (Fachkraftebene) bzw. 3.256 Euro (Spezialistenebene). Um die Angaben

auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag.

Auch wenn der Lohn eine wesentliche Grundlage für die Arbeitsplatzentscheidung sein dürfte, erklärt er doch nicht alleine die eindeutige Pendlerbewegung in Richtung Berlin. So ist beispielsweise im Vergleich zu den anderen Berufen der nominale Lohnunterschied zwischen Berlin und Brandenburg ähnlich groß, ohne dass dies zu einer entsprechenden Sogwirkung Berlins geführt hätte. Auch sprechen der höhere bundesweite Medianlohn und der gleichzeitig positive Pendlersaldo Berlins dagegen, die Lohnunterschiede bei der Betrachtung der Pendlerbeziehungen zu stark zu gewichten.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben jeweils rund 40 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und/oder in Teilzeit eingestellt (insgesamt 283 Personen). Ein Drittel der Befragten (25 von 75) hat angegeben, dass sie 2013 keinen Einstellungsbedarf hatten. Dies ist gegenüber den anderen untersuchten Berufen ein hoher Wert und ein Hinweis auf eine aus Sicht der Einrichtungen entspannte Fachkräftesituation. Auffällig ist, dass große Einrichtungen – in der Regel Krankenhäuser – verhältnismäßig häufig Personen in Vollzeit und kleinere Einrichtungen eher in Teilzeit einstellen. 2014 setzt sich das skizzierte Einstellungsverhalten in abgeschwächter Form fort. Rund 18 Prozent der 93 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 15 Prozent planten solche. In Berlin sind mehr Einstellungen erfolgt und geplant. Dies ist überraschend, da die längere Suche nach Fachkräften in Brandenburg nicht zu einem höheren Anteil an noch geplanten Einstellungen führt.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Fünf Prozent (4 der 75 Fälle) der Befragten gaben an, im Jahr 2013 keine geeigneten Bewerbenden gefunden und daher Stellen nicht besetzt haben zu können. Insgesamt konnten 10 Stellen nicht besetzt werden. Auffällig hierbei ist, dass es sich ausschließlich um Pflegeeinrichtungen handelt, die keine geeigneten Bewerbenden gefunden haben. Angesichts des großen Beschäftigungsumfangs handelt es sich um eine kleine Anzahl offen gebliebener Stellen. Demnach scheinen die Einrichtungen zwar einen relevanten Bedarf an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zu haben, sie können diesen jedoch derzeit noch decken.

Die aus Sicht der Einrichtungen entspannte Arbeitsmarktlage spiegelt sich auch in den Stellenbesetzungszeiten wieder: 84 Prozent der Einrichtungen haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Dreizehn Prozent können ihre Stellen innerhalb von drei Monaten besetzen. Die Schwierigkeiten der Pflegeeinrichtungen bei der Besetzung offener Stellen bei Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen spiegeln sich zum Teil auch bei der Stellenbesetzungsdauer wider, werden aber durch die Unterschiede zwischen Berliner und Brandenburger Einrichtungen überlagert: Antwortende aus Einrichtungen mit Sitz in Brandenburg haben insgesamt größere Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als Einrichtungen in Berlin.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt steht für den Beruf Krankenschwester, -pfleger eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung.[98] Da keine differenzierteren Daten vorliegen, werden die Ergebnisse dieser Analyse auf die Situation der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen übertragen. Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 83 Prozent der Krankenschwestern und -pfleger (resp. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) in ihrem Beruf tätig, in Brandenburg sind es knapp 86 Prozent. Damit ist für diesen Beruf eine vergleichsweise hohe Berufstreue zu verzeichnen. Diese Quote fällt noch höher aus, wenn man Berufswechsel in vergleichbare Berufe einbezieht. In diesem Falle erhöht sich die Zahl der im Beruf Verbleibenden (oder in einen vergleichbaren Beruf wechselnden) auf knapp 91 Prozent in Berlin und sogar 98 Prozent in Brandenburg. Der positive Eindruck hinsichtlich der geringen Fluktuation wurde einhellig von den Vertreter/innen der Brandenburger Krankenhäuser bestätigt.

4.3.2 Arbeitskräfteangebot

Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

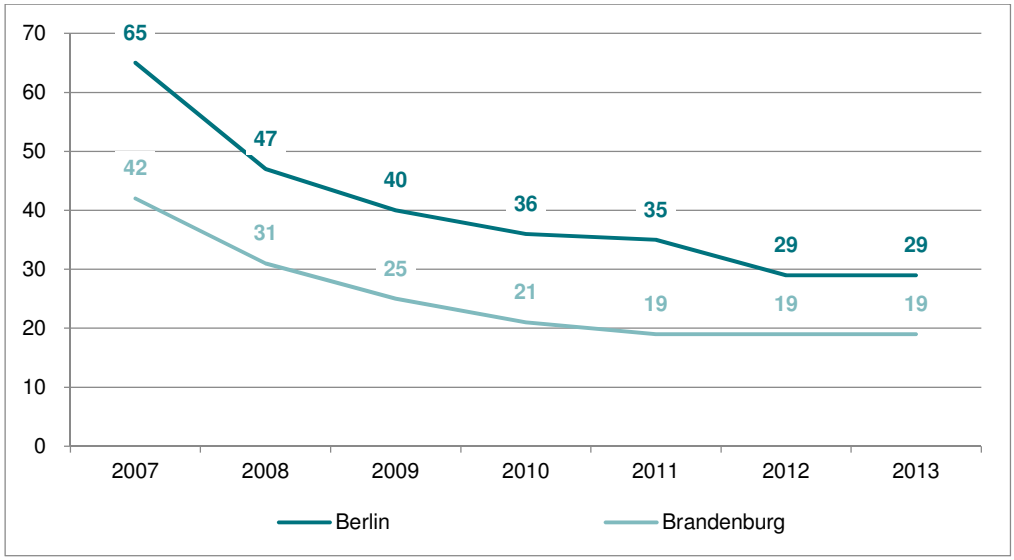
Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007-2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen.[99] Insgesamt weist der Beruf Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 8**).

---

98 Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

99 Analog zur Darstellung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird angenommen, dass neun Prozent der Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachkraftebene den Zielberuf Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angegeben haben.

Abbildung 8: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

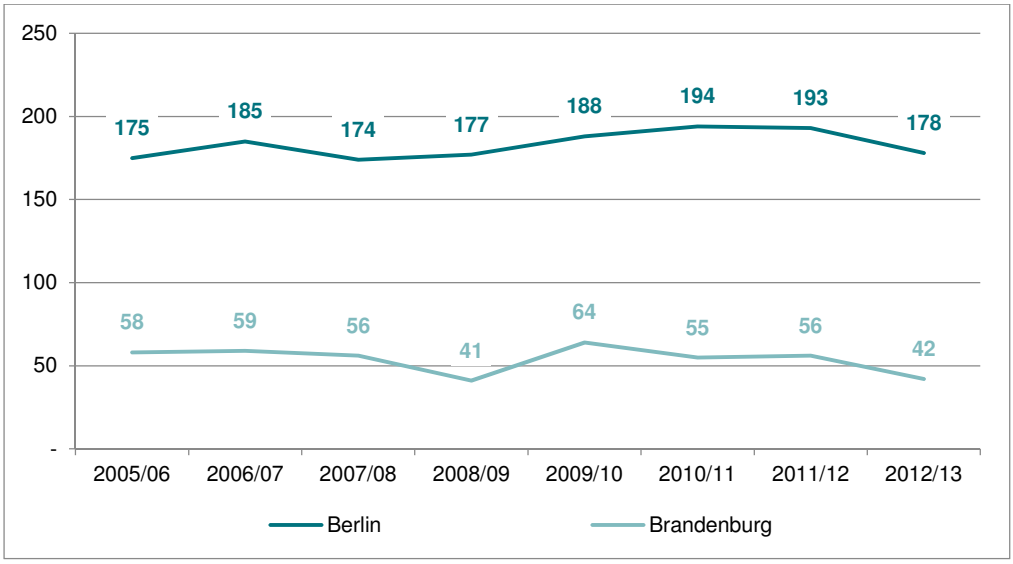
Die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Das korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Die Altersstruktur der Arbeitssuchenden fällt mit etwa 31 Prozent über 50-Jährigen etwas ungünstiger als die Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus. Die Zahlen zeigen, dass es fast keine Möglichkeit gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu bedienen.

Schwankende Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg

Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hat die Ausbildung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 im Jahr 2012/2013 – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann von diesem Bedeutungszuwachs nicht profitieren. Im Beobachtungszeitraum ist die Zahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um sechs Prozent gesunken. Dieser Rückgang ist auf die Entwicklung in Brandenburg zurückzuführen, wobei sich der Rückgang auf das Ausbildungsjahr 2012/2013 beschränkt (allerdings im hier nicht abgebildeten Ausbildungsjahr 2013/2014 fortgesetzt wird). In Berlin zeigt sich dagegen eine relativ gleichbleibende Zahl an Auszubildenden.[100]

[100] Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

Abbildung 9: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Nicht alle Auszubildenden beenden ihre Ausbildung erfolgreich. Während in den letzten Jahren alle Ausbildungsprüfungen erfolgreich bestanden wurden, liegt die Vertragsauflösungsquote in den letzten Jahren in Berlin bei 16 bis 19 Prozent, in Brandenburg lag die Quote etwas geringer bei 15 Prozent.

Die Auszubildenden werden in der Regel an eigenen Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege der Krankenhäuser ausgebildet. Mit Rückgang der Geburtenrate in den 90er Jahren haben viele Krankenhäuser die Kinderabteilungen verkleinert oder geschlossen, was entsprechende Auswirkungen auf die Ausbildungsaktivitäten dieser Häuser hat. Zum Teil ist nicht geklärt, wie die entstehenden Bedarfe ausbildungsseitig abgedeckt werden sollen. Bei den Einrichtungen, die selbst Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ausbilden, bestehen keine Probleme, die Ausbildungsplätze zu besetzen.

4.3.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Schwache Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auf Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den untersuchten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen leicht zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet rund ein Fünftel der Befragten ein Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der

Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, auf 29 Prozent. Bei der Betrachtung nach Bundesländern wird deutlich, dass vor allem in Brandenburg von einer steigenden Beschäftigungsentwicklung ausgegangen wird. Allerdings ist auch der hohe Anteil von 18 Prozent bemerkenswert, der von fallenden Beschäftigtenzahlen in der Einrichtung ausgeht.

Tabelle 46: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg

Beschäftigungszeiträume	**Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen**			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	21	57	8	14
2015-2017	29	32	18	21

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Eine über 2017 hinausgehende Vorausschau ist nur eingeschränkt möglich, da im Rahmen des der Statistik zugrunde liegenden gesetzlichen Meldeverfahrens Angaben für die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ohne Spezialisierung nicht separat erfolgen. Nachfolgend werden daher voraussichtliche Entwicklungstrends des Beschäftigtenbestandes auf der Basis der Bevölkerungsprognose abgeleitet. Dieser Bedarfseinschätzung liegen folgende Überlegungen zugrunde: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind in der pflegerischen Versorgung von Patienten im Säuglingsalter bis hin zum 18-jährigen Jugendlichen tätig. Von dieser abgrenzbaren Zielgruppe ausgehend kann eine aktuelle Relation von Kinderkrankenpfleger/innen zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner dieser Altersgruppe ermittelt werden. Diese Relation kann unter Status-quo-Annahme auf die Bevölkerungsprognose der Jahre 2020 und 2030 übertragen werden.

Die Bevölkerungsprognosen für Berlin und Brandenburg weisen folgende Entwicklungen aus:

Tabelle 47: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 0-18-Jährigen in Berlin und Brandenburg

Bundesland / Region	Bevölkerungsstand 2011	Bevölkerungsprognose 2020	Bevölkerungsprognose 2030
	Personen im Alter von 0-18 Jahren		
Berlin	518.200	578.400	583.700
Brandenburg	338.400	349.957	278.667
Berlin-Brandenburg	**856.600**	**928.357**	**862.367**

Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Daraus ergibt sich eine Relation von einer Kinderkrankenpflegerin bzw. einem -pfleger pro 167 Einwohner/innen in Berlin, in Brandenburg beträgt das Verhältnis 1 zu 175. Aktuelle

Beschäftigtenzahlen für Berlin legen jedoch die Vermutung nahe, dass auch hier eher ein Verhältnis von 1 zu 175 realistisch ist. Aus Gründen der Komplexitätsreduzierung wird dieses Verhältnis in der weiteren Projektion daher für beide Bundesländer als Basiswert angenommen. Demnach wären in den Beobachtungszeiträumen folgende Beschäftigtenbestände in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege notwendig:

Tabelle 48: Möglicher Bestand an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern in den Jahren 2020 und 2030

Bundesland / Region	2013	2020	2030
	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in		
Berlin	3.100	3.300	3.350
Brandenburg	1.937	2.000	1.600
Berlin-Brandenburg	**5.037**	**5.300**	**4.900**

Quelle: eigene Berechnungen

Aus dieser möglichen Bestandsentwicklung der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ergibt sich in der Zeit bis 2020 in Berlin ein Erweiterungsbedarf von rund 200 Fachkräften. In Brandenburg bleibt der erwartete Erweiterungsbedarf bei unter 100 Fachkräften. Im darauf folgenden Jahrzehnt kommt in Berlin noch eine geringe Bestandserweiterung hinzu, während in Brandenburg der Bestand deutlich zurückgeht – möglicherweise um rund 400 Fachkräfte. Für die Region insgesamt ergibt sich daraus ein Minus in vergleichbarer Größe.

Sollten sich, ähnlich wie für die Gesundheits- und Krankenpflege in der Variante verbesserter Rahmenbedingungen skizziert, auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Beschäftigungsbedingungen in nächster Zeit günstiger gestalten, könnte in Berlin der Erweiterungsbedarf insbesondere für die Zeit 2020 bis 2030 größer und in Brandenburg würde in dieser Dekade der Beschäftigungsabbau spürbar geringer ausfallen.

Ersatzbedarfe bestimmen weitgehend die Nachfrage nach Fachkräften

Nachfrage nach Fachkräften wird auch durch Ersatzbedarf entstehen (Renteneintritte und Fluktuation). Die relativ junge Altersstruktur der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen führt dazu, dass der altersbedingte Ersatzbedarf nicht den gleichen Stellenwert wie in anderen Tätigkeiten einnimmt. Gleichwohl ist aufgrund der Beschäftigtenzahlen ein altersbedingter Ersatzbedarf erkennbar. Bis 2020 muss mit rund 700 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt kommen weitere 700 Beschäftigte hinzu.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen keine berufsspezifischen Daten vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten innerhalb von 15 Jahren in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf von insgesamt rund 500 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen bis 2030 abgeleitet werden.

Schwache Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen geht insgesamt eine schwache Nachfrage nach Fachkräften für die Zeit bis 2030 hervor. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist hierbei eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung. Da die Bestandsentwicklung und die Fluktuation wesentlich stärker von strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst werden, können die entsprechenden Entwicklungsprognosen nur plausible Trends abbilden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg ein Neubedarf an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in der Größenordnung von 800 Beschäftigten und bei wirksamen Strukturveränderungen von rund 1.200 Beschäftigten entstehen wird.

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen zu Grunde, so ist jährlich mit rund 70 neuen Fachkräften (50 in Berlin, 20 in Brandenburg) zu rechnen. Dementsprechend sind bis 2020 etwa 490, bis 2030 ca. 1.200 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Damit ist es wahrscheinlich möglich, quantitativ den größten Teil des zukünftigen Bedarfs zu decken.[101]

4.3.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- In der Kinderkrankenpflege sind Fachkräfteengpässe – abgesehen von punktuellen Schwierigkeiten bei der Mitarbeiterakquise – nicht zu erwarten. Relevant sind in diesem Kontext eher Fragen der Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen sowie Lösungen für praktikable Ausbildungsstrukturen trotz begrenzter Fachkräftenachfrage. Hierbei ist zwischen den Kosten kleiner Ausbildungsklassen auf der einen und der Mobilität angehender Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen auf der anderen Seite abzuwägen. Handlungsbedarf besteht darüber hinaus – wie in fast allen Gesundheitsfachberufen – in der Ausgestaltung der Arbeitszusammenhänge. Die Einkommensverhältnisse der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind vergleichsweise gut. Zentrales Problem dürfte die auch in diesem Bereich steigende Arbeitsverdichtung und -belastung sein. Auch die Schnittstelle zur Ärzteschaft dürfte im Hinblick auf die Beschäftigungsbedingungen weiter an Bedeutung gewinnen.

  Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden auch für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen noch relevanter werden. In welchen Bereichen diesbezüglich Unterstützungsbedarf besteht, ist den entsprechenden Ausführungen zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (Abschnitt 4.1.5) zu entnehmen. Ob die

[101] Die integrierte Pflegeausbildung wird auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege einschließen. Inwieweit es unter den neuen Rahmenbedingungen gelingt, bedarfsgerecht auszubilden, ist offen.

physischen und psychischen Belastungslagen von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen spezifische Ansätze des betrieblichen Gesundheitsmanagements nahe legen, bedarf der Klärung.

Unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der in anderen Bereichen zu diagnostizierenden hohen zukünftigen Fachkräftebedarfe in der Gesundheitswirtschaft, bedarf es auch in der Kinderkrankenpflege einer beständigen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Ohne Optimierung der Versorgungsstrukturen – und hier im Besonderen der Schnittstelle zwischen Ärzteschaft und Pflege – wird die hohe Versorgungsqualität nicht zu halten und werden die Herausforderungen der Fachkräftesicherung nicht zu lösen sein. Von diesem Prozess können auch Berufe mit geringem Fachkräfteproblem profitieren, wenn sie sich als relevanter Bestandteil des Gesundheitssystems in derartige Entwicklungsprozesse einbringen.

4.4 Altenpflegerin und -pfleger

4.4.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Die nachstehenden Analysen beziehen sich auf alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg. Frühere Arbeiten zu diesem Thema haben zumeist die Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen unter Nutzung der Pflegestatistik in den Blick genommen und bezogen sich ausschließlich auf ein Bundesland. [102] Die hier genutzten Zahlen der Bundesagentur für Arbeit zeigen, dass ein durchaus relevanter Anteil an Beschäftigten in diesem Beruf nicht in der Altenpflege tätig ist. Relevante Arbeitgeber sind Krankenhäuser mit einem geriatrischen Versorgungsschwerpunkt und Reha-Kliniken.

Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 16.000 Altenpfleger/innen beschäftigt (hiervon über 12.000 in Altenpflegeeinrichtungen nach dem SGB XI); davon 57 Prozent in Berlin und 43 Prozent in Brandenburg. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf nur eine geringe Rolle. Die Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 49**). In Berlin fällt der Zuwachs tendenziell kontinuierlicher aus als in Brandenburg, wo die Entwicklung in Wellen verläuft.[103]

Tabelle 49: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Altenpflege 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpfleger/innen (BKZ 82102, 82103, 8218, 8219 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	8.254	8.570	8.972	9.163	9.099	9.294
Brandenburg	6.875	6.721	6.772	7.023	6.882	6.923
Berlin-Brandenburg	**15.129**	**15.291**	**15.744**	**16.186**	**15.981**	**16.217**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Altenpfleger/innen sind zu 95 Prozent auf dem Anforderungsniveau von Fachkräften tätig. Die restlichen Beschäftigten sind auf dem Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeiten beschäftigt oder setzen Führungsaufgaben um (Stand 2013).

[102] Bspw. IAB-Regional (Hrsg.): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen. 2011, MASF (Hrsg.): Sozial Spezial 3 – Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg. Frankfurt (Oder): 2013, MASF: Brandenburger Fachkräftestudie Pflege – Kurzfassung. Teltow: 2014

[103] In der Altenpflege fällt das Wachstum dynamischer und auch bruchfreier aus, was ein Hinweis darauf ist, dass die Beschäftigungssituation von Altenpflegerinnen und -pflegern außerhalb der Pflege stärkeren Schwankungen unterliegt.

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 274 Antwortende an, Altenpfleger/innen zu beschäftigen. In den 156 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 1.206 Altenpfleger/innen tätig. Ganz eindeutig überwiegen Einrichtungen mit einer Beschäftigtenzahl von eins bis drei Personen in diesem Beruf. Vor allem in ambulanten Pflegeeinrichtungen – und hier anteilig gesehen deutlich stärker in Brandenburg als in Berlin – ist eine solch geringe Anzahl an Beschäftigten festzustellen.

Hoher Frauenanteil bei unterschiedlichen Teilzeitquoten in Berlin und Brandenburg

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 82 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 50**).

Tabelle 50: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**8.570**	6.646	77,6	79,9
Brandenburg	**6.721**	5.832	86,8	84,9
Berlin-Brandenburg	**15.291**	**12.478**	**81,6**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg generell etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[104] In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[105]

Die Altenpflege liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung am unteren Ende der untersuchten Berufe mit deutlichen Unterschieden zwischen Berlin und Brandenburg (vgl. **Tabelle 51**).

[104] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.
[105] Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Tabelle 51: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**8.570**	3.138	36,6	44,3
Brandenburg	**6.721**	3.504	52,1	46,2
Berlin-Brandenburg	**15.291**	**6.642**	**43.4**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei einem Teil der in Teilzeit eingestellten Beschäftigten um Personen handelt, die in „verdeckter Vollzeit" arbeiten, d. h. die Beschäftigten erhalten einen Teilzeitvertrag, arbeiten aber zumindest teilweise in Vollzeit, um Auslastungsschwankungen der Einrichtungen abzufangen. Sollten diese Hinweise zutreffend sein, so könnte das zumindest in Teilen den Unterschied zwischen den beiden Bundesländern erklären (und die Handlungsspielräume der Arbeitszeitgestaltung in Brandenburg begrenzen).

Durchschnittliche Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 52: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Altenpfleger/innen

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**8.570**	2.909	2.961	1.277	928	495
Brandenburg	**6.721**	2.444	2.405	962	667	243
Berlin-Brandenburg	**15.291**	**5.353**	**5.366**	**2.239**	**1.595**	**738**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	33,9	34,6	14,9	10,8	5,8
Brandenburg	**100,0**	36,4	35,8	14,3	9,9	3,6
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**35,0**	**35,1**	**14,7**	**10,4**	**4,8**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Aufgrund der Anzahl der Beschäftigten wird deutlich, dass in den nächsten Jahren eine erhebliche Anzahl an Altenpfleger/innen aus dem Beruf ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 52**).

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Altenpflege besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser geht deutlich zulasten Brandenburgs. Von den in der Altenpflege Beschäftigten kommen in Berlin rund 13 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund zwei Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund

1.100 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und ca. 160 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Auch zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Altenpflege Verflechtungsbeziehungen auf. Deutlich wird hierbei die Sogwirkung Berlins (vgl. **Tabelle 53**).

Tabelle 53: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Altenpfleger/innen

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**238**	160	*	*	*	Ca. 75
Einpendler	**1.732**	1.087	49	111	*	Ca. 485
Saldo	**+1.494**	**+927**	**Ca. +48**	**Ca. +110**	*	**Ca. +410**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat ebenfalls Pendlerverflechtungen zu seinen benachbarten Bundesländern, wobei auch hier in der Regel das Pendlersaldo negativ ausfällt. (vgl. **Tabelle 54**).

Tabelle 54: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Altenpfleger/innen

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**1.356**	1.087	66	105	Ca. 40	58
Einpendler	**326**	160	22	80	53	11
Saldo	**-1.030**	**-927**	**-44**	**-25**	**+13**	**-47**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Altenpflege erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 15 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Relevante Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

Das nominale monatliche Medianentgelt[106] der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Altenpfleger/innen in Berlin lag bei 2.216 Euro. In Brandenburg betrug es 1.940 Euro; immerhin ein Unterschied von knapp 300 Euro. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Altenpflege auf Fachkraftebene bundesweit bei 2.396 Euro. Um die

[106] Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf Vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52

Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag. Auch wenn der Lohn eine wesentliche Grundlage für die Arbeitsplatzentscheidung sein dürfte, erklärt er doch nicht alleine die eindeutige Pendlerbewegung in Richtung Berlin. So ist beispielsweise im Vergleich zu anderen Berufen der nominale Lohnunterschied ähnlich groß, ohne dass dies zu einer entsprechenden Sogwirkung Berlins geführt hätte. Auch sprechen der höhere bundesweite Medianlohn und der gleichzeitig positive Pendlersaldo Berlins dagegen, die Lohnunterschiede bei der Betrachtung der Pendlerbeziehungen zu stark zu gewichten. Denkbar wäre, dass zumindest in der Arbeitsmarktbeziehung zwischen Berlin und Brandenburg die deutlich höhere Vollzeitquote bei den Altenpfleger/innen in Berlin eine relevante Rolle spielt. Jemand der in Vollzeit im Beruf tätig sein will, hat in Berlin bessere Arbeitsmarktchancen als in Brandenburg.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben mehr als 50 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und knapp 50 Prozent mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 733 Personen eingestellt worden. Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Altenpflege fort. Jeweils rund 40 Prozent der 209 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen und/oder planten solche.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich u. a. daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt werden konnte. Diesbezüglich zeigt sich ein relativ entspanntes Bild. So gaben nur rund sechs Prozent der Befragten (12 der 217 Fälle) an, im Jahr 2013 keine geeigneten Bewerbenden gefunden und daher Stellen nicht besetzt haben zu können. Insgesamt konnten 18 Stellen nicht besetzt werden.

Auf die Frage nach den durchschnittlichen Stellenbesetzungszeiten für Altenpfleger/innen gaben 78 Einrichtungen (50 Prozent) an, dass die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Ca. ein Viertel gibt an, dass sich die Besetzungsdauer auf maximal 12 Wochen beläuft. Länger als ein halbes Jahr suchen rund acht Prozent der Antwortenden. Dies ist im Vergleich der untersuchten Berufe ein hoher Wert, was auf eine relativ ungünstige Angebots-Nachfrage-Relation aus Sicht der Einrichtungen hindeutet.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt stehen für den Beruf Altenpfleger/in mehrere eigenständige Untersuchungen zur Verfügung. Eine Studie des IWAK kommt zu dem Schluss, dass nach 15 Jahren noch 63 Prozent der examinierten Altenpfleger/innen in ihrem Beruf beschäftigt waren.[107] Damit ist für diesen Beruf eine recht

[107] Joost/Kipper/Tewolde (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.

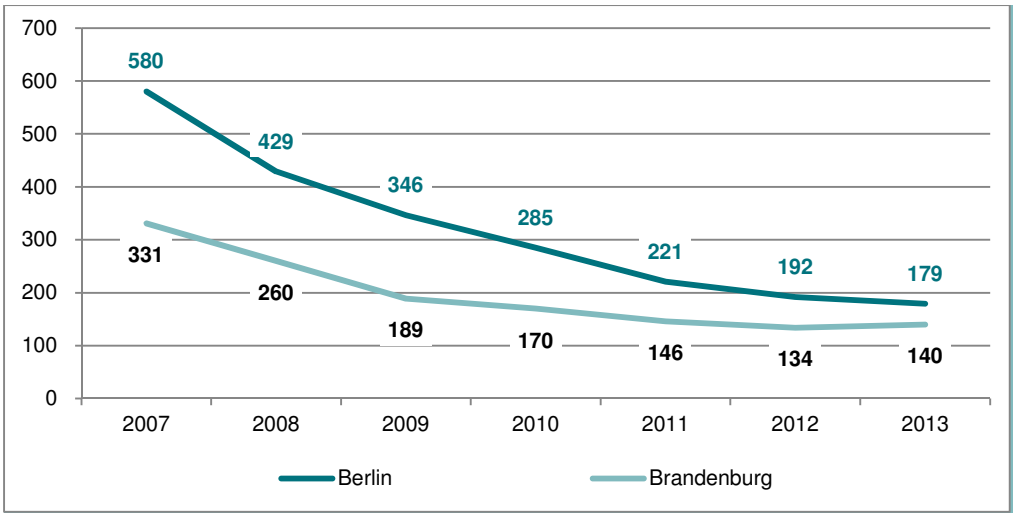
geringe Verweildauer zu beobachten. Entsprechend ist zu konstatieren, dass vor dem Hintergrund des großen Beschäftigungsumfangs die Fluktuation eine deutliche Verringerung des Fachkräftepotenzials erzeugen kann.

4.4.2 Arbeitskräfteangebot

Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Altenpfleger/in einen kontinuierlichen und vor allem in Berlin sehr deutlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 10**).

Abbildung 10: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Zielberuf Altenpfleger/in



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

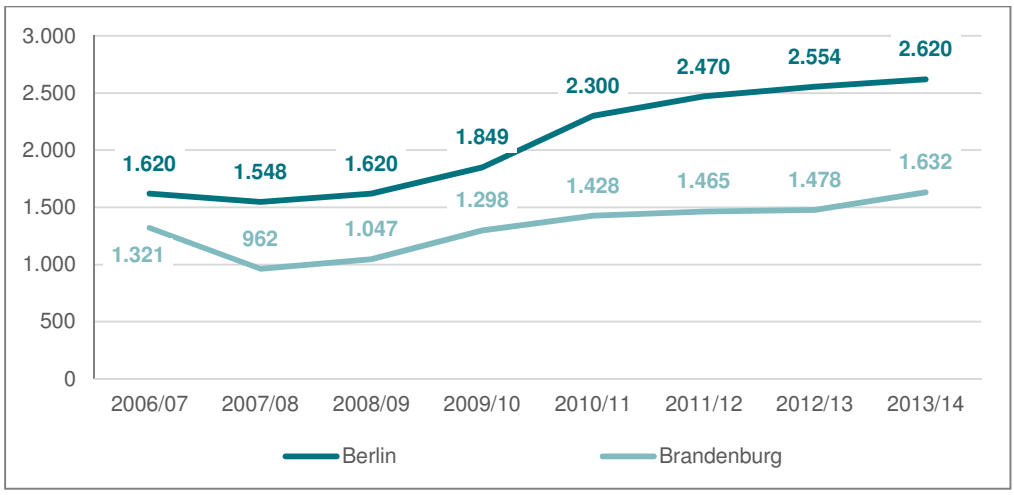
Die Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Das korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ist die Gruppe der über 55-Jährigen mit knapp 14 Prozent an allen Arbeitslosen vergleichsweise klein. Über 70 Prozent der Arbeitsuchenden sind unter 50 Jahre alt. Die Zahlen zeigen, dass es rein quantitativ betrachtet nur noch eingeschränkte Möglichkeiten gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu befriedigen.

Deutliche Ausbildungssteigerungen in Berlin und Brandenburg

Die Zahl der Auszubildenden stieg in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr

2012/2013[108] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Die Altenpflege ist ganz wesentlich für diesen Anstieg verantwortlich. Im Zeitraum zwischen 2006/2007 und 2013/2014 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 45 Prozent gestiegen (vgl. **Abbildung 11**). Dieser Anstieg ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg festzustellen.[109]

Abbildung 11: Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen



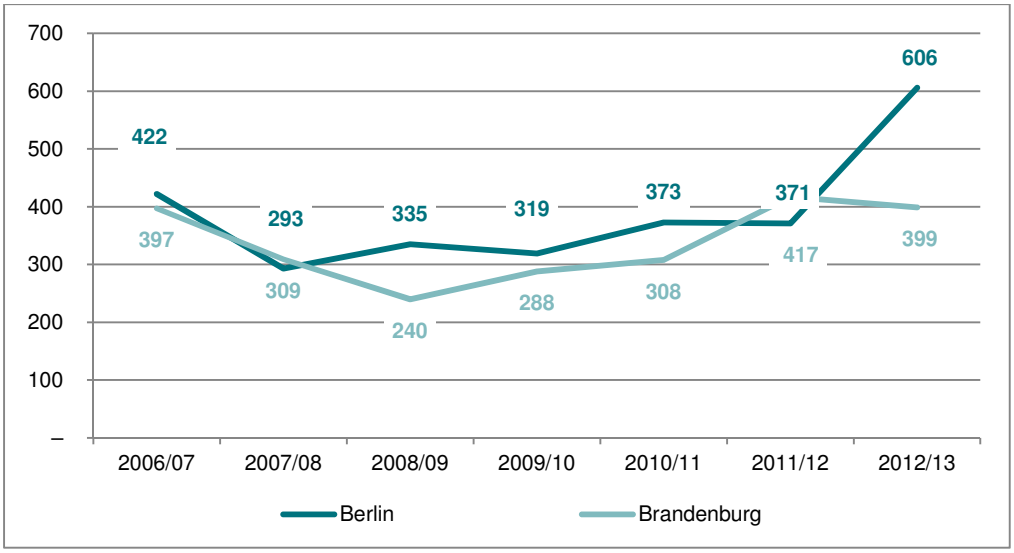
Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die gleichförmige Entwicklung zwischen den beiden Bundesländern dürfte durch eine ähnliche Fachkräftebedarfssituation in der Altenpflege begründet sein. Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfung nicht bestehen oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Daten hierzu liegen nur für Brandenburg vor. Über die letzten Jahre verteilt bestehen in Brandenburg zwischen sechs und acht Prozent der Prüflinge ihre Abschlussprüfungen nicht. Die Quote der vorzeitig beendeten Ausbildungen zum Schuljahresende 2012/2013 betrug ca. 30 Prozent, im Jahr zuvor lag diese Quote in Brandenburg bei 20 Prozent. Dies schlägt sich wie folgt auf die Absolventenzahlen nieder (vgl. **Abbildung 12**):

[108] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

[109] Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

Abbildung 12: Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

4.4.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Altenpflege kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpfleger/innen (vgl. **Tabelle 49**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Altenpfleger/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg deutlich zugenommen. Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet ein Drittel der Einrichtungen Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf fast die Hälfte (vgl. **Tabelle 55**).

Tabelle 55: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Altenpfleger/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	33	50	7	10
2015-2017	46	29	11	14

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Als Orientierung für die Einschätzung längerfristiger Wachstumspotenziale kann die Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren genutzt werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 gehörten die Altenpfleger/innen zur Gruppe Sozialarbeiter/innen, Sozialpfleger/innen in der KldB 1988. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rund zwei Drittel der in der Gesamtgruppe ausgewiesenen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Altenpfleger/innen oder Pflegehilfskräfte sind.

Tabelle 56: Sozialarbeiter, Sozialpfleger 2003 – 2011

Bundesland	Sozialarbeiter, Sozialpfleger (BKZ 861 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	21.466	21.838	20.090	21.139	21.810	23.614	26.631	28.088	28.689
Brandenburg	12.760	12.709	12.470	13.348	14.156	15.132	16.541	18.103	18.988
Berlin-Brandenburg	**34.226**	**34.547**	**32.560**	**34.487**	**35.966**	**38.746**	**43.172**	**46.191**	**47.677**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger wuchs in der Region Berlin-Brandenburg jährlich um etwa vier Prozent (vgl. **Tabelle 56**). Dabei lag die Wachstumsrate in Brandenburg (5 Prozent) über der von Berlin (3,7 Prozent). Da rund zwei Drittel dieser Berufsgruppe den Altenpflegern zuzurechnen sind, kann davon ausgegangen werden, dass sie auch weitgehend dieses Wachstumstempo bestimmt haben. Die in Tabelle 49 dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 und 2013 die Fortsetzung dieses hohen Wachstumstempos. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann daher in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Altenpfleger/in eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von vier Prozent angenommen werden. Die Wachstumsrate von vier Prozent wird im Folgenden auch als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung der Altenpfleger/innen für den mittelfristigen Zeitraum bis 2020 und für den langfristigen Zeitraum bis 2030 sowohl für Brandenburg als auch für Berlin übernommen. Aufgrund der skizzierten Zusammenhänge und der aktuellen Arbeitsmarktsituation scheint es kaum vorstellbar, dass die Beschäftigtenzahlen in der Altenpflege noch dynamischer wachsen könnten (selbst wenn der Bedarf hierfür entstehen würde). Entsprechend wird an dieser Stelle auf ein Alternativszenario verzichtet.

Tabelle 57: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in

Bundesland	Status-quo-Annahme			
	2013	2020	2025	2030
Berlin	8.570	11.300	13.700	16.700
Brandenburg	6.721	8.800	10.800	13.100
Berlin-Brandenburg	**15.291**	**20.100**	**24.500**	**29.800**

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status-quo-Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg auf ca. 30.000 Erwerbstätige erhöhen und damit um rund 100 Prozent steigen (vgl. **Tabelle 57**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von etwa 5.000 Fachkräften. Bis 2030 ein kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 10.000 Fachkräften hinzu.

Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Fachkräftenachfrage

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf entstehen (Renteneintritte und Fluktuation). Bis 2020 muss in der Region mit rund 2.300 altersbedingt ausscheidenden Altenpfleger/innen gerechnet werden. Bis 2030 kommen weitere 2.200 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin deutlich höher als in Brandenburg aus.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – berufsspezifische Daten vor. Rund ein Drittel der Altenpfleger wechselt innerhalb von 15 Jahren in eine andere berufliche Tätigkeit. Dies bedeutet, dass in der Berlin-Brandenburger Region bis zum Jahr 2030 rund 10.000 Altenpfleger als Folge von Fluktuation ersetzt werden müssen.

Hohe Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

Aus der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen geht ein enormer Anstieg des Fachkräftebedarfs in der Zeit bis 2030 hervor. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit Altenpfleger/in ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von rund 30.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 58**).

Tabelle 58: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg 2013 bis 2030

Berlin				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	2.800	1.400	2.000	6.200
2020-2030	5.500	1.300	3.500	10.300
2013-2030 insgesamt	**8.300**	**2.700**	**5.500**	**16.500**

Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	2.200	1.000	2.000	5.200
2020-2030	4.300	1.000	2.500	7.800
2013-2030 insgesamt	**6.500**	**2.000**	**4.500**	**13.000**

Berlin-Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	5.000	2.400	4.000	11.400
2020-2030	9.800	2.300	6.000	18.100
2013-2030 insgesamt	**14.800**	**4.700**	**10.000**	**29.500**

Quelle: eigene Berechnungen

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen zu Grunde (die höher liegen als in den Jahren zuvor), so ist jährlich mit rund 1.000 neuen Fachkräften (600 in Berlin, 400 in Brandenburg) zu rechnen. Dementsprechend sind bis 2020 rund 7.000, bis 2030 rund 17.000 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Müsste der Fachkräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre eine Lücke von 4.500 Fachkräften bis 2020 und 12.500 bis 2030 zu konstatieren. Selbst wenn es unter den Bedingungen eines zunehmend angespannten Ausbildungsmarktes gelingen sollte, die aktuellen Ausbildungszahlen zukünftig zu halten, würde im Jahr 2020 in Berlin-Brandenburg eine Fachkräftelücke bei den Altenpfleger/innen von knapp 40 Prozent entstehen. Bis 2030 würde sich diese Lücke auf noch immer etwa 30 Prozent belaufen. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdecken könnte, jedoch durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

4.4.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Die Altenpflege ist ein Berufsfeld, in dem bereits zahlreiche Untersuchungen durchgeführt und Handlungsempfehlungen entwickelt wurden. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, die Initiativen des Berliner Bündnis Altenpflege oder auch die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege auf Bundesebene. Die dort aufgeführten Handlungsempfehlungen sind zu begrüßen und gelten weiterhin. Ganz wesentliche Empfehlungen richten sich auf die Verbesserung der Attraktivität des Berufes. Ansatzpunkte hierfür werden vor allem in höheren Löhnen und Gehältern (dies betrifft auch die Ausbildungsvergütung) sowie besseren Arbeitsbedingungen gesehen. In Berlin kommt hinzu, dass dort zum Teil Schulgeld bzw. eine Ausbildungsgebühr erhoben wird. Dies ist für die Gewinnung möglicher Auszubildender sicherlich kontraproduktiv. Der im Rahmen der Senatsklausur vom 08.01.2015 getroffene Beschluss, das Schulgeld für die Ausbildung von Pflegekräften in Höhe des im Schuljahr 2014 erhobenen Schulgeldes zu übernehmen ist in diesem Kontext ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

- Durch die Umsetzung der seit längerem vorliegenden Handlungsempfehlungen könnte es gelingen, sowohl mehr Fachkräfte zu gewinnen als auch zu halten. Unbedingt zu berücksichtigen sind die Empfehlungen, die auf eine Beeinflussung des Pflegerisikos zielen. Eine Verringerung der Pflegeprävalenz[110], beispielsweise durch das flächendeckende Angebot von Kursen zur Sturzprophylaxe, durch frühzeitig greifende Versorgungsstrukturen oder auch durch die Unterstützung und den (Wieder)Aufbau sozialer Netzwerke vor Ort, könnte helfen, den entstehenden Leistungsbedarf zu reduzieren und damit den abzusehenden Fachkräftemangel zu mildern.

- Die vorliegende Studie zeigt, dass die Teilzeitquote in Berlin wesentlich geringer ausfällt als in Brandenburg. Es sollte untersucht werden, welche Gründe für die hohe Teilzeitquote in Brandenburg ausschlaggebend sind und ob Handlungsspielräume für eine andere Gestaltung von Beschäftigungsverhältnissen bestehen. Besonders der Frage nach verdeckter Vollzeitbeschäftigung ist hierbei explizit nachzugehen. Darauf aufbauend sollten ggf. Anreize geschaffen werden, mehr Möglichkeiten für eine Vollzeitbeschäftigung in der Brandenburger Pflege zu schaffen.

- In ambulanten Einrichtungen in Brandenburg wird im Vergleich zu ambulanten Einrichtungen in Berlin verhältnismäßig selten die Möglichkeit der berufsbegleitenden Ausbildung genutzt. Es sollte geprüft werden, ob diese Form der Ausbildung in Brandenburg stärker gefördert werden kann, um weiteren Zielgruppen die Möglichkeit einer Ausbildung zur Fachkraft zu ermöglichen.

---

[110] Die Pflegeprävalenz beschreibt den Anteil an Pflegebedürftigen an einer bestimmten Altersgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt. In Brandenburg ist das Risiko, zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem gewissen Alter pflegebedürftig zu werden, bundesweit am höchsten. Vgl. hierzu Barmer GEK Pflegereport 2010, S. 47ff.

4.5 Pflegehilfskräfte

Erfasste Tätigkeiten :

1. Altenpflegehelfer/in mit staatlicher Anerkennung (mind. einjährige Ausbildung)
2. Sozialassistent/in mit Schwerpunkt Pflege
3. Pflegehelfer/in mit Basisqualifikation[111]

4.5.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Hohe Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

Im Rahmen des der Statistik zugrunde liegenden gesetzlichen Meldeverfahrens werden die einzelnen Gruppen von Pflegehilfskräften nicht gesondert ausgewiesen. Daher beziehen sich die nachfolgenden Darstellungen auf die Pflegehilfskräfte insgesamt.[112] Nicht zuletzt durch das breite Spektrum an Hilfstätigkeiten zeichnet sich der Bereich der Helfertätigkeiten in der Altenpflege durch einen hohen Beschäftigtenbestand aus. In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 21.000 Pflegehilfskräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren 56 Prozent in Berlin und 44 Prozent in Brandenburg tätig. Dies ist im Vergleich der Gesundheitsfachberufe ein ausgewogenes Verhältnis und entspricht dem der Altenpflege. Die Beschäftigungsentwicklung bei den Hilfskräften in der Pflege ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch deutliches Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 59**).

Tabelle 59: Sv-pflichtige Beschäftigung – Pflegehilfskräfte 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Hilfskräfte in der Pflege (BKZ 82101 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	11.094	11.259	11.674	11.735	11.738	11.841
Brandenburg	8.247	8.478	8.699	8.956	9.116	9.206
Berlin-Brandenburg	**19.341**	**19.737**	**20.373**	**20.691**	**20.854**	**21.047**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben insgesamt 450 Antwortende an, Beschäftigte in mindestens einem der drei untersuchten Tätigkeitsfelder der Altenpflegehilfe zu haben. Diese verteilen sich wie folgt:

[111] Hierbei handelt es sich nicht um eine geschützte Berufsbezeichnung. Erfasst werden Absolventinnen und Absolventen einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in der Altenpflege.

[112] Unterschieden werden die einzelnen Tätigkeiten bei der Darstellung der Befragungsergebnisse.

Tabelle 60: Vorliegende Antworten nach Qualifikation der Pflegehilfskräfte

Tätigkeit	Antworten gesamt	Davon		
		Berlin	Brandenburg	Berlin-Brandenburg
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**55**	19	36	0
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**128**	35	91	2
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**267**	99	165	3
Gesamt	**450**	**153**	**292**	**5**

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Die Beschäftigten in diesen Berufen sind vor allem in Pflegeeinrichtungen tätig. Sozialassistent/innen (mit Schwerpunkt Pflege) arbeiten primär in stationären und/oder teilstationären Pflegeeinrichtungen. Ebenso spielen Krankenhäuser eine größere Rolle. Die Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung sind fast ausnahmslos in der Altenpflege und primär in stationären oder teilstationären Einrichtungen beschäftigt. Die Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung finden sich in allen Formen von Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern, verstärkt aber im Bereich der ambulanten Dienste wieder. In den Einrichtungen, die Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 2.728 Pflegehilfskräfte tätig (vgl. **Tabelle 61**). Überwiegend handelt es sich um Einrichtungen mit ein bis drei Beschäftigten. Vor allem in ambulanten Diensten – und hier anteilig gesehen stärker in Brandenburg als in Berlin – ist eine solch geringe Anzahl an Beschäftigten festzustellen. Eine Ausnahme bilden die basisqualifizierten Pflegehelfer/innen, die oftmals auch in größerem Umfang von den Einrichtungen beschäftigt werden.

Tabelle 61: Beschäftigtenbestand in den Einrichtungen 2014 – Pflegehilfskräfte

Tätigkeit	Antworten gesamt	Beschäftigtenbestand
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**24**	76
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**51**	267
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**147**	2.385
Gesamt	**222**	2.728

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sv-beschäftigten Hilfskräften in der Pflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 83 Prozent und liegt damit auf dem Niveau aller untersuchten Berufe. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 62**).

Tabelle 62: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**11.259**	8.849	78,6	79,9
Brandenburg	**8.478**	7.511	88,6	84,9
Berlin-Brandenburg	**19.737**	**16.360**	**82,9**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg generell etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[113] In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg laut Mikrozensus im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.

Die Pflegehilfskräfte liegen bezüglich der Teilzeitbeschäftigung insgesamt am oberen Ende der hier untersuchten Berufe. Die Gesamtquote basiert auf deutlichen Unterschieden zwischen Berlin und Brandenburg (vgl. **Tabelle 63**).[114]

Tabelle 63: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**11.259**	6.729	59,8	44,3
Brandenburg	**8.478**	6.523	76,9	46,2
Berlin-Brandenburg	**19.737**	**13.252**	**67,1**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die länderspezifischen Teilzeitquoten sind auch bei den Altenpfleger/innen festzustellen. Die hohe Teilzeitquote ist Kennzeichen der Brandenburger Altenpflege insgesamt. Es gibt Hinweise darauf, dass ein Teil der in Teilzeit Beschäftigten in „verdeckter Vollzeit“ [115] arbeitet, d. h. die Beschäftigten erhalten einen Teilzeitvertrag, arbeiten aber zumindest teilweise in Vollzeit, um Auslastungsschwankungen der Einrichtungen abzufangen. Sollten

[113] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

[114] Unterschiede lassen sich auch bei der Betrachtung der Teilzeitquote nach Geschlecht feststellen. In Berlin (55,2 Prozent), vor allem aber in Brandenburg (63,4 Prozent) liegt die Teilzeitquote der Männer unter der Teilzeitquote der Frauen.

[115] Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert.

diese Hinweise zutreffend sein, so könnten sie zumindest in Teilen den Unterschied zwischen den beiden Bundesländern erklären.

Überdurchschnittlicher Anteil älterer Beschäftigter

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 64**):

Tabelle 64: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Pflegehilfskräfte

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**11.259**	3.194	4.278	1.724	1.356	707
Brandenburg	**8.478**	2.133	3.274	1.508	1.091	472
Berlin-Brandenburg	**19.737**	**5.327**	**7.552**	**3.232**	**2.447**	**1.179**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	28,4	38,0	15,3	12,0	6,3
Brandenburg	**100,0**	25,2	38,6	17,8	12,9	5,6
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**27,0**	**38,3**	**16,4**	**12,4**	**6,0**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Bei den Pflegehilfskräften handelt es sich um eine Berufsgruppe mit einem hohen Anteil Älterer. Es wird deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine erhebliche Anzahl der Pflegehilfskräfte aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden wird.

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit Sogwirkung Berlins

Bei den Hilfskräften in der Pflege besteht ein reger Arbeitskräftekräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht zulasten Brandenburgs. Von den Pflegehilfskräften kommen in Berlin rund zehn Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund zwei Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 1.100 Brandenburger Beschäftigte nach Berlin und ca. 190 Berliner Beschäftigte nach Brandenburg. Auch zu einigen anderen Bundesländern weist Berlin bei den Hilfskräften in der Pflege Verflechtungsbeziehungen auf, wobei die Anzahl der Einpendler die Anzahl der Auspendler übersteigt (vgl. **Tabelle 65**).

Tabelle 65: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Pflegehilfskräfte

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**302**	186	*	*	*	Ca. 116
Einpendler	**1.390**	1.094	51	11	*	ca. 234
Saldo	**+1.088**	**+908**	**Ca. +50**	**Ca. +10**	**Ca. 0**	**Ca. +118**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat ebenfalls Pendlerbeziehungen zu seinen benachbarten Bundesländern, wobei das Pendlersaldo i. d. R. negativ ausfällt. Zusammen mit diesen Einpendlern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Beschäftigten an allen beschäftigten Hilfskräften in der Pflege in Brandenburg auf rund drei Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 12 Prozent (vgl. **Tabelle 65** und **Tabelle 66**). Die Pendlerbeziehungen bei den Hilfskräften sind damit vergleichsweise gering ausgeprägt.

Tabelle 66: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Pflegehilfskräfte

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**1.295**	1.094	47	65	*	Ca. 89
Einpendler	**280**	186	28	22	36	8
Saldo	**-1.105**	**-908**	**-19**	**-43**	**Ca. +35**	**Ca. -81**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Saldierung ergibt sich für Brandenburg ein Arbeitskräfteverlust, der rund 13 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Relevante Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

Das nominale monatliche Medianentgelt[116] der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Hilfskräfte in der Pflege lag in Berlin bei 1.566 Euro. In Brandenburg betrug es 1.412 Euro, immerhin ein Unterschied von 150 Euro. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt bei den Pflegehilfskräften bundesweit bei 1.699 Euro. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag. Aufgrund des geringen Lohnniveaus sowie der damit einhergehenden ge-

[116] Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro besagt, dass jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er relativ robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Siehe hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52.

ringen Lohnunterschiede dürfte das Einkommensniveau die zu beobachtenden Pendlerbeziehungen nur begrenzt erklären. Regionale Gegebenheiten (etwa die gute Erreichbarkeit Berliner Pflegeeinrichtungen) sind hierbei vermutlich bedeutsamer.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben zwischen 24 und 36 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und zwischen 43 und 57 Prozent mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt (vgl. **Tabelle 67**). Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 1.344 Personen eingestellt worden, davon ca. 40 Prozent in Vollzeit (547 Vollzeitstellen).

Tabelle 67: Einstellungen von Pflegehilfskräften

Tätigkeit	Antworten gesamt	Anteil der Einstellenden in Vollzeit	Anteil der Einstellenden in Teilzeit
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**32**	34	44
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**74**	24	43
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**205**	36	57

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Das Verhältnis von Einstellungen in Voll- und Teilzeit ist ein Alleinstellungsmerkmal. In allen anderen untersuchten Berufen überwiegt die Anzahl der in Vollzeit eingestellten Personen. Die Mehrzahl der Einstellungen erfolgte bei den basisqualifizierten Pflegehelfer/innen mit 1.183 Einstellungen (38 Prozent in Vollzeit), gefolgt von den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung mit 124 Einstellungen (61 Prozent in Vollzeit) und 37 Einstellungen von Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege (43 Prozent in Vollzeit). Der vergleichsweise hohe Wert an Vollzeitstellen bei den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung geht auf einen Einzelfall zurück. Entsprechend lassen sich hieraus keine strukturellen Unterschiede zwischen den Helfertätigkeiten ableiten.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten (vgl. **Tabelle 68**).

Tabelle 68: Anteile der Antwortenden ohne Bedarf an Neueinstellungen – Pflegehilfskräfte

Tätigkeit	Antworten gesamt	Anteil der Antwortenden ohne Einstellungsbedarf im Jahr 2013
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**32**	19
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**74**	26
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**205**	17

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Die Einrichtungen haben einen relevanten Bedarf an Hilfskräften in der Pflege. Der Unterschied zwischen Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung und den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung ist hierbei wesentlich. Die Angaben deuten unabhängig vom Bundesland darauf hin, dass basisqualifizierte Pflegehelfer/innen häufiger von den Einrichtungen gesucht werden als Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung. Vor allem bei stationären Einrichtungen ist der Anteil der Antwortenden, die keinen Bedarf an Einstellungen von Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung hatten, mit 38 Prozent vergleichsweise hoch. Dies kann auch daran liegen, dass bei tariflicher Bindung der Einrichtung die Vergütung ggf. höher anzusetzen ist als bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung.[117]

Inwieweit 2013 der Arbeitskräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Diesbezüglich zeigt sich ein relativ entspanntes Bild (vgl. **Tabelle 69**).

Tabelle 69: Anteile der Antwortenden mit offen gebliebenen Stellen – Pflegehilfskräfte

Tätigkeit	Antworten gesamt	Anteil der Antwortenden, bei denen aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender Stellen offen blieben	Anzahl offen gebliebener Stellen
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**32**	6	4
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**74**	11	12
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**205**	7	28

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Etwas widersprüchlich ist der Befund, dass der Anteil der Einrichtungen mit offen gebliebenen Stellen bei den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung am höchsten liegt. Dies deutet auf einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen von Beschäftigungsstrukturen hin. So geben vor allem ambulante Pflegeeinrichtungen an, keine geeigneten Bewerber/innen gefunden zu haben.

Gefragt wurde auch, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt dauert. Hierbei werden große Unterschiede zwischen den Qualifikationen deutlich (vgl. **Tabelle 70**).

[117] Offizielle Daten hierzu liegen nicht vor. Diese Einschätzung wurde in einem Expertengespräch geäußert.

Tabelle 70: Stellenbesetzungsdauer bei Pflegehilfskräften

Tätigkeit	Antworten gesamt	Durchschnittliche Stellenbesetzungsdauer (Schätzwert), Angaben in Prozent				
		Weniger als eine Woche	Eine Woche bis drei Monate	Drei bis sechs Monate	Sechs bis zwölf Monate	Länger als ein Jahr
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	42	93,2	6,8	0,0	0,0	0,0
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	89	84,3	13,5	1,1	1,1	0,0
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	146	50,0	38,4	5,3	6,0	0,0

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Die unterschiedliche Stellenbesetzungsdauer deutet auf Eignungsdefizite bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung hin. Bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege sowie Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung scheinen hingegen gute und schnelle Übernahmechancen zu bestehen.

Zum Teil verändertes Einstellungsverhalten im Jahr 2014

Im Jahr 2014 setzt sich das skizzierte Einstellungsverhalten bei den Pflegehilfskräften nur eingeschränkt fort. Bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege haben neun Prozent der 46 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, vier Prozent planten solche. Insgesamt ist damit ein deutlicher Rückgang im Einstellungsverhalten zu beobachten. Bei den Altenpfleger/innen mit staatlicher Anerkennung haben 12 Prozent der 100 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 14 Prozent planten solche. Diese Anteilswerte liegen ebenfalls deutlich unter den Anteilen der Antwortenden, die im Jahr 2013 Einstellungen vorgenommen hatten. Bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung setzt sich das im Jahr 2013 skizzierte Einstellungsverhalten weitgehend fort. In dieser Tätigkeit haben 40 Prozent der 201 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 36 Prozent planten solche.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten zusammen, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege lässt sich ein moderates und sich abschwächendes Einstellungsverhalten konstatieren. Dies geht einher mit relativ wenigen offen gebliebenen Stellen und einer geringen Besetzungsdauer. Insgesamt zeigen sich in diesem Beruf keine Arbeitskräfteengpässe. Bei den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung lässt sich im Wesentlichen die gleiche Schlussfolgerung ziehen. Gleichwohl deuten die Anteile bei den offen geblieben Stellen und die Stellenbesetzungsdauer darauf hin, dass es punktuell Schwierigkeiten gibt, Personen dieses Berufs einzustellen. Das dürfte auch daran liegen, dass die Altenpflegehilfe in Brandenburg erst seit 2009 staatlich geregelt ist, d. h. die Nachfrage die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen übersteigen könnte. Bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung ist hingegen ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren. Die Befragungsergebnisse lassen in der Zusammenführung den Schluss zu, dass aktuell ein großer Bedarf an basisqualifizierten

Pflegehelfer/innen besteht. Insbesondere ambulante Pflegeeinrichtungen – und hier v. a. in Berlin – fragen diese Qualifikationen aktuell in hohem Maße ab.

Zusätzlicher Arbeitskräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen ist in jedem Berufsfeld ein Arbeitskräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt steht für die Altenpflege/-pflegehilfe eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung, die den Berufsverbleib in den ersten 15 Jahren nach Abschluss der Ausbildung abbildet.[118] Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 32 Prozent der Altenpfleger/-pflegehelfer in ihrem Beruf tätig, in Brandenburg sind es knapp 28 Prozent. Auch bei der Betrachtung der Verweildauer, die einen Wechsel in verwandte Berufe einbezieht, wird der hohe Beschäftigungsabgang deutlich. Bei dieser erweiterten Betrachtung sind in Berlin nach 15 Jahren noch 69 Prozent beschäftigt, in Brandenburg 57 Prozent. Ein Manko der Studie besteht darin, dass aufgrund der statistischen Grundlage eine Unterscheidung zwischen examinierten Fachkräften und Hilfskräften der Altenpflege nicht vorgenommen werden konnte. Zieht man weitere Studien in Betracht, die den Berufsverbleib examinierter Altenpflegefachkräfte untersuchen[119] und zum Schluss kommen, dass diese eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufweisen, bestätigt sich die hohe Fluktuationsrate bei Helfertätigkeiten in der Pflege.

4.5.2 Arbeitskräfteangebot

Steigende Arbeitslosenzahlen

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor.[120] Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weisen die Helfertätigkeiten in der Altenpflege einen Anstieg der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 13**).

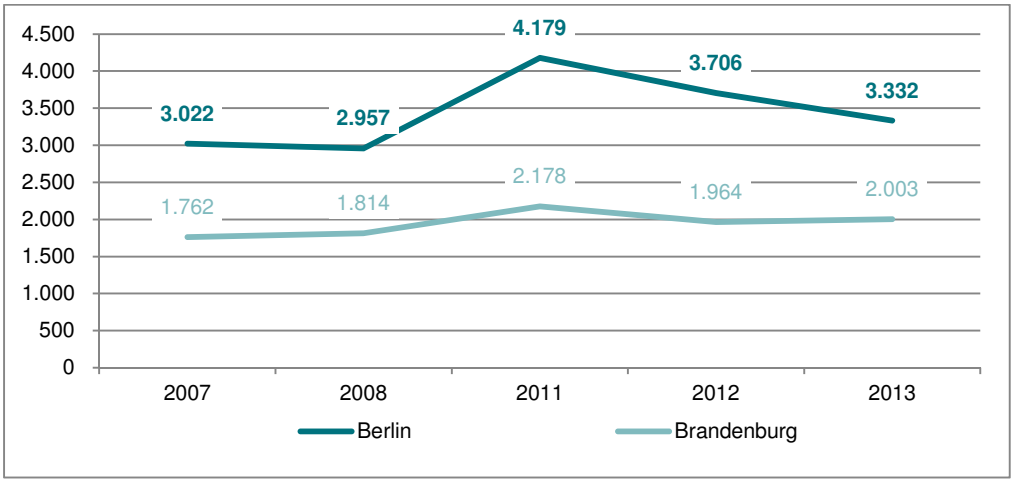
---

[118] Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012. Dabei wird nicht nach den einzelnen Tätigkeiten der Pflegehilfskräfte unterschieden.

[119] Joost/Kipper/Tewolde (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern

[120] Aufgrund einer Umschlüsselung der Daten durch die Bundesagentur für Arbeit liegen für die Hilfskräfte in der Pflege keine verlässlichen Angaben für 2009 und 2010 vor.

Abbildung 13: Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Pflegehilfskräfte



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Die Altersstruktur der Arbeitssuchenden weicht in relevantem Maße von der Altersstruktur der Beschäftigten ab. Das Arbeitskräfteangebot ist deutlich jünger und weist einen hohen Anteil an Personen unter 35 Jahren auf (über 40 Prozent). Die Hilfstätigkeit in der Pflege ist der einzige der hier untersuchten Berufe mit steigenden Arbeitslosenzahlen. Rein quantitativ gibt es noch Spielräume, den Arbeitskräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu decken.[121] Durch den hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass diese Personen auch längerfristig im Arbeitsmarkt verbleiben.

Schwankende Ausbildungszahlen in Brandenburg

Bei der Ausbildung stellen die Helfertätigkeiten einen Sonderfall dar, da in diesem Bereich sowohl staatlich anerkannte als auch staatlich nicht anerkannte Hilfstätigkeiten subsummiert werden. Bei der Ausbildung zum/zur Altenpflegehelfer/in variieren die Ausbildungszahlen. Von 78 Auszubildenden im Ausbildungsjahr 2009/2010 stieg die Zahl sukzessive auf 181 im Jahr 2012/2013 an und sank im Schuljahr 2013/2014 wieder auf 121. Da die Ausbildung zum/zur Altenpflegehelfer/in sich als Regelausbildung erst in der Planung befindet, handelt es sich bei den Auszubildenden i. d. R. um Umschüler/innen. Ebenso ist über die Jahre verteilt ein deutlicher Zuwachs der besetzten Ausbildungsplätze für Sozialassistent/innen zu konstatieren. Im Schuljahr 2013/2014 gab es in diesem Bereich rund 2.500 Plätze. In der Statistik wird jedoch nicht unterschieden, in welchem Schwerpunkt die Auszubildenden tätig werden. Da die Tätigkeitsfelder der Sozialassistent/innen breit sind, ist eine Darstellung der Ausbildungskapazitäten mit Schwerpunkt Pflege nicht möglich.[122]

[121] Auf der anderen Seite liegen Hinweise auf eine nur eingeschränkte Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Pflegehilfskräfte vor. Dass es trotz des großen Angebotes bei einer relevanten Anzahl an Einrichtungen nicht gelungen ist, vakante Stellen zu besetzen, stützt diese Annahme.

[122] Gemessen an der Anzahl der Ausbildungsplätze und den nur in geringem Umfang erfassten Beschäftigten scheinen die Sozialassistentinnen und -assistenten vor allem andere berufliche Schwerpunkte als in der Pflege zu setzen.

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder wegen nicht bestandener Abschlussprüfung oder wegen Ausbildungsabbruch. Daten hierzu liegen nur für Brandenburg vor. Diese lassen darauf schließen, dass sowohl vorzeitige Ausbildungsabbrüche wie auch der nicht erfolgreiche Abschluss bei den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung in relevantem Maße vorkommen. Ganz eklatant wird dies im Schuljahr 2012/2013 deutlich, in dem 16 Prozent der Absolvent/innen die Schule ohne Abschlusszeugnis verlassen haben und darüber hinaus 21 Prozent die Ausbildung zuvor abbrachen (Im Jahr zuvor betrugen die Quoten 6 und 16 Prozent).

Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Arbeitskräftesicherung

Insgesamt wird durch die Einrichtungsbefragung der hohe Stellenwert der Fort- und Weiterbildung auch für die beschäftigten Pflegehilfskräfte deutlich. Das ist insofern bemerkenswert, da übergreifend die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten abnehmen, je geringer die Qualifikationsstufe der Beschäftigten ist.[123] Hervorzuheben ist, dass vor allem die basisqualifizierten Pflegehelfer/innen an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilnehmen. Dieser Unterschied kann nicht durch die Beschäftigungsstruktur in den Einrichtungen erklärt werden. Ein plausibler Erklärungsansatz lautet, dass aus Sicht der Einrichtungen die Einstellung und anschließende Qualifizierung von basisqualifizierten Pflegehelfer/innen ökonomisch sinnvoller erscheint als die Einstellung und Qualifizierung von staatlich anerkannten Altenpflegehilfskräften. Gestützt wird diese Vermutung dadurch, dass über 80 Prozent der Einrichtungen angeben, bei den Tätigkeitszuschnitten nicht zwischen verschiedenen Helferqualifikationen zu unterscheiden. Die Frage der Ausbildung scheint für die spätere Helfertätigkeit in der Altenpflege nur eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Berufsspezifische Aspekte der Personalentwicklung

Die Hilfskräfte in der Pflege haben die Möglichkeit, durch eine Nachqualifizierung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger ein breiteres Aufgabenfeld zu übernehmen. Insbesondere staatlich anerkannte Altenpflegehelfer/innen machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. In 67 Fällen wurden diese nachqualifiziert, wobei insgesamt 77 Personen von der Nachqualifizierung profitierten. Gemessen am Beschäftigungsumfang ist das eine relativ große Zahl, zieht man in Betracht, dass insgesamt nur 48 Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung (mit einem wesentlich höheren Beschäftigtenanteil) nachqualifiziert wurden.[124] Die Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege fallen mit 5 Antworten und ca. zehn nachqualifizierten Personen nicht weiter ins Gewicht.[125] Das Nachqualifizierungsgeschehen macht deutlich, dass die Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung ihren Beruf verhältnismäßig häufig als Einstieg in weitere Qualifikationen nutzen.

---

[123] Vgl. zum Beispiel Weber/Kretschmer (2012)

[124] Diese geringe Anzahl erklärt sich u.a. dadurch, dass eine Nachqualifizierung berufliche Vorkenntnisse voraussetzt, die auf die Ausbildung angerechnet werden können. Um diese Kenntnisse zu prüfen, müssen Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung ein berufspsychologisches Gutachten der Bundesagentur für Arbeit sowie eine Kompetenzfeststellung einer Berufsfachschule durchlaufen. Nach Ansicht von Experten ist das Fachwissen der Pflegehelfer/innen i. d. R. gering, sodass die Möglichkeit der Nachqualifizierung nur selten umgesetzt wird.

[125] Wenn Beschäftigte in den Helferqualifikationen der Altenpflege nachqualifiziert wurden, wurden tätigkeitsübergreifend Finanzierungsmöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit genutzt. Ein Teil derjenigen, die das Ange-

4.5.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage

Steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

Bei den Pflegehilfskräften kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Die Zunahme älterer Personen in der Bevölkerung ist mit wachsenden Pflege- und entsprechenden Arbeitskräftebedarfen verbunden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sv-beschäftigten Pflegehilfskräften (vgl. **Tabelle 59**) als auch die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Pflegehilfskräften sowohl in Berlin als auch in Brandenburg deutlich zugenommen. Die meisten Einrichtungen erwarten für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand. Für die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Antwortenden, die eine Beschäftigungszunahme erwarten (vor allem in Brandenburg) an. Für diesen Zeitraum nimmt aber auch die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung zu. Deutlich wird hierbei, dass vor allem bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung eine Beschäftigungszunahme erwartet wird (vgl. **Tabelle 71**).

Tabelle 71: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Pflegehilfskräften – Ergebnisse der Onlinebefragung

Tätigkeit	Antworten gesamt (2014 / 2015-2017)	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung			
		steigend	gleichbleibend	fallend	Noch unklar
		Betrachteter Zeitraum und Anteile der antwortenden Einrichtungen in Prozent			
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	**37/39**	2014: 14 2015-2017: 31	2014: 62 2015-2017: 46	2014: 11 2015-2017: 8	2014: 14 2015-2017: 15
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	**100/106**	2014: 22 2015-2017: 39	2014: 62 2015-2017: 36	2014: 8 2015-2017: 11	2014: 8 2015-2017: 14
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	**232/234**	2014: 30 2015-2017: 44	2014: 57 2015-2017: 34	2014: 6 2015-2017: 7	2014: 8 2015-2017: 15

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Um längerfristige Entwicklungen abschätzen zu können, müssen zusätzliche Quellen zu Rate gezogen werden. In Brandenburg wurde in einer umfassenden Fachkräftestudie zur Pflege untersucht, wie die pflegerische Versorgung und die Fachkräftesicherung in der Pflege zukunftssicher gestaltet werden können.[126] In einem sogenannten Basisszenario wird gezeigt, welche Pflege- und Fachkräftebedarfe in Brandenburg bis 2030 entstehen würden, wenn die aktuellen Verhältnisse stabil blieben. Danach steigt der Personalbedarf in der ambulanten Grundpflege von etwa 7.500 auf fast 14.500 Personen. In der stationären Versorgung steigt der Personalbedarf im Bereich Pflege und Betreuung von 11.000 auf

bot nicht nutzen, gab an, das die Beantragung zu kompliziert sei (acht Prozent), während etwas seltener angegeben wurde, dass die Finanzierungsmöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit nicht bekannt seien. Als nicht notwendig wird die Finanzierungsmöglichkeit nur in Einzelfällen betrachtet.

[126] Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Potsdam März 2014.

über 23.500. In der Grundpflege insgesamt wird also in Brandenburg eine Steigerung des Personalbedarfs von ca. 19.000 Personen im Jahr 2009 auf über 38.000 Personen im Jahr 2030 angenommen.[127] Die aufgezeigte Entwicklung des Personalbedarfs in der Grundpflege bis 2030 ergibt eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 3,3 Prozent und entspricht damit annähernd der Tendenz der vergangenen Dekade. Aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklungen innerhalb der Pflege – so soll bspw. im Rahmen der am 1. Januar 2015 beginnenden ersten Stufe der Pflegereform eine Aufstockung der Betreuungskräfte in den Pflegeheimen ermöglicht werden – wird im Folgenden von einer Wachstumsrate von vier Prozent für die Projektion der Beschäftigungsentwicklung bei den Pflegehilfskräfte ausgegangen. Aufgrund der skizzierten strukturellen Dynamik handelt es sich hierbei um eine eher grobe Schätzung.

Tabelle 72: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen – Pflegehilfskräfte

Bundesland	Status-quo-Annahme			
	2013	2020	2025	2030
Berlin	11.259	14.800	18.000	21.900
Brandenburg	8.478	11.200	13.600	16.500
Berlin-Brandenburg	**19.737**	**26.000**	**31.600**	**38.400**

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status-quo-Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Pflegehilfskräfte in Berlin und Brandenburg auf rund 38.000 Erwerbstätige erhöhen und damit um fast 100 Prozent steigen (vgl. **Tabelle 72**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von ca. 6.000 Arbeitskräften. Bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 12.000 Arbeitskräften hinzu.

Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Arbeitskräftenachfrage

Nachfrage nach Arbeitskräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf entstehen (Renteneintritte und Fluktuation). Bis 2020 muss in der Region mit rund 3.500 altersbedingt ausscheidenden Pflegehilfskräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt kommen weitere 3.200 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin deutlich höher als in Brandenburg aus. Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – berufsspezifische Daten vor. Fast 70 Prozent der Pflegehilfskräfte wechselt innerhalb von 15 Jahren in eine andere berufliche Tätigkeit. Dies bedeutet, dass in der Berlin-Brandenburger Region bis zum Jahr 2030 rund 24.000 Pflegehilfskräfte als Folge von Fluktuation ersetzt werden müssen.

[127] Ebenda, Kurzfassung, S. 14-16.

Hohe Nachfrage nach Arbeitskräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die Helfertätigkeiten in der Altenpflege zur Verfügung stehenden Arbeitskräften geht ein enormer Anstieg des Arbeitskräftebedarfs in der Zeit bis 2030 hervor.

Tabelle 73: Übersicht über die Quellen des Arbeitskräftebedarfs an Pflegehilfskräften 2013 bis 2030

Berlin				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	3.500	2.000	6.000	11.500
2020-2030	7.000	1.700	8.000	16.700
2013-2030 insgesamt	**10.500**	**3.700**	**14.000**	**28.200**

Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	2.500	1.500	4.000	8.000
2020-2030	5.000	1.500	6.000	12.500
2013-2030 insgesamt	**7.500**	**3.000**	**10.000**	**20.500**

Berlin-Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	6.000	3.500	10.000	19.500
2020-2030	12.000	3.200	14.000	29.200
2013-2030 insgesamt	**18.000**	**6.700**	**24.000**	**48.700**

Quelle: eigene Berechnungen

Im Zeitraum bis 2030 entsteht in Berlin und Brandenburg für die Helfertätigkeiten in der Altenpflege ein Neubedarf an Arbeitskräften in der Größenordnung von rund 50.000 Beschäftigten (vgl. **Tabelle 73**). Diesem Arbeitskräftebedarf stehen angebotsseitig Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung gegenüber. Der Arbeitslosenbestand ist in den letzten Jahren gewachsen, sodass hier prinzipiell eine mögliche Quelle zur Deckung entstehender Bedarfe besteht. Allerdings ist davon auszugehen, dass nicht alle Arbeitslosen für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können. Die Ausbildungszahlen der staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/innen machen deutlich, dass diese vermutlich nur zu einem geringen Teil die sich zeigende Lücke decken können.

4.5.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Die Altenpflege ist ein Berufsfeld, in dem bereits zahlreiche Untersuchungen durchgeführt und Handlungsempfehlungen entwickelt worden sind. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, das Berliner Bündnis Altenpflege oder auch die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege auf Bundesebene. Die dort aufgeführten Handlungsempfehlungen sind zu begrüßen und gelten weiterhin. Ganz wesentliche Empfehlungen richten sich auf eine Steigerung der Attraktivität der hier angesiedelten Berufe. Ansatzpunkte hierfür werden in besseren Arbeitsbedingungen, vor allem aber in höheren Löhnen und Gehältern (dies betrifft auch die Ausbildungsvergütung) gesehen.

- Die Fluktuation ist ein wesentlicher Faktor für entstehende Arbeitskräftebedarfe in der Altenpflegehilfe. Entsprechend sind Maßnahmen notwendig, mit denen Fluktuation reduziert werden kann. Wie bereits erwähnt dürften hierbei Fragen der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung von großer Relevanz sein. Nur wenn Tätigkeiten in der Altenpflegehilfe mit Hilfstätigkeiten in anderen Branchen konkurrieren können, wird eine Erhöhung der Berufstreue erreichbar sein. Ein Branchenvorteil der Pflege könnte in diesem Kontext die Möglichkeit spezifischer Fort- und Weiterbildung sein. Wenn Beschäftigte qualifikationsgerecht eingesetzt werden, dann dürfte eine höhere Qualifikation sich auch positiv auf ihre Verweildauer im Beruf auswirken. Am erfolgversprechendsten sind hierbei Aufstiegsqualifizierungen (von der Basisqualifizierung über staatlich anerkannte Helfertätigkeit bis hin zur Pflegefachkraft). Zu prüfen wäre auch, inwieweit fachliche Spezialisierungen (auf Helferniveau) dazu beitragen, dass Hilfskräfte sich stärker mit ihrer Tätigkeit identifizieren. Wie bei der Aufstiegsqualifizierung können solche Ansätze vermutlich nur greifen, wenn die Differenzierung von Tätigkeitszuschnitten und Verantwortlichkeiten (zwischen den Qualifikationsstufen und bei fachlicher Spezialisierung auch innerhalb der Qualifikationsstufen) weiter vorangetrieben wird.

- Die Befragung hat gezeigt, dass staatlich anerkannte Hilfskräfte und solche, die nicht staatlich anerkannt sind, in der Regel gleiche bzw. vergleichbare Tätigkeiten ausüben. In der Konsequenz bedeutet dies, dass z. B. Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung in erster Linie dann einen Gewinn aus ihrer Ausbildung ziehen, wenn sie diese für eine Aufstiegsqualifizierung zur examinierten Pflegefachkraft nutzen können. Ist dies nicht der Fall, droht anerkannten Altenpflegehilfskräften eine inhärente Dequalifizierung: Für sie sehen die Einrichtungen nur in geringem Umfang andere Einsatzgebiete vor, so dass staatlich anerkannte Altenpflegehilfskräfte ihren qualifikatorischen Vorsprung nicht umsetzen können. Da der Einsatz von Pflegehilfskräften mit staatlich anerkanntem Abschluss im Vergleich zu Pflegehelfer/innen mit *Basisqualifizierung* grundsätzlich einen fachlichen Grundstandard sichert – auch wenn die Befragungsergebnisse eine andere Praxis aufzeigen – ist einem solchen Trend entgegenzuwirken. Um derartiger Dequalifizierung im Pflegealltag zu begegnen, sollten Tätigkeitsprofile erarbeitet und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Sie sollten den qualifikatorischen Mehrwert ausgebildeter Altenpflegehilfskräfte hervorheben und Ansatzpunkte

für spezifische Einsatzgebiete in den Einrichtungen liefern. Hierbei sollte unbedingt ein Bezug zu den strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflege hergestellt werden, etwa zur Bedeutung staatlich anerkannter Pflegehilfskräfte für die Umsetzung innovativer Personaleinsatzkonzepte wie z. B. entsprechend der Regelungen in Artikel 4 der Brandenburger Strukturqualitätsverordnung. Ggf. sind die im Berliner Pilotprojekt „Pflegeassistenz mit Schwerpunkt Altenpflege (1,5-jährige Ausbildung)“ vorgesehenen Tätigkeitsbeschreibungen bzw. die damit vorgesehene Erweiterung des Tätigkeitsfeldes gegenüber Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung auf Brandenburg übertragbar.

- Die Zahl der arbeitslosen Personen mit dem Zielberuf Altenpflege auf Helferniveau ist auffallend hoch und in den letzten Jahren gestiegen. Darüber hinaus ist ein großer Anteil der Arbeitslosen mit diesem Zielberuf jung. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass die Einrichtungen vor der Herausforderung stehen, geeignete Hilfskräfte in der Pflege, insbesondere basisqualifizierte Pflegehelfer/innen, zu finden. Dies weist auf eine qualitative Mismatch-Situation hin, der es zu begegnen gilt. Die Arbeitsmarktakteure sind gefordert, die Vermittlung zu verbessern bzw. Maßnahmen zur Erhöhung der Vermittlungsfähigkeit noch intensiver als bisher zu nutzen. Es zeichnet sich ab, dass die Herausforderungen in diesem Bereich weiter steigen werden. Entsprechend sind innovative Ansätze zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit gefragt, die ggf. in Form von Pilotprojekten erprobt und in Kooperation mit Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden sollten. Die Einrichtungen werden sich darauf einstellen müssen, dass sie zukünftig deutlich mehr in die Unterstützung einzelner Mitarbeiter/innen zu investieren haben. Der sich abzeichnende Fachkräftebedarf wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Einrichtungen künftig auch Beschäftigte einstellen werden, die eine deutlich intensivere Einarbeitung benötigen als bisher gewohnt. Dies kann auch bedeuten, dass die Entwicklung sowohl qualifikatorischer als auch sozialer Voraussetzungen unterstützt werden muss. Dieser Prozess sollte durch die öffentliche Hand intensiv begleitet werden, da sich daraus auch sozialpolitische Chancen ergeben, die einen relevanten Beitrag zu einer integrierenden Gesellschaft leisten (könnten).

- Die Quoten der nicht erfolgreich bestandenen Prüfungen sowie die Abbruchquoten sind nach vorliegender Datenlage hoch. Ein Teil der Ausbildungsabbrüche kann vermutlich dadurch erklärt werden, dass die Auszubildenden während ihrer Ausbildung berufliche Alternativen gefunden haben (was die Bedeutung einer branchenübergreifenden Konkurrenzfähigkeit der Altenpflegehilfe unterstreichen würde). Gleichwohl scheint für einen Teil der Auszubildenden die Ausbildung nur durch zusätzliche Unterstützung im Sinne einer assistierten Ausbildung zu schaffen zu sein. Es sollte daher weiter darüber nachgedacht werden, wie eine solche Unterstützung ausgestaltet und bei Bedarf institutionalisiert werden kann. Es ist zu prüfen, ob entsprechende Erfahrungen aus dem Brandenburger Modellprojekt „Ausbildungsbegleitung in der Altenpflegehilfeausbildung mit wissenschaftlicher Evaluation“ für die anstehende Ausbildung in Berlin nutzbar gemacht werden können.
- Unter dem Gesichtspunkt der Aufwertung der Pflege insgesamt ergibt sich eine Reihe von Empfehlungen, die aus heutiger Sicht als radikal erscheinen mögen: Dazu gehört

vor allem die Weiterentwicklung der Pflegehilfe unter berufsordnungspolitischen Aspekten. Eine solche Weiterentwicklung wird nur dann zu kohärenten Berufsprofilen führen, wenn die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Altenpflege auf den beiden Ebenen der Fachpflege und Pflegehilfe in der Ausgestaltung ihrer Tätigkeitsprofile zusammen gedacht werden. In der Berufsausbildung, die zu examinierten Abschlüssen führt, wird mit der generalisierten Pflegeausbildung ein Standard geschaffen, der aufbauend auf einer gemeinsamen Grundausbildung zur Spezialisierung in den Bereichen der Gesundheits- und Kranken- bzw. der Altenpflege führt. Denkt man dieses Herangehen konsequent für die Tätigkeiten in der Pflegehilfe weiter, so wäre auch die Ausbildung im Bereich der Pflegehilfe dahingehend neu zu ordnen, dass nach einer gemeinsamen Grundausbildung eine anschließende Spezialisierung zu Tätigkeiten entweder in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe führt. Ein dadurch ermöglichter flexiblerer Personaleinsatz liegt auf der Hand. Eine solche Neuordnung mit dem Ziel einer ebenfalls „generalisierten“ Pflege*hilfe*ausbildung wirft für den Bereich der Altenpflegehilfe die Frage auf, wie sich die beiden bisherigen Ausbildungs- und Qualifizierungsformen in der Pflegehilfe – also entweder mit staatlicher Anerkennung oder mit Basisqualifizierung – in ein neu geordnetes Pflegeausbildungssystem einordnen lassen. Ein denkbarer Weg könnte darin bestehen, dass Tätigkeiten, die keinen unmittelbaren Pflegebezug haben, generell durch andere Berufsprofile (wie z. B. Servicepersonal vergleichbar mit Berufsprofilen im Hotel- oder Gastgewerbe) abgedeckt werden. In dem Fall würde sich die bisherige Basisqualifizierung (ohne staatliche Anerkennung) erübrigen. Die Einrichtungen der Gesundheits- und Kranken- sowie der Altenpflege könnten für diese Tätigkeiten Personal mit anderen Berufsbezeichnungen einstellen. Eine in diesem Sinne vorgenommene Neuordnung, die sowohl die Gesundheits- und Kranken- als auch die Altenpflege auf ihren beiden Ebenen der Fachpflege und der Pflegehilfe in den Blick nimmt, wäre ein ganz wesentlicher Beitrag, um die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt in allen seinen Ausprägungen deutlich anzuheben.

- Um eine solche, eher langfristig orientierte Strategie vorzubereiten, sollten zeitnah die derzeit heterogenen Qualifizierungsangebote (unterhalb staatlicher Anerkennung), die auf dem Pflegebasiskurs aufsetzen und in sehr unterschiedlichen zeitlichem Umfang angeboten werden, zumindest in einem ersten Schritt – in Abstimmung mit der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit – landeseinheitlich geregelt werden. Eine solche einheitliche Regelung sollte sowohl nach einem einheitlichen Curriculum durchgeführt werden als auch deutlich über dem Zeitumfang des o. g. 200-Stunden-Pflegebasiskurses liegen. Eine derartige Standardisierung der Pflegebasiskurse würde den zu qualifizierenden Personen eine zeitgemäße Einstiegsqualifizierung in das Berufsfeld bieten. Die Pflegeinrichtungen wiederum hätten genauere Kenntnis darüber, an welche qualifikatorischen Voraussetzungen sie bei den einzustellenden Personen anknüpfen können.

4.6 Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistent/in (MTA-L)

4.6.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Relevante Beschäftigtenzahlen und stagnierende Beschäftigungsentwicklung

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 ca. 6.100 MTA-L sv-pflichtig beschäftigt. Davon waren mehr als drei Viertel in Berlin und ein knappes Viertel in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf kaum eine Rolle. Innerhalb der untersuchten Gesundheitsfachberufe handelt es sich um eine eher kleine Berufsgruppe. Das Qualifikationsniveau der MTA-L ist vor allem durch Tätigkeiten auf Fachkraftebene gekennzeichnet. Insgesamt sind 89 Prozent auf diesem Anforderungsniveau tätig. Die Beschäftigungsentwicklung war in den vergangenen Jahren durch leichten Rückgang in Berlin und geringe Zunahme in Brandenburg gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 74**).[128]

Tabelle 74: Sv-pflichtige Beschäftigte MTA-L 2012-2014

Bundesland / Region	Sv-pflichtig beschäftigte medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten (BKZ 8121 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	4.732	4.678	4.666	4.681	4.640	4.636
Brandenburg	1.383	1.386	1.394	1.409	1.430	1.428
Berlin-Brandenburg	**6.115**	**6.064**	**6.060**	**6.090**	**6.070**	**6.064**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 25 Antwortende an, MTA-L zu beschäftigen. Von diesen haben 13 ihren Sitz in Berlin und 11 in Brandenburg. Eine Antwortende gab an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. In den 15 Einrichtungen, die Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 693 MTA-L tätig. Die absolute Mehrheit der durch die Befragung erfassten Beschäftigten arbeitet in Krankenhäusern. Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Antwortenden ist sowohl eine Differenzierung nach Bundesland als auch nach Einrichtungstyp nicht sinnvoll möglich.

Hoher Frauenanteil bei geringer Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sv-pflichtig Beschäftigten MTA-L betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 89 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark.

[128] Wie an den erstmals seit Ende 2012 separat für diese berufliche Tätigkeit ausgewiesenen Daten erkennbar ist, wird der vor 2012 aus statistischen Klassifizierungsgründen nur indirekt ablesbar stagnierende Beschäftigungstrend in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.6.4.

Tabelle 75: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-L

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**4.678**	4.099	87,6	79,9
Brandenburg	**1.386**	1.308	94,4	84,9
Berlin-Brandenburg	**6.064**	**5.407**	**89,2**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[129] In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[130]

Die Teilzeitquote fällt mit 33 Prozent relativ niedrig aus.[131] Bei der Betrachtung der Arbeitszeiten sind kaum Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg zu beobachten (vgl. **Tabelle 76**).

Tabelle 76: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-L

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**4.678**	1.489	31,8	44,3
Brandenburg	**1.386**	466	33,6	46,2
Berlin-Brandenburg	**6.064**	**1.955**	**32,2**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Hinsichtlich des Anforderungsniveaus gibt es Hinweise darauf, dass die Teilzeitquote mit steigender Anforderung (also Spezialist oder Experte) sinkt. Unterschiede gibt es bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (24,9 Prozent) als auch in Brandenburg (10,2 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen.

[129] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

[130] Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

[131] Gleichwohl liegt auch diese Quote über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufe. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (ohne geringfügig Beschäftigte) an allen abhängig Beschäftigten sowohl in Berlin als auch in Brandenburg beträgt über alle Branchen hinweg jeweils 20 Prozent. Vergleiche hierzu IAB Betriebspanel 2013 (bisher unveröffentlicht).

Relativ ungünstige Altersstruktur der sv-pflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 77**):

Tabelle 77: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-L

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**4.678**	1.197	1.627	768	595	491
Brandenburg	**1.386**	350	601	240	201	94
Berlin-Brandenburg	**6.064**	**1.547**	**2.128**	**1.008**	**796**	**585**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	25,6	34,8	16,4	12,7	10,5
Brandenburg	**100,0**	25,3	36,1	17,3	14,5	6,8
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**25,5**	**35,1**	**16,6**	**13,1**	**9,6**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit Sogwirkung Berlins

Bei den MTA-L besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch fällt deutlich zugunsten Berlins aus. Von den sv-pflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 20 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund vier Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 900 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und ca. 50 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Zu anderen Bundesländern weist Berlin bei den MTA-L nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 78**).

Tabelle 78: Pendler bei den MTA-L am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	143	54	*	4	3	Ca. 80
Einpendler	997	916	7	13	10	51
Saldo	**+854**	**+862**	**+**	**+9**	**+7**	**-29**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen MTA-L beläuft

sich in Brandenburg auf zehn Prozent und liegt damit deutlich unter dem Berliner Wert von 21 Prozent (vgl. **Tabelle 79**).

Tabelle 79: Pendler bei den MTA-L am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	978	916	9	18	5	30
Einpendler	143	54	25	16	41	7
Saldo	**-835**	**-862**	**+16**	**-2**	**+36**	**-23**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land beschäftigten MTA-L erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt deutliche Fachkräfteverluste. Die Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen ergibt einen Fachkräfteverlust, der rund 60 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Gute Verdienstmöglichkeiten in Berlin[132]

Gemessen wurden die durchschnittlichen monatlichen Bruttoarbeitsentgelte für sv-pflichtige Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012. Hier lag der Medianlohn[133] in Berlin zum Stichtag 31.12.2012 bei 3.026 Euro (4-Steller 8121) und damit sogar etwas über dem Bundesdurchschnitt. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag. Damit ist die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz ein Bereich mit guten Verdienstmöglichkeiten in Berlin. Wie sich die Situation in Brandenburg darstellt, bedarf – wie erläutert – der Klärung.

Moderate Neueinstellungen bei geringen Stellenbesetzungszeiten

Die Hälfte der Antwortenden (11von 20) hat angegeben, dass sie 2013 keinen Einstellungsbedarf hatte. Im Jahr 2013[134] wurden insgesamt 65 Personen, davon gut zwei Drittel in Vollzeit, eingestellt. Auch im Jahr 2014 setzt sich das skizzierte Einstellungsverhalten fort. Von 18 vorliegenden Antworten gaben fünf an, Einstellungen vorgenommen zu haben,

[132] Aufgrund der geringen Fallzahlen in Brandenburg liegen leider nur Berliner Daten zu den Entgelten vor. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

[133] Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52.

[134] Von den insgesamt 25 Antwortenden, die angaben, MTA-L zu beschäftigen, liegen 20 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor. Da es sich zum Teil um Antwortende mit mehreren Einrichtungen handelt, werden die Ergebnisse trotz der insgesamt geringen Fallzahl berichtet.

ebenfalls fünf Antwortende planten zum Befragungszeitpunkt noch Einstellungen. Die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei sechs, die der geplanten Einstellungen bei 13 Personen. Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein moderates Einstellungsverhalten zu konstatieren ist.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte lässt sich u. a. daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen besetzt werden konnte. Diesbezüglich wird die Annahme einer aktuell entspannten Fachkräftesituation gestützt. In keinem der 20 vorliegenden Fälle wurde angegeben, dass Stellen aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offen geblieben seien. Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Bei dieser Frage liegen 12 Antworten vor. Trotz der nur geringen Anzahl an Antworten deuten die Angaben ebenfalls darauf hin, dass die Fachkräftesituation im Vergleich zu anderen Berufen (noch) entspannt ist. So beträgt die am längsten angegebene Stellenbesetzungsdauer zehn Wochen, was im Vergleich aller Berufe die geringste angegebene Dauer ist.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Trotz der Aktivitäten im Bereich der Fachkräftebindung gelingt es nicht in jedem Fall, die Mitarbeiter/innen im Betrieb zu halten. Zu diesem Aspekt stehen für die MTA-L keine Primärdaten zur Verfügung. Auch durch die Einrichtungsbefragung ließ sich dieser Aspekt nicht erfragen, da die berufsscharfe Bestimmung der Verweildauer von den Einrichtungen kaum erhoben werden kann. Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung artverwandte Analysen als Orientierungswert genutzt.[135] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[136] Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[137]

Die aus den Studien ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation bei den MTA-L plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Ein Berufswechsel erscheint darüber hinaus angesichts der Ausdifferenziertheit der medizinisch-technischen Berufe nur mit Einschränkungen möglich. Für eine geringe Fluktuation spricht auch, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die MTA-L sind im Bereich der sv-pflichtigen Beschäftigung von einem hohen Anteil älterer Beschäftigter geprägt, d. h. dass dieser fluktuationsbedingte Faktor nur eingeschränkten Einfluss haben

[135] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern." Abschlussbericht.

[136] In erster Linie sind die Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

[137] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

dürfte. Für eine gewisse Fluktuation spricht, dass die Auszubildenden die Ausbildung zum Teil als Einstieg in ein späteres Studium (z. B. Medizin oder Pharmazie) nutzen.[138]

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt, bei denen es sich ebenfalls um examinierte Fachkräfte mit einem überdurchschnittlichen Altersdurchschnitt der Beschäftigten und relativ hohen Entgelten handelt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Bei der Übertragung dieses Befundes auf die MTA-L hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

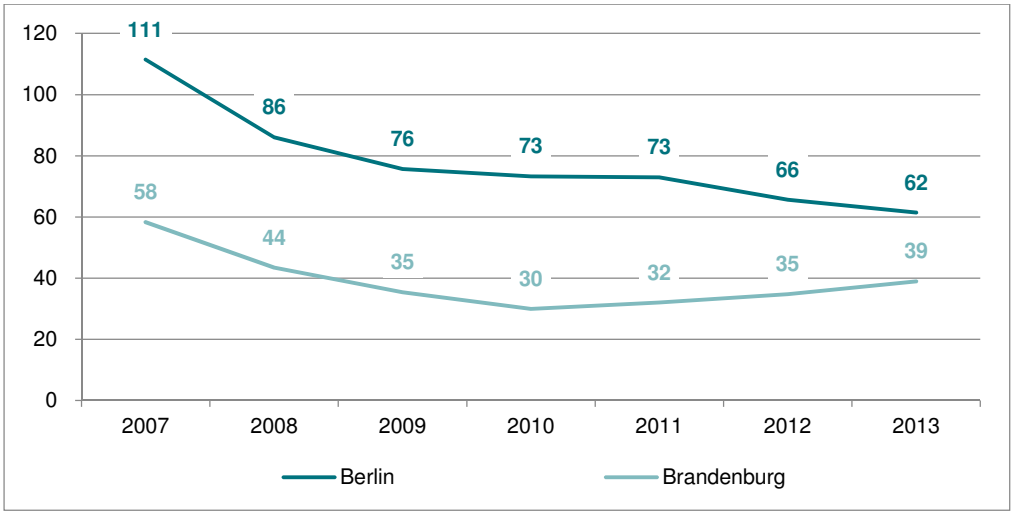
4.6.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen

Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf einen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf. Während diese Gesamtbetrachtung auch für Berlin gilt, ist in Brandenburg die Situation seit 2010 durch eine leichte Steigerung der Arbeitslosenzahlen gekennzeichnet (vgl. **Abbildung 14**).

[138] Da in Brandenburg solche Studiengänge kaum angeboten werden, bedeutet die Aufnahme eines Studiums zumeist auch den Wegzug aus dem Land.

Abbildung 14: Bestand an Arbeitslosen MTA-L – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

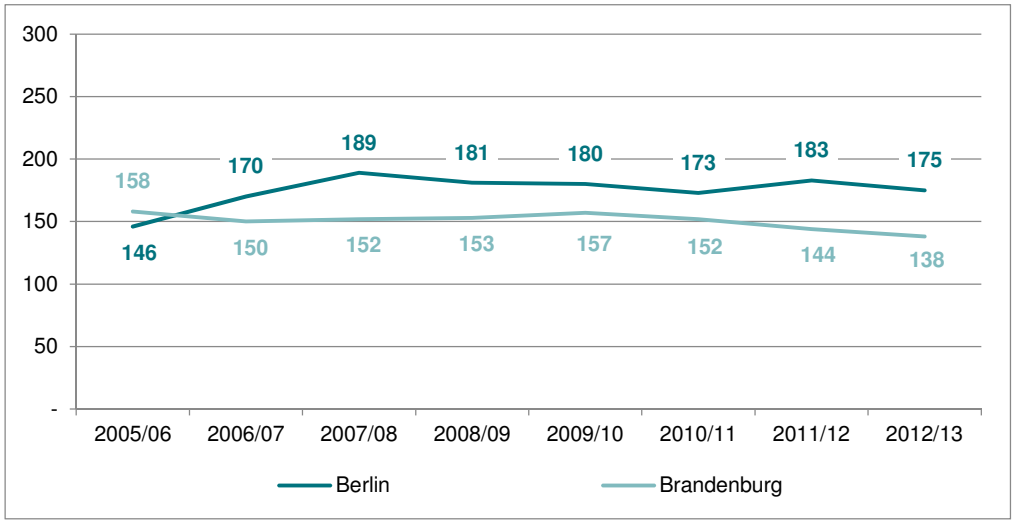
In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, wird deutlich, dass nahezu ausnahmslos Tätigkeiten auf der Fachkraftebene als Zielberuf angegeben wurden. Aufgeschlüsselt nach Personenmerkmalen zeigt sich hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung, dass die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen Frauen sind. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Die Altersstruktur der Arbeitssuchenden zeichnet sich durch einen überdurchschnittlichen Anteil über 55-Jähriger und einen hohen Anteil unter 35-Jähriger aus. Insgesamt wird deutlich, dass es kaum Möglichkeiten gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis der arbeitslosen Personen zu befriedigen.

Gleichbleibende Ausbildungsaktivitäten

Bei den MTA-L fällt die Stabilität der Auszubildendenzahlen ins Auge. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013[139] ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um drei Prozent gestiegen. Während in Berlin eine leichte Steigerung erkennbar ist, sind in Brandenburg seit dem Ausbildungsjahr 2009/2010 die Ausbildungszahlen etwas zurückgegangen (vgl. **Abbildung 15**).

[139] Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

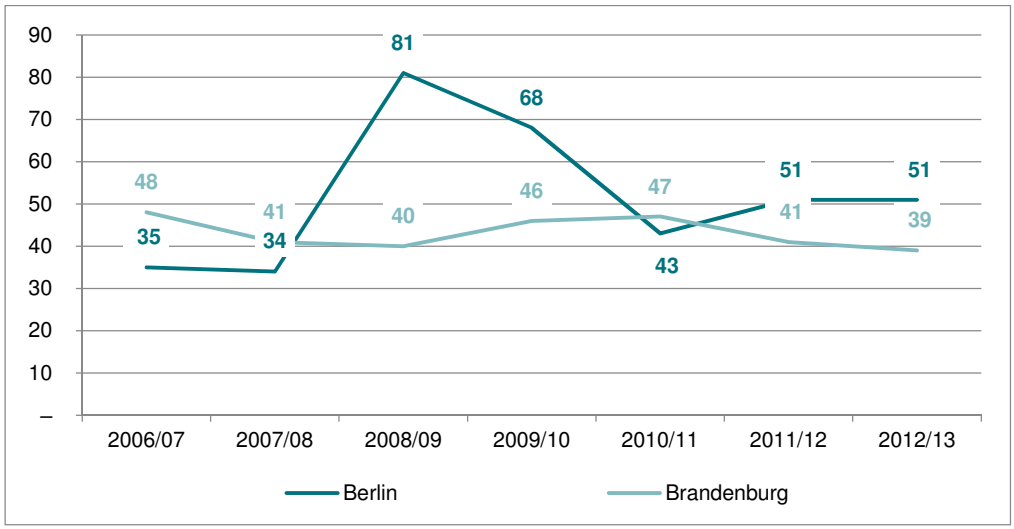
Abbildung 15: Anzahl der Auszubildenden MTA-L in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfungen nicht bestehen oder weil vor der Beendigung der Ausbildung ein Abbruch erfolgt (vgl. **Abbildung 16**).

Abbildung 16: Anzahl der Auszubildenden MTA-L mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Vor allem die hohe Zahl an Ausbildungsabbrüchen ist auffällig. In Berlin lagen die Abbruchquoten zwischen 17 und 43 Prozent eines Jahrgangs, wobei in der Mehrzahl Abbruchquoten von über 30 Prozent zu verzeichnen sind. Auch in Brandenburg sind die Abbruchquoten

relevant und lagen in den letzten Jahren bei 22 und 31 Prozent.[140] Demgegenüber spielen die Anteile der nicht erfolgreich bestandenen Abschlussprüfungen eine untergeordnete Rolle.

Weitere vergleichende Darstellungen der Situation in Berlin und Brandenburg zeigen, dass in beiden Bundesländern der Anteil der weiblichen Auszubildenden deutlich unter dem Anteil der sv-pflichtig Beschäftigten liegt.[141] Das könnte durchaus ein Hinweis darauf sein, dass es bei den MTA-L mehr und mehr gelingt, die an anderer Stelle eingeforderte Zweigeschlechtlichkeit des Berufes voran zu bringen.

Um zu klären, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen hat, wurde gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 25 Antwortenden gaben sieben (28 Prozent) an, solche Plätze anzubieten. Vor allem der personelle Aufwand ist nach Angaben der Befragten ein Grund dafür, keine Praktikumsplätze anzubieten. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird nur in Einzelfällen von den Antwortenden zur Fachkräftegewinnung genutzt. So gaben drei von insgesamt 13 Antwortenden an, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben.

4.6.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Rückläufige Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

Die Daten zu den Bestandsveränderungen bei sv-pflichtig beschäftigten MTA-L weisen in Berlin auf Beschäftigungsrückgang und in Brandenburg auf geringfügige Zunahme hin (vgl. **Tabelle 74**). Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht abgenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet das Gros der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand, einige nehmen Beschäftigungsrückgang an oder sind sich unsicher über den Fortgang. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 gehen weniger Einrichtungen von gleichbleibender Beschäftigung aus und bei erheblich mehr Einrichtungen nimmt die Unsicherheit zu.

Tabelle 80: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-L – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	4	83	4	9
2015-2017	4	70	4	22

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

[140] Für Berlin liegen Angaben in einer Zeitreihe zwischen 2006/2007 und 2013/2014 vor, für Brandenburg nur für die Ausbildungsjahre 2011/2012 und 2012/2013 vor.

[141] Der Anteil weiblicher Auszubildender in Brandenburg am 30.11.2013 an allen Auszubildenden betrug 74 Prozent, in Berlin betrug der Anteil am 01.11.2012 80 Prozent.

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren gewonnen werden. Hierfür können die Daten der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit genutzt werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 waren die medizinisch-technischen Berufe für Labormedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und weiterer Untergruppen in der Gruppe Medizinallaboranten in der KldB 1988 (BKZ 857) zusammengefasst. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rund drei Viertel der ausgewiesenen Beschäftigten zur medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz gehören.

Tabelle 81: Medizinallaboranten 2003 – 2011

Bundesland / Region	Medizinallaboranten (BKZ 857 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	5.503	5.352	5.447	5.274	5.252	5.294	5.379	5.394	5.413
Brandenburg	2.325	2.300	2.278	2.230	2.186	2.197	2.238	2.184	2.201
Berlin-Brandenburg	**7.828**	**7.652**	**7.725**	**7.504**	**7.438**	**7.491**	**7.617**	**7.578**	**7.614**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand bei den Medizinallaboranten wies im Zeitraum 2003-2011 kein Wachstum auf (2011 noch 97 Prozent des Standes von 2003 bzw. -114 Beschäftigte) (vgl. **Tabelle 81**). Aus Vergleichen mit aktuellen Entwicklungen kann geschlussfolgert werden, dass sich die Beschäftigung bei den MTA-L ungünstiger als der Durchschnitt der Gruppe entwickelt hat. Für die Dekade 2003 bis 2013 wird für Berlin eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von -0,5 Prozent und für Brandenburg eine geringfügige Zunahme des Beschäftigtenbestandes angenommen. Diese Wachstumsraten werden im Folgenden als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung für den mittelfristigen Zeitraum bis 2020 und für den langfristigen Zeitraum bis 2030 herangezogen.

Beschäftigungsentwicklung unter Status-quo-Annahme und unter den Bedingungen beschleunigter Strukturveränderungen

Unter Status-quo-Bedingungen wird in Berlin die Beschäftigung bei den MTA-L bis 2030 wahrscheinlich weiterhin um jährlich 0,5 Prozent zurückgehen. In Brandenburg kann noch bis zum Übergang in die 2020er Jahre eine leichte Zunahme der Beschäftigung erwartet werden. Danach wird voraussichtlich der starke Bevölkerungsrückgang die Nachfrage nach labormedizinischen Leistungen spürbar beeinflussen. Für Brandenburg wird daher unter Status-quo-Bedingungen zunächst bis 2020 die Fortsetzung des leichten Wachstums von jährlich 0,5 Prozent angenommen. Danach ist auch in Brandenburg ein Beschäftigungsrückgang bei den MTA-L um jährlich 0,5 Prozent wahrscheinlich.

Im Unterschied zu der Entwicklungsvariante unter Status-quo-Annahmen liegt es im Bereich des Möglichen, dass der Kostendruck in der Labormedizin durch schärfer werdenden Wettbewerb und durch neue kostenintensive Analyseverfahren stark zunimmt und zu beschleunigten technologischen Innovationsprozessen führt. Im Vorteil sind dann größere Betriebseinheiten mit entsprechender Kapitalausstattung und Marktposition. Der Zwang zu Fusionen bzw. Übernahmen von Laboren nimmt erheblich zu. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird dann die Beschäftigung bei den MTA-L stärker als unter Status-quo-Bedingungen zurückgehen. Für Berlin wird in diesem Szenario ein Beschäftigungsrückgang von eineinhalb Prozent jährlich bis 2030 angenommen. Für Brandenburg wird der Beschäftigungsrückgang auf ein Prozent bis 2020 und in der darauf folgenden Zeit bis 2030 auf eineinhalb Prozent jährlich geschätzt.

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können bei den MTA-L folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

Tabelle 82: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen bei den MTA-L

Bundesland/ Region	Status-quo-Annahme				Szenario beschleunigte Strukturveränderungen			
	2013	2020	2025	2030	2013	2020	2025	2030
Berlin	4.678	4.500	4.400	4.300	4.678	4.200	3.900	3.600
Brandenburg	1.386	1.450	1.400	1.400	1.386	1.300	1.250	1.150
Berlin-Brandenburg	**6.064**	**5.950**	**5.800**	**5.700**	**6.064**	**5.500**	**5.150**	**4.750**

Quelle: eigene Berechnungen

Unter Status-quo-Annahmen werden im Jahr 2030 in der Region Berlin-Brandenburg rund 5.700 MTA-L tätig sein (vgl. **Tabelle 82**). Im Zeitraum bis 2020 geht der Bestand um rund 100 Fachkräfte zurück. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 erfolgt ein weiterer Rückgang um rund 300 Fachkräfte. In der Entwicklungsvariante unter beschleunigten Strukturveränderungen wird sich der Beschäftigtenbestand der MTA-L in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 auf rund 4.700 Fachkräfte verringern und damit um rund 1.000 Fachkräfte stärker zurückgehen als unter Status-quo-Bedingungen. Bis 2020 geht der Bestand um 600 Fachkräfte zurück und anschließend bis 2030 um weitere 700 Fachkräfte.

Nachfrage durch Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen (Fluktuation und Renteneintritte). Aufgrund des überdurchschnittlichen Anteils älterer Beschäftigter wird eine beachtliche Anzahl an MTA-L in den nächsten Jahren altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden. Bis 2020 werden es rund 1.500 Beschäftigte sein und danach folgen im Zeitraum bis 2030 weitere 1.000 Fachkräfte. Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/in-

nen wird angenommen, dass rund zehn Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 500-600 Beschäftigte bis 2030 abgeleitet werden.

Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030 trotz Beschäftigungsrückgang

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit MTA-L zur Verfügung stehenden Fachkräften geht trotz des zu erwartenden Beschäftigungsrückgangs ein Fachkräftebedarf für die Zeit bis 2030 hervor. In diesem Zeitraum wird in Berlin und Brandenburg voraussichtlich ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von rund 2.000 bis 3.000 MTA-L entstehen (vgl. **Tabelle 83**).

Tabelle 83: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an MTA-L, 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	-200	-500	1.200	200	1.200	900
2020-2030	-200	-600	800	200	800	400
2013-2030 insgesamt	**-400**	**-1.100**	**2.000**	**400**	**2.000**	**1.300**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	100	-100	300	100	500	300
2020-2030	-100	-100	200	100	200	200
2013-2030 insgesamt	**0**	**-200**	**500**	**200**	**700**	**500**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	-100	-600	1.500	300	1.700	1.200
2020-2030	-300	-700	1.000	300	1.000	600
2013-2030 insgesamt	**-400**	**-1.300**	**2.500**	**600**	**2.700**	**1.800**

*Szenario A = Szenario Status quo; Szenario B = Szenario Beschleunigte Strukturveränderungen; Quelle: eigene Berechnungen

Ein rechnerischer Abgleich des voraussichtlichen Fachkräftebedarfs mit den Absolventenzahlen der beruflichen Erstausbildung zeigt, dass dieser Bereich der Fachkräftegewinnung nicht zur Bedarfsdeckung reichen würde, wenn sich die Absolventenzahlen von 2012/2013 (90 Absolventen) verstetigen würden. Bleibt auch die Verfügbarkeit von arbeitslosen Fach-

kräften dem gegenwärtigen Niveau entsprechend minimal, ist der voraussichtliche Fachkräftebedarf nur über eine wesentliche Erhöhung der Anzahl an Ausbildungsabsolventen zu decken. Zur vollständigen Bedarfsdeckung aus diesem Segment des Fachkräfteangebotes wäre eine Verdopplung der Absolventenzahlen erforderlich.

4.6.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist die derzeitige Fachkräftebedarfssituation bei den MTA-L als entspannt zu bezeichnen. Dementsprechend richten sich die nachstehenden Empfehlungen primär auf die Abmilderung zukünftig zu erwartender Fachkräfteengpässe. Daher werden im Folgenden naheliegende Handlungsfelder aufgezeigt.

- Ausbildung ist das zentrale Instrument zur Bewältigung zukünftiger Fachkräfteengpässe. Besondere Aufmerksamkeit erfordert der hohe Anteil von Ausbildungsabbrüchen. Entsprechend sind alle Maßnahmen zu ergreifen, die einen Anstieg der Zahl an Auszubildenden und eine deutliche Verringerung des Anteils von Ausbildungsabbrüchen in diesem Beruf befördern.

- Geschlechterspezifische Besonderheiten in einzelnen Berufen sind über viele Jahre gewachsen und häufig kulturell bedingt. Warum es typische Männer- und Frauenberufe gibt, lässt sich in der Regel gut erklären, wie man solchen Trends entgegenwirkt, ist jedoch deutlich weniger bekannt. Im Hinblick auf die Fachkräftesicherung und auch die Vermarktung eines Berufsbildes ist ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis in der Regel hilfreich. Entsprechend sollte auch die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz darüber nachdenken, wie sie gerade für (junge) Männer noch interessanter werden kann als bisher. Empfohlen wird, die Motivlage der Auszubildenden zu erfassen, um hierauf aufbauend zielgerichtete Maßnahmen einer geschlechtsneutralen Berufsorientierung zu entwickeln.

- Die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung kann einen Beruf durchaus aufwerten, zumindest dann, wenn es sich um freiwillige Teilzeit handelt. Unfreiwillige Teilzeitarbeit führt hingegen häufig zu ungünstigen Beschäftigungs- und Einkommensverhältnissen und erschwert die Fachkräftesicherung nachhaltig. Auch wenn die Teilzeitquote bei den MTA-L im Vergleich zu den hier untersuchten Berufen am geringsten ausfällt, sollte auch für diese Berufsgruppe geklärt werden, wie es zu der relevanten Teilzeitquote kommt und welche beschäftigungspolitischen Gestaltungsspielräume zukünftig effektiver als bisher genutzt werden können. Allein durch die Erhöhung der Vollzeitquote lassen sich entstehende Fachkräfteengpässe in relevantem Maße kompensieren.

- Die MTA-L stellt sich aktuell als ein Beruf mit einem hohen Anteil an älteren Beschäftigten dar. Mit einem Anteil von knapp 40 Prozent an allen Beschäftigten ist in der Altersgruppe „50plus“ ein großes und erfahrenes Fachkräftepotenzial in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz tätig, das hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten in

den nächsten Jahren absolut und anteilmäßig weiter zunehmen wird. Dessen volle Beschäftigungsfähigkeit bis zum regulären Renteneintritt zu erhalten, entwickelt sich mehr und mehr zu einer Schlüsselfrage der Fachkräftesicherung. Der sich mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter beschleunigende technologische Wandel wird zukünftig mit einer immer älteren Belegschaft zu bewältigen sein. Fort- und Weiterbildung und ggf. eine veränderte Arbeitsorganisation werden (gerade für ältere Beschäftigte) zunehmend zu einer wesentlichen Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit. Die Einrichtungen sollten bereits jetzt beginnen, sich sukzessive auf den anstehenden Altersstrukturwandel vorzubereiten.

- Das Berufsgesetz und die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind über 20 Jahre alt und entsprechen teilweise nicht mehr den Anforderungen aus der Praxis. Eine Novellierung kann nur durch den Bund erfolgen. Alle Akteure sollten im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit diesem Anliegen an den Bund herantreten. In diesem Kontext ist auch zu prüfen, inwieweit die skizzierte Ausdifferenzierung von Tätigkeitszuschnitten, die sowohl Beschäftigung für höherqualifizierte Akademiker/innen als auch für geringer qualifizierte Hilfstätigkeiten eröffnet, durch die Betriebe und Bildungseinrichtungen aktiver gestaltet werden kann. Empfohlen wird zum einen, die Akademisierung von Analysetätigkeiten durch entsprechende Studienangebote (bspw. Stipendien oder duale Studiengänge) zu flankieren. Zum anderen ist zu prüfen, inwieweit Ausbildungsabbrecher/innen für entstehende Helfertätigkeiten in den Laboren gewonnen werden können.

4.7 Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in (MTA-R)

4.7.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Relevante Beschäftigtenzahlen und Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 genau 2.200 MTA-R sv-pflichtig beschäftigt. Davon waren rund zwei Drittel in Berlin und ein Drittel in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt kaum eine Rolle. Insgesamt sind 83 Prozent der MTA-R auf der Fachkraftebene tätig. Jeder fünfte Beschäftigte ist auf einem der höheren Anforderungsniveaus komplexer Spezialistentätigkeiten oder als Experte [142] beschäftigt (Stand 2013). Die Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-R ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch kontinuierliches Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 84**).

Tabelle 84: Sv-pflichtige Beschäftigung bei den MTA-R, 2012-2014

Bundesland / Region	Sv-pflichtig beschäftigte MTA-R (BKZ 8123 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	1.387	1.397	1.414	1.441	1.461	1.484
Brandenburg	702	711	714	728	739	744
Berlin-Brandenburg	**2.089**	**2.108**	**2.128**	**2.169**	**2.200**	**2.228**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 58 Antwortende an, MTA-R zu beschäftigen. Von diesen haben sieben ihren Sitz in Berlin und 51 in Brandenburg. Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung wird auf die Ergebnisbeschreibung nach Bundesländern verzichtet. In den Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 681 MTA-R tätig. Die absolute Mehrheit der durch die Befragung erfassten Beschäftigten ist in Krankenhäusern und in Praxen tätig.

Hoher Frauenanteil und relativ geringe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sv-pflichtig Beschäftigten MTA-R betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 83 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen etwas über dem Durchschnitt. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten in relevantem Maße.

[142] In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlerntätigkeiten; (2) fachlich ausgerichtete Tätigkeiten; (3) komplexe Spezialistentätigkeiten und (4) hoch komplexe Tätigkeiten. Je höher das Anforderungsniveau, desto geringer die unmittelbare Substituierbarkeit. Für weitere Informationen siehe Bundesagentur für Arbeit: Klassifikation der Berufe 2010, Band 1

Tabelle 85: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-R

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**1.397**	1.163	83.2	79,9
Brandenburg	**711**	636	89,5	84,9
Berlin-Brandenburg	**2.108**	**1.799**	**85,3**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[143] Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[144]

Die Teilzeitquote fällt mit 33,5 Prozent relativ niedrig aus.[145] Auch hierbei sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 86**).

Tabelle 86: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-R

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**1.397**	451	32,3	44,3
Brandenburg	**711**	257	36,1	46,2
Berlin-Brandenburg	**2.108**	**708**	**33,5**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Unterschiede gibt es bei der Betrachtung nach Geschlecht. So sind die Teilzeitquoten bei Männern in Berlin (16,6 Prozent) wie auch in Brandenburg (25,3 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen.

Hoher Anteil älterer Beschäftigter

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der überdurchschnittlich hohe Anteil Älterer unter den sv-pflichtigen Beschäftigung gegenüber den anderen untersuchten Berufen auf (vgl. **Tabelle 87**).

143 Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

144 Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

145 Gleichwohl liegt auch diese Quote über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufe. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (ohne geringfügig Beschäftigte) an allen abhängig Beschäftigten sowohl in Berlin als auch in Brandenburg beträgt über alle Branchen hinweg jeweils 20 Prozent. Vergleiche hierzu IAB Betriebspanel 2013 (bisher unveröffentlicht).

Tabelle 87: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-R

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**1.397**	307	539	238	196	117
Brandenburg	**711**	173	281	124	96	37
Berlin-Brandenburg	**2.108**	**480**	**820**	**362**	**292**	**154**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	22,0	38,6	17,0	14,0	8,4
Brandenburg	**100,0**	24,3	39,5	17,4	13,5	5,2
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**22,8**	**38,9**	**17,2**	**13,9**	**7,3**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit Sogwirkung Berlins

Bei den MTA-R besteht gemessen am Beschäftigungsumfang ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den MTA-R kommen in Berlin rund 18 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg etwa sechs Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit ca. 250 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 43 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Somit ergibt sich insgesamt ein Saldo von plus 210 sv-pflichtig Beschäftigten aus Berliner Sicht. Gegenüber anderen Bundesländern weist Berlin kaum Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 88**.

Tabelle 88: Pendler bei den MTA-R am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort	
		Brandenburg	Andere Bundesländer
Auspendler	61	43	18
Einpendler	273	253	20
Saldo	**+212**	**+210**	**+2**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Auch Brandenburg weist kaum Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern auf (vgl. **Tabelle 89**).

Tabelle 89: Pendler bei den MTA-R am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	284	253	9	11	*	Ca. 10
Einpendler	66	43	*	10	4	Ca. 8
Saldo	**-218**	**-210**	**Ca. -8**	**-1**	**Ca. +3**	**Ca. -2**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Insgesamt erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt bei den MTA-R deutliche Fachkräfteverluste. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 30 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Moderate Neueinstellungen bei geringen Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 sind von den 50 Antwortenden 59 Personen eingestellt worden, davon 88 Prozent in Vollzeit. Auch im Jahr 2014 setzt sich das Einstellungsverhalten fort. Von 40 vorliegenden Antworten gaben zehn an, Einstellungen vorgenommen zu haben, neun Antwortende planten noch Einstellungen. Die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei 18, die der geplanten bei 22.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen besetzt werden konnte. In nur zwei der vorliegenden 50 Fälle wurde angegeben, dass Stellen (jeweils eine) aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offen geblieben seien. Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Der Zeitraum zur Besetzung einer Stelle wird nur in Ausnahmefällen mit länger als drei Monaten angegeben. Gleichwohl wird gegenüber dem Beruf der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz deutlich, dass die Stellenbesetzungsdauer länger dauert und vereinzelt sogar zu einem längerfristigen Stellenbesetzungsproblem führen kann.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Zu dem Aspekt der Fluktuation (Berufswechsel) stehen für die MTA-R keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen zur Verfügung. Auch durch die Einrichtungsbefragung ließ sich dieser Aspekt nicht erfragen. Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung artverwandte Analysen als Orientierung genutzt.[146] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[147] Zum Teil beziehen sich die bestehenden

[146] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern." Abschlussbericht.

[147] In erster Linie sind die Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[148]

Die aus den Studien für die MTA-R ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. MTA-R sind, wie beschrieben, in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkraftebene zugeordnet. Auch der hohe Anteil älterer Beschäftigter spricht gegen eine hohe Fluktuationsrate (Berufswechsel finden eher zu Beginn der Berufskarriere statt). Auch aufgrund der inhaltlichen Ausdifferenziertheit der medizinisch-technischen Berufe scheint ein Berufswechsel nur mit Einschränkungen möglich. Im Rahmen der qualitativen Erhebungsphase wurde andererseits deutlich, dass für die Auszubildenden die Ausbildung zum Teil als Einstieg in ein späteres Studium (z. B. Medizintechnik, Physik) dient und daher ein gewisser Anteil nicht in diesem Beruf weiterarbeitet.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt, bei denen es sich ebenfalls um examinierte Fachkräfte mit einer überdurchschnittlich alten Beschäftigungsstruktur und relativ guten Entgelten[149] handelt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Bei der Übertragung dieses Befundes auf die MTA-R hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

4.7.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

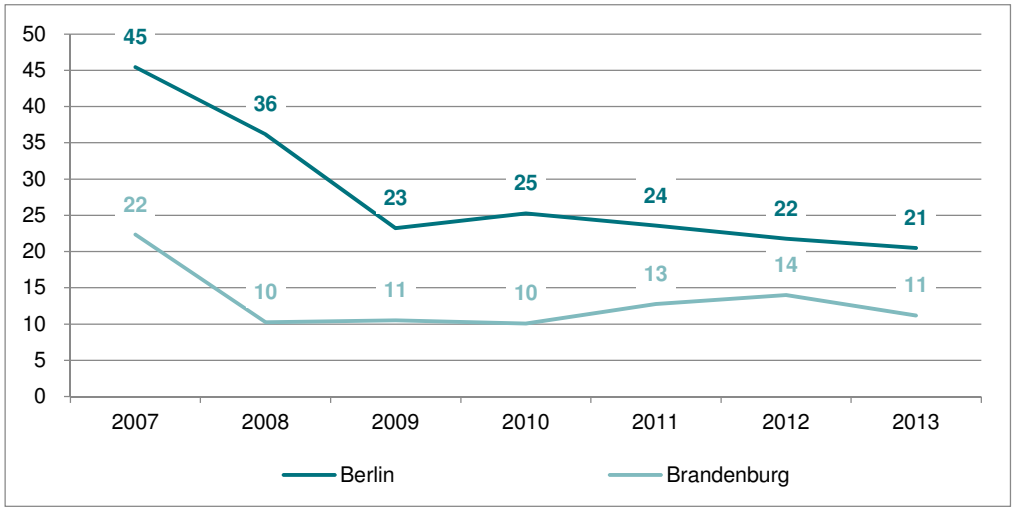
Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt wird für die MTA-R ein Rückgang der Arbeitslosenzahlen ausgewiesen (vgl. **Abbildung 17**).

---

[148] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

[149] Zahlen für Berlin und Brandenburg liegen aufgrund zu geringer Beschäftigtenzahlen nicht vor, jedoch lässt sich anhand des Bundesmedians feststellen, dass sich das monatliche Entgelt in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflege befindet.

Abbildung 17: Bestand an Arbeitslosen MTA-R, 2007 bis 2013 (Jahresdurchschnitte)



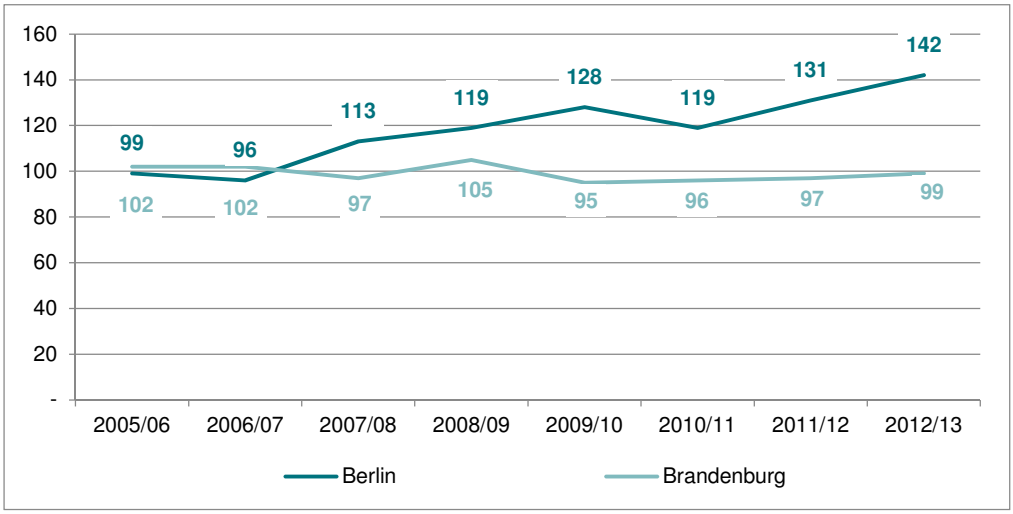
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Nahezu alle Arbeitsuchenden suchen Tätigkeiten auf der Fachkraftebene. Aufgeschlüsselt nach Personenmerkmalen zeigt sich, dass die Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen Frauen sind. Eine Differenzierung nach Alter macht aufgrund der geringen Fallzahlen wenig Sinn. Insgesamt zeigen die Zahlen, dass es nur sehr wenig Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz in Beschäftigung zu integrieren.

Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, konstante Ausbildungszahlen in Brandenburg

Zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden bei den MTA-R über alle Ausbildungsjahrgänge um 20 Prozent gestiegen, was alleine der Entwicklung in Berlin geschuldet ist. In Brandenburg sind die Auszubildendenzahlen über die Jahre konstant (vgl. **Abbildung 18**).

Abbildung 18: Anzahl der Auszubildenden MTA-R in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf

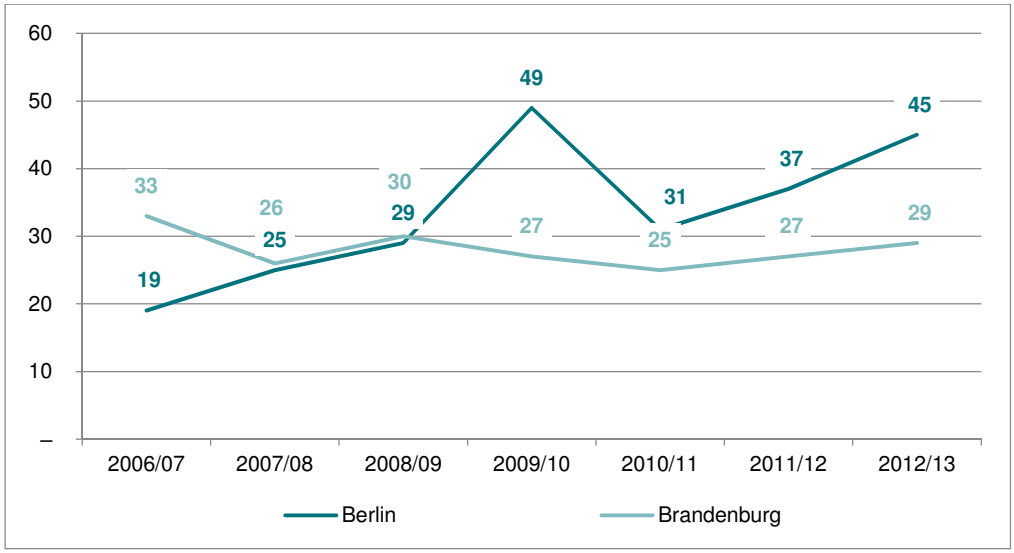


Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfung nicht bestehen oder weil vor der Beendigung der Ausbildung ein Abbruch erfolgte. Vor allem die hohe Zahl an Ausbildungsabbrüchen ist auffällig. In Berlin lagen die Abbruchquoten im Zeitraum 2007 bis 2013 zwischen sechs und 46 Prozent eines Jahrgangs, wobei in der Mehrzahl Abbruchquoten von rund 30 Prozent zu verzeichnen sind. Auch in Brandenburg sind die Abbruchquoten relevant und lagen in den letzten Jahren bei 17 und 22 Prozent.[150] Demgegenüber spielen die Anteile der nicht erfolgreich bestandenen Abschlussprüfungen eine untergeordnete Rolle. Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolvent/innen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 19**).

[150] Für Berlin liegen Angaben in einer Zeitreihe zwischen 2006/2007 und 2013/2014 vor, für Brandenburg nur für die Ausbildungsjahre 2011/2012 und 2012/2013 vor.

Abbildung 19: Anzahl der Auszubildenden MTA-R mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Um zu klären, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen hat, wurde gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 39 Antwortenden gaben 36 Prozent an, solche Plätze anzubieten. Damit werden bei den MTA-R solche Plätze anteilig häufiger angeboten als in den anderen untersuchten medizinisch-technischen Assistenzberufen. Vor allem der personelle Aufwand ist nach Angaben der Befragten – und hier vor allem der Praxen – Grund dafür, keine Praktikumsplätze anzubieten. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird selten zur unmittelbaren Fachkräftegewinnung genutzt. So gaben sechs von insgesamt 30 Antwortenden an, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikantin übernommen zu haben.

4.7.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

Bei den MTA-R kann in Berlin und Brandenburg mit Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich die positive Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre auch künftig fortsetzen wird. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sv-pflichtig beschäftigten MTA-R (vgl. **Tabelle 84**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von MTA-R sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht zugenommen. Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten drei Viertel der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand und jede sechste Einrichtung Beschäftigungszuwachs. Bei

der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 erwartet jede fünfte Einrichtung Beschäftigungszunahme. Allerdings nimmt für diesen Zeitraum auch die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung zu und der Anteil der Einrichtungen, die ein gleichbleibendes Beschäftigungsniveau erwarten, geht deutlich zurück.

Tabelle 90: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-R – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Medizinisch-technische Radiologieassistent/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	16	77	4	4
2015-2017	20	64	5	11

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Eine mittel- und längerfristige über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren gewonnen werden. Hierfür können die Daten der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit genutzt werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 waren die medizinisch-technischen Berufe für Labormedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und weiterer Untergruppen in der Gruppe Medizinallaboranten in der KldB 1988 (BKZ 857) zusammengefasst. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass ca. 25 Prozent der in dieser Gruppe ausgewiesenen Beschäftigten als MTA-R tätig waren.

Tabelle 91: Medizinallaboranten 2003 – 2011

Bundesland / Region	Medizinallaboranten (BKZ 857 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	5.503	5.352	5.447	5.274	5.252	5.294	5.379	5.394	5.413
Brandenburg	2.325	2.300	2.278	2.230	2.186	2.197	2.238	2.184	2.201
Berlin-Brandenburg	**7.828**	**7.652**	**7.725**	**7.504**	**7.438**	**7.491**	**7.617**	**7.578**	**7.614**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Medizinallaboranten verharrte im Zeitraum 2003 bis 2011 auf annähernd gleichem Niveau (2011 noch 97 Prozent des Standes von 2003) (vgl. **Tabelle 91**). Aus Vergleichen mit aktuellen Entwicklungen kann geschlossen werden, dass der Beschäftigungsrückgang in dieser Gruppe durch die Bestandsentwicklung bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen entstanden ist. Für die MTA-R kann eher ein leichtes Wachstum von einem Prozent angenommen werden. Bei den Überlegungen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an radiologischen Leistungen auch in den nächsten Jahren weiter zunehmen

wird. Neue technische Verfahren erweitern das Leistungsspektrum. Neben dem traditionellen Röntgen und Ultraschall werden inzwischen Schnittbildverfahren (MRT und CT) auf breiter Basis eingesetzt. Die bildgebenden Diagnoseverfahren werden durch technische Innovationen ständig erweitert und verbessert. Für die Einschätzung des Fachkräftebedarfs in der Zeit bis 2030 wird ein durchschnittliches jährliches Wachstum des Beschäftigtenbestandes von einem Prozent vorgesehen. Diese Wachstumsrate wird auch für Brandenburg trotz des starken Bevölkerungsrückgangs eingesetzt. Hier werden wie auch in anderen Flächenländern Deutschlands pro Bevölkerungseinheit nur halb so viele radiologische Untersuchungen wie in Berlin, Hamburg oder anderen Großstädten durchgeführt. Insofern kann in Brandenburg in den nächsten eineinhalb Jahrzehnten mit einer Bedarfszunahme gerechnet werden, die die Effekte des Bevölkerungsrückgangs ausgleicht. Mit einem durchschnittlichen Wachstum von einem Prozent kann in der Region folgende Beschäftigungsentwicklung in der Tätigkeit MTA-R erwartet werden:

Tabelle 92: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen bei den MTA-R

Bundesland / Region	Status-quo-Annahme			
	2013	2020	2025	2030
Berlin	1.397	1.498	1.574	1.654
Brandenburg	711	762	801	842
Berlin-Brandenburg	**2.108**	**2.260**	**2.375**	**2.497**

Quelle: eigene Berechnungen

Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der MTA-R in Berlin und Brandenburg voraussichtlich von 2.100 auf 2.500 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 92**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 150 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 250 Fachkräften hinzu.

Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Fachkräftenachfrage

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen (Fluktuation und Renteneintritte). Aufgrund des überdurchschnittlich hohen Anteils älterer Beschäftigter muss in der Region bis 2020 mit rund 500 altersbedingt ausscheidenden MTA-R gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 400 Beschäftigte hinzu. Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund zehn Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 300 MTA-R bis 2030 abgeleitet werden.

Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit MTA-R zur Verfügung stehenden Fachkräften geht folgender Fachkräftebedarf bis 2030 hervor:

Tabelle 93: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an MTA-R in Berlin-Brandenburg 2013 bis 2030

Berlin				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	100	300	100	500
2020-2030	150	200	100	500
2013-2030 insgesamt	**250**	**500**	**200**	**1.000**

Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	50	200	50	300
2020-2030	100	200	50	300
2013-2030 insgesamt	**150**	**400**	**100**	**600**

Berlin-Brandenburg				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	150	500	150	800
2020-2030	250	400	150	800
2013-2030 insgesamt	**400**	**900**	**300**	**1.600**

Quelle: eigene Berechnungen

Bis 2030 wird in Berlin und Brandenburg ein Neubedarf an MTA-R in der Größenordnung von rund 1.600 Beschäftigten entstehen (vgl. **Tabelle 93**). Dieser ermittelte Bedarf an neu verfügbaren Fachkräften in der Region entspricht fast der Größenordnung der gegenwärtig beschäftigten MTA-R. Ein rechnerischer Abgleich mit den Absolventenzahlen der beruflichen Erstausbildung zeigt, dass dieser Bereich der Fachkräftegewinnung nicht zur Bedarfsdeckung reichen würde, wenn sich die Absolventenzahlen von 2012/2013 (75 Absolvent/innen) verstetigen würden. Bleibt auch die Verfügbarkeit von arbeitslosen Fachkräften dem gegenwärtigen Niveau entsprechend minimal, ist der voraussichtliche Fachkräftebedarf nur über eine wesentliche Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsabsolventen zu decken. Zur vollständigen Bedarfsdeckung aus diesem Segment des Fachkräfteangebotes wäre eine Erhöhung der Absolventenzahlen um mindestens 50 Prozent erforderlich.

4.7.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist die derzeitige Fachkräftebedarfssituation bei den MTA-R als entspannt zu bezeichnen. Dementsprechend richten sich die nachstehenden Empfehlungen primär auf die Abmilderung zukünftig zu erwartender Fachkräfteengpässe.

- Geschlechtsspezifische Besonderheiten in einzelnen Berufen sind über viele Jahre gewachsen und häufig kulturell bedingt. Warum es typische Männer- und Frauenberufe gibt, lässt sich in der Regel gut erklären, wie man solchen Trends entgegenwirkt, ist jedoch deutlich weniger bekannt. Im Hinblick auf die Fachkräftesicherung und auch die Vermarktung eines Berufsbildes ist ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis in der Regel hilfreich. Entsprechend sollte auch die medizinisch-technische Radiologieassistenz darüber nachdenken, wie sie gerade für (junge) Männer noch interessanter werden kann als bisher. Empfohlen wird, die Motivlage der Auszubildenden zu erfassen, um hierauf aufbauend zielgerichtete Maßnahmen einer geschlechtsneutralen Berufsorientierung zu entwickeln.

- Die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung kann einen Beruf durchaus aufwerten, zumindest dann, wenn es sich um freiwillige Teilzeit handelt. Unfreiwillige Teilzeitarbeit führt hingegen häufig zu ungünstigen Beschäftigungs- und Einkommensverhältnissen und erschwert die Fachkräftesicherung nachhaltig. Auch wenn die Teilzeitquote in der MTA-R im Vergleich zu den hier untersuchten Berufen am geringsten ausfällt, sollte auch für diese Berufsgruppe geklärt werden, wie es zu der relevanten Teilzeitquote kommt und welche beschäftigungspolitischen Gestaltungsspielräume zukünftig effektiver als bisher genutzt werden können. Allein durch die Erhöhung der Vollzeitquote lassen sich entstehende Fachkräfteengpässe in relevantem Maße kompensieren.

- Ausbildung ist das zentrale Instrument zur Bewältigung zukünftiger Fachkräfteengpässe. Besondere Aufmerksamkeit erfordert der hohe Anteil von Ausbildungsabbrüchen. Entsprechend sind alle Maßnahmen zu ergreifen, die einen Anstieg der Zahl an Auszubildenden und eine deutliche Verringerung des Anteils von Ausbildungsabbrüchen in diesem Beruf befördern. Im Verhältnis zur Gesamtgröße der Berufsgruppe ist mittelfristig ein durchaus relevanter Fachkräftebedarf bei den MTA-R zu erwarten. Die Ausbildungsplanung muss diese Entwicklung im Blick behalten, damit zeitnah auf steigende Bedarfe reagiert werden kann. Eine sukzessive Erhöhung der Ausbildungsaktivitäten ist mit hoher Wahrscheinlichkeit notwendig und sollte in den entsprechenden Planungen (bereits heute) berücksichtigt werden.

- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der Akademisierung der medizinisch-technischen Radiologieassistenz liegen. Für eine solche stärkere Akademisierung spricht zum einen, dass aufgrund der zunehmenden Studierneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe der künftigen MTA-R vergrößert wird. Zum anderen würde damit der inhaltlichen Weiterentwicklung des Berufes in den letzten Jahren Rechnung getragen werden. Ggf. könnte durch eine solche Akademisierung den MTA-R eine größere Verantwortung bei der Beurteilung der Bilder zukommen, wodurch Ärztinnen und Ärzte entlastet werden könnten. Daher wäre zu prüfen, inwieweit die Modellklausel für andere Gesundheitsfachberufe auch auf die MTA-R übertragen werden kann.

4.8 Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik (MTA-F)

4.8.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Niedrige Beschäftigtenzahlen und stagnierende Beschäftigungsentwicklung

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 knapp 300 MTA-F sv-pflichtig beschäftigt. Davon waren etwas mehr als die Hälfte in Berlin tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf kaum eine Rolle. Die Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-F ist im Zeitraum 2012 bis 2014 in Berlin durch einen leichten Rückgang, in Brandenburg durch einen sehr leichten Zuwachs gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 94**).[151]

Tabelle 94: Sv-pflichtige Beschäftigung bei den MTA-F, 2012-2014

Bundesland / Region	Sv-pflichtig beschäftigte MTA für Funktionsdiagnostik (BKZ 8122 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	149	149	144	142	155	150
Brandenburg	129	131	136	139	137	135
Berlin-Brandenburg	**278**	**280**	**280**	**281**	**292**	**285**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten ist durch Tätigkeiten auf Fachkraftebene gekennzeichnet, in Brandenburg deutlicher als in Berlin. Insgesamt sind rund drei Viertel der MTA-F auf diesem Anforderungsniveau tätig. Ein Viertel der MTA-F ist auf den höheren Anforderungsniveaus komplexer Spezialistentätigkeiten oder Experte beschäftigt (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 29 Antwortende an, MTA-F zu beschäftigen. Von diesen haben fünf ihren Sitz in Berlin und 24 in Brandenburg. Von den 17 Antwortenden, die für ihre Einrichtung(en) konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 267 MTA-F tätig. Damit wurden fast alle der sv-pflichtig beschäftigten MTA-F erfasst. Die Mehrheit der durch die Befragung erfassten Beschäftigten ist in Krankenhäusern tätig. Nur in Einzelfällen wurde angegeben, dass Beschäftigte dieses Berufes in anderen Einrichtungstypen (z. B. Praxen) arbeiten. Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Antwortenden sind sowohl eine Differenzierung nach Bundesland als auch nach Einrichtungstyp nicht sinnvoll möglich.

[151] Wie an den erstmals seit Ende 2012 separat für diese berufliche Tätigkeit ausgewiesenen Daten erkennbar ist, wird der vor 2012 aus statistischen Klassifizierungsgründen nur indirekt ablesbar stagnierende Beschäftigungstrend in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.8.4.

Hoher Frauenanteil und geringe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Berufen ist auch die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt (vgl. **Tabelle 95**). Der Anteil der Frauen an den MTA-F betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 79 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen im Mittelfeld. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten sehr stark.

Tabelle 95: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-F

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**149**	102	68,5	79,9
Brandenburg	**131**	119	90,8	84,9
Berlin-Brandenburg	**280**	**221**	**78,9**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[152] Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[153] Gleichwohl ist der Unterschied zwischen den Bundesländern ausgesprochen deutlich und kann nicht durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen alleine erläutert werden. Ggf. lassen sich weitere Begründungen in der Einstellungspolitik der Einrichtungen finden.

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Mit einem Anteil von 38 Prozent ist bei den MTA-F jedoch eine relativ niedrige Teilzeitquote zu verzeichnen.[154] Allerdings basiert die Gesamtquote vor allem auf den Berliner Werten. Erneut sind deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 96**).

[152] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

[153] Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

[154] Gleichwohl liegt auch diese Quote über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufe. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (ohne geringfügig Beschäftigte) an allen abhängig Beschäftigten sowohl in Berlin als auch in Brandenburg beträgt über alle Branchen hinweg jeweils 20 Prozent. Vergleiche hierzu IAB Betriebspanel 2013 (bisher unveröffentlicht).

Tabelle 96: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-F

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**149**	46	30,9	44,3
Brandenburg	**131**	62	47,3	46,2
Berlin-Brandenburg	**280**	**108**	**38,6**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Differenzierte Altersstruktur der Beschäftigten in Berlin und Brandenburg

Insgesamt zeigt sich eine ungefähr dem Durchschnitt aller untersuchten Berufe entsprechende Altersstruktur. In den einzelnen Altersgruppen gibt es zwischen Berlin und Brandenburg jedoch erhebliche Unterschiede (vgl. **Tabelle 97**). Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Interpretation der länderspezifischen Altersstrukturen aber nicht sinnvoll möglich.

Tabelle 97: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-F

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**149**	54	55	17	15	8
Brandenburg	**131**	25	70	17	12	7
Berlin-Brandenburg	**280**	**79**	**125**	**34**	**27**	**15**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	36,2	36,9	11,4	10,1	5,4
Brandenburg	**100,0**	19,1	53,4	13,0	9,2	5,3
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**28,2**	**44,6**	**12,1**	**9,6**	**5,4**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

Bedingt durch den geringen Beschäftigungsumfang ist der Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg gering. Entsprechend wird auf eine Darstellung der Pendlerströme verzichtet.

Neueinstellungen in 2013 bei geringen Stellenbesetzungszeiten

2013[155] haben sechs der 25 Antwortenden in Vollzeit, fünf der 25 Antwortenden mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden

[155] Von den insgesamt 29 Antwortenden, die angaben, MTA-F zu beschäftigen, liegen 25 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor. Da es sich zum Teil um Antwortende mit mehreren Einrichtungen handelt, werden die Ergebnisse trotz der insgesamt geringen Fallzahl berichtet.

Einrichtungen 67 Personen eingestellt worden, davon vier Fünftel in Vollzeit (81 Prozent, 54 Vollzeitstellen). Auch im Jahr 2014 setzt sich das Einstellungsverhalten fort. Von 22 Antwortenden gaben vier an, Einstellungen vorgenommen zu haben, drei Antwortende planten zum Befragungszeitpunkt Einstellungen. Diese geringe Anzahl an Einrichtungen geht aber mit einer hohen Zahl an Einstellungen einher – die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei 32, die der geplanten Einstellungen bei 73 Personen. Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen besetzt werden konnte oder nicht. In keinem der 25 vorliegenden Fälle wurde angegeben, dass Stellen aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offen geblieben seien. Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Die am längsten angegebene Stellenbesetzungsdauer beträgt 12 Wochen, was im Vergleich aller Berufe als sehr gering einzuschätzen ist. Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten und zur Stellenbesetzung zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein – gemessen am Beschäftigungsumfang – reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, die Einrichtungen ihren Fachkräftebedarf aber decken können. Deutlich wird auch, dass die Einstellungen durch wenige große Einrichtungen vollzogen werden.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Zu diesem Aspekt der Fluktuation stehen für die MTA-F keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen zur Verfügung. Auch durch die Einrichtungsbefragung ließ sich dieser Aspekt nicht erfragen. Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung artverwandte Analysen als Orientierungswerte genutzt.[156] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind. Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[157]

Die aus den Studien für die MTA-F ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. MTA-F sind in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkraftebene zugeordnet, d. h. die Beschäftigten verfügen über einen Ausbildungsabschluss und in Teilen über Zusatzqualifikationen. Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Ein Berufswechsel erscheint angesichts der inhaltlichen Ausdifferenziertheit der medizinisch-technischen Berufe nur mit Einschränkungen möglich. Im Rahmen der Erhebungsphase wurde andererseits deutlich, dass für die Auszubildenden selber die Ausbildung zum Teil als Einstieg in

[156] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern." Abschlussbericht.

[157] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

ein späteres Studium (z. B. Medizin) dient und daher ein gewisser Anteil an MTA-F nicht in diesem Beruf weiterarbeitet.

Eine Ursache für einen Berufswechsel kann im Lohnniveau begründet liegen. Für die MTA-F lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sv-pflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 heranziehen. Aufgrund der geringen Anzahl der Beschäftigten in Berlin und Brandenburg liegen diese Angaben nur für Deutschland insgesamt vor. Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt[158] der sv-pflichtig vollzeitbeschäftigten MTA-F bei 3.015 Euro. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag.[159] Gemessen an den Entgeltstrukturen der untersuchten Berufe spricht dieser Medianlohn – auch wenn für Berlin und Brandenburg von einem geringeren Lohnniveau ausgegangen werden muss – für eine relativ geringe Fluktuation.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt, bei denen es sich ebenfalls um examinierte Fachkräfte mit relativ hohen Entgelten handelt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Bei der Übertragung dieses Befundes auf die MTA-F hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

4.8.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei stetem Fachkräftebedarf

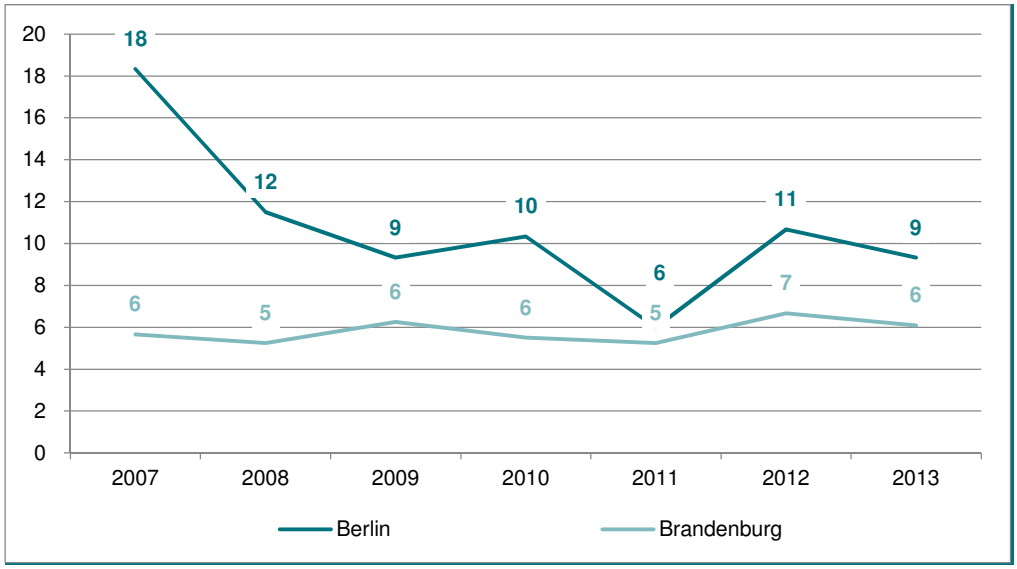
Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen (vgl. **Abbildung 20**).

---

158 Der Median ist der Wert einer Verteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf Vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er relativ robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Siehe hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52

159 Dabei ist zu beachten, dass in allen Fällen, in denen Angaben für Deutschland, Berlin und Brandenburg vorliegen, ausnahmslos im Bund der Medianwert am höchsten ist, gefolgt von Berlin und Brandenburg.

Abbildung 20: Bestand an Arbeitslosen MTA-F 2007-2013 (Jahresdurchschnitte)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

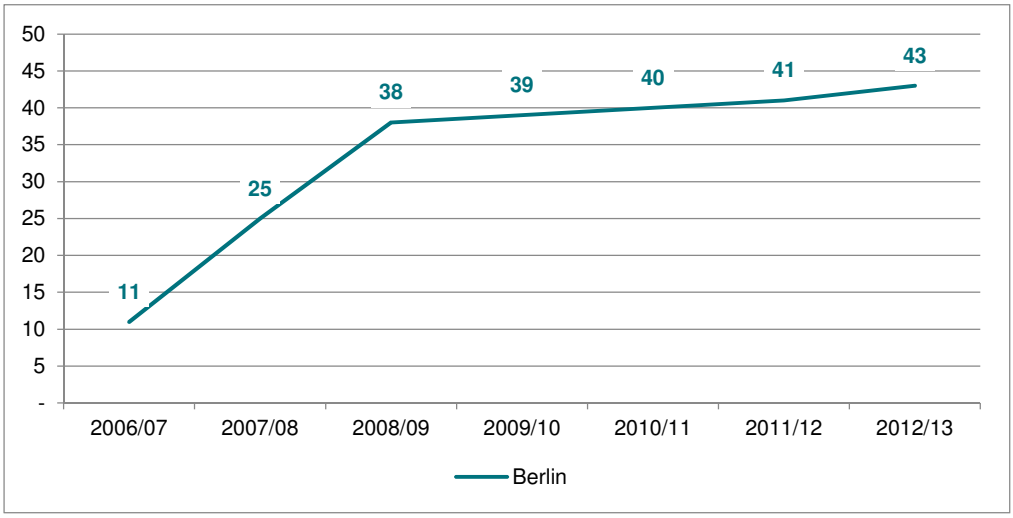
Der Beruf weist geringe sowie stagnierende Arbeitslosenzahlen auf. Entsprechend bietet das Reservoire an Arbeitssuchenden nur wenig Potenzial zur Befriedigung von Fachkräftebedarfen bei den MTA-F.

Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, kein Angebot in Brandenburg

Im Zeitraum zwischen 2006/2007 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg in Berlin auf das Vierfache gestiegen (vgl. **Abbildung 21**).[160]

[160] In Brandenburg findet keine Ausbildung für MTA-F statt.

Abbildung 21: Anzahl der Auszubildenden MTA-F in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Nicht alle Auszubildenden beenden ihre Ausbildung erfolgreich – entweder weil sie die Abschlussprüfung nicht bestehen oder weil vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. In der Ausbildung zu MTA-F ist in den vergangenen Jahren niemand durch die Abschlussprüfung gefallen und auch die Ausbildungsabbrüche haben in den letzten Jahren nur in geringem Ausmaße eine Rolle gespielt. Daher entspricht aufgrund der dreijährigen Ausbildungsdauer ungefähr ein Drittel der Auszubildendenzahlen dem jährlich neu zur Verfügung stehenden Fachkräftenachwuchs.

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es auch darum, zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen hat. Die Einrichtungen wurden gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den 23 Antwortenden mit Beschäftigten MTA-F gaben vier an, solche Plätze anzubieten. Allerdings wird von diesen wenigen Einrichtungen eine Vielzahl an Plätzen angeboten.

4.8.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik kann in Berlin und Brandenburg mit einer stabilen bis leicht steigenden Beschäftigungsentwicklung gerechnet werden. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von MTA-F sowohl in Berlin als auch in Brandenburg zwar leicht abgenommen, gleichzeitig wurden aber insbesondere in Berlin eine Vielzahl neuer Einstellungen vorgenommen. Dies spricht für eine stabile Beschäftigungsentwicklung, die sich auch in der Erwartung der befragten Einrichtungen widerspiegelt. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten

79 Prozent der Befragten einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, auf 28 Prozent. Gleichzeitig nimmt für diesen Zeitraum die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung zu. Da sich unter den Antwortenden mit steigender Beschäftigungserwartung Einrichtungen mit einem hohen Beschäftigtenbestand befinden, ist davon auszugehen, dass diese konkreten Erweiterungsbedarf haben. Dementsprechend kann insgesamt mit einer leicht positiven Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-F gerechnet werden.

Tabelle 98: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit MTA-F – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung MTA für Funktionsdiagnostik			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	14	79	4	4
2015-2017	28	48	3	21

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Für den Zeitraum nach 2017, für den aufgrund der Langfristigkeit nur Aussagen mit Schwankungsbreiten in 1.000er Größenordnungen möglich sind, ist aufgrund der geringen Bestandszahlen keine solide Abschätzung der weiteren Entwicklung möglich.

Dem alters-, fluktuations- und erweiterungsbedingten Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft ist. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen zu Grunde, so ist jährlich mit rund 15 neuen Fachkräften (alle in Berlin) zu rechnen. Dementsprechend sind bis 2020 rund 100 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Aufgrund des geringen Beschäftigungsumfangs scheinen die Ausbildungskapazitäten ausreichend für eine Fachkräftebedarfsdeckung, ggf. könnte bei absehbaren Engpässen auch nachgesteuert werden.

4.8.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Die derzeitige Fachkräftesituation bei den MTA-F ist als verhältnismäßig entspannt zu bezeichnen. Dementsprechend richten sich die aufgezeigten Bedarfe auf die Abmilderung zukünftiger Entwicklungen.

- Bei den Überlegungen zur weiteren Deckung des Fachkräftebedarfs in den MTA-Berufen sollten auch die Möglichkeiten, die sich aus der beruflichen Umorientierung von medizinischen Fachangestellten (MFA) ergeben, berücksichtigt werden. In diesem Falle wäre zu prüfen, ob Ausbildungsinhalte der MFA-Ausbildung auch auf die Ausbildung der

MTA-F angerechnet werden können und ob eine Modifizierung der Ausbildungsordnung notwendig wäre. Unter diesen Voraussetzungen wäre gegebenenfalls eine verkürzte berufsbegleitende Ausbildung oder Umschulung möglich.

4.9 Hebammen und Entbindungspfleger[161]

4.9.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Konstante Beschäftigungssituation bei leichtem Zuwachs in den letzten Jahren

Die Beschäftigungssituation der Hebammen ist durch eine Spezifik gekennzeichnet: Der überwiegende Teil der Beschäftigten ist freiberuflich tätig, wobei einige sowohl selbstständig als auch sv-pflichtig beschäftigt sind. Ein kleinerer Teil arbeitet ausschließlich in einem sv-pflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Aufgrund der Datenlage kann die Gesamtzahl der in diesem Beruf Tätigen nur geschätzt werden.[162] Legt man die zur Verfügung stehenden Zahlen zugrunde, so übten 2012 in Berlin und Brandenburg 1.650 Frauen den Beruf Hebamme aus. Fast drei Viertel hiervon waren in Berlin und entsprechend etwa ein Viertel in Brandenburg tätig. Die Relationen zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Hebammen stellt sich in Berlin nach Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wie folgt dar (vgl. **Tabelle 99**).

Tabelle 99: Anzahl der freiberuflichen und angestellten Hebammen mit freiberuflicher Nebentätigkeit in Berlin

Jahr	**Hebammen** (ausschließlich freiberuflich bzw. angestellt mit freiberuflicher Nebentätigkeit)	Davon			
		Ausschließlich freiberuflich		Angestellt mit freiberuflicher Nebentätigkeit	
	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
2010	**627**	406	64,8	221	35,2
2011	**579**	388	67,0	191	33,0

Quelle: Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie eigene Berechnungen.

Amtliche Angaben zur sv-pflichtigen Beschäftigung von Hebammen können seit Einführung der KldB 2010 ausgewiesen werden. Die Entwicklung zeigt sowohl für Berlin als auch für Brandenburg ein leichtes Wachstum (vgl. **Tabelle 100**).

[161] Da weder in Berlin noch in Brandenburg aktuell ein Entbindungspfleger tätig ist, wird im Folgenden ausschließlich die Berufsbezeichnung „Hebamme“ genutzt.

[162] In Berlin und Brandenburg kann auf die Statistik der sv-pflichtig Beschäftigten zurückgegriffen werden und in Berlin zusätzlich auf die von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales geführte „Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung“. In Brandenburg gibt es eine vergleichbare Berichterstattung über die freiberufliche Tätigkeit von Hebammen nicht. Daher wurden in Berlin ermittelte Relationen auf das Land Brandenburg angewendet.

Tabelle 100: Sv-pflichtige Beschäftigung bei Hebammen 2012-2014

Bundesland / Region	Sv-pflichtig beschäftigte Hebammen (BKZ 8135 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	526	541	542	539	553	546
Brandenburg	190	200	199	206	214	213
Berlin-Brandenburg	**716**	**741**	**741**	**745**	**767**	**759**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Hebammen weisen ein sehr hohes Qualifikationsniveau auf. Sie sind fast ausnahmslos auf dem Anforderungsniveau der Spezialistentätigkeit tätig (Stand 2013). Im Rahmen der Befragung haben 229 Antwortende angegeben, entweder Hebammen zu beschäftigen oder als solche freiberuflich tätig zu sein. In den 158 Fällen, in denen konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl vorliegen, wurden insgesamt 611 Hebammen erfasst.[163] Die Beschäftigungsorte der befragten Hebammen lassen sich eindeutig zuordnen: Entweder sind sie freiberuflich tätig – allein, gemeinsam in Geburtshäusern oder Hebammenpraxen oder als Beleghebamme in einem Krankenhaus. Oder sie sind sv-pflichtig in Krankenhäusern beschäftigt – ausschließlich oder zum Teil mit einer freiberuflichen Nebentätigkeit. Die freiberuflich tätigen Hebammen, die auf die Befragung geantwortet haben, hatten fast ausnahmslos keine weiteren Beschäftigten.

Der Beruf Hebamme – ein Frauenberuf mit hoher Teilzeitquote

Der Frauenanteil der sv-pflichtig beschäftigten Hebammen liegt sowohl in Berlin als auch in Brandenburg bei 100 Prozent. Die Teilzeitquote in der Geburtshilfe liegt im Vergleich der untersuchten Berufe im oberen Drittel. Bei der Betrachtung der Arbeitszeiten sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 101**). Als ein Erklärungsansatz kann die vergleichsweise gute Kinderbetreuungssituation sowie die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen in Brandenburg herangezogen werden.[164]

Tabelle 101: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Geburtshilfe nach Arbeitszeit am 30.06.2013

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**541**	314	58,0	44,3
Brandenburg	**200**	122	61,0	46,2
Berlin-Brandenburg	**741**	**436**	**58,8**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

[163] Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurden die Antworten, in denen Hebammen sowohl freiberuflich als auch sozialversicherungspflichtig tätig waren, bei der Auswertung dieser Frage nicht berücksichtigt.

[164] Anzumerken ist, dass die Teilzeitquote aller hier untersuchten Berufe nicht der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in Berlin und Brandenburg entspricht. Dies lässt sich auf die Teilzeitquoten vor allem in den Berufen der Altenpflege zurückführen, die in Brandenburg wesentlich höher ausfallen als in Berlin. Dementsprechend ist für diese Berufe auch nach alternativen Erklärungsansätzen zu suchen.

Günstige Altersstruktur der sv-pflichtig Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbstständigen

Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sv-pflichtig beschäftigten Hebammen im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl. **Tabelle 102**). Entsprechend dürften die rentenbedingten Ersatzbedarfe in diesem Beruf in den nächsten Jahren verhältnismäßig gering ausfallen.

Tabelle 102: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Geburtshilfe

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**541**	241	170	75	34	21
Brandenburg	**200**	77	60	36	16	11
Berlin-Brandenburg	**741**	**318**	**230**	**111**	**50**	**32**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	44,5	31,4	13,9	6,3	3,9
Brandenburg	**100,0**	38,5	30,0	18,0	8,0	5,5
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**42,9**	**31,0**	**15,0**	**6,7**	**4,3**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Zur Altersstruktur der selbstständig tätigen Hebammen sind Angaben der amtlichen Statistik nicht verfügbar. Nach Ergebnissen der Einrichtungsbefragung liegt bei freiberuflichen Hebammen der Anteil der über 55-Jährigen mit ca. 18 Prozent rund sieben Prozent über dem Anteil der sv-pflichtig beschäftigten Hebammen. Demgegenüber beträgt der Anteil der unter 35-Jährigen 35 Prozent, was ca. acht Prozent weniger sind als bei den sv-pflichtig beschäftigten Hebammen. Auch wenn diese Angaben keinen Anspruch auf Repräsentativität haben, deuten sie auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als er bei einer ausschließlichen Betrachtung der Altersstruktur sv-pflichtig Beschäftigter deutlich werden würde. Deutlich wird aber auch, dass im Vergleich zur sv-pflichtigen Beschäftigung der untersuchten Gesundheitsfachberufe insgesamt die Alterszusammensetzung bei den Hebammen günstiger ausfällt.

Relevante Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

In der Geburtshilfe besteht ein relevanter Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den in der Geburtshilfe sv-pflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 13 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund acht Prozent aus Berlin. Gemessen an den absoluten Zahlen pendeln deutlich mehr Hebammen aus dem Land Brandenburg nach Berlin als umgekehrt. Dieser Befund ist mit der Situation in der Gesundheits- und Krankenpflege vergleichbar und lässt sich ggf. damit begründet, dass es sich bei den dargestellten Pendlerverflechtungen jeweils um sv-pflichtig Beschäftigte handelt, die fast ausschließlich in Krankenhäusern beschäftigt sind.

Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Geburtshilfe nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf.

Tabelle 103: Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort	
		Brandenburg	Andere Bundesländer
Auspendler	**28**	15	13
Einpendler	**86**	70	16
Saldo	**+58**	**+55**	**+3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Das Land Brandenburg weist in der Geburtshilfe keine ausgeprägten Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern auf. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen sv-pflichtig beschäftigten Hebammen im Land Brandenburg auf 12 Prozent (vgl. **Tabelle 104**).

Tabelle 104: Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort	
		Berlin	Andere Bundesländer
Auspendler	**90**	70	20
Einpendler	**23**	15	8
Saldo	**-67**	**-55**	**-12**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Insgesamt bleibt zu konstatieren, dass der Brandenburger Arbeitsmarkt im Bereich der Geburtshilfe Fachkräfteverluste zu verzeichnen hat. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen werden die Auspendlerzahlen nach Berlin noch durch Fachkräfteverluste aus negativen Pendlerverflechtungen zu den anderen Nachbarländern verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo entspricht einem Fachkräfteverlust, der rund 35 Prozent des Bestandes der sv-pflichtigen Beschäftigung umfasst.

Kaum Neueinstellungen in 2013 bei moderaten Stellenbesetzungszeiten

Entsprechend der Beschäftigungsstruktur in der Geburtshilfe sind Neueinstellungen fast ausschließlich für Krankenhäuser relevant. Die meisten Krankenhäuser haben 2013 Hebammen eingestellt, jedoch beläuft sich die Zahl der eingestellten Personen auf nur 46 (darunter 32 Vollzeitstellen). Auch im Jahr 2014 hat sich das skizzierte Einstellungsverhalten fortgesetzt, d. h. es wurden bis zum Befragungszeitpunkt nur wenige Einstellungen vorgenommen oder es sind solche geplant.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt werden konnte. Die Krankenhäuser haben ausnahmslos angegeben, dass keine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen offen geblieben ist. Es wurde auch danach gefragt, wie lange

die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Die Besetzung einer offenen Stelle hat den Angaben der Antwortenden zufolge nur in Ausnahmefällen länger als ein Vierteljahr gedauert.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt steht für den Beruf Krankenschwester, -pfleger eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung, die den Berufsverbleib in den ersten 15 Jahren nach Abschluss der Ausbildung abbildet.[165] Sv-pflichtig beschäftigte Hebammen bilden in der Studie eine Teilgruppe der Berufsgruppe „Krankenschwestern und -pfleger". Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 83 Prozent der Krankenschwestern und -pfleger in ihrem Beruf tätig, im Land Brandenburg sind es knapp 86 Prozent. Damit ist für diesen Beruf eine vergleichsweise hohe Berufstreue zu verzeichnen, die durch mehrere Studien bestätigt wird. Diese Quote fällt sogar noch höher aus, wenn man Berufswechsel in vergleichbare Berufe einbezieht. In diesem Falle erhöht sich die Zahl der im Beruf verbleibenden (oder in einen vergleichbaren Beruf wechselnden) Krankenschwestern und -pfleger auf knapp 91 Prozent in Berlin und sogar 98 Prozent im Land Brandenburg.

Zumindest für sv-pflichtig beschäftigte Hebammen kann aufgrund der gegenüber den Krankenschwestern und -pflegern[166] ähnlichen Anstellungsverhältnissen angenommen werden, dass die Quoten sich auf die Geburtshilfe übertragen lassen. Inwiefern die Studie auch für freiberuflich tätige Hebammen Gültigkeit besitzt und sich auf die künftige Entwicklung übertragen lässt, ist angesichts der noch nicht abgeschlossenen Klärung der Haftpflichtfrage ungewiss. Sowohl durch die Ergebnisse der Online-Befragung als auch durch ergänzende Gespräche ist deutlich geworden, dass diese Problematik ganz entscheidenden Einfluss darauf haben wird, ob Hebammen sich eventuell gezwungen sehen, ihren Beruf aufzugeben.

4.9.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

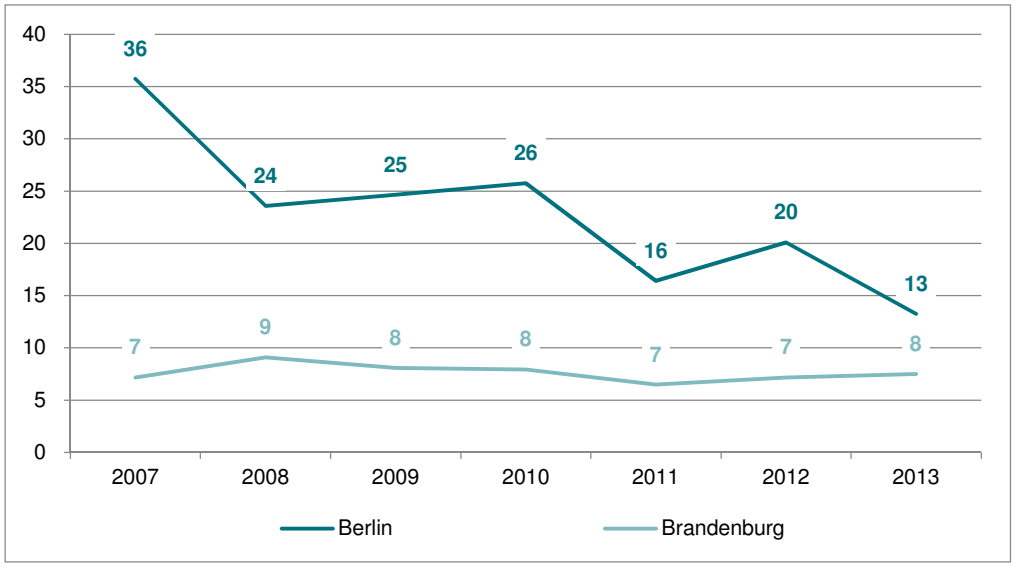
Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Hebamme einen kontinuierlichen Rückgang

[165] Vgl. Doris Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in: IAB-Regional Berlin-Brandenburg 3/2012.

[166] Die Untersuchung von Wiethölter bezieht sich auf eine Berufsauswertung auf Basis der Klassifizierung der Berufe 1988. Daher wird an dieser Stelle die in der KldB 1988 gebräuchliche Berufsbezeichnung genutzt.

der Arbeitslosenzahlen für Berlin auf, während die Zahl der arbeitslos gemeldeten Hebammen im Land Brandenburg seit sieben Jahren konstant auf einem sehr niedrigen Niveau verharrt (vgl**. Abbildung 22**).

Abbildung 22: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Geburtshilfe



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Ausnahmslos alle arbeitslos gemeldeten Personen haben ihren Zielberuf auf dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeit angegeben, was dem Tätigkeitsprofil der Hebammen entspricht. Bei den arbeitslos gemeldeten Personen handelt es sich ausnahmslos um Frauen.

Die Zahlen zeigen, dass es so gut wie keine Spielräume gibt, den vorhandenen Fachkräftebedarf aus dem Reservoir der Arbeitslosen zu decken. In Berlin kommt eine arbeitslos gemeldete Hebamme auf 1.000 Erwerbstätige (sv-pflichtig Beschäftigte und selbstständig Tätige), im Land Brandenburg liegt die Relation bei zwei Arbeitslosen je 1.000 Erwerbstätigen. Dies ist im Gegensatz zum Verhältnis in allen Berufen, das in Berlin und im Land Brandenburg bei jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sv-pflichtig Beschäftigten liegt, ein deutlich niedrigerer Wert.[167]

Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, Stagnation in Brandenburg

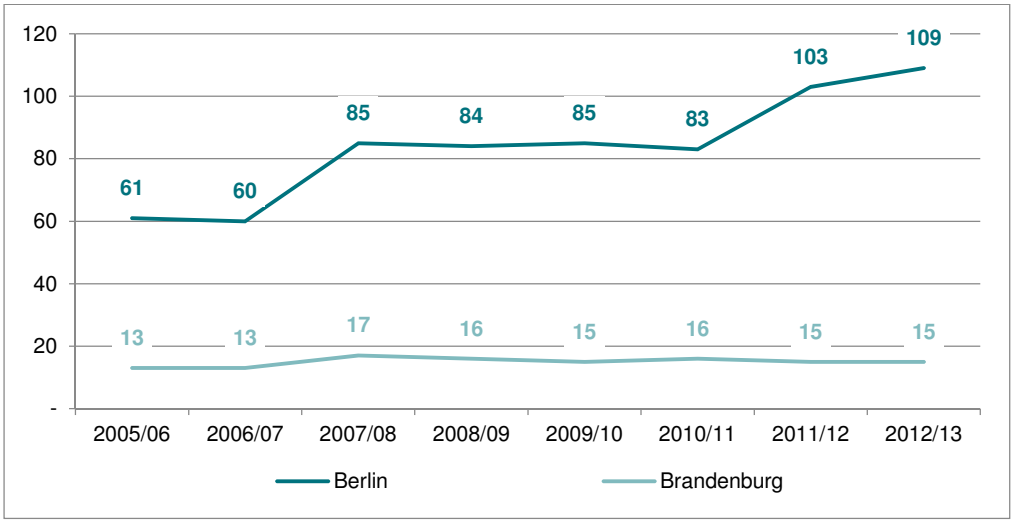
Die Zahl der Auszubildenden stieg in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Ausbildungsjahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013[168] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in

[167] Dies gilt auch, wenn die Selbstständigen aus der Rechnung herausgenommen werden.

[168] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9

Berlin als auch im Land Brandenburg. Die Ausbildung in der Geburtshilfe hat von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs insgesamt profitieren können. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 68 Prozent gestiegen. Diese Steigerung ist aber fast vollständig auf die Entwicklung in Berlin zurückzuführen (vgl. **Abbildung 23**).

Abbildung 23: Anzahl der Auszubildenden in der Geburtshilfe in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Ausbildungsabbrüche oder Abgänge ohne Abschlusszeugnis sind bei den Hebammen nur in Einzelfällen festzustellen. Dies spricht für eine hohe Motivation der Auszubildenden. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die absolut angegebenen Ausbildungszahlen ungefähr drei Jahre später auch dem verfügbaren Potenzial neuer Arbeitskräfte entsprechen.

Neben der Ausbildung an den Hebammenschulen ist im Rahmen der Modellklausel auch eine Ausbildung im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiengangs möglich. Ein solcher Studiengang wird derzeit in Berlin angeboten. In jedem Jahr werden jeweils zum Wintersemester (erstmals Wintersemester 2013/2014) 20 Studienplätze zugelassen. Bislang hat noch keine Studentin bzw. kein Student das Studium abgeschlossen.[169]

Die Einrichtungen und Hebammen wurden auch gefragt, ob im Ausbildungsjahr (2013/2014) Praktika für die schulische Berufsausbildung angeboten werden. In diesem Punkt zeigt sich einmal mehr die Sonderstellung dieses Gesundheitsfachberufs: Während Praktika sowohl von Krankenhäusern, Geburtshäusern oder Hebammenpraxen in Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung angeboten werden, bieten Externate für Auszubildende eine Möglichkeit, den Arbeitsalltag einer freiberuflichen Hebamme kennenzulernen.

Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

169 Die Angaben beruhen auf Aussagen der Hochschule.

Während die antwortenden Krankenhäuser ausnahmslos Praktika im o. g. Sinne angeboten haben, werden Externate nur von einem geringen Anteil der antwortenden Hebammen angeboten.

4.9.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Unsichere Beschäftigungserwartungen für die nächsten Jahre

In der Geburtshilfe ist in Berlin und in Brandenburg ein leichtes Beschäftigungswachstum durchaus möglich. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich die Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre künftig fortsetzen könnte: Zwischen 2011 und 2013 hat die sv-pflichtige Beschäftigung von Hebammen sowohl in Berlin als auch im Land Brandenburg leicht zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten fast zwei Drittel der befragten Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand. Von einem Beschäftigtenzuwachs gehen sieben Prozent aus. Ein Beschäftigungszuwachs wird interessanterweise ausschließlich von den antwortenden Hebammen erwartet. Da diese jedoch andere Hebammen nicht beschäftigen, kann davon ausgegangen werden, dass es sich entweder um Hebammenpraxen oder Geburtshäuser handelt, die weiteren Hebammen die Möglichkeit der Mitarbeit unter einem gemeinsamen Dach anbieten wollen. Die befragten Krankenhäuser gehen von einem gleichbleibenden Beschäftigungsbestand aus. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, geringfügig auf neun Prozent. Wiederum handelt es sich hierbei ausschließlich um Antworten von freiberuflichen Hebammen. Deutlich nimmt aber die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung zu. Rund ein Viertel der Antwortenden ist sich über die Entwicklung im Zeitraum von 2015 bis 2017 im Unklaren.

Tabelle 105: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Hebamme – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Hebammen			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	7	63	12	18
2015-2017	9	55	12	23

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Eine über 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Beschäftigungsentwicklung in der Geburtshilfe wäre auf der Grundlage bisheriger Entwicklungstendenzen mit sehr großen Unsicherheiten behaftet. Die zur Verfügung stehende Datenbasis ist für eine langfristige Projektion nicht ausreichend. Daher werden nachfolgend zur Annäherung an mögliche Größenordnungen des Fachkräftebedarfs voraussichtliche Entwicklungstrends des Beschäftigtenbestandes auf der Basis der Bevölkerungsprognose abgeleitet. Dieser Be-

darfseinschätzung liegen folgende Überlegungen zugrunde: Hebammen sind in der Betreuung von Frauen im gebärfähigen Alter tätig. Von dieser Überlegung ausgehend wurde der aktuelle Bevölkerungsstand nach Alter für die Länder Berlin und Brandenburg ausgewiesen und die Relation von Hebammen je Anzahl der Einwohnerinnen im gebärfähigen Alter (18-45) ermittelt. Diese Relation wurde auf die Bevölkerungsprognose der Jahre 2020 und 2030 übertragen. Angenommen wird also, dass sich keine Veränderungen in der Geburtenrate oder andere Veränderungen z. B. versorgungspolitischer Art ergeben. Berücksichtigt wurden hierbei auch nicht die in der Diskussion befindlichen Aussagen, wonach es bereits heute in der Untersuchungsregion eine nicht gedeckte Nachfrage nach Hebammenleistungen gibt, die kleinräumig wiederum sehr unterschiedlich verteilt ist.

Tabelle 106: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 18-45 jährigen Frauen in Berlin und Brandenburg

Bundesland / Region	Bevölkerungsstand 2011	Bevölkerungsprognose 2020	Bevölkerungsprognose 2030
	Frauen im Alter von 18-45 Jahren		
Berlin	668.281	679.840	655.040
Brandenburg	361.100	280.900	222.800
Berlin-Brandenburg	**1.029.381**	**960.740**	**877.840**

Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg und eigene Berechnungen

Daraus ergibt sich eine Relation von einer Hebamme (sv-pflichtig beschäftigt und freiberuflich tätig) auf 518 Einwohnerinnen in Berlin. Im Land Brandenburg beträgt das Verhältnis 1:881. Schreibt man diese Relationen für die beiden Bundesländer fort, so ergeben sich daraus in den Beobachtungszeiträumen folgende Erwerbstätigenbestände.

Tabelle 107: Benötigte Anzahl von Hebammen bei einem Betreuungsverhältnis von 1:518 in Berlin und 1:881 in Brandenburg

Bundesland / Region	2013	2020	2030
	Hebammen		
Berlin	1.291	1.312	1.284
Brandenburg	410	319	253
Berlin-Brandenburg	**1.701**	**1.631**	**1.537**

Quelle: eigene Berechnungen

Bis 2030 würde in Berlin eine geringe Bestandsverringerung eintreten, während im Land Brandenburg der Bestand erheblich zurückgehen würde. Aufgrund der günstigen Altersstruktur der Beschäftigten bleibt auch der altersbedingte Ersatzbedarf gering. Rein rechnerisch bewegt er sich in der Größe des Bestandsrückgangs. Wie oben bereits ausgeführt, kann in dieser beruflichen Tätigkeit ebenfalls mit einem relativ geringen fluktuationsbedingten Ersatzbedarf gerechnet werden. Angesichts der aktuellen Ausbildungszahlen kann angenommen werden, dass in den hier betrachteten Zeiträumen keine gravierende Fachkräftelücke zu erwarten ist.

4.9.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- In der kommenden Zeit ist die nachhaltige Klärung der Haftpflichtproblematik eindeutig die zentrale Herausforderung für die weitere Beschäftigungsentwicklung im Beruf Hebamme/Entbindungspfleger. Eine dauerhafte und tragfähige Lösung des Problems der Haftpflichtprämiensteigerungen ist eine Forderung, die sich an die bundespolitische Ebene richtet. Die Klärung der Haftpflichtfrage ist ein ausschlaggebender Aspekt für die künftige Attraktivität des Berufes.
- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der stärkeren Akademisierung der Geburtshilfe liegen. Im Land Brandenburg ist ein Hochschulstudium derzeit nicht möglich, in Berlin gibt es eine solche Möglichkeit im Rahmen eines Modellstudiengangs. Für eine stärkere Akademisierung dieses Gesundheitsfachberufs spricht zum einen, dass sich aufgrund zunehmender Studienneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe für eine künftige Hebammentätigkeit vergrößern wird. Durch eine Akademisierung könnte weiterhin ein „mehr auf Augenhöhe“ basierendes Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Hebammen sowie Entbindungspflegern auf der anderen geschaffen werden. Ebenso bietet die Akademisierung Möglichkeiten erweiterter und komplexer Versorgungsleistungen. Gleichwohl sind die Kontextbedingungen einer Akademisierung zu beachten (siehe Abschnitt 1.1).

- Übergreifend wird deutlich, dass im Bereich der Geburtshilfe klassische Formen und Wege der Fachkräftesicherung ihre Grenzen haben, da Hebammen überwiegend freiberuflich tätig sind. Gleichwohl haben diese Instrumente für diesen Beruf im Bereich der Krankenhäuser ihre uneingeschränkte Bedeutung. An freiberuflich tätige Hebammen lassen sich in diese Richtung kaum Empfehlungen aussprechen.

4.10 Physiotherapeutin und -therapeut

4.10.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Hohe Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 11.100 Physiotherapeut/innen beschäftigt, davon ca. drei Fünftel in Berlin und zwei Fünftel in Brandenburg. Hinzu kommen in Berlin 2.380 (2013) und in Brandenburg schätzungsweise 1.500 Selbständige.[170] Insgesamt sind damit in Berlin-Brandenburg annähernd 15.000 Personen in der Physiotherapie tätig. Die Beschäftigungsentwicklung ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 108**).

Tabelle 108: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Physiotherapie 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Physiotherapeut/innen (BKZ 8171 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2013	30.09.2014
Berlin	6.374	6.510	6.507	6.600	6.708	6.712
Brandenburg	4.133	4.205	4.210	4.287	4.366	4.374
Berlin-Brandenburg	**10.507**	**10.715**	**10.717**	**10.887**	**11.074**	**11.086**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Physiotherapie zeichnet sich durch ein hohes Qualifikationsniveau aus: Nur 14 Prozent der Beschäftigten entsprechen der Qualifikationsstufe Fachkraft, während 86 Prozent dem Anforderungsniveau Spezialistentätigkeit zugeordnet sind (Stand 2013). Im Rahmen der Befragung gaben 327 Einrichtungen an, Physiotherapeut/innen zu beschäftigen. Dabei handelt es sich überwiegend um Praxen und Krankenhäuser. In den 256 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 1.790 Physiotherapeut/innen tätig. In der Mehrzahl handelt es sich um Einrichtungen mit wenigen (1-5) Physiotherapeut/innen (Praxen). Darunter sind aber auch 17 Einrichtungen, die mindestens 15, sowie einige wenige Einrichtungen mit mindestens 20 Physiotherapeut/innen (Krankenhäuser und Reha-Kliniken).

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Physiotherapie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 79 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 109**).

[170] Laut statistischem Jahrbuch waren im Jahr 2013 in Berlin 2.380 Selbständige tätig. Zahlen für Brandenburg liegen nicht vor, so dass deren Zahl in Anlehnung an das Verhältnis von sv-Beschäftigten zu Selbständigen in Berlin, nur geschätzt werden kann. Nach dieser Schätzung gab es im Jahr 2013 ca. 1.500 selbständige Physiotherapeut/innen in Brandenburg. Auch bei den Selbständigen ist ein Anstieg der Zahlen zu verzeichnen.

Tabelle 109: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Physiotherapie nach Geschlecht am 30.06.2013 - Physiotherapie

Bundesland /Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**6.510**	4.970	76,3	79,9
Brandenburg	**4.205**	3.539	84,2	84,9
Berlin-Brandenburg	**10.715**	**8.509**	**79,4**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte darin liegen, dass die Rahmenbedingungen zur Bewältigung der familiären Situation in Brandenburg etwas günstiger sind als in Berlin. So betrug beispielsweise die Betreuungsquote der Kinder unter drei Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.[171] In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren Erwerbsorientierung Brandenburger Frauen liegen. So lag die Erwerbstätigenquote bei den Frauen in Brandenburg im Jahr 2012 mit 71,5 Prozent immerhin 6,3 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.[172]

Die Physiotherapie liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung in der oberen Hälfte der hier untersuchten Tätigkeiten. Auch hier sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen:

Tabelle 110: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Physiotherapie nach Arbeitszeit am 30.06.2013 - Physiotherapie

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**6.510**	3.356	51,6	44,3
Brandenburg	**4.205**	1.893	45,0	46,2
Berlin-Brandenburg	**10.715**	**5.249**	**49,0**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Sowohl hinsichtlich der Teilzeitbeschäftigung als auch in Bezug auf den Frauenanteil spielt es keine Rolle, auf welchem Anforderungsniveau (Fachkraft, Spezialist oder Experte) die Tätigkeit ausgeübt wird. Die Teilzeitquoten bei Männern sind hingegen sowohl in Berlin (40,1 Prozent) als auch in Brandenburg (25,8 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen.

[171] Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.
[172] Angaben des Mikrozensus, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Günstige Altersstruktur der sv-Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbständigen

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 111**):

Tabelle 111: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 - Physiotherapie

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**6.510**	2.800	2.243	773	473	221
Brandenburg	**4.205**	1.977	1.537	389	218	84
Berlin-Brandenburg	**10.715**	**4.777**	**3.780**	**1.162**	**691**	**305**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	43,0	34,5	11,9	7,3	3,4
Brandenburg	**100,0**	47,0	36,6	9,3	5,2	2,0
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**44,6**	**35,3**	**10,8**	**6,4**	**2,8**
untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Physiotherapie im Alter von unter 35 Jahren auf. Damit handelt es sich um einen „jungen“ Beruf.

Neben den Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen die Selbstständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der selbständig Tätigen liegen jedoch keine Daten der amtlichen Statistik vor. Entsprechende Hinweise müssen sich daher auf andere Datenquellen stützen. So liegen Angaben zur Altersstruktur der Mitglieder des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) deutlich über dem Altersdurchschnitt der Beschäftigten in diesem Beruf.[173] Knapp 45 Prozent der Mitglieder sind 50 Jahre oder älter. Auch wenn diese Angaben in keiner Weise den Anspruch der Repräsentativität beanspruchen können, deuten sie doch auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als er durch die bloße Betrachtung der Altersstruktur sozialversicherungspflichtig Beschäftigter deutlich wird.

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

In der Physiotherapie besteht ein relevanter Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den in der Physiotherapie sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 11 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 7 Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit 700 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 300 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Zu anderen

[173] Dieser Tatbestand ist plausibel, da Selbständigkeit in der Regel erst zu einem späten Zeitpunkt der eigenen Berufskarriere eine relevante Option darstellt – zumal Physiotherapeut/innen über fachspezifische Fortbildungen verfügen müssen, bevor sie sich kostendeckend selbständig machen können.

Bundesländern weist Berlin in der Physiotherapie nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 112**).

Tabelle 112: Pendler in der Physiotherapie am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**371**	306	4	4	*	Ca. 55
Einpendler	**795**	697	12	12	15	59
Saldo	**+424**	**+391**	**+8**	**+8**	**Ca. +14**	**Ca. +4**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat ebenfalls Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Physiotherapeut/innen in Brandenburg auf 12 Prozent und erreicht damit sogar einen etwas höheren Wert als in Berlin (vgl. **Tabelle 113**).

Tabelle 113: Pendler in der Physiotherapie am 30.06.2013, Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundes-länder
Auspendler	817	697	36	44	10	30
Einpendler	488	306	24	59	84	15
Saldo	**-329**	**-391**	**-12**	**+15**	**+74**	**-15**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz dieses relativ hohen Anteils an Einpendlern erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung bleibt ein Fachkräfteverlust von rund 8 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs.

Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

2012 lag das nominale monatliche Medianentgelt[174] der sv-pflichtig vollzeitbeschäftigten Physiotherapeut/innen in Berlin bei 1.814 Euro und in Brandenburg bei 1.615 Euro. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Physiotherapie bundesweit bei 2.014 Euro. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu können, ist darauf zu verweisen, dass der Vergleichswert für alle Beschäftigten 2012 in Berlin bei 2.744 Euro und in Brandenburg bei 2.177 Euro lag. Betrachtet man die Lohnentwicklung

[174] Der Median ist der Wert einer Verteilung, der in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Ein Einkommensmedian von 2.500 Euro im Jahr besagt, dass zu diesem Zeitpunkt jeweils gleich viele Beschäftigte mehr oder weniger verdienten. Im vorliegenden Fall wird der Median auf vollzeitbeschäftigte Personen angewandt. Ein Vorteil des Medians ist, dass er robust gegen hohe und niedrige Einzelwerte ist, anders als das bekanntere arithmetische Mittel. Ein weiterer Grund für die Verwendung des Einkommensmedians ist die Zensierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52.

der letzten Jahre, so zeigt sich im Bereich der Masseure, Krankengymnasten und verwandten Berufe (die Physiotherapie macht einen großen Teil dieser Berufe aus) ein deutlicher Entgeltrückgang zwischen 2000 und 2010. Der Rückgang fällt in Berlin mit 10,5 Prozent deutlich stärker aus als in Brandenburg mit einem Minus von 3,9 Prozent.[175] Diese Entwicklung ist überraschend, da gleichzeitig ein Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen war. Es wäre zu vermuten, dass die verstärkte Nachfrage nach Fachkräften Einkommenszuwächse zur Folge haben würde. Deutlich wird, dass in stark regulierten Märkten wie der Gesundheitswirtschaft Marktmechanismen nur eingeschränkt greifen (dass eine steigende Nachfrage nach Therapieleistungen eine steigende Vergütung mit sich bringt, ist offenkundig nicht zwingend der Fall). Ein Erklärungsansatz für diese negative Lohnentwicklung in den letzten Jahren kann in der Grundlohnsummenanbindung gefunden werden, die für die Vergütung aller Heilmittelerbringer konstitutiv ist.[176]

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit und 45 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 509 Personen eingestellt worden, davon knapp die Hälfte in Vollzeit (46 Prozent, 234 Vollzeitstellen). Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Physiotherapie fort.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt werden konnte. Diesbezüglich zeigen sich erste Anzeichen eines Fachkräfteengpasses. Immerhin 16 Prozent (49 Antwortende) gaben an, dass im Jahr 2013 insgesamt 66 Stellen offen geblieben seien. Wenn es zu Stellenbesetzungsproblemen gekommen ist, dann waren es im Wesentlichen Praxen, die davon betroffen waren. Zugleich zeigt das Antwortverhalten, dass offene Stellen eher in Berlin als in Brandenburg nicht besetzt werden konnten.

Auf die Frage nach der durchschnittlichen Stellenbesetzungszeit für Physiotherapeut/innen gaben 24 Einrichtungen (16 Prozent) an, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Ca. ein Drittel gibt an, dass sich die Besetzungsdauer auf maximal sechs Wochen beläuft. Insgesamt zeigt sich jedoch eine sehr breite Spanne in der Besetzungsdauer, die zwischen einer Woche und knapp zwei Jahren (100 Wochen) liegt. Dabei benötigt der Großteil der Einrichtungen eine Zeit bis zu einem halben Jahr für die Besetzung einer offenen Stelle. Im Ländervergleich zeigt sich, dass Brandenburger Einrichtungen – und hier ausschließlich Praxen – eine längere Zeit für die Stellenbesetzung benötigen als Berliner.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt stehen für die Physiotherapie keine Primärdaten zur Verfügung. Die nachstehenden Überlegungen stützen sich

[175] Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

[176] Zur Grundlohnsumme siehe Abschnitt 2.2.1

entsprechend auf themenverwandte Analysen.[177] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[178] Zum Teil beziehen sie sich auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[179]

Die vorliegenden Studien lassen eine geringe Fluktuationsrate plausibel erscheinen. So steigt die Berufstreue übergreifend mit dem Qualifikationsniveau. Physiotherapeut/innen sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeiten zugeordnet. Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsels, bei inhaltlich verwandten Berufen. Aufgrund der Spezialisierung im Bereich der Physiotherapie könnte dies als ein Hinweis auf eine hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Für eine höhere Fluktuation spricht hingegen, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Physiotherapie ist im Bereich der sv-Beschäftigten ein junger Beruf, was entsprechende Auswirkungen auf die Berufsabbrüche haben könnte. Allerdings tragen diese für andere Gesundheitsfachberufe geltenden Befunde für die Physiotherapie nur bedingt, da die Ausbildung von den Auszubildenden zum Teil selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation bestehen dürfte, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben. Entsprechend dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 Prozent (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.).

4.10.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007-2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Physiotherapeut/in einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf, der mit marginalen Ausnahmen sowohl für Berlin als auch für Brandenburg zu konstatieren ist (vgl. **Abbildung 24**).

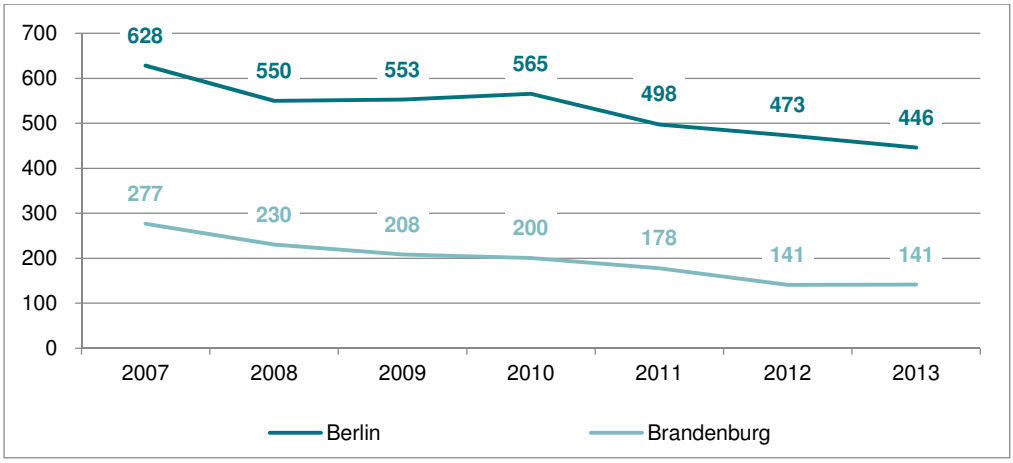
---

[177] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern." Abschlussbericht.

[178] In erster Linie sind die Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

[179] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

Abbildung 24: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Physiotherapie



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Mehrzahl der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Zwischen 60 und knapp 70 Prozent geben als Zielberuf Tätigkeiten auf der Spezialistenebene an, d. h. die arbeitslosen Personen verfügen neben dem Ausbildungsabschluss über weitere berufsrelevante Qualifikationen oder streben diese an. Die Gruppe der Älteren ist bei den arbeitslos gemeldeten Personen etwas größer als bei den sv-Beschäftigten. Dafür ist die Gruppe der unter 35-Jährigen mit gut 39 Prozent etwas kleiner aufgestellt als bei den Beschäftigten. Auffällig sind die regionalen Unterschiede. Während in Berlin 35 Prozent der Arbeitssuchenden unter 35 Jahre alt sind, sind es in Brandenburg fast 53 Prozent. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich der Berufseinstieg in der Physiotherapie in Brandenburg überdurchschnittlich schwierig gestaltet.

Die Zahlen zeigen, dass es, rein quantitativ betrachtet, Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Physiotherapie in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Allerdings zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle begrenzt sind: In Berlin kommen 51 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sv-pflichtig Beschäftigte und selbständig Tätige), in Brandenburg liegt die Relation bei knapp 25 Arbeitslosen je 1.000 Erwerbstätigen. Dies ist im Gegensatz zum Verhältnis in allen Berufen, das in Berlin und Brandenburg bei jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte liegt, ein deutlich niedrigerer Wert.

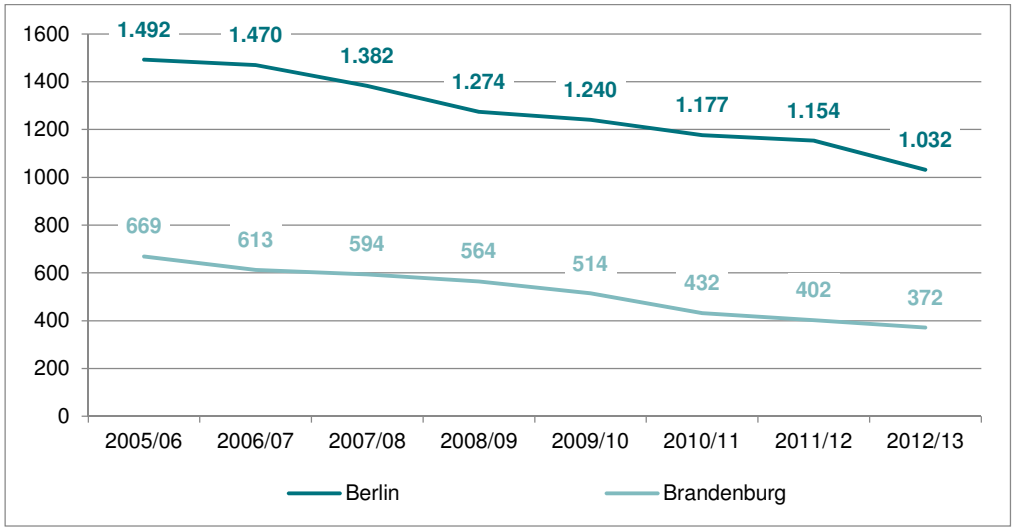
Rückläufige Ausbildungsaktivitäten bei steigenden Fachkräftebedarfen

Die Zahl der Auszubildenden stieg in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013[180] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin

[180] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch

als auch in Brandenburg. Die Physiotherapie kann von diesem Bedeutungszuwachs jedoch nicht profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg gesunken, in Brandenburg um 44 und in Berlin um 31 Prozent (vgl. **Abbildung 25**).

Abbildung 25: Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



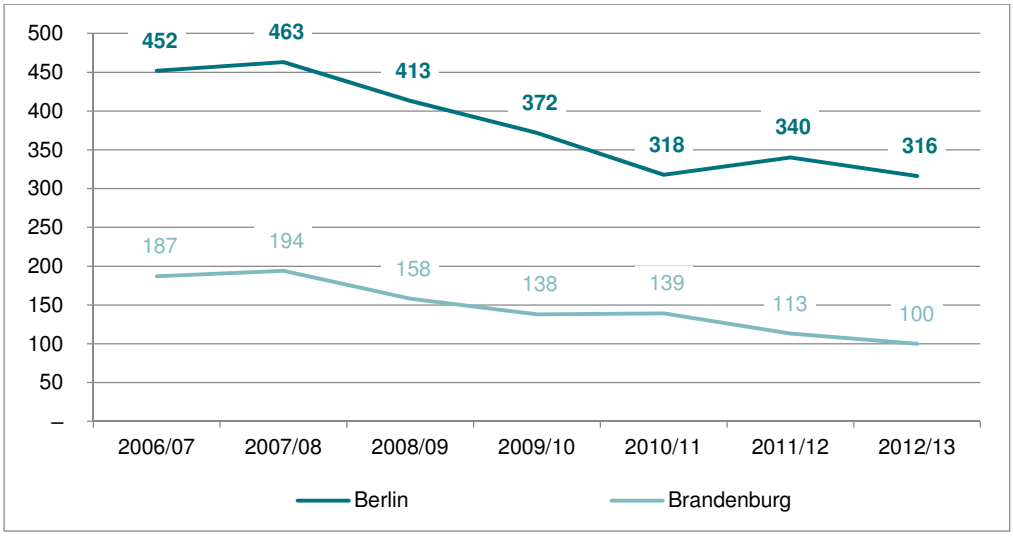
Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfung nicht bestehen oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte.[181] Hier zeigen sich über die Jahre verteilt stark variierende Quoten. Insgesamt schwanken die Abbruchquoten zwischen 9 und knapp 22 Prozent. Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolvent/innen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 26**).

dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

181 Nach nichtbestandener Prüfung besteht die Möglichkeit, die nicht bestandenen Prüfungsteile zu wiederholen. Häufig ist dies mit einer Verlängerung der Ausbildung einhergehend. Damit sind exakte Angaben zum erfolgreichen Abschluss unscharf, weil die betroffenen Personen häufig im nächsten Jahr wieder in die Anzahl der Auszubildenden einfließen.

Abbildung 26. Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Physiotherapie ist unter den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen der Beruf, in dem die Ausbildungszahlen am deutlichsten rückläufig waren. Ein Grund hierfür kann zumindest in Berlin in den Ausbildungsstrukturen und den damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen liegen. Auch in Brandenburg hat der Abbau der schulgeldfinanzierten Plätze in den letzten Jahren stark zugenommen. Obwohl hierin nicht der alleinige Grund für die skizzierte Entwicklung zu sehen ist, dürfte die Verschlechterung der Ausbildungsfinanzierung von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein.

Die Beteiligung der Betriebe an der Ausbildung fällt in der Physiotherapie überschaubar aus. Etwas mehr als ein Viertel der relevanten Einrichtungen gab an, im Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anzubieten. Dies ist ein deutlich niedrigerer Wert als in anderen Therapieberufen. Ein Grund hierfür könnte in einer etwas anderen Ausbildungskonzeption der Physiotherapieschulen begründet sein, da in diesem Beruf oftmals größere Gruppen an Auszubildenden die Fachpraktika gleichzeitig absolvieren. Dies könnte aus Sicht v.a. der Praxen dazu führen, dass diese nicht ausreichend Plätze anbieten können.

Weitere vergleichende Darstellungen der Situation in Berlin und Brandenburg zeigen, dass in beiden Bundesländern der Anteil der weiblichen Auszubildenden deutlich unter dem Anteil der sv-Beschäftigten liegt.[182] Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass es der Physiotherapie mehr und mehr gelingt, die an anderer Stelle eingeforderte Zweigeschlechtlichkeit des Berufes voran zu bringen.

[182] Der Anteil weiblicher Auszubildender in Brandenburg am 30.11.2013 an allen Auszubildenden betrug 65 Prozent, in Berlin betrug der Anteil am 01.11.2012 58 Prozent.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist im Rahmen der Modellklausel in den Berufsgesetzen seit 2009 auch eine Ausbildung im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiengangs möglich. Ein solcher Studiengang wird in Berlin und in Brandenburg angeboten. Im November 2014 waren in Berlin ca. 110 Studierende eingeschrieben, die sich auf das erste, dritte, fünfte und siebte Semester verteilen. In Brandenburg waren zu diesem Zeitpunkt etwa 90 Studierende eingeschrieben (1. und 3. Semester). Bislang hat noch kein(e) Student/in das Studium abgeschlossen. Dennoch wird mittelfristig ein Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs durch die Studierendenzahlen aufgefangen.

4.10.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Physiotherapie ist in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum zu rechnen. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Physiotherapeut/innen leicht zugenommen. Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet ein erheblicher Teil der Einrichtungen Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf über ein Drittel (vgl. **Tabelle 114**). Vor allem Praxen erwarten einen Beschäftigungszuwachs, während fast alle Krankenhäuser von einem etwa gleichbleibenden Bestand an Beschäftigten in der Physiotherapie ausgehen.

Tabelle 114: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapeut/in – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Physiotherapeut/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	29	57	2	12
2015-2017	35	42	4	19

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Als Orientierung für die Abschätzung längerfristiger Wachstumspotenziale kann die Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren genutzt werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 gehörten die Physiotherapeuten zu der Gruppe der Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe (KldB 1988). Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rd. 65 Prozent dieser Gruppe den Physiotherapeut/innen zugerechnet werden können.

Tabelle 115: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 bis 2011

Bundesland / Region	Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe (BKZ 852 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	6.592	6.577	6.683	7.010	7.350	7.839	8.583	9.037	9.449
Brandenburg	3.726	3.769	3.940	4.203	4.529	4.909	5.207	5.577	5.822
Berlin-Brandenburg	**10.318**	**10.346**	**10.623**	**11.213**	**11.879**	**12.748**	**13.790**	**14.614**	**15.271**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe wuchs im Zeitraum 2003 bis 2011 jährlich durchschnittlich um fünf Prozent (vgl. **Tabelle 115**). Da rund zwei Drittel dieser Berufsgruppe der Physiotherapie zuzurechnen sind, kann davon ausgegangen werden, dass sie dieses Wachstumstempo weitgehend bestimmt hat. Die dargestellte Bestandsentwicklung zeigt für 2012 die Fortsetzung und für 2013 eine leichte Abschwächung dieses Wachstumstempos. Für die Dekade 2003 bis 2013 kann daher eine durchschnittliche Wachstumsrate von jährlich fünf Prozent angenommen werden. Angesichts der Ungewissheiten bzgl. der zukünftigen Entwicklung der Physiotherapie,[183] wird nachfolgend die Basisannahme von 5 Prozent Wachstum in zwei Projektionen variiert.

1. Abgeschwächtes Beschäftigungswachstum in der Physiotherapie unter Status quo Annahme

Aufgrund der skizzierten Rahmenbedingungen erscheint es wahrscheinlich, dass eine Wachstumsrate von fünf Prozent in den Jahren bis 2020 nicht mehr erreicht werden kann. Es ist noch nicht absehbar, wann bundeseinheitliche Regelungen für den Präventionsbereich kommen, die Stabilität und Sicherheit in das Wirken der Beschäftigten in der Physiotherapie bringen. Ebenso begrenzt die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Wachstumschancen für diesen Leistungsmarkt. In der Projektion unter Status quo Annahme wird daher davon ausgegangen, dass in den Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum auf zwei Prozent zurückgeht. Zugleich wird angenommen, dass in dieser Zeit der Handlungsdruck zur Auflösung einiger Wachstumshemmnisse zunimmt und zu ersten Veränderungen bspw. im Rahmen eines erweiterten Präventionsgesetzes führt. Hier wird unterstellt, dass diese Veränderungen erst nach 2020 zu wirken beginnen und in den darauffolgenden Jahren bis 2030 zusammen mit weiteren (vor allem durch die demografische Entwicklung bedingten) Prozessen zu einem erneuten Anstieg des Beschäftigungswachstums auf rund fünf Prozent führen.

[183] In den Therapieberufen erscheint sowohl ein hochdynamisches Wachstum, als auch ein starker Bedeutungsverlust innerhalb der gesundheitlichen Versorgung möglich. Da die zukünftige Entwicklung in diesen Berufen im Wesentlichen von politischen Entscheidungen abhängen, lassen sich aktuell kaum Plausibilitätsannahmen treffen.

2. Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen

Entgegen der Anzeichen für ein verlangsamtes Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit zumindest einige der oben genannten Wachstumshemmnisse zügig in Angriff genommen und zurück gedrängt bzw. beseitigt werden. So ist nicht auszuschließen, dass das vorgesehene Präventionsgesetz noch 2015 beschlossen wird und zu wirken beginnt. Positive Wirkungen können auch von der Pflegereform ausgehen. Möglich ist ebenfalls, dass die weitere Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung und die Hoffnung, gesund und beweglich das Alter zu erreichen, die Bereitschaft, mehr in die eigene Gesundheit über entsprechende Kassenbeiträge und direkt zu investieren, den Bedarf an Leistungen der Physiotherapie spürbar erweitern. Bei positiver Gestaltung dieser Entwicklungsbedingungen kann angenommen werden, dass das bisherige Beschäftigungswachstum der Physiotherapeuten von jährlich fünf Prozent auch in den Jahren bis 2020 erhalten bleibt und in den darauffolgenden Jahren sogar auf sieben Prozent steigt.

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien sind in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes möglich:

Tabelle 116: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie

Bundesland	Status-quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
	2013	2020	2025	2030	2013	2020	2025	2030
Berlin	8.800	10.100	12.900	16.500	8.800	12.400	17.400	24.400
Brandenburg	5.700	6.600	8.300	10.700	5.700	8.000	11.300	15.800
Berlin-Brandenburg	**14.500**	**16.700**	**21.200**	**27.200**	**14.500**	**20.400**	**28.700**	**40.200**

Quelle: eigene Berechnungen; Angaben für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Selbständige

Selbst unter Status-quo-Annahmen wäre eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes in der Physiotherapie zu erwarten (vgl. **Tabelle 116**). Bis zum Jahr 2030 würde sich die Anzahl der Physiotherapeut/innen in Berlin und Brandenburg auf rund 27.000 Erwerbstätige fast verdoppeln. Bereits im Zeitraum bis 2020 entstünde ein Erweiterungsbedarf von rund 2.000 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 käme Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 10.000 Fachkräften hinzu.

In der Entwicklungsvariante unter beschleunigenden Wachstumsbedingungen würde sich der Beschäftigtenbestand in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 fast verdreifachen. Bis 2020 entstünde ein Erweiterungsbedarf von rund 6.000 Fachkräften und anschließend bis 2030 von weiteren 20.000 Fachkräften.

Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Fachkräftenachfrage

Nachfrage nach Fachkräften entsteht auch durch Ersatzbedarf (Renteneintritte und Fluktuation). Bis 2020 muss in der Region mit mindestens 1.000 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Bis 2030 kommen weitere rund 1.500 Beschäftigte hinzu.

Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin auch anteilig gesehen etwas höher aus. Neben den sv-pflichtig Beschäftigten ist auch die Altersstruktur der freiberuflich tätigen Physiotherapeut/innen zu beachten. Angesichts der vorliegenden Daten (s. o.) wird davon ausgegangen, dass ca. 1.500 Personen in den nächsten 15 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden (700 bis 2020 und danach weitere 800 Selbständige bis 2030). Insgesamt muss im Zeitraum bis 2020 mit einem altersbedingten Ersatzbedarf in der Größenordnung von 1.700 Physiotherapeut/innen sowie weiteren 2.300 Physiotherapeut/innen bis 2030 gerechnet werden.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf in der Physiotherapie liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird angenommen, dass rund zehn Prozent der Beschäftigten in der Physiotherapie in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus ergibt sich ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 3.000 bis 3.500 Physiotherapeut/innen bis 2030.

Hohe Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen der denkbaren Nachfrage geht ein enormer Anstieg des Bedarfs an Physiotherapeut/innen für die Zeit bis 2030 hervor. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit in der Physiotherapie ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von insgesamt 20.000 bis 33.000 Beschäftigten entstehen könnte (vgl. **Tabelle 117**).

Tabelle 117: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Physiotherapeut/innen 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	1.300	3.600	1.100	1.000	3.400	5.700
2020-2030	6.400	12.000	1.500	1.400	9.300	14.900
2013-2030 insgesamt	**7.700**	**15.600**	**2.600**	**2.400**	**12.700**	**20.600**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	900	2.300	600	500	2.000	3.400
2020-2030	4.100	7.800	900	600	5.600	9.300
2013-2030 insgesamt	**5.000**	**10.100**	**1.500**	**1.100**	**7.600**	**12.700**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	2.200	5.900	1.700	1.500	5.400	9.100
2020-2030	10.500	19.800	2.400	2.000	14.900	24.200
2013-2030 insgesamt	**12.700**	**25.700**	**4.100**	**3.500**	**20.300**	**33.300**

*Szenario A = Status quo; Szenario B = Beschleunigtes Wachstum; Quelle: eigene Berechnungen

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist durchaus relevant und bietet Gestaltungsspielräume bei der Fachkräftesicherung. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen aus der fachschulischen Ausbildung zu Grunde, so ist jährlich mit rund 420 neuen Fachkräften (320 in Berlin, 100 in Brandenburg) zu rechnen. Hinzu kommen in einigen Jahren jährlich – eine Verstetigung der primärqualifizierenden Studiengänge vorausgesetzt – ca. 80 weitere Fachkräfte mit Hochschulabschluss. Aufgrund der stufenweise aufwachsenden Absolventenzahlen von den Hochschulen sind dementsprechend bis 2020 rund 2.400, bis 2030 rund 8.000 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Müsste der Fachkräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre eine Lücke von 3.000 Fachkräften bis 2020 und 12.000 bis 2030 vorstellbar (Szenario A). Selbst wenn es unter den Bedingungen eines zunehmen angespannten Ausbildungsmarktes gelingen sollte, die aktuellen Ausbildungszahlen zukünftig zu halten, würde im Jahr 2020 in Berlin-Brandenburg eine deutliche Fachkräftelücke bei den Physiotherapeut/innen entstehen. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Teil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

4.10.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Die Vergütung in der Physiotherapie ist – wie die Vergütung aller Heilmittelerbringer – gesetzlich an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt (vgl. Kapitel 2.3). In den letzten Jahren lag das relative Wachstum der Grundlohnsumme zumeist unter der Inflationsrate, was Reallohnverluste bei den Heilmittelerbringern zur Folge hatte. Für eine Attraktivitätssteigerung des Berufs wäre daher die (temporäre) Aussetzung der Grundlohnsummenanbindung zu empfehlen, wie es beispielsweise im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (einschließlich Psychotherapie) im Jahr 2009 oder auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 geschehen ist. Eine solche Abkopplung könnte auch ein Baustein zum Ost-West-Ausgleich sein, der aus Sicht der physiotherapeutischen Einrichtungen neben der Vergütungssituation das zentrale Thema zur Verbesserung der Fachkräftesituation darstellt. Auch wenn eine entsprechende Bundesratsinitiative des Landes Brandenburg gescheitert ist, bleibt es unakzeptabel, dass sich der Ost-West-Lohnunterschied aufgrund struktureller Rahmenbedingungen in bestimmten Arbeitsmarktsegmenten noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung weiter zuspitzt. Die Länder Berlin und Brandenburg sind aufgefordert, den politischen Diskurs über diese Schieflage zu forcieren, um der Segmentierung in einen ost- und einen westdeutschen Arbeitsmarkt entgegenzuwirken.

- Der Beschäftigungsaufwuchs der letzten Jahre geht mit einer steigenden Beschäftigungserwartung und gleichzeitig sinkenden Ausbildungszahlen einher. Unter der Voraussetzung, dass die identifizierten Wachstumspotenziale realisiert werden, würde die Physiotherapie auf eine große Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zusteuern, die sich sukzessive vergrößern würde. Um diese potenzielle Lücke zumindest etwas zu verringern und den Rückgang der Ausbildungszahlen abzumildern, wird empfohlen, die Ausbildung zur Physiotherapie flächendeckend kostenfrei anzubieten. In Brandenburg ist dies bereits weitgehend der Fall, indem Ausbildungsplätze über die Kassen (im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) finanziert werden. Es sollte daher geprüft werden, ob dieser Weg auch in Berlin gegangen werden kann. Klar ist angesichts der deutlich sinkenden Ausbildungszahlen in Berlin und Brandenburg aber auch, dass die Frage der Kostenfreiheit nicht die alleinige Entscheidungsgrundlage junger Menschen für oder gegen eine Ausbildung in der Physiotherapie ist. Demgemäß müssen Maßnahmen gefunden werden, die auf eine Attraktivitätssteigerung des Berufes insgesamt hinwirken. Neben den Vergütungsstrukturen sind daher auch fachlich-inhaltliche Aspekte von besonderer Bedeutung.

- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der stärkeren Akademisierung der Physiotherapie liegen. Für eine Akademisierung spricht zum einen, dass aufgrund der zunehmenden Studierneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe der künftigen Physiotherapeut/innen vergrößert werden würde. Zum anderen könnte durch die Akademisierung ein mehr auf Augenhöhe basierendes Verhältnis zwischen Arzt und Ärztinnen und Physiotherapeut/innen geschaffen werden, was Spielräume für innovative wie sektorenübergreifende Formen gesundheitlicher Versorgung eröffnet. Zu diskutieren wäre bspw.

inwieweit mit voranschreitender Akademisierung der Direktzugang der Physiotherapie zu (ausgewählten) kassenärztlichen Leistungen realisiert werden kann. Gleichwohl sind die Kontextbedingungen einer Akademisierung zu beachten (siehe Abschnitt 1.1). Unklar ist derzeit, ob akademisch ausgebildete Physiotherapeut/innen zukünftig andere Leistungen erbringen werden als bislang von den berufsfachschulisch ausgebildeten Personen. Eine solche Aufgabenänderung ist nach Einschätzung der Verbandsvertreter bislang nicht zu erkennen, dürfte für eine Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung aber notwendig sein. Empfohlen wird daher, die Akademisierung in der Physiotherapie zu befördern und parallel den Aufgabenzuschnitt der akademisch ausgebildeten Physiotherapeut/innen entsprechend der erworbenen Kompetenzen weiterzuentwickeln.

- Die Physiotherapie ist – vor allem im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung – durch eine sehr junge Altersstruktur gekennzeichnet. Da in der Physiotherapie mit bestandenem staatlichen Examen zwar eine Berufszulassung erteilt, häufig aber nicht den Praxisanforderungen entsprochen wird (weil abrechenbare Zusatzqualifikationen fehlen), ist die Bereitstellung eines entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebotes hoch notwendig. Da Physiotherapeut/innen oftmals gezwungen sind, direkt nach der Ausbildung in die Fort- und Weiterbildung zu gehen, wird empfohlen, bestehende Fördersysteme dahingehend zu prüfen bzw. weiterzuentwickeln, dass sie den spezifischen Anforderungen dieses Segments der Gesundheitswirtschaft gerecht werden. Der Berufseinstieg (bzw. die berufliche Weiterentwicklung) darf nicht an Finanzierungsengpässen der Absolvent/innen (und Fachkräfte) scheitern. Gefragt sind Instrumente, durch die eine (teilweise) Übernahme oder auch Vorfinanzierung von Kosten der Fort- und Weiterbildungen ermöglicht werden. Der sehr hohe Anteil an jungen Arbeitssuchenden in der Physiotherapie (vor allem in Brandenburg) könnte ein Indiz dafür sein, dass an dieser Stelle ein hoher Handlungsbedarf besteht.

- In mehreren Zusammenhängen wurde die ähnliche Problem- und Interessenlage der verschiedenen Verbände in den Therapieberufen deutlich. Es wird empfohlen, diese gemeinsamen Interessen explizit herauszuarbeiten und gebündelt darzustellen. Zu prüfen wäre in diesem Kontext auch, inwieweit diese Interessen (mittelfristig) gemeinsam in Verhandlungen – auch mit den Kassen – vertreten werden können. Ziel dieser Konsolidierung wäre es, durch die Bündelung von Kapazitäten die notwendige Professionalisierung der Berufsverbände zu unterstützen und weiter voranzutreiben.

4.11 Ergotherapeutinnen und -therapeuten

4.11.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Relevante Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 3.700 Ergotherapeut/innen sv-pflichtig beschäftigt. Davon waren gut drei Fünftel in Berlin und knapp zwei Fünftel in Brandenburg tätig. Hinzu kommen selbständig tätige Personen. Zu dieser Erwerbsform liegen weder für Berlin noch für Brandenburg verlässliche Zahlen vor. Bei der Ergotherapie handelt es sich um den zweitgrößten der hier untersuchten Therapieberufe. Die Beschäftigungsentwicklung in der Ergotherapie ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 118**).[184]

Tabelle 118: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Ergotherapie 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (BKZ 8172 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	31.09.2014
Berlin	2.077	2.151	2.174	2.209	2.259	2.294
Brandenburg	1.327	1.333	1.361	1.386	1.409	1.421
Berlin-Brandenburg	**3.404**	**3.484**	**3.535**	**3.595**	**3.668**	**3.715**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Ergotherapeut/innen weisen ein hohes Qualifikationsniveau auf. Über 98 Prozent der sv-pflichtig beschäftigten Ergotherapeut/innen entsprechen der Qualifikationsstufe Spezialist (Stand 2013). Im Rahmen der Befragung gaben 171 Einrichtungen an, Ergotherapeut/innen zu beschäftigen. Dabei handelt es sich überwiegend um Praxen und Krankenhäuser. In etwas geringerem Ausmaße gaben auch Pflegeeinrichtungen an, Ergotherapeut/innen zu beschäftigen. In den 114 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machten, waren insgesamt 705 Ergotherapeut/innen tätig. In der Mehrzahl handelt es sich um Einrichtungen mit wenigen (1 bis 5) Ergotherapeut/innen (Praxen). Es sind darunter aber auch acht Antwortende, die mindestens 15 Personen in diesem Beruf beschäftigen.

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Ergotherapie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 88 Prozent (vgl. **Tabelle 119**). Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten wenig.

[184] Wie an den erstmals seit Ende 2012 separat für diese berufliche Tätigkeit ausgewiesenen Daten erkennbar ist, wird der vor 2012 aus statistischen Klassifizierungsgründen nur indirekt ablesbare positive Beschäftigungstrend in der Ergotherapie bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.11.4.

Tabelle 119: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Ergotherapie nach Geschlecht am 30.06.2013 - Ergotherapie

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**2.151**	1.883	87,5	79,9
Brandenburg	**1.333**	1.196	89,7	84,9
Berlin-Brandenburg	**3.484**	**3.079**	**88,4**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Ergotherapie liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung in der oberen Hälfte der hier untersuchten Berufe. Anders als beim Anteil der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 120**).[185]

Tabelle 120: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Ergotherapie

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**2.151**	1.317	61,2	44,3
Brandenburg	**1.333**	643	48,2	46,2
Berlin-Brandenburg	**3.484**	**1.960**	**56,3**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 121**):

[185] Unterschiede lassen sich auch bei der Betrachtung der Teilzeitquote nach Geschlecht feststellen. Mit 44,4 Prozent in Berlin und 35,0 Prozent in Brandenburg liegen die Teilzeitquoten der Männer deutlich unter der Teilzeitquote der Frauen.

Tabelle 121: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 - Ergotherapie

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**2.151**	1.046	660	227	218[186]	
Brandenburg	**1.333**	737	383	103	74	36
Berlin-Brandenburg	**3.484**	**1.783**	**1.043**	**330**	**328**	
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	48,6	30,7	10,6	10,1	
Brandenburg	**100,0**	55,3	28,7	7,7	5,6	2,7
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**51,2**	**29,9**	**9,5**	**9,4**	
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sv-pflichtig Beschäftigten in der Ergotherapie im Alter von unter 35 Jahren auf. Damit handelt es sich um einen sehr „jungen“ Beruf.

Neben der sv-Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen auch die Selbstständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der Selbständigen liegen keine Daten vor. Werden jedoch die Angaben zur Altersstruktur der Selbständigen in anderen Therapieberufen auf die Ergotherapie übertragen, ist von einer deutlich älteren Verteilung auszugehen. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass eine selbständige Tätigkeit in der Regel erst nach einigen Jahren Berufserfahrung aufgenommen wird. Das deutet auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als durch die bloße Betrachtung der Altersstruktur der sv-pflichtig Beschäftigten deutlich wird.

Deutliche Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

In der Ergotherapie besteht gemessen am Beschäftigungsumfang ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den in der Ergotherapie sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 11 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 9 Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten 233 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 120 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Ergotherapie nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf. Aber auch von diesen pendeln mehr Ergotherapeut/innen nach Berlin ein als aus Berlin aus.

[186] In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit werden keine Daten 55 bis unter 60 Jahre und 60 Jahre und älter ausgewiesen. Daher kann hier nur rechnerisch die Gesamtzahl angegeben werden.

Tabelle 122: Pendler in der Ergotherapie am 30.07.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**141**	120	-	3	*	18
Einpendler	**294**	233	10	14	5	32
Saldo	**+153**	**+113**	**+10**	**+11**	**Ca. +5**	**+14**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Ergotherapeut/innen auf 17 Prozent und erreicht damit sogar einen etwas höheren Wert als Berlin mit ca. 14 Prozent (vgl. **Tabelle 122** und **Tabelle 123**).

Tabelle 123: Pendler in der Ergotherapie am 30.07.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	289	233	11	19	7	19
Einpendler	222	120	6	48	37	11
Saldo	**-67**	**-113**	**-5**	**+29**	**+30**	**-8**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch die Fachkräftegewinne aus den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Allerdings fällt dieser Saldo – auch im Vergleich zu anderen untersuchten Berufen – gering aus.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben ein Drittel der Antwortenden in Vollzeit und 43 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 247 Personen eingestellt worden, davon vierzig Prozent in Vollzeit (100 Vollzeitstellen). Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Ergotherapie fort. Ein gutes Drittel der Einrichtungen hat Einstellungen vorgenommen, nochmal 44 Prozent planten Einstellungen.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt werden konnte. Insgesamt ist die Anzahl der offen gebliebenen Stellen nach Angaben der Antwortenden gering (23 offen gebliebene Stellen). Bei den Einrichtungen mit offen geblieben Stellen handelt es sich ausschließlich um Praxen. In Berlin geben sechs Prozent der Befragten an, aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offene Stellen nicht besetzt zu haben, in Brandenburg beträgt dieser Anteil rund 18 Prozent. Diese Diskrepanz deutet auf

sich bereits jetzt abzeichnende Fachkräfteengpässe in der ergotherapeutischen Versorgung in Brandenburg hin, während die Situation in Berlin vergleichsweise solide ist.

Auf die Frage nach der durchschnittlichen Stellenbesetzungsdauer gaben 43 Einrichtungen (40 Prozent) an, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Bei den anderen Einrichtungen lag die Spanne zwischen einer und maximal 52 Wochen. Zwischen diesen beiden Polen sind die Antworten breit gestreut, liegen aber fast ausschließlich im Zeitraum von bis zu 26 Wochen.

Die Befragungsergebnisse zu den offenen Stellen und der Besetzungsdauer lassen den Schluss zu, dass im Bereich der Ergotherapie die Praxen mit Sitz in Brandenburg größere Schwierigkeiten haben, ihren Fachkräftebedarf zu decken. Gleichwohl ist im Vergleich zu anderen Berufen bei der Stellenbesetzung in der Ergotherapie noch kein gravierendes Problem feststellbar.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt stehen für die Ergotherapie keine Primärdaten zur Verfügung. Die nachstehenden Analysen müssen sich entsprechend auf themenverwandte Analysen stützen.[187] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[188] Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[189]

Die vorliegenden Ergebnisse lassen eine geringe Fluktuationsrate in der Ergotherapie plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Ergotherapeut/innen sind wie beschrieben fast ausschließlich dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeiten zugeordnet. Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Aufgrund der Spezialisierung im Bereich der Ergotherapie könnte dies als ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden.

Für eine höhere Fluktuation spricht hingegen, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Ergotherapie ist im Bereich der sv-pflichtigen Beschäftigung ein „junger“ Beruf, was entsprechende Auswirkungen auf die Berufsabbrüche haben könnte. Allerdings könnte dieser für andere Gesundheitsfachberufe geltende Befund für die Ergotherapie nur eingeschränkte Gültigkeit haben,

---

[187] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.“ Abschlussbericht.

[188] In erster Linie sind die Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

[189] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

da die Ausbildung von den Auszubildenden selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation besteht, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben.

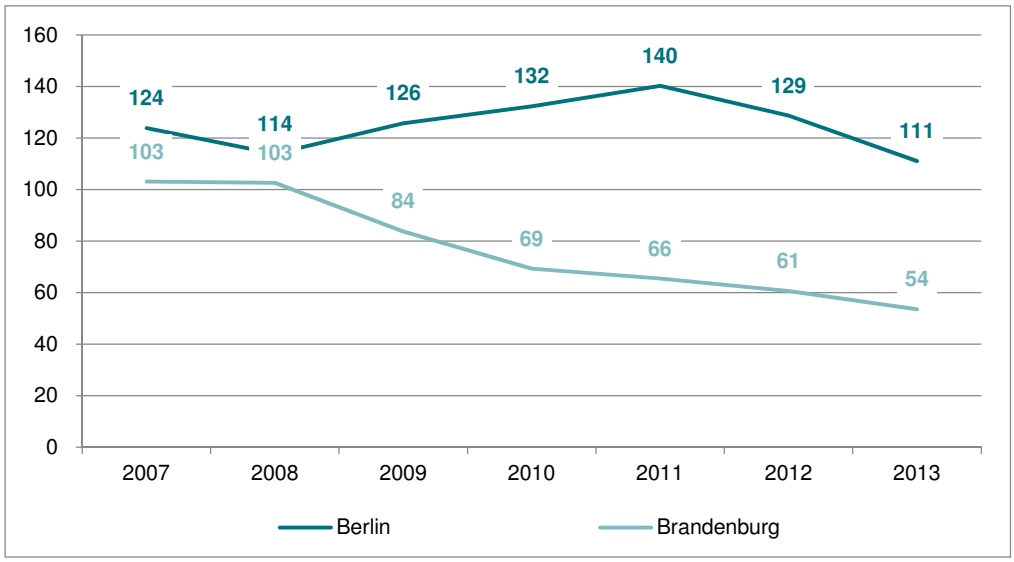
Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass die Fluktuation auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 Prozent (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.).

4.11.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt kann für die Ergotherapie ein Rückgang der Arbeitslosenzahlen berichtet werden. Während es sich im Land Brandenburg um einen kontinuierlichen Rückgang handelt, stieg die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen in Berlin zwischen 2008 und 2011 leicht an (vgl. **Abbildung 27**).

Abbildung 27: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Ergotherapie



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

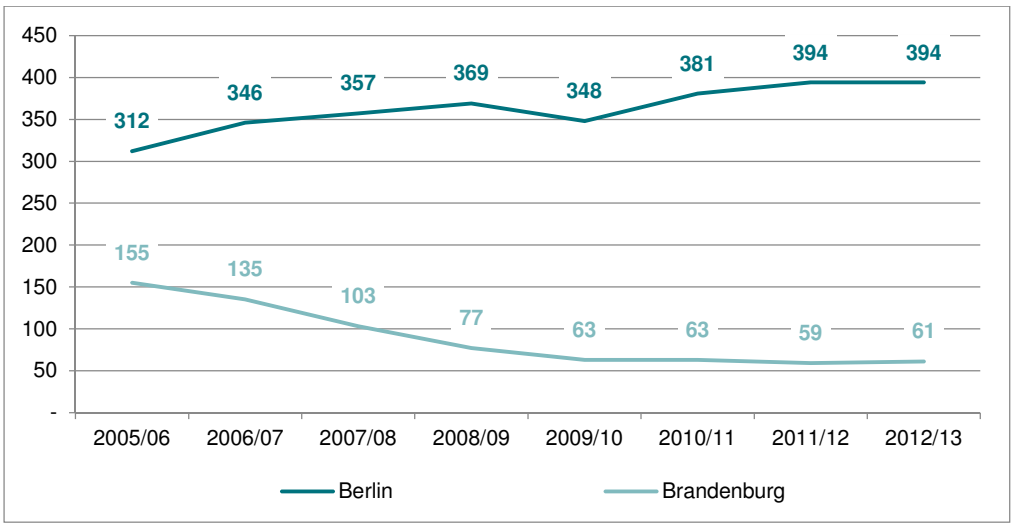
Die Mehrzahl der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Als Zielberuf werden fast ausschließlich Tätigkeiten auf der Spezialistenebene angegeben, d. h. die arbeitslosen

Personen verfügen neben dem Ausbildungsabschluss über weitere berufsrelevante Qualifikationen oder streben diese an. Bei den Arbeitsuchenden ist die Gruppe der 35- bis 50-Jährigen etwas überrepräsentiert. Aufgrund der geringen Fallzahlen bietet die Altersstrukturanalyse in diesem Bereich aber wenig Erkenntnisgewinn. Insgesamt ist der Spielraum zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus der Quelle der Arbeitsuchenden in der Ergotherapie begrenzt. Das zeigt auch die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten: In Berlin kommen 48 Arbeitslose auf 1.000 sv-pflichtig Beschäftigte, in Brandenburg liegt die Relation bei knapp 41 Arbeitslosen je 1.000 sv-pflichtig Beschäftigte. Dies ist im Gegensatz zum Verhältnis in allen Berufen, das in Berlin und Brandenburg bei jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sv-pflichtig Beschäftigte liegt, ein deutlich niedrigerer Wert.

Gegenläufige Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg

Die Zahl der Auszubildenden stieg in den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013[190] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Die Ergotherapie kann von diesem Bedeutungszuwachs nicht profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 3 Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 28**). Diese Entwicklung liegt in den Ausbildungszahlen in Brandenburg begründet – hier sank die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze im Untersuchungszeitraum um 61 Prozent. Diesen Rückgang kann auch die positive Entwicklung der Ausbildungszahlen in Berlin nicht auffangen, die mit 26 Prozent (von 312 auf 394 Plätze) ebenfalls deutlich ausfällt.

Abbildung 28: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

[190] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

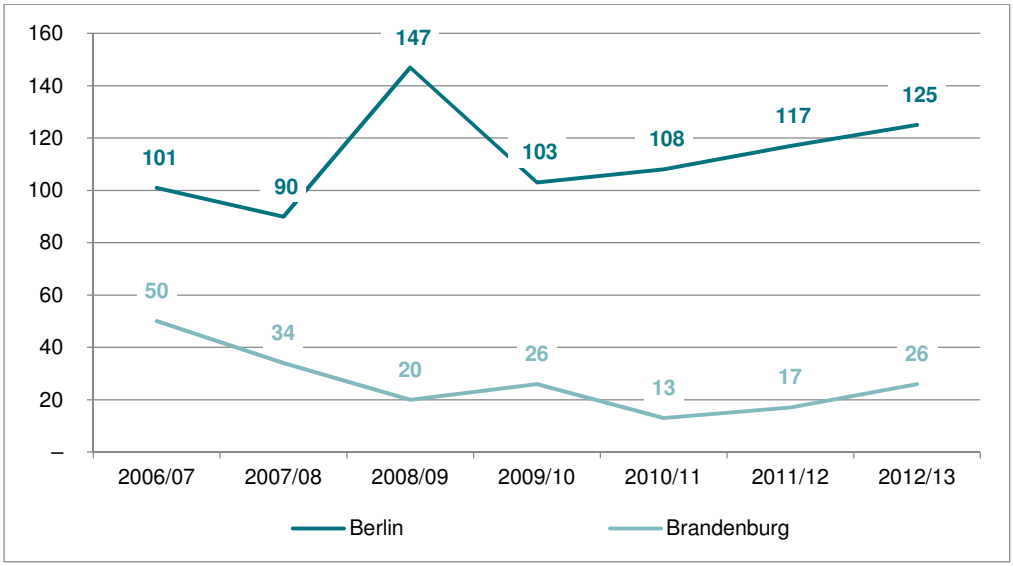
Die Ergotherapie ist einer der fünf unter den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen, in dem die Ausbildungszahlen gesunken sind. Ein Grund für den Rückgang in Brandenburg kann im begrenzten Angebot an Ausbildungsplätzen liegen. Derzeit gibt es nur eine Schule für Ergotherapie in Brandenburg. Eventuell interessierte Schüler/innen könnten ggf. aufgrund der räumlichen Nähe Berlins dort in einer der sieben Berufsfachschulen einen Ausbildungsplatz oder alternativ einen Studienplatz im primärqualifizierenden Studiengang suchen. Die Ausbildungsstrukturen und die damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen können angesichts der Entwicklungen nicht als Ursache für die Entwicklung der Ausbildungszahlen herangezogen werden. Diesem Argument steht die positive Entwicklung in Berlin entgegen. Gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin lag die Zahl der besetzten Plätze am 01.11.2012 in der Ergotherapie sogar knapp über der Zahl der genehmigten Plätze. Dies spricht für die hohe Attraktivität des Berufes bei den Jugendlichen. Es ist jedoch keinesfalls ausgeschlossen, dass die Zahl der potenziellen Auszubildenden in der Ergotherapie ohne Schulgeld erhöht werden könnte.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist auf Basis der Modellklausel auch eine Ausbildung im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiengangs möglich. Ein solcher Studiengang wird in Berlin angeboten. Im November 2014 waren insgesamt ca. 80 Studierende eingeschrieben, die sich auf das erste, dritte, fünfte und siebte Semester verteilen. Bislang hat noch kein Student bzw. keine Studentin das Studium abgeschlossen.[191]

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfungen nicht bestehen oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. In den letzten Jahren haben im Durchschnitt etwa drei Prozent eines Jahrgangs die Abschlussprüfung nicht bestanden und ca. neun Prozent die Ausbildung frühzeitig abgebrochen. Dementsprechend verringert sich die Anzahl der erfolgreichen Absolvent/innen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 29**).

[191] Angaben gemäß Auskunft der Hochschulen. An einer Hochschule wird der Studiengang Physiotherapie/Ergotherapie angeboten, d. h. der Studiengang bildet in zwei Fachrichtungen aus. Die Berufsqualifikation kann ausschließlich in einer der beiden Fachrichtungen erworben werden. Es wurde angenommen, dass an dieser Hochschule sich die Studierendenzahlen gleichmäßig auf beide Fachrichtungen verteilen.

Abbildung 29: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 171 Antwortenden gab fast die Hälfte an, solche Plätze auch für Ergotherapeut/innen anzubieten. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird von einem Teil der Antwortenden auch zur Fachkräftegewinnung genutzt. Immerhin in ca. 20 Prozent aller Fälle mit Beschäftigten aus der Ergotherapie wurde angegeben, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben.

4.11.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Ergotherapie kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sv-pflichtig beschäftigten Ergotherapeut/innen (vgl. **Tabelle 118**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat die Beschäftigung von Ergotherapeut/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht zugenommen. Auch für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet zwar über die Hälfte der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand, aber ein erheblicher Teil auch Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, auf über ein Drittel.

Tabelle 124: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Ergotherapeut/innen – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Ergotherapeut/in			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	29	57	2	12
2015-2017	35	42	4	19

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Regionale Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind bei diesen Einschätzungen kaum festzustellen. Unterschiedliche Erwartungen sind beim Vergleich nach Einrichtungstypen zu erkennen. Es zeigt sich, dass vor allem Praxen einen Beschäftigungszuwachs erwarten, während Krankenhäuser von einem etwa gleichbleibenden Bestand an Beschäftigten in der Ergotherapie ausgehen.

Eine über den Zeitraum 2017 hinausgehende Vorausschau bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der KldB 2010 im Jahre 2012 waren die Ergotherapeuten keine in der Beschäftigtenstatistik separat ausgewiesene Berufsgruppe. Sie waren Teil der Gruppe Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe der KldB 1988. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rd. 21 Prozent der Ergotherapie zugerechnet werden können.

Tabelle 125: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011

Bundesland	Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe (BKZ 852 der KldB 1988)								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	6.592	6.577	6.683	7.010	7.350	7.839	8.583	9.037	9.449
Brandenburg	3.726	3.769	3.940	4.203	4.529	4.909	5.207	5.577	5.822
Berlin-Brandenburg	**10.318**	**10.346**	**10.623**	**11.213**	**11.879**	**12.748**	**13.790**	**14.614**	**15.271**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe wuchs im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um fünf Prozent und erfuhr so allein in diesen acht Jahren eine Bestandserweiterung um rd. 50 Prozent (vgl. **Tabelle 125**). Hier wird unterstellt, dass die Entwicklung der Teilgruppe Ergotherapeuten im Wesentlichen ähnlich verlief. Die in **Tabelle 118** dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 die Fortsetzung und für 2013 lediglich eine leichte Abschwächung dieses hohen Wachstumstempos. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann daher eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von fünf Prozent angenommen werden.

Angesichts der Ungewissheiten bzgl. der zukünftigen Entwicklung der Ergotherapie,[192] wird nachfolgend die Basisannahme von fünf Prozent Wachstum in zwei Projektionen variiert.

1. Rückgang der Beschäftigungsentwicklung in der Ergotherapie unter Status-quo- Annahme

Aktuell erscheint es eher wahrscheinlich, dass eine Wachstumsrate von fünf Prozent in den nächsten Jahren nicht mehr erreicht wird. So ist bspw. noch nicht absehbar, wann kassenartenübergreifende Grundregelungen für den Präventionsbereich kommen, die Stabilität und Sicherheit in das Wirken der Beschäftigten in der Ergotherapie bringen. Ebenso begrenzt die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Wachstumschancen für den Leistungsmarkt der Ergotherapie. Es ist gegenwärtig auch nicht erkennbar, dass sich die Politik in der nächsten Zeit mit der Verbesserung der Attraktivität der Therapieberufe befassen und wirksame Schritte beschließen wird. Die oben dargestellten Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen zeigen zwar eine Wachstumserwartung bei einem Drittel der Einrichtungen aber auch deutliche Zurückhaltung und Skepsis hinsichtlich der weiteren Beschäftigungsentwicklung bei der Mehrzahl der Einrichtungen. Ähnliche Signale wurden in Gesprächen mit Fachexpertinnen und Fachexperten deutlich.

In der Projektion unter Status-quo-Annahme wird daher davon ausgegangen, dass bis 2020 das Beschäftigungswachstum in der Ergotherapie von fünf Prozent auf drei Prozent zurückgeht. Zugleich kann angenommen werden, dass in dieser Zeit der Handlungsdruck zur Auflösung einiger Wachstumshemmnisse zunimmt und zu ersten Veränderungen bspw. im Rahmen eines erweiterten Präventionsgesetzes führt. Hier wird unterstellt, dass diese Veränderungen erst im Übergang zu den 2020er Jahren in der Breite zu wirken beginnen und in den darauffolgenden Jahren bis 2030 zusammen mit weiteren, vor allem durch die demografische Entwicklung bedingten Prozessen zu einem erneuten Anstieg des Beschäftigungswachstums auf rd. fünf Prozent führen werden.

2. Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen

Entgegen den Anzeichen für ein verlangsamtes Beschäftigungswachstum ist es vorstellbar, dass in nächster Zeit zumindest einige der oben genannten Wachstumshemmnisse beseitigt werden. So ist nicht auszuschließen, dass das vorgesehene Präventionsgesetz noch 2015 beschlossen wird und zu wirken beginnt. Positive Wirkungen können auch von der Pflegereform ausgehen, zumindest dann, wenn sich in deren Zuge die Pflege für andere Versorgungsbereiche öffnet. Es ist außerdem wahrscheinlich, dass das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung die Bereitschaft, mehr in die eigene Gesundheit zu investieren, den Bedarf an Leistungen der Ergotherapie spürbar erweitert. Bei positiver Gestaltung dieser Entwicklungsbedingungen kann angenommen werden, dass das bisherige Beschäftigungswachstum bei den Ergotherapeut/innen von jährlich fünf Prozent auch in den Jahren bis 2020 erhalten bleibt und in den darauffolgenden Jahren sogar auf sieben Prozent steigt.

---

[192] In den Therapieberufen erscheint sowohl ein hochdynamisches Wachstum, als auch ein starker Bedeutungsverlust innerhalb der gesundheitlichen Versorgung möglich. Da die zukünftige Entwicklung in diesen Berufen im Wesentlichen von politischen Entscheidungen abhängen, lassen sich aktuell kaum Plausibilitätsannahmen treffen.

Erweiterungsbedarf in beiden Projektionsszenarien

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

Tabelle 126: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie

Bundesland	Status-quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
	2013	2020	2025	2030	2013	2020	2025	2030
Berlin	2.151	2.600	3.300	4.300	2.151	3.000	4.200	5.900
Brandenburg	1.333	1.600	2.100	2.600	1.333	1.900	2.600	3.700
Berlin-Brandenburg	**3.484**	**4.200**	**5.400**	**6.900**	**3.484**	**4.900**	**6.800**	**9.600**

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status quo Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes in der Ergotherapie zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Ergotherapeut/innen in Berlin und Brandenburg auf rund 7.000 Erwerbstätige verdoppeln (vgl. **Tabelle 126**). Bereits im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 700 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 2.700 Fachkräften hinzu. In der Entwicklungsvariante „beschleunigtes Wachstum“ wird sich der Beschäftigtenbestand in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 fast verdreifachen. Bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 1.500 Fachkräften und bis 2030 von weiteren 5.000 Fachkräften.

Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Fachkräftenachfrage

Nachfrage nach Fachkräften entsteht auch durch Ersatzbedarf (Renteneintritte und Fluktuation). Aufgrund der jungen Altersstruktur der Beschäftigten in der Ergotherapie fällt der altersbedingte Ersatzbedarf in den nächsten fünf bis zehn Jahren mit ca. 300 bis 500 Fachkräften überschaubar aus. In den nächsten 15 Jahren gewinnt der Prozess aber an Dynamik, so dass die Kompensation der Rentenabgänge mehr und mehr in den Fokus betrieblicher Personalpolitik rücken dürfte. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird angenommen, dass rund zehn Prozent der Beschäftigten in der Ergotherapie vorzeitig das Berufsfeld verlassen. Je nach Entwicklung des Beschäftigtenbestandes kann daraus ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für 700 bis 1.000 Ergotherapeut/innen bis 2030 abgeleitet werden.

Hohe Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Fachkräftenachfrage geht ein enormer Anstieg des Bedarfs an Ergotherapeut/innen für die Zeit bis 2030 hervor. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit in der Ergotherapie ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von insgesamt 5.000 bis 8.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 127**).

Tabelle 127: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Ergotherapeut/innen 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	500	900	200	300	1.000	1.400
2020-2030	1.700	2.900	300	300	2.300	3.500
2013-2030 insgesamt	**2.200**	**3.800**	**500**	**600**	**3.300**	**4.900**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	200	600	100	200	500	900
2020-2030	1.000	1.800	200	200	1.400	2.200
2013-2030 insgesamt	**1.200**	**2.400**	**300**	**400**	**1.900**	**3.100**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	700	1.500	300	500	1.500	2.300
2020-2030	2.700	4.700	500	500	3.700	5.700
2013-2030 insgesamt	**3.400**	**6.200**	**800**	**1.000**	**5.200**	**8.000**

*Szenario A = Szenario Status quo; Szenario B = Szenario Beschleunigtes Wachstum; Quelle: eigene Berechnungen

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft ist. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen aus der fachschulischen Ausbildung zu Grunde (die höher liegen als in den Jahren zuvor), so ist jährlich mit rund 150 neuen Fachkräften (125 in Berlin, 25 in Brandenburg) zu rechnen. Hinzu kommen – eine Verstetigung der primärqualifizierenden Studiengänge vorausgesetzt – in einigen Jahren jährlich ca. 25 Fachkräfte mit Hochschulabschluss. Dementsprechend sind bis 2020 rund 1.250, bis 2030 rund 3.000 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Müsste der Fachkräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre eine Lücke von ca. 250 Fachkräften bis 2020 und 2.000 Fachkräften bis 2030 zu konstatieren (Szenario A). Zu bedenken ist hierbei, dass sich die Absolventenzahlen in Berlin und Brandenburg so unterscheiden, dass sich die Bedarfsabdeckung in den beiden Bundesländern unterschiedlich gestalten dürfte. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch längerfristig durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

4.11.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Einrichtungen gebeten, zu beantworten, welche Sofortmaßnahmen höchste Priorität besitzen, um die Fachkräftesicherung voranzutreiben. Bei dieser offenen Frage wurde die Verbesserung der Vergütung mit deutlichem Abstand am häufigsten genannt. Die Vergütung in der Ergotherapie ist – wie die Vergütung aller Heilmittelerbringer – gesetzlich an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt (vgl. Kapitel 2.3). In den letzten Jahren lag das relative Wachstum der Grundlohnsumme zumeist unter der Inflationsrate, was Reallohnverluste bei den Heilmittelerbringern zur Folge hatte. Für eine Attraktivitätssteigerung des Berufs wäre daher die (temporäre) Aussetzung der Grundlohnsummenanbindung zu empfehlen, wie es beispielsweise im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (einschließlich Psychotherapie) im Jahr 2009 oder auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 geschehen ist. Eine solche Abkopplung könnte auch ein Baustein zur Ost-West-Angleichung sein. Auch wenn eine entsprechende Bundesratsinitiative des Landes Brandenburg gescheitert ist, bleibt es unakzeptabel, dass sich der Ost-West-Lohnunterschied aufgrund struktureller Rahmenbedingungen in bestimmten Arbeitsmarktsegmenten noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung weiter zuspitzt. Die Länder sind aufgefordert, den politischen Diskurs über diese Schieflage zu forcieren, um der Segmentierung in einen ost- und einen westdeutschen Arbeitsmarkt entgegenzuwirken.

- Der Beschäftigungsaufwuchs der letzten Jahre geht mit einer steigenden Beschäftigungserwartung und gleichzeitig sinkenden Ausbildungszahlen einher. Unter der Voraussetzung, dass die identifizierten Wachstumspotenziale realisiert werden, würde die Ergotherapie auf eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zusteuern, die sich sukzessive vergrößern würde. Um diese Lücke zumindest etwas zu verringern und den Rückgang der Ausbildungszahlen abzumildern, wird empfohlen, in Berlin die Ausbildung zur Ergotherapie flächendeckend kostenfrei anzubieten. In Brandenburg ist dies bereits der Fall, allerdings bietet in Brandenburg auch nur eine Berufsfachschule eine solche Ausbildung an. Klar ist angesichts der sinkenden Ausbildungszahlen aber auch, dass die Frage der Kostenfreiheit nicht die alleinige Entscheidungsgrundlage junger Menschen für oder gegen eine Ausbildung in der Ergotherapie ist. Demgemäß müssen Maßnahmen gefunden werden, die auf eine Attraktivitätssteigerung des Berufes insgesamt hinwirken. Neben den Vergütungsstrukturen sind daher auch fachlich-inhaltliche Aspekte von besonderer Bedeutung.

- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der stärkeren Akademisierung der Ergotherapie liegen. Für eine Akademisierung spricht zum einen, dass aufgrund der zunehmenden Studierneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe der künftigen Ergotherapeut/innen vergrößert wird. Zum anderen könnte durch die Akademisierung ein mehr auf Augenhöhe basierendes Verhältnis zwischen Ärztinnen, Ärzten und Ergotherapeut/innen geschaffen werden. Ebenso bietet die Akademisierung Möglichkeiten erweiterter und komplexer Versorgungsleistungen. Zu diskutieren wäre bspw. inwieweit mit

voranschreitender Akademisierung der Direktzugang der Ergotherapie zu (ausgewählten) kassenärztlichen Leistungen realisiert werden sollte. Gleichwohl sind die Kontextbedingungen einer Akademisierung zu beachten (siehe Abschnitt 1.1). Unklar ist derzeit, ob akademisch ausgebildete Ergotherapeut/innen zukünftig andere Leistungen erbringen würden als bislang von den berufsfachschulisch ausgebildeten Personen. Eine solche Aufgabenänderung ist nach Einschätzung der Verbandsvertreter bislang nicht zu erkennen, sie dürfte für eine Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung aber notwendig sein. Empfohlen wird daher, die Akademisierung in der Ergotherapie zu befördern und parallel den Aufgabenzuschnitt der akademisch ausgebildeten Ergotherapeut/innen entsprechend der erworbenen Kompetenzen zu entwickeln.

- Die Ergotherapie ist – vor allem im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung – durch eine sehr junge Altersstruktur gekennzeichnet. Auch aufgrund dessen ist eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung notwendig, um den Wissensstand zu aktualisieren, zu vertiefen und zu verbreitern. Dementsprechend wichtig ist die Bereitstellung eines entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebotes. Daher wird empfohlen, bestehende Fördersysteme zu nutzen bzw. einzurichten, um die Kosten der Fort- und Weiterbildungen (teilweise) zu übernehmen. Dies korrespondiert auch mit den Befragungsergebnissen, wonach ein großer Teil der ergotherapeutischen Einrichtungen Verbesserungen im Bereich der Fort- und Weiterbildungen verlangt.

- In mehreren Zusammenhängen wurde die ähnliche Problem- und Interessenlage der verschiedenen Verbände in den Therapieberufen deutlich. Es wird empfohlen, diese gemeinsamen Interessen explizit herauszuarbeiten und gebündelt darzustellen. Zu prüfen wäre in diesem Kontext auch, inwieweit diese Interessen (mittelfristig) gemeinsam in Verhandlungen – auch mit den Kassen – vertreten werden können. Ziel dieser Konsolidierung wäre es, durch die Bündelung von Kapazitäten die notwendige Professionalisierung der Berufsverbände zu unterstützen und weiter voranzutreiben.

4.12 Logopädinnen und Logopäden

4.12.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Geringe Beschäftigtenzahlen und teilweise deutliches Beschäftigungswachstum

Logopäden und Logopädinnen werden in der Klassifikation der Berufe 2010 als Teil der Berufe in der Sprachtherapie aufgeführt,[193] wodurch die Daten der Bundesagentur für Arbeit die Lage der Logopäden und Logopädinnen leicht überzeichnet. Um Irritationen zu vermeiden wird im Folgenden dennoch die Berufsbezeichnung Logopäden und Logopädinnen genutzt. Die Daten der statistischen Landesämter sowie die Befragungsergebnisse beziehen sich hingegen nur auf den Gesundheitsfachberuf Logopädie.

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 1.100 Logopäden und Logopädinnen sv-pflichtig beschäftigt. Davon waren 61 Prozent in Berlin und 39 Prozent in Brandenburg tätig. Hinzu kommen in Berlin 446 (2013) und in Brandenburg schätzungsweise 270 selbständige Logopäden und Logopädinnen.[194] Damit handelt es sich um eine relativ kleine Berufsgruppe. Die Beschäftigungsentwicklung in der Logopädie ist in Berlin und Brandenburg gleichermaßen durch Wachstum gekennzeichnet. (vgl**. Tabelle 128**).

Tabelle 128: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Logopädie 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Logopädinnen und Logopäden (BKZ 8173 der KldB 2010)					
	31.12.2012	31.03.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	649	657	653	663	689	699
Brandenburg	386	394	413	427	433	444
Berlin-Brandenburg	**1.035**	**1.051**	**1.066**	**1.090**	**1.122**	**1.143**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Logopädie weisen ein hohes Qualifikationsniveau auf. Ausnahmslos alle der sv-pflichtig beschäftigten Logopäden und Logopädinnen entsprechen der Qualifikationsstufe Spezialist (95 Prozent) oder Experte (5 Prozent). Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 156 Einrichtungen an, Logopäden und Logopädinnen zu beschäftigen. Dabei handelt es sich ganz überwiegend um Praxen, aber auch in Krankenhäusern sind Logopäden und Logopädinnen beschäftigt. In den 123 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machten, waren insgesamt 497 Logopäden und Logopädinnen tätig.

[193] Während es sich bei der Logopädie um eine dreijährige Fachschulausbildung mit der Möglichkeit eines anschließenden Studiums handelt, dauert das Studium der Sprachtherapie von vornherein ca. fünf Jahre.

[194] Laut statistischem Jahrbuch Berlin waren im Jahr 2013 in Berlin 446 Selbständige tätig. Zahlen für Brandenburg liegen nicht vor, so dass deren Zahl in Anlehnung an das Verhältnis zu Berlin in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nur geschätzt werden kann. Auf dieser Grundlage gab es im Jahr 2013 in Brandenburg ca. 270 selbständig tätige Logopädinnen und Logopäden.

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sv-pflichtig Beschäftigten in der Logopädie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 94 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen nach den Hebammen am höchsten. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten nur wenig.

Tabelle 129: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Logopädie

Bundesland / Region	**Gesamt**	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**657**	616	93,8	79,9
Brandenburg	**394**	370	93,9	84,9
Berlin-Brandenburg	**1.051**	**986**	**93,8**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Logopädie liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung in der oberen Hälfte der hier untersuchten Berufe. Anders als beim Anteil der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 130**).

Tabelle 130: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Logopädie

Bundesland / Region	**Gesamt**	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**657**	420	63,9	44,3
Brandenburg	**394**	208	52,8	46,2
Berlin-Brandenburg	**1.051**	**628**	**59,8**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 131**):

Tabelle 131: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Logopädie

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**657**	351	230	36	26	14
Brandenburg	**394**	224	121	30	15	4
Berlin-Brandenburg	**1.051**	**575**	**351**	**66**	**41**	**18**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	53,4	35,0	5,5	4,0	2,1
Brandenburg	**100,0**	56,9	30,7	7,6	3,8	1,0
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**54,7**	**33,4**	**6,3**	**3,9**	**1,7**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,0**	**37,5**	**14,3**	**9,9**	**5,3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sv-pflichtig Beschäftigten in der Logopädie im Alter von unter 35 Jahren auf. Damit handelt es sich um einen „jungen“ Beruf. Neben den sv-pflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen die Selbstständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der Selbständigen liegen jedoch keine Daten vor. Werden jedoch die Angaben zur Altersstruktur der Selbständigen in anderen Therapieberufen auf die Logopädie übertragen, ist mit einer deutlich älteren Verteilung zu rechnen. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass eine selbständige Tätigkeit in der Regel erst nach einigen Jahren Berufserfahrung aufgenommen wird. Diese generelle Aussage deutet auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als durch die bloße Betrachtung der Altersstruktur sv-pflichtig Beschäftigter deutlich wird.

Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg – mit Sogwirkung Brandenburgs

In der Logopädie besteht gemessen am Beschäftigungsumfang ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den in der Logopädie sv-pflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund neun Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 22 Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: Im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit 60 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 88 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Damit ist die Logopädie der einzige der hier untersuchten Berufe, in dem ein positives Pendlersaldo für Brandenburg zu verzeichnen ist. Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Logopädie fast keine Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 132**).

Tabelle 132: Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin

Berlin	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**99**	88	4	-	-	7
Einpendler	**75**	60	-	4	*	Ca. 10
Saldo	**-24**	**-28**	**-4**	**+4**	**Ca. + 1**	**Ca. +3**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der geografischen Lage etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Diese fallen jedoch ebenfalls gering aus. Insgesamt beträgt der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Logopäden und Logopädinnen in Brandenburg 26 Prozent (vgl. **Tabelle 132** und **Tabelle 133**). Dies ist der mit Abstand höchste Wert der hier untersuchten Berufe.

Tabelle 133: Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg

Brandenburg	Gesamt	Davon nach Wohn- oder Arbeitsort				
		Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Andere Bundesländer
Auspendler	**84**	60	*	11	3	Ca. 9
Einpendler	**103**	88	3	4	*	Ca. 7
Saldo	**+19**	**+28**	**Ca. +2**	**-7**	**Ca. -2**	**Ca. -2**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Ausrichtung der Pendlerströme könnte ein Hinweis darauf sein, dass in der Logopädie für Berlin eine relativ entspannte Fachkräftesituation herrscht, da trotz des größeren Beschäftigungsumfangs keine Sogwirkung Berlins festzustellen ist.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben knapp 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit, 39 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 157 Personen eingestellt worden, davon 44 Prozent in Vollzeit (69 Vollzeitstellen). Ganz eindeutig überwiegen hier Einrichtungen mit einem nur geringen Personalbedarf. Dies erklärt sich dadurch, dass die Mehrzahl der antwortenden Praxen mit nur wenigen Beschäftigten sind. Zwischen den beiden Bundesländern gibt es keine Unterschiede bei den Neueinstellungen im Jahr 2013. Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten fort. Der Anteil der Einrichtungen, der bereits Einstellungen vorgenommen hat, liegt mit 42 Prozent unter dem Anteil von 58 Prozent der Antwortenden, die noch Einstellungen planen.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich u. a. daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen nicht besetzt werden konnte. Hierbei zeigt sich, dass es kaum zu Stellenbesetzungsproblemen gekommen ist.

Knapp neun Prozent der Antwortenden (12 von 137) berichten, dass mindestens eine Stelle nicht besetzt werden konnte. Insgesamt konnten 15 Stellen nicht besetzt werden. Bei den Einrichtungen mit offen geblieben Stellen handelt es sich ausschließlich um Praxen. Auch wenn die Gesamtzahl der offenen Stellen nicht auf einen generellen Fachkräfteengpass schließen lässt, so zeigt die Betrachtung nach Bundesländern Unterschiede. In Berlin geben sechs Prozent der Befragten an, aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offenen Stellen nicht besetzt zu haben, in Brandenburg beträgt dieser Anteil immerhin rund 19 Prozent.

Auf die Frage nach der durchschnittlichen Stellenbesetzungsdauer gaben 11 Einrichtungen an, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Bei den anderen Einrichtungen lag die Spanne zwischen einer und maximal 240 Wochen. Vor allem Einrichtungen mit Sitz in Brandenburg benötigen einen längeren Zeitraum, um eine Stelle zu besetzen. So geben acht der 17 Antwortenden aus Brandenburg an, dass die Besetzungsdauer 24 Wochen oder mehr beträgt, während in Berlin dieser Zeitraum nur in einem von 35 Fällen angegeben wird.

Die Befragungsergebnisse zu den offenen Stellen und der Besetzungsdauer lassen in der Zusammenführung den Schluss zu, dass im Bereich der Logopädie die Praxen mit Sitz in Brandenburg größere Schwierigkeiten haben, ihren Fachkräftebedarf zu decken. Gleichwohl ist im Vergleich zu anderen Berufen in der Logopädie noch kein gravierendes Stellenbesetzungsproblem feststellbar.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt stehen für die Logopädie keine Primärdaten zur Verfügung. Die nachstehenden Überlegungen müssen sich entsprechend auf artverwandte Analysen stützen.[195] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[196] Zum Teil beziehen sich die Untersuchungen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[197] Die aus den Studien ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuationsrate für die Logopädie plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Logopäden und Logopädinnen sind wie beschrieben fast ausschließlich dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeiten zugeordnet. Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Aufgrund der Spezialisierung im Bereich der Logopädie könnte dies als

---

[195] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern." Abschlussbericht.

[196] In erster Linie sind Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

[197] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Für eine höhere Fluktuation spricht hingegen, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Logopädie ist im Bereich der sv-pflichtigen Beschäftigung, wie gesehen, von relativ jungen Beschäftigten geprägt, was entsprechende Auswirkungen auf die Berufsabbrüche haben könnte. Allerdings könnte dieser für andere Gesundheitsfachberufe geltende Befund für die Logopädie nur eingeschränkte Gültigkeit haben, da die Ausbildung von den Auszubildenden selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation besteht, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben.

Entsprechend dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation bei den Logopäden und Logopädinnen ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 Prozent (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.).

4.12.2 Arbeitskräfteangebot

Niedrige Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt zeichnet sich die Logopädie durch stabile Arbeitslosenzahlen auf sehr geringem Niveau aus (vgl. **Abbildung 30**).

Abbildung 30: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Logopädie

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Bei den Arbeitslosen wurden fast ausschließlich Tätigkeiten auf der Spezialistenebene als Zielberuf angegeben. Die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen sind Frauen. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Über 85 Prozent der Arbeitssuchenden sind unter 50 Jahre und hiervon gut 46 Prozent unter 35 Jahre alt.

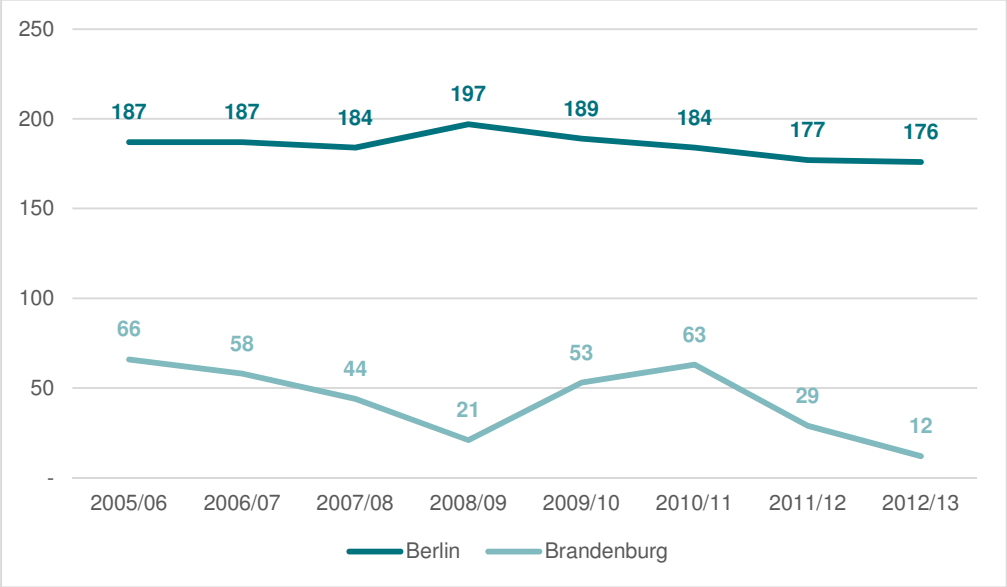
Insgesamt ist der Spielraum zur Deckung des Fachkräftebedarfs durch Arbeitslose in der Logopädie eng begrenzt, wie sich auch anhand der Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten zeigt: In Berlin kommen 65 Arbeitslose auf 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, in Brandenburg liegt die Relation bei knapp 23 Arbeitslosen je 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Dies ist im Gegensatz zum Verhältnis in allen Berufen, das in Berlin und Brandenburg bei jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte liegt, ein deutlich niedrigerer Wert.

Rückläufige Ausbildungsaktivitäten bei steigenden Fachkräftebedarfen

Die Zahl der Auszubildenden stieg in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013[198] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Die Logopädie kann von diesem Trend nicht profitieren. Zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Zahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 26 Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 31**). Diese Entwicklung liegt vor allem in den Ausbildungszahlen in Brandenburg begründet: Hier sank die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze im angegebenen Zeitraum um 81 Prozent – wenngleich mit großen Schwankungen innerhalb dieses Zeitraumes. Dieser Rückgang wird durch die leicht negative Entwicklung in Berlin nur etwas abgeschwächt. Eine Ursache für die unterschiedliche Entwicklung kann mit dem Standortvorteil von Berlin erklärt werden und dürfte zudem im demographischen Wandel begründet sein, der in Brandenburg etwas stärker zu Buche schlägt. Jedoch erklärt dies alleine nicht den eklatanten Unterschied zwischen den beiden Bundesländern. Denkbar ist, dass in Brandenburg die schwankenden Zahlen besetzter Ausbildungsplätze mit der generellen Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehen und die jungen Menschen angesichts der Schulgeldverpflichtung in der Logopädie alternative Ausbildungen anstreben. Schwankungen können zum Teil auch dadurch erklärt werden, dass die Zahl der Standorte, an denen eine Ausbildung in der Logopädie möglich ist, im betrachteten Zeitverlauf variierte.

[198] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

Abbildung 31: Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Mit diesem Rückgang ist die Logopädie einer der fünf Berufe unter den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen, in dem die Ausbildungszahlen in Berlin und Brandenburg insgesamt gesunken sind. Es fällt auch auf, dass in den meisten Therapieberufen ebenfalls ein Rückgang zu konstatieren ist (wiederum deutlich stärker in Brandenburg als in Berlin). Eine Begründung für die rückläufige Tendenz in der Logopädie kann insgesamt in den Ausbildungsstrukturen und den damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen (kostenpflichtige Ausbildung)[199] begründet sein.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist im Rahmen der Modellklausel auch eine Ausbildung im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiengangs möglich. Ein solcher Studiengang wird in Berlin angeboten. Im November 2014 waren insgesamt ca. 35 Studierende eingeschrieben, die sich auf das erste, dritte und fünfte Semester verteilen. Bislang hat noch kein Student bzw. keine Studentin das Studium abgeschlossen.[200] Es zeigt sich demnach, dass in Berlin ein Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs durch die Studierendenzahlen aufgefangen wird.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfungen nicht bestehen oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigt sich über die Jahre verteilt ein konstanter Verlauf in dem Sinne, dass maximal sechs Prozent, in den meisten Jahren aber ein deutlich geringerer Anteil eines Jahrgangs die Abschlussprüfung nicht bestehen. Die Ausbildung vorzeitig beendet ebenfalls nur ein geringer Anteil, obgleich dieser in den letzten beiden Jahren auf

[199] Die monatlichen Gebühren betragen in Berlin und Brandenburg ca. 600 €.
[200] Angaben gemäß Auskunft der Hochschulen.

12 Prozent angestiegen ist. Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der erfolgreichen Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf.

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 156 Antwortenden mit Beschäftigten aus der Logopädie gab deutlich mehr als die Hälfte (58 Prozent) an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der Logopädie solche Plätze so häufig angeboten wie in keinem anderen der hier untersuchten Berufe, in denen ein solches Angebot unterbreitet werden kann. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird von einem Teil der Antwortenden auch zur Fachkräftegewinnung genutzt. Immerhin in ca. einem Drittel aller Fälle mit Beschäftigten aus der Logopädie wurde angegeben, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben. Während hinsichtlich des Angebotes an Praktika keine wesentlichen Unterschiede zwischen Berliner und Brandenburger Einrichtungen zu konstatieren sind, ist die Übernahme von Praktikant/innen nach Beendigung der schulischen Ausbildung in Brandenburg anteilig häufiger der Fall als in Berlin.

4.12.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung in den nächsten Jahren

In der Logopädie kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. **Tabelle 128**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Wachstum hin. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Logopäden und Logopädinnen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet zwar über die Hälfte der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand, aber 15 Prozent auch Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten. Allerdings nimmt für diesen Zeitraum auch die Unsicherheit in der Einschätzung zu.

Tabelle 134: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Logopädie – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Logopädin/Logopäde			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	15	60	4	21
2015-2017	18	45	7	30

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Brandenburger Einrichtungen gehen stärker von einer steigenden Beschäftigungsentwicklung aus (jeweils ca. 7 Prozentpunkte mehr als in Berlin). Dies kann zumindest für 2014

mit den noch geplanten Einstellungen zusammenhängen, die bisher nicht umgesetzt wurden.

Eine über 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Logopädie bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen zehn Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 waren die Logopäden und Logopädinnen keine in der Beschäftigtenstatistik separat ausgewiesene Berufsgruppe. Sie waren Teil der Gruppe Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe der KldB 1988. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rd. sechs Prozent dieser Gruppe den Logopäden zugerechnet werden können.

Tabelle 135: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011

Bundesland / Region	**Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe (BKZ 852 der KldB 1988)**								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Jeweils 30.06.								
Berlin	6.592	6.577	6.683	7.010	7.350	7.839	8.583	9.037	9.449
Brandenburg	3.726	3.769	3.940	4.203	4.529	4.909	5.207	5.577	5.822
Berlin-Brandenburg	10.318	10.346	10.623	11.213	11.879	12.748	13.790	14.614	15.271
Davon entfallen rd. 6,4 Prozent auf Logopädinnen und Logopäden (BKZ 8173 der KldB 2010)									
Berlin-Brandenburg	**660**	**662**	**680**	**718**	**760**	**816**	**883**	**935**	**977**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe wuchs im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um fünf Prozent und erfuhr so allein in diesen acht Jahren eine Bestandserweiterung um rd. 50 Prozent (vgl. **Tabelle 135**). Diese Entwicklungsrate wird trotz der begrenzten Übertragbarkeit auch für die Beschäftigungsentwicklung der Logopäden und Logopädinnen angenommen. Die in **Tabelle 128** dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 die Fortsetzung und für 2013 lediglich eine leichte Abschwächung dieses hohen Wachstumstempos. Die Wachstumsrate von fünf Prozent wird im Folgenden als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung herangezogen. Angesichts vieler Ungewissheiten der künftigen Ausgestaltung und Wirkung der Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die Beschäftigungssituation in der Logopädie in der Zeit bis 2020 haben, werden nachfolgend zwei Varianten der mittelfristigen Bestandsentwicklung in dieser Tätigkeitsgruppe vorgestellt.

1. Rückgang der Beschäftigungsdynamik in der Logopädie unter Status quo Annahme

Aktuell erscheint es wahrscheinlich, dass eine Wachstumsrate von fünf Prozent in den Jahren bis 2020 nicht mehr erreicht wird. Die weitere Verzögerung der Stärkung der Vorsorge blockiert bedeutende Beschäftigungspotenziale. Insbesondere ist noch nicht absehbar, wann bundeseinheitliche kassenartenübergreifende Grundregelungen für den Präventionsbereich kommen, die Stabilität und Sicherheit in das Wirken der Beschäftigten in den Therapieberufen bringen. Ebenso begrenzt die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Wachstumschancen für den Leistungsmarkt der Therapieberufe. Es ist gegenwärtig auch nicht erkennbar, dass sich die Politik in der nächsten Zeit mit der Verbesserung der Attraktivität der Therapieberufe befassen und wirksame Schritte beschließen wird. Die oben dargestellten Ergebnisse der Online-Befragung zeigen zwar Wachstumserwartung bei fast einem Fünftel der Einrichtungen aber auch deutliche Zurückhaltung und Skepsis hinsichtlich der weiteren Beschäftigungsentwicklung bei der Mehrzahl der Einrichtungen. Fast ein Drittel der Einrichtungen ist sich selbst für die Jahre 2015-2017 völlig im Unklaren über die weitere Entwicklung. Ähnliche Signale wurden in einem Workshop mit Fachexperten und Fachexpertinnen deutlich. Sie vertraten die Auffassung, dass in den vergangenen Jahren einige Sonderfaktoren (besonders die Behandlungsleistungen im Bereich der Kinder) förderlich zum Tragen kamen, dass diese aber vermutlich künftig nicht mehr fortwirken werden.

In der Projektion unter Status-quo-Annahme wird daher davon ausgegangen, dass sich in den nächsten Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum in der Logopädie in Berlin und Brandenburg deutlich abschwächt und von fünf Prozent auf zwei Prozent zurückgeht. Für die Zeit 2020 bis 2030 wird unter Status-quo-Bedingungen für Berlin die Fortsetzung des Wachstumstrends von zwei Prozent angenommen. In Brandenburg wird dagegen der Bevölkerungsrückgang wahrscheinlich keine weitere Beschäftigungszunahme in der Logopädie ermöglichen.

2. Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen

Entgegen der Anzeichen für ein verlangsamtes Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit zumindest einige der oben genannten Wachstumshemmnisse zügig in Angriff genommen und beseitigt werden. So ist nicht auszuschließen, dass das vorgesehene Präventionsgesetz noch 2015 beschlossen wird und zu wirken beginnt. Es ist außerdem wahrscheinlich, dass das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung die Bereitschaft, mehr in die eigene Gesundheit zu investieren, den Bedarf an Leistungen der Logopädie spürbar erweitert. Bei positiver Gestaltung dieser Entwicklungsbedingungen kann angenommen werden, dass zwar das bisherige Beschäftigungswachstum der Logopädie von jährlich fünf Prozent in den Jahren bis 2020 ebenfalls nicht mehr erreicht wird, aber nur auf vier Prozent sowohl in Berlin als auch in Brandenburg reduziert wird. Dieser Trend kann für Berlin auch für das folgende Jahrzehnt angenommen werden. In Brandenburg wird in der gleichen Zeit der Bevölkerungsrückgang diesen Trend auf zwei Prozent jährliches Beschäftigungswachstum in der Logopädie abschwächen.

Erweiterungsbedarf bei beiden Projektionsszenarien

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Logopädie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

Tabelle 136: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Logopädie

	Status-quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
Bundesland /Region	**2013**	**2020**	**2025**	**2030**	**2013**	**2020**	**2025**	**2030**
Berlin	1.068	1.250	1.350	1.500	1.068	1.400	1.700	2.100
Brandenburg	644	750	750	750	644	850	950	1.050
Berlin-Brandenburg	**1.712**	**2.000**	**2.100**	**2.250**	**1.712**	**2.250**	**2.650**	**3.150**

Quelle: eigene Berechnungen; Selbständige und sozialversicherungspflichtige wurden zusammengefasst

Selbst unter Status-quo-Annahmen ist eine Steigerung des Beschäftigtenbestandes in der Logopädie zu erwarten. Bis zum Jahr 2020 wird sich die Anzahl der Logopäden und Logopädinnen in Berlin und Brandenburg auf etwa 2.000 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 136**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 300 Fachkräften. Bis 2030 ist unter Status-quo-Annahmen nur noch in Berlin Erweiterungsbedarf wahrscheinlich (ca. 250 Fachkräfte). In der Entwicklungsvariante unter beschleunigten Wachstumsbedingungen wird sich der Beschäftigtenbestand in der Logopädie in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2020 auf rund 3.000 Fachkräfte erhöhen. Bis 2020 entsteht bei dieser Entwicklung ein Erweiterungsbedarf von etwa 500 Fachkräften. Danach folgt bis 2030 Erweiterungsbedarf in Berlin und Brandenburg von zusammen rund 900 Fachkräften.

Geringer Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte

Nachfrage nach Fachkräften entsteht auch durch Ersatzbedarf (Renteneintritte und Fluktuation). Aufgrund der jungen Altersstruktur der sv-pflichtig Beschäftigten in der Logopädie fällt der altersbedingte Ersatzbedarf in der Zeit bis 2020 sehr gering aus und bleibt voraussichtlich unter 50 Beschäftigten.

In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird darüber hinaus angenommen, dass rund zehn Prozent der Beschäftigten in der Logopädie in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln werden. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 300 Logopäden und Logopädinnen bis 2030 abgeleitet werden.

Relevante Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Fachkräftenachfrage geht ein deutlicher Anstieg des Bedarfs an Logopäden und Logopädinnen hervor. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit in der Logopädie ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von insgesamt 1.000 bis 2.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 137**).

Tabelle 137: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Logopäden und Logopädinnen 2013 bis 2030

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	200	350	50	100	350	500
2020-2030	250	700	50	100	400	850
2013-2030 insgesamt	**450**	**1.050**	**100**	**200**	**750**	**1.350**

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	100	200	50	50	200	300
2020-2030	0	200	50	50	100	300
2013-2030 insgesamt	**100**	**400**	**100**	**100**	**300**	**600**

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungs-bedarf Szenario A*	Erweiterungs-bedarf Szenario B*	Alters-bedingter Ersatzbedarf	Fluktuations-bedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf Szenario A*	Fachkräfte-neubedarf Szenario B*
2013-2020	300	550	100	150	550	800
2020-2030	250	900	100	150	500	1.150
2013-2030 insgesamt	**550**	**1.450**	**200**	**300**	**1.050**	**1.950**

*Szenario A = Szenario Status quo; Szenario B = Szenario Beschleunigtes Wachstum; Quelle: eigene Berechnungen

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch, wie gezeigt, zu vernachlässigen. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen aus der Ausbildung zu Grunde, so ist jährlich mit rund 60 neuen Fachkräften (50 in Berlin, 10 in Brandenburg) zu rechnen. Dementsprechend sind bis 2020 rund 420 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Hinzu kommen – eine Verstetigung der primärqualifizierenden Studiengänge vorausgesetzt – in Berlin jährlich ca. zehn weitere Fachkräfte, so dass sich die Anzahl der Fachkräfte bis 2020 auf ca. 480 erhöhen würde. Bis 2030 sind rund 1.200 neue Fachkräfte zu erwarten. Unter der Annahme einer abgeschwächten Wachstumsdynamik (Szenario 1) könnten die aktuellen Ausbildungszahlen gerade ausreichend sein, um entstehende Fachkräftebedarfe zu befriedigen. Eine positivere Entwicklung müsste hingegen durch einen sukzessiven Ausbau der Ausbildungszahlen begleitet werden.

4.12.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Einrichtungen gebeten zu beantworten, welche Sofortmaßnahmen höchste Priorität besitzen, um die Fachkräftesicherung voranzutreiben. Bei dieser offenen Frage wurde die Verbesserung der Vergütung mit deutlichem Abstand am häufigsten genannt. Die Vergütung in der Logopädie ist – wie die Vergütung aller Heilmittelerbringer – gesetzlich an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt (vgl. Kapitel 2.3). In den letzten Jahren lag das relative Wachstum der Grundlohnsumme zumeist unter der Inflationsrate, was Reallohnverluste bei den Heilmittelerbringern zur Folge hatte. Für eine Attraktivitätssteigerung des Berufs wäre daher die (temporäre) Aussetzung der Grundlohnsummenanbindung zu empfehlen, wie es beispielsweise im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (einschließlich Psychotherapie) im Jahr 2009 oder auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 geschehen ist. Eine solche Abkopplung könnte auch ein Baustein zur Ost-West-Angleichung sein. Auch wenn eine entsprechende Bundesratsinitiative des Landes Brandenburg gescheitert ist, bleibt es unakzeptabel, dass sich der Ost-West-Lohnunterschied aufgrund struktureller Rahmenbedingungen in bestimmten Arbeitsmarktsegmenten noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung weiter zuspitzt. Die Länder sind aufgefordert, den politischen Diskurs über diese Schieflage zu forcieren, um der Segmentierung in einen ost- und einen westdeutschen Arbeitsmarkt entgegenzuwirken.

- Die steigende Beschäftigungsentwicklung geht mit einer weiterhin moderat steigenden Beschäftigungserwartung und gleichzeitig sinkenden Ausbildungszahlen einher. Damit steuert die Logopädie auf eine große Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zu, die sich perspektivisch weiter vergrößern wird. Um die Lücke zumindest etwas zu verringern und den Rückgang der Ausbildungszahlen abzumildern, wird empfohlen, die Ausbildung zur Logopädie kostenfrei anzubieten. In Brandenburg gibt es in anderen Therapieberufen bereits pflegesatzfinanzierte Ausbildungen. Es sollte daher geprüft werden, ob dieser Weg auf die Logopädie übertragen werden kann.[201] Klar ist angesichts der sinkenden Ausbildungszahlen in Berlin und Brandenburg aber auch, dass die Frage der Kostenfreiheit nicht die alleinige Entscheidungsgrundlage junger Menschen für oder gegen eine Ausbildung in der Logopädie ist. Demgemäß müssen Maßnahmen gefunden werden, die auf eine Attraktivitätssteigerung des Berufs insgesamt hinwirken. Neben den Vergütungsstrukturen sind daher auch fachlich-inhaltliche Aspekte von besonderer Bedeutung.

- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der stärkeren Akademisierung der Logopädie bis hin zur Vollakademisierung liegen. Für eine solche stärkere Akademisierung spricht zum einen, dass aufgrund der zunehmenden Studierneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe der künftigen Logopäden und Logopädinnen vergrößert wird.[202] Zum anderen könnte durch die Akademisierung ein mehr auf Augenhöhe basierendes

[201] Ein Schritt in diese Richtung ist die Eröffnung einer pflegesatzfinanzierten Logopädieschule in Brandenburg im Juni 2015.

[202] Eine Vollakademisierung könnte hingegen das Auszubildendenpotenzial in relevantem Maße reduzieren.

Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und Logopäden und Logopädinnen geschaffen werden. Ebenso bietet die Akademisierung Möglichkeiten erweiterter und komplexer Versorgungsleistungen. Zu diskutieren wäre beispielsweise inwieweit mit voranschreitender Akademisierung der Direktzugang der Logopädie zu (ausgewählten) kassenärztlichen Leistungen realisiert werden sollte. Gleichwohl sind die Kontextbedingungen einer Akademisierung zu beachten (siehe Abschnitt 1.1). Unklar ist derzeit, ob akademisch ausgebildete Logopäden und Logopädinnen zukünftig andere Leistungen erbringen würden als bislang von den berufsfachschulisch ausgebildeten Personen. Eine solche Aufgabenänderung ist nach Einschätzung der Verbandsvertreter bislang nicht zu erkennen.

- Die Logopädie ist – vor allem im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung – durch eine sehr junge Altersstruktur gekennzeichnet. Auch aufgrund dessen ist eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung notwendig, um den Wissensstand zu aktualisieren, zu vertiefen und zu verbreitern. Dementsprechend wichtig ist die Bereitstellung eines entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebotes. Daher wird empfohlen, bestehende Fördersysteme zu nutzen bzw. einzurichten, um die Kosten der Fort- und Weiterbildungen (teilweise) zu übernehmen.

- In mehreren Zusammenhängen wurde die ähnliche Problem- und Interessenlage der verschiedenen Verbände in den Therapieberufen deutlich. Es wird empfohlen, diese gemeinsamen Interessen explizit herauszuarbeiten und gebündelt darzustellen. Zu prüfen wäre in diesem Kontext auch, inwieweit diese Interessen (mittelfristig) gemeinsam in Verhandlungen – auch mit den Kassen – vertreten werden können. Ziel dieser Konsolidierung wäre es, durch die Bündelung von Kapazitäten die notwendige Professionalisierung der Berufsverbände zu unterstützen und weiter voranzutreiben.

4.13 Podologin und Podologe

4.13.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Überschaubare Beschäftigtenzahlen bei geringem Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 300 Podologen und Podologinnen sv-pflichtig beschäftigt. Die Mehrheit der Beschäftigten (ca. 160 Personen) war in Berlin tätig. Hinzu kommen in Berlin 134 (2012) und in Brandenburg schätzungsweise 120 Selbständige.[203] Die Beschäftigungsentwicklung in der Podologie ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet, wobei jedoch das Wachstum in Berlin etwas deutlicher ausfällt (vgl. **Tabelle 138**).

Tabelle 138: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Podologie 2012-2014

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Podologinnen und Podologen (BKZ 8112 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	150	152	158	166	170	167
Brandenburg	135	132	135	141	138	144
Berlin-Brandenburg	**285**	**284**	**293**	**307**	**308**	**311**

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Podologen und Podologinnen sind ausnahmslos auf Fachkraftebene tätig. Damit weisen sie gegenüber den anderen Therapieberufen ein etwas geringeres Qualifikationsniveau auf (Stand 2013). Im Rahmen der Befragung gaben 67 Einrichtungen an, Podologen und Podologinnen zu beschäftigen. Von diesen haben 35 ihren Sitz in Berlin und 32 in Brandenburg. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Praxen. In den 51 Einrichtungen, die Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 112 Podologen und Podologinnen tätig.

Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Der Anteil der Frauen an allen sv-pflichtig Beschäftigten in der Podologie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 92 Prozent. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten nur wenig (vgl. **Tabelle 139**).

[203] Laut statistischem Jahrbuch Berlin waren im Jahr 2012 in Berlin 134 Selbständige tätig. Zahlen für Brandenburg liegen nicht vor, so dass deren Zahl in Anlehnung an das Verhältnis zu Berlin in der sv-pflichtigen Beschäftigung nur geschätzt werden kann. Auf dieser Grundlage gab es im Jahr 2012 in Brandenburg ca. 120 selbständig tätige Podologen und Podologinnen.

Tabelle 139: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Podologie

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**152**	142	93,4	79,9
Brandenburg	**132**	120	90,9	84,9
Berlin-Brandenburg	**284**	**262**	**92,3**	**81,9**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Podologie zeichnet sich durch eine hohe Teilzeitquote aus. Wie bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind auch bei der Arbeitszeit kaum Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 140**).

Tabelle 140: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Podologie

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Teilzeit		Vergleich: Teilzeitquote der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	**152**	81	53,3	44,3
Brandenburg	**132**	75	56,8	46,2
Berlin-Brandenburg	**284**	**156**	**54,9**	**45,1**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbständigen

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild (vgl. **Tabelle 141**):

Tabelle 141: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Podologie

Bundesland / Region	Gesamt	davon				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Berlin	**152**	71	52	15	8	6
Brandenburg	**132**	47	47	16	14	8
Berlin-Brandenburg	**284**	**118**	**99**	**31**	**22**	**14**
Angaben in Prozent						
Berlin	**100,0**	46,7	34,2	9,9	5,3	3,9
Brandenburg	**100,0**	35,6	35,6	12,1	10,6	6,1
Berlin-Brandenburg	**100,0**	**41,5**	**34,9**	**10,9**	**7,7**	**4,9**
Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt	**100,0**	**33,5**	**37,3**	**14,2**	**9,8**	**5,2**

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Neben den sv-pflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen die Selbstständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der selbständig Tätigen liegen keine

offiziellen Daten vor. Hinweise auf die Altersstruktur müssen sich daher auf andere Datenquellen stützen. So liegen Angaben zur Altersstruktur der Selbständigen vom Verband deutscher Podologen (VDP) sowie zur Altersstruktur der Mitglieder des Zentralverbandes der Podologen und Fußpfleger (ZFD) Deutschlands vor. Die Angaben des VDP decken knapp zwei Drittel der in Berlin und Brandenburg tätigen selbständigen Podologen und Podologinnen ab und weisen auf eine deutlich ältere Zusammensetzung hin als im Bereich der sv-pflichtigen Beschäftigung. Demnach sind 55 Prozent der selbständigen Mitglieder im VDP 50 Jahre und älter. Dieser Befund wird tendenziell durch die Daten des ZFD gestützt, in diesem Verband sind die Mitglieder in 35 Prozent der Fälle 50 Jahre und älter.[204] Auch wenn diese Angaben den Anspruch der Repräsentativität nur bedingt beanspruchen können, deuten sie doch auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als durch die bloße Betrachtung der Altersstruktur sozialversicherungspflichtig Beschäftigter deutlich wird. [205]

Keine wahrnehmbaren Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

Anders als in anderen hier untersuchten Berufen spielen die Pendlerströme zwischen Berlin und Brandenburg sowohl absolut als auch gemessen am Beschäftigungsumfang keine Rolle.[206] Daher wird an dieser Stelle auf eine Beschreibung der Verflechtungsbeziehungen verzichtet.

Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Im Jahr 2013 haben 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit, 25 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 36 Personen eingestellt worden, davon etwas mehr als die Hälfte in Vollzeit (53 Prozent, 19 Vollzeitstellen). Im Jahr 2014 schwächt sich das rege Einstellungsverhalten etwas ab. Knapp ein Viertel der Befragten (sieben von 29 Antworten auf diese Frage) gaben an, dass im Jahr 2014 bereits mindestens eine Einstellung erfolgt sei. Eine Einstellung geplant wurde im Jahr 2014 noch von mehr als der Hälfte der Antwortenden.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen besetzt werden konnte. Diesbezüglich zeigen sich erste Anzeichen eines Fachkräfteengpasses. Immerhin 22 Prozent (12 Antwortende) gaben an, dass im Jahr 2013 insgesamt 14 Stellen offen geblieben seien. Die Einrichtungen wurden darüber hinaus danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Auch wenn die Anzahl der vorhandenen Antworten mit 19 gering ist, deuten die Angaben darauf hin, dass die Suche nach Podologen und Podologinnen für die Antwortenden zum Teil schwierig ist. Die Einrichtungen, die angegeben haben, dass die Besetzung einer offenen Stelle mindestens eine Woche oder mehr dauert (16 Antworten), geben eine Spanne zwischen einer und maximal 250 Wochen

---

[204] Durch den ZFD wurden Angaben zu 227 Personen übermittelt. Hierbei wurde jedoch nicht danach unterschieden, ob die Mitglieder selbständig sind oder nicht.

[205] Dieser Tatbestand ist plausibel, da Selbständigkeit in der Regel erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der eigenen Berufskarriere eine relevante Option darstellt.

[206] Insgesamt wurden am 30.06.2013 in Berlin 9 Einpendler und 18 sv-pflichtig beschäftigte Auspendler gezählt.

an. Die Zeitspanne von mehr als einem Jahr zur Besetzung einer offenen Stelle wurde in sechs der 19 Fälle genannt. Auch in Verknüpfung mit anderen Befunden der Befragung[207] deutet dies auf einen deutlichen Fachkräftebedarf in der Podologie hin, der aktuell nur bedingt befriedigt werden kann.

Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Zu diesem Aspekt stehen für die Podologie keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen zur Verfügung. Die nachstehenden Überlegungen müssen sich entsprechend auf artverwandte Analysen stützen.[208] Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.[209] Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.[210]

Die aus den Studien für den Bereich der Podologie ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Podologen und Podologinnen sind, wie beschrieben, in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkraftebene zugeordnet. Weitere Studienkenntnisse deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsels steigt, je inhaltlich verwandter Berufe sind. Gleichartige Beschäftigungsalternativen für Podologen und Podologinnen dürften verhältnismäßig gering sein.

Für eine höhere Fluktuation spricht, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Podologie ist im Bereich der sv-pflichtigen Beschäftigung von jungen Beschäftigten geprägt, was entsprechende Auswirkungen auf die Berufsabbrüche haben könnte. Allerdings könnte dieser für andere Gesundheitsfachberufe geltende Befund für die Podologie nur eingeschränkte Gültigkeit haben, da die Ausbildung von den Auszubildenden selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation besteht, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die Altersstruktur der freiberuflich Tätigen in der Podologie recht deutlich über den Anteilen in der sv-pflichtigen Beschäftigung liegt.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen) zu

---

[207] Beispielsweise liegt der Anteil der Einrichtungen, die eine steigende Beschäftigungsentwicklung erwarten, in der Podologie ausgesprochen hoch.

[208] Beispielhaft zu nennen sind: Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: IAB-Regional (3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht.

[209] In erster Linie sind die Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

[210] Vgl. Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe Science 2011. Nr. 1.

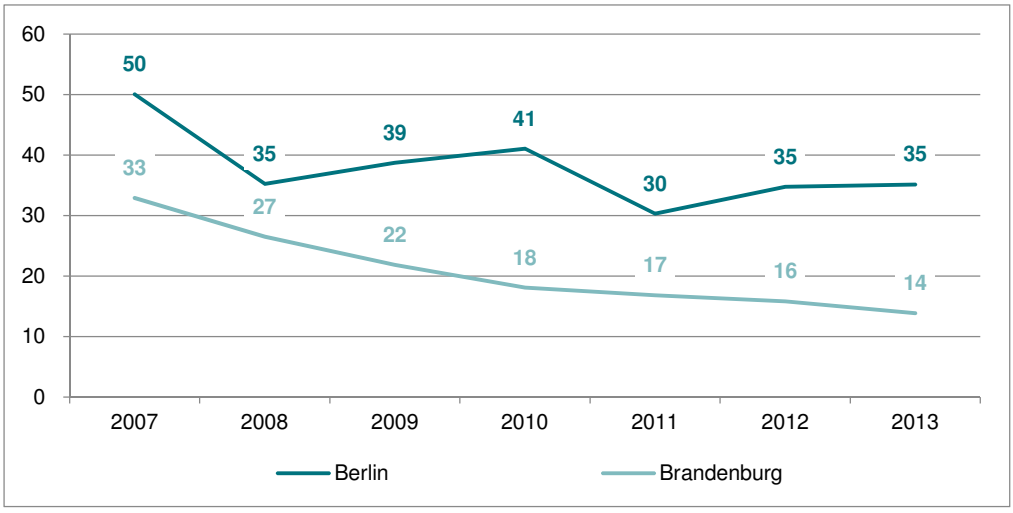
unterscheiden. In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 Prozent (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

4.13.2 Arbeitskräfteangebot

Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Der Bestand an Arbeitslosen verweist auf nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Podologe/Podologin einen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf, der in Berlin allerdings mit einigen Schwankungen verknüpft ist (vgl. **Abbildung 32**).

Abbildung 32: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Podologie



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

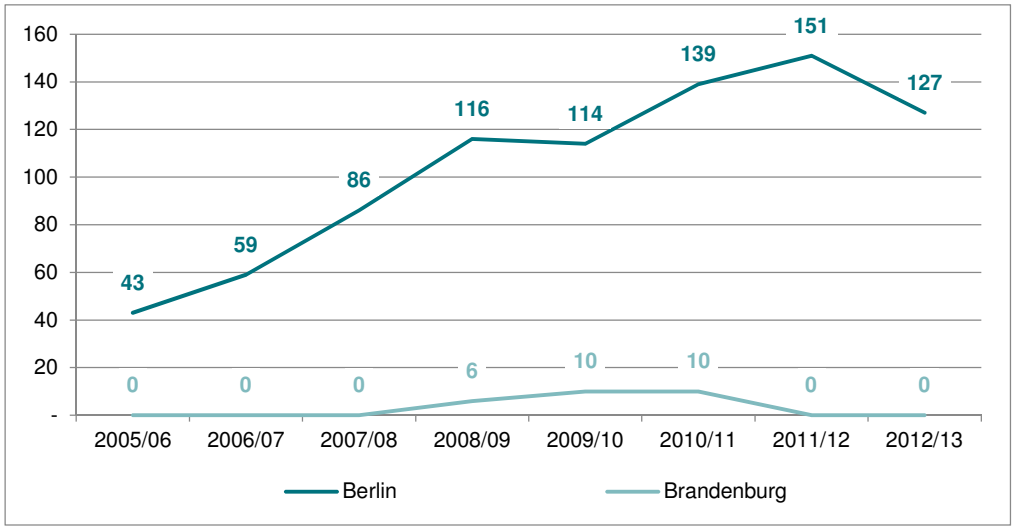
Bei den Arbeitslosen handelt es sich fast ausschließlich um Frauen. Die Mehrheit der Arbeitslosen ist unter 50 Jahre alt, in Berlin sind aber auch über 30 Prozent 55 Jahre und älter. Gemessen am Beschäftigungsumfang, gibt es zumindest für Berlin durchaus Potenziale, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Podologie in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, keine Ausbildung in Brandenburg

Die Zahl der Auszubildenden stieg in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr

2012/2013[211] – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Die Podologie kann von diesem Bedeutungszuwachs profitieren – allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen Berlin und Brandenburg. Zwischen 2005/2006 und 2012/2013 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg ca. um das Dreifache gestiegen (vgl. **Abbildung 33**). Damit liegt das prozentuale Wachstum der Ausbildungszahlen in der Podologie über dem fast aller anderen untersuchten Gesundheitsfachberufe, obgleich aufgrund der geringen absoluten Anzahl dieses nur bedingte Aussagekraft besitzt. Der Anstieg ist ausschließlich auf die Berliner Ausbildungssituation zurückzuführen, da in Brandenburg derzeit keine entsprechende Berufsfachschule existiert.

Abbildung 33: Anzahl der Auszubildenden in der Podologie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Es fällt auf, dass die Podologie der einzige der vier untersuchten Gesundheitsfachberufe ist, bei denen trotz der verpflichtenden Schulgeldzahlung insgesamt ein Anstieg der Ausbildungszahlen festzustellen ist. Daher können die Ausbildungsstrukturen und die damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen (kostenpflichtige Ausbildung)[212] höchstens als Erklärungsmuster herangezogen werden, dass möglicherweise ansonsten noch mehr junge Menschen eine Ausbildung in der Podologie beginnen würden.

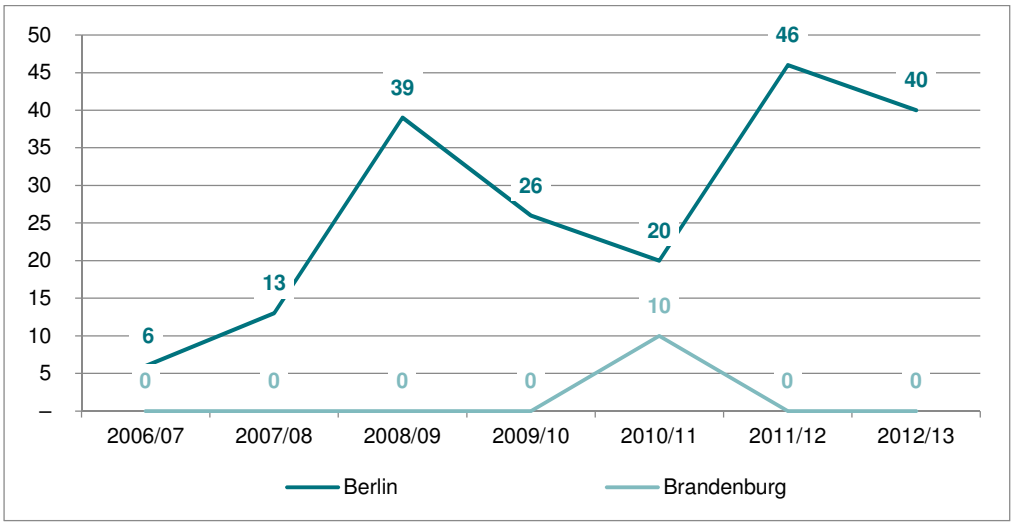
Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Abschlussprüfungen nicht bestehen oder weil vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigen sich über die Jahre verteilt stark voneinander abweichende Quoten sowohl hinsichtlich des Abbruches als auch des nicht erfolgreichen

[211] Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöller 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

[212] Aktuell werden in Berlin ca. 225 € monatlich Gebühren erhoben.

Abschlusses. Insgesamt schwanken die Anteile, die ihre Ausbildung nicht erfolgreich beendet haben, zwischen 8 und 24 Prozent eines Jahrgangs. Ihre Ausbildung vorzeitig abgebrochen haben sogar zwischen 8 und 63 Prozent.[213] Eine Tendenz ist bei beiden Aspekten im Zeitverlauf (2007/2008 bis 2013/2014) nicht zu erkennen. Die unterschiedlichen und insgesamt sehr hohen Quoten haben Einfluss auf die Absolventenzahlen, die die Ausbildung mit einem Abschlusszeugnis beenden (vgl. **Abbildung 34**).

Abbildung 34: Anzahl der Auszubildenden in der Podologie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Darüber hinaus galt es zu klären, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden sie gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung bereitstellen. Von den insgesamt 67 Antwortenden mit Beschäftigten aus der Podologie gaben etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der Podologie mit leichtem Rückstand zur Logopädie, aber deutlich vor der Physio- und Ergotherapie, solche Plätze sehr häufig angeboten. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird von einem Teil der Antwortenden auch zur Fachkräftegewinnung genutzt. Immerhin wurden in ca. einem Drittel aller Fälle in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikant/in übernommen. Zum Teil wurde angegeben, dass eine Übernahme aufgrund fehlender Bewerbungen von Praktikant/innen nicht möglich sei. Dies bestätigt die bereits vorliegenden Befunde, die auf einen Fachkräfteengpass hindeuten.

[213] Wie diese hohen Schwankungen zu Stande kommen, konnte im Rahmen der Studie leider nicht beantwortet werden.

4.13.3 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

In der Podologie kann in Berlin und Brandenburg mit Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich die positive Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre auch künftig fortsetzen wird. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sv-pflichtig Beschäftigten (vgl. **Tabelle 138**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Podolog/innen tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Podolog/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Befragten ein weiteres Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, nochmal deutlich auf 54 Prozent an. Gleichzeitig nimmt für diesen Zeitraum die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung erheblich ab.

Tabelle 142: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Podologie – Ergebnisse der Onlinebefragung

Beschäftigungszeiträume	Tendenzen der Beschäftigungsentwicklung Podologie			
	steigend	gleichbleibend	fallend	noch unklar
	Anteile der Antwortenden in Prozent			
2014	36	37	5	22
2015-2017	54	20	7	7

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Im Vergleich aller untersuchten Berufe gehen in der Podologie anteilig die meisten Einrichtungen von einer steigenden Beschäftigungsentwicklung aus. Verknüpft mit den Ergebnissen hinsichtlich des Einstellungsverhaltens deuten sich daher relevante Erweiterungsbedarfe bei gleichzeitig bestehenden Fachkräfteengpässen an. Für den Zeitraum nach 2017, für den aufgrund der Langfristigkeit nur Aussagen mit Schwankungsbreiten in 1.000er Größenordnungen möglich sind, ist aufgrund der relativ geringen Bestandszahlen von rund 300 sv-pflichtig Beschäftigten und 250 Selbständigen keine solide Abschätzung der weiteren Entwicklung möglich.

Dem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist insgesamt zwar gering, aufgrund des geringen Beschäftigungsumfangs in der Podologie aber durchaus wahrnehmbar. Legt man die aktuellen Absolventenzahlen zu Grunde, so ist jährlich mit rund 40 neuen Fachkräften (alle in Berlin) zu rechnen. Dies könnte in Berlin zu einer Abmilderung der Fachkräfteengpässe führen. In Brandenburg hingegen steht eine solche Möglichkeit nicht zur Verfügung, so dass Fachkräfteengpässen derzeit mit anderen Maßnahmen begegnet werden muss.

4.13.4 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- Die Vergütung in der Podologie ist – wie die Vergütung aller Heilmittelerbringer – gesetzlich an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt (vgl. Kapitel 2.3). In den letzten Jahren lag das relative Wachstum der Grundlohnsumme zumeist unter der Inflationsrate, was Reallohnverluste bei den Heilmittelerbringern zur Folge hatte. Für eine Attraktivitätssteigerung des Berufs wäre daher die (temporäre) Aussetzung der Grundlohnsummenanbindung zu empfehlen, wie es beispielsweise im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (einschließlich Psychotherapie) im Jahr 2009 oder auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 geschehen ist. Eine solche Abkopplung könnte auch ein Baustein zur Ost-West-Angleichung sein. Auch wenn eine entsprechende Bundesratsinitiative des Landes Brandenburg gescheitert ist, bleibt es unakzeptabel, dass sich der Ost-West-Lohnunterschied aufgrund struktureller Rahmenbedingungen in bestimmten Arbeitsmarktsegmenten noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung weiter zuspitzt. Die Länder sind aufgefordert, den politischen Diskurs über diese Schieflage zu forcieren, um der Segmentierung in einen ost- und einen westdeutschen Arbeitsmarkt entgegenzuwirken.

- Die steigende Beschäftigungsentwicklung geht mit einer weiterhin steigenden Beschäftigungserwartung und gleichzeitig sinkenden Ausbildungszahlen einher. Damit steuert die Podologie auf eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zu, die sich perspektivisch weiter vergrößern wird. Um die Lücke zumindest etwas zu verringern und den Rückgang der Ausbildungszahlen abzumildern, wird empfohlen, in Berlin die Ausbildung zur Podologie kostenfrei anzubieten. In Brandenburg sollte wieder begonnen werden, Ausbildungsplätze in der Podologie bereitzustellen. Die ausgesprochen große Bedeutung der Ausbildung wird auch durch die Befragungsergebnisse deutlich. Mit großem Abstand gaben die podologischen Einrichtungen an, dass die Ausbildung betreffende Maßnahmen die höchste Priorität besitzen, um die Fachkräftesicherung voranzutreiben.

- Klar ist angesichts der Ausbildungszahlen in Berlin und Brandenburg aber auch, dass die Frage der Kostenfreiheit nicht die alleinige Entscheidungsgrundlage junger Menschen für oder gegen eine Ausbildung in der Podologie ist. Demgemäß müssen Maßnahmen gefunden werden, die auf eine Attraktivitätssteigerung des Berufes insgesamt hinwirken. Neben den Vergütungsstrukturen sind daher auch fachlich-inhaltliche Aspekte von besonderer Bedeutung. Ggf. kann eine Ermöglichung des Direktzugangs zu Patienten ein Baustein zur Attraktivitätssteigerung sein.

- Die Podologie ist – vor allem im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung – durch eine junge Altersstruktur gekennzeichnet. Auch aufgrund dessen ist eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung notwendig, um den Wissensstand zu aktualisieren, zu vertiefen und zu verbreitern. Dementsprechend wichtig ist die Bereitstellung eines entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebotes. Daher wird empfohlen, bestehende Fördersysteme zu nutzen bzw. einzurichten, um die Kosten der Fort- und Weiter-

bildungen (teilweise) zu übernehmen. Dies korrespondiert auch mit den Befragungsergebnissen, wonach ein großer Teil der podologischen Einrichtungen Verbesserungen im Bereich der Fort- und Weiterbildungen verlangt.

- In mehreren Zusammenhängen wurde die ähnliche Problem- und Interessenlage der verschiedenen Verbände in den Therapieberufen deutlich. Es wird empfohlen, diese gemeinsamen Interessen explizit herauszuarbeiten und gebündelt darzustellen. Zu prüfen wäre in diesem Kontext auch, inwieweit diese Interessen (mittelfristig) gemeinsam in Verhandlungen – auch mit den Kassen – vertreten werden können. Ziel dieser Konsolidierung wäre es, durch die Bündelung von Kapazitäten die notwendige Professionalisierung der Berufsverbände zu unterstützen und weiter voranzutreiben.

5 Schlusswort

Die in der Einrichtungsbefragung untersuchten Gesundheitsfachberufe befinden sich in einer Umbruchsituation. Infolge der demografischen Entwicklung werden das durchschnittliche Lebensalter der Bevölkerung sowie der Anteil der Alten und Hochbetagten deutlich ansteigen. Damit einhergehend nehmen komplexe Bedarfslagen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu (Stichwort: Multimorbidität). Fortschritte in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Diagnostik erhöhen die Kompetenzanforderungen in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft. Diese Entwicklungen bedeuten sowohl einen steigenden Personalbedarf in fast allen hier untersuchten Berufen, als auch wachsende Kompetenzanforderungen. Gleichzeitig hat der starke Ökonomisierungsdruck die Handlungsspielräume in der Gesundheitswirtschaft verengt und zu einem Reformstau geführt.

Inzwischen wird die Notwendigkeit von Veränderungen in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft auch auf der politischen Handlungsebene erkannt und erste Reformschritte sind eingeleitet worden. Die Reform des SGB XI wird fortgesetzt. Zum Krankenhausbereich, dem größten Beschäftigungssektor des Gesundheitswesens, hat im Dezember 2014 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte für eine Krankenhausreform im Jahr 2015 vorgelegt. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist im parlamentarischen Verfahren. Der Referentenentwurf für den gemeinsamen Pflegeberuf wird derzeit erarbeitet. Ein besonders für die Therapieberufe wichtiges Reformvorhaben ist das in Vorbereitung befindliche erweiterte Präventionsgesetz. Zudem wird die Bundesregierung dem Bundestag Ende des Jahres den Bericht über die Erprobung der Modellvorhaben in den Therapieberufen/dem Hebammenwesen vorlegen. Durch Gesetzesvorgaben allein wird die notwendige Weiterentwicklung der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung aber nicht gelingen. Mindestens genauso wichtig ist die Frage, in welcher Art und Weise die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor Ort mit Leben gefüllt werden. Erfahrungen der jüngeren Vergangenheit legen die Vermutung nahe, dass Einrichtungen und Verbände Schwierigkeiten haben, neue Gestaltungsspielräume zu nutzen (bspw. die Neuregelungen zum Fachkräfteeinsatz in der Altenpflege im Rahmen der Brandenburger Strukturqualitätsverordnung) bzw. diese gegenüber den Kassen und Landesbehörden einzufordern (etwa Abschluss integrierter Versorgungsverträge nach § 92 b SGB XI). Bedarf besteht entsprechend auch an Umsetzungskonzepten, die sicherstellen, dass das, was die aktuellen Reformen intendieren, auch die Versorgungslandschaft erreicht.

Zur weiteren Ausgestaltung und praktischen Umsetzung der Reformbestrebungen besteht und entsteht großer Handlungsbedarf auf landespolitischer Ebene. Besonders im Zuge der Krankenhausreform ist vorgesehen, vieles auf Länderebene zu regeln, zu erproben und umzusetzen. Angefangen bei der qualitätsgesicherten Krankenhausplanung und ihrer Umsetzung, über die Sicherstellung der Versorgung bis zur Nutzung der mit dem Strukturfonds vorgesehenen Mittel und des Pflegestellenförderprogramms sind viele Fragen zu klären, für die die vorliegenden Studienergebnisse wichtige Informationen und Anregungen enthalten. Auch im Bereich der Altenpflege sind die Landesverwaltungen ein gestaltungsmächtiger Akteur, der innovative Versorgungsformen ermöglichen und fördern kann.

Zukünftig muss es gelingen, diese Handlungsspielräume noch effektiver als bisher auszugestalten und darüber hinaus die Entwicklungen in den verschiedenen Versorgungssektoren noch besser aufeinander abzustimmen. Auf beruflicher Ebene kann die generalisierte Pflegeausbildung als ein Ansatzpunkt gesehen werden, pflegerische Versorgung mittel- und langfristig durch variablere Einsatzmöglichkeiten des Personals neu zu gestalten. Die Kooperation verschiedener Versorgungssektoren geht jedoch darüber hinaus. Eine Krankenhausreform, die die Bedingungen und Entwicklungen in den Therapieberufen und der Altenpflege außer Acht lässt, wird genauso hinter ihren Möglichkeiten zurück bleiben wie Strukturreformen der Altenpflege, die die Schnittstellen zur gesundheitlich-präventiven Versorgung nicht berücksichtigen. Um in einem derart komplexen Feld zielgerichtet agieren zu können, sind differenzierte Informationen über Versorgungslagen sowie Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsstrukturen notwendig.

Mit den Ergebnissen der Einrichtungsbefragung liegen erstmals detaillierte Aussagen zur aktuellen Beschäftigungssituation und künftigen Beschäftigungsentwicklung in ausgewählten Gesundheitsfachberufen für die Region Berlin-Brandenburg insgesamt und für die beiden Bundesländer separat vor. In der Studie werden wesentliche Entwicklungstendenzen und Herausforderungen beschrieben, vor denen die Fachkräftesicherung in den kommenden Jahren stehen wird. Aus ihnen können konkrete Handlungsschritte unter den spezifischen Berliner und Brandenburger Bedingungen der Gesundheitsversorgung abgeleitet werden. Es zeigt sich, dass die künftige Beschäftigungsentwicklung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen durch ein beachtliches und überdurchschnittliches Wachstum gekennzeichnet sein wird – bzw. gekennzeichnet sein könnte, wenn die Entwicklungschancen der Branche in Betracht gezogen werden. Große Nachfrage nach Fachkräften ist auch für den Ersatz von altersbedingt oder fluktuationsbedingt ausscheidenden Beschäftigten zu erwarten. Damit gibt es in diesem Wirtschaftsbereich generell sehr gute Beschäftigungschancen. Der Blick auf 13 Gesundheitsfachberufe und die Helfertätigen in der Pflege hat jedoch auch gezeigt, dass die Situation in den untersuchten Berufen durchaus unterschiedlich ist: Während es in der Altenpflege und in den Therapieberufen bereits heute erhebliche Fachkräfteprobleme gibt, ist die Situation in anderen Bereichen, wie denen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie den medizinisch-technischen Assistenzberufen, aus Sicht der befragten Einrichtungen noch vergleichsweise entspannt. Die Projektion der Fachkräfteentwicklung hat aber auch gezeigt, dass es in allen untersuchten Gesundheitsfachberufen in den kommenden Jahren zu Fachkräfteengpässen kommen wird, von denen das Land Brandenburg stärker betroffen sein wird als das Land Berlin. Wie groß die entstehenden Fachkräftebedarfe ausfallen werden, hängt in erheblichem Maße von der zukünftigen Gestalt der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung in Deutschland (und der Region) ab. Im Besonderen in den Therapieberufen könnte ein erheblicher Personalbedarf entstehen, wenn gesundheitliche Versorgung als Maßnahme der Gesunderhaltung und nicht als (kurzfristige) Reaktion auf gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden wird. Die Zukunft der medizinisch-technischen Assistenzberufe wird stark von Entwicklungen im Bereich der Diagnostik abhängen sowie von der Bereitschaft, neue Analysemöglichkeiten auch in der Breite zu nutzen.

Zur Deckung des Fachkräftebedarfs stehen den Einrichtungen drei grundlegende Quellen zur Verfügung. Erstens die Suche nach neuem Personal auf dem Arbeitsmarkt, zweitens

die Gewinnung neuer Beschäftigter durch berufliche Erstausbildung und drittens die Weiterentwicklung des vorhandenen Personals, durch innerbetriebliche Personalentwicklung, insbesondere Fort- und Weiterbildung. Bei der Betrachtung dieser grundlegenden Quellen zur Deckung des zukünftigen Fachkräftebedarfs, zeigt sich ein differenziertes Bild: Die Zahl der Arbeitslosen ist in den letzten Jahren so deutlich zurückgegangen, dass dieses Reservoir der Fachkräftesicherung in der gesamten Region so gut wie ausgeschöpft ist. Die berufliche Erstausbildung hat demgegenüber insgesamt an Bedeutung gewonnen und stellt damit die wesentliche Fachkräfteressource der Zukunft dar.[214] Die aktuellen Ausbildungsstrukturen verweisen darüber hinaus auf große Gestaltungsspielräume, deren Nutzung eine weitere (und in den meisten hier untersuchten Berufen notwendige) Erhöhung der Ausbildungszahlen möglich erscheinen lässt. Aufgrund des demografischen Wandels und unter Berücksichtigung sinkender Ausbildungszahlen steht Brandenburg vor der Herausforderung, den ausbildungsseitigen Abwärtstrend in den Gesundheitsfachberufen zu bremsen, während die Entwicklung im Land Berlin (ermutigend) positiv verläuft. Auch im Hinblick auf die länderspezifischen Ausbildungsstrukturen ist zu diskutieren, ob eine Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gewollt und möglich ist und wie eine solche ggf. aktiv befördert werden kann.

Um eine weitere Steigerung der Ausbildungsplatzzahlen zu erreichen, ist es notwendig, die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten insgesamt deutlich zu erhöhen. Nur so werden diese Berufe künftig auch mit Berufen im gewerblichen-technischen oder kaufmännischen Bereich konkurrieren können. Die Steigerung der Attraktivität umfasst zum einen die Ausbildungsstrukturen selber,[215] zum anderen werden aber auch Aspekte wie die beruflichen Entwicklungschancen, die realen Arbeitsbedingungen, die Gestaltungsmöglichkeiten im Beruf und vor allem eine angemessene Entlohnung entscheidend dafür sein, ob Jugendliche sich für eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf entscheiden.

Darüber hinaus wird die Fachkräftesituation nachhaltig von den konkreten Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen – aber auch von den Bedingungen der Freiberuflichkeit wie z. B. bei der Hebammentätigkeit – abhängen. Hohe psychische und physische Belastungslagen bei gleichzeitig geringen Einkommen erschweren die Gewinnung von Auszubildenden und wirken sich negativ auf die Krankenstände sowie die Berufsbindung aus – auch wenn die Verhältnisse in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft (noch) weniger dramatisch sind als angenommen. Den befragten Einrichtungen sind diese Problemzusammenhänge durchaus bewusst und sie sind bemüht, diesen entgegenzuwirken. Neben beruflicher Fort- und Weiterbildung wurden vor allem Aspekte der Arbeitsgestaltung und -organisation als Instrumente der Personalentwicklung sowie der Mitarbeiterbindung

[214] Allenfalls für Berlin ist es plausibel, dass ein Teil der zukünftigen Bedarfe durch weitere Quellen wie z. B. den Zuzug auswärtiger Fachkräfte abgedeckt werden könnte. Aber auch in diesem Fall bildet die Ausbildung das wichtigste Element der Fachkräftesicherung. Insbesondere wenn die skizzierten Reformvorhaben greifen und zu einer verstärkten Beschäftigungsnachfrage führen sollten, würde sich die Relevanz der Ausbildung nochmals erhöhen.

[215] Problematisch sind beispielsweise die fehlende Ausbildungsvergütung in einigen Gesundheitsfachberufen oder die Zahlung von Schulgeld sowie die Tatsache, dass sich die Ausbildungsbedingungen und -möglichkeiten zwischen den Bundesländern unterscheiden.

und -gewinnung angesprochen. Ziel ist es, betriebliche Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass ein langfristiger Verbleib in den Berufen ermöglicht und erreicht wird. Bisher bleibt es aber in der Regel bei betrieblichen Einzelmaßnahmen. Ganzheitliche wie innovative Ansätze, in denen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements mit Weiterbildungsangeboten und bedarfsgerechten Beschäftigungsbedingungen kombiniert werden, sind die Ausnahme. Auch hier scheint der Graben zwischen Problembewusstsein und problemadäquatem Handeln schwerer zu überwinden zu sein, als erwartet. Viele Einrichtungen brauchen Unterstützung bei der Entwicklung und noch mehr bei der Umsetzung zukunftsfähiger Personalkonzepte.

Die Diskussionen mit Expertinnen und Experten aus den Einrichtungen sowie mit anderen Akteuren der Gesundheitswirtschaft (z. B. im Rahmen der durchgeführten Workshops) haben bestätigt, dass auch die Frage der Fachkräftesicherung in wesentlichem Maße von den Rahmenbedingungen in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft abhängen wird. Ein entscheidender Schlüssel für eine zukunftsorientierte Gestaltung dieser Bereiche des Gesundheitssystems liegt in ihrer Finanzierung. Dies ist – so der Eindruck aus der Projektbearbeitung – unter den beteiligten Akteuren unstrittig. Eine gesicherte Finanzierung bildet letztendlich eine zentrale Stellschraube auch für die Gestaltung attraktiver Beschäftigungsbedingungen – einschließlich existenzsichernder Einkommen. Mehr Geld im System wird allerdings nur dann einen Beitrag zur Fachkräftesicherung leisten können, wenn die Mittel auch bei den Beschäftigten ankommen. Optimierungsbedarf besteht bei den Finanzierungsstrukturen innerhalb der Versorgungssektoren. Nur bei einem ausgewogenen Verhältnis zwischen den einzelnen Kostenpunkten der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung (Investitionskosten, Kosten der Verwaltung und Geschäftsführung, Gehaltsstrukturen in den einzelnen Berufsbereichen etc.) werden die eingesetzten Mittel in entscheidendem Maße zur Verbesserung der Fachkräftesituation beitragen. Um eine angemessene Mittelzuweisung zu gewährleisten, verlangt das kassenbasierte Finanzierungssystem nach einem bestimmten Maß an Transparenz über die Mittelverwendung. Eine solche Transparenz könnte der betrieblichen Autonomie der Einrichtungen durchaus entgegenstehen. Inwieweit die Gesundheitswirtschaft insgesamt finanziell besser ausgestattet werden kann und inwieweit sich dies in den Einkommensstrukturen der Beschäftigten niederschlägt, wird auch davon abhängen, ob es gelingt das Spannungsverhältnis zwischen Transparenz der Mittelverwendung und betrieblicher Autonomie produktiv zu gestalten. Kassen und Träger müssten hierfür konstruktiver und vertrauensvoller als bisher zusammenarbeiten und gemeinsam Nutzen und Risiken innovativer Versorgungsansätze ausloten.

Die anstehenden Aufgaben erscheinen gewaltig. Es geht um nicht weniger als um den zukunftssicheren Umbau der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung unter den Bedingungen einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung sowie einem weiter zunehmenden Kostendruck auf Seiten der öffentlichen Hand. Zugleich hat die Einrichtungsbefragung aber auch deutlich gemacht, dass die an der Gestaltung des Systems beteiligten Akteure – also die Landes- und Bundespolitik als rahmensetzende Institutionen, die Gesundheits- und Krankenkassen als entscheidende Finanziers, die Verbände als Interessenvertretung sowie nicht zuletzt die Gesundheitseinrichtungen selbst – grundsätzlich gleiche Ziele ver-

folgen: Es geht um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlich-pflegerischen Versorgung unter den Bedingungen eines sinnvollen Mitteleinsatzes und angemessener Beschäftigungsbedingungen.

Bei der Konkretisierung dieses Ziels und der Ableitung zentraler Handlungsmaxime gibt es jedoch erhebliche Unterschiede – vor allem hinsichtlich der Finanzierungsfragen. Eine effektivere Abstimmung der Interessen der einzelnen Institutionen unter Berücksichtigung dieses gemeinsamen Ziels verlangt nach einem in Teilen kooperativen und hinreichend transparenten Zusammenwirken. Offensichtlich reichen bisher praktizierte Formen der Zusammenarbeit und des Aushandelns nicht aus, um einen wirklichen Durchbruch bei der Modernisierung der Versorgungsstrukturen und einer humanen Gestaltung des Arbeitslebens in diesem Beschäftigungsbereich zu erreichen. Die in den letzten Jahren forcierten konkurrenzorientierten Marktmechanismen – sei es der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen oder auch zwischen (privaten und freigemeinnützigen) Trägern – entfalten unter den spezifischen Bedingungen der Gesundheitswirtschaft auch kontraproduktive Wirkungen: So kann es z. B. für gewinnwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser/Krankenhauskonzerne unter den Bedingungen eines Flächenlandes unter Umständen wirtschaftlich wenig attraktiv sein, spezifische Versorgungsleistungen in peripheren Regionen vorzuhalten. Unter den Bedingungen einer gesicherten und voraussichtlich steigenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen bei gleichzeitigem Fachkräfteengpass könnte der (notwendige) Ausbau von Versorgungskapazitäten aus betriebswirtschaftlichem Kalkül ausbleiben. In der Pflege wird man zukünftig auch mit wenig innovativen und qualitativ durchschnittlichen Angeboten bestehen können. Wenn die Gesundheitsversorgung und Pflege auch zukünftig ein öffentliches Gut sein soll, sind die strukturgebenden Rahmenbedingungen entsprechend zu gestalten.

Die Herausforderungen, die mit der Modernisierung eines öffentlichen Versorgungsangebotes einhergehen, werden mit Marktmechanismen allein nicht zu bewältigen sein. Aus aktueller Perspektive ist deutlich mehr Staat vonnöten, um den notwendigen Wandel der Gesundheitswirtschaft realisieren zu können. Die Entwicklungen der nächsten Jahre werden darüber entscheiden, ob der (propagierte) Kostendruck zu Qualitätseinbußen in der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung sowie zu punktuellen Versorgungslücken führen und diese legitimieren wird oder ob es gelingt, durch innovative Versorgungskonzepte und zukunftssichere Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Versorgung der gesamten Bevölkerung aufrecht zu erhalten.

6 Anhang

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gründe des Verlassens der Einrichtung 33

Abb. 2: Geäußerter Unterstützungsbedarf 41

Abb. 3: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 73

Abb. 4: Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 74

Abb. 5: Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 75

Abb. 6: Bestand an Arbeitslosen im 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 89

Abb. 7: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Brandenburg im Zeitverlauf 90

Abb. 8: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen 102

Abb. 9: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf 103

Abb. 10: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Zielberuf Altenpfleger/in .. 113

Abb. 11: Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen 114

Abb. 12: Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen 115

Abb. 13: Bestand an Arbeitslosen im 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Pflegehilfskräfte 129

Abb. 14: Bestand an Arbeitslosen MTA-L – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) 143

Abb. 15: Anzahl der Auszubildenden MTA-L in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf 144

Abb. 16: Anzahl der Auszubildenden MTA-L mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf 144

Abb. 17: Bestand an Arbeitslosen MTA-R, 2007 bis 2013 (Jahresdurchschnitte) 156

Abb. 18: Anzahl der Auszubildenden MTA-R in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf 157

Abb. 19: Anzahl der Auszubildenden MTA-R mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf 158

Abb. 20: Bestand an Arbeitslosen MTA-F in 2013 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) ..168

Abb. 21: Anzahl der Auszubildenden MTA-F in Berlin und Brandenburg 169

Abb. 22: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Geburtshilfe.....176

Abb. 23: Anzahl der Auszubildenden in der Geburtshilfe in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....177

Abb. 24: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Physiotherapie 187

Abb. 25: Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....188

Abb. 26: Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf 189

Abb. 27: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Ergotherapie 202

Abb. 28: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....203

Abb. 29: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf 205

Abb. 30: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Logopädie 217

Abb. 31: Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf 219

Abb. 32: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Podologie 231

Abb. 33: Anzahl der Auszubildenden in der Podologie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf 232

Abb. 34: Anzahl der Auszubildenden in der Podologie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf 233

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf der Online-Befragung nach Einrichtungstyp 9

Tabelle 2: Sv-pflichtige Beschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen 12

Tabelle 3: Anteile der Frauen und der Teilzeitbeschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten am 30.06.2013 12

Tabelle 4: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Altersgruppen am Stichtag 30.06.2013 14

Tabelle 5: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 15

Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 16

Tabelle 7: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen 2007 bis 2013 17

Tabelle 8: Kostenbeteiligung für den schulischen Teil der Ausbildung 19

Tabelle 9: Entwicklung der Ausbildungszahlen in den untersuchten beruflichen Tätigkeiten 21

Tabelle 10: Gründe, warum Einrichtungen nicht ausbilden (Mehrfachnennungen möglich) 23

Tabelle 11: Studiengänge auf Grundlage der Modellklauseln in Berlin und Brandenburg 26

Tabelle 12: Perspektive der Einrichtungen auf den Einsatz fachspezifischer akademisch ausgebildeter Fachkräfte 27

Tabelle 13: Einsatz fachspezifisch ausgebildeter Beschäftigter (Bundesland und Einrichtungstyp) 27

Tabelle 14: Kompromisse bei Einstellungen im Jahr 2013 31

Tabelle 15: Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter 32

Tabelle 16: Aktivitäten zur Bindung der Mitarbeiter/innen 35

Tabelle 17: Genannte Sofortmaßnahmen insgesamt und nach ausgewählten Einrichtungstypen 37

Tabelle 18: Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheitsfachberufen 2013-2030 unter Status-quo-Bedingungen 44

Tabelle 19: Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheits-fachberufen und Helfertätigkeiten 2013-2030 unter veränderten Entwicklungsbedingungen 48

Tabelle 20: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege 2012-2014 68

Tabelle 21: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 69

Tabelle 22: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 69

Tabelle 23: Sv-pflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 70

Tabelle 24: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 71

Tabelle 25: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 71

Tabelle 26: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger – Ergebnisse der Online-Befragung 76

Tabelle 27: Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 2003 - 2011 76

Tabelle 28: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpfleger/in 78

Tabelle 29: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 2013 bis 2030 79

Tabelle 30: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 2012-2014 84

Tabelle 31: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 85

Tabelle 32: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 85

Tabelle 33: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 86

Tabelle 34: Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 86

Tabelle 35: Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 87

Tabelle 36: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in – Ergebnisse der Onlinebefragung 91

Tabelle 37: Helfer in der Krankenpflege 2003 - 2011 91

Tabelle 38: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in 92

Tabelle 39: Übersicht über die Quellen des Bedarfs an Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 2013 bis 2030 93

Tabelle 40: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2012-2014 96

Tabelle 41: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 97

Tabelle 42: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 97

Tabelle 43: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 98

Tabelle 44: Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 99

Tabelle 45: Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 99

Tabelle 46: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen - Ergebnisse der Onlinebefragung 104

Tabelle 47: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 0-18jährigen in Berlin und Brandenburg 104

Tabelle 48: Möglicher Bestand an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern in den Jahren 2020 und 2030 105

Tabelle 49: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Altenpflege 2012-2014 108

Tabelle 50: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen 109

Tabelle 51: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen 110

Tabelle 52: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Altenpfleger/innen 110

Tabelle 53: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Altenpfleger/innen 111

Tabelle 54: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Altenpfleger/innen 111

Tabelle 55: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in – Ergebnisse der Onlinebefragung .. 115

Tabelle 56: Sozialarbeiter, Sozialpfleger 2003 – 2011 116

Tabelle 57: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in 116

Tabelle 58: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg 2013 bis 2030 118

Tabelle 59: Sv-pflichtige – Pflegehilfskräfte 2012-2014 120

Tabelle 60: Vorliegende Antworten nach Qualifikation der Pflegehilfskräfte....121

Tabelle 61: Beschäftigtenbestand in den Einrichtungen 2014 – Pflegehilfskräfte....121

Tabelle 62: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte 122

Tabelle 63: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte 122

Tabelle 64: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Pflegehilfskräfte 123

Tabelle 65: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Pflegehilfskräfte 124

Tabelle 66: Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Pflegehilfskräfte 124

Tabelle 67: Einstellungen von Pflegehilfskräften....125

Tabelle 68: Anteile der Antwortenden ohne Bedarf an Neueinstellungen – Pflegehilfskräfte 125

Tabelle 69: Anteile der Antwortenden mit offen gebliebenen Stellen – Pflegehilfskräfte 126

Tabelle 70: Stellenbesetzungsdauer bei Pflegehilfskräften....127

Tabelle 71: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Pflegehilfskräften - Ergebnisse der Onlinebefragung 131

Tabelle 72: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen – Pflegehilfskräfte 132

Tabelle 73: Übersicht über die Quellen des Arbeitskräftebedarfs an Pflegehilfskräften 2013 bis 2030 133

Tabelle 74: Sv-pflichtige Beschäftigte MTA-L 2012-2014 137

Tabelle 75: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-L....138

Tabelle 76: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-L....138

Tabelle 77: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-L....139

Tabelle 78: Pendler bei den MTA-L am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 139

Tabelle 79: Pendler bei den MTA-L am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 140

Tabelle 80: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-L - Ergebnisse der Onlinebefragung....145

Tabelle 81: Medizinallaboranten 2003 – 2011 146

Tabelle 82: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen bei den MTA-L 147

Tabelle 83: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an MTA-L, 2013 bis 2030 148

Tabelle 84: Sv-pflichtige Beschäftigung bei den MTA-R, 2012-2014 151

Tabelle 85: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-R 152

Tabelle 86: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-R 152

Tabelle 87: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-R 153

Tabelle 88: Pendler bei den MTA-R am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 153

Tabelle 89: Pendler bei den MTA-R am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 154

Tabelle 90: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den MTA-R – Ergebnisse der Onlinebefragung 159

Tabelle 91: Medizinallaboranten 2003 – 2011 159

Tabelle 92: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen bei den MTA-R 160

Tabelle 93: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an MTA-R in Berlin-Brandenburg 2013 bis 2030 161

Tabelle 94: Sv-pflichtige Beschäftigung bei den MTA-F, 2012-2014 163

Tabelle 95: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – MTA-F 164

Tabelle 96: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – MTA-F 165

Tabelle 97: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – MTA-F 165

Tabelle 98: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit MTA-F – Ergebnisse der Onlinebefragung 170

Tabelle 99: Anzahl der freiberuflichen und angestellten Hebammen mit freiberuflicher Nebentätigkeit in Berlin 171

Tabelle 100: Sv-pflichtige Beschäftigung bei Hebammen 2012-2014 172

Tabelle 101: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Geburtshilfe nach Arbeitszeit am 30.06.2013 172

Tabelle 102: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Geburtshilfe 173

Tabelle 103: Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 174

Tabelle 104: Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 174

Tabelle 105: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Hebamme - Ergebnisse der Onlinebefragung.....178

Tabelle 106: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 18-45jährigen Frauen in Berlin und Brandenburg.....179

Tabelle 107: Benötigte Anzahl von Hebammen bei einem Betreuungsverhältnis von 1:518 in Berlin und 1:881 in Brandenburg 179

Tabelle 108: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Physiotherapie 2012-2014 181

Tabelle 109: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 - Physiotheraphie.....182

Tabelle 110: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 - Physiotherapie.....182

Tabelle 111: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 - Physiotherapie.....183

Tabelle 112: Pendler in der Physiotherapie am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 184

Tabelle 113: Pendler in der Physiotherapie am 30.06.2013, Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg.....184

Tabelle 114: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapeut/in – Ergebnisse der Onlinebefragung 190

Tabelle 115: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 bis 2011 191

Tabelle 116: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie.....192

Tabelle 117: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Physiotherapeut/innen 2013 bis 2030 194

Tabelle 118: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Ergotherapie 2012-2014 197

Tabelle 119: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 - Ergotherapie.....198

Tabelle 120: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 - Ergotherapie.....198

Tabelle 121: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 - Ergotherapie.....199

Tabelle 122: Pendler in der Ergotherapie am 30.07.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin 200

Tabelle 123: Pendler in der Ergotherapie am 30.07.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg 200

Tabelle 124: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung bei den Ergotherapeut/innen - Ergebnisse der Onlinebefragung 206

Tabelle 125: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011 206

Tabelle 126: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie ... 208

Tabelle 127: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Ergotherapeut/innen 2013 bis 2030 ... 209

Tabelle 128: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Logopädie 2012-2014 ... 212

Tabelle 129: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Logopädie ... 213

Tabelle 130: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Logopädie ... 213

Tabelle 131: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Logopädie ... 214

Tabelle 132: Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin ... 215

Tabelle 133: Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg ... 215

Tabelle 134: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Logopädie – Ergebnisse der Onlinebefragung ... 220

Tabelle 135: Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011 ... 221

Tabelle 136: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Logopädie ... 223

Tabelle 137: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Logopäd/innen 2013 bis 2030 ... 224

Tabelle 138: Sv-pflichtige Beschäftigung in der Podologie 2012-2014 ... 227

Tabelle 139: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Podologie ... 228

Tabelle 140: Sv-pflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Podologie ... 228

Tabelle 141: Sv-pflichtige Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Podologie ... 228

Tabelle 142: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Podologie – Ergebnisse der Onlinebefragung ... 234

6.3 Literaturverzeichnis

Achenbach, G. (2005): Die europäische NEXT-Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf, In: Printer.Net 7/2005, S. 416-422.

Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002.

Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin (2012): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, in: Forschung und Lehre. Bielefeld

Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld.

Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bielefeld.

Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Solbrig, B. (2002): Wie Sie Ihre Leute vor der Zeit viel zu alt aussehen lassen können oder umgekehrt: Arbeits- und Laufbahngestaltung zur Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer im Generationenaustausch. In: Morschhäuser, M. (Hrsg.): Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik. Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit. Stuttgart.

Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz.

Behrens, Johann (2013): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege. Abschlussbericht, Potsdam

Behrensdorf, B.; Menke, R.; Lühring, E. (1987): Analyse der Ursachen der geringen beruflichen Verweildauer von weiblichen Krankenpflegepersonen – Endbericht. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung.

Berger, Gerhard; Zimber, Andreas (2004): Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Heidelberg/Kiel 2004 in: www.equal-altenhilfe.de/?produkt_downloadbereich v. 14.3.2007

Bilda, Kerstin; Kargel, Sinaida (2014): Aktuelle Prävalenzen und ihre Bedeutung für die Logopädie, in: Forum Logopädie, Heft 5 (28), September 2014, S. 28-35

Blumenauer, Heike; Voigt, Birgit; Bickel, Tina (2013): Nachqualifizierung in der Altenpflege. Konzeption, Instrumente und Empfehlungen. Umsetzung im Rahmen des Projekts „Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege Niedersachsen und Rheinland-Pfalz“. Offenbach

Bogai, Dieter; Wiethölter, Doris; Schönwetter, Stephanie; Luipold, Christiane (2011): Berufliche Perspektiven von Frauen und Männern in Berlin und Brandenburg. Eine

Analyse vor dem Hintergrund segregierter Berufsfelder. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, IAB-Regional Berlin-Brandenburg, 02/2011, Nürnberg.

Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt, Svenja (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler-/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Abschlussbericht, Bremen, März 2010.

Born, Claudia (2001): Verweildauer und Erwerbsbiographien von Frauen in der Krankenpflege. Ein Beitrag zur Diskussion um Altersteilzeit für Gesundheitsberufe. In: Pflege und Gesellschaft, 6. Jg., 3/2001, S. 109-115.

Born, Claudia (2000): Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was nicht nur junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten. In: Heinz, W. (Hrsg.): Übergänge. Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs. Weinheim, S. 50–65.

Borutta, M.; Giesler, C. (2006): Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse, Wiesbaden.

Braun, Bernhard; Müller, Rolf; Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. GEK (Hrsg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Braun, Bernhard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: Pflege und Gesellschaft 3/2005.

Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306, Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf

Bundesagentur für Arbeit (2011): Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen und Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil, Nürnberg

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2009): Ausbildungsabbrüche vermeiden – neue Ansätze und Lösungsstrategien; Band 6 der Reihe Berufsbildungsforschung, Bonn

Dietrich, Hans (1995): Pflege als Beruf: Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven des Personals in der Kranken- und Altenpflege (Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1/1995). Nürnberg.

Deutsches Krankenhausinstitut (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf

Flieder, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt a. M.

Foerch, Christian et. al. (2008): Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2015, in: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 26, 467-473

Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FFG) (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht (MGSFF).

Frei, Marek; Kampe, Carsten; Papies, Udo (2010): Beschäftigtenstrukturanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, Teltow, LASA-Studie Nr. 48.

Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: Heilberufe SCIENCE 2011, NO 1.

Hackmann, Tobias (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. In: Sozialer Fortschritt 9/2010.

Hackmann, Tobias; Müller, Daniela; Steiner, Michael; Tiessen, Jan (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein regionales Pflegebudget. Gütersloh

Hall, Anja (2012): Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? In: BWP 6/2012, S. 16-19.

Hall, Anja (2011): Gleiche Chancen für Frauen und Männer mit Berufsausbildung? Berufswechsel, unterwertige Erwerbstätigkeit und Niedriglohn bei Frauen und Männern, Bielefeld.

Hasselhorn, Hans-Martin; Tackenberg, Peter; Büscher, Andreas; Stelzig, Stephanie; Kümmerling, Angelika; Müller, Bernd Hans (2005): Wunsch nach Berufssaustieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden.

Hasselhorn, Hans-Martin; Tackenberg, Peter; Müller, Bernd Hans (2003): Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. In: Gesundheitswesen, Heft 64, S. 40–46.

Heuschmann, Peter U. et. al. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland, Akt Neurol 2010; 37: 333-340. Stuttgart

Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Höppner, H. (2003): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Empfehlungen für ressourcenorientierte Interventionen in Krankenhäusern. In: Topan, A.; Höppner, H. (Hrsg.): Krankenhaus im Wandel. Rahmenbedingungen und Steuerungsinstrumente, Freiburg i. B., S. 203–225.

IAB Regional (Hrsg.) (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen, Nürnberg

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege – Leitgedanken einer gesunden Pflege – Memorandum

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK (2005): Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf,

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur – IWAK (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt a. M.

Jonitz, Günther und Ganten, Detlev (2014): Deutschland hat nicht das teuerste, aber eines der leistungsfähigsten Gesundheitswesen. In: Berliner Ärzte, 10/2014, Jahrgang 51, S. 14-15

Joost, Angela; Kipper, Jenny; Tewolde, Tadios (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht, Frankfurt am Main.

Joost, Angela (2007): Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Literaturauswertung, Frankfurt am Main.

Kampe, Carsten (2012a): Fachkräftebedarf in der Brandenburger Pflege: Basisszenario 4.1. Das Basisszenario ist Bestandteil der Brandenburger Fachkräftestudie Pflege im Auftrag des Ministeriums MASF Brandenburg, unveröffentlicht.

Kampe, Carsten (2012b): Fachkräftebedarf in der Berliner Pflege: Basisszenario 4.1. eigene Berechnungen. Das Basisszenario für Berlin ist von Carsten Kampe analog zum Brandenburger Basisszenario erstellt worden.

Konietzka, D. (2002): Die soziale Differenzierung der Übergangsmuster in den Beruf. Die „zweite Schwelle“ im Vergleich der Berufseinstiegskohorten 1976–1995. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 54 (2002) 4, S. 645–673.

Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg (2012): Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2011-2030, Potsdam

Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg: Statistisches Jahrbuch Berlin und Statistisches Jahrbuch Brandenburg, verschiedene Jahrgänge

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2013): sozial spezial – Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg, Ausgabe 3/2013, Potsdam

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2013): Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg, in: Amtsblatt für Brandenburg, 24. Jahrgang, 14. August 2013, Nr. 34, Potsdam

Misslbeck, Angela (2014): Wundversorgung - ein Trauerspiel, in: Ärztezeitung vom 17.09.2014

Nolting, H.-D.; Grabbe, Y.; Genz, H.O.; Kordt, M. (2006): Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel In: Pflege 2006, Heft 19, S. 108-115, Hans Huber, Bern.

Räbiger, Jutta (2010): Vorteile der Akademisierung und des Direktzugangs, in: Physikalische Medizin. Rehabilitationsmedizin. Kurortmedizin, 20-A39

Robert Bosch Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten. Eine Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Stuttgart

Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Rothgang, Heinz et. al (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, Schwäbisch Gmünd

Sauer, K; Rothgang, H; Glaeske, G. (2014): Barmer GEK Heil- und Hilfemittelreport 2014

Seibert, Holger (2007): Berufswechsel in Deutschland. Wenn der Schuster nicht bei seinem Leisten bleibt. IAB-Kurzbericht Nr. 1/2007, Nürnberg.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2014): Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 im Ergebnis der Erörterungen der themenspezifischen Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung, Berlin

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin (2012): Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2011-2030, Berlin

Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. http://www.next.uni-wuppertal.de.

Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover

Simon, Michael (2013): Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler, in: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(39): A 1782-6

Statistisches Bundesamt (2014): Fast jedes dritte Kind unter 3 Jahren am 1. März 2014 in Kindertagesbetreuung; Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2009): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Berlin

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Wiesbaden.

Waltersbacher, Andrea (2013): Heilmittelbericht 2013. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Berlin

Watzlawik, Helmut (2013): Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Aktuelle Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene; Pflege Symposium. Gütersloh

Weber, Beatrice und Kretschmer, Susanne (2012): Perspektiven der Weiterbildungsforschung und -politik: Weiterbildung und Sicherung des Arbeitskräftebedarfs im demografischen Wandel

Wegner, Steffi (2009): Burnout in der stationären Altenpflege, Neubrandenburg, 5. März 2009.

Wenderlein, F. U.; Schochat, T. (2003): Betriebsbedingte Belastungen bei Pflegekräften – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten. Eine empirische Studie an 861 Probanden. Zeitschrift für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, Heft 38: S. 262–269.

Wert.Arbeit (2012): Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche. Für ein gutes Leben im Alter in Berlin – Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege.

Wiethölter, Doris: Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, IAB Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, Berlin, 2012, Heft 3.

Wiethölter, Doris; Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, IAB Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, Berlin, 203, Heft 1

World Confederation for Physical Therapy (2011): Description of physical therapy. Policy Statement, London

Zöller, Maria (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen, in: BWP 6/2012

Zöller, Maria (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere des Bundesinstituts für Berufsbildung, Heft 153, Bonn

Gesetzliche Grundlagen

Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. März 2013 (BGBl. I S. 446) geändert worden ist

Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers im Land Brandenburg vom 26. Mai 2004, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2013

Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 52 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

Gesetz über die Weiterbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege vom 3. Juli 1995 (GVBl.I S. 401) BRV 2124-4, zuletzt geändert durch Art. 9 G über die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen vom 7.2.2014 (GVBl. S. 39)

Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens vom 18. März 1994 (GVBl.I/94 [Nr. 06], S. 62), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2014 (GVBl.I/14, [Nr. 38])

Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist

Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 5 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist

Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

MTA-Gesetz vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

Podologengesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), das zuletzt durch Artikel 56 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg zur Durchführung der praktischen Ausbildung für Berufe nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz und dem Ergotherapeutengesetz

Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung – Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. S. 1348) geändert worden ist

Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist

Internetquellen

Bundesagentur für Arbeit: www.berufenet.de, zuletzt eingesehen am 02.12.2014

Bundesministerium für Bildung und Forschung: Programm Perspektive Berufsabschluss: http://www.perspektive-berufsabschluss.de

Bundesministerium für Gesundheit: http://www.bmg.bund.de/ministerium.html

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg: Fachberufe im Gesundheitswesen: www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de, zuletzt eingesehen am 03.12.2014

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007. Kurzfassung: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH: Fachkräfteinformationssystem des Landes Brandenburg: http://fis.zab-brandenburg.de, zuletzt eingesehen am 03.12.2014

Impressum

Titel

Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg

Autoren

Carsten Welker (Institut SÖSTRA)

Gregor Holst (IMU Institut)

Dr. Carsten Kampe (ZAB Brandenburg)

Dr. Udo Papies (Institut SÖSTRA)

Dr. Frank Schiemann (Institut SÖSTRA)

Herausgeber

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH

Copyright

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH

Alle Rechte vorbehalten.

Juni 2015

Druck

Druckerei Rüss

Bestellungen

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH

Steinstraße 104-106, 14480 Potsdam

Telefon: +49 331 20 02 91 35

Telefax: +49 331 20 02 91 70

Internet: www.zab-arbeit.de

E-Mail: janine.maerker@zab-brandenburg.de

Layoutbearbeitung

Jörn Hänsel, ZAB Arbeit

Hinweis

Die Publikation wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg finanziert.

Europäischer Sozialfonds – Investition in Ihre Zukunft

IMU Institut

SÖSTRA

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg

ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH
Steinstraße 104-106
14480 Potsdam
Tel. 0331 660 30 00
Fax 0331 660 38 40
info@zab-brandenburg.de
www.zab-brandenburg.de
www.fachkräfteportal-brandenburg.de

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85
10623 Berlin
Tel. 030 46302 500
info@berlin-partner.de
www.berlin-partner.de
www.businesslocationcenter.de

EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds

LAND BRANDENBURG
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Die Publikation wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg finanziert.

Europäischer Sozialfonds – Investition in Ihre Zukunft